

# Rôles et tâches des accompagnateurs des patients hospitalisés dans le service de pneumo-physiologie au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso)

OUÉDRAOGO S. M.<sup>1</sup>, SONDO K. A.<sup>2</sup>, KYÉLEM C. G.<sup>1</sup>, SANOU Y.<sup>3</sup>,  
BADOUM G.<sup>3</sup>, OUÉDRAOGO M.<sup>3</sup>, DRABO Y. J.<sup>4</sup>

## Résumé

La pénurie en ressources humaines de santé est un phénomène universel et l'Afrique n'est pas en reste. Cette étude vise à étudier les types de soutien apporté par l'accompagnateur des patients hospitalisés et les tâches qui leur sont assignées dans le service de pneumo-physiologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Il s'est agi d'une étude transversale, à passage multiples et à visée descriptive, couvrant la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2012.

La contribution aux soins tels la surveillance des perfusions, l'administration des médicaments, le dépôt et retrait des bilans de santé, le nursing étaient rapportés à des taux respectifs de 100 %, 78 %, 89 %, 79 %. Le soutien logistique représenté par le soutien matériel, l'approvisionnement en médicaments, le nettoyage des locaux, le brancardage, occupaient des taux respectifs de 100 %, 91 %, 42 % et 73 %. La sollicitation financière et le soutien psychologique de l'accompagnateur ont été soulignés respectivement dans 68 % et 96 % des cas. Les patients hospitalisés souffraient de pathologies infectieuses dans la moitié des cas. Et 72 % des accompagnateurs assistaient des patients séropositifs au VIH dans la méconnaissance totale de leur sérologie.

Une sensibilisation à la prévention des infections des accompagnateurs de patients reste indispensable.

**Mots-clés :** accompagnateur, rôle, tâche, Pneumo-physiologie, Burkina Faso.

## Roles and tasks of hospitalized patients' accompanists in the Pneumo-Phtysiology Department of Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou (Burkina Faso)

### Abstract

The shortage of health human resources is a universal phenomenon and Africa is no exception. This study aims to investigate the types of support provided by hospitalized patients accompanists and their assigned tasks in the Pneumo-Phtysiology department of Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina-Faso.

<sup>1</sup> Service de médecine interne CHU souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

<sup>2</sup> Service de maladies infectieuses CHU yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>3</sup> Service de pneumo-physiologie, CHU yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>4</sup> Service de médecine interne CHU yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondant : Macaire Ouédraogo : Professeur agrégé de médecine interne CHU souro sanou, 01 BP 2175 Ouagadougou 01.

GSM : +226 70 20 70 76. Email : macco72@yahoo.fr

It is about a cross-sectional study with multiple passages and descriptive aims covering the period from 1 July to 31 December 2012.

Accompanists contribution to health cares such as supervision of perfusions, medication administration, deposit and withdrawal of health checkups, and nursing were reported at respective rates of 100%, 78%, 89%, 79%. Logistical support represented by material support, drug supply, cleaning of premises, and littering occupied respectively 100%, 91%, 42% and 73%. Accompanists financial solicitations and psychological support were noticed in respectively 68% and 96% of cases. Half of Hospitalized patients were suffering from infectious diseases. And 72% of accompanists attended HIV infected patients in total ignorance of their status.

A sensitization about infection prevention with patients' accompanists remains indispensable.

**Keywords:** Accompanists, role, tasks, Pneumo-phthysiology, Burkina Faso.

## Introduction

La pénurie en ressources humaines de santé est un phénomène mondial. Selon l'OMS, 4,3 millions de soignants supplémentaires manquent à travers le monde pour assurer les soins de santé primaires à tous, dont 1,5 millions pour la seule région africaine au sud du Sahara (United States agencies for international development of USA, 2003). Pour une bonne pratique des soins de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un médecin pour 10.000 habitants, un infirmier pour 5.000 habitants, et en hospitalisation un infirmier pour deux lits et des aides-soignants dans la majorité des services d'hospitalisation. (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2012). Ces normes recommandées par l'OMS sont loin d'être atteintes par la plupart des pays africains subsahariens, où il y a un déficit crucial de personnel de santé. Diverses études ont montré que le ratio minimal serait de 2,5 soignants pour 1.000 habitants en Afrique (Commission au conseil et au parlement européen, 2005). Le Burkina Faso n'est pas en marge de cette situation où devant cette pénurie d'agent de santé, les aides soignants sont des soignants (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2012). Alors que l'OMS préconise un médecin pour 10.000 habitants, le pays ne comptait en 2010 qu'un médecin pour 22.063 habitants. Les villes de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou regroupent près de la moitié des médecins (Ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso, 2009). Là où les besoins sont énormes, les systèmes de santé sont les plus faibles, d'où l'ampleur du phénomène de l'accompagnement de patients dans le système de santé africain, pour compenser le manque de personnel (OMS, 2006 ; United States agencies for international development of USA, 2003). En effet il est courant de constater au sein de nos structures sanitaires une déviation du rôle de l'accompagnateur de patients, qui par moment est assimilé à un « *auxiliaire de santé circonstanciel* ». En effet, cette participation des accompagnateurs dans les soins est associée souvent à des conséquences sanitaires néfastes, aussi bien pour eux même que pour les patients (KOFFI et HORRO, 2003 ; MÉDAH, 2006). Le plus souvent les patients qu'ils assistent sont porteurs de pathologies infectieuses graves contagieuses, ignorées totalement par ces derniers, les exposant ainsi à de réels risques infectieux. Cette étude réalisée au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire au Burkina Faso, devrait permettre une meilleure appréhension du rôle et du type de soutien apporté par les accompagnateurs de patients d'une part, des tâches qui leur sont assignées et des risques qu'ils encourent d'autre part.

## Méthode

Il s'est agi d'une étude transversale prospective à passage multiple et à visée descriptive d'une période de six mois du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2012. L'étude a été réalisée dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO). Ont été inclus dans l'étude, tous les accompagnateurs des patients hospitalisés de plus de 24 heures durant la période d'étude, qui ont donné leur consentement libre et éclairé. Le choix du service s'est fait de façon aléatoire après un tirage au sort avec le service des maladies infectieuses. La collecte des données s'est effectuée à travers une interview des accompagnateurs et les réponses recueillies à l'aide d'une fiche de collecte. Il a été réalisé par un étudiant stagiaire en médecine. Chaque accompagnateur a bénéficié de plusieurs entretiens durant la période d'étude, et la langue utilisée était la langue française ou plus souvent la langue locale parlée par le répondant. Des informations complémentaires ont été obtenues à partir des dossiers d'hospitalisation des patients. Les variables pertinentes étaient les caractéristiques socio-démographiques des accompagnateurs, les caractéristiques cliniques des patients, les types de soutien apportés au patient par l'accompagnateur. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes. Les données ont été saisies sur Epi Data 3.1 et exportées sur Epi-Info version 3.5.1 pour analyse. L'étude n'a pas été soumise à un comité d'éthique mais une autorisation préalable a été obtenue auprès des autorités du CHUYO et du chef de service de pneumologie. La dignité, l'intimité et l'anonymat des accompagnateurs et des patients ont été respectés.

Définitions opérationnelles :

- Accompagnateur : selon le Larousse, l'accompagnateur est une personne qui accompagne un malade pour lui servir de guide ou de garde (Larousse, 2011) ;
- Aidant principal : la prise en charge familiale repose classiquement sur une seule personne, le plus souvent le conjoint ou le descendant, et ce, même si le réseau d'aidants potentiels est dense. Dans les 75 % des cas, cet aidant principal est une femme. Les hommes assurent plus facilement le rôle d'aidant secondaire ou de co-aidant. En pratique, le choix de l'aidant principal a reposé sur un certain nombre de critères (Association Francophone des droits de l'homme âgé, 2003). Ces critères tiennent compte de : sa plus grande disponibilité, sa plus grande disponibilité, son statut matrimonial (généralement célibataire dont les charges familiales sont réduites), sa proximité géographique du lieu de la prise en charge, son activité (généralement la personne choisie n'a pas d'activité professionnelle formelle).

## Résultats

### Données socio démographiques

Au total 100 malades ont été hospitalisés dans le service de pneumologie et pour chaque patient nous avons enquêté l'accompagnateur principal.

L'âge moyen était de 40,3 ans  $\pm$  14 avec des extrêmes de 19 et 70 ans. La tranche d'âge de 25-44 ans représentait 62 % des accompagnateurs. La population d'étude était à prédominance féminine (sexe ratio = 0,63). Les accompagnateurs vivaient en couple dans 84 % des cas, travaillaient dans le secteur informel dans 49 % des cas ou étaient cultivateurs dans 30 % des cas ; 66 % étaient non scolarisés. La plupart des accompagnateurs résidait en dehors de la ville de Ouagadougou dans 61 % des cas et avait un lien fraternel direct avec le malade dans 34 % des cas. Dans 75 % des

cas la motivation était parce c'est un proche parent. L'accompagnateur subvenait aux besoins d'un ménage d'une taille comprise entre 5-10 personnes. Le tableau I illustre les caractéristiques socio-démographiques des accompagnateurs.

**Tableau I** : Répartition des accompagnateurs selon leurs caractéristiques socio épidémiologiques

Caractéristiques des accompagnateurs	Variables	%
	<b>Age</b>	Moyen = 40, 3 ans [19-70]
	<b>Sexe</b>	M 39 F 61
	<b>Profession</b>	Commerçants 06 Fonctionnaires 15 Cultivateurs 30 Secteur informel 49
	<b>Statut matrimonial</b>	Couple 84 Célibataire 16
	<b>Résidence</b>	Hors Ouagadougou 61 Ouagadougou 39
	<b>Niveau d'instruction</b>	Non scolarisé 66 Primaire 09 Secondaire 24 Universitaire 01
	<b>Lien de parenté</b>	Conjoint 10 Père/mère 14 Fils/fille 15 Frère/sœur 34 Ami/voisin/collègue 27
	<b>Taille de ménage</b>	< 5 04 5-10 58 >10 38
	<b>Expérience dans l'assistance aux malades</b>	Oui 81 Non 19
	<b>Motivations</b>	Parent proche 75 Solidarité 18 Décision familiale 07

## Types de soutien assuré par l'accompagnateur

### Le soutien logistique

La totalité (100 %) des accompagnateurs était impliquée dans le soutien matériel au malade (rendre disponible les pots d'exams de crachats, les habits, les serviettes, les plats, les cuillères, les assiettes, les nattes, les ventilateurs, les réchauds à gaz ou fourneau à braise). Parmi les accompagnateurs, 91 % d'entre eux assuraient l'approvisionnement en médicaments des patients, et respectivement dans 73 % et 42 % des cas, le transport/ brancardage des malades et l'entretien/ nettoyage des locaux.

## Le soutien physique

Les accompagnateurs ont contribué aux soins de leur proche et leur rôle étaient : tous surveillaient les malades, 89 % assuraient l'acheminement des produits pathologiques ou le retrait des résultats et 78 % ont aidé à l'administration des médicaments par voie orale. Le nursing était assuré par les accompagnateurs : il consistait à assurer la toilette, l'alimentation du patient (90 %), la vidange de ses excréta (76 %), sa toilette (71 %), et veiller à sa sécurité (77 %).

## Le soutien psycho-affectif

Le soutien psychologique au patient était assuré par 96 % des accompagnateurs. Dans 60 % des cas, les accompagnateurs signalaient les plaintes du patient au personnel médical/paramédical et partageaient les décisions prises par la famille face aux différents problèmes inhérents aux soins.

## Le soutien financier

Le soutien financier au patient relevait principalement des visiteurs (69 %), des accompagnateurs (68 %) et du patient lui-même (47 %). Aucun patient n'avait contracté une assurance maladie. Les différents types de soutien sont rapportés dans le tableau II.

**Tableau II** : Répartition des accompagnateurs selon le type de soutien au malade

Types de soutien assuré par l'accompagnateur	Variables	%	
		Oui	Non
Soutien logistique	Matériels	100	00
	Médicaments	91	09
	Entretien nettoyage	42	58
	Transport brancardage	76	24
	Surveillance soins	100	0
Soutien physique	-Apport en soins		
	Administration médicament	78	22
	Dépôt /retrait bilan biologique	89	11
	-Apport en Nursing		
	Toilette	71	29
	Habillage malade	79	21
	Vidange pot du malade	76	24
Aider à s'alimenter	90	10	
Sécurité malade	77	23	
Soutien psycho affectif	Soutien moral	96	04
	Informations pendant les soins	60	40
Soutien financier	Accompagnateur	68	32
	Patient lui-même	47	53
	Visiteurs	69	31
	Service social	08	92
	confession religieuse	15	85
	Assurance maladie	00	100

## **Taches assignées aux accompagnateurs par le personnel de santé**

Les accompagnateurs ont affirmé en moyenne avoir reçu des consignes de la part du personnel de santé dans 51 % des cas : ils devaient assurer la surveillance des perfusions, l'administration des médicaments, le transport du malade pour la réalisation des examens paracliniques et la limitation du nombre des visiteurs.

## **Contraintes liées à l'assistance en milieu hospitalier**

Quatre vingt un accompagnateurs avaient une expérience dans l'assistance des malades (3 à 6 assistances de malades environ). Le temps moyen mis au chevet du malade était de 21 heures par jour (extrême 3 et 24 heures) et l'assistance du malade se faisait de façon permanente dans 31 % des cas.

Les bilans para cliniques des malades ont été réalisés hors de l'hôpital dans 55 % des cas, et les médicaments prescrits n'étaient pas disponibles au niveau du dépôt pharmaceutique de l'hôpital dans 65 % des cas. Les accompagnateurs ne savaient pas où se situaient les services d'imageries, les laboratoires d'analyses médicales et les officines de la ville de Ouagadougou dans 58 % des cas. Ils utilisaient un cyclomoteur pour se déplacer dans 37 % des cas et les engins utilisés étaient loués ou empruntés dans 46 % des cas.

## **Risques liés à l'accompagnement du malade**

Dans 52 % des cas la toux était le principal signe fonctionnel. La moitié des malades étaient hospitalisés pour des pathologies respiratoires d'origine infectieuse, dont 11 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. Les malades étaient infectés par le VIH dans 22 % des cas, et 72 % de leur accompagnateur ignoraient leur statut sérologique. Le tableau III illustre les différentes pathologies des patients hospitalisés. L'entretien du malade (toilette, habillement, vidange du pot du malade, l'assistance au cours de l'alimentation, de même que celui des locaux) étaient assurés par l'ensemble des accompagnateurs dans des conditions précaires tels que l'absence de port d'équipement de protection individuel (gants, bavettes, blouses), l'utilisation relative d'antiseptiques (savons, eau de javel), l'absence de lavage adaptée des mains après manipulation d'objets souillés. Enfin les usagers cohabitent en groupe dans les chambres d'hospitalisation, avec présence de déchets médicaux, de liquides biologiques et de nourritures.

**Tableau III** : Fréquence des différentes affections respiratoires infectieuses et non chez les patients hospitalisés dans le service de pneumologie.

Diagnostic	Effectifs (n)
<b>Pathologies infectieuses à germes banals</b>	<b>(39)</b>
Pneumopathie	9
Broncho-pneumopathie	5
Pleuropneumopathie	4
Pleurésie	21
pathologies infectieuses à germes spécifiques	11
TPM+	11
<b>Maladies pulmonaires obstructives chroniques</b>	<b>(39)</b>
BPCO	25
Asthme	8
Emphysème pulmonaire	3
Bronchectasie	3
<b>Pathologie tumorale</b>	<b>(6)</b>
<b>Cancer broncho-pulmonaire</b>	<b>(6)</b>
<b>Autres</b>	<b>(5)</b>
Pneumothorax	1
Pneumoconiose (silicose)	1
Fibrose pulmonaire	3
<b>Total</b>	<b>100</b>

## Discussion

Les accompagnateurs avaient un âge moyen de 40,3 ans à prédominance féminine, ils vivaient en couple, étaient non scolarisés, et résidaient hors de la ville de Ouagadougou dans la majorité des cas.

D'autres auteurs ont rapporté un âge moyen de 44 ans parmi les accompagnateurs des femmes dans le service de gynécologie au Mali (BAMBA, 2000). Au Burkina Faso une prédominance masculine avec un âge moyen de 36 ans était rapportée dans l'étude sur les accompagnateurs des patients tuberculeux (OUÉDRAOGO *et al.*, 2014). On note une disparité d'âge des accompagnateurs en fonction du type de patient ; en effet dans l'étude de Bamba il faut être d'un certain âge pour pouvoir s'occuper d'une accouchée récente et d'un nouveau né. La prédominance féminine retrouvée, est partagée par Badoum au Burkina Faso (BADOUM *et al.*, 2014). Ceci s'expliquerait par la forte implication et représentativité de la femme aux activités à caractère socio familial et psycho affectif dans nos sociétés africaines. En effet si elle est reléguée à des tâches ménagères à domicile, en qualité d'accompagnatrice de patients ; elle doit assurer la toilette du patient, lui donner à manger, vider les excréta... Les accompagnateurs avaient comme principales occupations un travail dans le secteur informel ou étaient cultivateurs ; donc les accompagnateurs

n'avaient pas une activité rémunératrice importante, ce qui les rendait plus disponibles à rester auprès d'un malade ; en effet ils passaient en moyenne 21 heures aux côtés des patients. La majorité des patients était non scolarisée, et de ce fait l'ignorance constitue un handicap quant à l'application des mesures d'hygiène au patient, et à la maîtrise des tâches assignées par les agents de santé. La résidence des accompagnateurs hors de Ouagadougou, retrouvée dans 61 % des cas s'expliquerait par la provenance des patients ; il s'agissait le plus souvent de malades référés d'autres villes ou provinces du pays au CHUYO qui est un centre de référence nationale. Cette situation n'est pas sans conséquence quant à l'hébergement et à la reconnaissance de la cartographie de la ville ; en effet 58 % des accompagnateurs ne savaient pas où se situaient les services d'imageries, les laboratoires et les pharmacies or la majorité d'entre eux était non scolarisée donc ne savait ni lire ni écrire.

Cette situation est d'autant plus grave car 55 % des examens para cliniques étaient réalisés hors de l'hôpital et 65 % des médicaments prescrits étaient indisponibles au dépôt de l'hôpital. Les accompagnateurs travaillaient dans le secteur informel dans la plupart des cas ou étaient des cultivateurs. Au Mali le même constat avait été fait (TRAORÉ *et al.*, 2011). Ces résultats semblent compatibles avec la situation socioprofessionnelle et économique de notre pays (Ministère de la Santé, 2008). Cette situation occasionne un manque à gagner pour l'accompagnateur qui se voit obligé d'abandonner ses activités de subsistance pour rester avec le malade jusqu'à sa guérison.

En rapport avec la charge familiale de l'accompagnateur et le soutien financier accordé au patient, plus de la moitié des accompagnateurs subvenait aux besoins d'un ménage de 5-10 personnes, avec pour conséquence un impact négatif au soutien financier dans l'accompagnement du malade. En effet il ressort au Burkina que le soutien financier de l'accompagnateur s'amenuisait chez les aides ayant en charge plus de 5 personnes (OUÉDRAOGO *et al.*, 2014). Le lien de fraternité direct (frère et sœur) a été le plus retrouvé dans 34 % des cas ; ce résultat est partagé par Gbikpi au Sénégal (GBIKPI *et al.*, 1978), où 70 % des accompagnateurs avaient un lien de fraternité direct avec le malade. Dans nos sociétés africaines les aspects sociaux que revêt l'accompagnement du patient est d'une valeur culturelle importante. Ne pas avoir un membre de de la famille au chevet d'un malade est perçu comme un abandon de la personne ; ce qui est socialement inconcevable car il y a toujours une personne disponible à vous accompagner ; en effet dans l'étude 27 % des accompagnateurs étaient soit un ami, un voisin ou un collègue ; aussi 69 % du soutien financier provenaient des visiteurs. Le soutien logistique était assuré par les accompagnateurs à plus de 70 %. D'autres auteurs au Burkina Faso, au Mali et au Bénin (OUÉDRAOGO *et al.*, 2014 ; BAMBA, 2000 ; ZONGO, 2009) ont rapporté des résultats similaires dans leurs études. Ces tâches assignées aux auxiliaires de santé étaient assurées par les accompagnateurs, sans aucune mesure de protection individuelle, telle l'utilisation de gants ou des bavettes. L'hôpital offre un écosystème propice à la diffusion d'agents infectieux et selon l'OMS, 30 % des hospitalisés et leur entourage contracteraient une infection nosocomiale durant leur séjour (ALESSANDRO, 2012). La promiscuité, le contact rapproché avec le malade, la non information des accompagnateurs par les agents de santé de la maladie du patient (et pourtant exploités comme auxiliaires de santé de circonstance), la méconnaissance des mesures de prévention des infections sont autant de facteurs qui pourraient augmenter le risque de contamination des accompagnateurs. En effet les pathologies respiratoires diagnostiquées dans l'étude étaient d'origine infectieuse dans 50 % des cas dont 11 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. La tuberculose pulmonaire est très contagieuse, et la toux est un facteur essentiel de propulsion des particules infectantes dans l'air,

exposant ainsi les accompagnateurs à la tuberculose ou à d'autres pathologies infectieuses contagieuses. Ce résultat est partagé par Ouédraogo au Burkina Faso (OUÉDRAOGO, 2008). Le risque d'infection était majoré chez les accompagnateurs car le temps moyen passé au chevet de leur malade était de 21 heures par jour, risque encore plus élevé du fait de leur ignorance quant aux mesures de protection. Ceci est partagé par plusieurs auteurs en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso qui rapportaient des taux respectifs de 88 % (temps moyen de 24 h) et 80 % (temps moyen de 20 heures) (KOFFI, 2003 ; BADOUM *et al.*, 2014). D'autres risques encourus par les accompagnateurs étaient le risque de contracter le VIH car parmi les patients infectés par le VIH (22 %), 72 % des accompagnateurs méconnaissaient cette sérologie. Or les agents de santé leur assignaient des tâches à risque tels que, le transport au laboratoire des produits pathologiques, la régulation des perfuseurs, la toilette des patients, le lavage des draps et sous-vêtements, et sans aucunes mesures de protection (bavette, gants...). Des expositions non affranchie de tout risque de contamination à ces accompagnateurs assimilés à des « auxiliaires de santé de circonstance » non sensibilisés à la prévention de l'infection (PI).

Les accompagnateurs ont assuré un soutien psychologique de leur proche dans 96 % des cas ; soutien qui normalement devrait être l'apanage des psychologues. Le soutien psychologique trouve toute son importance au cours des pathologies chroniques qui étaient retrouvées chez 45 patients : 39 présentaient des pathologies obstructives chroniques et 6 des pathologies tumorales. Selon Kanté au Mali des patientes interrogées avaient avoué que leurs accompagnateurs étaient source d'information et de réconfort pour eux dans 53,3 % ; (KANTÉ, 2003). Les accompagnateurs servaient le plus souvent d'interface pendant les visites entre le patient et les agents de santé pour rapporter les plaintes de ce dernier. Les sources de financement pour aider le malade dans sa prise en charge étaient diverses, mais l'accompagnateur a contribué à assurer les frais de santé dans 68 % des cas et les visiteurs dans 69 %. D'autres auteurs en République Démocratique du Congo, au Bénin, au Burkina (SALONGO, 2005 ; ZONGO, 2009 ; BADOUM *et al.*, 2014) ont aussi rapporté la forte implication de la famille dans la prise en charge du patient hospitalisé dans leur étude. Cela témoigne de la solidarité qui persiste encore dans les sociétés africaines qui reste une des valeurs à pérenniser, mais interpelle aussi les patients à souscrire à des assurances et à promouvoir la création de mutuelles de santé. En effet aucun des patients hospitalisés n'avait contracté une assurance maladie. Fort de ces constats, une des volontés politiques la plus notable en matière sanitaire adoptée par les autorités Burkinabé est la mise en place d'ici 2015 d'un Système National d'Assurance Maladie (SNAM) qui viendra soulager les populations.

## Conclusion

La pénurie en ressources humaines de santé est un phénomène mondial, malheureusement très cruciale en Afrique. Les accompagnateurs jouent le rôle « *d'auxiliaires de santé de circonstance* » et assurent le travail du personnel para médical et du personnel de soutien. Le manque d'information des accompagnateurs sur les pathologies dont souffre leur parent, les exposent à des risques réels de contamination surtout que ces derniers n'avaient reçus aucune formation en prévention des infections et pourtant étaient utilisés comme *auxiliaires de santé de circonstance*. Une réorganisation et réattributions des rôles de chaque acteur de santé s'imposent au sein de nos structures sanitaires ; à défaut une sensibilisation des accompagnateurs de patient à la prévention des infections est fortement recommandée.

Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêt.

## Références bibliographiques

- ALESSANDRO E., 2012.** Prévenir le risque infectieux à l'hôpital ?. Réflexions anthropologiques autour des pratiques d'hygiène hospitalière dans un service de médecine au Niger. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (4).
- Association Francophone des Droits de L'homme Agé, 2003** [http:// www.afdha.net/spip.php](http://www.afdha.net/spip.php). (Consulté le 2 octobre 2013).
- BAMBA, 2000.** Place des accompagnants (es) dans les systèmes de soins du service de Gynécologie-obstétrique de l'Hôpital National du point G de Bamako. Thèse de médecine. Mali : Université du Mali, Faculté de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS), 78 p.
- BADOUM G. et al., 2012.** Place de l'accompagnateur de malade tuberculeux dans une unité de physiologie du CHU/ Yalgado Ouédraogo. *Rev Pneumol Trop.*, 18 : 19-22.
- Commission des communautés européennes, 2005** : communication de la commission au conseil et au parlement européen : stratégie d'action communautaire concernant la pénurie des ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement, Bruxelles, COM, 642.
- GBIKPI A., 1978.** L'accompagnant dans une institution psychiatrique de Dakar (Sénégal). Thèse de médecine. Université Cheick Anta Diop de Dakar, Sénégal, 67 p.
- KANTÉ S., 2003.** L'accompagnement des patients chirurgicaux à l'hôpital du point«G» de Bamako. Thèse de médecine, Université du Mali, Faculté de médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS), 98 p.
- KOFFI N., HORO K., 2003.** Difficultés rencontrées par les malades et leurs accompagnants en milieu hospitalier pneumologique africain. *Gestion hospitalière*, 11(2) :1-2.
- Larousse., 2011.** Le petit Larousse illustre. 2<sup>e</sup> ed. Paris, 1811p.
- MÉDAH R, 2006.** Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé à Ouagadougou (Burkina Faso) : laboratoire citoyennetés, Etude récit, 11 : 22.
- Ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso, 2009** : Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso. Recensement général de la population 2006 et projections démographiques de 2007 à 2020. Ouagadougou, Burkina Faso, 73p. [www.insd.bf](http://www.insd.bf).
- Ministère de la santé du Burkina Faso, 2013.** Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires. Annuaire statistique 2012, 237 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, 2006.** The world health report, working together for health, 237 p.
- OUÉDRAOGO S. M. et al., 2014.** Tuberculose pulmonaire, connaissances croyances et pratiques des accompagnateurs de patients tuberculeux à Ouagadougou. *Mali Médical*, 2 :38-42.
- OUÉDRAOGO P.J., 2008.** Etude de la morbidité et de la mortalité dans le service de pneumo-physiologie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Thèse de médecine, Université de ouagadougou, Burkina Faso : 79p
- SALONGO M., 2005.** Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du sud Kivu, Université de Kinshasa. (République Démocratique du Congo), Mémoire pour Diplôme d'étude spécialisé en économie de la santé, 75 p.
- TRAORÉ A. K. et al., 2011.** L'accompagnement des patients chirurgicaux par le corps social au CHU du Point G Bamako. *Mali Médical*, 2 :15-22.
- United States Agencies for International Development (USAID), (2003).** Office of sustainable development, the health sector human resources crisis in Africa: an issues paper, 46 p.
- ZONGO M. et al., 2009.** « Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Benin », *santé publique*, 21 : 631-9 p.