



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 202

Evaluation de la satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation : Service de réanimation B du CHR Hassan 2 d'Agadir

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/05/2024

PAR

Mlle. **Noura OUAFA**

Née le 21 Janvier 1991 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Satisfaction - Famille - Réanimation - Qualité des soins

JURY

Mme. **F. MANOUDI**

Professeur de psychiatrie

PRÉSIDENTE

Mr. **M.KHALLOUKI**

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

RAPPORTEUR

Mr. **H. NASSIK**

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

JUGE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTEDEMEDECINEETDEPHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vicedoyen à la Recherche et la coopération : Pr. Hanane RAISS
Vicedoyen aux affaires pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS
Vicedoyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine ELHOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne

14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique

48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie–virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie–chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie–réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie–virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSI Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie–réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro–entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato–orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato–orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato–orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato–orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo–phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie

81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUS Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale

114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie

143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique E
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie

172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOUR Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie

203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Rabiy	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie

235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie

269	RAMRAOUI Mohammed–Es–said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein–choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie–virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato–orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato–orthopédie
285	AIT–DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio–vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
293	BENDAOUD Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUM AID Hanane	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro–entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique

304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOUCI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation

338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DEDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse...

اللَّهُ

قال رسول الله صلى الله عليه و سلم:

"من لم يشكر الناس لم يشكر الله "

صدق رسول الله صلى الله عليه و سلم

الحمد لله على إحسانه و الشكر له على توفيقه و امتنانه و نشهد

أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له

تعظيمًا لشأنه و نشهد أن سيدنا و نبينا محمد عبده و رسوله

الداعي إلى رضوانه

صلى الله عليه و على آله و أصحابه و أتباعه و سلم

الحمد لله حبا و شكرا و امتنانا على البداء و الختام

(و آخر دعوانهم أن الحمد لله رب العالمين)

ها أنا اليوم أقف على عتبات التخرج لأتوج اللحظات الأخيرة في طريق حمل في طياته العديد من التحديات و العثرات و رغم ذلك ظلت قدمي تخطوان بكل صبر و طموح، وكم من أيام مرت شعرت بثقلها و مرارتها لكنها لم تعكر صفو حلمي، بل كانت تجارب تنير الأفق قلبي ، و ها أنا الآن أكتب ودموعي تشهد على الفرح و الامتتان لكل تلك السنوات التي مضت ، إلى الأيادي الطاهرة التي أزلت من طريقي أشواك الفشل ، إلى من سانداني بكل حب في ضعفي ، إلى أول من انتظر هذه اللحظات ليفتخرا بي، إلى قدوتي الأولى، إلى من أعطاني و ما زالوا يعطيني بلا حدود، إلى أعلى والدين :

إلى أمي جنتي ... فاطمة المعدر

إلى الحب الذي لا يشيخ على الإطلاق ، لن أسميك بمسمى واحد فأنت كل شيء ، في حضورك تلغى كل المقارنات و تسقط جميع النظريات، في مقامك تطمس الاعتقادات و تدفن شتى أنواع الظنون، في مجلسك أنت الحامي ، عند ذكرك أنت الحياة و الدفاء، الرجاء و الجبر ، القوة والأمل، الأمن و الأمان.. أنت ظاهرة ليس لها مثيل. حبي لك يصعب اختصاره في بضع كلمات بل أعجز حتى عن اختيار الحروف المناسبة لوصفك... أنت كلي و جميعي و معظمي و كافتي : علمتني معنى الحياة بفطرتك، ودرستني معنى الصبر بكفاحك و لا معنى للمستحيل بحياتك، أحسستني بالأمن والأمان بحضنك... أفخر بانتمائي إليك وكيف لا وأنت اللبنة الأساسية في بناء حياتي، بمعيتك و دعواتك و صلواتك و رضاك عني، جعلتني أقوى الناس و لو في أصعب لحظاتي، جعلتني متصالحة مع ذاتي، و زرعت بداخلي قيما و مبادئ، و علمتني أن القوانين السماوية تتحكم بحاضرنا و مستقبلنا في الوقت الذي أصبحت الماديات تطغى على علاقاتنا علمتني أن الحياة نسبية وأن لاشيء يدوم و أن الخير و الشر في الإنسان طبيعة، وأن رضا الله و الوالدين و فعل الخيرات سبيل الفلاح... علمتني دروسا ثمينة. وهذا العمل المتواضع، الذي يعتبر في المقام الأول لك، ليس سوى تكريم لجهودك العظيمة و تضحياتك الضخمة فبدونك لم أكن لأصل لما أنا عليه الآن. فيا ربي اجعل أمي راضية عني ، و ارزقني برها و لا تحرمني منها أبدا ، و لا تقطع صوتها من البيت و اجعلها سيدة من سيدات الجنة و وفتني يا رب لأعوضها ولو بقطرة في بحر . شكرا لك لأنك أمي، و شكرا لأبي أن اختارك أمي، و شكرا للخالق أن يسرنا لنكون سويا . أحبك

إلى أبي ضياء دربي ... محمد وفا

لا تكفي كلماتي و لا تفي عندما أحاول التعبير عن الحب العميق و الامتتان الذي أحمله في قلبي نحوك و فخري كوني ابنتك و حاملة لاسمك. أنت الركيزة التي استندت إليها في كل مرحلة من مراحل حياتي. منذ الصغر وأنا أشعر بالأمان و الحنان في حضنك، و أجد فيك دائما الدعم و التوجيه. بفضلك تمكنت من تجاوز التحديات و تحقيق النجاحات. أنت يا أبي مأمني و أماني، روعي و راحتي، سكني و مسكني. أقدم لك هذا العمل المتواضع كعربون شكر و تقدير لكل ما قدمته لي، و أكثر ما أتمنى هو أن أكون فخرا لك. ربي احفظه لي ، فهو لي الدنيا و ما ملكت، و هو أجمل عطاياك. اللهم أسعده، و أطل عمره، و ارفع عنه كل أذى، و لا تحني له ظهرا و لا تدقني فيه بأسا يبكييني، و وفتني لرد الجميل له. يا عزيز الروح، دمت عزيزي و عزتي و عزتي، فأنت ملجئي بعد الله. طاب بك العمر، يا سيد الرجال و طببت لي عمرا يا غالي. أحبك

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْنِي
كَمَا رَحِمْتَ بَنِي صَغِيرًا

سورة البقرة، الآية 255

À ma très chère sœur Zahira et à mon beau frère Tarek

Il est difficile de trouver les mots pour exprimer tout l'amour que je ressens pour toi, ma chère sœur. Depuis notre enfance, tu as été ma source constante de soutien et d'amour inconditionnel. En tant que sœur et confidente, tu as su apporter la lumière dans les moments sombres et partager la joie dans les moments de bonheur. Je t'aime infiniment

À toi, mon cher beau-frère Tarek, je veux également exprimer ma sincère gratitude., merci pour ta présence bienveillante et pour tout l'amour que tu portes à ma sœur et à nous tous. Votre union est une source d'inspiration pour nous tous, et je vous suis reconnaissante pour les valeurs d'amour et de respect que vous incarnez.

Je vous dédie ce travail, et je vous souhaite un avenir prometteur plein de joie, de succès. Ainsi qu'à vos enfants

À ma chère sœur Ghezlane et à mon beau frère Halim

Tu es sœur, amie et complice, mon estime pour ta personne est sans limite, tu es l'exemple de la sœur parfaite. Je te remercie, d'être la meilleure amie, la confidente et la touche de tendresse qui embrasse mon existence. Je t'aime énormément

À toi, mon cher beau-frère Halim, merci pour ta présence bienveillante et tes gestes généreux qui illuminent nos vies. Ta capacité à être là dans les bons comme dans les mauvais moments témoigne de ton grand cœur.

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour que j'ai pour vous. et je vous remercie, pour vos supports et vos encouragements et je vous souhaite de merveilleux moments de complicité et de bonheur ainsi qu'à vos enfants.

À ma précieuse petite sœur, Najoua

S'il m'arrivait de tout recommencer et d'avoir à choisir ma petite sœur, mon choix se porterait, sans hésitation, sur toi. Tu as été mon pilier le plus solide des années durant. Je t'ai vu naître puis t'épanouir au fil des ans, pour devenir la merveilleuse personne que tu es aujourd'hui.

Mon affection pour toi n'a pas d'égale, et tu le sais. Ma perle, ma meilleure amie et ma vie. Tu es une personne formidable, forte et combattante. A tous les moments agréables qu'on a passé ensemble, à tout nos éclats de rire, en témoignage de notre amour et complicité. Je te remercie de m'avoir épaulé et soutenu..je te dédie ce travail et je te souhaite une vie pleine de bonheur et de réussite. Merci d'être là pour moi comme je promets de toujours l'être pour toi. Je t'aime beaucoup ma sœur

À mes chers petits neveux et mes nièces adorées :

Mohamed Rayan, Akram, Jamal, Essia, Eya et Razan

Vous êtes mes rayons de soleil, mes éclats de bonheur, et mes raisons de sourire chaque jour. Vous êtes bien plus que des neveux et nièces pour moi, vous êtes mes petits enfants les plus chers. Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous. Votre joie et votre gaieté me comblent de bonheur.

Que Dieu vous garde et vous aide à réaliser tous vos vœux les plus chers.

Je vous aime.

À la mémoire de ma grand-mère maternelle Ijja :

Tu es la personne la plus douce et la plus gentille que je n'ai jamais connue. Tes sacrifices pour tes enfants et tes petits enfants sont énormes.

Je ne t'oublierai jamais. Je t'aime.

À ma famille maternelle, A ma famille paternelle

J'aurais aimé pouvoir citer chacun par son nom. Merci pour votre amour. Vos encouragements m'ont été d'un grand soutien. Vous avez toujours été à l'écoute. Petits et grands, veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mon affection.

Que dieu vous bénisse et vous garde en bonne santé.

À la mémoire de ma Chère tante Hajja Jamila BEN BAHJA

et mon cher Oncle Haj Jamal LACHGVER

J'aurais tant aimé que vous soyez là. Les souvenirs que j'ai de vous seront à jamais gravés dans ma mémoire. Que Dieu, Le tout-puissant, vous couvre de sa sainte miséricorde et vous accueille ensemble dans son éternel paradis.

Je sais que vous êtes fières de moi de là d'où vous êtes.

À mes très chères amies et sœurs Asma OMDI et Mariam OUADAA

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous étiez pour moi des sœurs et des confidentes, vous avez toujours su me reconforter et m'apporter de l'aide au moment où j'ai besoin. Je profite de cette occasion pour que je vous dise à quel point vous êtes importantes pour moi. Nos fous-rires et notre bonne humeur ont su faire face à toutes les épreuves imposées par ce parcours en médecine, et pour cela, merci. Merci de toujours être là au bon moment, merci pour vos sourires, pour tous les moments qu'on a passé. Je prie le bon Dieu que toutes nos prières soient exaucées, merci d'exister. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous à n'importe quels moments.

Que la bonté de Dieu illumine vos chemins, je vous souhaite tout le bonheur du monde.

À la famille OMDI et OUADAA:

Tante Zakia, Tante Mina, Fatima ezzahra, Houda OMDI, Assia et la petite Houda OUADAA

Aucune dédicace ne pourrait traduire ma gratitude et ma profonde reconnaissance et mon amour. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'offrez quotidiennement et votre bonté exceptionnelle. Que Dieu le Tout Puissant vous garde et vous procure santé et bonheur. Merci de m'avoir traitée comme votre fille et soeur « Il n'y a pas que les gènes qui font les familles »

À mes chères: Tante Essaidia et Amina ELMOUKHASS

En témoignage de mon immense respect, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde. Merci ma chère Amina pour ton soutien inconditionnel et ton geste inoubliable dans un moment difficile.

À ma deuxième famille MOUZZINE : en particulier ma Tante adorée

Fatime, Samira et son mari Mohamed

Merci pour votre amour, vos prières et vos encouragements qui m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours, J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux,

Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard. Vous êtes pour moi une source inépuisable de sagesse. Il y a tant de chaleur dans la bonté de vos cœurs. Il n'y a aucun mot qui suffit pour vous dire merci, je vous aime énormément.

J'implore Dieu pour qu'il vous garde en bonne santé et qu'il me permette de profiter de votre présence à mes côtés.

*À mes chères amies et sœurs de cœurs : Rim AANNOUR, Laila OUAID,
Nisrine MOUNTASSER, Najat CHUIS, Meryem NABOULSI, Fatima
OUACHA*

À la mémoire de tous les moments de bonheur et de rires qu'on a partagés. À la mémoire de toutes les folies que nous avons fait. En souvenir des moments difficiles que nous avons pu surmonter.

Je vous remercie pour votre inconditionnel soutien, pour votre complicité, votre attention et pour votre immense amour dévoué et sincère. Que Dieu veille sur vous et vous procure santé, prospérité ainsi que tout le bonheur du monde

À Leila EL ADRARI, Asmae ACHOUMI et leurs familles

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude, de ma reconnaissance et mon respect le plus profond, en réponse de votre sympathie, gentillesse, votre aide et l'amabilité avec laquelle vous nous avez entouré.

Puisse Dieu vous garder en bonne santé, et vous prêter longue vie pleine de bonheur et de succès

*À mes chers (es) et co-Internes du CHP Inzegane : Marwa RICHY, Sihame
LACHQER, Zakaria LAGTARNA, Younes TAITI, Imane HAIDA*

Avec toute ma reconnaissance pour cette année passée ensemble, que nos souvenirs communs perdurent et que nos chemins continuent à se croiser avec succès.

*À tous mes chers amis et compagnons de cursus :
Laela, Hasnae, Manal, Touria, ...
Et à tous ceux qui ont contribué à ma réussite*

À madame la Professeur Laila LAHLOU

Professeur d'épidémiologie et santé publique au CHU Souss Massa d'Agadir.

Dès le premier jour, vous avez fait preuve d'une bienveillance sans égale. Vous veilliez toujours à me consacrer un créneau horaire malgré votre planning surchargé, et preniez le temps de me guider au mieux dans mon étude que je n'aurais pas pu mener à bien sans vos précieux conseils. Vous m'accueilliez avec le sourire et je vous en suis infiniment reconnaissante.

J'espère, à l'avenir, atteindre votre sagesse et votre modestie, et œuvrer avec le même dévouement et amour pour ce noble métier.

Veillez accepter, chère maître, l'assurance de ma reconnaissance et de ma plus haute estime.

À Dr. Rania BOUYI

*Je tiens à te remercier pour ton aide, ta gentillesse et tes conseils précieux.
Ton aide était un grand réconfort.*

*Dédicace spéciale à toute l'équipe de service de réanimation B CHR Hassan 2
Agadir*

En particulier : Dr. Rjta SEBTI

À tous ceux avec qui j'ai commencé cette aventure et que j'ai perdu à mi-chemin

À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

À tous mes enseignants de la Maternelle à l'université

Avec ma reconnaissance et ma haute considération.

À tous ceux que je n'ai pas pu citer

L'OUBLI DU NOM N'EST PAS CELUI DU COEUR

إلى إخواننا و أخواتنا في فلسطين الحبيبة

فلسطين، أرض الأمل والصمود، سامحونا يا أهلنا في غزة فوالله في القلب غصة و جمره لا تنطفى

ندعو الله لكم بالسلام والسلامة و النصر



REMERCIEMENTS



À NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE

Professeur Fatiha MANOUDI

*Professeur de l'enseignement supérieur de psychiatrie à la
faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens
du devoir nous ont énormément marqués.*

*Femme de grandes valeurs, vous nous avez toujours marqué par vos
qualités professionnelles et humaines, ainsi que par votre grande
bienveillance et humilité.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et
profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce
travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde
gratitude.*

À NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

Professeur Mohammed KHALLOUKI

*Professeur de l'enseignement supérieur d'anesthésie-réanimation
à la faculté de Médecine et de Pharmacie
de Marrakech*

*Nous vous remercions sincèrement pour l'honneur que vous nous avez fait
en acceptant de diriger ce travail.*

*Merci pour votre rigueur et votre disponibilité malgré vos nombreuses
occupations. Vos qualités font de vous un exemple à suivre.*

*Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre haute considération,
de notre sincère reconnaissance et de nos respects les plus distingués.*

À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Professeur Hicham NASSIK

*Professeur de l'enseignement supérieur d'anesthésie-réanimation
à la faculté de Médecine et de Pharmacie*

d'Agadir

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre charisme et vos qualités humaines et professionnelles et votre intérêt à la formation et le bien être de vos étudiants nous inspirent une grande admiration.

Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre profond respect ainsi que notre sincère gratitude.



TABLEAUX ET FIGURES



Liste des tableaux

- Tableau I** : Répartition selon les motifs d'hospitalisation en réanimation
- Tableau II** : Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients
- Tableau III** : Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des membres des familles
- Tableau IV** : Résumés des réponses, les scores et les sous-scores de satisfaction des familles
- Tableau V** : Les réponses des familles sur la durée de vie des patients décédés
- Tableau VI** : Les réponses des familles sur la souffrance des patients en fin de vie
- Tableau VII** : Les réponses des familles sur le soutien du personnel avant le décès
- Tableau VIII** : Les réponses des familles aux questions ouvertes
- Tableau IX** : Les réponses des membres des familles aux CCFNI
- Tableau X** : Corrélations entre le CCFNI et le FS-ICU
- Tableau XI** : Age du patient selon les différents auteurs
- Tableau XII** : Sexe des patients selon les différents auteurs
- Tableau XIII** : Age des familles selon les différents auteurs
- Tableau XIV** : Lien de parenté avec le patient selon les différents auteurs
- Tableau XV** : Scores du FS-ICU selon les différents auteurs
- Tableau XVI** : Satisfaction de la prise en charge du patient et du proche selon les différents auteurs
- Tableau XVII** : Satisfaction du comportement du personnel selon les différents auteurs
- Tableau XVIII** : Satisfaction des familles de l'ambiance au service et à la salle d'attente selon les différents auteurs
- Tableau XIX** : Satisfaction des familles à l'égard de l'information selon les différents auteurs

Liste des figures

- Figure 1** : Région Souss–Massa
- Figure 2** : Centre hospitalier régional HASSAN 2 d'Agadir
- Figure 3** : la version courte du Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS–ICU): 24 items
- Figure 4** : Les patients et les familles inclus et exclus de l'étude
- Figure 5** : Répartition des patients selon le sexe
- Figure 6** : Répartition des patients selon l'état matrimonial
- Figure 7** : Répartition des patients selon les antécédents d'hospitalisation en réanimation
- Figure 8** : Répartition des patients selon le recours à la ventilation
- Figure 9** : Répartition des patients en fonction de la sédation
- Figure 10** : Répartition des patients selon le type de sortie
- Figure 11** : Répartition des familles selon le sexe
- Figure 12** : Répartition des familles selon leur lien de parenté avec le patient
- Figure 13** : Répartition des familles selon les antécédents d'hospitalisation en réanimation
- Figure 14** : Répartition des membres des familles selon la cohabitation
- Figure 15** : Répartition des familles selon la fréquence de visite
- Figure 16** : Répartition des membres des familles selon le lieu de résidence
- Figure 17** : Répartition des membres des familles selon leur niveau d'étude



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

USI	:	Unités de soins intensifs
PICS-F	:	Post-intensive care Syndrome-Family
IOM	:	Institute of Médecine
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
CCFNI	:	Critical Care Family Needs Inventory
FS-ICU	:	Family Satisfaction in the Intensive Care Unit
FS-DM	:	Family satisfaction decision-making
SFAR	:	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
GCS	:	Glasgow Coma Scale



PLAN



INTRODUCTION	01
MATERIELS ET METHODES	04
I. Type, lieu et période de l'étude	05
II. Population de l'étude :	07
1. Critères d'inclusion	07
2. Critères d'exclusion	07
3. Echantillonnage	07
III. Outils de collecte et variable	08
1. Le family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)	08
2. Le Critical care Family Needs Inventory (CCFNI)	13
3. Les variables recueillies	14
IV. Recueil des données	15
V. Considérations éthiques	16
VI. Analyse statistique	16
RESULTATS	17
I. Caractéristiques descriptives de l'échantillon :	18
1. Description des patients	19
2. Description des familles	25
II. Description des résultats du questionnaire	31
1. FS-ICU 24	31
2. CCFNI	38
3. Les corrélations entre le CCFNI et les domaines du FS-ICU	40

DISCUSSION	41
I. Revue de la littérature :	42
1. Définitions	42
2. Déterminer les besoins des patients et des familles	44
3. Satisfaction aux soins en réanimation	45
4. Evaluer la satisfaction aux soins en réanimation	46
II. Discussion concernant la méthodologie :	47
1. Le choix du questionnaire	47
2. La taille de la population	48
3. Le moment d'administration du questionnaire	48
4. Le mode d'administration du questionnaire	49
III. Discussion concernant les résultats	50
1. Données socio-démographiques des patients	50
2. Données socio-démographiques des familles	52
3. La satisfaction des familles en réanimation	54
4. Les dimensions de satisfaction	56
5. Perceptions de la période « fin de vie »	65
6. Les besoins des familles selon le CCFNI	66
IV. Limites et forces de l'étude	69
V. Recommandations	70
CONCLUSION	72
RESUMES	74
ANNEXES	81
BIBLIOGRAPHIE	87



INTRODUCTION



*H*istoriquement, la performance des services de soins intensifs était évaluée en se basant sur des critères tels que le taux de mortalité, la durée du séjour, les résultats cliniques et la morbidité résiduelle. Cependant, au cours des dernières années, une attention croissante a été portée à la qualité des soins au sein des systèmes de santé[1]. Pour améliorer cette qualité dans les unités de soins intensifs (USI), diverses stratégies ont été mises en œuvre, notamment l'adoption de pratiques fondées sur des preuves scientifiques, le respect des dernières directives et protocoles institutionnels, ainsi que le maintien de normes rigoureuses en matière de sécurité et de gestion des risques. Par conséquent, il est devenu impératif d'adapter et d'évaluer ces approches [2].

*É*tant donné que les patients en réanimation peuvent souvent être dans l'incapacité de prendre des décisions concernant leur propre traitement en raison de leur état de santé fluctuant et imprévisible, ce sont souvent les membres de leur famille qui jouent un rôle déterminant dans le processus de décision. De ce fait, ils deviennent des évaluateurs privilégiés de la qualité des soins[2]. Toutefois, il est important de souligner que, dans le contexte des soins intensifs, la satisfaction globale à l'égard des soins doit également englober la satisfaction de la famille, bien que la satisfaction des soins ne doit pas être confondue avec les besoins spécifiques des patients et de leur famille, qui représentent des concepts distincts [3].

*E*n général, la satisfaction des familles est influencée par divers facteurs, notamment les attentes des familles en matière de soins, la qualité de la communication avec l'équipe médicale, les informations fournies, ainsi que les caractéristiques propres au patient et à sa famille. Cette satisfaction est étroitement liée à la clarté et à la précision des informations communiquées, permettant ainsi à la famille de participer de manière active au processus décisionnel[2].

*P*ar ailleurs, et en relation avec la satisfaction, les maladies graves exposent souvent les familles à un risque accru de développer des troubles psychologiques tels que l'anxiété, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique, également connu sous le nom de syndrome de soins post-intensifs-famille (PICS-F). Dans ce contexte, la qualité de la communication de l'équipe médicale joue un rôle déterminant dans la prévention du PICS-F [4][5].

*I*l est maintenant possible d'accéder facilement à des outils fiables pour évaluer la satisfaction familiale, tels que des questions à choix unique, qu'elles soient auto-administrées ou administrées par un enquêteur [1][6][7][8].

*P*armi les outils de mesure de la satisfaction des familles concernant les soins prodigués en médecine intensive, on peut noter :

- *L*e **Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)**, qui est le questionnaire le plus couramment employé en unité de soins intensifs pour évaluer les besoins des familles, a été créé par Lorraine C. Molter en 1979 [9], puis modifié par Johnson en 1998 [10].
- *L*e **Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)** est un questionnaire élaboré en 2001 pour évaluer la satisfaction des familles [1][11]. Ce questionnaire est précieux en raison de son caractère impliquant, car il engage les familles dans le processus de soins et de prise de décision.

*P*eu d'études ont été publiées dans le monde arabe, et en particulier au Maroc, sur la satisfaction des familles en ce qui concerne les soins de santé [12][8]. En règle générale, il y a un déficit de données concernant la satisfaction des familles en réanimation [1][8].

*D'*où l'idée de ce travail qui trace comme :

- ✓ Objectif principal : évaluer la satisfaction des familles des patients en réanimation
- ✓ Objectif secondaire : Identifier les besoins des familles des patients en réanimation



*MATERIELS
ET METHODES*



I. Type, lieu et période de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle à visée descriptive, qui a été menée sur une période de trois mois (de Décembre 2023 à Février 2024), au sein du service de Réanimation polyvalente B du Centre Hospitalier Régional Hassan 2 d'Agadir.

La région SOUSS MASSA, située au sud du Maroc, comprend six régions, rassemblant une population totale de plus de 2 676 847 habitants.



Figure 1: Région Souss-Massa

L'Hôpital Hassan 2 Agadir est le seul centre Hospitalier Régional de Souss-Massa-Draâ, il se compose de différents pavillons avec plusieurs spécialités. Sa mission concerne trois axes principaux : les soins, l'enseignement et la recherche. En ce qui concerne les soins, le CHR Hassan 2 assure des services de deuxième et troisième niveau, proposant des prestations médicales et chirurgicales courantes, ainsi que des interventions spécialisées en urgence ou programmées. Dans le domaine de l'enseignement, le CHR collabore avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie et l'Institut de Formation aux Carrières de la Santé. Il joue un rôle temporaire dans l'enseignement clinique et contribue à la formation pratique du personnel médical et infirmier. En matière de recherche, le CHR s'engage dans des travaux de recherche médicale et de soins infirmiers, en partenariat avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie, ainsi qu'avec les unités de formation et de recherche.



Figure 2 : Centre hospitalier régional HASSAN 2 d'Agadir

Le service de Réanimation B est un service polyvalent doté de 8 lits, spécialisé dans le traitement des pathologies médicales et chirurgicales graves telles que les infections, les troubles neurologiques, métaboliques, respiratoires, digestifs et abdomino-pelviens, ainsi que les cas postopératoires et les traumatismes graves. Les patients, majoritairement originaires d'Agadir et des environs, sont admis via les urgences ou des autres services hospitaliers. Le personnel médical se composait au moment de l'enquête de 6 enseignants, ainsi que 8 résidents et 4 internes. Le personnel paramédical comporte un infirmier major, 8 infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation et 8 infirmiers en soins d'urgence et soins intensifs.

Les familles sont accompagnées par un infirmier jusqu'au lit du patient. Une seule personne seulement est autorisée à venir auprès du patient lors de chaque visite. Les visites ont lieu entre 16 heures et 17 heures quotidiennement

Il faut signaler qu'il n'existe pas au sein du service une salle d'attente réservée uniquement à l'accueil des familles, en effet elles doivent attendre dans un espace près de l'entrée de la réanimation.

II. Population de l'étude :

La population cible était constituée par l'ensemble des familles de patients admis en réanimation durant la période de l'étude.

1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus, les familles de patients ayant séjourné depuis au moins 48 heures ainsi les membres de la famille de patients décédés en soins intensifs.

Les proches devaient répondre aux critères suivants :

- Agés de plus de 18 ans.
- Avoir rendu visite au patient au moins deux fois pendant son séjour aux soins intensifs et ayant déjà eu un entretien avec un des médecins de l'unité.
- L'acceptation de participer à l'étude.

2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus, les proches qui n'avaient pas consenti à participer à l'enquête.

3. Échantillonnage :

La présente étude a été menée en se basant sur un échantillonnage de convenance.

Pour calculer la taille d'échantillon minimal à recruter nous avons utilisé les résultats de l'étude (Evaluation de la satisfaction des familles des patients en réanimation par le FS-ICU)[13]. Un risque alpha de 5% et niveau d'erreur acceptable de 4 (d=4) . La taille de l'échantillon était de 49[14][15].

Dans le cadre de notre étude, nous avons adopté une approche rigoureuse pour sélectionner un seul accompagnant par patient en soins intensifs, quel que soit le lien de parenté entre eux. En nous appuyant sur des critères préétablis incluant la fréquence des visites et l'implication dans le suivi médical. Après avoir identifiés les proches des patients présents régulièrement lors des heures de visites autorisées, nous avons choisi celui ou celle qui avait le plus haut niveau de présence et était en communication régulière avec l'équipe médicale recevant ainsi toutes les informations actualisées sur l'état de santé du patient .

III. Outils de collecte et variable :

Deux questionnaires préétablis ont été administrés auprès des familles de patients hospitalisés en réanimation par le même interviewer :

1. Le Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU):

1.1. Description du FS-ICU:

Le questionnaire FS-ICU dans sa version originale en anglais, comprenant 34 questions, a été élaboré en 2001 par Heyland et al[1] dans le but d'évaluer la satisfaction des familles des patients en réanimation. Ce questionnaire a émergé d'une vaste étude pilote réalisée au Canada, visant à examiner la satisfaction des patients, la qualité des soins en fin de vie, les besoins des familles en réanimation, ainsi que la satisfaction des familles à l'égard des décisions médicales. De plus, des études antérieures ayant validé la mesure de la satisfaction des familles au moyen d'autres questionnaires ont également contribué au développement du FS-ICU[15].

La version originale du FS-ICU est composée de deux domaines distincts :

- Le premier domaine, intitulé« **Satisfaction aux Soins**», vise à évaluer la qualité des soins dispensés au patient et à sa famille. Cette partie, composée de 18 items, est une adaptation de la version modifiée du questionnaire "The Patient Jugement of Hospital Quality", un instrument prouvé et valide développé aux États-Unis à la fin des années

1980 pour évaluer la qualité des soins [16]. L'adaptation a été réalisée pour prendre en compte les spécificités de la réanimation. Ainsi, ce premier domaine du FS-ICU permet d'évaluer la façon avec laquelle le patient et sa famille sont traités en réanimation, la qualité des soins dispensés par les médecins et les infirmiers, ainsi que l'ambiance au sein du service et dans la salle d'attente des familles.

- Le deuxième domaine du FS-ICU, nommé «**Satisfaction aux Décisions**» contient 16 items. Il a pour objectif d'évaluer la satisfaction des familles quant aux décisions médicales prises au sein du service. Les différentes questions ou items de ce domaine sont issus de l'étude de Charl et al [17] qui a identifié trois composantes du processus décisionnel : l'échange d'information entre les familles et l'équipe soignante, la discussion à propos des différentes options thérapeutiques, et enfin le choix du traitement.

Le FS-ICU est un questionnaire destiné aux adultes de 18 ans et plus. Des études préalables [1][11][18][7] ont permis de le traduire et de l'adapter dans diverses langues. Sa fiabilité et sa validité ont été confirmées dans le contexte spécifique de la réanimation [1][11].

En 2006, une version brève originale du FS-ICU (Annexe 1) a été créée, comprenant 24 items répartis en 2 domaines distincts :

- Le premier domaine nommé « Satisfaction aux Soins » (**FS-ICU soins**) contient 14 items, et regroupe cinq dimensions :
 - La prise en charge du patient (4 items)
 - La prise en charge du proche (4 items)
 - La compétence des infirmiers (2 items)
 - La compétence des médecins (1 item)
 - L'ambiance au service et à la salle d'attente (3 items)

- Le deuxième domaine nommé « Satisfaction aux Décisions » (**FS-ICU décisions**) contient 10 items et regroupe deux dimensions :
 - Le besoin d'information (6 items)
 - Le processus de prise de décision (4 items)

La version raccourcie du FS-ICU, avec ses 24 items, a également prouvé sa fiabilité et sa validité, établissant ainsi sa pertinence en tant qu'instrument de mesure fiable en réanimation[7].

C'est cette version du FS-ICU que nous avons utilisée dans notre étude

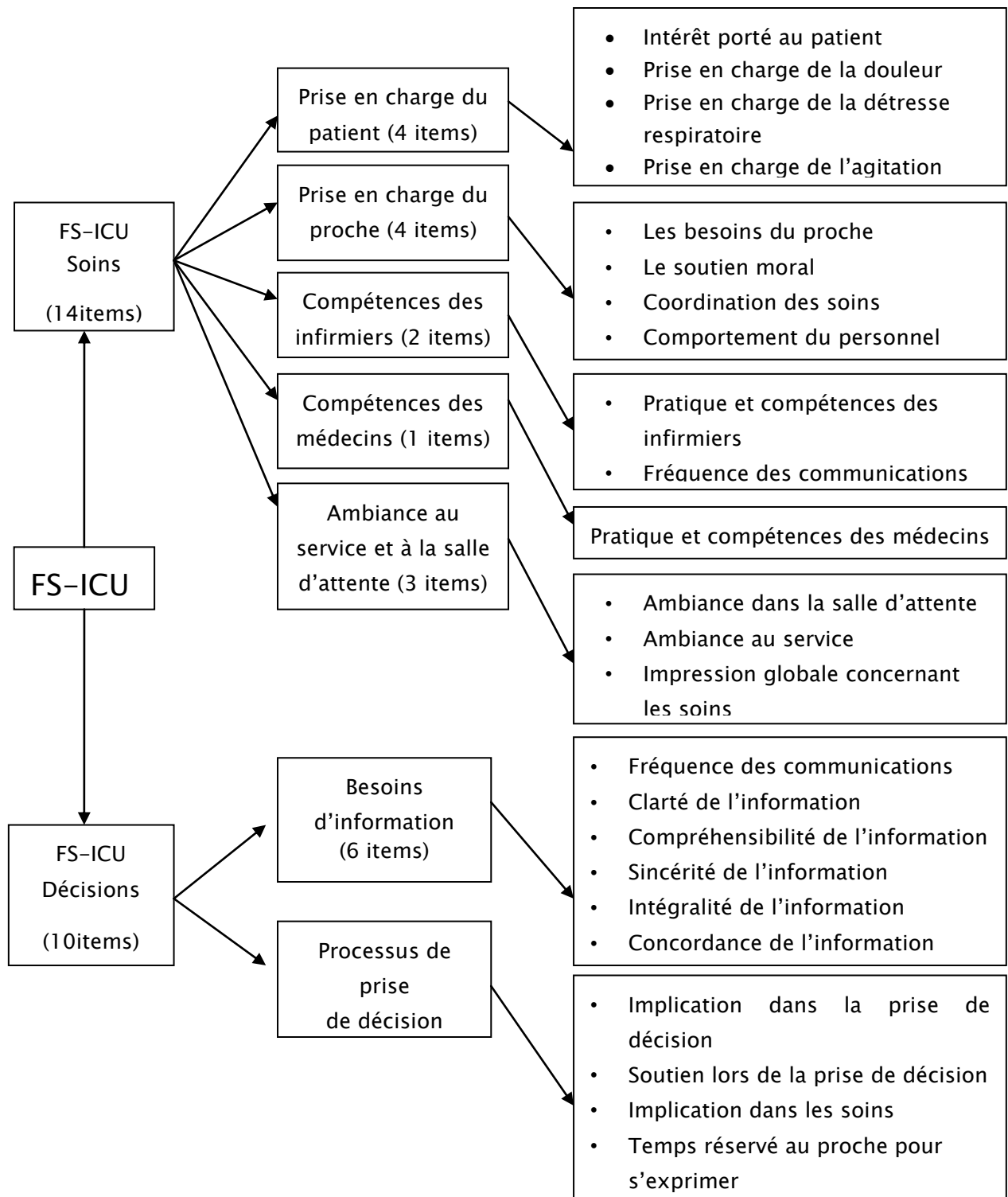


Figure 3: La version courte du Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU): 24 items

1.2. Calcul des scores:

Le FS-ICU comprend :

- 24 questions à choix unique :Les réponses sont dichotomiques pour le 24^{ème} item et elles sont évaluées sur une échelle de cinq à six points pour les autres items (non pertinent, mauvais, moyen, bien, très bien, et excellent).
- 3 questions à choix unique spécifiquement destinées aux familles de patients décédés, abordant leurs perspectives sur la fin de vie, le soulagement de la douleur et le soutien du personnel médical.
- 3 questions ouvertes permettent aux membres de la famille de donner leur avis sur les points forts et les faiblesses de l'équipe de soins intensifs et du service, ainsi que de fournir des suggestions pour améliorer les soins en USI

Les réponses au questionnaire FS-ICU ont été interprétées pour chaque membre de la famille en se conformant au guide d'utilisation du FS-ICU qui inclut uniquement les 24 items [19],ainsi Les données ont été systématisées selon la procédure de recodage et de notation[20]. La procédure décrit le recodage de l'échelle de Likert de 1 à 5 vers une nouvelle échelle avec un score de 0 à 100, où 0 correspond au moins satisfait et 100 au plus satisfait comme suit :

0 = mauvais

25 = passable

50 = bon

75 = très bon

100 = excellent.

Le score du domaine "FS-ICU soins" a été calculé en additionnant toutes les valeurs de ses éléments (14 items) et en divisant le total par 14. De même, le score du domaine "FS-ICU décisions" a été obtenu en additionnant toutes les valeurs de ses éléments (10 items) et en divisant le total par 10. Le score total du FS-ICU a été déterminé en ajoutant les scores de "FS-ICU Soins" et "FS-ICU Décisions", puis en divisant cette somme par 2.

L'interprétation des scores se fait comme suit :

- Les scores > 70 étaient généralement considérés comme satisfaisants, et les scores plus élevés reflétaient une satisfaction accrue.
- Les scores < 70 étaient perçus comme moins satisfaisants, suggérant une satisfaction moindre.

1.3. Adaptation transculturelle du FS-ICU :

L'adaptation transculturelle et la validation statistique ont été préalablement effectuées dans cette étude [13].

2. Le Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI):

Le CCFNI est un outil de mesure conçu pour évaluer les besoins des familles des patients en réanimation. Il a été initialement développé par Molter en 1979[9] et ultérieurement modifié et validé par Jonhson et al en 1998 [10].

Le CCFNI jouit d'une reconnaissance mondiale et, est considéré comme une référence pour évaluer la satisfaction des familles à l'échelle internationale[8][21][22] .

Le CCFNI se compose de 14 items, chacun étant une question à choix unique avec une réponse cotée de 1 à 4 comme suit :

- 1 : Toujours
- 2 : Souvent
- 3 : Parfois
- 4 : Jamais

Chaque question a été notée :

- « 1 » : si la réponse était 1 ou 2 (indiquant une satisfaction)
- « 0 » : si la réponse était 3 ou 4 (indiquant une insatisfaction)

Une exception a été faite pour les questions 11 et 14, dans lesquelles le système de notation était inversé[23].

Jonhson et al [10] ont classé les 14 items en 4 dimensions :

- Attitude (items 1, 2, 6, 10)
- Communication avec les familles (items 3, 4, 5, 12, 13)
- Confort (items 7, 8, 9, 11)
- Isolation dans la salle d'attente (item 14).

Le score total du CCFNI est la somme des 14 items, la valeur minimale étant 0 (insatisfaction extrême) et la valeur maximale étant 14 (satisfaction extrême)[10]

La première étude sur la satisfaction des familles en réanimation menée au Maroc[8] avait utilisé le CCFNI comme instrument d'évaluation. La version arabe du CCFNI, adaptée au contexte marocain (Annexe 2), a confirmé sa fiabilité et sa validité dans cette étude[8].

3. Les variables recueillies :

3.1. Caractéristiques des patients :

Pour chaque patient, les informations suivantes ont été recueillies :

Les données sociodémographiques à savoir :

- L'âge
- Le sexe
- L'état matrimonial (marié, célibataire, divorcé/veuf)

- Les antécédents d'hospitalisation en réanimation
- Ainsi que les données du séjour en réanimation :
- Le diagnostic retenu à l'admission
 - La durée du séjour (en jours)
 - Le *Glasgow Coma Scale* (GCS) au moment de l'interview.
 - Le recours à la ventilation mécanique.
 - L'usage de la sédation.

3.2. Caractéristiques des familles :

Pour chaque membre de famille interrogé, les informations suivantes ont été recueillies :

- L'âge
- Le sexe
- Le niveau d'étude (aucun ou coranique, primaire, secondaire, ou supérieur)
- Les antécédents d'hospitalisation d'un proche en réanimation
- Le lien de parenté avec le patient (conjoint, parent, enfant, frère ou sœur, ou autre)

IV. Recueil des données :

La collecte des données s'est déroulée en deux étapes distinctes. Tout d'abord, les données médicales ont été extraites des dossiers des patients. Ensuite, le même enquêteur a administré les deux questionnaires FS-ICU et CCFNI aux participants répondant aux critères d'inclusion le jour de leur sortie de la réanimation. Les proches des patients décédés ont été contactés, soit en personne soit par téléphone, en respectant leurs disponibilités et leurs états de deuil.

V. Considérations éthiques :

Les personnes recrutées ont été informées du but de l'étude. Seuls les proches adhérents après consentement oral, libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec respect de l'anonymat des individus et de la confidentialité de leurs informations.

VI. Analyse statistique :

La saisie et l'analyse statistique ont été effectuées sur le logiciel « Jamovi software » version 2.3.28[24], les variables qualitatives ont été décrites en effectif et pourcentages.

Les variables quantitatives de distribution gaussienne ont été décrites en moyenne et écart type

Les variables quantitatives de distribution non gaussienne ont été décrites en médiane et intervalle interquartile

La distribution des variables quantitatives a été décidée sur la base des représentations graphiques q-q plot et histogramme.

Le seuil de signification a été fixé à 5% ($p \leq 0,05$)



RESULTATS



I. Caractéristiques descriptives de l'échantillon :

Durant la période d'étude, 66 patients ont été hospitalisés au service, 5 patients ont été transférés à d'autres services durant les premières 48 heures de l'hospitalisation, un patient était sans domicile fixe et sans proches. Parmi les 60 patients recensés, nous en avons exclus 3 au total dont leurs familles ont refusé de répondre au questionnaire.

Au total, 57 patients accompagnés chacun d'un seul membre de leur famille ont été inclus dans l'étude.

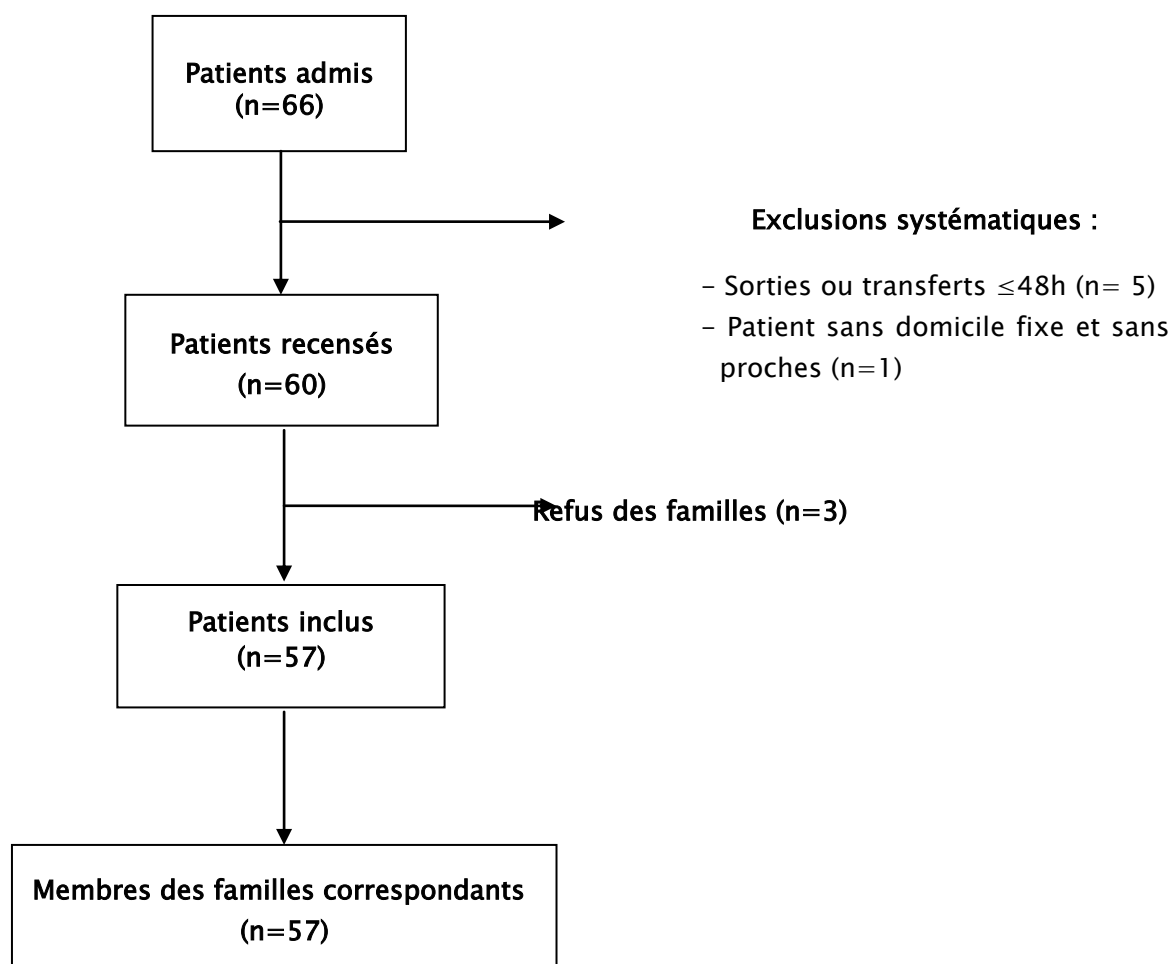


Figure 4: Les patients et les familles inclus et exclus de l'étude

1. Description des patients :

1.1. Caractéristiques sociodémographiques :

a. L'âge :

L'âge moyen était de $39,9 \pm 22,8$ ans. Le plus jeune avait 6 mois et le plus âgé avait 79 ans.

b. La répartition selon le sexe :

Le sexe masculin était prédominant avec un sex ratio H/F de 2

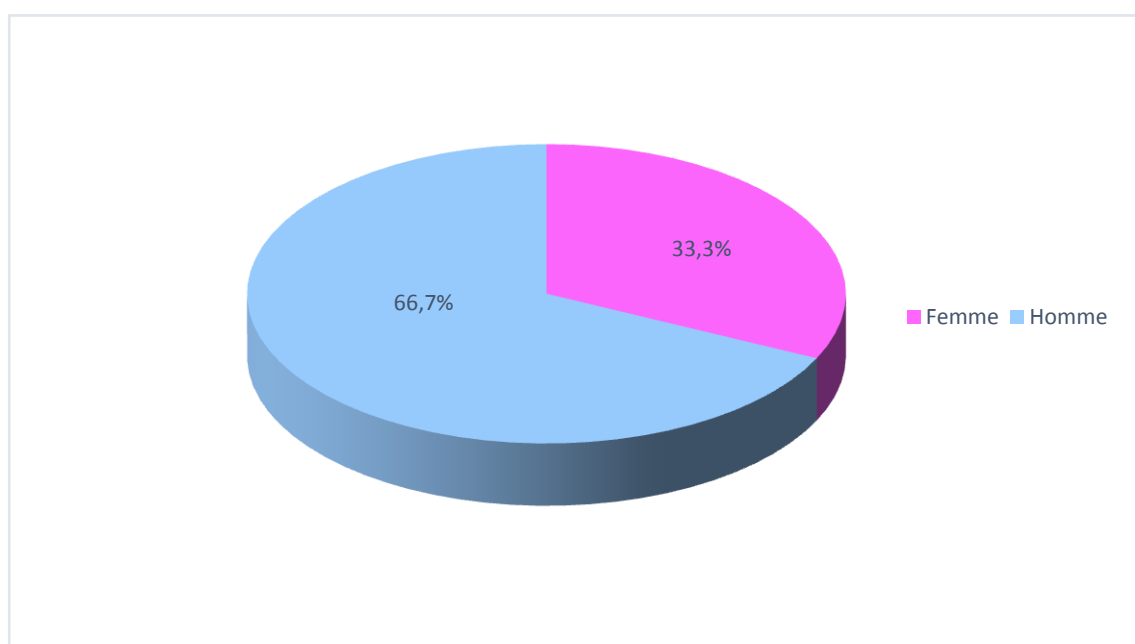


Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe

c. L'état matrimonial :

56,1% des patients étaient mariés

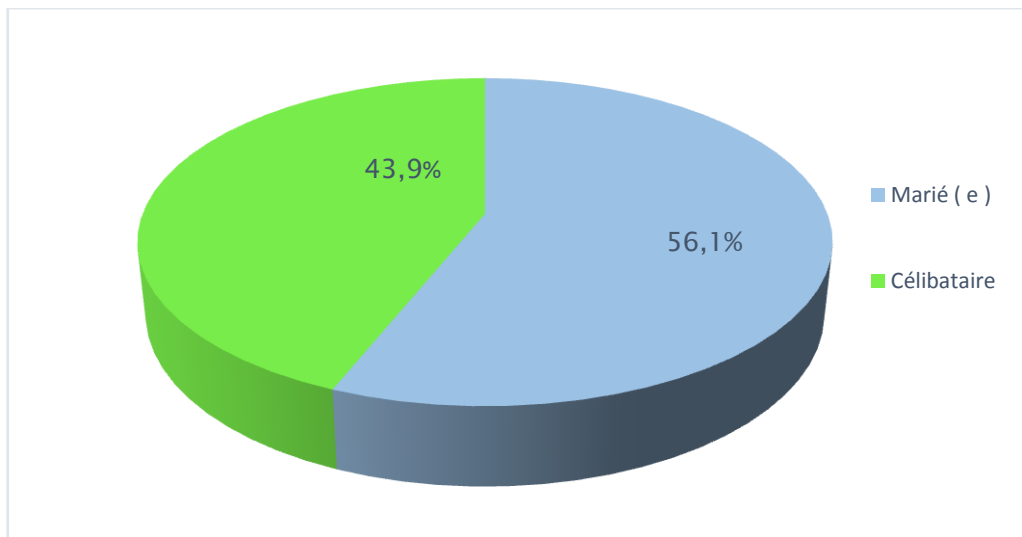


Figure 6 : Répartition des patients selon l'état matrimonial

d. Les antécédents d'hospitalisation en réanimation :

2 malades soit 3,5% avaient des antécédents d'hospitalisation en réanimation.

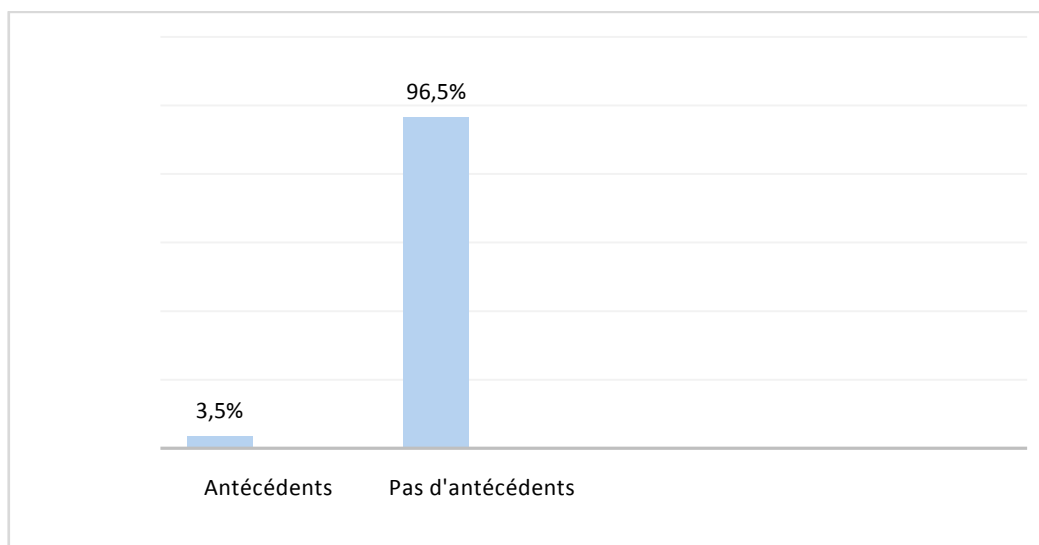


Figure 7 : Répartition des patients selon les antécédents d'hospitalisation en réanimation

1.2. Caractéristiques cliniques de séjour en réanimation :

a. Le motif d'hospitalisation en réanimation :

Les urgences traumatiques étaient les plus observées dans le service soit 29,9%

Tableau I: Répartition selon les motifs d'hospitalisation en réanimation

Motif d'hospitalisation	n=57
Urgences traumatiques	17 (29,9)
Polytraumatisme	12 (21)
Electrisation	2 (3,5)
Traumatisme crânien grave	1 (1,8)
Brûlure thermique grave	1 (1,8)
Choc hémorragique	1 (1,8)
Urgences respiratoires	9 (15,7)
Détresse respiratoire	
Urgences post opératoires	9 (15,7)
Prise en charge post opératoire	
Urgences infectieuses	8 (14,1)
Choc septique	7 (12,3)
Endocardite infectieuse	1 (1,8)
Urgences neurologiques	7 (12,3)
Trouble de conscience	4 (7)
Etat de mal épileptique	2 (3,5)
AVC Hémorragique	1 (1,8)
Urgences endocriniennes	6 (10,5)
Acidocétose diabétique	
Urgences hématologiques	1 (1,8)
Pancytopenie fébrile	

n: nombre. Données exprimées en nombre (pourcentage).

b. La durée du séjour :

La durée médiane du séjour en réanimation des patients était de 5 jours [4;9]

c. Le Glasgow coma scale :

Le GCS des patients au moment de l'interview était en moyenne [13/15-15/15]

d. Le recours à la ventilation mécanique :

80,7% des patients ont été ventilés

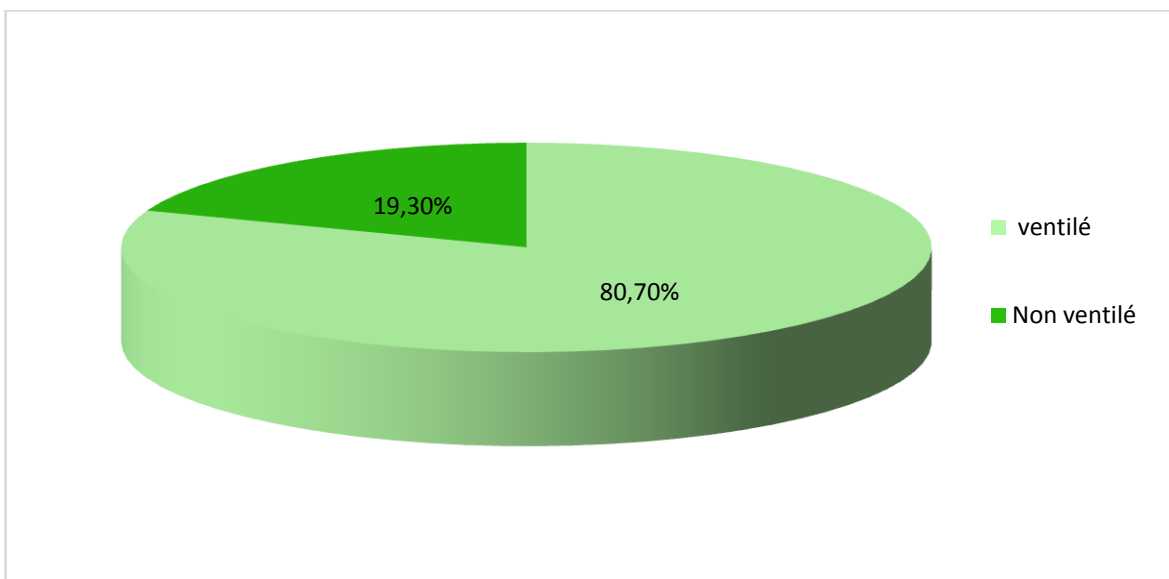


Figure 8: Répartition des patients selon le recours à la ventilation

e. La sédation :

La sédation a concerné 80,7% des patients.

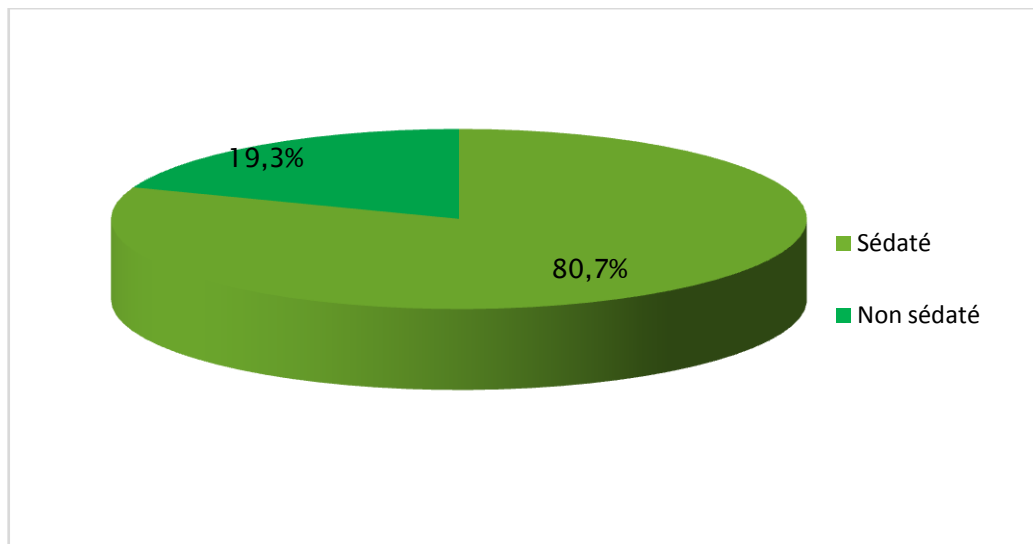


Figure 9: Répartition des patients en fonction de la sédation

f. Le type de sortie :

Les patients étaient sortants dans 73,7% de cas.

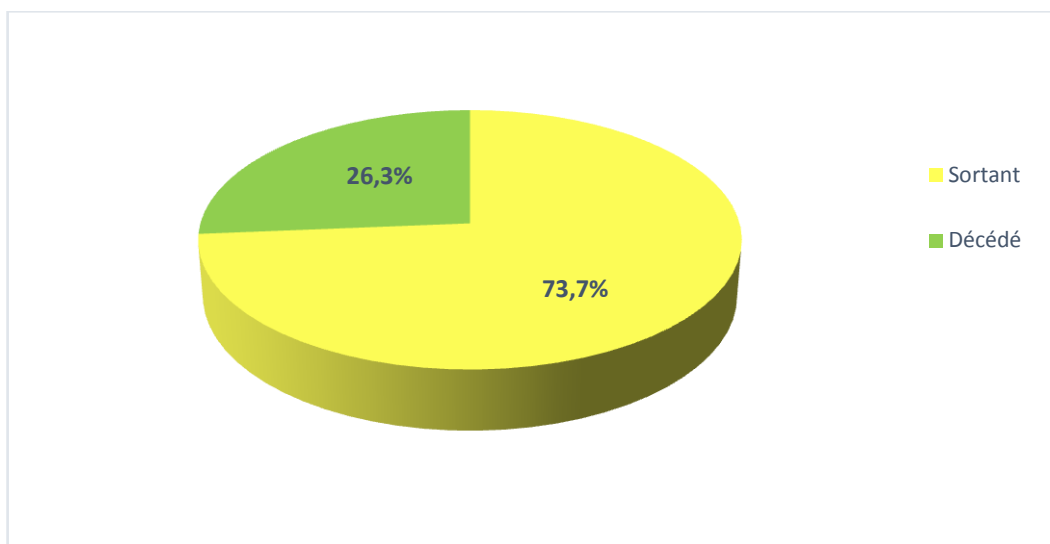


Figure 10: Répartition des patients selon le type de sortie

Tableau II : Récapulatif des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients

Caractéristiques	n= (57)
Age (années)	39,9±22,8
Sexe	
Femme	19 (33,3)
Homme	38 (66,7)
Etat matrimonial	
Marié(e)	32 (56,1)
Célibataire	25 (43,9)
Antécédents d'hospitalisation en réanimation	
Oui	2 (3,5)
Non	55 (96,5)
Diagnostics à l'admission	
Urgences traumatiques	17 (29,9)
Urgences respiratoires	9 (15,7)
PEC post opératoire	9 (15,7)
Urgences infectieuses	8 (14,1)
Urgences Neurologiques	7 (12,3)
Urgences endocriniennes	6 (10,5)
Autres	1 (1,8)
Durée du séjour (jours)	5 (4-9)
GCS au moment de l'interview	14,5±13,1
Le recours à la ventilation	
Non	11 (19,3)
Oui	46 (80,7)
Usage de sédation	
Non	11 (19,3)
Oui	46 (80,7)
Type de sortie	
Sortant	42 (73,7)
Décédé	15 (26,3)

n : nombre; GCS :Glasgow Coma Scale.

Résultats exprimés en médiane (quartiles), moyenne±écart types ou en nombre (pourcentage).

2. Description des familles :

2.1. Caractéristiques socio démographiques :

a. L'âge :

L'âge minimal chez les membres de familles interrogés était de 20 ans et l'âge maximal était de 68 ans. Avec une moyenne d'âge de $39,4 \pm 11,3$

b. Le sexe :

Le sexe masculin était prédominant avec un sex ratio H/F de 1,3

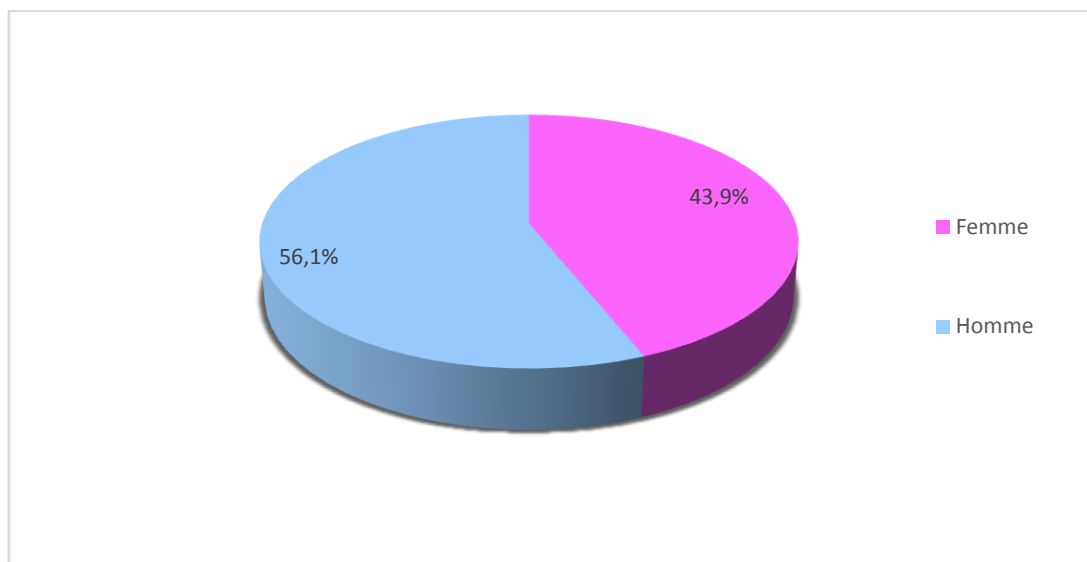


Figure 4: Répartition des familles selon le sexe

c. Le lien de parenté :

En ce qui concerne le lien de parenté avec les patients, on relève des proportions similaires entre parent, fratrie ou descendance aux alentours de 28%

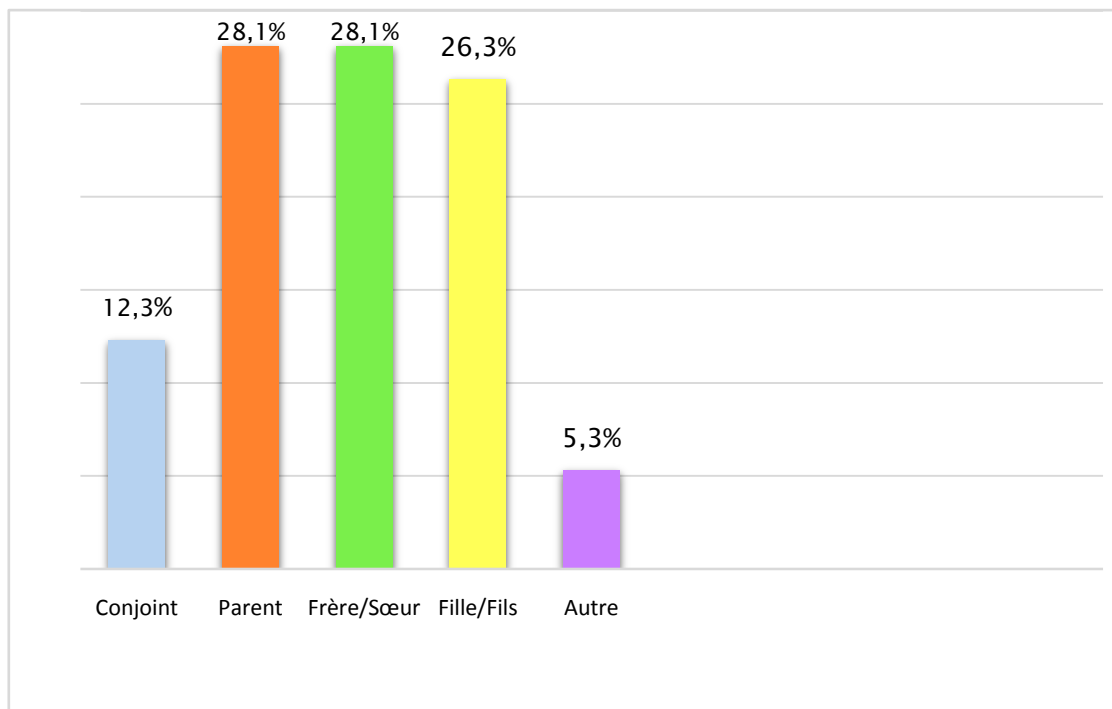


Figure 5: Répartition des familles selon leur lien de parenté avec le patient

d. Antécédents d'hospitalisation d'un proche en réanimation :

15,8% des membres des familles interrogés avaient déjà vécu l'hospitalisation d'un de leurs proches en réanimation

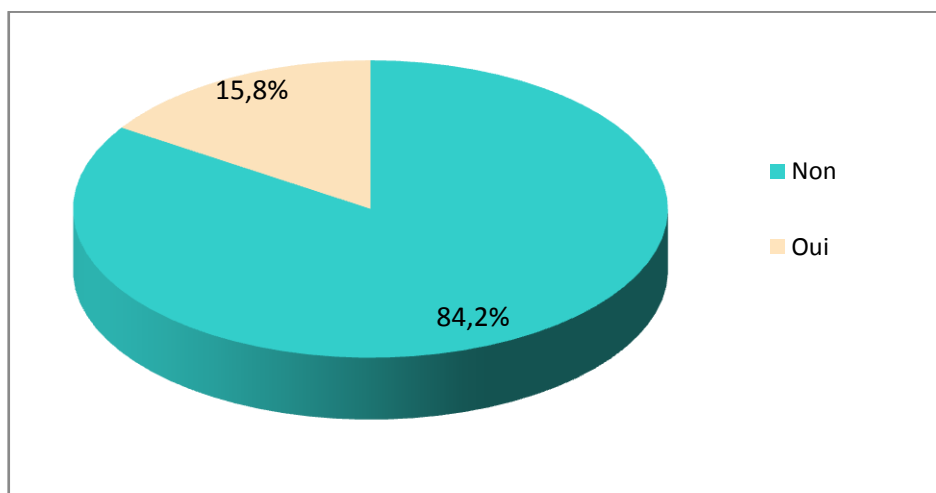


Figure 6 : Répartition des familles selon les antécédents d'hospitalisation en réanimation

e. La cohabitation :

Dans 70,2% des cas, les proches partageaient le même logement que le patient.

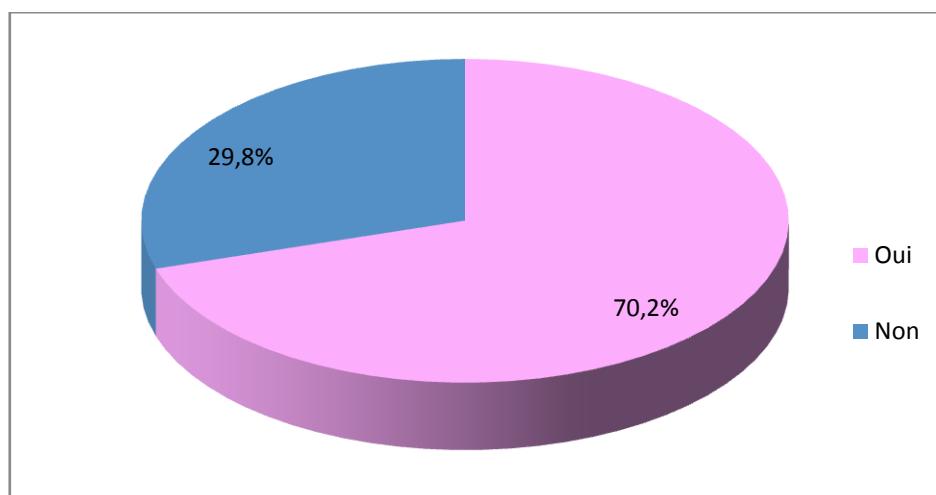


Figure 7: Répartition des membres des familles selon la cohabitation

f. La fréquence de visite :

77,8% des familles rendaient visite au patient plus qu'une fois par semaine. Plus encore, la visite des proches est quotidienne dans la majorité des cas.

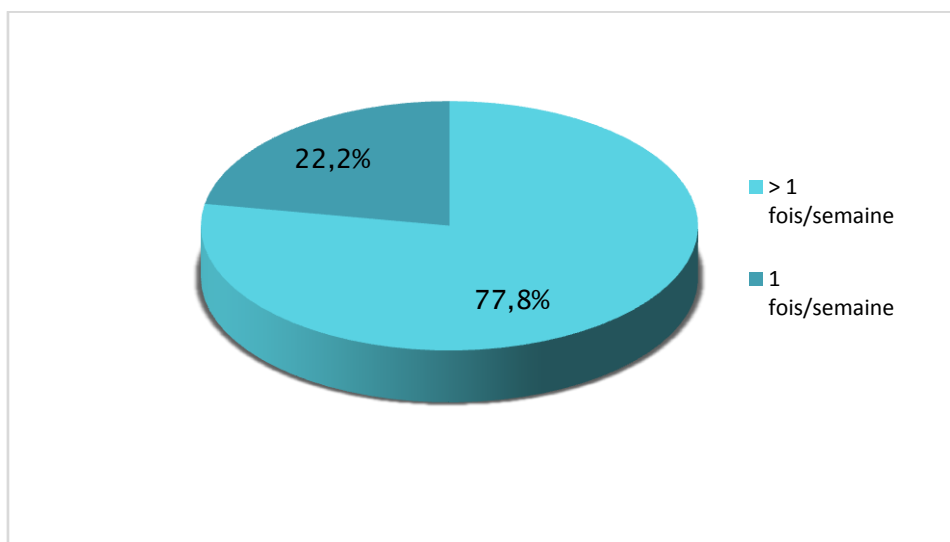


Figure 8: Répartition des familles selon la fréquence de visite

g. Le lieu de résidence :

57,9% des membres des familles résidaient hors la ville d' Agadir.

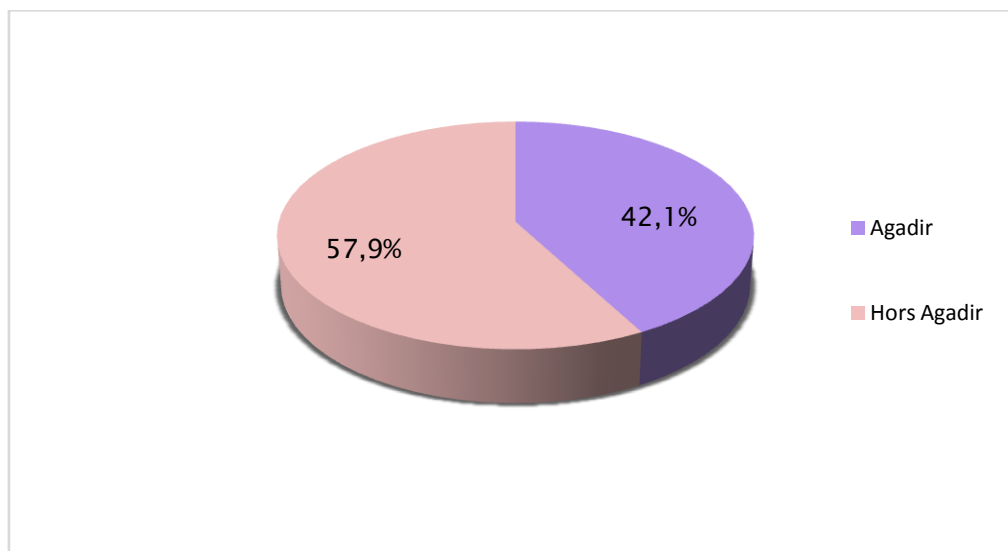


Figure 9: Répartition des membres des familles selon le lieu de résidence

h. Le niveau d'études:

61,4% des accompagnants enquêtés étaient non scolarisés (aucun niveau d'étude ou coranique)

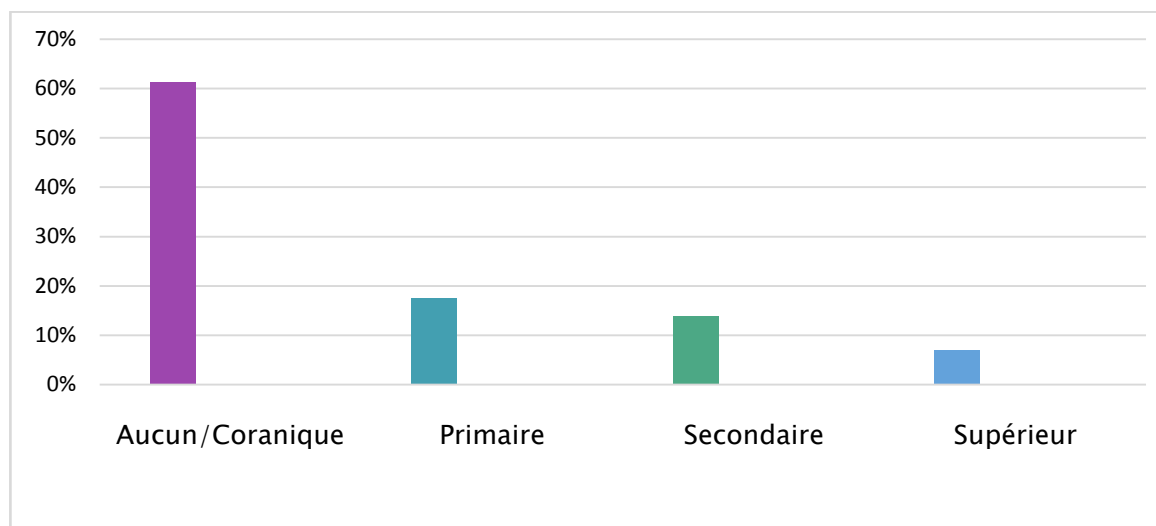


Figure 17: Répartition des membres des familles selon leur niveau d'étude

i. La durée de l'interview:

La durée de l'interview était en moyenne de 18 ± 3.23 minutes

Tableau III : Récapulatif des caractéristiques sociodémographiques des membres des familles

Caractéristiques	n= (57)
Age (années)	39,4±11,3
Sexe	
Femme	25 (43,9)
Homme	32 (56,1)
Niveau d'étude	
Aucun/coranique	35 (61,4)
Primaire	10 (17,5)
Secondaire	8 (14)
Supérieur	4 (7)
Lien de parenté avec le patient	
Conjoint	7 (12,3)
Parent	16 (28,1)
Frère/Sœur	16 (28,1)
Fils/fille	15 (26,3)
Autre	3 (5,3)
Antécédents d'hospitalisation d'un proche en réanimation	
Oui	9 (15,8)
Non	48 (84,2)
Lieu de résidence	
Agadir	24 (42,1)
Hors Agadir	33 (57,9)
La cohabitation	
Oui	40 (29,8)
Non	17 (70,2)
Durée de l'interview (minutes)	18 ± 3.23

n: nombre. Données exprimées en moyenne ± écart type ou en nombre (pourcentage)

II. Description des résultats du questionnaire :

1. FS-ICU 24 :

1.1. Satisfaction des familles à l'égard des soins et la prise de décision :

Le score de satisfaction était de $69.7 \pm 16,5$ (FS-ICU/Total)

La satisfaction à l'égard des soins globaux était de 70.1 ± 17.2 (FS-ICU/Soins) : L'item 8 portant sur le traitement courtois et respectueux du personnel des soins intensifs envers les familles des patients, a obtenu le score de satisfaction le plus élevé. Les items 1, 5, 6, 11 et 14, relatifs au respect et à la courtoisie envers les patients, à l'intérêt porté à leurs besoins, au soutien affectif, à la compétence des médecins et aux soins prodigués aux patients, ont également enregistré des scores moyens . En revanche, les autres items, comme l'évaluation des symptômes, le travail d'équipe, la compétence et la communication du personnel infirmier, ainsi que l'ambiance dans les unités de soins intensifs, ont obtenu des scores de satisfaction plus faibles, avec le score le plus bas attribué à l'ambiance dans la salle d'attente.

La satisfaction l'égard du processus de prise de décision était de 69.3 ± 18.5 (FS-ICU/Décisions) :Les items de 1 à 6 portant sur les informations, notamment la fréquence de communication avec les médecins des soins intensifs, la clarté, la compréhensibilité, la sincérité, l'intégralité et la concordance de l'information, ainsi les items 8 et 9 portant sur l'implication dans les soins du proche et le soutien lors du processus de prise de décisions, ont obtenu des scores satisfaisants. Cependant, l'implication dans le processus de prise de décision a été moins appréciée (item 7). Le score le plus bas au FS-DM concernait la perception des membres de la famille quant à leur disponibilité en temps pour exprimer leurs préoccupations et obtenir des réponses à leurs questions (item 10). La répartition des réponses à cet item a montré que 54.4% estimaient disposer de suffisamment de temps, tandis que 45.6% auraient aimé avoir plus de temps pour exprimer leurs préoccupations et obtenir des réponses à leurs questions.

Tableau IV: Résumés des réponses, les scores et les sous-scores de satisfaction des familles

FS-ICU 24	Excellent	Très bien	Bien	Moyen	Mauvais	Moyenne ±ET
FS-SOINS						70.1±17.2
1. Le personnel de l'unité de soins intensifs a-t-il traité votre proche (patient) avec courtoisie, respect et compassion ?	37 (64.9)	8 (14)	8 (14)	3(5.3)	1 (1.8)	83.8±25.7
2. Le personnel des soins intensifs a-t-il évalué et traité la douleur du membre de votre famille ?	15 (26.3)	13 (22.8)	17 (29.8)	10 (17.5)	2 (3.5)	63.9 ±27.3
3. Le personnel des soins intensifs a-t-il évalué et traité la détresse respiratoire du membre de votre famille ?	13 (22.8)	10 (17.5)	20 (35.1)	13 (22.8)	1 (1.8)	59.2±28.2
4. Le personnel des soins intensifs a-t-il évalué et traité l'agitation du membre de votre famille ?	16 (28.1)	10 (17.5)	20 (35.1)	11 (19.3)	0	63.6±27.6
5. De quelle manière le personnel des soins intensifs s'est-il intéressé à vos besoins?	29 (50.9)	11 (19.3)	14 (24.6)	2 (3.5)	1 (1.8)	78.5±25.6
6. De quelle manière le personnel des soins intensifs vous a-t-il soutenu moralement ?	27 (47.4)	15 (26.3)	13 (22.8)	1 (1.8)	1 (1.8)	78.9 ±24
7. Dans quelle mesure le personnel des soins intensifs a-t-il coordonné les soins prodigués à un membre de votre famille?	20 (35.1)	14 (24.6)	15 (26.3)	7 (12.3)	1 (1.8)	69.7 ±27.8
8. Le personnel des soins intensifs vous a-t-il traité avec courtoisie, respect et compassion?	42 (73.7)	5 (8.8)	8 (14)	2 (3.5)	0	88.2 ±21.7
9. De quelle manière le personnel infirmier a-t-il soigné votre proche?	14 (24.6)	18 (31.6)	21 (36.8)	4 (7)	0	68.4±22.9

Evaluation de la satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation :
Service de réanimation B du CHR HASSAN 2 d'AGADIR

10. A quelle fréquence le personnel infirmier vous a-t-il informé de l'état de votre proche ?	12 (21.4)	18 (31.6)	16 (28.1)	10 (17.5)	1 (1.8)	63.2±26.8
11. De quelle manière les médecins ont-ils soigné votre proche ?	28 (29.1)	18 (31.6)	10 (17.5)	1 (1.8)	0	82±20.5
12. Comment était l'ambiance aux soins intensifs ?	3 (5.3)	5 (8.8)	15 (26.3)	26 (45.6)	8 (14)	67.5 ±24.5
13. Comment était l'ambiance dans la salle d'attente des soins intensifs?	13 (22.8)	21 (36.8)	17 (29.8)	5 (8.8)	1 (1.8)	36.4±25.5
14. Avez-vous été satisfait avec le degré de soins reçus par votre proche aux soins intensifs	24 (42.1)	20 (35.1)	10 (17.5)	3 (5.3)	0	78.5±22.4
FS-DM						69.3 ±18.5
1.À quelle fréquence les médecins vous ont ils parlé de l'état de santé d'un membre de votre famille ?	22(38.6)	16(28)	12(21.1)	5 (8.8)	2(3.5)	72.4±28.2
2. Dans quelle mesure le personnel était il disposé à répondre à vos questions?	20 (35.1)	17 (29.8)	13 (22.8)	6 (10.5)	1 (1.8)	71.5±26.9
3. Dans quelle mesure le personnel des soins intensifs vous a-t-il fourni des explications compréhensibles?	21 (36.8)	15 (26.3)	14 (24.6)	6 (10.5)	1 (1.8)	71.5 ±27.3
4. Dans quelle mesure pensez-vous que les informations que vous avez reçues sur l'état de santé d'un membre de votre famille étaient honnêtes ?	22 (38.6)	16 (28.1)	13 (22.8)	5(8.8)	1 (1.8)	73.2 ±26.7
5. De quelle manière le personnel des soins intensifs vous a-t-il informé de ce qui arrivait à votre proche ?	20 (35.1)	16 (28.1)	14 (24.6)	5(8.8)	2 (3.5)	70.6±28
6. Dans quelle mesure les informations que vous avez reçues sur l'état de santé d'un membre de votre famille étaient-elles cohérentes ?	22 (38.6)	13 (22.8)	13 (22.8)	7 (12.3)	2(3.5)	70.2±29.7

**Evaluation de la satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation :
Service de réanimation B du CHR HASSAN 2 d'AGADIR**

7. Vous êtes-vous senti impliqué dans le processus de prise de décisions?	Totalement inclus	16 (28.1)	67.5 ±31.7
	Partiellement inclus	25 (43.9)	
	Ni inclus ni exclu	5 (8.8)	
	Partiellement exclu	5(8.8)	
	Totalement exclu	6 (10.5)	
8. Vous êtes-vous senti soutenu lors de la prise de décisions?	Totalement soutenu	15 (26.3)	71.1±24.5
	Partiellement soutenu	25 (43.9)	
	Ni soutenu ni dépassé	11(19.3)	
	Partiellement dépassé	5(8.8)	
	Totalement dépassé	1 (1.8)	
9. Vous êtes-vous senti impliqué dans les soins de votre proche?	Totalement inclus	15 (26.3)	71.1±27.1
	Partiellement inclus	29 (50.9)	
	Ni inclus ni exclu	5 (8.8)	
	Partiellement exclu	5 (8.8)	
	Totalement exclu	3 (5.3)	
10. Lorsque des décisions étaient prises, avez-vous eu suffisamment de temps pour exprimer vos inquiétudes et recevoir une réponse à vos questions?	besoin de plus de temps	26 (45.6)	54.4±50.3
	Suffisamment du temps	31 (54.4)	
FS-TOTAL			69.7±16.5

Données exprimées en moyenne ± écart type ou en nombre (pourcentage)

1.2. Analyse des questions destinées aux familles de patients décédés :

Parmi les 57 membres de familles inclus dans notre étude, 15 ont été confrontés au décès de leur proche.

a. Perception de la durée de vie des proches

Tous les membres des familles des patients décédés en réanimation ont confirmé que la durée de vie de leur proche n'a ni été prolongée ni écourtée inutilement.

Tableau V: Les réponses des familles sur la durée de vie des patients décédés

Affirmation	Nombre	Pourcentage (%)
J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été prolongée inutilement	0	0
J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été en partie prolongée inutilement	0	0
J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche n'a ni été prolongée ni été écourtée inutilement	15	100
J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été en partie écourtée inutilement	0	0
J'ai eu le sentiment que la vie de mon proche a été écourtée inutilement	0	0

b. Perception de la souffrance et du bien-être :

Plus de la moitié des familles, soit 66.7%, ont exprimé le sentiment que leur proche a éprouvé un peu de souffrance dans les dernières heures de sa vie.

Tableau VI: Les réponses des familles sur la souffrance des patients en fin de vie

Affirmation	Nombre	Pourcentage (%)
J'ai eu le sentiment qu'il a beaucoup souffert	2	13.3
J'ai eu le sentiment qu'il a un peu souffert	10	66.7
J'ai eu le sentiment qu'il n'a pas souffert	3	20
J'ai eu le sentiment qu'il était apaisé/serein	0	0
J'ai eu le sentiment qu'il était très apaisé/serein	0	0

c. Perception du Soutien de l'Équipe Médicale avant le Décès :

Durant les heures précédant le décès du patient, 60% des familles ont ressenti un soutien de la part de l'équipe soignante, tandis que 40% ont déclaré se sentir parfaitement soutenues.

Tableau VII: Les réponses des familles sur le soutien du personnel avant le décès

Affirmation	Nombre	Pourcentage (%)
Je me suis senti totalement abandonné par l'équipe soignante	0	0
Je me suis senti abandonné par l'équipe soignante	0	0
Je ne me suis senti ni abandonné ni soutenu par l'équipe soignante	0	0
Je me suis senti soutenu par l'équipe soignante	9	60
Je me suis senti parfaitement soutenu par l'équipe soignante	6	40

1.3. Analyse des commentaires des membres des familles :

Uniquement une dizaine des membres des familles ont répondu aux questions ouvertes réservée à leurs avis et commentaires visant à améliorer les soins intensifs. Les principales idées retenues étaient les suivantes :

Tableau VIII: Réponses des familles aux questions ouvertes :

Les questions	Description des réponses	Nombre de réponses	% du Total
Avez-vous des suggestions concernant la manière dont nous pourrions améliorer les soins offerts aux soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> - Aide et soutien financier aux patients très démunis. - Assurer la disponibilité des médicaments et des analyses requises à l'hôpital. - Accroître la capacité d'accueil des patients en augmentant le nombre de places disponibles - Le maintien de l'intimité 	12	21.1
Souhaitez-vous mentionner quelque chose de positif?	<ul style="list-style-type: none"> - Expression de gratitude pour l'attention et le dévouement du personnel - La compétence et la compassion du personnel ont été remarquables 	11	19,3
Avez-vous des suggestions pour améliorer votre expérience en soins intensifs ainsi que celle de votre famille	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir un soutien émotionnel et spirituel adapté aux besoins de chaque famille - Ajouter des horaires de visite plus flexibles. - Améliorer la disponibilité du personnel et renforcer la communication - Proposer des solutions d'hébergement pour aider les familles à surmonter la distance entre l'hôpital et leur domicile. Installation d'une salle d'attente confortable 	15	26.3

2. CCFNI :

Un indice de satisfaction relativement élevé est noté en réponse aux questions 1,2,3,4,5,6,7,8 et 10 qui concernaient les énoncés suivants : les soins médicaux prodigués au patient, l'attention accordée par le personnel hospitalier, la courtoisie du personnel de l'unité de soins intensifs, l'interaction avec un membre du personnel démontrant de l'intérêt pour leurs préoccupations, ainsi que la communication en cas de changements majeurs dans l'état du patient. Cependant, un indice de satisfaction faible a été noté pour les questions 9,11,12,13 et 14 qui portait sur la nécessité d'améliorer certains aspects des soins médicaux reçus par le patient, l'explication du matériel utilisé, le confort de la salle d'attente et le sentiment de solitude et d'isolement pendant l'attente.

Tableau IX : Les réponses des membres des familles aux CCFNI

Questions	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Indice de Satisfaction
1. Pensez-vous que les meilleurs soins possibles sont prodigués au patient ?	43(75.4)	12(21.1)	2(3.5)	0	96.5
2. Pensez-vous que le personnel hospitalier se soucie du patient ?	48(84.2)	7 (12.3)	2(3.5)	0	96.5
3. Les explications qui vous ont été données sur l'état clinique du patient ont-elles été rédigées dans des termes que vous pouvez comprendre ?	33(57.9)	17(29.8)	7(12.3)	0	87.7
4. Pensez-vous avoir reçu des informations honnêtes sur l'état du patient ?	36(63.2)	15(26.3)	6(10.5)	0	89.5
5. Avez-vous une idée de ce qui est arrivé au patient et de l'évolution de sa situation ?	37(64.9)	13(22.8)	7(12.3)	0	87.7
6. Les membres du personnel de l'unité de soins intensifs ont-ils été courtois avec vous ?	50(87.7)	5(8.8)	2 (3.5)	0	96.5

Evaluation de la satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation :
Service de réanimation B du CHR HASSAN 2 d'AGADIR

7. L'un des membres du personnel s'est-il montré intéressé par vos performances ?	46(80.7)	8(14)	3(5.3)	0	94.7
8. Pensez-vous que quelqu'un vous appellera en cas de changement majeur ou significatif dans l'état du patient ?	51(91.1)	3(5.4)	2(3.6)	0	96.4
9. Le personnel hospitalier a-t-il expliqué le matériel utilisé ?	10(17.5)	8(14)	20 (35.1)	19 (33.3)	31.6
10. Êtes-vous satisfait des soins que le patient reçoit ?	42(73.7)	13(22.8)	2(3.5)	0	96.5
11. Y a-t-il des améliorations possibles en matière de soins médicaux ?	41(71.9)	15(26.3)	1(1.8)	0	1.8
12. Trouvez-vous la visite confortable en unité de soins intensifs ?	10(17.5)	22(38.6)	25 (43.9)	0	56.1
13. Trouvez-vous la salle d'attente confortable ?	6(10.5)	7(12.3)	39 (68.4)	5(8.8)	22.8
14. Vous sentez-vous seul et isolé dans la salle d'attente ?	8(14)	27(47.4)	13 (22.8)	9 (15.8)	38.6

Indice de satisfaction a été calculé sur la base de la somme des réponses reçues aux niveaux 1 et 2 Sauf pour les questions 11 et 14, où il a été calculé sur la base de la somme des réponses obtenues aux niveaux 3 et 4. Les résultats sont exprimés en nombre (pourcentage)

3. Les corrélations entre le CCFNI et les domaines du FS-ICU :

Des corrélations moyennes et statistiquement significatives ont été retrouvées entre le score total du CCFNI et le FS-ICU décision ($r=0.6, p<0.001$), le score total du CCFNI et le FS-ICU soin ($r=0.7, p <0.001$) et enfin le score total du CCFNI et le FS-ICU total ($r=0.7, p<0.001$)

Tableau X: Corrélation entre le CCFNI et FS-ICU

		FS-ICU décision	FS-ICU total	Score total CCFNI	FS-ICU soin
FS-ICU décision	R de pearson	-	-	-	-
	Valeur p	-	-	-	-
FS-ICU total	R de pearson	0.928	-	-	-
	Valeur p	<.001	-	-	-
Score total CCFNI	R de pearson	0.570	0.673	-	-
	Valeur p	<.001	<.001	-	-
FS-ICU soin	R de pearson	0.701	0.916	0.674	-
	Valeur p	<.001	<.001	<.001	-



DISCUSSION



I. Revue de la littérature :

Dans de nombreux programmes de santé, il est crucial d'améliorer la qualité des soins, en mettant l'accent sur la sécurité des patients et la réduction des erreurs médicales. Cette démarche vise à garantir une utilisation efficace des ressources limitées dans le domaine de la santé. La qualité des soins n'est pas un luxe réservé aux pays riches, mais plutôt une exigence fondamentale pour les organisations de santé à travers le monde.[25]

1. Définitions :

1.1. Qualité de soins :

Identifier et évaluer la qualité des soins se révèle être une étape essentielle dans l'amélioration du système de santé. Il existe différentes approches pour mesurer et décrire cette qualité de manière précise. Selon l'Institut de Médecine (IOM) aux États-Unis, la qualité des soins renvoie à la capacité des services de santé à accroître les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités pour les individus et les populations, en respectant les connaissances professionnelles.[25]

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dès 1982, a défini l'évaluation de la qualité des soins comme un processus visant à s'assurer que chaque patient reçoive des diagnostics et des traitements conduisant au meilleur résultat en termes de santé, en conformité avec les connaissances médicales actuelles, tout en étant économiquement viable, avec un risque minimal d'effets secondaires, et en garantissant la plus grande satisfaction du patient quant aux procédures, aux résultats et aux interactions humaines dans le système de santé. Cette définition a souligné l'importance de la satisfaction des patients comme un élément clé dans les efforts d'amélioration de la qualité des soins, en faisant de son évaluation un indicateur essentiel.

1.2. Satisfaction :

Selon Larousse, le mot "satisfaction" tire son origine du latin "satisfactio", qui désigne l'action de répondre à un besoin, un désir, une demande ou une tendance. Il englobe également le sentiment de contentement ou de joie qui découle de l'accomplissement d'un désir ou d'un souhait, ou simplement de l'obtention de quelque chose de souhaitable. Le Petit Robert le décrit comme un sentiment de bien-être ou de plaisir résultant de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement de ce qui est considéré comme souhaitable. Ainsi, la satisfaction des clients reflète dans quelle mesure un produit ou un service répond à leurs attentes

Dans le domaine de la santé, la satisfaction des patients constitue une composante importante de la qualité des soins et un indicateur intéressant pour mettre en évidence et corriger certains dysfonctionnements des systèmes de soins.

Malgré son utilisation courante, le concept de satisfaction reste souvent ambigu. Les études disponibles fournissent des descriptions générales, mais la notion demeure subjective et qualitative. Pour mieux appréhender la satisfaction des familles, il est nécessaire de la contextualiser. En substance, la satisfaction découle de la qualité ressentie des soins reçus. L'évaluation de la satisfaction par les patients et leurs proches révèle alors l'écart entre leurs attentes et la réalité de leur expérience médicale.[26]

1.3. Famille :

D'après les réflexions de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) [27], il n'existe pas de définition légale précise des proches. Toutefois, on peut les envisager comme englobant les enfants légitimes (naturels ou adoptifs), les parents, les époux ou concubins, les personnes liées par un pacte civil de solidarité, ainsi que toute personne partageant l'intimité du patient. Selon Jonhson et al [10], les membres de la famille sont définis comme toute personne (parent ou ami) ayant rendu visite au patient pendant son hospitalisation en réanimation, indépendamment de leur lien relationnel avec le patient.

D'après notre contexte marocain, On remarque un maintien de liens parentaux et une solidarité des proches pour affronter ces situations dites « catastrophes » pour toute la famille.

1.4. Réanimation :

Selon le dictionnaire Larousse, la réanimation désigne l'ensemble des mesures prises pour compenser une défaillance aiguë des fonctions vitales en attendant la guérison ou en surveillant les patients à risque, suite à une maladie, un traumatisme ou une intervention chirurgicale. En raison de son caractère vital, la réanimation exige des exigences organisationnelles et techniques précises, telles que des locaux spécialement aménagés, du matériel spécialisé, la proximité d'un plateau technique important, ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale 24h/24. Les équipements spécifiques à la réanimation ont pour objectif de surveiller les paramètres vitaux et de maintenir ou de suppléer les fonctions vitales des patients. Toutefois, dans cet environnement d'urgence vitale, où l'accent est mis sur le traitement et la survie, plutôt que sur les soins, la réanimation peut être perçue comme un lieu anxiogène.

2. Déterminer les besoins des patients et des familles:

De nos jours, répondre aux attentes et aux besoins des patients et de leurs familles est une priorité majeure pour les professionnels de la santé. C'est une première étape essentielle pour garantir des soins de qualité[8][28]. Il est de plus en plus évident que lorsque les équipes médicales et paramédicales fournissent une information sincère, transparente et en temps opportun sur l'état de santé ou les traitements, de manière cohérente, cela répond aux attentes des patients et de leurs familles[29]. Ainsi, il incombe aux professionnels de la santé de fournir des informations claires et appropriées afin d'impliquer les familles dans les processus décisionnels concernant leurs proches.

Diverses études[8][26][29] mettent en avant le rôle primordial de la communication d'une "information claire" comme étant le moyen le plus efficace pour fournir un soutien psychologique de qualité aux patients et à leurs proches. Le séjour à l'hôpital est souvent vécu comme une période stressante, générant de l'anxiété, de l'incertitude, un choc émotionnel et la crainte de perdre un être cher pour les patients et leur famille. Cette situation d'angoisse perturbe leur quotidien personnel et familial, d'autant plus lorsque la durée du séjour est prolongée, avec des fluctuations dans l'état de santé du patient [30]. Informer les patients et leur famille implique d'expliquer les raisons de l'hospitalisation et de fournir des informations sur le pronostic d'une maladie aiguë nécessitant une intervention médicale ou les traitements engagés. L'objectif principal de cette communication d'informations claires est de réduire l'incertitude ou de désamorcer une perception excessive de la gravité de la situation [31][32].

3. Satisfaction aux soins en réanimation :

L'hospitalisation en unité de réanimation constitue une véritable épreuve à la fois physique et psychologique pour les patients et leurs familles [28]. Pendant cette période, les patients sont souvent dépendants de dispositifs médicaux complexes, de procédures invasives et du savoir-faire du personnel médical pour assurer leur survie ou maintenir au moins une fonction vitale. Cette situation particulière fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure de participer aux décisions concernant leur traitement. Ainsi, les proches des patients deviennent des interlocuteurs légitimes pour les équipes de réanimation.

Dans les autres pays, il y a quelques années, la norme voulait que les familles soient informées mais pas nécessairement consultées sur les choix thérapeutiques. Toutefois, l'évolution de la législation a progressivement exigé le consentement d'un représentant désigné par le patient et sa famille lorsque le patient lui-même n'était pas en mesure de donner son accord[8][29]. Par conséquent, impliquer un représentant dans le processus décisionnel semble approprié, car les familles ont naturellement tendance à défendre les intérêts du patient [31]. En intégrant les membres de la famille dans les soins et les décisions, il est également possible de

réduire leur détresse psychologique et d'améliorer leur satisfaction à l'égard des soins [26][32]. Ainsi, l'amélioration de la qualité des soins en réanimation inclut désormais l'évaluation de la satisfaction des familles des patients. Au cours des deux dernières décennies, la recherche clinique en réanimation a élargi son champ d'investigation pour ne pas seulement se concentrer sur l'état de santé des patients et son impact sur leur qualité de vie, mais également pour tenir compte des besoins psychosociaux des familles et de leur rôle dans le processus de soins et de prise de décisions [28][32]. En d'autres termes, la satisfaction des familles peut être considérée comme un indicateur de la qualité des soins en réanimation, voire comme un élément constitutif de l'état de santé lui-même[29].

4. Evaluer la satisfaction aux soins en réanimation :

Par rapport à l'abondance des données disponibles dans la littérature médicale concernant la qualité des soins en réanimation, l'évaluation de la satisfaction des familles demeure souvent marginale [1][31]. Documenter et décrire de manière approfondie la satisfaction des familles des patients en réanimation pose des défis. Des études récentes[8][28][30][32]mettent en évidence le fait que cette dimension reste largement négligée dans ce domaine. En effet, la satisfaction à l'égard des soins est un concept dynamique, avec des aspects évoluant de manière variable tout au long du processus de soins [1][31]. De plus, la satisfaction des familles en réanimation est influencée par plusieurs facteurs, tels que la gravité de la maladie, le lien familial avec le patient et le niveau d'éducation des proches [8][30].

II. Discussion concernant la méthodologie :

1. Le Choix du questionnaire :

Dans notre étude portant sur l'évaluation de la satisfaction des familles des patients en réanimation, nous avons entrepris une analyse minutieuse des différents outils de mesure disponibles. Le Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI [8][21][22] est souvent cité comme un instrument de référence pour évaluer les besoins des familles dans ce contexte[21][22]. Cependant, bien que le CCFNI soit largement utilisé et ait démontré sa fiabilité et sa validité dans des études antérieures notamment au Maroc [8], il présente des limites. En effet, le CCFNI ne fait pas de distinction entre la satisfaction à l'égard des soins prodigués aux patients et la satisfaction concernant les décisions prises en milieu de réanimation. Ces deux aspects sont pourtant cruciaux pour évaluer de manière exhaustive la satisfaction des familles et la qualité des soins en réanimation[1]

C'est pourquoi nous nous sommes tournés vers le Family Satisfaction in Intensive Care Unit (FS-ICU), un autre outil largement utilisé dans ce domaine[1][11][18]. Le FS-ICU offre une approche plus nuancée en évaluant spécifiquement la satisfaction des familles à la fois vis-à-vis des soins prodigués aux patients et des décisions prises en réanimation. Nous avons choisi la version courte du FS-IC [7]pour plusieurs raisons. Tout d'abord, sa simplicité d'utilisation et est plus facile à administrer, ce qui réduit le temps nécessaire pour collecter les données et facilite la participation des répondants, c'est un outil pratique pour les professionnels de la santé. De plus, cette version a été préalablement validée aux États-Unis et au Canada[7][33]et même dans des contextes arabo-musulmans [34][35]ce qui en renforce la pertinence de notre étude. Enfin, la version courte du FS-ICU permet une évaluation rapide et complète de la satisfaction des familles, ce qui correspond parfaitement à nos objectifs de recherche.

2. La taille de la population :

Le nombre de participants requis pour évaluer la satisfaction des familles varie considérablement d'une étude à l'autre et n'est pas clairement défini dans la littérature. Dans l'étude de Heyland et al.[1], seuls 47 membres de familles ont été recrutés, dans une étude norvégienne seuls 57 participants étaient inclus[36] tandis que Stricher et al ont inclus 155 participants dans leur recherche[18]. D'autres recherches ont intégré respectivement 1038 participants[7], 624 représentants [11] et 100 proches [34]. Dans plusieurs pays occidentaux, l'envoi des questionnaires par courrier postal a été une méthode efficace pour entrer en contact avec les familles, ce qui a contribué à augmenter le nombre des participants.

Dans notre étude, nous avons recueilli les réponses de 57 membres de famille, ce qui indique un nombre de participants considéré comme acceptable .Par ailleurs le recueil des données était réaliser directe ment et non auto-administré.

3. Le moment d'administration du questionnaire:

Bien que la littérature ne précise pas explicitement le moment optimal pour remettre le FS-ICU aux familles, la plupart des études suggèrent un délai de plus de 48 heures après l'admission des patients [1][7][11][37]

Dans notre étude, le questionnaire a été administré aux familles des patients en fonction de leur état : le jour même de la sortie pour les survivants et quelques jours après le décès pour les patients décédés, et ce pour plusieurs raisons.

- Pour les familles des survivants :
 - **Stabilisation émotionnelle** : Ce délai permet aux familles de surmonter le choc initial et le stress associé à l'admission en unité de réanimation. Ainsi, les réponses au questionnaire sont plus réfléchies et moins influencées par les émotions extrêmes.
 - **Meilleure compréhension de la situation** : En donnant aux familles un certain temps pour assimiler les informations médicales fournies par l'équipe soignante, elles sont mieux préparées à répondre aux questions sur les soins prodigués et les décisions prises concernant leur proche.

- **Accès à l'information** : À ce stade, les familles ont souvent l'occasion de discuter avec l'équipe médicale et d'obtenir des informations supplémentaires sur l'état de santé du patient. Cela peut les aider à mieux comprendre les soins prodigués et à fournir des réponses plus informées au questionnaire.
- **Prise de décision éclairée** : En disposant de temps, les familles peuvent discuter avec les professionnels de la santé des décisions médicales et des traitements proposés, enrichissant ainsi leur perspective lors de la réponse au questionnaire FS-ICU.
- **Prévention du biais de réponse** : En évitant une réponse immédiate, le délai diminue le risque de réponses impulsives ou de biais causés par un manque de clarté sur la situation médicale du patient.
- Pour les familles des patients décédés :

En complément des raisons évoquées, nous avons respecté le processus naturel de deuil des familles, pour une réflexion plus calme et objective sur leur expérience en réanimation.

4. Le mode d'administration du questionnaire :

Le FS-ICU est un questionnaire auto-administré. Cette méthode est largement utilisée dans la littérature pour éviter l'impact de l'enquêteur sur les réponses aux questions[33].

Dans notre étude, le questionnaire FS-ICU en arabe a été administré en personne par un enquêteur, une décision motivée par des considérations spécifiques. Environ 61,4% des familles étaient non scolarisées ou avaient un niveau d'étude coranique, tandis que 17,5% avaient un niveau primaire, les rendant incapables de remplir le formulaire eux-mêmes. L'envoi des questionnaires par courrier aurait probablement entraîné un faible taux de réponse en raison des risques d'échec d'envoi et de réception, ainsi que du taux élevé d'analphabétisme dans notre population d'étude. Par conséquent, le FS-ICU a été renseigné par un enquêteur pour tous les participants, quel que soit leur niveau d'instruction afin d'éviter tout biais dans les résultats. De plus, le même enquêteur a administré à tous les participants à la fois le FS-ICU et le CCFNI, assurant ainsi une cohérence dans la collecte des données.

III. Discussion concernant les résultats :

1. Données sociodémographiques des patients :

1.1. L'âge :

Tous les âges étaient concernés par notre série. La moyenne d'âge était de $39,9 \pm 22,8$ ans avec une variation allant de 6 mois à 79 ans. Ce résultat est similaire avec celui de M. TESSOUGUE Sidiki [38], qui avait retrouvé un âge moyen de $36,9 \pm 19,2$ ans avec des extrêmes allant de 5 à 82 ans. Cette concordance peut s'expliquer par l'activité dynamique de cette population et par la polyvalence de la réanimation, qui accueille une grande diversité de patient.

Tableau XI: Age du patient selon les différents auteurs

Auteurs	Moyenne d'âge (ans)
M. Tessougue Sidiki [38]	$36,9 \pm 19,2$
Notre série	$39,9 \pm 22,8$

1.2. Le sexe et le diagnostic à l'admission :

Parmi les 57 patients inclus, il y avait 19 femmes (33,3%) et 38 hommes (66,7%). Des résultats similaires à ceux de SM Lam [39] qui ont rapporté des taux respectifs de 39,4% et 60,6%. En revanche, l'étude de M. TESSOUGUE Sidiki [38] a signalé une prédominance féminine de 56,3%. Cette différence peut s'expliquer par le recrutement de victime de traumatologie, qui sont davantage des patients de sexe masculins. Plusieurs études trouvent que les hommes sont plus souvent victimes d'accident de la voie publique que les femmes avec des sex-ratios pouvant aller jusqu'à 8 [40]. Dans toutes les réanimations à travers le monde, les traumatismes occupent une place particulière en raison de leur fréquence et de leur gravité [40][41][42], ce qui est cohérent avec notre étude où les urgences traumatiques étaient le diagnostic d'admission le plus fréquent.

Tableau 11: Sexe des patients selon les différents auteurs

Auteurs	Sexe (%)	
	Féminin	Masculin
M. Tessougue Sidiki [38]	56,3	43,8
SM Lam [39]	39,4	60,6
Notre série	32,1	67,9

1.3. La durée du séjour :

La durée de séjour en réanimation est un indicateur crucial pour évaluer la qualité des soins et l'activité du service. Les praticiens visent à minimiser cette durée, car une prolongation peut entraîner une augmentation de la morbidité et de la mortalité[43][44]. En France, la durée moyenne de séjour en réanimation est de 7,2 jours. Cependant, il est difficile de définir précisément une durée de séjour prolongée, car cela varie selon le type de réanimation. Par exemple, pour la réanimation chirurgicale cardiaque, une durée supérieure à trois à sept jours peut être considérée comme prolongée[45][46], tandis que pour les réanimations médicales, chirurgicales et polyvalentes, une durée de 14 jours est généralement acceptée comme prolongée [47][48]. Dans notre étude, la durée médiane du séjour en réanimation des patients était de 5 [4 ; 9] jours avec des extrêmes de 2 et 116 jours.

Cette variation peut être due à la diversité des conditions médicales des patients, à la gravité de leur état, les complications médicales survenues, les interventions chirurgicales nécessaires, la réponse au traitement et les décisions médicales. Ces éléments, pris individuellement ou combinés, déterminent la durée nécessaire pour stabiliser le patient et favoriser sa récupération avant sa sortie de la réanimation.

2. Données sociodémographiques des familles :

2.1. L'âge et le sexe :

La moyenne d'âge des familles de patients était de $39,4 \pm 11,3$ ans avec des extrêmes entre 20 et 68 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 30 à 39 ans. Nos résultats se rapprochent de ceux d'E. Azoulay et coll [49] où l'âge moyen était de 45 ans, avec des limites entre 34 et 59 ans et de M. TESSOUGUE Sidiki [38] où l'âge moyen était de $36,2 \pm 11,3$ ans . Cela pourrait être expliqué par prédominance de la population jeune dans notre pays et par la responsabilité de cette tranche d'âge, ainsi que par leur activité professionnelle et familiale, qui les rend plus impliquées dans les décisions médicales.

Le sex ratio était 1,3 en faveur des hommes. Cela peut être associée à la structure sociale traditionnelle, probablement au fait que les femmes sont généralement responsables des tâches à domicile tandis que les hommes sont surtout responsables financièrement pour satisfaire les ordonnances délivrées aux familles. De plus, dans notre recherche, le nombre important de participants résident en dehors de la ville d'Agadir ce qui peut influencer cette répartition

Tableau XIII : Age des familles selon les différents auteurs

Auteurs	Moyenne d'âge (ans)
E. Azoulay et coll [49]	45
M. Tessougue Sidiki [38]	$36,2 \pm 11,3$
Notre série	$39,4 \pm 11,3$

2.2. Le niveau d'étude :

La majorité de nos participants soit 61,4% était non scolarisés ou avait une étude coranique, 17,5% avait un niveau primaire. Dans notre contexte marocain, cela peut être dû à la combinaison de facteurs économiques, sociaux et culturels.

Parmi ces facteurs, on compte les contraintes financières, l'enclavement géographique, la faiblesse des moyens de transport et des infrastructures, ainsi que des priorités familiales ou des normes culturelles qui peuvent limiter l'accès à l'éducation formelle dans certaines régions. Par ailleurs, le type de recrutement en réanimation est directement lié au type de recrutement de l'hôpital.

2.3. Lien de parenté avec le patient :

Dans notre étude, les parents (père/mère) et les fratries (frère/sœur) étaient les principaux accompagnateurs en réanimation, représentant chacun 28,1%, suivis par les enfants (fils/fille) à 26,3% et les conjoints à 7%. Contrairement aux résultats d' Ifoudji Makao Arsène [50] et Randi.O Haave [36] où le conjoint était prédominant dans plus de la moitié des cas et les parents (père/mère) dans 20,3% et 5,3% des cas respectivement. Dans le contexte marocain et du monde arabe en général, les relations familiales fortes et les normes culturelles traditionnelles influent sur la présence en réanimation. Les parents sont les principaux accompagnateurs en raison de leur rôle central dans les soins familiaux, les enfants sont élevés avec des valeurs de soutien familial et sont encouragés à prendre soin de leurs parents, tandis que les fratries reflètent les liens étroits entre frères et sœurs. La présence des conjoints varie selon les attentes sociales, mettant ainsi en avant la parenté de sang au détriment du lien conjugal dans ces circonstances.

Tableau XIV : Lien de parenté avec le patient selon les différents auteurs

Auteurs	Pays	Lien de parenté (%)				
		Conjoint	Parents	Fratrie	Enfants	Autre
Ifoudji Makao Arsène [50]	Gabon	56,4	20,3	6,8	10,5	6
Randi.O Haave [36]	Norvège	54,4	5,3	5,3	29,8	5,3
Notre série		7	28,1	28,1	26,3	5,3

2.4. Antécédents d'hospitalisation d'un proche en réanimation:

L'expérience de l'admission d'un proche en réanimation pour la première fois peut être une situation intense et émotionnellement chargée pour les familles. Dans notre étude, cette réalité a touché la grande majorité des personnes interrogées, soit 84,2%. Cela suggère que la plupart des familles sont confrontées à une situation nouvelle et potentiellement stressante lorsqu'un de leurs proches est admis en réanimation pour la première fois.

3. La satisfaction des familles en réanimation :

Notre étude représente une première tentative d'évaluer la satisfaction des familles des patients en réanimation au Sud du Maroc plus précisément à la région de Souss–Massa à l'aide du FS–ICU. Cette approche est cruciale car elle offre la possibilité de comparer la satisfaction des familles et ses facteurs déterminants entre le monde occidental et arabo–musulman.

Dans notre étude, le niveau de satisfaction des familles était évalué comme étant moyen dans l'ensemble, avec des scores moyens de 70.1 ± 17.2 pour le FS–ICU "soins" et de 69.3 ± 18.5 pour le FS–ICU "décisions". En comparaison avec les données de la littérature médicale, le niveau de satisfaction observé chez nos participants semble être légèrement faible. Richard et al. [7] ont noté un score médian de 88,5 (75–96,4) pour le FS–ICU "soins" et de 82,5 (70–92,5) pour le FS–ICU "décisions". De même, Heyland et al. [11] ont rapporté un score moyen de $84,3 \pm 15,7$ pour le FS–ICU "soins" et de $75,9 \pm 26,4$ pour le FS–ICU "décisions". Les résultats d'une étude réalisée dans une unité de soins intensifs, à Hong Kong, par SM Lam et al. [39] étaient de $78,0 \pm 16,8$ (FS–ICU/soins) et de $78,6 \pm 13,6$ (FS–ICU/décision) et une étude allemande [51] a rapporté que leurs moyennes FS–ICU/Soins et FS–ICU/Décision étaient de $78,6 \pm 14,3$ et $77,8 \pm 15,61$ respectivement.

Tableau XV: Scores du FS-ICU selon les différents auteurs

Auteurs	Pays	FS-ICU/Total*	FS-ICU/Care*	FS-ICU/DM*
Richard et al. [7]	Etats -Unis	85,4 (72,9-93,8)**	88,5 (75-96,4)**	82,5 (70-92,5)**
Heyland et al [11]	Canada	80,1 ±21	84,3 ± 15,7	75,9 ± 26,4
SM Lam et al.[39]	Hong kong	78.1 ±14.3	78,0 ± 16,8	78,6 ± 13,6
Schwarzkopf[51]	Allemand	78.3 ± 14.3	78,6 ± 14,3	77,8 ± 15,61
Notre série		69.7±16.5	70.1 ±17.2	69.3 ±18.5

* moyenne± écart types , ** médiane (quartiles)

Dans les pays occidentaux, le niveau de satisfaction était donc relativement élevé.

Les écarts culturels et sociaux entre le Maroc et l'Occident, ainsi que les défis rencontrés par les systèmes de santé publique des pays en développement, notamment le Maroc, pourraient expliquer le niveau de satisfaction relativement bas des familles dans notre étude.

Si l'on prend en compte les défis d'accès aux soins dans notre pays, le manque de ressources et les limitations des moyens thérapeutiques en réanimation, ainsi que l'absence de cellules de soutien psychologique et d'information pour les familles au sein de l'hôpital, le manque de disponibilité voire l'insuffisance de personnel médical et paramédical pour fournir des informations sur l'état de santé des patients, la faible implication des familles dans les décisions médicales, et enfin le bas niveau de vie et le statut socioéconomique précaire des familles (61,4% n'avaient aucun niveau d'instruction, voire seulement l'enseignement coranique), il est possible que cela explique cet état des faits.

Ces différents facteurs pourraient également entraîner une baisse de la satisfaction ressentie par les familles. En outre, la période passée en réanimation constitue une source importante de stress et d'incertitude pour les familles. Le manque de soutien psychologique et d'accompagnement de la part de professionnels qualifiés ou la négligence de cet aspect par le du personnel médical peut également influencer négativement le niveau de satisfaction des familles.

4. Les dimensions de satisfaction :

4.1. Satisfaction à l'égard des soins :

a. La prise en charge du patient et du proche :

Les familles ont manifesté un niveau de satisfaction élevé, avec des scores de 83.8 ± 25.7 pour "Intérêt et attention portés au patient" et de 88.2 ± 21.7 pour "Comportement du personnel avec les familles". De même, en ce qui concerne "la prise en compte des besoins des membres des familles, de leurs préoccupations et le soutien moral du personnel de l'USI", les scores de satisfaction étaient élevés à 78.5 ± 25.6 et 78.9 ± 24 respectivement. Les familles ont été satisfaites des interactions avec le personnel médical en soins intensifs ainsi que du soutien émotionnel reçu. Cependant, elles ont exprimé le besoin d'un soutien supplémentaire pour aider à gérer les symptômes des patients et leur propre détresse émotionnelle dans des moments critiques. Ces résultats, en accord avec des études antérieures[52][51], soulignent l'importance d'une approche bienveillante et complète dans les services de soins intensifs.

Plusieurs études antérieures ont signalé une satisfaction relativement faible quant au soulagement de la douleur et de l'agitation chez les patients en soins intensifs [39][52][51][53]

Pendant leur séjour en soins intensifs, de nombreux patients peuvent développer un délire, entraînant de l'agitation et de la confusion [54][55]. Pour les membres de la famille, il peut être à la fois inquiétant et éprouvant de voir leurs proches souffrir et faire face à des changements dans leur état mental ce qui peut influencer négativement leur niveau de satisfaction. Nos propres données viennent renforcer ces constatations, suggérant que les familles ont exprimé une insatisfaction quant au soulagement des symptômes ainsi que la coordination des soins

La gestion de l'agitation nécessitait également une attention accrue. Bien que des preuves soutiennent l'idée de maintenir un niveau de sédation légère plutôt que profonde chez les patients adultes gravement malades, afin de réduire la durée de la ventilation mécanique et le séjour en unité de soins intensifs[56][57].

Il est essentiel de trouver un équilibre pour éviter une douleur excessive, de l'agitation ou des expériences indésirables associées à une incidence accrue de troubles de stress post-traumatique chez les survivants des soins intensifs, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur leurs familles.

Tableau XVI: Satisfaction de la prise en charge du patient et du proche selon les différents auteurs

Items \ Auteurs	Min et al [58]	Randi.OHaave [36]	SM Janardhanlyengar [59]	Notre série
Intérêt et attention portés au patient	77,6±23,4	78,5±18,0	70.75±23.85	83.8±25.7
Prise en charge de la douleur	75,1±25,7	79,8±17,3	64.13±21.21	63.9 ±27.3
Prise en charge de la détresse respiratoire	79,3±24,6	73,3±22,1	62.00±23.38	59.2±28.2
Prise en charge de l'agitation	68,0±30,7	74,1±20,6	59.66±27.61	63.6±27.6
Les besoins du proche	82,1±21,0	74,1±19,6	72.25±24.85	78.5±25.6
Le soutien moral	75,9±25,2	72,4±21,0	63.51±26.08	78.9 ±24
la coordination des soins	77,5±22,8	75,4±16,7	72.73±23.18	69.7 ± 27.8
Comportement du personnel	80,4±21,5	78,5±16,7	73.74±22.12	88.2 ±21.7

Données exprimées en moyenne ± écart type

b. Les compétences du personnel (médecins et infirmiers) :

Notre étude a mis en évidence des scores relativement faible concernant l'appréciation des compétences des infirmiers (68.4 ± 22.9), leur fréquence de communication avec les familles (63.2 ± 26.8). Ces résultats divergent de ceux de Heyland et al[11], qui ont démontré la satisfaction des familles à l'égard de la pratique et de la communication des infirmiers au Canada. Cette disparité peut être probablement expliquée par le fait que les infirmiers reçoivent une formation spécifique en réanimation avant de débiter leur travail au service. En revanche, le score attribué à l'aptitude et à la compétence des médecins était de 82.0 ± 20.5 , ce qui était satisfaisant. Cela laisse supposer que l'équipe médicale ne manquait pas de compétence et de sincérité. Ces résultats contrastent avec ceux de l'étude menée par Min et al[58] et Heyland et al[11], qui ont rapporté une satisfaction plus élevée à la fois en ce qui concerne les compétences des médecins et celles des infirmiers.

Les études ont confirmé que la confiance dans les compétences des prestataires de soins de santé est un besoin crucial. La réanimation requiert ainsi une gamme de compétences multiples médicales, techniques et personnelles qui exigent une formation approfondie et rigoureuse.

Dans le domaine des soins de santé, de nombreuses études ont souligné l'importance cruciale de la communication. Celle-ci est considérée comme un indicateur clé de l'attitude, du comportement, de l'empathie envers les patients et leurs familles, ainsi que de la compétence du médecin[60][61][62]. Des recherches ont démontré que des périodes de communication prolongées entre les prestataires de soins de santé et les familles peuvent contribuer à réduire l'anxiété parmi les membres de la famille des patients en soins intensifs [63]. Nous avons pu constater que la communication efficace avec les patients et leurs familles, assurée par l'équipe médicale, les aide à comprendre et à assimiler les informations médicales, ce qui, en fin de compte, contribue à atténuer la détresse associée aux maladies graves.

Tableau XVII : Satisfaction du comportement du personnel selon les différents auteurs

Auteurs \ Items	Min et al [58]	Heyland et al [11]	Randi.OHaave [36]	SM Janardhanlyengar [59]	Notre série
Pratique et compétences des infirmiers	80,3±22,1	92.37 ±13.98	78,5±16,7	67.82±23.08	68.4±22.9
Fréquence de communication avec le personnel infirmier	76,0± 26,5	85.68 ±21.19	71,9±19,5	71.21±22.12	63.2±26.8
Pratique et compétences des médecins	78,4±25,3	87.82 ±18.64	71,1±20,5	79.00±20.63	82±20.5

Données exprimées en moyenne ± écart type

c. Ambiance au service et à la salle d'attente :

Les familles ont exprimé une satisfaction considérablement plus faible à l'égard de l'ambiance de la salle d'attente par rapport à d'autres aspects évalués dans la sous-échelle FS-ICU soin. Ces constatations concordent avec les résultats d'études antérieures utilisant le questionnaire FS-ICU24[52][64][58].

En particulier, l'atmosphère dans la salle d'attente a été notée comme étant la moins satisfaisante, avec un score de 36.4±25.5. Dans l'étude menée par Heyland et al [64], il a été observé que le niveau le plus élevé d'insatisfaction des familles portait sur "l'atmosphère" dans la salle d'attente. De même, dans l'étude d'Azoulay et al. [49] plus de la moitié des familles n'étaient pas satisfaites des conditions de confort de la salle d'attente.

Tableau XVIII: Satisfaction des familles de l'ambiance au service et à la salle d'attente selon les différents auteurs

Auteurs Items	Min et al [58]	Heyland et al [11]	Randi.OHaave [36]	SM Janardhanlyengar [59]	Notre série
Ambiance au service de réanimation	96,6±27,1	80.43 ±22.5	72,8±20,7	67.25±24.54	67.5 ±24.5
Ambiance dans la salle d'attente	35,4± 34,8	65.04±30.57	64,0±16,4	30.41±24.27	36.4±25.5
Impression globale concernant les soins	73,0±24,2	84.29±15.72	73,3±21,1	60.00±23.84	78.5±22.4

Données exprimées en moyenne ± écart type

Pour mieux comprendre cette situation, la dimension "ambiance au service et dans la salle d'attente" englobe trois items distincts : l'ambiance au service, l'atmosphère dans la salle d'attente et l'impression globale concernant les soins.

Malgré une impression générale positive concernant les soins, les familles ont manifesté une insatisfaction quant à l'ambiance au service et dans la salle d'attente. Cette divergence de satisfaction au sein d'une même dimension pourrait expliquer le score global relativement bas. En effet, de nombreux témoignages des familles ont décrit une ambiance stressante dans le service, ce qui a été corroboré par leurs commentaires dans les sections ouvertes du questionnaire. De plus, la salle d'attente a été perçue comme peu confortable et inadéquate pour accueillir les familles, ce qui a probablement contribué à leur insatisfaction globale.

L'absence d'une salle d'attente spécifiquement dédiée aux familles, les obligeant à patienter devant la réanimation, combinée à la proximité de cette zone avec l'entrée du service et l'exposition aux divers bruits, crée une atmosphère anxiogène pour les familles.

Un environnement confortable dans la salle d'attente est essentiel pour assurer la satisfaction des familles, car elles y passent souvent de longues périodes. Que ce soit pendant l'attente pour rencontrer le personnel médical ou lorsqu'elles choisissent de rester sur place pour surveiller l'état de santé de leur proche, le niveau de confort joue un rôle crucial dans leur expérience et leur bien-être. Certains auteurs ont même avancé l'idée de créer des chambres d'accueil spécifiquement destinées aux familles dans ce contexte [65]. Il est vrai que toutes les unités de réanimation ne peuvent pas envisager la mise en place de cette possibilité. Cependant, il est crucial que le personnel soignant accorde une attention particulière à la salle d'attente, quel que soit le cas. La salle d'attente est un endroit où les familles et les proches des patients attendent avec anxiété des nouvelles sur leur état de santé. Elle représente souvent un lieu de stress et d'attente difficile pour ces personnes. Par conséquent, il est essentiel que le personnel de réanimation veille à ce que la salle d'attente soit bien entretenue et que les familles reçoivent un soutien approprié pendant leur attente. Cela contribue à créer un environnement plus humain et rassurant pour les proches des patients, même dans les moments les plus difficiles de la réanimation.

Il est souligné dans les directives que le confort des sièges, le maintien d'un environnement calme et une bonne luminosité sont des éléments cruciaux pour les salles d'attente des unités de réanimation [65]. De plus, il est recommandé d'offrir aux familles la possibilité de disposer de casiers où elles peuvent déposer leurs affaires personnelles pendant les visites [49]. Ces recommandations visent à améliorer l'expérience des proches des patients dans des moments souvent stressants et incertains, en leur offrant un environnement accueillant et pratique.

4.2. Satisfaction à l'égard de l'information et de la prise de décision :

D'après nos données, la satisfaction des membres de la famille, telle que mesurée par le domaine FS-DM, semblait être moins élevée que celle rapportée dans des études antérieures menées au Canada[66], en Allemagne [51]et aux États-Unis Unis[68][69], utilisant le même questionnaire.

a. Besoins d'information :

La communication joue un rôle fondamental dans une évaluation satisfaisante des soins médicaux. De nombreuses études ont démontré son importance dans le domaine médical[69][70]. Dans notre étude, la satisfaction concernant la qualité des entretiens et des informations fournies par le personnel médical a été considérée comme satisfaisante. Cette perception favorable s'explique par l'accent mis sur la communication avec les familles des patients dans la réanimation « B ». Cependant, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour continuer à améliorer la situation dans notre contexte.

Bien que le niveau général de satisfaction soit généralement élevé, plusieurs études ont révélé que les membres de la famille expriment une satisfaction relativement moindre en ce qui concerne les aspects de communication[71][72]. Les besoins centrés sur les familles des patients en réanimation soulignent la nécessité d'une stratégie de communication systématique entre ces familles et les équipes de soins, comprenant à la fois les médecins et les infirmiers [9]. Cette communication doit être cohérente et dispensée par un nombre restreint de cliniciens, à un niveau et à un rythme adaptés pour répondre aux interrogations des familles et garantir leur compréhension[73].

Tableau XIX: Satisfaction des familles à l'égard de l'information selon les différents auteurs

Items	Auteurs				
	Min et al [58]	Heyland et al [11]	Randi.OHaave [36]	SM Janardhanlyengar [59]	Notre série
Fréquence de communication avec les médecins	72,3±26,9	85.53 ±20.85	46,5±26,9	71.00±23.23	72.4±28.2
Clarté de l'information	81,0±20,9	83.75± 20.21	72,8±23,8	71.46±23.15	71.5±26.9
Compréhensibilité de l'information	80,6±21,8	83.5 ±22.34	71,5±21,9	72.00±23.1	71.5 ±27.3
Sincérité de l'information	80,1±23,6	82.86± 22.99	68,4±24,8	73.74±22.41	73.2 ±26.7
Intégralité de l'information	80,5±22,2	77.47 ±25.83	65.4±24.9	70.25±24.28	70.6±28
Concordance de l'information	79,0±23,8	84.68± 20.41	62.3±25.5	74.23±23.39	70.2±29.7

Données exprimées en moyenne ± écart type

b. Processus de prise de décision :

Comme dans l'étude menée par Soumagne et al [75], notre recherche constate que les familles considéraient l'implication dans les décisions médicales comme étant insuffisante. En France, les décisions sont principalement prises par l'équipe médicale, avec les proches informés, parfois consultés, mais rarement pleinement impliqués dans le processus décisionnel. La notion d'implication est complexe et mal définie pour les familles, qui peuvent la souhaiter sans en comprendre toutes les implications[74].

Dans de nombreux pays, les décisions ne sont que rarement prises par la famille seule. Les choix partagés avec les proches sont une alternative au paternalisme médical, où le médecin prend seul les décisions pour éviter aux proches (et au patient) d'avoir à prendre des décisions difficiles et à en supporter les conséquences[75] . Malgré cela, les familles étaient globalement satisfaites du soutien lors du processus décisionnel.

Plusieurs études montrent qu'un environnement favorable à la présence et à l'implication des familles dans les soins est nécessaire pour leur bien-être [76][77] . L'intégration des familles dans les soins doit être précédée d'une éducation et d'une formation et s'accompagner d'une évaluation continue de la qualité des soins. C'est l'absence de cette activité formatrice des parents des patients qui pourrait justifier le modeste taux de participation aux soins dans notre étude.

Le temps consacré à répondre aux préoccupations et aux questions après la prise de décision était l'élément le plus faible du domaine FS-DM, ce qui contraste avec une étude australienne et norvégienne[36] où il était noté le plus élevé. Cette disparité de satisfaction peut s'expliquer par divers facteurs. Les attentes culturelles, les systèmes de santé, les ressources disponibles, la formation des professionnels de la santé et leurs conditions de travail diffèrent d'un pays à l'autre, influençant ainsi la qualité des interactions avec les prestataires de soins. Comprendre ces différences contextuelles est essentiel pour améliorer l'expérience des patients et de leur famille dans chaque environnement de soins.

4.3. Satisfaction globale:

Dans les recherches portant sur les perceptions et la satisfaction individuelle, il est peu réaliste de s'attendre à une satisfaction totale dans toutes les situations. Donabedian [78] souligne que les exigences en matière de qualité ne seront jamais entièrement comblées. De plus, les attentes et les besoins des familles peuvent parfois être irréalistes, ce qui influence leur perception de la satisfaction.

Les connaissances limitées des membres de la famille sur les traitements médicaux et l'équipement technique en soins intensifs peuvent engendrer des attentes irréalistes, affectant ainsi leur satisfaction. Malgré cela, des améliorations restent à envisager, d'autant plus que notre étude a révélé un score de satisfaction relativement bas comparé à celui des autres études antérieures utilisant le FS-ICU 24.

Le questionnaire ne cible pas spécifiquement les préoccupations particulières des familles, mais les réponses aux questions ouvertes ont mis en lumière certains points essentiels. Les participants ont exprimé des inquiétudes concernant le nombre limité de lits disponibles à l'hôpital, le manque d'intimité et le besoin de matériel médical, y compris les médicaments et les analyses. Ils ont également souligné l'importance d'une communication claire et facile à comprendre, ainsi que la nécessité d'un soutien financier et émotionnel. Ces constatations sont en accord avec des études similaires menées en Corée du Sud[79] et à Hong Kong[39].

5. Perceptions de la période « fin de vie » :

La perception des proches de « la fin de vie » diffère quelque peu entre notre étude et celle menée au Canada[80]. Dans notre étude, toutes les familles estiment que la vie de leurs proches n'a ni été prolongée ni raccourcie inutilement, probablement influencées par des facteurs culturels et religieux tels que la confiance en Dieu, ce qui peut conduire les familles à accepter le cours naturel de la vie et de la mort sans remettre en question l'intervention médicale. En revanche, au Canada, bien que la majorité partage cette perception (82%), une minorité de 10.7% estime que la vie a été prolongée inutilement. Cette différence pourrait être liée à des attentes différentes en matière de soins de fin de vie et à des préoccupations concernant les pratiques médicales de maintien en vie prolongée.

Dans notre étude, les familles ont observé une souffrance chez leurs proches en fin de vie, tandis que dans l'étude de Heyland et al [80], la plupart ont noté le confort de leurs proches. Cette perception peut être affectée par divers facteurs, comme la gravité de la maladie,

les soins prodigués, l'interprétation subjective des symptômes par les proches et des aspects psychologiques. De plus, des différences culturelles et de croyances peuvent jouer un rôle, par exemple, la préférence marocaine pour que les dernières heures soient passées entourées de la famille, sans intervention médicale excessive considéré comme une sorte de souffrance pour eux.

Dans notre étude, 60% des familles ont ressenti un soutien de l'équipe soignante, tandis que 40% se sont senties parfaitement soutenues. Au Canada[80], la majorité des familles (57,0%) se croyaient très soutenues, et 30,7% pensaient être soutenues. Ces résultats révèlent que la plupart des familles perçoivent un certain niveau satisfaisant de soutien, mais une part significative exprimait encore un besoin de soutien supplémentaire dans notre étude.

Alors, une communication adéquate, une prise de décision éclairée, et la compassion manifestée envers le patient et sa famille sont des éléments essentiels pour assurer la satisfaction. Il est donc primordial d'améliorer la qualité du soutien offert aux familles pendant les moments difficiles en réanimation dans notre contexte.

L'aménagement d'espaces spécifiques pour les familles des patients en fin de vie ainsi qu'une attitude plutôt permissive pour assister aux derniers moments de vie doivent être proposer au prix d'une organisation particulière des services.

6. Les besoins des familles selon le CCFNI :

Des recherches antérieures ont souligné que répondre aux besoins des familles des patients se traduit par une amélioration notable de la qualité des soins dispensés, renforçant ainsi la satisfaction générale des patients[81][82][83]. Plusieurs études se sont spécifiquement penchées sur la satisfaction des membres de la famille quant aux soins prodigués lorsque leurs proches sont pris en charge en unité de soins intensifs[84][85]. Par exemple, une étude menée en Australie[84] a révélé qu'accommoder les besoins des membres de la famille des patients les encourage à s'impliquer activement dans les soins du patient après sa sortie.

6.1. Attitude du personnel hospitalier (items 1,2,6,10) :

La dimension de l'Attitude du personnel hospitalier envers les familles des patients en réanimation est cruciale. Nos résultats montrent une importante confiance dans la qualité des soins et une perception positive de la courtoisie du personnel de l'USI, confirmant des conclusions similaires dans d'autres études, comme celle d'Azoulay et al.[49]. Une attitude empathique du personnel contribue à réduire le stress des familles et renforce leur confiance dans les soins, soulignant ainsi l'importance d'une approche centrée sur le patient et aussi sur sa famille en réanimation.

6.2. Communication avec les familles (items 3,4,5,12,13) :

Les résultats de notre étude ont révélé des niveaux de satisfaction variables. Globalement, les familles ont une perception positive de la courtoisie du personnel de l'USI, indiquant qu'elles se sentent bien accueillies et soutenues par l'équipe médicale. Cependant, les sentiments sont mitigés concernant le confort lors des visites en unités des soins intensifs et dans la salle d'attente. Ces sentiments d'insatisfaction rejoignent ceux relevés par Azoulay et son équipe[49], mettant en évidence l'impact de l'environnement médicalisé et stressant des unités de soins intensifs ainsi que les restrictions de visite imposées pour des raisons médicales, qui peuvent limiter le temps passé avec le patient et rendre difficile la communication avec le personnel médical. Il est ainsi nécessaire d'envisager des améliorations dans l'aménagement des salles d'attente afin d'offrir un soutien plus confortable aux familles pendant leur séjour à l'hôpital.

6.3. Confort (items 7, 8, 9, 11) :

Nos résultats révèlent un besoin d'amélioration dans cette dimension malgré un indice de satisfaction élevé, en particulier en ce qui concerne la compréhension des explications sur le matériel utilisé. Ces conclusions ne concordent pas avec celles d'Elie Azoulay et al. qui ont rapporté une satisfaction importante concernant les explications sur le matériel. Il est possible que cette divergence s'explique par une communication insuffisante du personnel médical et paramédical ou une disponibilité limitée. En outre, le matériel complexe utilisé en réanimation et le stress des familles, particulièrement lorsqu'un proche est dans un état critique avec un risque

vital majeur, et est hospitalisé dans un environnement inconnu et agressif en raison de l'activité intense et du bruit généré par les alarmes et les sons que seuls les professionnels peuvent interpréter, ajoutent à la complexité de la situation. Cette situation implique une notion de changement d'état et de crise, avec une rupture de la stabilité habituelle. Les barrières linguistiques peuvent également jouer un rôle dans la compréhension des explications. Pour améliorer la satisfaction des familles, il est donc essentiel de rendre les explications plus claires, adaptées au niveau de compréhension des familles, et de les fournir de manière régulière et accessible afin de réduire leur anxiété.

Malgré la satisfaction des familles envers les soins actuels, l'indice de satisfaction concernant les possibilités d'amélioration des soins étaient bas en raison d'attentes différentes, d'une focalisation sur d'autres aspects des soins, d'un manque de connaissance des protocoles médicaux et d'une satisfaction conditionnelle. Pour remédier à cette situation, il est nécessaire de sensibiliser les familles aux pratiques médicales, de recueillir des commentaires spécifiques et de mettre en place des stratégies pour répondre à leurs préoccupations.

6.4. Isolation dans la salle d'attente (item 14) :

Les résultats de notre étude révèlent qu'environ la moitié des participants ressentent fréquemment un sentiment de solitude et d'isolement, un pourcentage beaucoup plus élevé que celui rapporté dans une étude similaire menée en France, où seulement 21% des participants ont ressenti cela. Cette disparité peut être attribuée aux politiques et pratiques institutionnelles spécifiques à chaque établissement de santé. Par exemple, le service de réanimation « B » du CHR d'Agadir ne dispose pas de salle d'attente dédiée, ce qui pourrait contribuer à l'augmentation du sentiment d'isolement parmi les familles des patients. Il est important de noter que ce point a présenté le score le plus bas de satisfaction parmi les familles, tel que déclaré dans le FS-ICU ainsi que dans les questions ouvertes. Ces résultats soulignent donc l'urgence d'intervenir en mettant en place des mesures visant à renforcer le soutien social pour les familles des patients en réanimation, afin de les aider à traverser cette période difficile marquée par l'isolement et l'incertitude.

IV. Limites et forces de l'étude :

1. Limites de l'étude :

Cette étude présente plusieurs limites à prendre en compte :

D'abord Le FS-ICU, a été administré en face-à-face par un enquêteur à tous les participants en raison de leur niveau d'instruction relativement bas. En conséquence, il existe un risque que leurs réponses ne reflètent pas pleinement leur expérience réelle en raison de cette influence.

D'ailleurs, le personnel soignant de la réanimation médicale n'a pas été aveuglé au fait qu'une étude sur la satisfaction des familles était menée au service.

De plus, il est important de souligner que cette étude a été menée exclusivement dans un seul service hospitalier. Cette restriction géographique rend délicate la généralisation de nos conclusions à l'ensemble des services de réanimation au Maroc et au-delà. De plus, la durée relativement courte de l'étude, limitée à trois mois, pourrait ne pas permettre de capturer pleinement la satisfaction de toutes les familles des patients admis dans le même service pendant cette période. Ainsi, une étude plus étendue et menée sur une période plus longue serait nécessaire pour obtenir une vision plus approfondie et représentative de la satisfaction des familles.

2. Forces de l'étude :

Les questionnaires utilisés sont des outils validés et largement reconnus, ce qui renforce la fiabilité de nos résultats et facilite leur comparaison avec d'autres études similaires.

Notre étude démontre notre engagement envers l'amélioration continue des services de réanimation, mettant en avant notre volonté proactive d'optimiser l'expérience des patients et de leur famille et démontre la volonté du service d'une prise en charge multidimensionnelle des patients hospitalisés en réanimation.

Notre recherche a suscité un vif intérêt de la part des participants, et même le personnel, qui a manifesté un réel désir de découvrir les résultats afin de repérer les aspects nécessitant des changements pour améliorer les performances, et enfin l'équipe des soignants souhaite s'intégrer dans un processus de démarche qualité permanent.

V. Recommandations :

- Accessibilité du service de réanimation :
 - Proposer des horaires de visites flexibles pour les familles.
 - Assurer un contact direct avec le médecin traitant pour des mises à jour régulières sur l'état de santé du patient.
- Communication améliorée :
 - Organiser des réunions structurées pour faciliter les échanges d'informations.
 - Encourager les familles à poser des questions et à exprimer leurs préoccupations.
 - Offrir des alternatives de communication telles que les appels téléphoniques.
 - Mettre en place un bureau d'information ou une ligne téléphonique dédiée pour fournir une assistance et des conseils aux familles.
 - Former le personnel à la communication efficace.
 - Intégrer le personnel paramédical au processus de communication et empathie avec les familles
- Sessions d'éducation et d'orientation :
 - Planifier des séances d'éducation pour informer les familles sur les soins de réanimation et les procédures à suivre après la sortie de l'hôpital.
 - Organiser des visites guidées pour mieux comprendre l'environnement de réanimation.

- Développer des programmes visant à impliquer les proches volontaires dans les soins du patient.
- **Renforcement du soutien psychologique :**
 - Sensibiliser le personnel médical à l'importance du soutien psychologique pour les familles.
 - Former le personnel à la communication empathique et à la gestion des situations de crise.
 - Encourager le développement de compétences en communication non verbale pour établir des relations de confiance avec les familles.
- **Amélioration des infrastructures hospitalières :**
 - Créer une salle d'attente confortable près de l'unité de réanimation, avec des sièges ergonomiques et un environnement apaisant.

Et mettre en place un protocole spécifique à suivre rassemblant toutes ces recommandations afin de structurer la prise en charge parallèle des familles.



CONCLUSION



Cette étude met en évidence l'importance d'évaluer la satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation, particulièrement dans le contexte marocain, en utilisant le FS-ICU en version arabe comme outil fiable. Les résultats révèlent une satisfaction moyenne des familles à l'égard des soins et des décisions médicales au CHR d'Agadir, mais aussi des domaines nécessitant des améliorations.

Les familles expriment une faible satisfaction sur plusieurs aspects tels que le traitement des symptômes, le travail d'équipe des soignants, la communication, l'implication dans les décisions et les soins, ainsi que l'ambiance du service et de la salle d'attente. Cependant, elles reconnaissent positivement la courtoisie et le comportement de l'équipe médicale, ainsi que le soutien moral.

Pour améliorer la satisfaction des familles en réanimation, des recommandations spécifiques sont avancées, telles que la création d'une salle dédiée aux familles, l'introduction d'un médiateur et d'un soutien psychologique, ainsi que le développement de programmes de participation aux soins pour les volontaires. Il est également souligné que la satisfaction des familles en réanimation est un processus évolutif, nécessitant un suivi continu et des études plus approfondies pour en comprendre les déterminants et l'évolution dans le temps.

Une prise en charge spécifique des familles en réanimation est cruciale pour assurer des soins de qualité et répondre aux besoins des patients et de leurs proches. Cela implique une communication et une information adaptées, ainsi qu'un soutien continu tout au long du processus de soins. Des efforts supplémentaires de recherche, de formation et de sensibilisation sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des familles et garantir le respect des souhaits des patients et leur famille en réanimation.



RESUMES



Résumé

L'évaluation de la satisfaction des familles est une nécessité médicale et une part essentielle de la responsabilité des praticiens en réanimation ainsi qu'une démarche importante dans l'amélioration de la qualité des soins. L'objectif de ce travail était d'évaluer la satisfaction des familles des patients en réanimation et d'identifier leurs besoins.

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle à visée descriptive, réalisée sur une période de trois mois (de Décembre 2023 à Février 2024), dans le service de Réanimation B du Centre Hospitalier Régional Hassan 2 Agadir, incluant pour chaque patient hospitalisé plus de 48 heures, un seul proche âgé de plus de 18 ans, ayant rendu visite au patient et eu un entretien avec un médecin de l'unité. Nous avons recueilli chez les patients et leurs proches les variables sociodémographiques, et les données du séjour en réanimation. La satisfaction des familles a été mesurée par la version arabe validée des 2 questionnaires : Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) qui mesure 2 domaines : la satisfaction aux soins (FS-ICU soins), et la satisfaction aux décisions (FS-ICU décisions) et Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) qui évalue les besoins des familles. L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel Jamovi.

Un total de 57 proches (âge : $39,4 \pm 11$ ans, 32H/25F), et 57 patients (âge: $39,9 \pm 22,8$ ans 38H/19F) ont été inclus. Le score moyen de satisfaction globale des familles (FS-ICU/Total) était de $69.7 \pm 16,5$, le score moyen de satisfaction à l'égard des soins (FS-ICU/care) était de 70.1 ± 17.2 et le score moyen de satisfaction à l'égard de l'information /de la prise de décision (FS-ICU/DM) était de 69.3 ± 18.5 . Les dimensions qui ont contribué aux scores inférieurs étaient la gestion de la douleur, de la détresse respiratoire et de l'agitation du patient, la coordination des soins, les pratiques et les fréquences de communication avec les infirmiers, l'ambiance au service et à la salle d'attente, l'implication dans la prise de décision et le temps réservé au proche pour s'exprimer.

Les perspectives des familles de la fin de vie, le soulagement de la douleur et le soutien du personnel médical étaient positives, mais certaines ont exprimé un besoin de soutien supplémentaire. Les besoins des familles ont été également évalués afin de comprendre les défis rencontrés en soins intensifs, révélant que leurs besoins en confort et en communication étaient importants.

Cette étude met en évidence l'importance cruciale d'évaluer la satisfaction des familles des patients en réanimation, notamment dans le contexte marocain. Bien que les résultats indiquent une satisfaction moyenne concernant les soins et les décisions médicales au CHR d'Agadir, des domaines nécessitant des améliorations ont été identifiés. Des recherches plus larges sont souhaitables pour mieux évaluer la satisfaction des familles et pour assurer des soins de qualité répondant aux besoins des patients et de leurs proches.

Abstract

Assessing family satisfaction is a medical necessity and an essential part of the responsibility of physicians in intensive care unit as well as an important procedure to improve the quality of care. The aim of this study was to assess the satisfaction of patients' families in intensive care units and to identify their needs.

This is a descriptive observational cross-sectional study, carried out over a period of three months (from December 2023 to February 2024) in the Intensive Care Unit B of the Regional Hospital Center Hassan 2 in Agadir. Was included in this study, a single relative aged over 18 years for each patient hospitalized for more than 48 hours. The relative must have visited the patient at least once and had an interview with a doctor in the unit. We collected socio-demographic variables from both the patients and their relatives, and data on the patient's residence in the intensive care unit. The satisfaction of families was measured using the validated Arabic version of two questionnaires: the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24), which assesses two domains: satisfaction with care (FS-ICU Care) and satisfaction with decisions (FS-ICU Decisions), and the Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), which evaluates family needs. Statistical analysis was performed using the Jamovi software.

A total of 57 family members (age: 39.4 ± 11 , 32M/25F) and 57 patients (age: 39.9 ± 22.8 years, 38M, 19F) were included. The mean score of the overall family satisfaction (FS-ICU/Total) was 69.7 ± 16.5 , whereas the mean score of satisfaction with care (FS-ICU/Care) was 70.1 ± 17.2 and the mean score of satisfaction with information/decision-making (FS-ICU/DM) was 69.3 ± 18.5 . The dimensions that contributed to the lower scores were the management of pain, of respiratory distress and of patient agitation, the care coordination, the nursing care practices and the communication with the nursing team frequency, the atmosphere on the ward and in the waiting room, the involvement in decision-making and the time reserved for relatives to express themselves. Families' perspectives on end-of-life care, pain relief, and support from medical staff were positive, but some expressed a need for additional support.

Families' needs were also assessed to understand the challenges faced in intensive care, revealing that their needs for comfort and communication were important.

This study highlights the crucial importance of assessing the satisfaction of families of patients in intensive care, particularly in the Moroccan context. Although the results indicate average satisfaction with care and medical decisions at the Agadir Regional Hospital, areas for improvement were identified. Broader research is desirable to better assess family satisfaction and ensure quality care that meets the needs of patients and their families.

ملخص

يعتبر تقييم رضا الأسر ضرورة طبية لا غنى عنها، فهو جزء لا يتجزأ من مسؤولية الفريق الطبي في وحدات العناية المركزة، كما يعتبر إجراء أساسياً لتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة. تهدف هذه الدراسة إلى تقييم رضا أسر المرضى في وحدات العناية المركزة، وتحديد احتياجاتهم ومتطلباتهم الضرورية.

يتناول هذا البحث دراسة رصدية مقطعية تهدف إلى تقديم وصف مفصل وشامل، حيث تم إجراؤها على مدار ثلاثة أشهر تمتد من دجنبر 2023 إلى فبراير 2024، في قسم العناية المركزة "ب" بالمركز الاستشفائي الجهوي الحسن الثاني بأكادير. شملت الدراسة جميع المرضى الذين قضوا أكثر من 48 ساعة في وحدة العناية المركزة، حيث تم اختيار قريب واحد لكل مريض يبلغ من العمر 18 عاماً فأكثر، والذي قام بزيارة المريض خلال فترة استشفائه وأجرى مقابلة مع الطبيب في الوحدة الطبية. قمنا بجمع المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية، والبيانات المتعلقة بفترة إقامة المرضى وأقاربهم في وحدة العناية المركزة.

لتقييم رضا الأسر، استخدمنا النسخة العربية المعتمدة من استبيانين: استبيان رضا العائلة في وحدة العناية المركزة (FS-ICU 24) الذي يحدد مجالين وهما الرضا عن الرعاية (FS-ICU soins) والرضا عن القرارات (FS-ICU décisions)، بالإضافة إلى استبيان احتياجات العائلات في وحدة العناية المركزة (CCFNI) والذي يقيم احتياجات العائلات. أما فيما يخص التحليل الإحصائي فقد استعنا ببرنامج Jamovi.

قمنا بدراسة عينة مكونة من 57 فرداً من أفراد العائلات و 57 مريضاً في وحدة العناية المركزة. أظهرت النتائج أن متوسط أعمار أفراد العائلات كان حوالي 39.4 ± 11 سنة، بينما كان متوسط أعمار المرضى حوالي $39.9 \pm 22,8$ سنة. كما تبين أن الذكور كانوا أكثر سيادة في كلا الفئتين. بلغ متوسط درجة الرضا العام للعائلات $69.7 \pm$ (FS-ICU/Total)

16.5، في حين كان متوسط درجة الرضا عن الرعاية (FS-ICU/Care) 70.1 ± 17.2
أما متوسط درجة الرضا عن المعلومات/اتخاذ القرار، فقد كان (FS-ICU/DM) $69.3 \pm$
18.5.

تم تحديد مجموعة من العوامل التي أثرت سلبا على الرضا والتي تضمنت كل من :
ضعف معالجة الألم، صعوبة التنفس واضطراب المريض، ضعف تنظيم الرعاية وقلة التواصل
مع المرضى، إلى جانب أجواء الوحدة وقاعة الانتظار نجد كذلك نقص مشاركة الأسر في
عملية اتخاذ القرارات وأخيرا ضيق الوقت المخصص لهم للتعبير عن وجهات نظرهم. على
الرغم من أن آراء الأسر كانت إيجابية فيما يخص الجوانب المتعلقة باللحظات الأخيرة من حياة
المريض وتخفيف الألم والدعم الطبي، إلا أن البعض أعرب عن حاجته الماسة للمزيد من
الدعم. وعلاوة على ذلك تم تقييم احتياجات الأسر لفهم التحديات التي تواجهها والتي أظهرت
أهمية تلبية احتياجاتهم فيما يتعلق بالراحة والتواصل بشكل أكبر وأكثر فعالية.

تسلط هذه الدراسة الضوء على أهمية تقييم رضا عائلات المرضى في وحدات العناية
المركزة، على الرغم من أن النتائج تشير إلى وجود مستوى متوسط من الرضا بشأن الرعاية
والقرارات الطبية في المركز الاستشفائي الجهوي بأكادير، إلا أنه تم تحديد مجالات تحتاج إلى
تحسينات، لذا يرجى إجراء بحوث أوسع نطاقا لتحسين رضا العائلات وضمان تقديم رعاية
ذات جودة تلبية احتياجات المرضى وأقاربهم بشكل فعال.



ANNEXES



Annexe 1 : La version Arabe du FS-ICU 24 items

الجزء الأول مدى رضاكم فيما يخص العلاجات:

• كيف نعالج مريضكم

(1) اهتمام مع العاملين في المصلحة

هل يعامل مريضك باحترام و تقدير في المصلحة

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

كيف يعالج العاملون في المصلحة أعراض المريض فيم يخص :

(2) الآلام

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

(3) صعوبة التنفس

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

(4) الانفعال

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

• كيف نعاملك أنت

(5) فيما يخص احتياجاتك

كيف يهتم العاملون في المصلحة باحتياجاتك

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

(6) مشاعرك و أحاسيسك

كيف يشاطرك العاملون في المصلحة أحاسيسك

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

(7) تناسق في العلاج

كيف تجد التناسق في العلاج بين جميع العاملين في المصلحة الذين يهتمون بمريضك

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

(8) الاهتمام من طرف العاملين في المصلحة

الاحترام و التقدير

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

• فيما يخص المرضى

(9) تعامل و قدرات المرضى في المصلحة

كيف تجد عناية المرضى بمريضك

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

10) عدد المرات التي تتلقى فيها المعلومات عن مريضك من طرف الممرضين
كيف تجد عدد تلك المرات

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

• فيما يخص الأطباء

11) تعامل و قدرات الأطباء في المصلحة

كيف تجد عناية الأطباء بمريضك

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

• فيما يخص المصلحة

12) كيف هي الأجواء في مصلحة الإنعاش

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

• فيما يخص قاعة الانتظار

13) كيف هي الأجواء في قاعة الانتظار

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

14) ما مستوى رضاك عن العناية التي يتلقاها مريضك في المصلحة

1 غير راض 2 راض قليلا 3 راض 4 راض جدا 5 راض كليا

الجزء الثاني مدى رضاك عن القرارات الطبية المتخذة فيما يخص

مريضك

• الحاجة للمعلومات

1) عدد اللقاءات التي تتلقى فيها المعلومات عن مريضك

كيف تجد عدد تلك اللقاءات

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

2) سهولة تلقي المعلومات

مدى استعداد العاملين في المصلحة لإعطاء الاستفسارات

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

3) استيعابك للمعلومات

هل التفسير التي يقدمها لك العاملين في المصلحة واضحة

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

4) شفافية المعلومات

هل المعلومات تقدم لك بكل شفافية فيما يخص مريضك

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

5 شمولية المعلومات

هل المعلومات التي تقدم لك من طرف العاملين في المصلحة كانت شاملة في ما يحدث لمريضك وأسباب ذلك
1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

6 تناسق المعلومات

هل المعلومات التي تتلقاها من طرف الطبيب, الممرض أو أي شخص آخر عن حالة مريضك متناسقة
فيما بينها

1ممتاز 2 جيد جدا 3 جيد 4 متوسط 5 ضعيف 6 لا تعرف

• القرارات الطبية المتخذة

يرجى اختيار إجابة واحدة فقط من كل مجموعة من الأفكار التالية التي تتوافق مع آرائك:

7 هل شعرت بمشاركتك في عملية اتخاذ القرارات؟

1 شعرت أنني مستبعد تماما

2 شعرت أنني مستبعد إلى حد ما

3 لم أشعر بالمشاركة أو الاستبعاد

4 شعرت بالمشاركة جزئيا

5 شعرت بالمشاركة تماما

8 هل شعرت بالدعم أثناء اتخاذ القرارات؟

1 شعرت بأنني تائه تماما

2 شعرت أنني تائه إلى حد ما

3 لم أشعر أنني تائه أو مدعوم

4 شعرت بالدعم

5 شعرت أنني مدعوم تماما

9 هل شعرت أنك شاركت في رعاية قريبك؟

1 شعرت بالإقصاء تماما, شعرت أن فريق العناية تولى السيطرة و فرض الرعاية بشكل كامل

2 شعرت بالإقصاء إلى حد ما, شعرت أن فريق العناية تولى السيطرة و فرض الرعاية جزئيا

3 لم أشعر بالمشاركة أو الإقصاء

4 شعرت جزئيا بالمشاركة في الرعاية التي تلقاها قريبي

5 شعرت تماما بالمشاركة في الرعاية التي تلقاها قريبي

10 عند اتخاذ القرارات, هل كان لديك ما يكفي من الوقت للتعبير عن مخاوفك و الحصول على إجابات
لأسئلتك؟

1 كنت بحاجة للمزيد من الوقت

2 كان لدي الوقت الكافي

إذا توفي أحد أفراد عائلتك أثناء الإقامة في وحدة العناية المركزة، يرجى الإجابة على الأسئلة (11 –)

13 إذا لم يمض أحد أفراد عائلتك ، يرجى الانتقال إلى السؤال رقم. 14

11) أي من العبارات التالية تصف رأيكم :

- 1 اشعر بأن إطالة حياة المريض لم يكن ضروريا
 - 2 شعرت قليل بأن إطالة حياة المريض لم يكن ضروريا
 - 3 أشعر بأن حياة المريض لم تطول ولم تُقصر
 - 4 شعرت قليلا بأن تقصير حياة المريض لم يكن ضروريا
 - 5 أشعر بأن بأن تقصير حياة المريض لم يكن ضروريا
- 12) خلال الساعات الاخيرة من حياة قريبك، أي العبارات التالية تعبر عن رأيك بشكل أفضل:
- 1 شعرت بأنه(ها) كان غير مرتاح تماما
 - 2 شعرت بأنه(ها) كان غير مرتاح قليل
 - 3 شعرت عموما بأنه(ها) كان مرتاح
 - 4 شعرت بأنه(ها) كان مرتاح جدا
 - 5 شعرت بأنه(ها) كان مرتاح تماما
- 13) خلال الساعات الأخيرة قبل وفاة المريض، أي العبارات التالية تعبر عن رأيك
- 1 شعرت بأن فريق الرعاية الطبية قد تخطى عني تماما
 - 2 شعرت بأن فريق الرعاية الطبية قد تخطى عني
 - 3 لم أشعر بأن فريق الرعاية الصحية قد تخطى عني ولم أشعر بدعمه لي أيضا
 - 4 شعرت بأن فريق الرعاية الصحية قد دعمني
 - 5 شعرت بدعم كبير من قبل فريق الرعاية الصحية
- 14 هل لديك أية اقتراحات حول كيفية جعل الرعاية المقدمة في وحدة العناية المركزة أفضل
- 15) هل لديك أي تعليق على الأشياء التي قمنا بها بشكل جيد
- 16) هل لديك أي اقتراحات حول كيفية تحسين تجربة العناية المركزة لك ولعائلتك؟

Annexe 2 : La version Arabe du CCFNI

- 1- هل تشعر أن المريض يتلقى أفضل عناية ممكنة؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 2- هل تشعر أن الأطباء و الممرضين يهتمون بالمريض؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 3- هل تستوعب ما تتلقاه من معلومات حول أحوال المريض؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 4- هل تشعر انك تلقيت المعلومات بكل شفافية؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 5- هل تدرك ماذا حدث للمريض و الحالة التي يمكن أن يؤول إليها؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 6- هل تتلقى معاملة ملائمة من طرف الاطباء و الممرضين؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 7- هل يهتم احد من الأطباء أو الممرضين لما نفعله؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 8- هل تعتقد أن أحدا سيتصل بك إذا ما طرا بك تغيير على حالة المريض؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 9- هل تلقيت تفسيرات حول الأجهزة المستعملة لعلاج المريض؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 10- هل أنت راض عن العناية التي يتلقاها المريض؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 11- هل هناك تحسينات يمكن فعلها بخصوص العناية الطبية؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 12- هل تجد الزيارة مريحة في قسم العناية المركزة؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 13- هل تجد قاعة الانتظار مريحة؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً
- 14- هل تشعر بالوحدة و العزلة في قاعة الانتظار؟
دائماً غالباً أحياناً أبداً



BIBLIOGRAPHIE



- [1] **D. K. Heyland, J. E. Tranmer, et K. G. H. I. R. W. Group.**
Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results, *J. Crit. Care*, vol. 16, n° 4, p. 142-149, 2001.
- [2] **J. M. van den Broek, A. H. Brunsveld-Reinders, A. M. Zedlitz, A. R. Girbes, E. de Jonge, et M. S. Arbous**
Questionnaires on family satisfaction in the adult ICU: a systematic review including psychometric properties *Crit. Care Med.*, vol. 43, n° 8, p. 1731-1744, 2015.
- [3] **T. Wasser, S. Matchett, D. Ray, et K. Baker.**
Validation of a total score for the critical care family satisfaction survey, *JCOM-WAYNE PA-*, vol. 11, p. 502-509, 2004.
- [4] **K. Sundararajan, M. Martin, S. Rajagopala, et M. J. Chapman.**
Posttraumatic stress disorder in close Relatives of Intensive Care unit patients' Evaluation (PRICE) study », *Aust. Crit. Care*, vol. 27, n° 4, p. 183-187, 2014.
- [5] **M. Schmidt et E. Azoulay.**
Having a loved one in the ICU: the forgotten family, *Curr. Opin. Crit. Care*, vol. 18, n° 5, p. 540-547, 2012.
- [6] **T. Wasser, M. A. Pasquale, S. C. Matchett, Y. Bryan, et M. Pasquale.**
Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey, *Crit. Care Med.*, vol. 29, n° 1, p. 192-196, 2001.
- [7] **R. J. Wall, R. A. Engelberg, L. Downey, D. K. Heyland, et R. J. Curtis.**
Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey, *Crit. Care Med.*, vol. 35, n° 1, p. 271-279, 2007.
- [8] **N. Damghi et al.**
Measuring the satisfaction of intensive care unit patient families in Morocco: a regression tree analysis, *Crit. Care Med.*, vol. 36, n° 7, p. 2084-2091, 2008.

- [9] **N. C. Molter.**
Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study, *Heart Lung*, vol. 8, n° 2, p. 332-9, 1979.
- [10] **D. Johnson, M. Wilson, B. Cavanaugh, C. Bryden, D. Gudmundson, et O. Moodley .**
Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit, *Crit. Care Med.*, vol. 26, n° 2, p. 266-271, 1998.
- [11] **D. K. Heyland et al.**
Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study, *Crit. Care Med.*, vol. 30, n° 7, p. 1413-1418, 2002.
- [12] **A. Brown et M. Hijazi.**
Arabic translation and adaptation of critical care family satisfaction survey, *Int. J. Qual. Health Care*, vol. 20, n° 4, p. 291-296, 2008.
- [13] **A. SANAA.**
Evaluation de la satisfaction des familles des patients en réanimation par le Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) », 2010, Consulté le: 6 mai 2024.
Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/26245>
- [14] **W. G. Cochran.**
Sampling techniques. John Wiley & Sons, 1977.
- [15] **R. Malacrida et al.**
Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died », *Crit. Care Med.*, vol. 26, n° 7, p. 1187-1193, 1998.
- [16] **J. E. Ware Jr et D. M. Berwick.**
Patient judgments of hospital quality. Conclusions and recommendations., *Med. Care*, vol. 28, n° 9 Suppl, p. S39-44, 1990.
- [17] **C. Charles, A. Gafni, et T. Whelan.**
Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model, *Soc. Sci. Med.*, vol. 49, n° 5, p. 651-661, 1999.

- [18] **K. H. Stricker, S. Niemann, S. Bugnon, J. Wurz, O. Rohrer, et H. U. Rothen.**
Family satisfaction in the intensive care unit: cross-cultural adaptation of a questionnaire, *J. Crit. Care*, vol. 22, n° 3, p. 204-211, 2007.
- [19] Calcul des scores récapitulatifs pour le FS-ICU 24 : FSICU.org . Disponible sur : <https://fsicu.org/wp-content/uploads/New-FS-ICU24-Scoring-Instructions.pdf> .« FS_Recoding_Scoring (2).pdf ».
- [20] « Home – FS-ICU ». Consulté le: 6 mai 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://fsicu.org/>
- [21] **R. Rego Lins Fumis, I. N. Nishimoto, et D. Deheinzelin.**
Measuring satisfaction in family members of critically ill cancer patients in Brazil, *Intensive Care Med.*, vol. 32, n° 1, p. 124-128, janv. 2006, doi: 10.1007/s00134-005-2857-0.
- [22] **L. Yin King Lee et Y. L. Lau.**
Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong, *J. Clin. Nurs.*, vol. 12, n° 4, p. 490-500, juill. 2003, doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00743.x.
- [23] **S. M. Roberti et J. J. Fitzpatrick.**
Assessing family satisfaction with care of critically ill patients: a pilot study », *Crit. Care Nurse*, vol. 30, n° 6, p. 18-26, 2010.
- [24] « jamovi desktop – jamovi [Internet]. [cité 15 Avril 2024]. Disponible sur: <http://www.jamovi.org/download.html> ».
- [25] **C. on Q. of H. C. in America.**
Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academies Press, 2001.
- [26] **C. Batchelor, D. J. Owens, M. Read, et M. Bloor.**
Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation, *Int. J. Health Care Qual. Assur.*, vol. 7, n° 7, p. 22-30, 1994, doi: 10.1108/09526869410074720.

- [27] **T. Pottecher et al.**
L information au patient en reanimation et a ses proches: le point de vue de la SFAR », Reanim. Urgences, vol. 6, n° 10, p. 582-591, 2001.
- [28] **C. F. Padilla Fortunatti.**
Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory, Investig. Educ. En Enfermeria, vol. 32, n° 2, p. 306-316, 2014.
- [29] **E. Azoulay et al.**
Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians, Crit. Care Med., vol. 28, n° 8, p. 3044-3049, 2000.
- [30] **S. Verhaeghe, T. Defloor, F. Van Zuuren, M. Duijnste, et M. Gryndonck.**
The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature, J. Clin. Nurs., vol. 14, n° 4, p. 501-509, avr. 2005, doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x.
- [31] **É. Azoulay et F. Pochard.**
Communication with family members of patients dying in the intensive care unit, Curr. Opin. Crit. Care, vol. 9, n° 6, p. 545-550, 2003.
- [32] **N. Kentish-Barnes, V. Lemiale, M. Chaize, F. Pochard, et É. Azoulay.**
Assessing burden in families of critical care patients, Crit. Care Med., vol. 37, n° 10, p. S448-S456, 2009.
- [33] **Family Satisfaction in The Intensive Care Unit (FS-ICU) Survey.**
Disponible sur : <https://fsicu.org/professionals/about/> .
- [34] **K. A. Hamed, F. Buzaid, M. AlHafi, J. A. Alkhan, et K. A. Ghaffar.**
A cross-sectional study assessing family satisfaction in the intensive care environment in Bahrain: opportunities for improvement », F1000Research, vol. 12, n° 325, p. 325, 2023.
- [35] **I. Fathallah, H. Drira, S. Habacha, et S. Kouraichi**
Can we satisfy family in intensive care unit? A Tunisian experience », Indian J. Crit. Care Med. Peer-Rev. Off. Publ. Indian Soc. Crit. Care Med., vol. 26, n° 2, p. 185, 2022.

- [36] **R. O. Haave, H. H. Bakke, et A. Schröder.**
Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway », *BMC Emerg. Med.*, vol. 21, n° 1, p. 20, déc. 2021, doi: 10.1186/s12873-021-00412-8.
- [37] **K. H. Stricker, S. Niemann, S. Bugnon, J. Wurz, O. Rohrer, et H. U. Rothen.**
Family satisfaction in the intensive care unit: cross-cultural adaptation of a questionnaire, *J. Crit. Care*, vol. 22, n° 3, p. 204-211, 2007.
- [38] **S. Téssougue.**
Evaluation de la satisfaction des accompagnants des patients admis en réanimation polyvalente du CHU du point G. », PhD Thesis, USTTB, 2020. Consulté le: 6 mai 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://library.adhl.africa/handle/123456789/13805>
- [39] **S. M. Lam et al.**
Intensive care unit family satisfaction survey, *Hong Kong Med. J.*, vol. 21, n° 5, p. 435, 2015.
- [40] **S. Ocket et al.**
HEALTH RESEARCH IN NIGER: SITUATION ANALYSIS AND PERSPECTIVES, *Rev. Marocaine Santé Publique*, vol. 4, n° 6, 2017, Consulté le: 6 mai 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://revues.imist.ma/index.php/RMSP/article/view/4474>
- [41] **Ouédrago. N, Ali. N, Andre. S, Svetlana. B, Hamade.O, Joahim.S.**
Cahier d'étude et de recherche francophone santé. 2002 ; 4 : 375-82.
- [42] **S. Lemeshow, D. Teres, J. Klar, J. S. Avrunin, S. H. Gehlbach, et J. Rapoport.**
Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients *Jama*, vol. 270, n° 20, p. 2478-2486, 1993.
- [43] **L. Montuclard, M. Garrouste-Orgeas, J.-F. Timsit, B. Misset, B. De Jonghe, et J. Carlet.**
Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay », *Crit. Care Med.*, vol. 28, n° 10, p. 3389-3395, 2000.
- [44] **R. Rimachi, J.-L. Vincent, et S. Brimiouille.**
Survival and Quality of Life after Prolonged Intensive Care Unit Stay, *Anaesth. Intensive Care*, vol. 35, n° 1, p. 62-67, févr. 2007, doi: 10.1177/0310057X0703500108.

- [45] **A. Hassan et al.**
Clinical outcomes in patients with prolonged intensive care unit length of stay after cardiac surgical procedures, *Ann. Thorac. Surg.*, vol. 93, n° 2, p. 565-569, 2012.
- [46] **B. Mahesh, C. K. Choong, K. Goldsmith, C. Gerrard, S. A. Nashef, et A. Vuylsteke**
Prolonged stay in intensive care unit is a powerful predictor of adverse outcomes after cardiac operations », *Ann. Thorac. Surg.*, vol. 94, n° 1, p. 109-116, 2012.
- [47] **G. J. Becker, G. O. Strauch, et H. J. Saranchak.**
Outcome and cost of prolonged stay in the surgical intensive care unit *Arch. Surg.*, vol. 119, n° 11, p. 1338-1342, 1984.
- [48] **F. G. Zampieri et al.**
Admission factors associated with prolonged (> 14 days) intensive care unit stay, *J. Crit. Care*, vol. 29, n° 1, p. 60-65, 2014.
- [49] **E. Azoulay et al.**
Meeting the Needs of Intensive Care Unit Patient Families: A Multicenter Study, *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, vol. 163, n° 1, p. 135-139, janv. 2001, doi: 10.1164/ajrccm.163.1.2005117.
- [50] **L. Essola, L. Bitéghé, J. F. Ngomas, et F. Manga.**
Satisfaction survey of families of inpatients in the intensive care unit of the University Teaching Hospital of Libreville, *Health Sci. Dis.*, vol. 24, n° 3, 2023
- [51] **D. Schwarzkopf et al.**
Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis, *Intensive Care Med.*, vol. 39, n° 6, p. 1071-1079, juin 2013, doi: 10.1007/s00134-013-2862-7.
- [52] **S. Hunziker et al.**
Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care, *Crit. Care Med.*, vol. 40, n° 5, p. 1554-1561, 2012.

- [53] **K. H. Stricker, O. Kimberger, K. Schmidlin, M. Zwahlen, U. Mohr, et H. U. Rothen.**
Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? », *Intensive Care Med.*, vol. 35, n° 12, p. 2051-2059, déc. 2009, doi: 10.1007/s00134-009-1611-4.
- [54] **J. W. Devlin et al.**
Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU, *Crit. Care Med.*, vol. 46, n° 9, p. e825-e873, 2018.
- [55] **E. W. Ely et al.**
Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit *Jama*, vol. 291, n° 14, p. 1753-1762, 2004.
- [56] **H. Crow et al.**
Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature, *Health Technol. Assess.*, 2002, Consulté le: 7 mai 2024. [En ligne]. Disponible sur: <http://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/1073/102382.pdf>
- [57] **M. L. Mitchell, F. Coyer, S. Kean, R. Stone, J. Murfield, et T. Dwan.**
Patient, family-centred care interventions within the adult ICU setting: An integrative review, *Aust. Crit. Care*, vol. 29, n° 4, p. 179-193, 2016.
- [58] **J. Min et al.**
Survey of family satisfaction with intensive care units: a prospective multicenter study, *Medicine (Baltimore)*, vol. 97, n° 32, p. e11809, 2018.
- [59] **S. M. Janardhanlyengar, R. Srinivasan, B. M. Venkateshmurthy, Y. Katari, et S. Hiremathada.**
Family Satisfaction in a Medical College Multidisciplinary Intensive Care Unit (ICU)–How Can We Improve? », *Indian J. Crit. Care Med. Peer-Rev. Off. Publ. Indian Soc. Crit. Care Med.*, vol. 23, n° 2, p. 83, 2019.
- [60] **I. P. Jongerden et al.**
Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: a before-after study », *Intensive Care Med.*, vol. 39, n° 9, p. 1626-1634, sept. 2013, doi: 10.1007/s00134-013-2966-0.

- [61] **L. P. Scheunemann, M. McDevitt, S. S. Carson, et L. C. Hanson.**
Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review », *Chest*, vol. 139, n° 3, p. 543-554, 2011.
- [62] **A. Lautrette et al.**
A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU, *N. Engl. J. Med.*, vol. 356, n° 5, p. 469-478, févr. 2007, doi: 10.1056/NEJMoa063446.
- [63] **W. Shelton, C. D. Moore, S. Socaris, J. Gao, et J. Dowling.**
The effect of a family support intervention on family satisfaction, length-of-stay, and cost of care in the intensive care unit, *Crit. Care Med.*, vol. 38, n° 5, p. 1315-1320, 2010.
- [64] **D. K. Heyland et al.**
Decision-making in the ICU: perspectives of the substitute decision-maker, *Intensive Care Med.*, vol. 29, n° 1, p. 75-82, janv. 2003, doi: 10.1007/s00134-002-1569-y.
- [65] **D. A. Bournes et G. J. Mitchell.**
Waiting: The experience of persons in a critical care waiting room », *Res. Nurs. Health*, vol. 25, n° 1, p. 58-67, févr. 2002, doi: 10.1002/nur.10019.
- [66] **P. M. Dodek et al.**
The relationship between organizational culture and family satisfaction in critical care », *Crit. Care Med.*, vol. 40, n° 5, p. 1506-1512, 2012.
- [67] **M. Lewis-Newby, J. R. Curtis, D. P. Martin, et R. A. Engelberg.**
Measuring Family Satisfaction with Care and Quality of Dying in the Intensive Care Unit: Does Patient Age Matter?, *J. Palliat. Med.*, vol. 14, n° 12, p. 1284-1290, déc. 2011, doi: 10.1089/jpm.2011.0138.
- [68] **T. R. Osborn, J. R. Curtis, E. L. Nielsen, A. L. Back, S. E. Shannon, et R. A. Engelberg,**
Identifying elements of ICU care that families report as important but unsatisfactory: decision-making, control, and ICU atmosphere », *Chest*, vol. 142, n° 5, p. 1185-1192, 2012.

- [69] **C. M. Lilly et al.**
An intensive communication intervention for the critically ill, *Am. J. Med.*, vol. 109, n° 6, p. 469-475, 2000.
- [70] **J. J. Fins et M. Z. Solomon**
Communication in intensive care settings: the challenge of futility disputes », *Crit. Care Med.*, vol. 29, n° 2, p. N10-N15, 2001.
- [71] **Lie Azoulay et al.**
Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff, *Intensive Care Med.*, vol. 29, n° 9, p. 1498-1504, sept. 2003, doi: 10.1007/s00134-003-1904-y.
- [72] **T. D. Midega, H. S. B. de Oliveira, et R. R. L. Fumis.**
Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors », *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, vol. 31, p. 147-155, 2019.
- [73] **E. B. Carlson, D. A. Spain, L. Muhtadie, L. McDade-Montez, et K. S. Macia.**
Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support, *J. Crit. Care*, vol. 30, n° 3, p. 557-561, 2015.
- [74] **N. Soumagne et al.**
Enquête de satisfaction de familles de patients hospitalisés en réanimation, in *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, Elsevier, 2011, p. 894-898. Consulté le: 7 mai 2024. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075076581100236X>
- [75] **B. Vigué et F. Radiguer.**
Communication with patients' relatives in intensive care, *Prat. En Anesth. Reanim.*, vol. 24, n° 5, p. 250-258, 2020.
- [76] **Recommandations pour les visites des proches en réanimation.** disponible sur le site : www.srlf.org.

- [77] **Durand–Gasselín J.**
Faut-il faire participer les familles aux soins en réanimation ? MAPAR 2011. Pages 335–341. www.mapar.org ».
- [78] **A. Donabedian,**
An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press, 2002.
Consulté le: 7 mai 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://books.google.com/books>
- [79] **C.–M. Lim, S.–H. Kwak, G. Y. Suh, et Y. Koh**
Critical care in Korea: present and future », J. Korean Med. Sci., vol. 30, n° 11, p. 1540, 2015.
- [80] **D. K. Heyland, G. M. Rocker, C. J. O’Callaghan, P. M. Dodek, et D. J. Cook,**
Dying in the ICU: perspectives of family members », Chest, vol. 124, n° 1, p. 392-397, 2003.
- [81] **M. A. Harvey.**
Evidence–based approach to family care in the intensive care unit: Why can’t we just be decent? », Crit. Care Med., vol. 32, n° 9, p. 1975-1976, 2004.
- [82] **F. B. C. S. Neves et al.,** « Analysis of family satisfaction in intensive care unit », Rev. Bras. Ter. Intensiva, vol. 21, p. 32-37, 2009.
- [83] **G. F. Alvarez et A. S. Kirby,**
The perspective of families of the critically ill patient: their needs », Curr. Opin. Crit. Care, vol. 12, n° 6, p. 614-618, 2006.
- [84] **R. J. Wall, J. R. Curtis, C. R. Cooke, et R. A. Engelberg**
Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors Chest, vol. 132, n° 5, p. 1425-1433, 2007.
- [85] **R. Khalaila**
Patients’ family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit », J. Adv. Nurs., vol. 69, n° 5, p. 1172-1182, mai 2013, doi: 10.1111/j.1365–2648.2012.06109.x.



قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالِح والطالِح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد





كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 202

سنة 2024

تقييم رضا عائلات المرضى المقيمين في وحدة العناية المركزة: قسم العناية المركزة "ب" بالمركز الاستشفائي الجهوي الحسن الثاني بأكادير

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/05/29
من طرف

السيدة نورة وفا

المزودة في 21 يناير 1991 بأكادير
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

رضا- عائلة - العناية المركزة - جودة الرعاية

اللجنة

الرئيسة

ف. منودي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

المشرف

م. خلوقي

السيد

أستاذ في طب التخدير والإنعاش

الحكم

ه. ناسك

السيد

أستاذ في طب التخدير والإنعاش