



Email: [editorijless@gmail.com](mailto:editorijless@gmail.com)

Volume: 9, Issue 3, 2022 (July-Sept)

**INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW, EDUCATION,  
SOCIAL AND SPORTS STUDIES  
(IJLESS)**

*A Peer Reviewed and Refereed Journal*

DOI: 10.33329/ijless.9.3

<http://ijless.kypublications.com/>

ISSN: 2455-0418 (Print), 2394-9724 (online)

2022©KY PUBLICATIONS, INDIA

[www.kypublications.com](http://www.kypublications.com)

**Editor-in-Chief**

**Dr M BOSU BABU**

**(Education-Sports-Social Studies)**

**Editor-in-Chief**

**DONIPATI BABJI**

**(Law)**

©KY PUBLICATIONS





---

## INOBSERVANCE DES EXIGENCES DE LA QUALITE DES SOINS INFIRMIERS AU CENTRE NATIONAL DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE (COTE D'IVOIRE)

Dr KANA Jean Noel Pacôme<sup>1</sup>, KAH Polidor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sociocriminologue

Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan

Email: Pacomekana@gmail.com

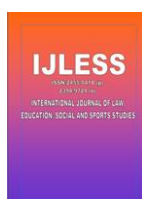
<sup>2</sup>Infirmier spécialiste en Néphrologie Epuration Extra-rénale

Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale

Email: kahpolidor@yahoo.fr

DOI: [10.33329/ijless.9.3.9](https://doi.org/10.33329/ijless.9.3.9)

---



### Résumé

L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs liés à l'inobservance de la qualité des soins infirmiers au Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale. L'hypothèse formulée stipule que l'inobservance des exigences de la qualité des soins infirmiers s'explique par des facteurs endogènes et exogènes au personnel infirmier. L'ancrage théorique de cette étude est la théorie du changement d'Anderson (2005) qui fonde toute élaboration d'une stratégie curative sur un diagnostic préalable des dysfonctions existantes. La documentation, l'observation, l'enquête-interrogation et les entretiens ont contribué à la collecte des données dont le traitement a été réalisé grâce aux méthodes d'analyse qualitative et quantitative. Les résultats révèlent que l'inobservance de la qualité des soins infirmiers au CNPTIR s'explique par une double série de facteurs (facteurs endogènes au personnel de soins : 40,36% et facteurs exogènes au personnel de soins : 59,63%). Les facteurs endogènes sont: erreurs de soins : 25% ; corruption et relationnisme: 52, 27% ; non respect des règles hygiéniques : 22,72% et les facteurs exogènes : vétusté des équipements et insuffisance des consommables : 27,11% ; absence de protocole de soins infirmiers : 23,72% ; manque de personnel et de matériels de pointe : 18,64% et exigences de la tâche : 30,50%. Relativement à ce constat, l'étude suggère à l'Etat d'élaborer un véritable protocole de soins infirmiers, d'augmenter le personnel qualifié en néphrologie, de fournir des équipements modernes et adaptés, de renouveler des générateurs vétustes et au CNPTIR de réduire les horaires excessifs de travail des infirmiers, de dénoncer toute forme de corruption active ou passive et de sensibiliser le personnel soignant sur la pratique de l'asepsie et le respect des règles d'hygiène.

**Mots clés :** Inobservance, Exigence, Qualité, Soins infirmiers

## NON-COMPLIANCE WITH NURSING QUALITY REQUIREMENTS AT THE NATIONAL CENTRE FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF RENAL INSUFFICIENCY (IVORY COAST)

### ABSTRACT

The objective of this study is to determine the factors related to non-compliance with the quality of nursing care at the National Center for the Prevention and Treatment of Kidney Failure. The hypothesis formulated stipulates that the non-observance of the requirements of the quality of nursing care is explained by endogenous and exogenous factors to the nursing staff. The theoretical anchor of this study is Anderson's theory of change (2005), which bases any development of a curative strategy on a prior diagnosis of existing dysfunctions. Documentation, observation, inquiry-questioning and interviews contributed to the collection of data, the processing of which was carried out using qualitative and quantitative analysis methods. The results reveal that the non-compliance with the quality of nursing care at the CNPTIR is explained by a double series of factors (factors endogenous to the care staff: 40.36% and factors exogenous to the care staff: 59.63%). The endogenous factors are: care errors: 25%; corruption and relationism: 52.27%; non-compliance with hygiene rules: 22.72% and exogenous factors: dilapidated equipment and insufficient consumables: 27.11%; absence of a real nursing care protocol: 23.72%; lack of personnel and advanced equipment: 18.64% and task requirements: 30.50%. The study therefore suggests that the State draw up a real clear protocol for nursing care, increase the qualified personnel in nephrology, provide modern and adapted equipment, renew obsolete generators and that the CNPTIR reduce excessive hours. work of nurses, to denounce any form of active or passive corruption and to raise the awareness of nursing staff on the practice of asepsis and respect for hygiene rules

**Keywords:** Non-compliance - Requirement - Quality - Nursing care

---

### 1. Introduction

Les études qui évoquent les difficultés liées à l'observance des exigences de la qualité des soins infirmiers sont nombreuses (Henderson, 1969 ; Adam, 1991 ; Bourdeaut, 2012). Ces écrits dans leur diversité, se polarisent autour de deux orientations majeures : celles qui imputent ces difficultés à des facteurs endogènes au personnel infirmier (Pellerin, 2008 ; Vega, 2011) et celles qui indexent les facteurs exogènes (Labarre, 2007, Lahire, 1998). La première orientation inventorie la négligence du personnel infirmier (Chapuis, 2014), les manquements aux principes professionnels (Hardy, 2008), la corruption (Véga, 2011), le relationnisme (Hardy, 2008), le manque d'amabilité envers les malades et leurs familles (Bizier, 1992), le non respect des principes hygiéniques (Coudray, 2008) comme les facteurs qui problématissent la question de la pratique des soins infirmiers en rapport avec les normes et la déontologie médicale (Bourdeaut, 2012). Ainsi, en France, Bourdeaut (2012) constate que près de 150 000 « événements médicaux indésirables évitables » essentiellement médicamenteux sont recensés chaque année dans les établissements de santé ; des événements qui résultent de négligences inexcusables (Bourdillon et Petit-Miolet, 2013), d'incompétences avérées (Brémond, Mick, Robert, Pascal et Claveranne, 2013) et de la faillibilité du système d'organisation des hôpitaux (Barberye, 2018). En Afrique et particulièrement au Cameroun, Garga et Ongolo (2013) mentionnent que les hôpitaux publics qui devraient produire les meilleurs soins, sont les moins bien perçus contrairement à la plupart des hôpitaux privés et hôpitaux de district. Les récriminations portent notamment sur : la lenteur dans les soins ou la négligence, le comportement désagréable et insolent, l'indisponibilité du personnel, le coût élevé des soins et la conditionnalité du paiement préalable à la prise en charge, l'insalubrité des locaux et le manque d'information (Habiba, 2011). Avec Balique (2003), on observe des retards dans la prise en charge des urgences, des insuffisances de qualité quant à l'accueil, relations humaines à l'égard des usagers et coûts des soins élevés, alourdis par des cas de paiements illicites à une administration médicale corrompue (Bizouard et Jungers, 2014).

A l'analyse, cette approche a le mérite d'établir un lien direct et causal entre difficultés liées au respect des exigences infirmières et les facteurs intrinsèquement liés au personnel soignant. Toutefois,

même si le personnel de santé est dévoué au travail, pourrait-il bien s'exprimer dans un environnement vétuste et délétère où manquent les consommables de première nécessité ? La seconde orientation répond par la négative et les auteurs les plus prolifiques, indexent les conditions de travail non ergonomiques (Labarre, 2007), l'environnement délétère et vétuste (Sévigny et Saint-Pierre, 2009), le manque de matériel adapté (Beguin, 2008), le nombre insuffisant de personnel de soins (Garga, 2013), l'absence de protocole infirmier (Bance, 2010) comme des facteurs qui problématisent la pratique des soins infirmiers. Pour eux, la volonté des infirmiers ne suffit pas à respecter les exigences hétéroclites en matière de soins infirmiers, il faut de façon complémentaire, un environnement ergonomique et des ressources disponibles (Bourdeaut, 2012). Pour Leplat (1997), plus les travailleurs sont soumis à des conditions de travail, moins ils respectent les exigences en matière médicale (Pellerin, 2008) et les infirmiers comme toutes les autres couches sociales sont soumis à des conditions difficiles de transport, de logement et d'assurance-maladie au-delà du stress, de la fatigue et la pression professionnelle qu'ils supportent au quotidien (Palazzolo, 2004). D'autres facteurs tels la surcharge de travail (Bizouard et Jungers, 2014), les contraintes de temps (Reach, 2006), le manque de soutien social au travail (surtout de la part des superviseurs, des infirmières-chefs et de la haute direction), l'exposition aux maladies infectieuses (Mulamba, 2011), les piqûres accidentelles avec des aiguilles (Joseph, 2016), les actes de violence subis ou les menaces reçues durant le travail (Cuyot, 1994), le manque de sommeil (Lepain, 2003), les rôles ambigus et conflictuels (Souli, 2017), le manque de personnel (Leplat, 1997), les obstacles au développement professionnel (Chapuis, 2014), le travail auprès de personnes difficiles ou très malades (Garga, 2013) sont autant de problèmes qui ne facilitent pas le respect des exigences cliniques (Phaneuf, 1986). Ces écrits bien qu'éclairant l'objet d'étude, semblent ne pas inclure simultanément les deux tendances (endogène et exogène) dans l'explication du phénomène étudié. La présente étude tente de montrer que la question de la problématique des soins infirmiers ne peut se comprendre que par l'intégration de cette double série de facteurs dans la sphère explicative.

La théorie utilisée dans le cadre de cette étude, est la théorie du changement d'Anderson (2005) qui postule que toute stratégie de développement ou d'amélioration d'une situation donnée, doit principalement s'appuyer sur une analyse des liens de cause à effet fondée sur les éléments de preuve existants. Dans le contexte actuel, une telle théorie guide l'étude sur l'élaboration de stratégies rationnelles, fondées sur des éléments de preuve constatés sur le terrain et des risques dans le but de faire des propositions curatives à la problématique de l'inobservance des exigences de la qualité des soins infirmiers.

La réflexion sur ce sujet suscite la question suivante : Qu'est ce qui explique l'inobservance des exigences de la qualité des soins infirmiers au Centre National de Prévention et de Traitement de l'insuffisance Rénale? Cette question principale se décline en deux questions subsidiaires :

- L'inobservance des exigences de la qualité des soins infirmiers s'explique-t-elle par des facteurs endogènes au personnel infirmier ?
- L'inobservance des exigences de la qualité des soins infirmiers s'explique-t-elle par des facteurs exogènes au personnel infirmier ?

L'hypothèse qui se dégage de cette étude est la suivante : L'inobservance des exigences de la qualité des soins infirmiers s'explique par des facteurs endogènes (taux d'absentéisme élevé, erreurs de soins, corruption et relationnisme) et exogènes (vétusté des équipements et insuffisance des consommables, absence d'un véritable protocole de soins infirmiers, manque de personnel et de matériels de pointe et exigences de la tâche) au personnel infirmier. Pour vérifier cette hypothèse sur le terrain, nous nous sommes fixés pour objectif de déterminer les facteurs liés à l'inobservance de la qualité des soins infirmiers au CNPTIR.

## 2. Méthodologie

### ❖ Site et participants

Le Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale est l'environnement socioprofessionnel retenu pour abriter cette recherche. La connaissance du terrain d'étude, des acteurs professionnels et la situation géographique du site de recherche sont les facteurs qui ont milité dans le choix de ce sujet. C'est un établissement public à caractère administratif créé par le décret N°2012-1007 du 17 octobre 2012 pour gérer les services d'hémodialyse publics. Il a démarré ses activités en 2020 et compte à ce jour huit (08) centres d'hémodialyse fonctionnels (4 centres à Abidjan (centre de Cocody, Treichville, Adjamé et Yopougon), 1 centre à Yamoussoukro, 1 centre à Bouaké, 1 centre à Gagnoa) et 1 centre à Korhogo. Ses missions sont clivées et s'articulent autour de l'élaboration d'une politique nationale de prévention de l'insuffisance rénale, définir et appliquer des stratégies de prise en charge globale des personnes atteintes d'insuffisance rénale et enfin concevoir et conduire des projets de recherche sur les maladies rénales.

L'enquête a été effectuée auprès d'une population de cent-neuf (109) personnes réparties comme suit :

- Catégorie «*Personnel soignant*» : Cette catégorie est composée de médecins (02), infirmiers (10), aides-soignants (08), techniciens biomédical (03), surveillant d'unité de soins (01) et pharmacie (02); soit un total de 26 personnes.
- Catégorie «*Personnel non-soignant*» : Elle est constituée de secrétaire (01), agents de sécurité (02) et agents d'hygiène (03) ; soit 06 individus.
- Catégorie «*Malades* » : Nous en avons dénombré quarante-cinq (45) patients en cours de traitement.
- Catégorie «*Parents de malades* ». Ce sont les parents, amis et connaissances des patients. Leur nombre est variant et avoisine 32 individus.

Pour préserver l'anonymat des enquêtés dans la transcription des *verbatim*, les lettres initiales des noms ont été retenues.

### ❖ Instruments de collecte des données

L'étude a eu recours à la documentation, l'observation, l'enquête-interrogations et aux entretiens. La documentation a permis d'exhumer les contributions antérieures dans le but d'avoir une vue générale et claire de notre objet d'étude pour ensuite déterminer notre posture scientifique.

L'observation a permis de voir « *de visu in situ* » les médecins, infirmiers en situation de travail, les malades pour certains, subissant une séance de dialyse et pour d'autres, attendant leur tour dans le hall de la structure.

Avec l'enquête-interrogation, nous avons élaboré notre questionnaire en tenant en compte des thématiques essentielles à la compréhension du phénomène puis nous les avons soumis aux enquêtés. Ces questions étaient relatives à la description de l'environnement de recherche, à la charge du travail, au respect de la pratique des soins infirmiers en hémodialyse en rapport avec la disponibilité du matériel. Cela nous a permis de chercher à comprendre, interpréter les réponses, limiter les risques liés à la personnalisation des questions, d'approfondir et de compléter certaines informations par des questions improvisées en vue de dresser des tableaux de distributions statistiques (de type descriptif). Des entretiens ont également été effectués en vue de permettre aux interlocuteurs de relater leurs expériences, leur vécu, d'exprimer leurs perceptions de l'environnement de recherche, les conditions de traitement des patients, les pratiques qui s'y déroulent ainsi que les suggestions faites. Cette démarche s'est montrée fructueuse du point de vue des données collectées.

Toutefois, lors de la conduite de ces travaux, nous avons rencontré quelques difficultés : indisponibilité des enquêtés et accès difficile à la documentation. Ces difficultés ont simultanément été contournées par l'observation de quelques situations internes et la mise en évidence de notre réseau de relations sociales.

#### ❖ Analyse des données

Dans de cadre de cette étude, nous avons eu recours à deux méthodes d'analyse des données : la méthode qualitative et la méthode quantitative.

La méthode qualitative nous a permis de recueillir les opinions, les réactions individuelles et collectives relatives à notre objet d'étude. Pour ce faire, au-delà des verbatim recueillis, l'usage des champs de la sémiotique non verbale était indispensable pour nous investir, à partir de la démarche kinésique, dans une dynamique d'interprétation du regard des enquêtés, de l'expression de visage et des gestes.

La méthode quantitative a permis de regrouper, d'organiser, d'apurer et de classer les données issues du terrain en vue de leur interprétation en termes quantitatifs. Des tableaux statistiques de type descriptif et de pourcentage y ont pu être dressés.

### 3. Résultats

#### 3.1 Facteurs explicatifs de l'inobservance des exigences en soins infirmiers

	Facteurs endogènes aux infirmiers	Facteurs exogènes aux infirmiers	Total
<b>Effectifs</b>	44	65	109
<b>Fréquences</b>	40,36%	59,63%	100%

Il ressort du tableau que les problèmes liés au respect des exigences en soins infirmiers sont de deux ordres. Ces facteurs sont à la fois endogènes au personnel soignant (40,36%) et exogènes à ce personnel soignant (59,63%).

##### 3.1.1 Facteurs endogènes au personnel soignant

	Effectifs	Fréquences
Erreurs de soins	11	25%
Corruption et relationnisme	23	52,27%
Non respect des règles hygiéniques	10	22,72%
Total	44	100%

Le tableau révèle que les facteurs endogènes au personnel de soins expliquent l'inobservance des exigences de la qualité des soins infirmiers. Les indicateurs de cette variable indépendante (facteurs endogènes) concernent principalement : erreurs de soins (11 : 25%), corruption et relationnisme (23: 52,27%) et non respect des règles hygiéniques (10 : 22,72%).

##### 3.1.1.1. Erreurs de soins

Au regard des investigations, les erreurs de soins sont légion sur le site de recherche. Les plus fréquentes sont des erreurs de dosage, les erreurs de préparation du geste technique ou encore des erreurs de concentration. Ces erreurs sont pour la plupart, imputables selon J. (Infirmier au CNPTIR) « au stress professionnel, aux heures de travail excessives et au contact permanent avec des personnes très malades ». Ainsi, dans la préparation du geste technique pour l'hémodialyse sur fistule artérioveineuse ou dans le déroulement du geste, les infirmiers survolent certaines étapes et ne vérifient pas toujours

les antécédents médicaux ou autres allergies des patients. Par ailleurs, si ces infirmiers se plaignent des heures excessives de travail (de 7 h à 21 h), du stress et des conditions peu ergonomiques de travail, il est tout de même évident de reconnaître que ce personnel de soins agit quelques fois en marge des normes de la qualité des soins infirmiers et s'expose à la vindicte populaire.

### **3.1.1.2. Corruption et relationnisme**

Pendant la phase de recherche, des malades et parents de malades ont affirmé que l'ordre de réception des patients au CNPTIR n'était pas fonction de l'ordre d'arrivée des patients et que les moins aisés financièrement subissaient des frustrations alourdies par des mécanismes illicites dans cette administration médicale jugée corrompue. Pour d'autres enquêtés, il s'est établi au regard de tous, un réseautage entre ceux qui ont la connaissance médicale (médecins, IDE) et ceux qui ont un pouvoir financier évident. Ces infirmiers sont désormais suspectés de ne point considérer l'ordre des rendez-vous, mais de se prêter à des formes clandestines de corruption passive auprès des patients qui même s'ils n'étaient pas enregistrés, se retrouvent en tête de liste et se voient être accordés une attention particulière. Ce faisant, les autres malades et parents de malades disent être charriés dans ce courant corruptif et relationniste pour permettre à leurs proches de bénéficier de séances de dialyse. Relativement à ce contexte particulier, 79% des « malades et parents de malades » disent avoir négocié le numéro d'un ou de deux infirmiers afin d'être priorisés lors des séances de dialyse et ce, en échange de dons matériels et de sommes d'argent. Aujourd'hui, les patients du CNPTIR tendent à ne plus prendre de rendez-vous de dialyse mais à se connecter à ce réseautage clientéliste qui jusque là, a montré sa fiabilité. Ainsi, si le patient M. affirme que « *je ne suis pas obligé de prendre un rendez-vous pour bénéficier d'une dialyse, j'ai des amis là-bas et ils savent que je suis un homme qui n'aime pas attendre* », cela s'explique par la fiabilité de ce réseau que personne n'ose dénoncer parce que quelques acteurs clés de l'administration de cette institution semblent profiter de la situation.

Dès lors, la prise en charge clinique des insuffisants rénaux dans son ensemble est pipée par une démarche corruptive si encrée dans les consciences des acteurs, qu'elle s'est presque érigée en norme au CNPTIR. La déontologie et le code éthique semblent selon L. avoir laissé place à un concentré de normes virtuelles, corruptives, clientélistes qui profitent à une catégorie bien ciblée de personnes.

### **3.1.1.3. Non respect des règles hygiéniques**

Selon le Plan National de développement Sanitaire du Ministère ivoirien de la santé et de l'hygiène publique (2016-2020), les règles hygiéniques ne sont pas toujours respectées en milieu hospitalier ivoirien. Ce constat est plus amer au CNPTIR où le personnel semble ne pas respecter les principes fondamentaux de l'asepsie tels que le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces de soins. Ainsi, même si selon un responsable du CNPTIR, l'hygiène n'est pas un dogme figé, mais un ensemble de pratiques préventives reconnues au niveau international pour prévenir le risque infectieux, il n'en demeure pas moins que dans la pratique les infirmiers se disent plus soucieux de traiter les malades et de ce fait, omettent les gestes basiques en matière hygiénique (nettoyage des mains avant d'enfiler les gants ou juste après le retrait, nettoyage avant tout contact avec le patient et juste après). Les aides-soignants et personnel d'entretien du CNPTIR n'en font pas mieux et ce sont les surfaces de soins qui, la plupart du temps, bénéficient d'entretien. En ce qui concerne les autres éléments porteurs de germes tels que les poignets de portes, les interrupteurs et autres, des efforts restent à faire. Les générateurs également sont soumis à un entretien rapide, hâtif, frisant la précipitation.

### 3.1.2. Facteurs exogènes au personnel soignant

	Effectifs	Fréquences
Vétusté des équipements et insuffisance des consommables	16	27,11%
Absence d'un véritable protocole de soins infirmiers	14	23,72%
Manque de personnel et de matériels de pointe	11	18,64%
Exigences de la tâche	18	30,50%
Total	59	100%

Le tableau montre que l'inobservance des exigences de la qualité des soins infirmiers s'explique également par des facteurs exogènes aux infirmiers. Les paramètres de ces facteurs sont : vétusté des équipements et insuffisance des consommables (27,11%), absence d'un véritable protocole de soins infirmiers (23,72%), manque de personnel et de matériels de pointe (18,64%), et exigences de la tâche (30,5%).

#### 3.1.2.1 Vétusté des équipements et insuffisance des consommables

Le fonctionnement du CNPTIR reste entravé par des difficultés multiformes. Notons parmi elles, que le service d'hémodialyse public compte au total moins de vingt-cinq (25) générateurs de qui sont pour la plupart, des machines de seconde main, sujettes à des pannes fréquentes. En ce jour, seuls vingt-trois (23) générateurs sont fonctionnels, les autres sont hors d'usage et irréparables. Ce sont environ soixante neuf (69) patients qui sont dialysés par jour avec ces générateurs en nombre insuffisant. La réduction des appareils de traitement a pour conséquences directes l'impossibilité de prendre en charge tous les patients dont l'état nécessite une dialyse et la constitution d'une liste d'attente de dialyse s'augmente continuellement. Dans cette atmosphère d'insuffisance de matériel, il arrive que le personnel se prête à des formes de négociations clientélistes à l'intérieur de sphère médicale ou manquent à leur devoir éthique en tentant d'aider des malades en dehors de toute conception cliniquement admise. Dans ce cas, les plus chanceux sont soumis aux dialyses sans véritable désinfection de générateurs en raison des supplications des parents des malades et l'émotion que ressentent ces infirmiers et les moins chanceux sont sommés de prendre des rendez-vous sur un numéro standard qu'on ne décroche que rarement.

A cela, il faut également ajouter le manque fréquent de consommables de première nécessité au sein de l'institution. En effet, un enquêté affirme que « *la dialyse pour les patients atteints d'insuffisance chronique, est un traitement à vie, à moins que le patient ne bénéficie d'une transplantation rénale* ». Dès lors, les centres de traitement qui devaient en permanence disposer de générateurs de dialyse et consommables de première nécessité n'en ont que très peu et au cours des cinq dernières années, les rapports d'activités, articles et mémoires universitaires révèlent qu'en dépit de la volonté des infirmiers, de nombreux besoins à la fois qualitatifs (matériels de pointe) et quantitatifs (nombre de générateurs nécessaires) biaisent leur travail.

#### 3.1.2.2 Absence d'un véritable protocole de soins infirmiers

Nombreux sont ceux qui confondent les termes de « *protocole de soins* » et celui de « *prescription médicale* ». Le protocole de soins est défini comme *le descriptif des techniques à appliquer ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin*. La notion de protocole renvoie à un document qui formalise l'intervention du personnel soignant et la prescription médicale est obligatoirement individuelle (injections et perfusions de produits). Le protocole de soins est une sorte de guide de procédures de soins présenté sous forme synthétique. C'est ce guide de soins qui



manque aux infirmiers du CNPTIR. Or à défaut d'une véritable boussole dans le traitement des cas d'hémodialyse, ce sont des méthodes improvisées et donc subjectives qui sont érigées en norme.

Par ailleurs, même si les résultats obtenus jusqu'aujourd'hui restent satisfaisants, il n'en demeure pas moins que le protocole de soins est un outil indispensable dans la médecine en général et dans les cas d'insuffisance rénale en particulier. Aujourd'hui, il n'est pas rare de remarquer des différences significatives dans les procédures d'un infirmier à un autre et les démarches le plus souvent cataloguées dans le quotidien des infirmiers, sont fonction des écoles scientifiques. Selon les données issues de nos investigations, 79% des infirmiers interrogés plaident en faveur de l'élaboration de protocole clair de soins infirmiers pour uniformiser la démarche de traitement des patients atteints d'insuffisance rénale au CNPTIR.

### **3.1.2.3 Manque de personnel et de matériels de pointe**

Dans un rapport publié en Mars 2019, La Chambre Régionale des Comptes (CRC) d'Ile-de-France a relevé que "les ratios normés" de personnel infirmier à l'AP-HP (Assistance publique-hôpitaux de Paris) est de 02 infirmiers pour 05 patients. Cette norme occidentale semble ne pas être respectée sous nos tropiques. Sur notre site de recherche par exemple 04 infirmiers sont de permanence chaque jour avec en moyenne 27 dialysés/jour ; soit environ 13,5 dialysés par la paire d'infirmiers. Ces chiffres importants montrent qu'au lieu de 05 dialyses pour la paire des infirmiers, ce sont presque le triple des dialyses qui sont effectuées par ces infirmiers au quotidien. C'est dans ce contexte de R., un enquêté affirme que « nous sommes en sous-effectif et pour combler ce manque, nous sommes contraints de faire des heures supplémentaires pour prendre en compte de maximum de patients par jour ». Ces propos montrent que le personnel soignant du CNPTIR est en sous-effectif pour le nombre de malades à dialyser.

Outre ce fait, il faut noter que les générateurs d'hémodialyse dont dispose le CNPTIR sont vétustes et semblent ne plus être adaptés aux innovations technologiques. Avec l'avancée de la technologie, il existe aujourd'hui des générateurs dits avec « *hémodiafiltration* » qui permettent de combiner à la fois les phénomènes de diffusion (hémodialyse) et de convection (hémofiltration). Ce type d'appareil semble nécessaire au sein du CNPTIR.

### **3.1.2.4 Exigences de la tâche**

Les investigations effectuées au sein du CNPTIR révèlent qu'avec ce nombre de patients sans cesse croissant, les infirmiers sont soumis à une surcharge de travail. Des heures supplémentaires sont effectuées par ces infirmiers dans le seul souci de donner satisfaction au maximum de patients au quotidien. Ainsi, sans véritables heures de pause, des infirmiers sont quelques fois obligés de prendre leur pause, allongés sur des bancs dans les couloirs et allées de la structure ou le cas échéant, étendus à même le sol sous le lit des patients dialysés. Notons également qu'avec la fatigue cumulée, des erreurs sur les choses les plus élémentaires se glissent dans le travail que font ces infirmiers. Pour K., un IDE « le nombre important de patients nous oblige à faire des efforts complémentaires. Des efforts qui ne sont pas toujours reconnus ». Stress, pression, surcharge de travail sont le quotidien de ces infirmiers qui ne sont félicités que s'ils arrivent à maintenir le plus longtemps possible ces malades en vie.

En outre, un autre fait reste constatable sur le site de recherche ; il s'agit de l'absence d'un soutien social de la part de la direction du CNPTIR. Dès lors, en l'absence d'un tel soutien social, les infirmiers sont confrontés aux mêmes contraintes de temps et de stress au travail ; toute chose qui ouvre la voie à une vague d'approximations et d'erreurs de cloché dans ce domaine sensible et à des effets du stress des infirmiers en situation de travail (irritabilité, dépression, troubles du sommeil, maux de tête).

## **3.2. Recommandations**

Au regard de ce qui a été évoqué, il s'avère judicieux de faire quelques recommandations. Ces recommandations visent principalement l'Etat et le CNPTIR.

### 3.2.1. A l'Etat

- Elaborer un protocole clair de soins infirmiers
- Augmenter le personnel infirmier qualifié dans le service d'hémodialyse du CNPTIR.
- Renouveler les générateurs
- Renforcer les équipements et consommables de première nécessité au CNPTIR
- Renforcer les Equipements de Protection Individuelle pour le personnel de soins.

### 3.2.2 Au CNPTIR

- Réduire les heures de travail
- Dénoncer toute forme de corruption active ou passive
- Sensibiliser le personnel infirmier sur la nécessité de réaliser des soins de qualité en insistant sur les points suivants :
  - Accueil des patients,
  - Hygiène des mains avant et après chaque soin,
  - Changement de gant selon le type de soin
  - Pratiquer l'asepsie lors des soins

### 3.3. Discussion et Conclusion

Compte tenu de ce qui précède, il ressort que l'inobservance de la qualité des soins infirmiers au Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale est la résultante d'une double série de facteurs. Ces facteurs dans leur éclosion, laissent transparaître aussi bien les erreurs médicales que les erreurs hygiéniques imputables à un cadre de travail non ergonomique, des horaires excessives de travail corrélé au stress et le tout, dans un environnement professionnel déjà dominé par la corruption et le clientélisme. Ces résultats loin d'être isolés, valident quelques contributions antérieures. En effet, les constats effectués au CNPTIR restent peu différents de ceux effectués par certains prédécesseurs. Au Cameroun, déjà en 2013, Garga et Ongolo mentionnaient une série de récriminations portant sur la négligence dans les soins, le comportement désagréable et insolent des infirmiers, l'insalubrité des locaux et le coût élevé des soins. Au Burkina, les constats effectués par Marc (2017) et Joseph (2016) font état de retards fréquents dans la prise en charge des urgences corrélés à des cas de paiements illicites à une catégorie spécifiée de personnes (Bizouart et Jungers, 2014). En occident, d'autres chercheurs (Cuyot, 1994 ; Chapius, 2014 ; Reach, 2006 ; Palazzolo, 2004) notent également des cas de stress et de surcharge de travail et un manque de matériels de pointe dans les milieux hospitaliers où le personnel est en sous-effectif. Il ressort donc que dans un contexte professionnel non ergonomique (Pellerin, 2008) et délétère (Leplat, 1997) caractérisé par le stress (Hardy, 2012) et les heures excessives de travail (Labarre, 2007 ; Mulamba, 2011), les erreurs les plus élémentaires se glissent et exposent davantage le corps médical déjà stigmatisée, à la vindicte populaire.

Dès lors, ne serait-il pas judicieux pour l'Etat de curer les problèmes extra-infirmiers identifiés et de promouvoir l'excellence par la mise en place d'une politique de récompense des infirmiers exemplaires au CNPTIR ?

### Références bibliographiques

- [1]. ADAM, E. (1984). Questions et réponses relatives au schème conceptuel de Virginia Henderson. *L'infirmière canadienne*, 26 (3), 27-31.
- [2]. ADAM, E. (1991). Être infirmière : un modèle conceptuel. Montréal: Études vivantes.

- [3]. ANDERSON, A. A. (2005). *The Community Builder's Approach to Theory of Change: A Practical Guide to Theory Development*. The Aspen Institute Roundtable on Community Change.
- [4]. BANCE, D. (2010). *Problématique de l'autonomie administrative et financière des hôpitaux au Burkina Faso: cas du centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle*. Administrateur des Hôpitaux et des Services de Santé. Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature du Burkina Faso.
- [5]. BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy : The exercice of contrôle*, New York : W.H. Freeman.
- [6]. BARBERYE, R. (2018). *L'hôpital public en danger*. Dans *Gestion & Finances Publiques* (N° 2), pages 77 à 81.
- [7]. BEGUIN, A. M. (2008). *La démarche clinique infirmière dans la prise en charge des troubles vesico-sphinctériens*. Soins Gériatrie : la revue de tous les acteurs du soin à la personne âgée.
- [8]. BIZIER, N. (1992). *De la pensée au geste* (3e éd.). Ville Mont-Royal: Décarie Éditeur.
- [9]. BIZOUARD, F. ET JUNGERS, C. (2014). *Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance*, *Human health and pathology*.
- [10]. BOURDEAUT, F. (2012). *Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale*. Dans *Laennec* (Tome 60), pages 24 à 38
- [11]. BOURDILLON, F. et PETIT-MIELET, A. (2013). *Les riches cachés à l'hôpital*. Dans *Les Tribunes de la santé* 2013/4 (n° 41), pages 69 à 78.
- [12]. BOURDEAUT, F. (2008) *Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale*. *Laennec* 2012/3 (Tome 60), pages 24 à 38.
- [13]. BREMOND, M., MICK, S., ROBERT, D., PASCAL, C., et CLAVERANNE, JP. (2013). *Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ?* Dans *Les Tribunes de la santé* /1 (n° 38), pages 77 à 94.
- [14]. CHAPUIS, J. (2014). [the children of virginia]. *Krankenpflege*, 107(1), 56-61.
- [15]. COUDRAY, M. (2008). *La problématique des soins infirmiers aujourd'hui*. Dans *Recherche en soins infirmiers* (N° 93), pages 49 à 55
- [16]. CUYOT, JC. (1994). *Difficulté de communication et hôpital*. *Communication et organisation*. <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2982>.
- [17]. GARGA, H. ET ONGOLO, P. (2013). *Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun*. Centre le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS). Equipe camerounaise de l'initiative EVIPN et -Evidence Informed Policy Networks -de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- [18]. HABIBA, G. (2011). *Etude exploratoire du recours aux soins et de la perception de la qualité des services aux urgences des hôpitaux de Yaoundé*. Mémoire de Santé Publique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé.
- [19]. HARDY, M.-S. (2008). *La contribution des soins infirmiers à une clientèle âgée souffrant de problèmes cardiovasculaires chroniques*. Maîtrise en sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada.
- [20]. HAXAIRE, C. (2002). *Calmer les nerfs: automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes*. *Sciences Sociales et Santé* Année 2002 20-1 pp. 63-88
- [21]. HARDY, A., et LE BODIC, C. (2012). *Prescrire, proscrire. Enjeux non médicaux dans le champ de la santé*. Coll. « Des Sociétés Rennes ». Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- [22]. HENDERSON, V. (1984). *Ma conception des soins infirmiers. Un modèle ouvert pour le développement d'un jugement clinique*. *Soins*, 440, 9-16.
- [23]. HENDERSON, V. (1969). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Montréal: Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec.

- [24]. JOSEPH, L. (2016). Etude des difficultés rencontrées à la prise en charge aux urgences générales d'une patiente albanophone. Dans *L'Autre*. (Volume 17), pages 243
- [25]. LABARRE, K. (2007). L'exercice du leadership transformationnel des infirmières-chefs et les facteurs organisationnels l'influençant dans le contexte des modifications à la pratique infirmière : une étude de cas. *Maîtrise en sciences infirmières*, Université Laval, Québec, Canada.
- [26]. LAHIRE, B. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, coll. Essais & recherches.
- [27]. LEPAIN, C. (2003). L'approche culturelle en soins infirmiers pour les patients musulmans maghrébins relevant des soins palliatifs. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 4-33.
- [28]. MULAMBA, P. (2011). Problématique de l'accueil du malade dans un milieu hospitalier et son impact sur la qualité de soins. Cas de l'hôpital général de référence d'Uvira en RDC. Institut supérieur des techniques médicales d'Uvira – Graduat.
- [29]. NOËL, M.-F. (1989). Une histoire de données en périnatalogie. *The Canadian nurse / Infirmière canadienne*, 85(9), 4-33.
- [30]. PALAZZOLO, J. (2004). Contention et perspectives thérapeutiques. *Santé mentale*. N°86.
- [31]. PHANEUF, M. (1986). *Soins infirmiers: la démarche scientifique: orientation vers le diagnostic infirmier*. Montréal: McGraw-Hill
- [32]. PHANEUF, M. (1998). *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. Paris: Masson
- [33]. REACH, G. (2006). *Clinique de l'observance: l'exemple des diabètes*, John Libbey eurotext, Formation, octobre, 188 p.
- [34]. SAINT-PIERRE, M. ET SEVIGNY, A. (2009). Approche individuelle et collective sur la continuité des soins. Dans *Santé Publique* (Vol. 21), pages 241 à 251
- [35]. SCHMIDT, M. (1984). Une rencontre avec Lise Riopelle. Le modèle conceptuel des soins infirmiers de Virginia Henderson. *Soins*, 433-434.
- [36]. SEVIGNY, A. et SAINT-PIERRE, M. (2009). Approche individuelle et collective sur la continuité des soins. Dans *Santé Publique*. (Vol. 21), pages 241 à 251.
- [37]. SMITH, P. (1995). *Virginia Henderson : une biographie*. Paris: InterEditions.
- [38]. SOULI, M. (2017). Infections associées aux soins : expériences et perceptions des infirmiers de l'hôpital de district de Ziniare. Mémoire de fin d'étude. Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation. Ouagadougou
- [39]. VEGA, A. (2011). Regards croisés sur l'hôpital : quand l'anthropologue fait mémoire. Dans *Image et santé*, pages 185 à 205.