

ANNEE: 2010

THESE N°: 144

Evaluation de la satisfaction des familles
des patients en reanimation par *le family satisfaction*
in the intensive care unit (fs-icu)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle Sanaa ABIL

Née le 02 Octobre 1983 à Rabat
Interne du C HU Ibn Sina Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Satisfaction – Famille – Réanimation – Qualité des soins.

JURY

Mr. A. AZZOUZI

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Mr. R. ABOUQAL

Professeur de Réanimation Médicale

Mr. N. MADANI

Professeur Agrégé de Réanimation Médicale

Mr. R. BELMOUSSAOUI

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

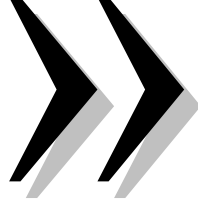
Mr. H. AZENDOUR

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



سبحانك لا علم لنا إلا
ما علمتنا إنك أنت
العليم الحكيم

﴿

سورة البقرة: الآية: 31

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Ali BEN OMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur El Hassan AHELLAT

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader Pathologie Chirurgicale

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss* Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Abdelmalek Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima Pédiatrie

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
18. Pr. HAMMANI Ahmed*
19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
20. Pr. SBIHI Ahmed
21. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

22. Pr. ABROUQ Ali*
23. Pr. BENOMAR M'hammed
24. Pr. BENSOUA Mohamed
25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
27. Pr. JIDAL Bouchaib*
28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
30. Pr. BALAFREJ Amina
31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Décembre 1984

34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
38. Pr. NAJI M'Barek *
39. Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

40. Pr. BENJELLOUN Halima
41. Pr. BENSaid Younes
42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
43. Pr. IHRAI Hssain *
44. Pr. IRAQI Ghali
45. Pr. KZADRI Mohamed

Janvier, Février et Décembre 1987

46. Pr. AJANA Ali
47. Pr. AMMAR Fanid
48. Pr. CHAHED OUAZZANI ép. TAOBANE Houria
49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
50. Pr. EL HAITEM Naïma
51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
54. Pr. LACHKAR Hassan

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

56. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Décembre 1988

57. Pr. BENHMAMOUCH Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Noureddine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNABOUI Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZAZ Abdellah*

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUHA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
97. Pr. KHATTAB Mohamed
98. Pr. NEJMI Maati
99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

100. Pr. SOULAYMANI ép. BENCHEIKH Rachida
101. Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmajid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSERDAQ Rachid*

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumatologie Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie

148. Pr. SENOUCI ép. BELKHADIR Karima
149. Pr. SLAOUI Anas

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAOUI Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amocrane*
170. Pr. BENZAOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAOUI Abbas
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Décembre 1996

189. Pr. AMIL Touriya*
190. Pr. BELKACEM Rachid

Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Urologie
Chirurgie - Pédiatrie
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie

- 193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
- 194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
- 195. Pr. GAMRA Lamiae
- 196. Pr. GAOUZI Ahmed
- 197. Pr. MAHFOUDI M'barek*
- 198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
- 199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
- 200. Pr. MOULINE Soumaya
- 201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
- 202. Pr. OUZEDDOUN Naima
- 203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

- 204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
- 205. Pr. BEN AMAR Abdesselem
- 206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
- 207. Pr. BIROUK Nazha
- 208. Pr. BOULAICH Mohamed
- 209. Pr. CHAOUIR Souad*
- 210. Pr. DERRAZ Said
- 211. Pr. ERREIMI Naima
- 212. Pr. FELLAT Nadia
- 213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
- 214. Pr. HAIMEUR Charki*
- 215. Pr. KADDOURI Nouredine
- 216. Pr. KANOUNI NAWAL
- 217. Pr. KOUTANI Abdellatif
- 218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
- 219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
- 220. Pr. NAZZI M'barek*
- 221. Pr. OUAHABI Hamid*
- 222. Pr. SAFI Lahcen*
- 223. Pr. TAOUFIQ Jallal
- 224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

- 225. Pr. BENKIRANE Majid*
- 226. Pr. KHATOURI Ali*
- 227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Novembre 1998

- 228. Pr. AFIFI RAJAA
- 229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
- 230. Pr. ALOUANE Mohammed*
- 231. Pr. LACHKAR Azouz
- 232. Pr. LAHLOU Abdou
- 233. Pr. MAFTAH Mohamed*
- 234. Pr. MAHASSINI Najat
- 235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie – Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.R.L.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie

238. Pr. RIMANI Mouna
239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Janvier 2000

240. Pr. ABID Ahmed*
241. Pr. AIT OUMAR Hassan
242. Pr. BENCHERIF My Zahid
243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANYAzzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*
255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
280. Pr. AOUAD Aicha

Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie

283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda
286. Pr. BENELBARHDADI Imane
287. Pr. BENNANI Rajae
288. Pr. BENOACHANE Thami
289. Pr. BENYOUSSEF Khalil
290. Pr. BERRADA Rachid
291. Pr. BEZZA Ahmed*
292. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
295. Pr. CHAT Latifa
296. Pr. CHELLAOUI Mounia
297. Pr. DAALI Mustapha*
298. Pr. DRISSE Sidi Mourad*
299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
300. Pr. EL HIJRI Ahmed
301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
302. Pr. EL MADHI Tarik
303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
304. Pr. EL OUNANI Mohamed
305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
306. Pr. ETTAIR Said
307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
308. Pr. GOURINDA Hassan
309. Pr. HRORA Abdelmalek
310. Pr. KABBAJ Saad
311. Pr. KABIRI EL Hassane*
312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
313. Pr. LEKEHAL Brahim
314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
315. Pr. MEDARHRI Jalil
316. Pr. MIKDAME Mohammed*
317. Pr. MOHSINE Raouf
318. Pr. NABIL Samira
319. Pr. NOUINI Yassine
320. Pr. OUALIM Zouhir*
321. Pr. SABBAH Farid
322. Pr. SEFIANI Yasser
323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
326. Pr. AMEUR Ahmed*
327. Pr. AMRI Rachida
328. Pr. AOURARH Aziz*
329. Pr. BAMOU Youssef *
330. Pr. BELGHITI Laila

Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie
Urologie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Gynécologie Obstétrique

- 333. Pr. BENZEKRI Laila
- 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
- 335. Pr. BERADY Samy*
- 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
- 337. Pr. BICHA Mohamed Zakarya
- 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
- 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
- 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
- 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
- 342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
- 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
- 344. Pr. EL MANSARI Omar*
- 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
- 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
- 347. Pr. HADDOUR Leila
- 348. Pr. HAJJI Zakia
- 349. Pr. IKEN Ali
- 350. Pr. ISMAEL Farid
- 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
- 352. Pr. KRIOULE Yamina
- 353. Pr. LAGHMARI Mina
- 354. Pr. MABROUK Hfid*
- 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
- 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
- 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
- 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
- 359. Pr. OUIJILAL Abdelilah
- 360. Pr. RACHID Khalid *
- 361. Pr. RAISS Mohamed
- 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
- 363. Pr. RHOU Hakima
- 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
- 365. Pr. SIAH Samir *
- 366. Pr. THIMOU Amal
- 367. Pr. ZENTAR Aziz*
- 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

- 369. Pr. ABDELLAH El Hassan
- 370. Pr. AMRANI Mariam
- 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
- 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
- 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
- 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
- 375. Pr. BOULAADAS Malik
- 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
- 377. Pr. CHERRADI Nadia
- 378. Pr. EL FENNI Jamal*
- 379. Pr. EL HANCI Zaki
- 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed

- Endocrinologie et Maladies Métaboliques
- Rhumatologie
- Dermatologie
- Gastro – Enterologie
- Médecine Interne
- Anatomie Pathologique
- Psychiatrie
- Chirurgie Générale
- Pédiatrie
- Chirurgie Pédiatrique
- Urologie
- Gynécologie Obstétrique
- Dermatologie
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Générale
- Gynécologie Obstétrique
- Cardiologie
- Ophtalmologie
- Urologie
- Traumatologie Orthopédie
- Traumatologie Orthopédie
- Pédiatrie
- Ophtalmologie
- Traumatologie Orthopédie
- Gynécologie Obstétrique
- Cardiologie
- Traumatologie Orthopédie
- Médecine Interne
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Traumatologie Orthopédie
- Chirurgie Générale
- Pneumo-phtisiologie
- Néphrologie
- Endocrinologie et Maladies Métaboliques
- Anesthésie Réanimation
- Pédiatrie
- Chirurgie Générale
- Anatomie Pathologique

- Ophtalmologie
- Anatomie Pathologique
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Gastro-Entérologie
- Chimie Analytique
- Anesthésie Réanimation
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Neurologie
- Anatomie Pathologique
- Radiologie
- Gynécologie Obstétrique
- Pédiatrie

- 383. Pr. JABOURIK Fatima
- 384. Pr. KARMANE Abdelouahed
- 385. Pr. KHABOUZE Samira
- 386. Pr. KHARMAZ Mohamed
- 387. Pr. LEZREK Mohammed*
- 388. Pr. MOUGHIL Said
- 389. Pr. NAOUMI Asmae*
- 390. Pr. SAADI Nozha
- 391. Pr. SASSENOU Ismail*
- 392. Pr. TARIB Abdelilah*
- 393. Pr. TIJAMI Fouad
- 394. Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

- 395. Pr. ABBASSI Abdelah
- 396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
- 397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
- 398. Pr. ALLALI fadoua
- 399. Pr. AMAR Yamama
- 400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
- 401. Pr. AZIZ Nouredine*
- 402. Pr. BAHIRI Rachid
- 403. Pr. BARAKAT Amina
- 404. Pr. BENHALIMA Hanane
- 405. Pr. BENHARBIT Mohamed
- 406. Pr. BENYASS Aatif
- 407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
- 408. Pr. BOUKALATA Salwa
- 409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
- 410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
- 411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
- 412. Pr. HAJJI Leila
- 413. Pr. HESSISSEN Leila
- 414. Pr. JIDAL Mohamed*
- 415. Pr. KARIM Abdelouahed
- 416. Pr. KENDOUCI Mohamed*
- 417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
- 418. Pr. LYACOUBI Mohammed
- 419. Pr. NIAMANE Radouane*
- 420. Pr. RAGALA Abdelhak
- 421. Pr. REGRAGUI Asmaa
- 422. Pr. SBIHI Souad
- 423. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
- 424. Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

- 425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
- 426. Pr. AFIFI Yasser
- 427. Pr. AKJOUJ Said*
- 428. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra

Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie

431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAOUI Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Ibteissam
439. Pr. FAROUDY Mamoun
440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
441. Pr. HARMOUCHE Hicham
442. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
443. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
444. Pr. JROUNDI Laila
445. Pr. KARMOUNI Tariq
446. Pr. KILI Amina
447. Pr. KISRA Hassan
448. Pr. KISRA Mounir
449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
451. Pr. MANSOURI Hamid*
452. Pr. NAZIH Naoual
453. Pr. OUANASS Abderrazzak
454. Pr. SAFI Soumaya*
455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
456. Pr. SEFIANI Sana
457. Pr. SOUALHI Mouna
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS

1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
2. Pr. ALAOUI KATIM
3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
4. Pr. ANSAR M'hammed
5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
7. Pr. DRAOUI Mustapha
8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
9. Pr. ETTAIB Abdelkader
10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
12. Pr. REDHA Ahlam
13. Pr. TELLAL Saida*
14. Pr. TOUATI Driss
15. Pr. ZELLOU Amina

* Enseignants Militaires

Hematologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Médecine Interne
Parasitologie
Radiothérapie
O.R.L
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Anatomie Pathologique
Pneumo-Phthisiologie
Pneumo-Phthisiologie

Biochimie
Pharmacologie
Histologie – Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Chimie Organique
Biochimie
Biochimie
Pharmacognosie
Chimie Organique



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dédicaces

Toutes les lettres ne sauraient
trouver les mots
qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient
exprimer la gratitude, l'amour,
le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est
tout simplement que
Je dédie cette thèse ...



A ma merveilleuse mère

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection.

A toi maman, je dédie ce travail, que sans ton soutien, ton amour, n'aurait pu voir le jour.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études.

Veillez trouver, chère mère, dans ce travail le fruit de ton dévouement et de tes sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et mon profond amour.

Puisse Dieu te préserver des malheurs de la vie et te procurer longue vie.





Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mon très cher père

Aucun mot ne saurait exprimer la
profonde gratitude et l'immense amour que
j'ai pour toi.

Ce modeste travail est le fruit de tout
sacrifices déployés pour notre éducation.

Vous avez toujours souhaité le meilleur
pour nous.

Vous avez fournis beaucoup d'efforts
aussi bien physiques et moraux à notre
égard.

Vous n'avez jamais cessé de nous
encourager et de prier pour nous.

 **PDF Complete**
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.
[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

vos percepts que nous
avons appris à compter sur nous-mêmes.



A mes très chères frères.

SI MOHAMMED , JAWAD et MOUHCINE

*En témoignage de toute
l'affection et des profonds sentiments
fraternels que je vous porte et de
l'attachement qui nous unit.*

*Je vous souhaite du bonheur et du
succès dans toute
Votre vie.*



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



l-mère maternelle

A mon grand-père maternel

**A la mémoire de mes grands parents
paternels**

*Veillez trouver dans ce modeste travail
L'expression de mon affection la plus
sincère.*

**A Mes chers oncles ABDEHAMID,
ABDERRAHMAN,
ABDLATIF, YOSSEF, KARIM**

**Et à mes charmante et aimables
tantes :BAIDA,
AMINA, et l'adorable HABIBA**

*Je vous dédie ce travail en témoignage
du soutien que vous m'aviez accordé et
en reconnaissance des encouragements
durant toutes ces années Votre aide m'a*

chérieux. Je vous souhaite
tout le bonheur que vous méritez.

Veillez trouver dans ce travail
l'expression de mon respect le plus
profond et mon affection la plus
sincère.



**A leurs chers épouses et époux : FOUZIA,
MAHJOUBA, LATIFA,
SAIDA et HANANE, MUSTAPHA et SI
MOHAMMED**

**A ma tante paternnelle : amti MENANA et
sa fille LATIFA**

A ma Sœur LEILA

Vous êtes pour mon ma deuxième famille,
je ne peux exprimer avec des mots tout
l'amour et l'affection que j'ai pour
vous.

La chance de vous avoir à mes cotés, et je vous souhaite beaucoup de bonheur et de réussite.

Veillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma gratitude et mon grand attachement.

A tout mes cousins et cousines :
SALAHDDINE, La AICHA, HOUDA, FATIMZAHRA,
LEILA,
KAWTAR, BOURHANE, HIBA et HAJAR, MEHDI,
HAMZA,
KANZA, ALI et la petite MALAK

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.





Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mes chères amies :
GURROUJ BOUCHRA, LAMCHHAB
FATIMZHARA , ZADDOUK HANANE, OTMANI WAFAE

A mes chers amis :
AHMED, MOUNIR, MEHDI,

*En souvenir des moments agréables
passés ensemble, veuillez trouver dans ce
travail l'expression de ma tendre
affection et mes sentiments les plus
respectueux avec mes vœux de succès, de
bonheur et de bonne santé*



A toute l'équipe de la Dermatologie

Mr le professeur Hassam baderddine

Mr le professeur Snouci karima

Mr le professeur Ait Our

Mme le professeur Benzekri Leila

Mr le professeur Afifi Yasser

Mme le professeur Belgnaoui Fatimzhra

Mme le professeur Ismaili Nadia

Mme Bouhalab Jamila

Mme meknassi Ilham

Mme Berbiche Leila

**Et toutes les autres personnes que j ai
omis de citer le nom .**



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A toute ma famille.

A tous mes maîtres.

**A tous ceux qui me sont trop chers
et que j'ai omis de citer.**

**A tous ceux qui ont contribué, de
près ou
de loin à l'élaboration de ce
travail.**

**A toutes les personnes malades et qui
souffrent**

**garde et vous accorde
des jours meilleurs.**

ET à leurs familles



Remerciement

**A notre Maître et Président de thèse
MR ABDERRAHIM AZZOUZI
Professeur agrégé d'Anesthésie-
Réanimation
CHU Ibn Sina - Rabat**

Nous vous remercions pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Votre compétence, votre dynamisme, ainsi que vos qualités humaines et professionnelles exemplaires ont toujours suscité notre admiration.

Qu'il soit permis, cher maître, de vous exprimer notre sincère reconnaissance, notre profond respect et notre plus grande estime.



**A notre Maître et Rapporteur de thèse
Mr ABOUQAL REDOUANE
Professeur de Reanimation médicale**

Vous nous avez inspiré le sujet de thèse, vous nous avez guidé tout au long de son élaboration, avec bienveillance et compréhension, flexibilité et disponibilité ont été les qualités les plus marquantes au cours de cette collaboration. Votre accueil si simple, pour l'un de vos élèves, vos qualités humaines rares, vos qualités professionnelles ont été un enseignant complémentaire pour notre vie professionnelle et privée.

Veillez accepter ici, cher maître, l'expression de notre gratitude et

le

notre

profonde

reconnaissance



**A notre Maître et Juge de thèse
Mr. MADANI NAOUFEL
Professeur agrégé En Reanimation
Medicale**

*C'est pour nous un immense plaisir de
vous voir siéger parmi le jury de notre
thèse. Nous avons toujours été
impressionné par vos qualités humaines et
professionnelles.*

l'apprentissage de la rigueur et du raisonnement, merci pour l'accueil et l'enseignement réservé aux internes et aux résidents, merci pour la confiance accordée, pour la dynamique apportée et pour votre aide précieuse.

Veillez agréer, cher maître, nos dévouements et notre éternelle reconnaissance.



**A notre Maître et Juge de thèse
Mr AZENDOUR HICHAM
Professeur agrégé d'Anesthésie-
Réanimation**

Permettez nous de vous remercier pour avoir si gentiment accepté de faire partie de nos juges.

En dehors de vos connaissances claires et précises, dont nous avons bénéficié, vos remarquables qualités humaines et professionnelles méritent toute admiration et tout respect.

Veillez trouver ici le témoignage respectueux de notre reconnaissance et admiration.



**A Notre Maître et Juge de Thèse
Monsieur BELMOUSSAOUI RACHID
Professeur Agrégé d'Anesthésie-
Réanimation**

*Nous vous remercions vivement pour
l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail, nous
sommes très sensibles à votre gentillesse
et votre accueil très aimable.*

*Veillez trouver dans ce travail,
l'expression de notre profond respect et
nos vifs remerciements*



**A Monsieur le Professeur ABIDI
KHALID**

**A Dr. Khoudri Ibtissam , son époux
TARIK et
Sa famille**

*Nous vous remercions de votre aide à
l'élaboration de ce travail, votre
soutien tout au long de la période de
notre étude était de grand apport.*

*Veillez trouver ici l'expression de
nos sincères remerciements.*

 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Sommaire



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

.....	1
METHODES	9
1. Type et cadre de l'étude	10
2. La population de l'étude	11
2.1. Critères d'inclusion	11
2.2. Critères d'exclusion.....	12
3. Les variables recueillis	13
3.1. Caractéristiques des patients	13
3.2. Caractéristiques des familles	14
3.3. Autres variables.....	15
4. Evaluation de la satisfaction des familles en réanimation	16
4.1. Les questionnaires utilisés	16
4.1.1. Le <i>Family Satisfaction in the Intensive Care Unit</i> (FS-ICU)	16
• Description du FS-ICU.....	16
• Calcul des scores	19
4.1.2. Le <i>Critical Care Family Needs Inventory</i> (CCFNI).....	20
4.2. Adaptation transculturelle et validation de FS-ICU	21
4.2.1. Adaptation transculturelle de FS-ICU	21
• Méthodologie de traduction.....	22
• Méthodologie de rétro-traduction	23
• La version Arabe finale du FS-ICU	23
4.2.2. Administration des questionnaires	24
4.2.3. Validation de la version Arabe du FS-ICU	24
• Acceptabilité du FS-ICU	25
• Fiabilité du FS-ICU	25
• Validité du FS-ICU	26
5. Méthodes statistiques	29

.....	31
1. Description des patients	32
1.1. Caractéristiques socio-démographiques	32
1.2. Catégories diagnostiques à l'admission	32
1.3. Caractéristiques cliniques du séjour en réanimation.....	35
1.3.1. Durée du séjour.....	35
1.3.2. Scores de gravités	35
1.3.3. Activité thérapeutique.....	35
1.3.4. Autres	35
2. Description des familles	37
3. Acceptabilité du FS-ICU	39
4. Fiabilité du FS-ICU	39
4.1. Consistance interne.....	39
4.2. Convergence interne et pouvoir discriminant des items	41
5. Validité du FS-ICU	41
5.1. Validité concurrente	41
5.2. Validité de structure.....	43
5.3. Validité de construit ou facteurs déterminants de la satisfaction	43
5.3.1. En analyse univariée	43
5.3.2. En analyse multivariée	46

	49
1. Résumé des principaux faits	50
2. Discussion concernant la méthodologie.....	52
2.1. Pourquoi le FS-ICU 24 items?	52
2.2. La taille de la population d'étude.....	53
2.3. Pourquoi un délai de 48 heures pour l'administration du FS-ICU?	53
2.4. Mode d'administration du FS-ICU	54
2.5. Adaptation transculturelle du FS-ICU.....	54
3. Discussion concernant les résultats.....	57
3.1 La satisfaction des familles en réanimation.....	57
• Difficulté de comparaison	57
• La satisfaction des familles en réanimation	57
3.2. La validation de la version Arabe du FS-ICU	59
3.2.1. L'acceptabilité	59
3.2.2. La fiabilité	59
3.2.3. La validité	61
4. Limitations de l'étude.....	65
5. Implication à la recherche et à la pratique clinique	66
CONCLUSION	67
RESUME	69
ANNEXES	73
BIBLIOGRAPHIE	84



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Abréviation



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

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*

SFAR : *Société Française d'Anesthésie et de Réanimation*

APACHE II: *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*

TISS: *Thérapeutique Intervention Scoring System*

GCS: *Glasgow Coma Scale*

GEE: *Generalized Estimating Equation*

QODD: *Quality Of Dying and Death*

EQ-5D: *EuroQol-5Dimensions*



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION PAR LE
in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Introduction

L'amélioration de la qualité des soins représente une priorité et un thème commun que l'on retrouve dans différents programmes de santé et différents pays. La prise de conscience de l'importance de l'amélioration de la qualité des soins est la conséquence de l'attention croissante accordée à la sécurité des patients, à la réduction des erreurs médicales et les efforts entrepris pour réduire le gaspillage afin de s'assurer que les ressources limitées du secteur de la santé sont utilisées de manière convenable pour obtenir un impact maximum [1].

Dans le monde entier, des efforts impressionnants sont en cours dans les différentes organisations de santé publiques et privées pour améliorer la qualité des soins. La qualité des soins n'est pas un luxe que seuls les pays riches peuvent se permettre, c'est un impératif pour les organisations de soin du monde entier [1].

Que faut-il entendre par « Qualité des soins » ? Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Il existe en effet de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité des soins en termes clairs. Selon *l'Institute of Médecine* (IOM) des Etats-Unis, la qualité des soins est la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles [2]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini l'évaluation de la qualité des soins en 1982 comme étant une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la

science médicale au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin [3].

Cette dernière définition a introduit la satisfaction des patients comme une notion essentielle dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins dans les différentes structures sanitaires et a propulsé l'évaluation de la satisfaction comme indicateur de qualité.

Mais, qu'en est-il de l'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des patients en réanimation ? En milieu de réanimation, la qualité des soins s'est focalisée sur le soignant, le processus de soin et le devenir du patient. En effet, l'objectif de la médecine intensive est de prendre en charge les affections aiguës médicales et chirurgicales qui menacent le pronostic vital des patients [4], l'hospitalisation d'un patient en réanimation représente une agression physique et psychologique. Durant son séjour, le patient est dépendant d'équipements techniques et de compétences humaines pour le support d'au moins une fonction vitale. Ce contexte particulier fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge. Ainsi les équipes de réanimation s'adressent spontanément aux proches des patients. Jusqu'à ces dernières années, il était considéré que les familles devaient être informées mais non particulièrement consultées concernant les choix thérapeutiques. L'évolution du cadre législatif a entraîné par la suite une nécessité de consentement d'une personne désignée par le patient et la famille à défaut de pouvoir obtenir le consentement du patient lui-

même [5,6]. L'implication d'un représentant dans le processus décisionnel semblerait donc pertinente puisque la famille a tendance à protéger les intérêts du patient [7]. Impliquer les membres des familles dans les soins et les décisions pourrait aussi permettre de diminuer leur souffrance psychologique et d'améliorer leur satisfaction tout en diminuant le risque de conflit [8-11].

L'on comprend alors que l'amélioration de la qualité des soins en réanimation implique l'évaluation de la satisfaction des familles des patients. Les praticiens en réanimation se sont alors intéressés non seulement au statut sanitaire du patient mais également aux besoins psychosociologiques de leurs familles et à leur implication dans les soins et les décisions. En d'autre terme, la satisfaction des familles peut être considérée comme un résultat des soins en réanimation et même un élément de l'état de santé lui-même [12].

Cependant, si le terme de la satisfaction est largement utilisé, il est rarement défini [13,14]. L'analyse de la littérature ne permet de recueillir que des généralités. Cette notion de satisfaction reste relative, subjective et très qualitative. Un des moyens de contourner la difficulté de définir la satisfaction est de situer précisément le concept de la satisfaction des familles dans son contexte. En effet, on pourrait dire que la satisfaction naît, dans l'absolu, de la prestation reçue. La satisfaction des familles est l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu. Les enquêtes de la satisfaction des familles devraient alors rendre compte de la réaction des proches devant cette différence afin de réduire cet écart [15]. Il devient donc indispensable de bien connaître les attentes et les besoins des familles.

Les besoins des familles représentent actuellement une priorité pour les praticiens et les infirmiers, et une étape initiale pour délivrer des soins appropriés aussi bien pour les familles que les patients [16,17]. Il devient évident qu'une information honnête, loyale et opportune, délivrée avec cohérence par une équipe médicale et paramédicale structurée peut représenter une réponse aux besoins des familles [18]. Les professionnels de santé ont donc la responsabilité de délivrer une information claire et appropriée afin d'impliquer les familles dans les prises de décisions concernant leurs proches. Plusieurs études [16,17] suggèrent que l'information claire est le moyen de communication le plus effectif et la pierre angulaire d'une assurance psychologique de qualité pour les familles. Le séjour en réanimation est vécu par les familles comme une expérience éprouvante et un événement dramatique à l'origine d'anxiété, d'incertitude, de choc émotionnel et de peur de perdre un être cher. Cette situation entraîne une désorganisation de la vie habituelle aussi bien familiale que professionnelle. Cette souffrance de l'entourage est d'autant plus importante quand la durée du séjour est prolongée, avec une alternance difficilement supportable d'amélioration et de réaggravation [19]. Informer c'est donc expliquer les raisons d'admission d'un patient en réanimation, expliquer le pronostic d'une affection aiguë justifiant la réanimation, ainsi que les moyens thérapeutiques entrepris; ceci en vue de dédramatiser une situation jugée grave par excès, ou encore par l'atténuation d'un état d'incertitude [20].

Du point de vue de la santé, comment donc organiser une mesure dans un espace conceptuel relativement mouvant comme celui de la satisfaction? Comment quantifier le qualitatif? Comparé aux grands nombres de données

rapportées dans la littérature en matière de la qualité des soins en réanimation, l'évaluation de la satisfaction des familles est rarement décrite [21,22]. L'on sait qu'il est plus compliqué de documenter et de décrire la satisfaction des familles des patients issus d'un milieu de réanimation. Des études récentes [21-27] rapportent que la satisfaction des familles reste encore pauvrement étudiée dans ce milieu. Il s'agit d'une entité dynamique puisque certaines dimensions de la satisfaction s'améliorent et d'autres s'altèrent, ou retrouvent leurs valeurs de référence [21,22]. La satisfaction des familles à l'égard des soins varie selon plusieurs paramètres incluant la gravité de la maladie, le lien de parenté, et le niveau d'instruction des proches [27].

Après des décennies de recherche menées par des sociologues, des outils valables fiables et valides d'évaluation de la satisfaction des familles sont à présent aisément disponibles [21,23,26,27]. Celles-ci consistent en des questions qui explorent les domaines de la satisfaction, en proposant des items qui sont des questions spécifiques à choix unique. Ces questions peuvent être auto-administrés ou administrés par un enquêteur.

Parmi les échelles de la satisfaction des familles à l'égard des soins appliqués à la médecine intensive, on relève :

- Le *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) qui est à ce jour le questionnaire le plus utilisé en réanimation pour évaluer les besoins des familles, il a été développé par Molter en 1979 [16], puis modifié par Jonhson en 1998 [17].

- Le *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit* (FS-ICU) est un questionnaire de mesure de la satisfaction des familles développé en 2001 [21,22]. Cet outil très utile, a la particularité d'impliquer les familles dans le processus de soin et de prise de décision.

Le FS-ICU dans sa version Originale longue est un questionnaire simple et pratique, il comporte 34 items et s'administre aux adultes âgés de plus de 18 ans [21]. Récemment en 2006, une nouvelle version plus courte a été élaborée [28], elle comporte 24 items. Elle est de plus en plus utilisée dans différentes études [24,26], puisqu'il est communément admis que l'idéal pour une échelle de satisfaction des familles est qu'elle soit simple, facile à utiliser, et de préférence courte [29]. Le FS-ICU dans sa version courte (24items) est divisé en deux domaines: Le premier domaine nommé «satisfaction aux soins» (14 items) évalue la qualité des soins délivrés au patient et à sa famille. Le deuxième domaine du questionnaire nommé «satisfaction aux décisions» (10 items) évalue les différents aspects de la satisfaction des familles vis-à-vis des décisions médicales [26].

Les propriétés psychométriques d'un questionnaire de mesure sont des éléments fondamentaux, qui doivent être clairement établis. Il s'agit de l'ensemble des propriétés bio-statistiques qui permettent d'en évaluer la qualité [30]. Il est recommandé qu'un certain nombre de critères, représentant les propriétés psychométriques, doivent être considérés quand un instrument de mesure est choisi dans l'étude de la satisfaction des familles, ceci en vue d'une utilisation convenable dans la pratique médicale [29]. Il s'agit de la fiabilité, la

validité, et la sensibilité aux changements. Le FS-ICU a antérieurement prouvé sa fiabilité et sa validité comme outil de mesure de la satisfaction des familles en milieu de réanimation [21,22,24,26].

Dans le monde Arabe et dans notre contexte Marocain, peu d'études sur la satisfaction des familles à l'égard des soins ont été publiées [25,27]. De manière globale peu de données sur la satisfaction des familles en réanimation sont disponibles [21-27].

A notre connaissance, le FS-ICU n'a jamais été utilisé pour la mesure de la satisfaction des familles dans le monde Arabo-musulman et au Maroc; et ce en raison de l'absence de version Arabe applicable à l'univers linguistique de ces pays et l'absence d'étude de validation de ce questionnaire dans cet environnement.

L'objectif de la présente étude était d'évaluer la satisfaction des familles des patients en réanimation médicale par l'intermédiaire de la version Arabe adaptée et validée du FS-ICU, et de préciser les facteurs déterminants de la satisfaction des familles.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION PAR LE
in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Méthodes

1. TYPE ET CADRE DE L'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude prospective qui a été réalisée sur une période de huit mois (Mai 2008 à Janvier 2009) au service de Réanimation Médicale de l'Hôpital Ibn Sina du CHU Rabat-Salé.

L'Hôpital Ibn Sina comprend trois services de réanimation et une unité de soins intensifs cardiologique.

Le service de Réanimation Médicale est une unité de 12 lits. Approximativement 550 patients y sont admis par an, âgés en moyenne de 40 ans. Les patients admis en réanimation médicale proviennent essentiellement de Rabat et des provinces avoisinantes. Les principaux motifs d'admission au service sont représentés par: les états septiques graves, les intoxications, les comas non traumatiques, et les détresses respiratoires. Le service recrute les malades essentiellement à partir des urgences portes médicales et parfois des autres services de médecine de l'hôpital.

Le personnel médical du service de réanimation médicale comprenait pendant la période de l'étude 5 médecins seniors et 6 médecins juniors. Un médecin senior est défini comme un praticien ayant passé plus de 2 ans au service de réanimation. Un médecin Junior est défini comme un praticien ayant moins de 2 ans d'ancienneté au service.

Le personnel paramédical du service de réanimation médicale comporte 6 équipes d'infirmiers, chaque équipe est constituée de deux infirmiers et travaille une demi journée.

Les visites des familles aux patients hospitalisés ont lieu entre 7 heures et 8 heures du matin et entre 15 heures et 16 heures d'après-midi quotidiennement; avec un total de deux heures de visite par jour. Les familles sont accompagnées par un infirmier ou par la secrétaire médicale jusqu'au lit du patient. Deux personnes seulement sont autorisées à venir auprès du patient lors de chaque visite, l'une après l'autre.

Il faut signaler qu'il n'existe pas au sein du service de réanimation médicale une salle d'attente réservée uniquement à l'accueil des familles. En effet, la salle d'attente des familles est une salle réservée à la base pour les staffs des médecins, les cours des externes, et enfin pour discuter et informer les familles sur l'état clinique des patients.

2. LA POPULATION DE L'ETUDE:

2.1 Critères d'inclusion:

Ont été inclus les patients consécutivement admis au service âgés de plus de 15 ans et dont la durée du séjour dépassait 48 heures. Ont été également inclus pour chaque patient, tous les proches âgés de plus de 18 ans qui ont visité le patient durant son séjour en réanimation, de telle sorte qu'à chaque patient correspondait un ou plusieurs membre de la famille inclus.

Selon les Réflexions de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) [6], il n'existe pas de définition réglementaire des proches, mais on peut considérer que les proches correspondent aux enfants légitimes naturels ou adoptifs, les parents, les époux ou concubins, les personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité et enfin ceux qui partagent l'intimité du malade. Jonhson et al [17] ont défini les membres de la famille comme tout individu (parent ou amis), ayant visité le patient au cours de son hospitalisation en réanimation indépendamment du lien relationnel avec le patient. Dans notre étude, les proches inclus répondaient aux critères de cette dernière définition.

Le consentement des familles a été obtenu au moment des visites, après leur avoir expliqué les différents objectifs et les modalités de l'étude.

2.2 Critères d'exclusion :

Ont été exclus les patients décédés avant l'interview, sortis ou transférés à d'autres services durant les premières 48 heures suivant leur hospitalisation.

Ont été également exclus pour chaque patient les visiteurs qui ne parlaient pas la langue Arabe, et ceux qui ont refusé la participation à l'étude.

3. LES VARIABLES RECUEILLIS :

3.1. Caractéristiques des patients :

Ont été recueillis par une fiche d'exploitation:

Les données socio-démographiques 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)
 - L'état de santé antérieur évalué par L'index Mac Cabe [32], c'est un index pondéré qui évalue la morbidité pré-hospitalière. Il permet de classer les patients en trois catégories de comorbidité croissantes: L'index 0 indique l'absence de maladie sous-jacente affectant le pronostic vital. L'index 1 indique la présence d'une maladie engageant le pronostic vital sur un délai apprécié de 5 ans. L'index 2 indique la présence d'une maladie fatale à 1 an d'évolution.

- La sévérité de la maladie évaluée par le score *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE II) à l'admission [31]. Ce score de gravité représente un facteur prédictif de la mortalité en réanimation et est corrélé à la charge en soin.
- L'activité thérapeutique durant les premières 24h de l'admission, à 48 heures et à 4 jours de l'admission a été évaluée par le *Thérapeutique Intervention Scoring System* (TISS) [33]. Ce score renseigne sur la charge en soin délivrée en réanimation. S'il est calculé quotidiennement il reflète l'évolution de l'état des patients. La charge en soin est d'autant plus élevée que l'état du patient est précaire.
 - Le *Glascow Coma Scale* (GCS) au moment de l'interview.
 - Le recours à la ventilation mécanique au moment de l'interview.
 - L'usage de la sédation au moment de l'interview.

3.2. Caractéristiques des familles:

Les données suivantes ont été recueillies pour chaque membre de la famille:

- L'âge
- Le sexe
- Le niveau d'étude (aucun ou coranique, primaire, secondaire, ou supérieur)
- La profession (avec ou sans profession)
- Le lien de parenté avec le patient (conjoint, parent, enfant, frère ou sœur, ou autre)

3.3. Autres variables:

Ont été également recueillis:

- La durée de l'interview (en minutes)
- Le ratio patient / infirmier
- Le praticien ayant délivré l'information à la famille concernant le diagnostic retenu et l'état clinique du patient (médecin senior ou junior)

4. EVALUATION DE LA SATISFACTION DES FAMILLES EN REANIMATION:

4.1. Les questionnaires utilisés:

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

- **Description du FS-ICU:**

Le questionnaire FS-ICU a été développé dans sa version originale anglaise longue (34 items) en 2001 par Heyland et al [21] afin de mesurer la satisfaction des familles en réanimation. Ce questionnaire est issu d'une large étude pilote canadienne qui avait pour objectif d'étudier la satisfaction des patients, la qualité des soins en fin de vie, les besoins des familles en réanimation, et la satisfaction des familles à l'égard des décisions médicales. En outre, des études antérieures validées de la satisfaction des familles utilisant d'autres questionnaires de mesure ont également été à l'origine du développement du FS-ICU [34].

Le FS-ICU dans sa version originale comporte deux domaines :

- Le premier domaine du FS-ICU, nommé «**Satisfaction aux Soins**» évalue la qualité des soins délivrés au patient et à sa famille. Ce domaine contient 18 items. Cette première partie du questionnaire est l'équivalent de la version modifiée d'un autre questionnaire «*The Patient Judgement of Hospital Quality*» qui est un instrument fiable et valide développé aux Etats-Unis à la fin des années 1980 pour étudier la qualité des soins [35]. Ce dernier a été modifié afin de prendre en considération et d'être adapté aux particularités de la réanimation. Le premier domaine du FS-ICU évalue la façon avec laquelle le patient et sa famille sont traités en réanimation, il évalue également la qualité des soins délivrés par les médecins et les infirmiers, ainsi que l'ambiance au sein du service et de la salle d'attente des familles.

- Le deuxième domaine du FS-ICU, nommé «**Satisfaction aux Décisions**» contient 16 items. Il évalue la satisfaction des familles concernant les prises des décisions médicales au sein du service. Les différentes questions ou items de ce domaine sont l'issue de l'étude de Charl et al [36] qui a décrit trois composantes dans le processus de prise des décisions: 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 âgés de plus de 18 ans. A travers les études déjà réalisées [21,22,24,26], le FS-ICU a été traduit et adapté en plusieurs langues. Sa fiabilité et sa validité ont antérieurement été prouvées en milieu de réanimation [21,22].

Une version originale courte du FS-ICU (**Annexe 1**) a été élaborée en 2006 [30]. Elle contient 24 items et comporte 2 domaines (**figure 1**):

- 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)

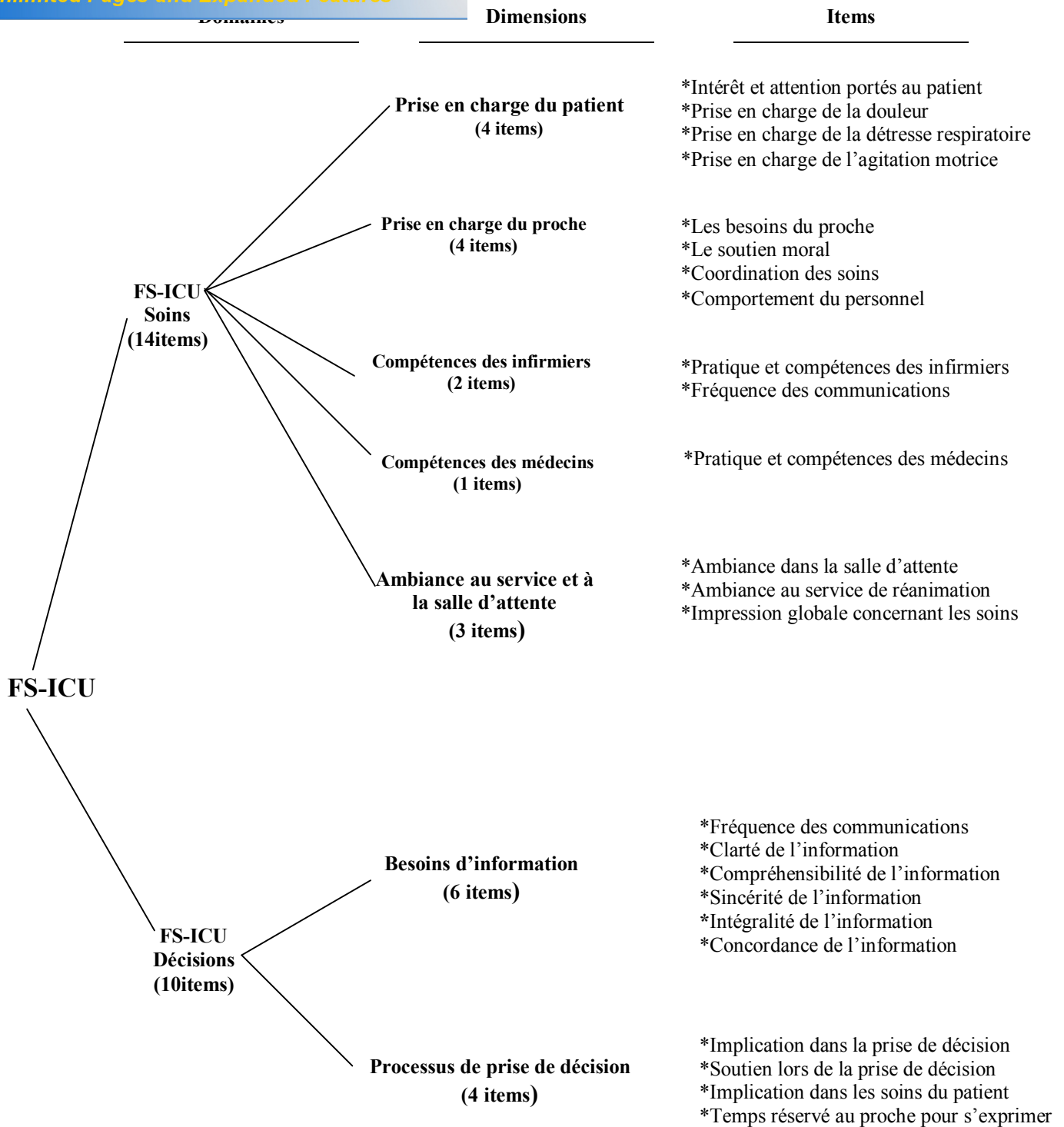


Figure 1: la version courte du *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit* (FS-ICU): 24 items

Le FS-ICU dans sa version courte (24 items) a également prouvé sa fiabilité et sa validité. Cette démonstration a fait de lui un instrument de mesure utile et valide en réanimation [26]. Le FS-ICU 24 items a été utilisé dans notre étude.

- **Calcul des scores:**

Les réponses au questionnaire FS-ICU ont été interprétées pour chaque membre de la famille suivant le manuel de l'utilisation du FS-ICU 24 items [28]. Les 24 items du FS-ICU sont des questions à choix unique, les réponses sont binaires pour le 24ème item, et en cinq à six points pour les autres items (non pertinent, mauvais, moyen, bien, très bien, et excellent).

Pour chaque item du FS-ICU, les scores ont été codés de telle sorte que la valeur la plus basse désignait une extrême insatisfaction, et la valeur la plus élevée désignait une extrême satisfaction. Par la suite une transformation linéaire des items a été réalisée afin de rendre la valeur de ces derniers mieux interprétable. La formule suivante a été utilisée pour la transformation de chaque item: La valeur transformée = [(La valeur obtenue – La valeur la plus petite de l'item) x 100] / L'étendue de la valeur de l'item. La valeur de chaque item du FS-ICU variait alors de 0 à 100 (0 étant l'état d'extrême insatisfaction et 100 étant l'état d'extrême satisfaction).

Le score du domaine «FS-ICU soins» a été obtenu par la somme de l'ensemble de ses items (14 items)/14. Le score du domaine «FS-ICU décisions» a été obtenu par la somme de l'ensemble de ses items (10 items)/10.

Le score total du FS-ICU a été obtenu par la somme du score «FS-ICU Soins» et «FS-ICU Décisions»/2.

4.1.2. Le *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI):

Le CCFNI est un instrument de mesure qui permet d'évaluer les besoins des familles des patients hospitalisés en réanimation. Il a été développé par Molter en 1979 [16] puis modifié et validé par Jonhson et al en 1998 [17]. Le CCFNI est un instrument mondialement reconnu et considéré comme outil de référence dans la mesure de la satisfaction des familles à travers le monde [27, 37,38].

Le CCFNI comporte 14 items, chaque item est une question à choix unique dont la réponse est cotée de 1 à 4. La cotation 1 signifie une extrême satisfaction, et la cotation 4 signifie extrême insatisfaction. Jonhson et al [17] ont regroupé les 14 items en 4 dimension : Attitude (item 1,2,6,10), Communication avec les familles (item 3,4,5,12,13), Confort (item 7,8,9,11) et Isolation dans la salle d'attente (item 14). Le score total du CCFNI est la somme des 14 items [17].

La première étude de satisfaction des familles en réanimation réalisée au Maroc [27] avait utilisé le CCFNI comme instrument de mesure. La version Arabe du CCFNI adaptée au contexte Marocain (**Annexe 2**) a prouvé sa fiabilité et sa validité dans cette étude [27].

4.2. Adaptation transculturelle et validation du FS-ICU:

4.2.1. Adaptation transculturelle du FS-ICU:

Les différences transculturelles d'un pays à l'autre, imposent le recours à un processus d'adaptation transculturelle des questionnaires de mesure, suivi d'une nouvelle validation du questionnaire adapté à son nouvel environnement linguistique, ce qui permet de garantir des échanges internationales comparatifs de qualité dans le domaine de la satisfaction des familles en réanimation [39].

Les pays Arabes restent devancés non seulement dans le domaine de développement des questionnaires de mesure, mais aussi dans les processus de traduction en langue Arabe de questionnaires préexistants [25,27]. Le FS-ICU existe en plusieurs langues [28], cependant aucune version Arabe du FS-ICU n'était disponible au début de l'étude.

Etant donné l'environnement Arabo-musulman et socio-culturel différent du Maroc, les versions disponibles du FS-ICU restent difficilement applicables dans notre univers linguistique. L'élaboration d'une version Arabe du FS-ICU devenait alors une nécessité.

Plusieurs méthodes d'adaptation transculturelle des questionnaires de mesure ont été proposées dans la littérature. Une méthodologie récente préservant l'équivalence entre les deux versions (originale et cible) a été proposée par Guillemain et al [40]. Elle représente une synthèse des expériences rapportées par des psychologues, sociologues, méthodologistes, et des experts dans le domaine de la santé. L'équivalence entre la version originale et la version cible doit être respectée dans quatre domaines: équivalence sémantique, équivalence idiomatique, équivalence liée à l'expérience, et équivalence conceptuelle [40].

- **Méthodologie de traduction:**

La version originale (Anglaise) du FS-ICU a été traduite en Arabe classique par deux traducteurs indépendants (un professeur de langue Française, et un professeur de langue Anglaise). Ces traducteurs n'ont pas de connaissances médicales mais maîtrisent aussi bien la langue originale que la langue cible.

Cette étape de traduction directe a permis la détection des erreurs et des interprétations divergentes de certains items ambigus de la version originale. Dans le but d'obtenir une version commune tenant compte des différences entre les deux traductions initiales, une réunion entre les deux traducteurs a été tenue et nous avons assuré l'enregistrement de toutes les remarques ou difficultés. Certaines modifications permettant une meilleure adaptation de chaque question à notre univers linguistique se sont avérées nécessaires:

- Dans la 1^{ère} dimension «How did we treat your family member (the patient)» du FS-ICU soins, le terme « family member » a été supprimé et nous avons gardé uniquement «the patient » (مريضكم), pour éviter la répétition.

- Dans la 4^{ème} dimension «Physicians (all Doctors, including residents)» du FS-ICU soins, le terme «including residents » a été supprimé pour éviter la confusion dans l'esprit des Marocains qui ne sont pas forcément conscient du grade des médecins. Seul a été conservé « Physicians » (فيما يخص الأطباء).

- Concernant le 2^{ème} item de la 2^{ème} dimension « processus de prise de décision » du FS-ICU décision, le terme «overwhelmed » a été traduit en (محطم) pour une meilleure conservation du sens du mot.

- **Méthodologie de rétro-translation :**

La version commune du FS-ICU a été ensuite rétro-traduite de l'Arabe classique à l'Anglais par deux rétro-traducteurs indépendants (deux ingénieurs d'état) non avertis des objectifs de l'étude.

Cette étape de traduction indirecte a permis également la détection des erreurs et des interprétations divergentes de certains items ambigus de la version originale. Une réunion a été tenue entre les deux rétro-traducteurs pour obtenir une version rétro-traduite commune.

Dans le 4^{ème} item de la première dimension du FS-ICU décisions «the honesty » a été rétro-traduite en « credibility ». Ce terme n'a pas été modifié par la suite (شفافية).

- **La version Arabe finale du FS-ICU:**

L'objectif de cette étape était de consolider toutes les versions du questionnaire et de développer ce qui sera considéré comme version finale. Le comité de traduction et de rétro traduction s'est réuni alors pour élaborer la version Arabe finale du FS-ICU que nous avons utilisé dans notre étude (Annexe 3).

4.2.2 Administration des questionnaires:

Après consentement des participants, et lors des visites aux patients, deux questionnaires ont été simultanément administrés aux familles par le même enquêteur après 48h de l'admission des patients:

- La version Arabe pour le Maroc du FS-ICU
- La version Arabe pour le Maroc du CCFNI [27]

Afin de garantir la fiabilité du questionnaire, le même enquêteur avait administré le FS-ICU et le CCFNI à tous les participants. Ces questionnaires de mesure ont été administrés au tout début des visites dans une ambiance calme et privée avant de discuter des problèmes de santé des patients, ceci dans le but d'épargner l'influence de la discussion sur les réponses aux questionnaires.

4.2.3. Validation de la version Arabe du FS-ICU

Quel que soit le soin avec lequel a été réalisée l'adaptation transculturelle d'une échelle de mesure de la satisfaction, il est impératif de vérifier ses propriétés psychométriques dans son nouvel environnement culturel et linguistique. La «validation» ou «l'étude des propriétés psychométriques» est un processus biostatistique qui doit être défini, étudié et vérifié [41,42]. Les propriétés psychométriques sont :

- L'acceptabilité de l'échelle de mesure.
- La fiabilité (ou précision) de l'échelle de mesure, c'est-à-dire son absence de dispersion aléatoire.
- La validité (ou pertinence) de l'échelle de mesure, c'est-à-dire le degré avec lequel elle mesure ce qu'elle est censée mesurer.

- **Acceptabilité du FS-ICU:**

L'acceptabilité du FS-ICU a été testée en analysant le pourcentage des items manquants, le pourcentage des items difficiles à comprendre, le pourcentage de refus de réponse, et la durée de remplissage du questionnaire. Le FS-ICU nécessite en général 10 à 15 minutes pour être complété [28].

- **Fiabilité du FS-ICU**

La fiabilité d'une échelle de mesure consiste en la capacité d'un score observé à être identique dans des conditions identiques. Ainsi, en situation de stabilité de l'état de santé, des mesures successives effectuées à l'aide de la même échelle de mesure doivent conduire à des résultats similaires [43].

Pour les échelle de mesure composites c'est à dire formées de plusieurs items mesurant le même concept, on étudie la consistance interne, qui est la propriété selon laquelle les items mesurant le même attribut (par exemple la prise en charge des proches pour le FS-ICU) produisent des scores fortement corrélés.

La consistance interne d'une échelle de mesure de la satisfaction représente alors le degré de corrélation des différents items du questionnaire entre eux. Elle peut être évaluée pour chaque dimension du questionnaire. La consistance interne du FS-ICU a été évaluée par le coefficient alpha de Cronbach. Ce coefficient repose sur le paradigme que tous les items d'une échelle sont censés mesurer exactement le même phénomène. Le coefficient alpha de Cronbach mesure l'importance des variations de mesure dues aux erreurs de mesure (dispersion aléatoire) par rapport aux variations de la vraie mesure [43].

- **Validité du FS-ICU:**

La fiabilité est une condition nécessaire, mais non suffisante de la validation d'une échelle de mesure. Si l'évaluation de la fiabilité d'une mesure relève de la technique statistique, l'évaluation de sa validité implique de nombreux jugements qui sont moins formalisables que la fiabilité. Ceci explique qu'une seule méthode d'évaluation de la validité ne soit pas disponible, mais qu'on ait besoin d'une conjonction d'arguments pour conclure qu'une mesure est valide.

La validité est la propriété d'une échelle de mesure qui se définit par la capacité à mesurer ce qu'elle est censée mesurer, et à varier avec ce qu'elle mesure. Classiquement, la validité s'analyse en [44] :

- Validité concurrente (établie par rapport à une échelle de mesure établie déjà validée)
- Validité de structure (évalue la cohérence interne de l'échelle de mesure)
- Validité de construit (établies par des corrélations entre les variables cliniques et l'échelle de mesure)

➤ *Validité concurrente:*

La validité concurrente s'évalue par rapport à une mesure de référence ou «Gold Standard». En présence d'une échelle de référence, la validité concurrente est assurée en maximisant la concordance entre le résultat donné par l'échelle de mesure et celui donné par la méthode de référence [45].

En matière de satisfaction des familles en réanimation, il n'existe pas d'échelle de mesure de référence [21], ce qui implique qu'en théorie la validité concurrente du FS-ICU est difficile à évaluer. Néanmoins, en pratique la validité concurrente du FS-ICU peut être évaluée par comparaison à une autre échelle de mesure de la satisfaction déjà validée.

Dans notre étude, la validité concurrente du FS-ICU a été testée en corrélant les scores du FS-ICU à ceux du CCFNI. Les scores des deux questionnaires ont été simultanément obtenus au cours de la même administration. Le CCFNI a été utilisé comme questionnaire de référence, puisqu'il s'agit d'une échelle de mesure de la satisfaction qui évalue différents besoins des familles et qui a antérieurement prouvé sa fiabilité et sa validité au Maroc [27].

➤ *Validité de structure:*

La validité de structure appelée encore validité factorielle, évalue la cohérence interne de l'échelle de mesure dans la prise en compte des dimensions de l'objet de mesure. L'établissement de la validité de structure fait appel à des méthodes statistiques permettant de vérifier comment les items décrivant une même dimension ou domaine (par exemple FS-ICU soin ou décision) ont des regroupements cohérents. On considère que la validité de structure est démontrée lorsque les items décrivant l'une de ces domaines sont mieux corrélés entre eux qu'avec ceux portant sur les autres domaines [46].

La validité de structure du FS-ICU a été étudiée par l'analyse en composante principale utilisant 2 facteurs. C'est une technique multivariée qui permet de réduire, en un nombre limité de dimensions appelées composantes principales, l'ensemble des items en préservant autant que possible « l'information » que contiennent ces items. En statistique, l'information étant traditionnellement assimilée à la variance, la force des composantes est évaluée par le pourcentage de variance des items qu'elle représente [47].

➤ *Validité de construit ou facteurs déterminants de la satisfaction:*

La détermination de la validité de construit d'une échelle de mesure résulte de l'observation continue du comportement de l'échelle dans des situations variées et distinctes. Elle se teste par la recherche de relations statistiques et de corrélations entre les résultats donnés par une échelle de mesure et d'indicateurs ou de méthodes d'observation de natures différentes.

La validité de construit du FS-ICU peut alors se définir par la capacité du questionnaire à faire la distinction entre des groupes de famille possédant des caractéristiques démographiques ou cliniques différentes [48]. Dans notre étude, la validité de construit a été évaluée en testant l'hypothèse selon laquelle les score du FS-ICU varient selon les caractéristiques socio-démographiques des familles, les caractéristiques cliniques des patients, ou autres variables.

L'on comprend alors que l'évaluation de la validité de construit du FS-ICU revient à étudier les facteurs déterminants de la satisfaction des familles en réanimation.

5. METHODES STATISTIQUES:

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart type ou en médiane (quartiles) selon leur distribution, et les variables qualitatives en nombre (pourcentage).

La consistance interne du FS-ICU a été étudiée par le coefficient alpha de Cronbach. Un coefficient de Cronbach $\geq 0,70$ est considéré satisfaisant [43], et suggère que les items d'une dimension donnée mesurent le même concept.

La convergence interne des items du FS-ICU a été évaluée par le coefficient de corrélation de Pearson (r) qui étudiait la corrélation entre chaque item et sa propre dimension. Un $r \geq 0,40$ témoignait d'une convergence interne de l'item. Le succès de la convergence interne des items a été par la suite évalué en étudiant le nombre des corrélations $\geq 0,40$ entre les items et leurs propres dimensions par rapport au nombre total des corrélations.

Le pouvoir discriminant d'un item donné a été confirmé si ce dernier corrélait fortement avec sa propre dimension ($r \geq 0,40$) plutôt qu'avec les autres dimensions du FS-ICU. Le succès du pouvoir discriminant des items a été par la suite évalué en étudiant le nombre des corrélations (r) item/autres dimensions qui sont inférieures aux corrélations (r) item/sa propre dimension par rapport au nombre total des corrélations.

La validité concurrente du FS-ICU a été étudiée par la recherche de corrélations (r) significatives entre les dimensions du CCFNI et les domaines du FS-ICU. Les corrélations ont été calculées par le coefficient de corrélation de Spearman.

La validité de structure du FS-ICU a été étudiée par l'analyse en composante principale avec rotation Varimax. Le pourcentage de variance des items a été également établi.

La validité de construit du FS-ICU a été testée par une analyse univariée entre les variables liés aux patients (âge, sexe, durée du séjour, APACHE II, Mac Cabe, TISS 24h, ventilation mécanique) et aux familles (âge, sexe, niveau d'étude, lien de parenté, information délivrée par un médecin senior ou junior), et les score des domaines du FS-ICU (FS-ICU soins et FS-ICU décisions). Les variables dont $p < 0,20$ en analyse univariée ont été inclus dans une analyse multivariée. L'analyse univariée et multivariée ont été réalisées par la méthode de *Generalized Estimating Equation* (GEE) [49]. La méthode GEE a été utilisée puisqu'à chaque patient correspondait plusieurs membres de la famille inclus (données corrélées).

Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

L'analyse statistique a été menée par la version 16.0 du logiciel SPSS.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION PAR LE
in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Résultats

1. DESCRIPTION DES PATIENTS:

Durant la période de l'étude, 297 patients ont été hospitalisés au service, 102 patients sont décédés, et 95 sont sortis ou ont été transférés à d'autres services durant les premières 48 heures de l'hospitalisation. Parmi les 100 patients recensés, nous en avons exclus 9 au total : un patient dont la famille a refusé de répondre au questionnaire, et 8 patients puisqu'ils ont été visité par des proches âgés de moins de 18 ans.

Au total, 91 patients tous âgés de plus 15 ans, auxquels correspondaient 151 membre de famille ont participé à l'étude (**Figure 1**).

1.1. Caractéristiques socio-démographiques (Tableau I) :

Parmi les 91 patients inclus, il y avait 50 femmes (55%) et 41 hommes (45%), âgés en moyenne de 39 ± 18 ans. Trente neuf patients (43%) étaient célibataires et 52 étaient mariés (57%).

Concernant les antécédents médicaux, 14 patients (15%) avaient des antécédents d'hospitalisation en réanimation.

1.2 .Catégories diagnostiques à l'admission (Tableau I):

Parmi les patients inclus, 24 (26%) avaient présenté une détresse respiratoire à l'admission, 23 patients (25%) étaient admis pour une méningo-encéphalite, 17 patients (19%) étaient admis pour états septiques sévères, et 13 patients (15%) étaient admis pour des intoxications aiguës.

Les autres catégories diagnostiques des patients à l'admission sont représentées sur le tableau I.

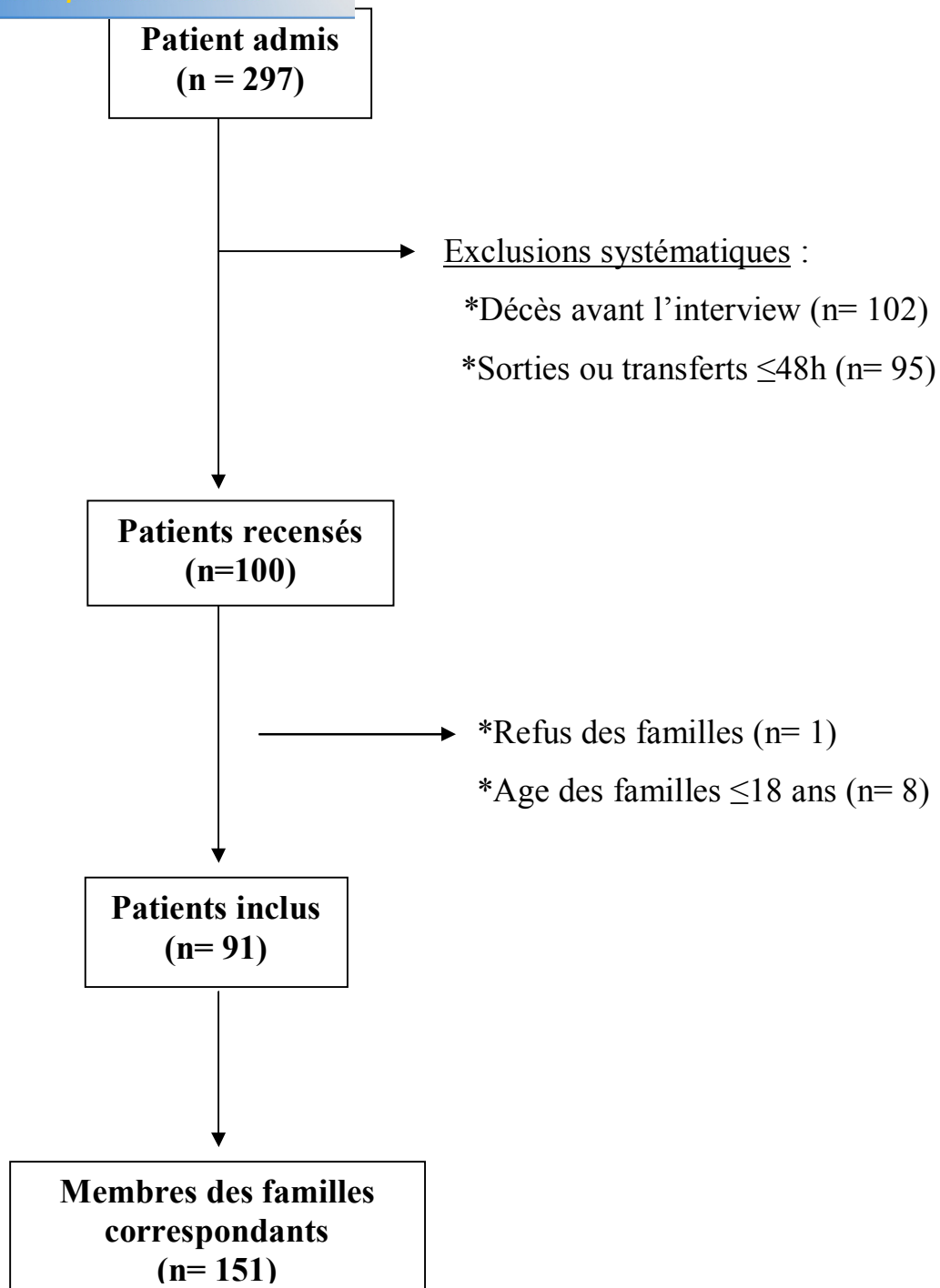


Figure 2. Les patients et les familles inclus et exclus de l'étude.

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques des patients et les catégories diagnostiques à l'admission en réanimation.

Caractéristiques	n= 91
Age (années)	39 ±18
Sexe	
Femme	50 (55)
Homme	41 (45)
Statut marital	
Marié	52 (57)
Célibataire	39 (43)
Antécédents d'hospitalisation en réanimation	
Oui	14 (15)
Non	77 (85)
Diagnostics à l'admission	
Détresses respiratoires	24 (26)
Méningo-encéphalites	23 (25)
Etats septiques graves	
Sepsis sévère	13(15)
Choc septique	4 (4)
Intoxications aiguës	13(15)
Troubles métaboliques	7 (8)
Etats de choc non septiques	4 (4)
Autres	
Syndrome de Lyell	2 (2)
Tétanos	1 (1)

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

1.3. Caractéristiques cliniques du séjour en réanimation (Tableau II) :

1.3.1. Durée du séjour:

Au moment de l'interview, la durée médiane du séjour en réanimation des patients était de 4 (3-6) jours.

1.3.2. Scores de gravités:

Le score APACHE II des patients à l'admission était en moyenne de $12,8 \pm 7,5$.

Concernant le score Mac Cabe à l'admission, 69 patients (76%) n'avaient pas de maladie grave affectant le pronostic vital, soit un score Mac Cabe à 0. Vingt patients (22%) avaient une maladie qui engage le pronostic vital sur un délai apprécié de 5 ans (Mac Cabe = 1). Deux patients (2%) avaient une maladie engageant le pronostic vital sur un délai d'un an (Mac Cabe = 2).

1.3.3. Activité thérapeutique:

Le score TISS durant les premières 24 heures de l'admission en réanimation était en moyenne de $10,9 \pm 5,2$.

Le score TISS à 48 heures de l'admission était en moyenne de $11,9 \pm 6,1$.

Le score TISS à 4 jours de l'admission était en moyenne de $12,1 \pm 6,6$.

Le score TISS moyen était en moyenne de $11,6 \pm 5,7$.

1.3.4. Autres (tableau II):

Le GCS des patients au moment de l'interview était en moyenne de 13 ± 6 .

Tableau II .Caractéristiques cliniques du séjour des patients en réanimation

Caractéristiques	n=91
Durée du séjour (jours)	4 (3-6)
APACHE II à l'admission	12,8 ± 7,5
TISS	
24 H	10,9 ± 5,2
48 H	11,9 ± 6,1
4 jours	12,1 ± 6,6
Moyenne	11,6 ± 5,7
Mac Cabe à l'admission	
0	69 (76)
1-2	22 (24)
GCS*	13 ± 6
Ventilation mécanique*	
Oui	23 (25)
Non	68 (75)
Etat de choc*	
Oui	18 (20)
Non	73 (80)
Usage de sédation*	
Oui	15 (17)
Non	76 (83)
Nombre des patients dans le service*	9 ± 2
Ratio patient / infirmier*	4 ± 1

n: nombre. APACHE II, Acute Physiology And Chronic health Evaluation II; TISS, Therapeutic Intervention Scoring System; GCS, Glasgow Coma Scale.

* au moment de l'interview

Mac Cabe 0: maladie grave affectant le pronostic vital.

Mac Cabe 1: maladie engageant le pronostic vital sur un délai apprécié de 5 ans.

Mac Cabe 2: maladie fatale en 1 an.

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

2. DESCRIPTION DES FAMILLES (TABLEAU III):

Parmi les 151 membres des familles inclus correspondant aux 91 patients, il y avait 83 femmes (55 %) et 68 hommes (45 %).

L'âge moyen des membres des familles était de 40 ± 12 ans.

Concernant la profession des membres des familles, 74 participants (49%) étaient sans profession.

Concernant le niveau d'étude des membres des familles, 67 participants (44%) étaient non scolarisés (aucun niveau d'étude ou coranique), 38 participants (25%) avaient un niveau primaire, 24 participants (16 %) avaient un niveau secondaire, et 22 participants (15%) avaient un niveau d'étude supérieur.

Concernant le lien de parenté avec les patients, 15 participants (10%) étaient des conjoints, 32 participants étaient des parents (21%), 37 étaient des enfants (24%), 41 étaient des frères et sœurs (27%), et 26 étaient des amis ou autres connaissances (18%).

Tableau III. Caractéristiques sociodémographiques des membres des familles.

Caractéristiques	n=151
Sexe	
Femme	83 (55)
Homme	68 (45)
Age (années)	40 ±12
Profession	
Oui	77 (51)
Non	74 (49)
Niveau d'étude	
Aucun/Coranique	67 (44)
Primaire	38 (25)
Secondaire	24 (16)
Supérieur	22 (15)
Lien de parenté	
Conjoint	15 (10)
Parent	32 (21)
Enfant	37 (24)
Frère/Sœur	41 (27)
Autre 26 (18)	
Information délivrée par	
Senior	53 (35)
Junior	98 (65)
Durée de l'interview (min)	15 ± 3

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

L'information a été délivrée aux familles par un médecin senior dans 35% des cas (n= 53), et par un médecin Junior dans 65% des cas (n= 98).

La durée de l'interview des familles était en moyenne de 15±3 minutes.

3. ACCEPTABILITE DU FS-ICU:

Aucune donnée manquante n'a été notée dans les réponses au FS-ICU (0%).

Il n'y avait pas d'item incompréhensible dans le FS-ICU (0%).

Le taux de réponse au FS-ICU était de 99,9%.

La durée moyenne de remplissage du FS-ICU était de 15±3 minutes.

A noter que le score moyen du FS-ICU soins était de $60,4 \pm 15,8$. Le score moyen du FS-ICU décisions était de $41,1 \pm 17,3$; et le score moyen du FS-ICU total était de $52,3 \pm 14,2$.

4. FIABILITE DU FS-ICU:

4.1. Consistance interne (Tableau IV):

Concernant les domaines du FS-ICU, le coefficient alpha de Cronbach du premier domaine (FS-ICU soin) était de 0,91. Le coefficient alpha de Cronbach du 2^{ème} domaine (FS-ICU décision) était de 0,84.

Concernant les dimensions du domaine FS-ICU soins, le coefficient alpha de Cronbach était de 0,89 pour la dimension prise en charge du patient (items 1,2,3,4). Pour les dimensions prise en charge du proche (items 5,6,7,8), compétence du personnel infirmier (items 9,10), l'ambiance au service et à la salle d'attente (items 12,13,14), le coefficient alpha de Cronbach était de 0,85; 0,72 ; et 0,41 respectivement.

du FS-ICU, convergence interne et pouvoir discriminant de ses items.

Dimensions	Nombre des Items	Coefficient alpha de Cronbach	Convergence interne des items	Succès*	Pouvoir discriminant des items	Succès†
FS ICU soins	14	0,91	0,58 -0,80	14/14(100%)	-0,81 – 0,80	14/14 (100%)
<i>Prise en charge du patient</i>	4	0,89	0,85-0,89	4/4 (100%)	0,10 -0,80	32/32 (100%)
<i>Prise en charge du proche</i>	4	0,85	0,78-0,87	4/4 (100%)	0,07- 0,77	32/32 (100%)
<i>Compétences des infirmiers</i>	2	0,72	0,87-0,90	2/2 (100%)	0,05 - 0,77	16/16 (100%)
<i>Compétences des médecins</i>	1	---	---	---	---	---
<i>Ambiance au service/salle d'attente</i>	3	0,41	0,58- 0,76	3/3 (100%)	-0,81- 0,63	23/24 (96%)
FS ICU décisions	10	0,84	0,50- 0,86	10/10 (100%)	-0,34 -0,86	10/10 (100%)
<i>Besoin d'information</i>	6	0,95	0,87- 0,92	6/6 (100%)	0,10 -0,86	48/48 (100%)
<i>Processus de Prise de décision</i>	4	0,72	0,60 -0,94	4/4 (100%)	-0,34 - 0,73	30/32 (94%)

FS-ICU, Family Satisfaction in the Intensive Care Unit.

Un coefficient de Cronbach $\geq 0,70$ est considéré satisfaisant.

* Succès de la convergence interne des items = nombre des corrélations $> 0,40$ entre les items et leur propre dimension par rapport au nombre total des corrélations

† Succès du pouvoir discriminant des items = nombre des corrélations item/autres dimensions, inférieures aux corrélations item/sa propre dimension par rapport au nombre total des corrélations.

Concernant les dimensions du domaine FS-ICU décisions, le coefficient alpha de Cronbach était de 0,95 pour la dimension besoin d'information (items 15,16,17,18,19,20); et de 0,72 pour la dimension processus de prise de décision (items 21,22,23,24).

4.2. Convergence interne et pouvoir discriminant des items (Tableau IV):

Concernant la convergence interne des items, la corrélation entre un item et sa propre dimension était supérieur à 0,40 dans chaque domaine et dimension du FS-ICU témoignant d'un succès de convergence interne à 100%.

Concernant le pouvoir discriminant des items, la corrélation entre un item et les autres dimensions du FS-ICU était inférieur à la corrélation item/sa propre dimension témoignant d'un succès de pouvoir discriminant supérieur à 90%.

5. Validité du FS-ICU:

5.1. Validité concurrente (Tableau V):

Les corrélations entre les dimensions du CCFNI et les domaines du FS-ICU sont représentées par le tableau V.

Des corrélations significatives ont été retrouvées entre le score total du CCFNI et le FS-ICU soin ($r = -0,63$; $p < 0,001$), le score total du CCFNI et le FS-ICU décision ($r = -0,50$; $p < 0,001$), et enfin le score total du CCFNI et le FS-ICU total ($r = -0,66$; $p < 0,001$).

Tableau V. Validité concurrente du FS-ICU par rapport au CCFNI.

	<u>FS-ICU soins</u>		<u>FS-ICU décisions</u>		<u>FS-ICU total</u>	
	r*	p	r*	p	r*	p
Dimensions du CCFNI						
<i>Attitude</i>	- 0,64	<0,001	- 0,34	<0,001	- 0,59	<0,001
<i>Communication</i>	- 0,41	<0,001	- 0,48	<0,001	- 0,51	<0,001
<i>Comfort</i>	- 0,46	<0,001	- 0,31	<0,001	- 0,46	<0,001
<i>Isolation</i>	- 0, 23	<0,005	- 0, 11	<0,016	- 0,21	<0,011
CCFNI total	- 0, 63	<0,001	- 0, 50	<0,001	- 0,66	<0,001

FS-ICU, Family Satisfaction in the Intensive Care Unit; CCFNI: Critical Care Family Needs Inventory.

*Coefficient de corrélation de Spearman..

5.2. Validité de structure (Tableau VI):

Le résultat de l'analyse en composante principale du FS-ICU est représenté par le tableau VI.

L'analyse en composante principale avec rotation Varimax a montré que les 14 premiers items du FS-ICU correspondant à la dimension «soin» avaient des corrélations variant entre 0,62 et 0,78 ($r > 0,40$) constituant ainsi le premier facteur.

Les dix derniers items du FS-ICU correspondant à la dimension «décision» avaient des corrélations variant entre 0,51 et 0,74 ($r > 0,40$) constituant ainsi le deuxième facteur. Ceci a confirmé la nature bidimensionnelle du FS-ICU.

Les deux facteurs exprimaient 52,4% de la variance totale des items.

5.3. Validité de construit ou facteurs déterminants de la satisfaction:

5.3.1. En analyse univariée (Tableau VII) :

Les facteurs liés aux patients et aux familles, influençant les scores du FS-ICU en analyse univariée sont représentés par le tableau VII.

Concernant le «FS-ICU soin», les scores de cette dimension étaient bas (moindre satisfaction) quand l'activité thérapeutique durant les premières 24 heures de l'admission évaluée par le TISS était élevée ($\beta = -0,54$; $p = 0,033$). La satisfaction aux soins était également moindre quand le membre de la famille interrogé était le conjoint ($\beta = -14,16$; $p = 0,001$). Les autres variables cliniques ou socio-démographiques liés aux patients ou aux familles n'ont pas montré d'associations significatives avec les scores du FS-ICU soin.

Tableau VI. Analyse en composante principale utilisant 2 facteurs.

Items	Facteur 1	Facteur 2	
FS- ICU 1	0,76	0,03	Intérêt et attention portés au patient
FS- ICU 2	0,68	0,18	Prise en charge de la douleur
FS- ICU 3	0,74	0,06	Prise en charge de la détresse respiratoire
FS- ICU 4	0,76	0,02	Prise en charge de l'agitation motrice
FS- ICU 5	0,72	0,28	Les besoins du proche
FS- ICU 6	0,66	0,34	Le soutien moral
FS- ICU 7	0,67	0,39	Coordination des soins
FS- ICU 8	0,75	-0,01	Comportement du personnel
FS- ICU 9	0,77	-0,40	Pratique et compétences des infirmiers
FS- ICU 10	0,65	0,19	Fréquence des communications
FS -ICU 11	0,78	0,17	Pratique et Compétences des médecins
FS -ICU 12	0,67	0,14	Ambiance dans la salle d'attente
FS- ICU 13	0,62	-0,24	Ambiance dans le service de réanimation
FS -ICU 14	0,64	-0,29	Impression globale concernant les soins
FS -ICU 15	0,51	0,66	Fréquence des communications
FS -ICU 16	0,47	0,67	Clarté de l'information
FS- ICU 17	0,46	0,69	Compréhension de l'information
FS- ICU 18	0,46	0,74	Sincérité de l'information
FS- ICU 19	0,48	0,74	Intégralité de l'information
FS- ICU 20	0,56	0,59	Concordance de l'information
FS- ICU 21	0,03	0,66	Implication dans la prise de décision
FS- ICU 22	-0,02	0,74	Soutien lors de la prise de décision
FS -ICU 23	0,80	0,53	Implication dans les soins du patient
FS- ICU 24	-0,73	0,51	Temps réservé au proche pour s'exprimer

FS-ICU, Family Satisfaction in the Intensive Care Unit.

Les deux facteurs expriment 52,4% de la variance totale des items.

Tableau VII. Facteurs influençant les scores de FS-ICU en analyse univariée.

Variables	FS-ICU soin			FS-ICU décision			FS-ICU total		
	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p
Age du patient	-0,08	-0,24; 0,06	0,276	-0,17	-0,31; -0,03	0,023	-0,12	-0,23; -0,01	0,040
Sexe du patient									
Féminin	0			0			0		
Masculin	-0,28	-5,88; 5,32	0,921	-0,04	-6,26; 6,17	0,989	-0,18	-4,92; 4,56	0,940
Durée du séjour	0,02	-0,19; 0,23	0,842	-0,53	-0,88; -0,18	0,003	-0,20	-0,44; 0,02	0,081
APACHE II	0,02	-0,24; 0,06	0,890	-0,18	-0,55; 0,19	0,346	-0,06	-0,34; 0,21	0,662
Mac Cabe									
0	-1,09	-10,00; 7,8	0,810	-6,01	-12,55; 0,52	0,071	-3,14	-10,10; 3,81	0,376
1-2	0			0			0		
TISS 24 H*	-0,54	-1,05; -0,04	0,033	-0,15	-0,72; 0,41	0,590	-0,38	-0,82; 0,06	0,090
Ventilation Mécanique									
Non	0			0			0		
Oui	-4,60	-11,94; 2,73	0,219	-6,93	-13,11; -0,75	0,028	-5,57	-11,19; 0,04	0,052
Age du proche	-0,08	-0,24; 0,06	0,276	-0,07	-0,31; 0,16	0,134	-0,08	-0,26; 0,09	0,351
Sexe du proche									
Féminin	0			0			0		
Masculin	-0,58	-5,57; 4,39	0,817	-1,85	-7,16; 3,45	0,494	-1,11	-5,55; 3,32	0,622
Niveau d'étude du proche									
Aucun /coranique	5,32	-5,63; 16,28	0,341	-1,82	-11,05; 7,40	0,698	2,34	-6,02; 10,71	0,583
Primaire	8,87	-2,63; 20,37	0,131	-0,44	-10,46; 9,58	0,931	4,99	-4,03; 14,01	0,278
Secondaire	6,85	-5,04; 18,78	0,259	1,94	-7,69; 11,58	0,693	4,80	-4,12; 13,74	0,292
Supérieur	0			0			0		
Lien de parenté									
Conjoint	-14,16	-22,53; -5,79	0,001	1,70	-5,50; 8,90	0,644	-7,55	-14,09; -1,03	0,023
Parent	-3,81	-10,82; 3,19	0,286	7,47	-0,55; 15,50	0,068	0,89	-5,29; 7,07	0,778
Filles/fils	-8,80	-18,01; 0,40	0,061	0,09	-6,72; 6,91	0,978	-5,09	-11,92; 1,73	0,143
Frères/Sœur	-6,79	-14,71; 1,12	0,093	-0,18	-7,72; 7,35	0,962	-4,03	-10,19; 2,11	0,198
Autres	0			0			0		
L'information délivrée									
Junior	0			0			0		
Senior	1,28	-4,00; 6,58	0,633	12,81	7,44; 18,18	0,001	6,09	1,72; 10,45	0,006

FS-ICU, Family Satisfaction in the Intensive Care Unit; APACHE II, Acute Physiology And Chronic health Evaluation II; TISS, Therapeutic Intervention Scoring System.

Concernant le «FS-ICU décision», les scores de cette dimension étaient bas (moins de satisfaction) quand l'âge du patient était élevé ($\beta = -0,17$; $p = 0,023$). La satisfaction aux décisions était également moins quand la durée du séjour était prolongée ($\beta = -0,35$; $p = 0,003$), et quand les patients étaient ventilés mécaniquement ($\beta = -6,93$; $p = 0,028$). La satisfaction aux décisions était élevée (scores du FS-ICU décision élevés) quand l'information était délivrée aux familles par un médecin sénior ($\beta = 12,81$; $p = 0,001$). Les autres variables cliniques ou socio-démographiques liées aux patients ou aux familles n'ont pas montré d'associations significatives avec les scores de FS-ICU décision.

Concernant le FS-ICU total, le score global du questionnaire était bas (moins de satisfaction) quand l'âge du patient était avancé ($\beta = -0,12$; $p = 0,04$), et quand le membre de la famille interrogé était le conjoint ($\beta = -7,55$; $p = 0,023$). Les scores du FS-ICU total étaient élevés (satisfaction élevée) quand l'information était délivrée aux familles par un médecin sénior ($\beta = 6,09$; $p = 0,006$). Les autres variables cliniques ou socio-démographiques liées aux patients ou aux familles n'ont pas montré d'associations significatives avec les scores de FS-ICU total.

5.3.2. En analyse multivariée (Tableau VIII):

Les facteurs liés aux patients et aux familles, influençant les scores du FS-ICU en analyse multivariée sont représentés par le tableau VIII.

Concernant le «FS-ICU soin», les scores de cette dimension étaient bas (moins de satisfaction) quand l'activité thérapeutique durant les premières 24h de l'admission évaluée par le TISS était élevée ($\beta = -1,12$; $p = 0,033$), et quand le membre de la famille interrogé était le conjoint ($\beta = -15,22$; $p = 0,001$).

Tableau VIII. Facteurs influençant les scores du FS-ICU en analyse multivariée.

Variables	FS-ICU soin			FS-ICU décision			FS-ICU total		
	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p
Age du patient				-3,42	-9,62 ; 2,76	0,278	-0,12	-0,25; 0,01	0,067
Sexe du patient									
Féminin									
Masculin									
Durée de séjour APACHE II				-0,33	-0,58; -0,08	0,009	-0,15	-0,34; 0,04	0,130
Mac Cabe									
0				-3,55	-9,11; 2,01	0,211			
1-2				0					
TISS 24 H	-1,12	-2,14; -0,09	0,033				-1,12	-2,22; 0,03	0,044
Ventilation Mécanique									
Non				0			0		
Oui				-6,17	-11,39; -0,95	0,020	-5,52	-10,91; 0,12	0,045
Age du proche				-0,19	-0,34; -0,03	0,019			
Sexe du proche									
Féminin									
Masculin									
Niveau d'étude du proche									
Aucun/coranique	6,83	-3,40; 17,06	0,191						
Primaire	9,43	-0,18; 19,06	0,055						
Secondaire	8,51	-1,87; 18,90	0,108						
Supérieur	0								
Lien de parenté									
Conjoint	-15,22	-23,82; -6,62	0,001	-1,32	-7,42; 4,76	0,670	-9,19	-15,49; -2,89	0,004
Parent	-5,96	-13,66; 1,73	0,129	-0,69	-8,67; 7,27	0,864	-4,44	-11,47; 2,57	0,215
Filles/fils	-7,33	-15,87; -1,19	0,092	5,55	-0,98; 12,07	0,096	-1,51	-8,73; 5,71	0,682
Frères/Sœur	-8,28	-16,69; 0,11	0,053	-1,67	-8,46; 5,12	0,629	-5,34	-11,62; 0,93	0,095
Autres	0			0			0		
L'information délivrée									
Junior				0			0		
Senior				9,35	3,63-15,07	0,001	4,98	0,05; 9,92	0,048

FS-ICU, Family Satisfaction in the Intensive Care Unit; APACHE II, Acute Physiology And Chronic health Evaluation II; TISS, Therapeutic Intervention Scoring System

Concernant le «FS-ICU décision», les scores de cette dimension étaient bas (moins de satisfaction) quand la durée du séjour des patients en réanimation était prolongée ($\beta = -0,33$; $p = 0,009$), quand les patients étaient ventilés mécaniquement ($\beta = -6,17$; $p = 0,020$), et quand l'âge du proche interrogé était avancé ($\beta = -0,19$; $p = 0,019$). Les scores du FS-ICU décision étaient élevés (satisfaction élevée) quand l'information était délivrée aux proches par un médecin senior ($\beta = 9,35$; $p = 0,001$).

Concernant le FS-ICU total, le score global du questionnaire était bas (moins de satisfaction) quand l'activité thérapeutique durant les premières 24 heures était élevée ($\beta = -1,12$; $p = 0,044$), quand les patients étaient ventilés mécaniquement ($\beta = -5,52$; $p = 0,045$), et quand le membre de la famille interrogé était le conjoint ($\beta = -9,19$; $p = 0,004$). Les scores du FS-ICU total étaient élevés (satisfaction élevée) quand l'information était délivrée aux proches par un médecin senior ($\beta = 4,98$; $p = 0,048$).



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION
tion in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Discussion

1. RESUME DES PRINCIPAUX FAITS:

Le processus d'adaptation transculturelle en langue Arabe du FS-ICU 24 items n'a pas suscité de grandes modifications. Aucun item n'a pas été supprimé ou ajouté au questionnaire.

Durant la période de l'étude, 91 patients ont été inclus âgés en moyenne de 39 ± 18 ans. L'APACHE II moyen à l'admission était de $12,8 \pm 7,5$. La moyenne du TISS à 24 heures de l'admission était de $10,9 \pm 5,2$.

Aux 91 patients, correspondaient 151 membres de famille qui avaient consenti de répondre à la version Arabe du FS-ICU 24 items. L'âge moyen des familles était de 40 ± 12 ans. Parmi les participants ($n=151$), 67 (44%) étaient non scolarisés, 41 (27%) étaient des frères et sœurs, et 15 (10%) étaient des conjoint. L'information a été délivrée aux familles par un médecin senior dans 35% des cas ($n= 53$), et par un médecin Junior dans 65% des cas ($n= 98$).

L'acceptabilité du FS-ICU était bonne. La durée moyenne de remplissage de FS-ICU 24 items était de $15 \text{ min} \pm 3 \text{ min}$.

Concernant la fiabilité, le FS-ICU a fait preuve d'une excellente consistance interne (le coefficient alpha de Cronbach était de 0,91 pour le FS-ICU soins, et de 0,84 pour le FS-ICU décisions). La convergence interne et le pouvoir discriminant des items étaient excellents avec un succès avoisinant les 100%.

Les corrélations entre les scores du CCFNI et du FS-ICU étaient significatives consolidant ainsi la validité concurrente de questionnaire.

L'analyse en composante principale utilisant deux facteurs a confirmé la nature bidimensionnelle du FS-ICU, consolidant ainsi la validité de structure du questionnaire.

La satisfaction des familles était moyenne dans l'ensemble puisque le score moyen du FS-ICU soins était de $60,4 \pm 15,8$; $41,1 \pm 17,3$ pour le FS-ICU décisions; et $52,3 \pm 14,2$ pour le FS-ICU total.

Concernant les facteurs influençant la satisfaction des familles (validité de construit du FS-ICU), l'analyse multivariée par la méthode de *Generalized Estimating Equation* (GEE) a montré que la satisfaction aux soins était moindre quand l'activité thérapeutique durant les premières 24h de l'admission était élevée ($\beta = -1,12$; $p = 0,033$), et quand le membre de la famille interrogé était le conjoint ($\beta = -15,22$; $p = 0,001$). La satisfaction aux décisions était moindre quand la durée du séjour des patients était prolongée ($\beta = -0,33$; $p = 0,009$), quand les patients étaient ventilés mécaniquement ($\beta = -6,17$; $p = 0,020$), et quand l'âge du proche était avancé ($\beta = -0,19$; $p = 0,019$). La satisfaction aux décisions était élevée quand l'information était délivrée aux proches par un praticien senior ($\beta = 9,35$; $p = 0,001$).

2. Discussion concernant la méthodologie:

2.1. Pourquoi le FS-ICU 24 items ?

Les praticiens en réanimation ont utilisé une grande variété d'échelles de mesure afin d'évaluer les besoins des familles. Différentes échelles de mesure ont été rapportées dans la littérature. Certaines évaluent les besoins des familles tels le *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) [27,37,38], et le *Family Satisfaction in Intensif Care Unit* (FS-ICU) dans sa version longue [21,22] et courte [26]. D'autres échelles de mesure évaluent la qualité de vie des familles en fin de vie des patients tels le *Quality Of Dying and Death* (QODD) [50], et l'*EuroQol-5D* (EQ-5D) [51].

Le CCFNI peut être considéré comme questionnaire de référence dans l'évaluation des besoins des familles en réanimation, il a été largement utilisé dans différentes études [37,38], et a prouvé sa fiabilité et sa validité au Maroc [27]. Cependant, le CCFNI évalue les besoins des familles dans l'ensemble, sans pour autant faire la distinction entre la satisfaction aux soins délivrés aux patients et la satisfaction aux décisions prises en milieu de réanimation. Ces deux domaines constituent pourtant un critère majeur d'évaluation de la satisfaction des familles et de la qualité des soins [21].

Le FS-ICU a également été utilisé dans de nombreuses études [21,22,24], Sa version longue est peu utilisée, elle est astreignante à remplir, et son adaptation transculturelle reste difficile. Dans notre étude, nous avons choisi le FS-ICU dans sa version courte (24 items), puisqu'elle a été récemment élaborée en 2006, antérieurement validée aux Etats-Unis et au Canada [26,28], et qui permet de mesurer à la fois la satisfaction des familles concernant les soins et la satisfaction concernant la prise des décisions.

2.2. La taille de la population de l'étude:

Le nombre de participants nécessaire à l'évaluation de la satisfaction des familles n'est pas précisé dans la littérature, il est variable selon les études. Heyland et al ont recruté 47 membre des familles seulement [21], Stricher et al ont inclu 155 membres [24]. D'autres études ont inclus 1038 [26], et 624 représentants [22]. Dans certains pays occidentaux, l'administration des questionnaires de mesure par courrier postal a permis de faciliter le contact avec les familles et d'améliorer l'effectif des participants.

Dans notre étude, 151 membres de famille ont répondu au FS-ICU. Le nombre des participants peut donc être considéré acceptable.

2.3. Pourquoi un délai de 48 heures pour l'administration du FS-ICU ?

Le délai idéal pour l'administration du FS-ICU aux familles n'est pas précisé dans la littérature, quoique la plus part des études ont choisi un délai supérieur à 48 heures de l'admission des patients [21,22, 24,26].

Le délai de 48h semble idéal à l'administration du FS-ICU aux familles, puisqu'il prend en considération le temps d'adaptation des familles à l'ambiance de la réanimation, et le nouvel environnement de stress émotionnel, et il tient en compte également le temps nécessaire pour pouvoir juger la qualité des soins et s'impliquer dans le processus de prise des décisions.

2.4. Mode d'administration du FS-ICU:

Le FS-ICU est un questionnaire auto-administré. Ce mode d'administration est communément utilisé dans la littérature puisqu'il permet d'éviter l'influence de l'enquêteur sur la réponse aux questions [28].

Dans notre étude, 67 membres de famille (44%) étaient non scolarisés (aucun niveau d'étude ou coranique), et 38 (25%) avaient un niveau primaire. Etant donné le taux élevé d'analphabétisme dans la population adulte Marocaine en général et dans notre étude de manière spécifique, le FS-ICU a été rempli par un enquêteur chez tous les participants. Un seul mode d'administration du FS-ICU a été utilisé dans notre étude indépendamment du niveau d'instruction des participants, et ce en raison d'éviter un biais dans les résultats.

En outre, et en vue de garantir la fiabilité du questionnaire, le même investigateur avait administré le FS-ICU et le CCFNI à tous les participants.

2.5. Adaptation transculturelle du FS-ICU:

L'adaptation transculturelle d'un questionnaire de mesure est une étape indispensable qui garantit des échanges internationaux comparatifs fiables des scores obtenus en différents langages. Le FS-ICU existe en plusieurs langues [21,22,24,26], cependant aucune version Arabe du FS-ICU n'était disponible au début de l'étude.

Les différences culturelles d'un pays à l'autre imposent le recours à un processus d'adaptation transculturelle convenable qui répond aux recommandations internationales établies sur des bases de sociologie interculturelle et des enquêtes de santé épidémiologique [39].

Il existe plusieurs méthodes d'adaptation transculturelle rapportées dans la littérature dont aucune n'a prouvé sa supériorité par rapport à l'autre [40]. La plus classique recommande que la traduction des questionnaires de mesure devrait être effectuée le mieux par deux équipes [40]. Chacune est formée de deux à trois traducteurs. Les caractéristiques et les qualifications personnelles des traducteurs sont également importantes à prendre en considération. Ils doivent bien maîtriser la langue source et encore mieux la langue cible. Ils ne doivent pas avoir les mêmes connaissances professionnelles. La première équipe devrait être informée du questionnaire et de ses applications. La deuxième devrait ignorer les propriétés recherchées et ne doit pas avoir de préférence de connaissances médicales, elle sera ainsi moins influencée par le but académique. Une réunion devrait se tenir par la suite entre les deux groupes de traducteurs et un expert n'étant pas impliqué dans les procédures de traduction, dans le but est d'avoir une traduction commune tenant compte des différences entre les deux traductions initiales.

Un autre processus d'adaptation transculturelle recommande une étape de traduction directe de la langue originale à la langue cible par ou moins deux traducteurs qui maîtrisent nativement la langue cible, suivie d'une étape de rétro-traduction réalisée par deux autres traducteurs qui maîtrisent nativement la langue originale [39]. Ces étapes ont été respectées dans l'adaptation transculturelle du FS-ICU en Arabe dans notre étude, en dehors de la difficulté de trouver des rétro-traducteurs dont la langue natale est la langue Anglaise.

L'équipe de traduction et de rétro-traduction dans notre étude incluait un professeur de langue Française, un professeur de langue Anglaise, ainsi que deux ingénieurs d'état. Tous, non avertis des objectifs de l'étude et maîtrisent aussi bien l'Arabe que l'Anglais. Nous pouvons alors considérer que le processus d'adaptation transculturelle du FS-ICU en Arabe dans notre étude répond aux normes internationales. L'adaptation transculturelle du FS-ICU n'a pas suscité de grandes modifications. L'objectif principal était de garantir la simplicité et l'accessibilité du questionnaire à tous les marocains indépendamment de leur niveau d'instruction.

3. DISCUSSION CONCERNANT LES RESULTATS:

3.1 La satisfaction des familles en réanimation:

- **Difficulté de comparaison :**

Le niveau de satisfaction des familles des patients en réanimation est un processus individuel qui peut varier selon plusieurs paramètres [27].

En effet, les résultats rapportés dans la littérature sont très variables [21,22,24,26,28]. Ce fait n'est pas étonnant puisque le délai de l'évaluation de la satisfaction des familles, la diversité diagnostique chez les malades admis, les données du séjour qui varient d'un patient à l'autre, la multiplicité des échelles de mesure utilisés, les différences de la pratique médicale dans les différents services, ainsi que les différences socio-culturelles à travers les différents pays expliquent l'hétérogénéité des résultats et la difficulté de comparaison.

- **La satisfaction des familles en réanimation:**

Notre étude est la première à évaluer la satisfaction des familles des patients en réanimation au Maroc par le FS-ICU. Une telle étude est intéressante puisqu'elle permet 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 moyen dans l'ensemble avec des scores moyens du FS-ICU soins et FS-ICU décisions de $60,4 \pm 15,8$ et $41,1 \pm 17,3$ respectivement. Comparé aux données de la littérature

médicale, ce niveau de satisfaction est relativement bas chez nos participants. Richard et al [26] ont rapporté un score médian du FS-ICU soins et FS-ICU décisions de 88,5 (75-96,4) et 82,5 (70-92,5) respectivement. Heyland et al ont rapporté un score moyen du FS-ICU soins et FS-ICU décisions de $84,3 \pm 15,7$ et $75,9 \pm 26,4$ respectivement [22]. Le niveau de satisfaction était donc relativement élevé dans les pays occidentaux.

Les différences transculturelles et sociales entre le Maroc et l'Occident, ainsi que les problèmes de système de santé publique dans les pays en voie de développement tel le Maroc peuvent expliquer cet état des faits. Si on considère la difficulté d'accès aux soins dans notre pays, l'insécurité sociale, les moyens thérapeutiques limités en réanimation, l'absence de cellules d'information et de soutien psychologique des familles au sein de l'hôpital, l'irrégularité voire l'indisponibilité du personnel médical et paramédical à délivrer l'information concernant l'état de santé des patients et impliquer les familles aux décisions médicales, et enfin le niveau de vie et le statut socioéconomiques bas des familles (d'autant plus que 49% de nos participants étaient sans emploi, et 44 % n'avaient aucun niveau d'instruction ou du moins coranique), l'ensemble de ces facteurs pourrait affecter négativement la satisfaction des familles dans notre étude. En outre, le séjour en réanimation représente pour les familles un stress accru, et une source d'anxiété et d'incertitude. Le manque de soutien psychologique et de réassurance par des personnes qualifiées ou par le personnel du service peut également réduire le niveau de satisfaction des familles.

3.2. La validation de la version Arabe du FS-ICU:

3.2.1. L'acceptabilité:

Aucune donnée manquante ou incompréhensible n'a été notée dans notre étude, ce qui souligne l'acceptabilité et la simplicité de la version Arabe du FS-ICU.

La durée moyenne de remplissage du FS-ICU était de 15 ± 3 minutes dans notre étude, alors que le FS-ICU nécessite en général 10 à 15 minutes pour être complété [28]. Cette durée de remplissage relativement longue peut être expliquée par l'intervention de l'enquêteur dans l'administration du questionnaire. L'acceptabilité de la version Arabe du FS-ICU n'apparaît donc pas compromise.

3.2.2. La fiabilité:

La consistance interne de la version Arabe du FS-ICU mesurée par le coefficient alpha de Cronbach est excellente dans notre étude. Une valeur $>0,70$ de ce coefficient est considérée satisfaisante [43].

Le coefficient alpha de Cronbach du domaine FS-ICU soins était 0,91 et rejoint ceux de la littérature [22,26]. Ce coefficient était également satisfaisant dans l'ensemble des dimensions de ce domaine hormis la dimension « ambiance au service et à la salle d'attente » (0,41). Ce constat a déjà été rapporté par Richard et al [26] où le coefficient alpha de Cronbach était de 0,43 pour cette dimension. Pour tenter d'expliquer ce résultat : La dimension « ambiance au

service et à la salle d'attente» contient 3 items: l'ambiance au service, l'ambiance dans la salle d'attente, et l'impression globale concernant les soins. En général les familles répondent satisfaits quant à l'impression globale concernant les soins, et insatisfaits quant à l'ambiance au service et à la salle d'attente. Selon Azoulay et al [52], 55% des familles ne sont pas satisfait des conditions de confort dans la salle d'attente. Cette discordance de satisfaction au sein de la même dimension peut expliquer le coefficient alpha de Cronbach bas. En effet dans notre étude, la majorité des familles trouvent l'ambiance au service angoissante, et à la salle d'attente inconfortable et inadaptée à l'accueil des familles. Le fait qu'il n'existe pas au sein du service une salle d'attente réservée à l'accueil des familles, mais plutôt une salle réservée à la base pour les staffs des médecins et les cours des externes ; ainsi que la proximité de cette salle de l'entrée du service ce qui l'expose à de nombreux bruits (voix, vacarmes, alarmes...) font que les familles y jugent l'ambiance anxiogène. Le confort dans la salle d'attente est un élément important de la satisfaction puisque très souvent les familles y passent un temps considérable: qu'il s'agisse du temps d'attente avant d'être reçu par un personnel médical ou paramédical; ou le temps prolongé pour les familles qui ont décidé de rester sur place afin de suivre l'évolution clinique de leur proche. Dans cette optique, certains auteurs ont même proposé de pouvoir disposer de chambres d'accueil des familles [53]. Une telle possibilité n'est malheureusement pas envisageable pour toutes les unités de réanimation; néanmoins quel que soit le cas, la salle d'attente doit être considérée comme un endroit méritant toute l'attention du personnel soignant de la réanimation. Le confort des sièges, le calme, la luminosité, sont des éléments indispensables [53]. La mise en disposition de casiers pour déposer les affaires personnelles des familles pendant les visites est également souhaitable [52].

Le coefficient alpha de Cronbach du domaine FS-ICU décisions était de 0,88. Ce résultat est similaire à ceux rapportés dans la littérature [22,26] (0,88 et 0,82 respectivement). Ce coefficient était également supérieur à 0,70 dans les différentes dimensions de ce domaine. On peut alors considérer que la fiabilité de la version Arabe du FS-ICU est excellente.

3.2.3. La validité:

- **Validité concurrente :**

La validité concurrente de la version Arabe du FS-ICU a été confirmée dans notre étude en corrélant les scores obtenus avec ceux de la version Arabe du CCFNI. Dans la littérature médicale, il n'existe pas de Gold standard pour tester cette validité. A travers les études réalisées, le FS-ICU a été corrélé dans ses différentes langues à différents outils de mesure: Richard et al [26] ont corrélé le FS-ICU au *Quality Of Dying and Death* (QODD) avec des résultats fortement significatifs ($p < 0,001$). Stricher et al [24] ont corrélé le FS-ICU à l'échelle visuelle analogique de l'*EuroQol-5D* (EQ-5D) avec des résultats également fortement significatifs ($p < 0,001$).

Le *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) est un instrument largement utilisé, et considéré comme outil de référence dans la mesure de la satisfaction des familles à travers le monde [27,37,38]. A notre connaissance, aucune étude n'a corrélé les scores du FS-ICU au CCFNI. Etant donné que la première étude Marocaine de la satisfaction des familles en réanimation avait utilisé le CCFNI, et que la version Arabe de ce dernier a prouvé sa fiabilité et sa validité dans cette étude [27], le CCFNI a été utilisé pour confirmer la validité concurrente du FS-ICU.

- **Validité de structure:**

Dans notre étude, l'analyse en composante principale utilisant deux facteurs nous a permis de confirmer la nature bidimensionnelle de la version Arabe du FS-ICU. La validité de structure du FS-ICU a déjà été confirmée dans la littérature [26].

- **Validité de construit:**

Les facteurs déterminants de la satisfaction des familles dépendent à la fois des caractéristiques du patient, de la famille, et du soignant [27]. La littérature médicale n'est pas concluante quant au degré de l'influence de ces paramètres. Les facteurs déterminants de la satisfaction des familles sont très variables selon les questionnaires utilisés et le contexte de l'étude [22,26,27].

Dans notre étude, la satisfaction aux soins (FS-ICU soins) était moindre quand l'activité thérapeutique évaluée par le TISS était élevée. Ceci peut être expliqué par l'attention moindre des praticiens envers le patient étant donné la charge de travail élevée chez lui. La satisfaction aux soins était également moindre quand le parent interrogé était le conjoint. Ceci peut être expliqué par le fait que le conjoint possède des liens très proches avec le patient, et des exigences relativement accrues envers les soins prodigués. Parmi les différentes études de la satisfaction des familles en réanimation ces observations sont très contradictoires, puisque Damghi et al [27] utilisant le CCFNI n'ont trouvé aucune influence du lien de parenté sur la satisfaction des familles, Azoulay et al [18] utilisant une charte sur l'information des familles ont trouvé une meilleure

satisfaction et une meilleure compréhension de l'information chez le conjoint, et Malacrida et al [34] utilisant un questionnaire qu'ils avaient eux même développé ont trouvé que la famille proche était moins satisfaite que les autres personnes n'appartenant pas à la famille.

La satisfaction aux décisions médicales prises était moindre quand les patients étaient ventilés, et quand la durée du séjour en réanimation était longue. Ceci peut être expliqué par le stress et l'anxiété que peut engendrer une hospitalisation prolongée et les lourds moyens thérapeutiques utilisés chez les patients. Ces résultats s'opposent à ceux de Damghi et al. [27] qui n'avaient pas trouvé d'impact de la durée du séjour et de la ventilation mécanique sur la satisfaction des familles. Azoulay et al [18] avaient noté pourtant un impact négatif de l'hospitalisation prolongée sur la satisfaction des familles ainsi que Lee et al [38]. L'âge avancé des proches a été également lié à une moindre satisfaction des familles. Ce constat n'a pas été retrouvé dans d'autres études de la satisfaction des familles en réanimation. Par ailleurs, les familles étaient plus satisfaites aux décisions médicales quand l'information était délivrée par un praticien senior. Ceci rejoint les résultats de Damghi et al [27], Rego Lins Fumis et al [37], et Lee et al [38], et souligne l'expérience du praticien senior, sa disponibilité, et son aptitude aux explications des décisions médicales prises au sein du service par rapport à un praticien junior qui vient d'entamer son cursus. Plusieurs écrits s'accordent à souligner le rôle de l'information délivrée par le médecin senior dans la satisfaction des familles [27,54]. Il est important que l'information soit délivrée aussi clairement que possible et de façon compréhensible en vue de conserver la confiance des familles et les aider à

prendre la meilleure décision pour le patient. L'information claire, précise, et honnête nécessite une grande maturité et une conscience des facteurs influençant la communication [27,54]. Les praticiens juniors pourraient sous-estimer leur rôle dans la délivrance de l'information et l'estimation des besoins cognitifs des familles, ils pourraient également être vus par les familles comme inexpérimentés. Par conséquent, si la satisfaction aux décisions dépend du niveau d'expérience du praticien dans notre étude, les seniors devraient en priorité délivrer l'information aux familles, ou le cas échéant, accompagner les juniors lors des conversations avec les familles, voire former les juniors à la communication effective.

4. LIMITATIONS DE L'ETUDE:

Notre étude est la deuxième au Maroc à évaluer la satisfaction des familles en réanimation, et la première à utiliser le FS-ICU dans cet objectif. Elle possède cependant certaines limitations:

- Le FS-ICU est un questionnaire auto-administré, cependant nous étions contraint de l'administrer par le même enquêteur chez tous les participants étant donné leur bas niveau d'instruction.
- Le FS-ICU a été administré aux familles après 48h de l'admission des patients en réanimation. La satisfaction des familles pourrait alors varier dans le temps et selon le jour de l'interview.
- 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.
- Les résultats de notre étude ne peuvent en aucun cas être généralisés à l'ensemble des services de réanimation au Maroc ni nul part ailleurs.

5. IMPLICATION A LA RECHERCHE ET A LA PRATIQUE CLINIQUE:

- La version Arabe du FS-ICU adaptée et validée dans notre étude constitue désormais un outil solide et fiable d'évaluation de la satisfaction des familles concernant la qualité des soins et les décisions prises en réanimation.
- Le FS-ICU permettra à l'équipe soignante d'évaluer de manière pertinente les besoins des familles en réanimation, et de là mettre en place un programme structuré de communication avec les familles en réanimation.
- Un suivi à court et à long terme reste souhaitable pour étudier la progression naturelle de la satisfaction des familles en réanimation, et étudier ses facteurs déterminants.
- Notre étude sert de base pour la recherche future dans le domaine de la satisfaction des familles évaluée par le FS-ICU.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION
tion in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Conclusion

La version Arabe du FS-ICU est un instrument acceptable fiable et valide pouvant être administré aux familles Marocaines afin d'évaluer leur satisfaction aux soins délivrés aux patients et aux décisions médicales prises en réanimation.

La satisfaction aux soins et aux décisions des familles en réanimation était moyenne.

Les facteurs prédictifs de la satisfaction étaient liés aux patients (activité thérapeutique, durée de séjour, et ventilation mécanique), aux familles (lien de parenté) et aux soignants (praticiens senior).

La satisfaction des familles en réanimation est une entité évolutive dans le temps. Des études plus larges sont souhaitables afin de suivre la progression de la satisfaction des familles et étudier ses facteurs déterminants.

Ailleurs, la version Arabe du FS-ICU peut désormais être utilisée au Maroc dans l'évaluation de la satisfaction des familles en réanimation en vue d'un échange international comparatif.

Le grand défi pour les recherches futures est d'établir une stratégie de communication et un programme d'information destiné à évaluer les besoins des familles en réanimation et améliorer leur satisfaction.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION
tion in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Résumés

RESUME

Thèse n°144: EVALUATION DE LA SATISFACTION DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION PAR LE Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

Auteur : ABIL sanaa

Mots clés : Satisfaction, Familles, Réanimation, Qualité des soins.

Introduction : L'évaluation de la satisfaction des familles est une nécessité médicale et une part essentielle de la responsabilité des praticiens en réanimation. Le *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit* (FS-ICU) est un questionnaire valide de mesure de la satisfaction en réanimation. L'objectif de ce travail était d'évaluer la satisfaction des familles par l'intermédiaire de la version Arabe du FS-ICU et de préciser ses facteurs déterminants.

Méthodes : Etude prospective réalisée dans un service de Réanimation Médicale entre Mai 2008 et Janvier 2009. Ont été inclus pour chaque patient hospitalisé plus de 48h les proches âgés de plus de 18ans ayant rendu visite aux patients. Ont été recueillis 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 traduite et adaptée en arabe (traduction, rétro traduction et adaptation) du FS-ICU. Le FS-ICU mesure 2 domaines: la satisfaction aux soins (FS-ICU soins), et la satisfaction aux décisions (FS-ICU décisions). Les familles ont également répondu à la version Arabe validée au Maroc du *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI). La fiabilité du FS-ICU a été testée par le coefficient alpha de Cronbach, sa validité concurrente par les corrélations entre les scores de FS-ICU et CCFNI. La validité de structure a été établie par une analyse en composante principale (ACP). Les facteurs déterminants la satisfaction des familles ont été identifiés par une analyse multivariée par la méthode de *Generalized Estimating Equation* (GEE).

Résultats : Un total de 151 familles (âge : 40 ± 12 ans, 83F/68H), et 91 patients (âge: 39 ± 18 ans, 50F/41H, APACHE II: $12,8 \pm 7,5$) ont été inclus. Le coefficient alpha de Cronbach du FS-ICU soins et du FS-ICU décisions étaient respectivement de 0,91 et 0,84. La validité concurrente a été confirmée par des corrélations fortes et significatives entre les dimensions du CCFNI et FS-ICU ($r = -0,66$ à $-0,50$; $p < 0,001$). L'ACP a confirmé la nature bidimensionnelle du FS-ICU. La satisfaction aux soins était moindre quand l'activité thérapeutique durant les premières 24h de l'admission évaluée par le TISS était élevée ($\beta = -1,12$; $p = 0,033$), et quand le membre de la famille était le conjoint ($\beta = -15,22$; $p = 0,001$). La satisfaction aux décisions était moindre quand la durée du séjour était prolongée ($\beta = -0,33$; $p = 0,009$), quand les patients étaient ventilés mécaniquement ($\beta = -6,17$; $p = 0,020$), et quand l'âge des patients était avancé ($\beta = -0,19$; $p = 0,001$). La satisfaction aux décisions était élevée quand l'information était délivré par un praticien senior ($\beta = 9,35$; $p = 0,001$).

Conclusion : la version Arabe du FS-ICU est fiable et valide. Les déterminants de la satisfaction aux soins étaient essentiellement liés à la charge du travail, la satisfaction aux décisions était liée essentiellement aux caractéristiques des patients (âge, ventilation mécanique et durée du séjour) et les proches qui sont d'autant plus satisfaits quand l'information est délivrée par un médecin senior.

SAMMARY

Thesis n°144: Assessing the satisfaction of patients' family members in the intensive care unit using the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

Auteur : ABIL sanaa

Key Words: Satisfaction, Family, Critical care, Quality of care.

Background: Assessing family satisfaction is a medical necessity and an essential part of the responsibility of physicians in intensive care unit (ICU). The Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) questionnaire is a valid measure of satisfaction in the ICU. The aim of this study was to evaluate the satisfaction of patients' family members using the Arabic version of the FS-ICU and to assess the predictors of family satisfaction.

Methods: Prospective study conducted in a medical intensive care unit between May 2008 and January 2009. Relatives aged over 18 years who visited the patients were included for each patient hospitalized for more than 48h. Sociodemographic variables, and data of ICU stay were collected from patients and their relatives. Family satisfaction was measured by the version translated and adapted into Arabic (translation, back translation and adaptation) of the FS-ICU. The FS-ICU measures two distinct constructs: satisfaction with care (FS-ICU care), and satisfaction with decisions (FS-ICU decisions). Families also responded to the validated Arabic version of Critical Care in Morocco Family Needs Inventory (CCFNI). The reliability of the FS-ICU was tested by Cronbach's alpha coefficient. Correlations between FS-ICU and CCFNI were used to test the concurrent validity of the FS-ICU. The construct validity was established by a principal component analysis (PCA). The determinants of family satisfaction were identified by the method of Generalized Estimating Equation (GEE).

Results: A total of 151 families (age 40 ± 12 years, 83F/68H), and 91 patients (age: 39 ± 18 years, 50F/41H, APACHE II 12.8 ± 7.5) were included. The Cronbach alpha coefficient of the FS-ICU care and the FS-ICU decisions were 0.91 and 0.84 respectively. Concurrent validity of the FS-ICU was confirmed by significant and strong correlations between CCFNI and FS-ICU ($r = -0.66$ to -0.50 , $p < 0.001$). The PCA confirmed the bivariate nature of the FS-ICU. Satisfaction with care was lower when the TISS was higher ($\beta = -1.12$, $p = 0.033$), and when the family member was the spouse ($\beta = -15.22$, $p = 0.001$). The satisfaction with decision making was lower when the length of stay was prolonged ($\beta = -0.33$, $p = 0.009$), when patients were mechanically ventilated ($\beta = -6.17$, $p = 0.020$), and when patients age was advanced ($\beta = -0.19$, $p = 0.001$). Satisfaction with decisions were higher when the information was issued by a senior physician ($\beta = 9.35$, $p = 0.001$).

Conclusion: The Arabic version of FS-ICU is reliable and valid. Determinants of satisfaction with care were primarily related to the workload, satisfaction with decisions were mainly related to patient characteristics (age, mechanical ventilation and length of stay) and family were more satisfied when the Information is delivered by a senior physician

الملخص

أطروحة رقم 144: تقييم ارتياح أسر المرضى في العناية المركزة بالاعتماد على استمارة ارتياح الأسر في وحدة العناية المركزة (FS-ICU)

الكاتب: عبيل سناء

الكلمات الأساسية: الرضى ، عائلة، العناية المركزة، جودة الخدمة
مقدمة:

إن تقييم رضى الأسر هي ضرورة طبية وجزء أساسي من مسؤولية العاملين في وحدة العناية المركزة. الهدف من هذه الدراسة هو تقييم رضى الأسر من خلال النسخة العربية لاستمارة رضى الأسر في وحدة العناية المركزة (FS-ICU)

المواد:

دراسة استطلاعية في وحدة العناية المركزة الطبية بين مايو 2002 ويناير 2009 . وقد أدرجت لكل مريض في المستشفى تجاوزت مدة استشفائه 48 ساعة الأقارب الذين تجاوز عمرهم 18 سنة. ثم قياس رضى الأسر من خلال النسخة المترجمة إلى اللغة العربية (FS-ICU) و تكيفها، وأجابت الأسر أيضا على النسخة العربية لإستمارات احتياجات العائلة في وحدة العناية المركزة (CCFNI). ثم اختمار موقوفية (FS-ICU) عن طريق معامل ألفا كرونباخ Alpha cronbach، و مدى صلاحيتها المترامنة عن طريق الارتباطات بين مجموع (FS-ICU)

و مجموع (CCFNI) و صحة تكوينه عن طريق تحليل العنصر الرئيسي (ACP) و ثم التعرف على محددات رضى الأسر عن طريق تحليل متعدد التغيرات (GEE)

النتائج:

قد أدرج ما مجموعه 151 أسرة و 91 مريض. معامل ألفا كرونباخ Alpha cronbach- لخدمات FS-ICU هو 0.91 ل FS-ICU القرارات هو 0.84. و ثم تأكيد صحته المترامنة من خلال الارتباطات الهامة و القوية بين أبعاد CCFNI و أبعاد FS-ICU و أكدت طريقة تحليل العنصر الرئيسي طبيعة FS-ICU ذات المجالين. و كان الارتياح للخدمات منخفضا عندما كان النشاط العلاجي TISS مرتفعا و عندما كان فرد الأسرة المستجوب هو الأزوج، كان الإرتياح للقرارات منخفضة عندما كانت مدة الاستشفاء طويلة. كان الإرتياح للقرارات مرتفعا عندما يتم صدور المعلومات من طرف طبيب كبير.

الخلاصة:

إن النسخة العربية لـ FS-ICU متوقعة و صالحة مجدداً الرضى بالخدمات مرتبطة
بعبء العمل. الرضى بالقرارات الطبية المتخذة كما ان مرتبطة بالمقام الأول بخاضعات
المريض و خاصيات العائلة



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION
tion in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Annexes

Annexe 1. La version originale FS-ICU24 items.

PART 1: SATISFACTION WITH CARE

HOW DID WE TREAT YOUR FAMILY MEMBER (THE PATIENT)

Concern and Caring by ICU Staff:

	θ1	θ2	θ3	θ4	θ5	θ6
1. The courtesy, respect and compassion your family member (the patient) was given	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	N/A

Symptom Management:

How well the ICU staff assessed and treated your family member's symptoms.

	θ1	θ2	θ3	θ4	θ5	θ6
2. Pain	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	N/A
3. Breathlessness	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	N/A
4. Agitation	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	N/A

HOW DID WE TREAT YOU?

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

5.	Consideration of your needs: How well the ICU staff showed an interest in your needs	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
6.	Emotional support: How well the ICU staff provided emotional support	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
7.	Co-ordination of care: The teamwork of all the ICU staff who took care of your family member	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
8.	Concern and Caring by ICU Staff: The courtesy, respect and compassion you were given	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
NURSES							
9.	Skill and Competence of ICU Nurses: How well the nurses cared for your family member.	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
10.	Frequency of Communication With ICU Nurses: How often nurses communicated to you about your family member's condition	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PHYSICIANS (All Doctors, including Residents)

Skill and Competence of ICU Doctors:		θ1	θ2	θ3	θ4	θ5	θ6
11.	How well doctors cared for your family member.	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	N/A

THE ICU

Atmosphere of ICU		θ1	θ2	θ3	θ4	θ5	θ6
12.		Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	N/A

THE WAITING ROOM

The Atmosphere in the ICU Waiting Room was?		θ1	θ2	θ3	θ4	θ5	θ6
13.		Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	N/A

How satisfied were you with the level of health care your family member received in the ICU?		θ1	θ2	θ3	θ4	θ5
14.		tVery Dissatisfied	Slightly Dissatisfied	Mostly Satisfied	Very Satisfied	Completely Satisfied

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

INFORMATION NEEDS

1.	Frequency of Communication With ICU Doctors: How often doctors communicated to you about your family member's condition	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
2.	Ease of getting information: Willingness of ICU staff to answer your questions	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
3.	Understanding of Information: How well ICU staff provided you with explanations that you understood	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
4.	Honesty of Information: The honesty of information provided to you about your family member's condition	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
5.	Completeness of Information: How well ICU staff informed you what was happening to your family member and why things were being done.	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A
6.	Consistency of Information: The consistency of information provided to you about your family member's condition (Did you get a similar story from the doctor, nurse, etc.)	θ1 Excellent	θ2 Very Good	θ3 Good	θ4 Fair	θ5 Poor	θ6 N/A

PROCESS OF MAKING DECISIONS:

7. **Did you feel included in the decision making process?**

θ1 I felt very excluded

θ2 I felt somewhat excluded

Ø3 I felt neither included nor excluded from the decision making process

Ø4 I felt somewhat included

Ø5 I felt very included

8. **Did you feel supported during the decision making process?**

Ø1 I felt totally overwhelmed

Ø2 I felt slightly overwhelmed

Ø3 I felt neither overwhelmed nor supported

Ø4 I felt supported

Ø5 I felt very supported

9. **Did you feel you had control over the care of your family member?**

Ø1 I felt really out of control

Ø2 I felt somewhat out of control

Ø3 I felt neither in control or out of control

Ø4 I felt I had some control over the care my family member received

Ø5 I felt that I had good control over the care my family member received

10. **When making decisions, did you have adequate time to have your concerns addressed and questions answered?**

Ø1 I could have used more time

Ø2 I had adequate time



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION
tion in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

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 أنك 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

Annexe 3. 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

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

كيف يعالج العاملين في المصلحة أعراض المريض فيم يخص

2 الألام

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

3 صعوبة التنفس

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

4 الانفعال

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

كيف نعاملك أنت

5 - فيما يخص احتياجاتك

كيف يهتم العاملون في المصلحة مع احتياجاتك

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

6- مشاعرك و أحاسيسك

كيف يشاطرونك العاملين في المصلحة أحاسيسك

1 ممتاز 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

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

8 الاهتمام من طرف العاملين في المصلحة

- الاحترام و التقدير

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

فيما يخص الممرضين

9 تعامل و قدرات الممرضين في المصلحة

- كيف تجد عناية الممرضين بمريضك

1 ممتاز 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

1 ممتاز 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

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

فيما يخص المصلحة

12 كيف هي الأجواء في مصلحة الإنعاش

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

فيما يخص قاعة الانتظار

13 كيف هي الأجواء في قاعة الانتظار

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

14 ما مستوى رضاك من 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

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

2 سهولة تلقي المعلومات

مدى استعداد العاملين في المصلحة لإعطاء الاستفسارات

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

3 استيعابك للمعلومات

- هل التقاسير التي يقدمها لك العاملين في المصلحة واضحة

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

4 شفافية المعلومات

- هل المعلومات تقدم لك بكل شفافية فيما يخص مريضك

1 ممتاز 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 و أسباب ذلك

1 ممتاز 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

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

القرارات الطبية المتخذة

7 هل تشعر أنك تتدخل فيها

- 1 اشعر أنني جد مقصى
- 2 اشعر أنني مقصى في بعض الأحيان
- 3 اشعر أنني مقصى في بعض الأحيان و يؤخذ برأيي في بعض الأحيان
- 4 اشعر أنني أتدخل في بعض الأحيان
- 5 اشعر أنني أتدخل كثيرا

8 هل تشعر أنك مدعم في القرارات

- 1 اشعر أنني محطم كليا
- 2 اشعر أنني محطم قليلا
- 3 اشعر مرة أنني مدعم و مرة محطم
- 4 اشعر أنني مدعم
- 5 اشعر أنني جد مدعم

9 هل تشعر أنك تتحكم في العلاجات التي يتلقاها المريض

- 1 اشعر أنني خارج التحكم في العلاجات التي يتلقاها المريض
- 2 اشعر أنني أتحكم في بعض الأحيان في العلاجات التي يتلقاها المريض
- 3 اشعر أنني أتحكم مرة و مرة لا أتحكم
- 4 اشعر أنني أتحكم بعض الأحيان في العلاجات التي يتلقاها المريض
- 5 اشعر أنني أتحكم جيدا في العلاجات التي يتلقاها المريض

10 في اتخاذ القرارات هل كان لديك الوقت المناسب لتلبية احتياجاتك و الإجابة عن أسئلتك

- 1 كان لدي أكثر من الوقت
- 2 كان لدي الوقت الكافي



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

DES FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION
tion in the Intensive Care Unit (FS-ICU)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Bibliographi

- [1] **Claveranne J-P, Vinot D, Fraisse S , Robelet M, Candel D, Dubois D, Marchaudon P.** Les perceptions de la qualité chez Les professionnels des établissements de santé, Rapport pour la Direction de L'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins 2003.
- [2] Institute of Medicine, Crossing the quality chasm: A new health system for 21st century. Washington DC, National Academy Press 2001.
- [3] **Tjam FS.** Technology assessment and transfer in district health systems. World Hosp Health Serv 1994; 30: 3-8.
- [4] **Flaatten H, Kvale R.** Survival and quality of life 12 years after ICU. A comparison with the general Norwegian population. Intensive Care Med 2001; 27: 1005-1011.
- [5] **Molter NC.** Families are not visitors in the critical care unit. Dimens Crit Care Nurs 1994; 13: 2-3.
- [6] Comité de Réanimation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. L'information au patient en réanimation et à ses proches : le Point de vue de la SFAR. Réanimation 2001; 10: 582-591.
- [7] **Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PN.** Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physicians' practices and patients' wishes. Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 288-292.

- [8] **Emanuel EJ, Emanuel LL.** Proxy decision making for incompetent patients. An ethical and empirical analysis. *JAMA* 1992; 267: 2067-2071.
- [9] **Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT.** Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998; 352: 614-617.
- [10] **Rivera S, Kim D, Garone S, Morgenstern L, Mohsenifar Z.** Motivating factors in futile clinical interventions. *Chest* 2001; 119: 1944-1947.
- [11] **Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulsky JA.** Conflict associated with decisions to limit lifesustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 283-289.
- [12] **Rosenberg SN.** Choosing the assessment method that meets your needs: Quality assurance in hospitals. Strategies for assessment and implementation Rockville: Aspen Publication, 1990; Graham NO Ed: 95-106.
- [13] **Batchelor C, Owens DJ, Read M, Bloor M.** Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. *Int J Health Care Qual Assur* 1994; 7: 22-30
- [14] **Fitzpatrick R.** Scope and measurement of patient satisfaction: Measurement of patients' satisfaction with their care. London: Royal College of Physicians of London, 1993; Fitzpatrick R, Hopkins A Eds: 1- 17.

- [15] **Staines A.** La gestion des attentes de la population à l'égard du système de santé: actions possibles de la part des pouvoirs publics. *Santé Publ* 1995; 7: 339-349.
- [16] **Molter NC.** Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study *Heart Lung* 1979;8: 332-339.
- [17] **Jonhson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodly O.** Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1998; 26:266 -271.
- [18] **Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, Canoui P, Le Gall JR, Schlemmer B.** Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000; 28: 3044-3049.
- [19] **Robb YA.** Family nursing in intensive care part two: the needs of a family With a member in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs.* 1998; 14: 203- 207.
- [20] **Azoulay E, Pochard F.** Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2003; 9: 545- 550.
- [21] **Heyland DK, Tranmer JE.** Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care* 2001; 16: 142-149.

- [22] **Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, CookDJ, Peters S, Tranmer JE, O'Callaghan CJ** . Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002; 30: 1413-1418.
- [23] **Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M**. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Crit Care Med* 2001; 29: 192-196.
- [24] **Stricher KH, Niemann S, Bugnon S, Wurz J, Rohrer O, Rothen HU**. Family satisfaction in the intensive care unit: cross-cultural adaptation of a questionnaire. *J Crit Care* 2007; 22(3): 204-211.
- [25] **Brown A, Hijazi M**. Arabic translation and adaptation of Critical Care Family Satisfaction Survey. *Int J Health Care* 2008; 20: 291-296.
- [26] **Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR**. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med* 2007; 35: 271-279.
- [27] **Damghi N, Khoudri I, Oualili L, Abidi K, Madani N, Zeggwagh AA, Abouqal R** . Measuring the satisfaction of intensive care unit patient families in Morocco: a regression tree analysis. *Crit Care Med* 2008; 36:2084-2091.

- [28] 28. **Family** Satisfaction in The Intensive Care Unit (FS-ICU) Survey. Available at: <http://www.criticalcareconnections.com> Accessed January 1, 2006
- [29] **Buck D, Jacoby A, Massey A, Ford G.** Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke* 2000; 31: 2004-2010.
- [30] **Wann-Hansson C, Hallberg IR, Risberg B,** Rosemarie Klevsgård. A comparison of the Nottingham Health Profile and Short Form 36 Health Survey in patient with chronic lower limb ischaemia in a longitudinal perspective. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 9.
- [31] **Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE.** APACHE II: A severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985; 13: 818-829.
- [32] **Mc Cabe WR, Jackson GG.** Gram –negative bacteremia, Etiology and ecology. *Arch Intern Med* 1963; 110: 847- 855.
- [33] **Keene AR, Cullen DJ.** Therapeutic Intervention Scoring System: update 1983. *Crit Care Med* 1983; 11: 1-3.
- [34] **Malacrida R, Bettelini CM , Degrate A, Martinez M, Badia F, Piazza J, Vizzardi N, Wullschleger R, Rapin CH:** Reasons for Dissatisfaction: A survey of relatives of intensive care patients who died. *Crit Care Med* 1998; 26: 1187-1193.

- [35] **Ware JE, Berwick DM.** Patient judgments of hospital quality: Report of a pilot study. *Medical Care* 1990; 28: S39-S44.
- [36] **Charles C, Gafni A, Whelan T.** Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis, Working Paper Series 98-2, May 1, 1998.
- [37] **Rego Lins Fumis R, Nishimoto IN, Deheinzelin D.** Measuring satisfaction in family members of critically ill cancer patients in Brazil. *Intensive Care Med* 2006; 32: 124-128.
- [38] **Lee LY, Lau YL.** Immediate needs of adult family Members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003; 12: 490-500.
- [39] **Lewis V, Finlay AY.** 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9: 169-180.
- [40] **Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB, Marcos B.** Guidelines for the processus of Cross –cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25: 3186-3191 .
- [41] **Nunnally JC.** Psychometric theory. 2nd ed. New York, Mc Graw Hill, 1978
- [42] **Dougados M.** La mesure: Initiation du clinicien au langage statistique et méthodologique. 1996; 95-126.

- [43] **Cronbach LJ.** Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-343.
- [44] **Kaplan R.-M, Bush J.W, Berry C.-C.** Health status: types of validity for an index of well-being. *Health Serv Res* 1976; 11: 478-507.
- [45] **Kaplan R.-M, Atkins C.-J. Timms R.-M.** Validity of a quality of well-being scale as an outcome measure in chronic obstructive pulmonary disease. *J Chron Dis* 1984; 37: 85-95.
- [46] **Horn JL.** A rationale and test for the number of factors In factor analysis. *Psychometrika* 1965; 30: 179-85.
- [47] **Gorsuch RL:** Factor Analysis. Philadelphia, Saunders Company, 1974.
- [48] **Kenlinger FN.** Foundations of behavioral research. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973.
- [49] **Hanley JA, Negassa A, Edwardes MD** and Forrester JE Statistical Analysis of Correlated Data Using Generalized Estimating Equations: An Orientation. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 364-375.
- [50] **Levy CR, Ely EW, Payne K, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR.** Quality of dying and death in two medical ICUs: Perceptions of family and clinicians. *Chest* 2005; 127: 1775- 1783.

- [51] **Khoudri I, Abidi K, Madani N, Zeggwagh AA, Abouqal R .** Adaptation trans-culturelle et validation de la version Arabe pour le Maroc de l'EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D) en réanimation. *Réanimation* 2008; 17: 197.
- [52] **Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B; French FAMIREA Group.** Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163: 135-139.
- [53] **Bournes D, Mitchell G.** Waiting. The experience of persons in a critical care waiting room. *Res Nurs Health* 2002; 25: 58-67.
- [54] **Moreau D, Goldgran-Toledano D, Alberti C, Jourdain M, Adrie C, Annane D, Garrouste-Orgeas M, Lefrant JY, Papazian L, Quinio P, Pochard F, Azoulay E.** Junior versus senior Physicians for informing families of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169: 512-517.

Serment

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

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم أقسم بالله العظيم

- في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:
- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بأوازع من طمير وثقافة عالية مريضة هدي في الأول.
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - ◀ وأن أقوم واجبي نحو مرضاي دون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - ◀ وأن لا أبذل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

144 أطروحة رقم: سنة : 2010

تقييم ارتياح أسر المرضى في العناية المركزة بالاعتماد
على استمارة ارتياح الأسر في العناية المركزة (FS-ICU)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرفه

الآنسة : سناء عبيل

المزادة في 02 أكتوبر 1983

طبية داخلية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الرضى – عائلة – العناية المركزة – جودة الخدمة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

السيد: عبد الرحيم عزوزي

أستاذ في الإنعاش والتخدير

السيد: رضوان أبوقال

أستاذ في الإنعاش الطبي

السيد: نوفل مدني

أستاذ مبرز في الإنعاش الطبي

السيد: رشيد بالموساوي

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

السيد: هشام أزندور

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

أعضاء