

SOINS PALLIATIFS : ETAT DES LIEUX DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE AU MALI.

Palliative Care: State Of Play In The General Surgery Department Of Gabriel Touré University Hospital In Mali.

Dembélé BT, Samaké N, Saye Z, Doumbia A, Sidibé F, Diarra M, Koné T, Sidibé BY, Doumbia K, Maiga A, Traoré AA, Konaté M, Diakité I, Kanté L, Traoré A, Togo A.

Affiliations : Service de chirurgie générale du Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré ; Service d'Hématologie-Oncologie Médicale du Centre hospitalier universitaire Point G ; Service d'Oncologie Médicale du Centre hospitalier universitaire Mère-Enfant-Le Luxembourg.

Auteur correspondant : Pr Dembélé BT. Département de chirurgie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali ; Email : btdembele@gmail.com ; Téléphone : 76 16 39 81

RESUME

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients en phase avancée de maladies graves et de leurs proches. Au Mali, leur intégration en chirurgie reste insuffisante, malgré l'augmentation des cancers diagnostiqués tardivement. **Objectif :** Évaluer les soins palliatifs au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. **Méthode :** Étude transversale descriptive (mars-août 2025), incluant 102 participants (30 patients, 30 accompagnants, 42 soignants). Données collectées par questionnaires et analysées via Excel, SPSS, Epi Info. **Résultats :** Ces soins concernaient 8,7 % des hospitalisations. Âge moyen des patients : 55,4 ans (prédominance féminine). Cancers digestifs avancés (gastriques, pancréatiques) prédominants. Douleur chez 93,3 % des patients, mais recours limité aux opioïdes forts (morphine). Besoins majeurs : accompagnement, analgésie, soutien psychologique/spirituel. Connaissances théoriques des soignants correctes, mais lacunes en formation pratique, protocoles, accès médicamenteux et unités dédiées. **Conclusion :** Nécessité urgente de structurer ces soins via unités dédiées, protocoles et formations renforcées pour optimiser la qualité de vie. **Mots-clés :** Soins palliatifs ; Chirurgie générale ; Mali

ABSTRACT

Palliative care aims to improve the quality of life of patients with advanced serious illnesses and their relatives. In Mali, its integration into surgical services remains inadequate despite the rising incidence of late-diagnosed cancers.

Objective: To assess palliative care in the general surgery department at CHU Gabriel Touré. **Methods:** Cross-sectional descriptive study (March-August 2025) including 102 participants (30 patients, 30 caregivers, 42 healthcare providers). Data were collected using questionnaires and analyzed with Excel, SPSS, and Epi Info. **Results:** Palliative care accounted for 8.7% of hospitalizations. Mean patient age was 55.4 years (female predominance). Advanced digestive cancers (gastric, pancreatic) were predominant. Pain was reported in 93.3% of patients, but use of strong opioids (morphine) was limited. Major needs included accompaniment, pain relief, and psychological/spiritual support. Healthcare providers had adequate theoretical knowledge but lacked practical training, standardized protocols, access to essential medications, and dedicated units. **Conclusion:** Urgent need to structure palliative care through dedicated units, adapted protocols, and enhanced staff training to optimize quality of life. **Keywords:** Palliative care; General surgery; Current situation; Mali.

INTRODUCTION

Chaque année, environ 56,8 millions de personnes dans le monde ont besoin de soins palliatifs, dont 78 % vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire [1]. Aux États-Unis, bien que le développement des soins palliatifs ait progressé ces deux dernières décennies, d'importantes disparités persistent. On estime qu'environ 20 personnes en phase terminale meurent chaque jour sans un soulagement adéquat de la douleur [2].

En Europe, de nombreuses initiatives nationales ont permis d'élargir l'offre en soins palliatifs. Cependant, des inégalités persistent, notamment entre zones urbaines et rurales. En France, par exemple, 20 départements ne disposent toujours pas d'unités de soins palliatifs, malgré un plan national prévoyant un

investissement de 1,1 milliard d'euros sur dix ans [3].

En Afrique subsaharienne, seuls 11 pays disposent d'une stratégie nationale pour les soins palliatifs [1]. Le manque d'infrastructures, de personnel qualifié, ainsi que la faible disponibilité des médicaments essentiels comme la morphine sont des freins majeurs.

Au Mali, les soins palliatifs en sont à un stade naissant.

Malgré la création de l'Association Malienne de Soins Palliatifs (AMSP) en 2025, les activités de soins palliatifs n'ont pas réellement commencé dans tout Mali.

Dans un contexte où la transition épidémiologique augmente la prévalence des maladies chroniques et évolutives, l'intégration

des soins palliatifs dans les services hospitaliers, y compris en chirurgie, est une nécessité de santé publique. Étudier les soins palliatifs en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré permettra de poser les bases d'une organisation adaptée et conforme aux recommandations internationales. Nos objectifs étaient de décrire le profil des patients bénéficiant de soins palliatifs dans le service. Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant en matière de soins palliatifs. Déterminer les soins palliatifs dans ses aspects organisationnels, de disponibilité et de pratique en chirurgie générale. Enumérer les obstacles à la mise en œuvre effective des soins palliatifs dans le service de chirurgie générale.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, menée sur 06 mois de mars à Août 2025 au sein du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Ont été inclus dans l'étude les patients adultes hospitalisés avec un diagnostic nécessitant des soins palliatifs (cancer avancé, pathologies chroniques incurables), Personnel médical et paramédical exerçant dans le service depuis au moins 6 mois, Consentement libre et éclairé obtenu

Les variables étudiées ont été les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut professionnel), les variables cliniques (diagnostic, stade évolutif, douleur, traitement), les connaissances/attitudes/pratiques (CAP) du personnel et la disponibilité des ressources (morphine, unité dédiée, soutien psychologique) Le déroulement de la collecte des données été fait en plusieurs phases :

- Pour les Patients une fiche d'enquête préétablie prenant en compte les données sociodémographiques, pathologies, besoins palliatifs identifiés, modalités de prise en charge, qualité perçue des soins.

Pour le personnel de santé, un questionnaire auto-administré évaluant le niveau de connaissance des soins palliatifs, les attitudes face à la fin de vie, les pratiques cliniques palliatives ; les besoins en formation et les obstacles perçus à l'implémentation.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Word 2016, Excel 2016, SPSS et Epi info version 7.

La confidentialité et anonymat ont été respectées. Ainsi que consentement éclairé obtenu de tous les participants

RESULTATS

-Caractéristiques des participants : Les participants à l'étude étaient au nombre de 102 personnes réparties comme suit : Malades (30) ; Accompagnants (30) ; Soignants (42) dont 10 spécialistes, 19 DES, 6 internes et 7 infirmiers.

-Données des patients : Durant la période d'enquête de 06 mois nous avons colligé 30 patients correspondant à nos critères d'inclusion. Ceci a représenté dans le service de chirurgie générale : 1,6% des consultations (30/1842) ; 8,7% des hospitalisations (30/342) ; 34,4% des malades opérés pour cancer (30/87). Le sex-ratio H/F était de 0,87, l'âge moyen était de 55,38±15,39 ans ?

Les principales pathologies sont regroupées dans le tableau I

-Besoins des patients : La douleur était présente chez 93,3 % des patients, mais le recours aux opioïdes forts, notamment la morphine, restait limité

Les besoins identifiés par les patients sont regroupés dans le tableau II

-Caractéristiques et besoins des accompagnants : Les 30 accompagnants avaient un lien familial direct avec les patients

Les besoins identifiés par les accompagnants sont regroupés dans le tableau III

-Connaissances et pratiques des soignants : Bien que les soignants aient une connaissance théorique des soins palliatifs, la formation pratique, l'existence de protocoles standardisés, l'accès aux médicaments essentiels et la disponibilité d'unités dédiées faisaient défaut Les connaissances et besoins des agents de santé sont regroupés dans le tableau IV

COMMENTAIRES

Les soins palliatifs représentent un enjeu majeur pour les patients atteints de pathologies graves, notamment en chirurgie générale

L'étude menée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré a retrouvé 30 patients bénéficiant de soins palliatifs sur une période de 6 mois, soit 8,7 % des hospitalisations. Ces chiffres traduisent une faible accessibilité des soins palliatifs hospitaliers, situation similaire à celle observée dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne où ces soins restent limités aux stades très avancés des maladies [4,5].

Sur le plan étiologique, les tumeurs gastriques et pancréatiques étaient les plus fréquentes : (30 %) chacune, suivies des tumeurs rectales (13,3 %) et coliques (10 %). Ces localisations dominantes sont proches des données de l'étude du Point G où les cancers gastriques représentaient 28 % et les cancers pancréatiques 24 % des cas palliatifs [6]. Dans une étude marocaine, El Omari et al. ont retrouvé une prédominance similaire des cancers digestifs à 45 % [7]. Ces données confirment que la chirurgie digestive constitue une source majeure de patients nécessitant des soins palliatifs hospitaliers

Les besoins exprimés par les patients étaient dominés par l'accompagnement (96,7 %) et le soulagement de la douleur (93,3 %). Ces besoins

fondamentaux sont universellement rapportés dans les études africaines et internationales [7,8]. Au Point G, 89 % des patients déclaraient un besoin d'accompagnement moral et 95 % de contrôle de la douleur [6]

Les besoins psychologiques et spirituels étaient présents respectivement dans 83,3 % et 93,3 % des cas, confirmant l'importance du soutien global, conformément à la philosophie de l'OMS définissant les soins palliatifs comme une approche holistique [9]. Les besoins d'information et de communication (83,3 %) rejoignent les observations faites par Ddungu en Ouganda, où 78 % des patients réclamaient une meilleure communication avec le personnel médical [10].

Les gestes chirurgicaux palliatifs les plus réalisés étaient la gastro-entéroanastomose (30 %), la colostomie de décharge (23,3 %) et la dérivation bilio-digestive (16,7 %). Ces chiffres sont comparables à ceux d'Ahouangbé et al. au Bénin, où la dérivation digestive représentait 28 % des interventions palliatifs [11]. Concernant le traitement médical, seulement 3,3 % des patients ont reçu de la morphine, bien que 93 % souffraient de douleur. Ce chiffre illustre la faible disponibilité des opioïdes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, déjà dénoncée par l'OMS [9].

Seuls 13,3 % des accompagnants déclaraient connaître le concept de soins palliatifs. Cette méconnaissance est un obstacle majeur à la compréhension du processus thérapeutique. Une étude marocaine a rapporté une proportion légèrement supérieure (22 %) [12], tandis qu'à Bamako, au Point G, Sogoba et al. retrouvaient 16,7 % [6]. Cette faible connaissance peut s'expliquer par l'absence de sensibilisation grand public sur les soins palliatifs et le tabou autour de la mort dans nos sociétés [13].

Les 42 soignants enquêtés avaient une expérience moyenne de 73,45 mois dans le service, avec 50 % ayant plus de 5 ans d'ancienneté. Cette expérience relativement élevée est un atout pour la qualité des soins, mais ne se traduit pas nécessairement par une maîtrise complète des soins palliatifs, comme l'a montré une étude menée au Bénin et au Rwanda [14,10]. La majorité des soignants avaient une connaissance générale des soins palliatifs (100 %), ce qui reflète une sensibilisation théorique dans le cursus hospitalier, mais la connaissance des protocoles spécifiques et la formation pratique restaient limitées.

CONCLUSION

L'étude menée au CHU Gabriel Touré montre que les soins palliatifs en chirurgie générale restent limités en termes d'accès, de ressources et de formation, malgré une connaissance théorique élevée des soignants. Les patients

présentent des besoins importants d'accompagnement, de soulagement de la douleur et de soutien psychosocial, tandis que les accompagnants expriment un besoin crucial d'information et d'assistance. Les obstacles principaux identifiés sont l'absence d'unités et de protocoles, le manque de formation pratique, l'accès limité aux opioïdes et la charge de travail élevée. Ces constats soulignent la nécessité d'une organisation structurée des soins palliatifs, intégrant formation, protocoles standardisés et soutien aux familles, pour améliorer la qualité de vie des patients

REFERENCES

1. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. Geneva: WHO; 2020.
2. Office of Health Economics (OHE). About 20 terminally ill people in UK die in unrelieved pain each day. 2024 Nov 25.
3. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie: Malgré le développement des soins palliatifs, les inégalités d'accès persistent en France. 2024 Mar 13.
4. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises. Geneva: WHO; 2018.
5. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al. The global need for palliative care and pain relief: an update. *Lancet Glob Health*. 2019;7(7): 883–892.
6. Sogoba A, Évaluation des besoins en soins palliatifs dans le service d'hématologie et d'oncologie médicale du CHU Point G. Bamako : Faculté de Médecine; 2022.
7. El Omari M, Le vécu des proches de patients en soins palliatifs à Casablanca. *Rev Mar Cancer*. 2021;15(3):45–52.
8. Kaba M, Diakité M, Bah ML, Diallo AB, Beavogui AH, Keita N. Gender and caregiving in palliative care in West Africa: social and cultural determinants. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2022;14(1):3068. doi: 10.4102/phcfm.v14i1.3068
9. Harding R, et Higginson IJ . Palliative care in sub-Saharan Africa: an appraisal. *Lancet*. 2021;398(10310):1239–1248.
10. Uwimana J, Struthers P. Family support and burden in Rwandan palliative care: a mixed-method study. *Afr J Nurs Midwifery*. 2020;22(2):89–101
11. Hudson P, et al. Family caregiver needs and support in palliative care: a review of interventions. *Palliat Med*. 2019;33(8):1028–1046.
12. Etoundi A, Niyonsenga G, Charlier C, Van Gils R, Enama B, Ndangang T, et al. Palliative care training needs for healthcare providers in West Africa: a multicenter survey. *BMC Palliat Care*.

2019;18(1):55. doi: 10.1186/s12904-019-0439-z

chirurgie digestive au CNHU-HKM de Cotonou.
Ann Univ Parakou Sér Santé. 2020;10(1):43-49

13. Ahouangbé M, Adéhoussou P, Tognon-Tossou H, Kpeto L, Agossou R. et al Soins palliatifs en

Tableau I : Les principales pathologies

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Tumeur gastrique	9	30
Tumeur de la tête du pancréas	9	30
Tumeur rectale	4	13,4
Tumeur colique	3	10
Tumeur de la vésicule biliaire	2	6,7
Tumeur mammaire	1	3,3
Tumeur de l'œsophage	1	3,3
Péritonite/tumeur gastrique	1	3,3
Total	30	100

Tableau II : Les besoins identifiés par les patients

Besoins		Effectif	Pourcentage
Antalgique	Oui	28	93,3
	Non	2	6,7
Psychologique	Oui	25	83,3
	Non	5	16,7
Spirituel	Oui	28	93,3
	Non	2	6,7
Nutritionnel	Oui	1	3,3
	Non	29	96,7
Aide sociale	Oui	5	16,7
	Non	25	83,3
Accompagnement	Oui	29	96,7
	Non	1	3,3
Information	Oui	25	83,3
	Non	5	16,7
Communication	Oui	25	83,3
	Non	5	16,7

Tableau III : Les besoins identifiés par les accompagnants

Besoins		Effectif	Pourcentage
Information suffisante	Oui	19	63,3
	Non	11	36,7
Assistance en soins	Oui	30	100
Lieu des soins	Hôpital	11	36,7
	Domicile	19	63,3
Difficultés financières	Oui	11	36,7
	Non	19	63,3
Difficultés communication	Non	30	100
Absence de soutien	Non	30	100
Difficulté sociale	Non	30	100

Tableau IV : Les connaissances et besoins des agents de santé

Soignants et expérience en soins palliatifs (SP)		Effectif	Pourcentage
Chirurgiens (n=10)	Connaissances		
	Connaissance des SP	10	100
	Formation reçue sur les SP	4	40
	Connaissance du protocole des SP	5	50
	Besoins		
	Unité de soins	10	100
	Absence de protocole	10	100
	Soutien institutionnel	9	90
	Manque de médicaments	8	80
	Docteurs en spécialisation (n=19)	Connaissances	
Connaissance des SP		19	100
Formation reçue sur les SP		1	5,3
Connaissance du protocole des SP		2	10,5
Besoins			
Unité de soins		14	73,7
Absence de protocole		10	52,6
Soutien institutionnel		14	73,7
Manque de médicaments		10	52,6
Internes (n=6)		Connaissances	
	Connaissance des SP	6	100
	Formation reçue sur les SP	1	16,7
	Connaissance du protocole des SP	3	50
	Besoins		
	Unité de soins	4	66,7
	Absence de protocole	5	83,3
	Soutien institutionnel	6	100
	Manque de médicaments	3	50
	Infirmiers (n=7)	Connaissances	
Connaissance des SP		7	100
Formation reçue sur les SP		1	14,3
Connaissance du protocole des SP		5	71,4
Besoins			
Unité de soins		7	100
Absence de protocole		3	42,8
Manque de médicaments		3	42,8