

**UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I THE
UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I**

**CENTRE DE RECHERCHE ET
DE FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES
ET ÉDUCATIVES**

**UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES**



**POSTGRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES**

**DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR SOCIAL SCIENCES**

**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE
L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CAMEROUN :
LOGIQUES, CONTRAINTES ET STRATÉGIES DES
DIFFÉRENTS ACTEURS AU CENTRE HOSPITALIER
ET UNIVERSITAIRE DE YAOUNDE**

*Mémoire présenté et soutenu publiquement le 07 septembre 2023 en vue de
l'obtention du diplôme de Master en Sociologie*

Spécialité : Population et développement

Par
André TALLA NDESOPTSI
Licencié en sociologie

Membres du jury

Président : Yves Bertrand FEUDJIO, Pr.

Membre : NSANGO MOUSTAPHA Moncher, C.C.

Rapporteur : Achille PINGHANE YONTA, C.C

Janvier 2023



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de l'ensemble de la communauté Universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce Mémoire ; ces opinions doivent considérées comme propres à l'auteur.

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	i
SOMMAIRE	ii
DÉDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	v
LISTE DE PHOTOS	vii
LISTES DE TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE :INSUFFISANCE RÉNALE AU CAMEROUN : DE LA CONSTRUCTION DES PERCEPTIONS, DES PRATIQUES ET DE LA PRISE EN CHARGE	38
CHAPITRE I :I-INSUFFISANCE RÉNALE COMME PROBLÈME DE SANTE PUBLIQUE	39
CHAPITRE II :REPRESENTATION SOCIALE DE LA PRISE EN CHARGE DE L’I NSUFFISANCE RENALE : PRATIQUES ET TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE L’INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY.	64
DEUXIÈME PARTIE :LOGIQUES INSTITUTIONNELLES, CONTRAINTES ET STRATÉGIES DES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L’IR AU CHU- YAOUNDÉ	87
CHAPITRE III :NORMES ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES D’HÉMODIALYSE AU CHU-YAOUNDÉ	88
CHAPITRE IV :CONTRAINTES, LOGIQUES ET STRATÉGIES DES DIFFÉRENTS ACTEURS EN INTERACTION DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L’IR AU CHUY.....	109
I-CONTRAINTES LIÉES À LA PRISE EN CHARGE DE L’INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY. 109	
CONCLUSION GÉNÉRALE	125
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	132
ANNEXE	139
TABLE DE MATIÈRE.....	151

À

Mon père, TCHINDA Marc dit « FOUODOUALA » de regretté Mémoire ;

Ma mère, Mme TCHINDA née FOUOTSOP Véronique.

REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre profonde gratitude :

- À Notre Directeur de mémoire, Docteur Achille PINGHANE YONTA qui a dirigé ce travail, pour avoir contribué considérablement et rigoureusement à la maturation de cet édifice scientifique, l'intérêt et la disponibilité dont il a fait preuve pour l'aboutissement de ce travail malgré ses nombreuses occupations.
 - À tous les enseignants du Département de sociologie pour la formation académique qu'ils nous ont si bien offerte, en particulier le chef de Département de Sociologie, Professeur Armand LEKA ESSOMBA, Docteurs Moncher NSANGOU MOUSTAPHA et NGUEULIEU Perrier pour leurs conseils édifiants.
- Au Directeur du CHUY Professeur NTONE ENYIME Felicien , qui nous a accordé une autorisation de recherche qui a permis de collecter différentes données au sein de la structure dont il a la charge.
- À Madame le doyen de la FMSB, Professeur ZE MINKANDE Jacqueline dont l'autorisation a permis de mener une recherche documentaire au sein de leur bibliothèque.
- Au Professeure Sariette BATIBONAK socio-anthropologue, pour les conseils et encouragements depuis le début de ce travail.
- Aux personnels en hémodialyse à l'instar du Major en hémodialyse grâce à qui nous avons collecté les données ainsi qu'aux infirmiers pour leurs collaborations au cours de cette recherche.
- À ma grande sœur FOUOTSA TCHINDA Jeannette épouse YIMEFAK pour ses sacrifices extrêmes et multiformes pour sa contribution sans cesse pour ma socialisation primaire depuis mon enfance, en signe de reconnaissance pour ses efforts fournis dans le but de me forger une personnalité.
- À ma famille FOUOTSOP véronique de leurs dynamismes dans mes études, à mes grandes sœurs FOMEKONG Mireille claire pour son soutien multiforme ; mon grand-frère TSIDA Marc Leprince pour les motivations au quotidien,
- À nos amis NDONGO RICHARD ; Diane MEKAH ; NAYI À MBASSI ; MBOUNO NGOUMKOUET; KAMWOUA Carène ; AGOUANET Franklin Platini ; KUETE Baudelaire ; TSAMENE Gustave ; TIDO JOJO Patrick ; MPELE Célestin ; Dr Serges TCHATCHOUANG pour leurs conseils et motivations.
- À tous nos camarades de promotion et ami(e)s, MEFRE Aimerance ; TCHUINANG Sébastien ; MBOHOU Jean Pierre pour leurs encouragements et interactions etc.
 - Aux patients atteints de l'insuffisance rénale du CHUY pour leurs collaborations tout au long de cette recherche.

Que tous ceux qui de près ou de loin ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce modeste travail, trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoires Non stéroïdiens

BUCREP : Bureau Central des Recensements et des Études de la Population

CHUY : Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

CPPSA : Cercle Philo-Psycho-socio-Anthropologie

D : Dialyse

DAC : Direction de l'administration Centrale

DAC : Dispositif D'appui à la Coordination

DLMEP : Direction Épidémiologie et Lutte contre les Maladies et des épidémies

DRS : Direction Régionale de la Santé.

DSCE : Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi

ERA EDTA : European Renal Association-European Renal Dialysis And
Transplantation Association

ETP : Education thérapeutique des patients dialysés

FALSH : Faculté des Arts, Lettres et sciences Humaines

FMSB : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

FOSA : Formation Sanitaire

GATS : Groupe d'alerte en Santé

HD : Hémodialyse

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IR : Insuffisance Rénale

IRA : Insuffisance Rénale Aiguë

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

IRCNT : Infection Rénale Chronique

Terminale

IRCT : Insuffisance Rénale Chronique

Terminale

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

MNT : Maladies Non Transmissibles

MRC : Maladie Rénale Chronique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernemental

PD: Patients dialysés

PEC : Prise en Charge

RBPM : Recommandation de bonne Pratique Médicale

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise.

SNMPCMNT : Stratégie Nationale Multisectorielle de prévention et de Contrôles des Maladies Non Transmissibles.

SROS-PRS : Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire ; Projet Régional de santé

SSP : soins de santé Primaire

SSS : stratégie sectorielle de santé

UCAC : Université Catholique d'Afrique Centrale

USDRDS: United States Renal Data System

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine/

**LISTE DE PHOTOS**

Photo 1: Salle d'attente et balance numérique pour prise de poids.....	89
Photo 2: Salle de prise de « soin » (salle 3)	89
Photo 3: Kit d'hémodialyse.....	90

LISTES DE TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des enquêtés ayant fait l'objet d'entretien.....	29
Tableau 2 :Niveau d'instruction du Personnel	29
Tableau 3: Répartition des patients atteints de l'IR	30
Tableau 4 :Genre ; âge ; niveau d'instruction ; fonction.....	32

RÉSUMÉ

Ce mémoire qui a pour titre « *Prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun : logiques, contraintes et stratégies des différents acteurs au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé* » est le résultat d'un travail académique mené à Yaoundé du 28 juillet au 11 septembre 2022. Le choix de cette ville n'a pas été fait au hasard mais, en raison non seulement de son statut de capitale politique du Cameroun mais du fait qu'elle fut la toute première ville à abriter le tout premier centre d'hémodialyse (1990) qui abrite aujourd'hui plusieurs Centres de dialyse. Cette recherche se construit sur un constat: les mouvements d'humeurs (grèves) des patients atteints de l'insuffisance rénale observés dans certains centres d'hémodialyse du Cameroun (à Buea, à l'hôpital générale de Yaoundé, au Centre Hospitalier et universitaire en 2021) qui protestent contre la surexploitation du flux des malades et la rupture des kits de dialyse. En outre, malgré les politiques de lutte contre cette pandémie (IR) mises en œuvre au Cameroun par l'État depuis 1990 jusqu'à nos jours à savoir : la création des centres de dialyse dans toutes les régions du Cameroun, la subvention de cette pathologie à 95% par l'État depuis 2002, les personnes atteintes de l'insuffisance rénale sont toujours confrontées aux problèmes de prise en charge. Ainsi, la question principale de cette recherche est de savoir : Quels facteurs expliquent les dysfonctionnements observés dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale au Cameroun ? L'hypothèse formulée pose que, la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance au Cameroun se déploie par une dynamique conflictuelle entre les acteurs en interaction. La vérification de notre hypothèse s'est effectuée à travers trois approches théoriques : Le modèle étiologico-thérapeutique de François LAPLANTINE, l'analyse stratégique de Michel CROZIER et la théorie des représentations sociales de Serge MOSCOVICI. Pour conduire cette recherche, la méthode qualitative a été utilisée pour collecter, traiter et analyser les données de terrain. Les résultats montrent que, le système de PEC des patients atteints de l'IR au Cameroun s'analyse à travers les logiques de domination avec les structures hospitalières productrices d'inégalités entre les acteurs et le dysfonctionnement des services de PEC des malades résulte des facteurs à la fois institutionnels, culturels, socioéconomiques et structurels. La présente analyse met en exergue la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun en général. Par ailleurs, elle met aussi en lumière, les « dynamiques sociales » et différents acteurs qui influencent cette PEC au CHUY en particulier.

Mots clés : prise en charge ; insuffisance rénale ; patients ; contraintes; CHUY.

ABSTRACT

This research is entitled "the management of renal failure patients in Cameroon: Means, constraints and strategies of the various actors at the Yaoundé University Hospital (YUTH) Centre". It is the result of an academic study carried out in Yaoundé from 28th July to 11th September 2022. The choice of this city was not made at random, but because of its status as the political capital of Cameroon and the fact that it was the first city to host the very first haemodialysis centre (1990) and now hosts two dialysis centres. It was built on a based on the mood swings (strikes) of renal failure patients observed in some of Cameroon's haemodialysis centres (in Buea, at the Yaoundé General Hospital, at the University Hospital Centre in 2021) who protest against the overexploitation of the flow of patients and the breakdown of dialysis kits. In addition, despite the policies to fight this pandemic, renal insufficiency (RI) implemented in Cameroon by the State since 1990 until now, namely: the creation of dialysis centres in all regions of Cameroon, the subsidy of this pathology at 95% by the State since 2002, people suffering from renal failure are still confronted with the problems of management. Thus, the main question of this research was to know: What are the factors explaining the dysfunctions observed in the management of patients with renal failure in Cameroon? The hypothesis formulated as the management of patients with renal failure in Cameroon is unfolding through a conflictual dynamic or conflictual relations between the actors in interaction or presence. The verification of our hypothesis was carried out through three theoretical approaches: François LAPLANTINE's etiological-therapeutic model, Michel CROZIER's strategic analysis and Serge MOSCOVICI's theory of social representations. To conduct this research, a qualitative method was used to collect, process and analyse the field data. The results show that the treatment and care system for patients suffering from Renal Insufficiency in Cameroon can be analysed through the logic of domination with the hospital structures producing inequalities between the actors, the dysfunction of the treatment and care services for patients is the result of institutional, cultural, socio-economic and structural factors. These analysis highlights the management of renal failure patients in Cameroon in general. It also highlights the "socio-dynamics" and different actors that influence this care at YUTH center in particular.

Key words: management; renal failure; patients; constraints.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. CONTEXTE

1. Contexte socioéconomique

Pour son développement économique et social, le Cameroun s'est doté en 2009 d'une vision de développement à long terme, qui ambitionne de faire du Cameroun « un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité à l'horizon 2035 » d'après le SND30 (Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 pour la transformation Structurelle et le développement inclusif). Cette vision volontariste a comme objectifs spécifiques : d'atteindre une croissance économique proche de deux chiffres ; d'atteindre le seuil de 25% comme part de production manufacturière dans le PIB ; de réduire la pauvreté en ramenant son incidence à moins de 10% en 2035 etc., (SND30). La première phase de mise en œuvre de cette vision a été opérationnalisée dans le document de stratégie pour la croissance et l'emploi (DSCE) qui constituait ainsi le cadre de référence pour la période de 2010-2019.

Le DSCE arrivant à terme au 31 décembre 2019, la présente stratégie constitue, le nouveau cadre de référence pour la période 2020-2030. En outre, la mise en œuvre du DSCE aura permis un relèvement substantiel du sentier de croissance moyenne qui a néanmoins été en retrait de 0,8 point par rapport à la cible de 5,5% fixé dans le DSCE et qui témoigne tout de même la résilience de l'économie camerounaise face aux différents chocs économiques etc.

Bien plus, s'agissant de la pauvreté, on note une légère baisse du taux de pauvreté qui a reculé de 2,4 points en se situant à 37,5% en 2014 contre 39,9% en 2007 (Plan Stratégique Nationale Santé Numérique 2020-2024). Toutefois, cette performance est en deçà des attentes du DSCE qui prévoyait un taux de pauvreté de 28,7% en 2020. Selon le milieu de résidence, le taux de pauvreté a connu une baisse significative en milieu urbain passant de 12,2% en 2007 à 8,9% en 2014, alors qu'il a progressé en milieu rural, passant de 55,7% à 56,8% sur la période. De plus, neuf (9) pauvres sur dix (10) résident en milieu rural. On note également, les régions de l'extrême-Nord (74,3%), du Nord (67,9%), du Nord-Ouest (55,3%), et de l'Adamaoua (47,1%) sont les plus pauvres (SND30).

Au Cameroun, 17,5% des ménages sont plus pauvres, 18,6% pauvres modérés, 20,5 riches, et 24,5 plus riches ; 36% des ménages sont pauvres et 64% non pauvres d'après le Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP), [http:// www.bucrep.cm](http://www.bucrep.cm)¹

¹ [Http:// www.bucrep.cm](http://www.bucrep.cm) consulté le 18 mars 2022 à 23h et 50 minutes.

Consulté le 18 mars 2022 à 23h 50 minutes. En outre, d'après l'institut national de la statistique (INS, 2018), au moins 8 millions de Camerounais vivent en dessous du seuil de pauvreté, avec moins de 931 FCFA par jour. Nous constatons à travers ce seuil de pauvreté alarmant que, l'accès aux soins de santé reste et demeure un problème majeur pour la population Camerounaise. Le déséquilibre s'observe aussi au niveau Central car les « riches » ne se soignent pas toujours au Cameroun malgré les infrastructures hospitalières disponibles. Ils sont parfois appelés à se faire soigner dans les hôpitaux hors du pays. Les pauvres de leurs côtés vivent dans des conditions de promiscuité et de forte précarité. L'accès aux soins demeure un « Chemin de croix » pour ces derniers car² leurs conditions de vie, très défavorables ne leurs favorisent toujours pas l'accès aux soins de santé ceci à cause d'un manque d'une assurance maladie due à la pauvreté extrême qu'ils rencontrent au quotidien.³

2. Contexte politique:

D'après le SND30, la politique du secteur de santé au Cameroun avait pour objectif de garantir, de manière pérenne, l'accès universel aux services et soins de santé de qualité, à travers l'amélioration de leur offre et le financement approprié de la demande de santé. Cette politique vise, à viabiliser 80% des districts de santé ; amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation-recours ; réduire 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables etc. Le secteur de santé au Cameroun est structuré en trois niveaux formant une pyramide dont chacun a une fonction précise : Au niveau central, on a le MINSANTE, au niveau intermédiaire (10 régions) et au niveau périphérique on note (189 districts de santé qui ont pour rôle la mise en œuvre des programmes.

Les maladies transmissibles(MT⁴) (VIH/SIDA, hépatites virales etc.) et maladies non transmissibles (MNT) (paludisme, diabète, hypertension artérielle) sont au centre de la politique sanitaire camerounaise et sont l'apanage de la préoccupation sanitaire du gouvernement Camerounais. S'agissant du Cameroun, il en ressort que, les maladies chroniques non transmissibles sont à l'origine de 31% de décès. En effet, l'insuffisance rénale est une maladie qui demeure une préoccupation majeure et reste un phénomène au cœur des réflexions du ministère de la santé publique. C'est pour cette raison qu'officiellement, le gouvernement

² SND30 : Stratégie Nationale de développement (2020-2030) pour la transformation structurelle et le développement inclusif, Chapitre IV: Le développement du capital humain et du bien-être, page 80.

³ Institut National de la Statistique 2018, opcit.

⁴ Alexandre Benjamin NKOUM, *Maladies Chroniques en Afrique : Enjeux et perspectives*, presses de L'UCAC, 2017, (dir), p. 18.

Camerounais alloue chaque année près de 4 milliards de FCFA à la subvention de la prise en charge du traitement des patients souffrants de l'insuffisance rénale au Cameroun. Le gouvernement Camerounais planche sur la meilleure prise en charge de l'insuffisance rénale en passant par la mise en place d'une filière locale de fabrication des intrants et matériels nécessaires aux séances d'hémodialyse. « À terme, nous souhaitons que les centres éléments de kits soient fabriqués au pays. Nous sommes en train⁴ de travailler avec certains opérateurs sur cette question. » rassure le ministre Malachie MANAOUDA lors de l'assemblée générale du 19 janvier 2021 tenue à l'hôpital général de Yaoundé (Bulletin de santé janvier 2021). En outre, l'hémodialyse constitue le seul traitement de substitution disponible au Cameroun, elle est subventionnée à 95% par l'État depuis 2002⁵ et le nombre de centre de dialyse va croissant. Cependant, depuis l'ouverture du premier centre en 1990, aucune donnée n'existe sur la survie des hémodialyses chroniques.

D'après le MINSANTE, le président de la république aurait instruit la création des centres d'hémodialyse dans tous les centres régionaux du pays depuis 2011. De plus, grâce à la subvention de l'État, le coût de ce traitement est passé de 250 000 FCFA à 5000 FCFA déboursés par séance de dialyse et par malade dans un centre public, contre 75 000 FCFA dans le privé. Mais en raison de pénurie récurrente un malade peut déboursier 35 000 FCFA pour acquérir un kit dans un circuit noir.⁶ Ainsi, le choix porté sur ce phénomène social n'est pas un choix anodin, il fait l'objet de notre attention pour plusieurs raisons.

II. JUSTIFICATION

1- Motivations ~~études~~

Nous avons constaté à travers le site «www-infos.net »⁷ le courroux des malades d'insuffisance rénale de l'hôpital générale de Yaoundé du 04 mai 2017 des patients qui menacent entamer un mouvement de grève au centre d'hémodialyse de Buea parce qu'ils ne bénéficient plus des soins adéquats depuis déjà 2 mois. Ils relèvent que « *C'est l'absence du matériel nécessaire pour les séances d'hémodialyse* ». Le problème dudit centre de Buea est celui de la surexploitation avec un flux des patients non seulement des localités de la région du Sud-Ouest mais aussi de la région de l'Ouest et même du littorale. Le média « La nouvelle

⁵ SSS : Stratégies Sectorielle de la Santé

⁶ Ministère de la santé, 2009, op cit.

⁷ Benjamin A.NKOUM, l'OMS 2010 in «Maladie chronique en Afrique : Enjeux et perspectives »Presse, UCAC, 2017.

expression du 1^{er} juin 2021 » qui nous informe des mouvements d'humeur à l'hôpital général de Yaoundé. Il s'agissait des malades d'insuffisance rénale pris en charge dans cet hôpital qui manifestaient leur désarroi en barrant la route. Dans le même sillage, lors de nos « courses » en 2021 dans un marché de la capitale politique, au lieu-dit « ancien marché MELEN », nous avons constaté que la circulation était perturbée. Nous avons remarqué des personnes qui criaient à haute voix et qui avaient en leur possession des plaques avec pour message inscrit : « *Nous réclamons une meilleure prise en charge après une nouvelle rupture des kits d'hémodialyse* ». C'est ce « fait social total » en sens de Marcel Mauss qui nous a incité à mener une réflexion portant sur la problématique liée à la prise en charge de cette maladie. D'où la formulation de notre sujet de recherche de la manière suivante: « *Prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale: contraintes, logiques et stratégies des différents acteurs au centre hospitalier universitaire de Yaoundé-Cameroun* ».

2- Motivations épistémologiques

Le choix porté sur cette thématique émane en amont de l'intérêt particulier que nous avons pour la sociologie en général et en particulier pour la sociologie de la santé, plus précisément sur les problématiques de prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun. Ensuite, l'actualité sur l'insuffisance rénale à travers les données épidémiologiques diffusées dans les différents rapports de l'OMS et autres études chaque année ne nous a pas, en aucun cas laissé indifférent. L'insuffisance rénale chronique est un problème de santé publique au niveau Mondial. En effet, les maladies non transmissibles (MNT) constituent selon l'OMS une menace importante et grandissante pour la santé des individus et des populations dans le monde car plus de 353 millions de personnes soit 5% de la population mondiale en souffre. Au Cameroun, dans une étude conduite aux USA⁸ qu'on estime 2 millions le nombre de personnes touchées par l'insuffisance rénale. D'après cette auteure, la « prévalence de cette maladie est assez difficile à évaluer ». C'est alors ce qui amène plusieurs chercheurs à mener des études sur les questions de prise en charge ceci à travers leurs différentes investigations. Les travaux réalisés en contexte africain en général par BAGULA et al⁹, BENJA RAMILITANA et AL⁹, KC ACKOUNDOU- N'GUESSAN et AL¹⁰, ABDOUL KARIM

⁸ BAGULA et Al, « Prévalence et facteurs de risques de la maladie rénale chronique dans la région de grand-lacs » 2013.

⁹ BENJA et al, « Étude rétrospective sur l'incidence de l'insuffisance rénale chronique dans le service de Médecine interne et néphrologie du Centre Universitaire Hospitalier d'Antanarivo : 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2002 », 2015.

¹⁰ « Facteurs de risque d'insuffisance rénale chronique en côte d'Ivoire : une étude de prospective de 280 patients » 2011.

Traoré¹¹ et au Cameroun plus particulièrement par Hermine.

FOUDA et al¹², Emilienne Grâce NKOYOCK¹³, MAMBAP¹⁴, NOUGA II Thomas. A¹⁵, Yves Bertrand DJOUDA¹⁶, KAZE FOLEFACK et al¹⁷ et ceci dans toutes les disciplines (médecine, sociologie, anthropologie, santé publique) montrent la gravité de cette pathologie dans nos sociétés. Au regard de cette multitude littérature existante en sciences sociales et précisément en sociologie de la santé, l'orientation de cette analyse vers la thématique de l'insuffisance rénale a été faite dans l'optique de contribuer à travers les travaux effectués au CHUY et à l'élargissement du champ d'analyse sociologique. Elle en apporte des connaissances nouvelles sur la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun qui occupe une place importante en sociologie de la santé et de la maladie.

III. PROBLÈME DE RECHERCHE

D'après. Benoît Gauthier et al¹⁸, « *Il y a problème lorsqu'on ressent la nécessité de combler l'écart existant entre une situation de départ insatisfaisante et une situation d'arrivée désirable (la situation satisfaisante étant considérée comme le but). Autrement dit, « un problème de recherche se conçoit comme un écart conscient que l'on veut combler entre ce que nous savons, jugé insatisfaisant et ce que nous devrions savoir, jugé désirable ».*

La politique sanitaire demeure une préoccupation majeure pour le chef de l'État et le ministère en charge de la santé publique. C'est dans cette logique que le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) vise d'une part à l'accélération du développement du capital humain et d'autre part, de réaliser les objectifs liés à la santé. La stratégie sectorielle de santé (2016-2027) au « niveau central » a pour objectifs spécifique, l'élaboration des concepts, de la politique et stratégies, de la coordination et de la régulation des structures de santé. En effet, l'État du Cameroun débourse en moyenne 4 milliards FCFA par an pour la meilleure prise

¹¹ ABDOUL, « Etude épidémiologique descriptive mono centrée des patients hémodialysés en urgence dans l'unité d'hémodialyse du CHU du point G ». 2021

¹² Hermine FOU DA et al, « La survie en hémodialyse au Cameroun » 2016.

¹³ Emilienne Grâce NKOYOCK, « Étude rétrospective des atteintes rénales toxiques médicamenteuses au centre hospitalier Universitaire de Yaoundé » 2014.

¹⁴ MAMBAP, « La survie des patients hémodialysés chroniques au centre régional d'hémodialyse de Bamenda », 2015.

¹⁵ Benjamin Alexandre NKOUM, « La communication dans la prise en charge des maladies chroniques dans le contexte africain » in « Maladies chroniques en Afrique : Enjeux et perspectives », 2017, Yaoundé, presses de l'UCAC.

¹⁶ Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO : *Famille et prise en charge des maladies chroniques* in Famille et santé en Afrique », 2018.

¹⁷ Benja Ramilitatiana et al, « Prévalence et déterminant de la maladie rénale chronique chez les adultes en milieu urbain ». D'Antanarivo, 1^{er} janvier 2007-31 décembre 2009 », 2015.

¹⁸ Benoît Gauthier et al, *De la problématique à la collecte des données* presse de l'Université de Québec, 4^{ème} édition.

en charge des patients souffrant d'insuffisance rénale. Grâce à cette subvention, le coût du traitement passe de 25000 à 5000 FCFA déboursé par séance et par malade dans un centre public, contre 75000 FCFA dans un centre privé. Cette subvention est également destinée principalement à l'acquisition des kits et d'équipements d'hémodialyse, la construction des centres d'hémodialyse dans toutes les 10 régions du pays depuis 2011 n'est pas en reste. En Mai 2020, l'État du Cameroun a réceptionné 40000 kits d'hémodialyse et 15000 kits auprès de la firme allemande « FRESSENIUS MEDICAL CARE », ceci pour gérer la rupture des stocks dans les centres d'hémodialyse pendant au moins 6 mois, Armand NTCHAPDA¹⁹. Comme autres²⁰ mesures, l'État du Cameroun envoie des « techniciens et néphrologues au Maroc pour une formation pratique sur l'utilisation et la maintenance des équipements ; la mise en²⁰ disposition des machines (entre 40 et 60) ; la descente sur le terrain le 20 janvier 2021 d'une équipe de techniciens pour la construction d'un forage au sein de l'hôpital général de Yaoundé ; la création²¹ d'un compte d'affectation spéciale pour garantir la pérennisation du financement de la dialyse, ²²le recours à la transplantation rénale. Par ailleurs, Le gouvernement camerounais planche sur la meilleure prise en charge de l'insuffisance rénale par la mise en place d'une filière locale de fabrication des intrants et matériels nécessaires aux séances d'hémodialyse: Ce qui nous amène à poser le problème des types interactions (relations) autour de l'insuffisance des soins chez les patients atteints d'insuffisance rénale.

IV. PROBLÉMATIQUE

Définie par Olivier LAWRENCE et al, comme étant « la recherche ou l'identification de ce qui pose problème»²³. Selon Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT²⁴, « la problématique est l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. Elle est l'angle sous lequel les phénomènes vont être étudiés, la manière dont on va les interroger».

Pour ressortir notre angle d'analyse sur la prise en charge des patients atteints de

¹⁹ NORTHROP 1959

²⁰ Allo Docteur, consulté le 19-01-2022 à 09.https://www.allodocteur.africa

²¹ DSCE : Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi

²² SSS : Stratégie sectorielle de santé

²³ Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT, « Manuel de recherche en science sociales » DUNOD, 1995. P .75.

²⁴ NOUGA24 II Thomas « La communication dans la prise en charge des maladies chroniques dans le contexte africain » in « Maladies chroniques en Afrique: Enjeux et perspectives», Alexandre Benjamin. NKOUM, Yaoundé, presse de l'université catholique d'Afrique centrale, juillet 2017.

l'insuffisance rénale au Cameroun, il convient d'abord, d'effectuer une revue de littérature qui se veut critique c'est-à-dire parcourir les différentes études qui ont déjà été faites sur ce sujet ceci en montrant leurs limites et leur positionnement théorique sur ce sujet abordé. Ainsi, l'insuffisance ne constitue aucunement un objet d'investigation vierge. Elle a été au cœur de plusieurs études dans diverses disciplines et au sein de la communauté scientifique en générale. Cette partie s'articule sur la revue de la littérature sur les types d'insuffisance rénale dans le monde, en Afrique et au Cameroun. Il s'agira de montrer et d'analyser également les limites des différentes thèses abordées par les auteurs qui ont abordé cette thématique.

Ainsi, plusieurs auteurs ont mis en exergue une large littérature sur l'épidémiologie de l'insuffisance rénale dans le monde de manière générale, et en particulier au Cameroun ainsi que son importance dans la prise en charge des patients atteints de cette maladie:

1- La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

En Tunisie, le coût de la prise en charge des patients dialysés pour l'année 2011 a dépassé les 90 millions de dinars (37000 euro), soit près de 5% des dépenses globale de santé. Une meilleure connaissance du profil épidémiologique a été mis sur pieds afin d'élaborer et évaluer des stratégies visant à améliorer la prévention et la prise en charge de cette maladie. L'objectif de cette étude visait à décrire le profil épidémiologique des cas incidents dans le gouvernorat de Sfax sur une période de 10 ans de juin 2003 à décembre 2012. Le diagnostic d'insuffisance rénale chronique a été porté à 1708 cas. Donc 957 hommes et 751 femmes [...] L'âge moyen était de 58,4 ans [10-100ans]. D'après cette ²⁵étude de l'évolution de l'âge moyen, on note une tendance en hausse avec une incidence de corrélation positive (0,749) et P=0,006. La principale néphropathie causale était la néphrite diabétique (21,5 %) avec une hausse significative de fréquence d'une année à l'autre. L'hémodialyse était la technique de dialyse de choix entreprise chez 96% des patients. Toujours en Tunisie, cette maladie montre une ascension fulgurante qui est passée de 13 par million d'habitant (pmh) en 1986 à 133 pmh. Dans le gouvernorat de Sfax (129,9 pmh) en 2003 à (163,2 pmh) en 2012).

Les données de cette étude vont nous permettre de comparer au cours de notre recherche, celles de la prévalence de l'insuffisance rénale au Cameroun ainsi que la survie en hémodialyse des patients. Il en ressort que l'hémodialyse reste le seul traitement pour cette maladie d'après cette étude.

²⁵ Muriel Henry, 2010, «étude des prescriptions médicamenteuses dans un service d'hémodialyse ».

Mais cet auteur explique les causes de cette affection à travers son aspect étiologique (Diabète) et qui est prise en charge du point de vue biomédical par le biais de l'hémodialyse. Mais il ne prend pas en compte la maladie comme fait qui peut aussi s'expliquer du point de vue socio-culturel et peut être traité par « l'ethnomédecine » communément appelée « médecine traditionnelle ». F. KAZE FOLEFACK et al montrent dans un article que par ces décennies, le ²⁶dépistage a porté sur 500 adultes (267 hommes, 53%) d'un âge moyen $45,3 \pm 13,2$ ans et dont 35% étaient sans emploi. Les facteurs de risque de la MRC retrouvés étaient la consommation des médicaments néphrotiques (43,4%), l'hypertension artérielle (30,2%), l'obésité (27%), le diabète (2,8%) et le tabac (2,8%). La protéinurie était de 7,2% et le DFG moyen de $93,75 \pm 24,93$ ml/min selon la formule de MDRD avec 5,4% ayant un DFG < 60 ml/min. la prévalence de la MRC dans cette population était de 3,2%. L'âge avancé, la consommation des médicaments néphrotoxiques, l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète étaient les facteurs associés à la survenue de la maladie rénale chronique. En outre, ces auteurs montrent dans cette étude que, non seulement la cause étiologique de cette maladie est le diabète mais ils ajoutent la consommation des médicaments et l'hypertension artérielle sont à l'origine de cette maladie. Cette étude nous permet de comprendre que le comportement de la population est perçu comme facteur de risque à la survenue de cette maladie. Mais ses derniers ne prévoient par le traitement où la prise en charge des patients à l'ethnomédecine mais seulement une prise en charge biomédicale. Elle va nous Permettre de comprendre et expliquer les différents recours thérapeutiques qu'opèrent les malades d'insuffisance rénale pour palier à cette affection.

KRISMA soutient que « *l'émergence des pathologies chroniques sont remises en cause d'une autorité médicale sans partage. Elles ont engendré les transformations les plus importantes dans le champ de la santé* ». Ainsi, il a été observé un certain transfert de pouvoir de décisions au malade lui-même et dans certains cas, à la famille. En réalité, lorsqu'un malade ne peut pas guérir parce qu'il souffre d'une pathologie chronique échappant aux protocoles thérapeutiques de la médecine, c'est son réseau de supports qui devient le véritable pivot susceptible de l'accompagner, de le resocialiser et de l'aider ainsi à accepter sa maladie et à vivre avec elle. Insatisfait de sa guérison dans les structures hospitalières, le malade chronique est généralement appelé à construire socialement sa maladie et ses stratégies thérapeutiques et de prise en charge qui sont souvent déterminées par un « habitus ».

²⁶Jean. BAGULA et al 2013, « *Prévalence et facteurs de risques de la maladie rénale chronique dans la région de grand-lacs* »

Dans une étude conduite aux États-Unis, on estimerait à 2 millions le nombre de personnes touchées de l'IRC au Cameroun FOUDA, 2015. Le prix varie d'un pays à l'autre. Une comparaison internationale des coûts de dialyse et de greffes montrent que, la greffe est nettement plus économique que la dialyse. Selon RABEAU, « *une greffe rénale réduit les coups de systèmes de santé* » Nonobstant, la subvention de l'État à hauteur de 105 000 FCFA par mois, les dépenses vont jusqu'à 150 000 FCFA pour ceux qui sont stables et même au-delà de 500 000 FCFA pour ceux qui sont instables ; montant qui n'est pas toujours à la portée de tous les camerounais.

Cette recherche nous permet de comprendre que, malgré la subvention de cette maladie par l'État du Cameroun, les conditions socioéconomiques de certains malades souffrant de cette affection ne leur permettent pas d'accéder si facilement au traitement en hémodialyse. Cette étude va nous permettre de porter un regard sociologique sur la condition socioéconomique des patients souffrant de cette maladie et le devenir de ses patients car ces aspects n'ont pas été évoqués dans leur étude.

Les ²⁷maladies chroniques sont des affections de longue durée qui ont généralement une évolution lente et insidieuse. Elles constituent selon l'OMS la toute première cause de mortalité dans le monde. Elles sont caractérisées par les maladies transmissibles (MT) (VIH/SIDA, les hépatites virales) et par les maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers...). Les maladies chroniques constituent un problème majeur de santé publique dans le monde, en Afrique et aussi au Cameroun.

L'augmentation mondiale annuelle de l'incidence des maladies rénales chroniques (MRC) a été estimée à 8%, ce qui équivaut à un taux de croissance six fois supérieur à celui de la population mondiale soit 1,3%. Face à l'accroissement du nombre des patients nécessitant une thérapie de suppléance rénale, en particulier la dialyse, le gouvernement Camerounais a réagi en multipliant les centres d'hémodialyses (10) pour faciliter l'accessibilité, a subventionné le coût d'une séance de d'hémodialyse qui revient désormais à 5000 FCFA (MINSANTE, 2009). Une maladie chronique est selon l'OMS, un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies, c'est-à-dire, une maladie dont la durée est comparable à la vie même du porteur. Par conséquent, il s'agit d'une pathologie dont la prise en charge ne peut être efficace, grâce à la seule action du prestataire c'est-à-dire, sans

²⁷ (MAMBAP, 2014) « *Survie des patients hémodialysés chroniques au centre régional d'hémodialyse de Bamenda* » *Mémoire-FMSB*

la participation du bénéficiaire de soins. En d'autres termes, une maladie chronique est celle dont la participation active du patient est exigée dans une prise en charge de qualité. Il ne s'agit pas nécessairement de ce malade chronique apte à l'auto-soin. Claudine HERZLICH et al appellent «un soignant de lui-même»²⁸, mais plutôt celui-là qui a besoin. Car « si la personne affectée par une maladie chronique ne prend pas une part active dans la gestion de sa maladie, si son entourage n'en tient pas compte, si les professionnels de santé restent centrés sur le court terme, bien des difficultés s'annoncent ». NOUGA²⁴ II Thomas. À montre qu'une maladie chronique est une pathologie dont la durée est consubstantielle à la vie du porteur. Mais cette conception n'est pas intégrée dans la conception africaine de la maladie pour laquelle toute maladie a une fin exprimée soit par la guérison, soit par la mort du patient. Par conséquent, pour des personnes souffrantes des maladies chroniques, de recours à d'autres itinéraires, ce qui rend faiblement efficace la qualité de prise en charge. Pour résoudre ce problème, l'auteur fait recours à la communication qu'au-delà de la simple information pour devenir un processus d'éducation, de changement de paradigme d'accompagnement du malade et de la population dans une prise en charge curative, préventive et promotionnelle. Nous constatons que cette étude c'est-à-dire celle de la communication dans la prise en charge des maladies chroniques connaît des insuffisances dans la mesure où elle est partielle, elle se fait dans une microsociété. Elle se limite tout simplement à un échantillon dont 6 personnels (3 personnels et 3 patients souffrants de l'hépatite B et le Diabète à HCY et à la maison des diabétiques de Tsinga. En effet, cette communication devrait viser une approche individuelle et non du global, non plus du « holisme ». Autrement dire, la communication doit être individualiste et non collective ceci pour permettre à chaque individu de mieux cerner ce qu'est une maladie chronique, son étiologie, comment est-ce qu'elle est socialement construite et quelles sont ses trajectoires thérapeutiques etc. Une dynamique sociale communicationnelle individualiste s'impose car dans le contexte africain où cette catégorie de « maladie reste encore inconnue » par les individus au sein d'un groupe social donné, c'est-à-dire, c'est une maladie qui est « *non intégrée dans la conception africaine de la maladie* » mais c'est juste ce centre de communication sur l'individu car c'est lui qui est au cœur de « l'action sociale ».

²⁸ IMANE AIT, «Prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale aiguë en milieu de réanimation à l'hôpital militaire Avienne de Marrakech »2017

2- La prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique terminale

MURIEL Henry ²⁹ présente dans une étude comment la prévalence de cette maladie sur la France entière au 31-12-2008. On estime en France, 1,7 et 3 millions de personnes en IRC préterminale, cette maladie est estimée à 1 060 par million d'habitants (1), touchant donc environ 68 000 personnes. Le taux brut moyen d'incidence des patients recevant un traitement de suppléance rénale est environ 146 par million d'habitants (1), soit 8 033 nouveaux cas d'IRCT traités chaque année (1). Le traitement de l'IRCT est la transplantation ou la dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale), qui sont des prises en charge lourdes et contraignantes. Cette étude montre que les causes sont d'abord l'hypertension artérielle (85,1%) et le diabète (29,7%). À cela s'ajoute des maladies génétiques, des causes infectieuses et des intoxications d'origine médicamenteuse (41,9%). Pour cet auteur, les règles hygiéno-diététique constitue la prise en charge du risque cardiovasculaire.

Cette recherche nous a permis de saisir l'étiologie de cette maladie qui n'est plus à citer. Force est de constater que la prise en charge demeure sur son aspect biomédical et l'officine des pharmaciens. Mais nous relevons que l'étude ne prend pas en compte le choix thérapeutique qui doit être recommandé par le patient souffrant. L'auteur ne met pas en évidence les facteurs culturels dans la prise en charge ni l'ethnomédecine comme choix thérapeutique dans le traitement de cette pathologie. Cette étude nous permet également de contextualiser cette maladie qui peut être vécue comme une malédiction pour un individu souffrant de cette affection en contexte africain. Elle peut être perçue comme un envoutement pour le fait d'avoir déshonoré les dieux ou d'avoir bravé un interdit. En Afrique, l'ethnomédecine ou la médecine Traditionnelle joue un rôle dans les itinéraires thérapeutiques sollicitées par les patients et son réseau relationnel.

Selon le **registre de L'EDTA** de 2013, L'incidence globale de l'IRCT dans 34 différents pays est de 112 pmh, alors qu'elle était 109,9 pmh en 1997. Les données de 2013 montrent qu'elle est beaucoup plus élevée en Grèce (216pmh) par rapport à la Russie (50 pmh) et l'Ukraine 30 pmh. En outre, le diabète constitue la première cause de L'IRCT au Japon, aux USA dans 44% des cas en 2008. La néphropathie diabétique est retrouvée comme la première cause de l'IRCT évaluée à 44% des cas en 2008. Elle est 5fois plus élevée que celle observée

²⁹ «Rétrospective descriptive et analytique à propos de 30 patients au service de réanimation polyvalente de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech»

en Europe selon le registre de L'EDTA 2013.

Jean BAGULA³⁰ et al, Dans une étude intitulée, ils montrent que la prévalence de la MRC a été de 2,1% ; Celle du diabète de 5,9% ; celle de l'hyperlipidémie de 27,4% ; celle de l'obésité de 16,7% ; celle de l'albuminurie de 16,2% ; celle de l'hypertension de 18,8%. 19,1% des adultes avaient un indicateur de lésions rénales, qui est plus élevé que celle observée dans le monde entier (13% et 12,1%). Cette étude dans la région de grands lacs montre que chez les noirs l'albuminurie et l'hypertension étaient fortement associées. Dans ses travaux de thèse, MAMBAP²⁷ montre que sur 26 cas enregistrés au bout de 60 mois, les causes cardiovasculaires étaient la principale cause de décès (34,6%). On estime qu'environ 85% des patients avec une maladie chronique terminale (MRCT) vivent dans les régions en développement, où les programmes de prévention de cette maladie sont presque inexistantes. Ces maladies cardiovasculaires comptent pour au moins 50% des causes de décès et 30% d'hospitalisation des patients hémodialysés chroniques dans la plupart des séries occidentales. En effet, cette mortalité cardiovasculaire s'explique d'une part par le risque cardiovasculaire élevé de ces patients âgés (âges avancés, présence de diabète et d'HTA et les antécédents de maladies cardiovasculaires) et d'autre part, par la complication de MRC (HTA, anémie, acidose métabolique, trouble minérale osseux, l'inflammation, hypertriglycéridémie etc.

L'USRDS en 2003, rapportait que les infections seraient responsables de 15% de décès des patients responsables de 15% de décès des patients et variables. L'absence d'assurance maladie dans les pays en développement explique cet important abandon dans cette population.

L'abandon de traitement représente une cause majeure de décès chez les patients hémodialysés. Le décès survient généralement en moyenne 10 jours après l'arrêt du traitement. En effet, le décès survenait chez 50% de ces abandons au bout de 9 jours après leur HD et chez 74% à 14 jours (DOPPS).

Dans les pays industrialisés, le taux d'abandon représentait entre 14% et 25% de décès, en Inde en 2014, CHANDRASEKHAR et al rapportaient des taux d'abord de 5%. En Afrique subsaharienne, le taux d'abandon pouvait atteindre les 37,8% de décès et ceci au bout de 3 mois. Les facteurs de risque d'abandon retrouvés dans la littérature sont l'âge avancé, le sexe féminin, les facteurs socioéconomiques, la présence de nombreuses maladies (cancer, malnutrition, troubles psycho-psychiatrique) et la néphropathie de base (diabète et maladies cardiovasculaires

³⁰ Emilienne Grâce NKOYOCK (2009-2014), « Étude rétrospective des atteints rénales toxiques médicamenteuses au centre hospitalier universitaire de Yaoundé » Mémoire-FMSB

athéromateuses). L'âge avancé et le nombre de comorbidités étaient les facteurs incriminés dans les pays occidentaux tandis que, les facteurs socioéconomiques prédominaient dans les pays en développement.

En dépit du fait que l'hémodialyse réduit l'incidence des décès lié à l'urémie, la survie en HD reste normalement moins bonne que selon United Rénal Data System (URDS) en 2009, l'espérance de vie d'un patient de 40 à 44 ans Aux États-Unis serait d'environ 4,5 ans pour les patients de celle attendue dans la population générale américaine comparés aux patients prévalent en HD, les patients incidents en HD connaissent une survie au cours des dernières années.

Il en ressort de cette recherche que, l'âge avancé et le nombre de troubles étaient les facteurs incriminés dans les pays occidentaux tandis que, les facteurs socioéconomiques prédominaient dans les pays en développement. Le diabète reste malgré tout la première cause de cette maladie. Le taux de décès dans cette étude semble être dû à leur comportement réfractaire au cours du traitement. Car on constate un abandon de traitement chez les patients hémodialysés. L'auteur omet de nous faire état du devenir de ses patients après leurs différentes prises en charge biomédicale. Dans le rapport annuel du registre européen (2012), l'European Rénal association-European Dialysis and transplant Association (ERA EDTA) rapportait une survie de 88,3% et 79,7% à 12 et 24 mois respectivement dans sa cohorte européenne de 2006-2010. De plus, Aux USA, la survie était de 78,4%, 62,8% et 31,3% respectivement à 12 mois, et 24 mois et 60 mois.

En Afrique du Sud, la survie à 3 mois et 12 mois étaient respectivement de 96,7 et 85,6. Très peu de données étaient disponibles dans les pays en développement. Au Brésil en 2011, après 60 mois de dialyse, la survie était de 58,2%. En Iran en 2012, la survie était de 83% et 25,2% respectivement à 12 mois et 60 mois. En plus, en Afrique subsaharienne, la survie était médiocre que la plupart des études limitaient la durée de la survie à 12 mois. En milieu urbain au Nigeria (2001-2002), on rapportait des survies de 61,5% et 42,1% respectivement à 3 et 12 mois.

Au Cameroun, FOUDA et al³¹, rapportaient une mortalité respective de 55,6% et 49,4% au cours des 6 premiers mois de survie. En 2012, plus de 2 millions de patients étaient en HD chronique dans environs 150 pays à travers le monde. Parmi ces patients en HD chronique, l'Afrique subsaharienne contribue pour moins de 5% de ces patients. Dans les pays en développement, des taux de mortalité plus élevé y sont rapportés allant jusqu'à 86,3% à 3 mois

³¹AABACH., « Profil épidémiologique de l'insuffisance Rénale aiguë intra hospitalière. Thèse de Doctorat en Médecine. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie ». Fes, Maroc, 2012

et 98,8% à 12 mois en Afrique subsaharienne.

3- La prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë

IMANE AIT 2017 montre dans une étude que l'IRA était étudiée sous une période allant de 2014 à 2016²⁹. Il était question pour lui d'évaluer le profil épidémiologique, étiologique, thérapeutique et évolutif, afin d'aboutir à une prise en charge adéquate. Il est arrivé à la conclusion selon laquelle l'insuffisance rénale aiguë (IRA) est une pathologie fréquente responsable d'une lourde morbi-mortalité tant immédiate qu'à long terme.

Il montre que l'incidence annuelle est souvent sous-estimée. Selon lui, l'IRA est souvent évaluée suivant les auteurs entre 100 et 200 cas par million d'habitants. Sa prévalence serait de 2 à 5% chez les malades hospitalisés et de 5 à 20% en réanimation. Elle touche les personnes âgées de 70 ans qui sont 5 fois sensibles que les sujets plus jeunes en raison d'altération structurelle et fonctionnelles qui prédisposent à une hypo cellulaire. Cette incidence est estimée à 950 cas par million d'habitants. Cette fréquence s'explique à la fois par les modifications fonctionnelles du rein et par le retentissement rénal de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle et des pathologies obstructives de l'arbre urinaire etc. il faut noter que la prise en charge de cette pathologie repose conjointement sur l'identification des facteurs déclenchant et l'hémodialyse comme traitement de prise en charge.

Cette recherche a permis de cerner l'étiologie de cette maladie, son incidence et sa prévalence. Cette étude aborde la prise en charge de cette maladie par l'hémodialyse. Elle nous permet également d'appréhender son traitement du point de vue biomédical qui passe d'abord par le traitement des facteurs à risque pouvant causer une insuffisance rénale mais aussi la prise en charge passe par le traitement en hémodialyse. Mais l'auteur ne prend pas le volet des facteurs socioculturels pouvant expliquer l'étiologie de cette pathologie. Il semble ne pas inclure le patient dans leur prise en charge ainsi que le comportement (perception du patient) face à sa maladie alors que nous reconnaissons que le patient joue un rôle fondamental dans la prise en charge de sa maladie.

Emilienne Grâce NKOYOCK³², montre dans une étude que les médicaments toxiques sont responsables des atteintes médicamenteuses au Cameroun due à la consommation anarchique subséquente à l'expansion de la vente illicite des médicaments qui augmente le risque de survenue de ces pathologies. En effet, 44 atteints rénales médicamenteuses représente 18,3% des 240 dossiers compulsés ont été recensés. L'âge moyen des patients était de 48±18 ans et variait

³² Hermine FOUUDA et al «La survie en hémodialyse au Cameroun »2017 (article)

entre 11 et 87 ans. Le sexe masculin était majoritairement atteint avec un ratio (h/f) de 2,67. Les affections rénales aiguës avaient une fréquence de 65,9% dues aux affections médicamenteuses dominantes. Décoctions traditionnelles (50%), la gentamicine (11,4%) et le paracétamol (9,1%) sont les médicaments les plus incriminés dans les atteintes rénales médicamenteuses. Allant dans la même perspective, ce dernier va déclarer que «La consommation anarchique des faux médicaments achetés en majorité dans la rue est l'une des causes de l'insuffisance rénale car 46,9% des populations consommaient les médicaments sans aucun avis médical FONDJIO³³.

En Afrique, 35% des cas d'insuffisance rénale aiguës (IRA)³⁴ sont causés par les produits de l'ethnomédecine. Selon l'OMS (2008), 6,5% des admissions dans les centres et hôpitaux sont dues aux effets secondaires des médicaments. En plus, on note que les réactions indésirables aux médicaments dans certains pays se situeraient entre le 4ème et 6ème rang des causes de mortalité. C'est dans ce sens que LORD et al, 2002 ont dit que la prise des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) en vente libre peut aussi avoir de graves conséquences pour les personnes souffrants d'insuffisances rénale.

Ces études nous permettent de comprendre que l'étiologie de cette maladie du point de vue « behavioriste » des individus car des comportements individuels et à risques d'automédication sont indexées comme facteurs favorisant les atteintes rénales dans les sociétés. La prise des ³⁵anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) en vente libre peut aussi avoir de graves conséquences pour les personnes souffrantes. Les auteurs qui précèdent montrent que l'étiologie de cette maladie est due non seulement aux facteurs biomédicaux mais aussi aux comportements à risque des individus ceci à travers l'automédication. Ces auteurs affirment dans cette étude que l'une des causes de cette maladie est due à l'automédication 46,9% au Cameroun. AABACH et al, montrent dans une recherche conduite au CHUY que la majorité des patients rénaux toxiques médicamenteux représentaient (73%) mais de sexe masculin avec un ratio de 2,46 en faveur des hommes. D'autres pensent que cette affection est causée par: L'hypertension artérielle était présent chez 50% des patients et diabète, chez 18,2% des malades, le diabète chez 18,35%, l'hypertension artérielle représentait 52,6% de comorbidités. ³⁶Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique aiguë est mal connue dans le monde, l'enfant, elle est en nette augmentation. L'IRA représente 1% des admissions à l'hôpital, 2 à

³³ Wiktionnaire CC BY-SA 3.0=

³⁴ FOUA, 2017, « La survie en hémodialyse au Cameroun » In « Pan African Medical journal » consulté le 25/02/2022 à 23h35.

³⁵ LORD et al, 2002 op cit

³⁶ AABACH et al, « Profil épidémiologique de l'insuffisance rénale aiguë intra hospitalière. Thèse de Doctorat en médecine. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, faculté de médecine et de pharmacie», Fes Maroc ,2012.

5% des patients hospitalisés, 5 à 20% des patients en soins intensifs accompagné de dysfonctionnement multi-organique, et 4 à 9% des patients en soins intensifs ont besoin d'un traitement de suppléance rénale; Au Royaume-Uni, l'incidence annuelle de l'IRA est de 486 à 620 cas pour un million d'habitants avec une créatinine supérieure à 30 μmol par litre. Il y a eu 173 cas sur un million nécessitaient une dialyse. Aux USA, elle représente 5% des hospitalisations et 10 à 20% des hospitalisations en soins intensifs. Les personnes âgées sont plus atteintes par l'IRA des pays développés, les jeunes et les enfants dans les pays en voie de développement avec un taux de mortalité élevé. La mortalité globale est de 60% liée à l'âge avancé et à la co-morbidité. Cette mortalité en unité de soins intensifs est de 80% entre 30% pour les autres services, aux USA, la mortalité de l'IRA varie de 30-70%. En France, D. KLEINKNECCHT, la mortalité était de 64% et l'évolution à 6 mois : 81% récupération complète, 10% partielle, 9% en dialyse. Les principales étiologies de l'IRA en soins intensifs sont les sepsis à 19%, les sepsis sévères à 23% et le choc septique à 51%.

Dans une recherche faite en Afrique Centrale et de l'Ouest (Cameroun, République Démocratique du Congo, Nigéria), au Sénégal et Cote d'Ivoire les principales causes de l'IRA sont le paludisme, les toxines et les causes obstétricales. En plus, ses aspects cliniques en dehors des signes de la maladie causale sont: l'oligoanurie, les œdèmes ou prise de poids, l'hypertension et les signes du syndrome urémique (diarrhée, vomissements, convulsions, les troubles de conscience ou encéphalopathie et les hémorragies. Au Cameroun, Hermine FOUDA et al, montrent que l'hémodialyse est le seul traitement de substitution rénale disponible qui est subventionnée à 95% par l'État depuis 2002, grâce à une étude menée qu'elle a appelée « étude de cohorte multicentrique de 15 mois dans le but d'évaluer la prise en charge et la suivie des hémodialysés chronique Camerounais, sur 197 patients, on note 109 incidents. L'âge moyen était de 47,97 plus ou moins 13,19 ans et 55% étaient de sexe masculin, la durée maximale des patients prévalent était de 12,5 mois. Et le taux de mortalité était de 57,58 dont 50% pendant les 3 premiers mois et le taux d'abandon était de 8,6%. Les sepsis (présence concomitante d'une Infection et d'une réponse systématique inflammatoire³⁷) sur cathéter étaient les principales causes de décès. La suivie globale à 15 mois était de 30,77 %, avec une durée moyenne de vie de 08 mois ». D'après FOUDA³⁴, la plus part des patients au cours des premiers mois décèdent, la majorité des patients n'adhéraient pas au traitement (51,4%) et le manque d'adhérence était plus fréquent chez les patients qui résidaient hors de la ville du centre de dialyse, l'évaluation

³⁷ Serge MOSCOVICI, *la Psychanalyse, son image, et son public*, Paris, PUF, 1976, P. 48 ; cité par Godefroy NGIMA MAWOUNG, *Les sciences sociales au secours des sciences infirmières : la problématique de l'administration du Mectizan au Cameroun, au Congo Brazza, en République Démocratique du Congo, au Tchad*, in Benjamin Alexandre. NKOUUM (dir), *idem*, p. 305.

de la qualité de vie des patients après la mise en dialyse montrait une mauvaise qualité de vies des patients après la mise en dialyse. «In PanAfrican Medical journal », 2017). Gloria ASHUNTANTANG et al³⁸, montrent dans cette étude que, les patients atteints de cette maladie sont réfractaires au traitement (51,4%), surtout chez les patients qui résidaient hors de la ville. Ils montrent que l'hémodialyse reste le seul traitement de cette pathologie rénale et la transplantation semblerait être une bonne thérapie pour cette maladie et sa prise en charge. Elle montre aussi comment les patients au cours de leur traitement abandonnent. « Le taux d'abandon était de 8,6%. Mais ils paraient ne pas expliquer l'origine de l'insuffisance rénale du point de vue socio-anthropologique ainsi que dans leur prise en charge qui passe par le paradigme culturel et des itinéraires thérapeutiques y afférentes.

De ce qui précède de cette revue critique de la littérature, il en ressort que la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun pose beaucoup de questionnement qui méritent d'être explorés. Ainsi, notre approche consisterait à saisir toute la dynamique sociale qui structure ou qui se déploie autour de la prise en charge des patients atteints de cette pathologie. Quelles sont les logiques, contraintes et stratégies des différents acteurs qui structurent les actions de prise en charge et de lutte contre l'insuffisance rénale au Cameroun ? Comment se construisent les stratégies, les alliances et jeux d'influence entre les différents groupes d'acteurs sociaux impliqués dans le programme de prise en charge au Centre Hospitalière Universitaire ?

Au regard de ce qui précède, le travail d'exploration laisse voir l'importance de l'investigation de ces auteurs dont l'ultime but vise la prise en charge de l'insuffisance rénale dans le monde en général, en Afrique et au Cameroun en particulier. Cependant, il convient de noter que ces travaux se sont plus basés sur les questions de l'étiologie de cette maladie, de sa prise en charge, sa prévalence, son coût et son incidence ainsi que l'analyse des trajectoires thérapeutiques qu'est l'hémodialyse. Contrairement aux analyses antérieures, nous avons mis au centre de notre investigation la problématique de prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun en général et au CHUY en particulier, en l'orientant vers les logiques, contraintes et stratégies des acteurs y afférentes. En d'autres termes, il s'agit de montrer les types d'interaction entre différents acteurs qui interagissent autour de la PEC de l'insuffisance rénale en hémodialyse au CHUY.

³⁸ Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT, op.cit.P.167.

V- LES QUESTIONS DE RECHERCHE.

La question de recherche est la boussole d'un travail de recherche en sciences sociales. Sans elle, toute investigation serait une navigation à vue, voire impossible. Trois questions vont constituer la toile de fond de ce travail à savoir : une principale et deux autres qui lui sont subsidiaires.

V -1- Question centrale

Quels sont les facteurs expliquent les dysfonctionnements observés dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale au Cameroun?

V -2- Questions

QRS1 : Quelles sont les représentations sociales qui tournent autour de la prise en charge des patients souffrants de l'insuffisance rénale au CHUY?

QRS2 : Quelles sont les facteurs qui sous-entendent le mauvais fonctionnement des services impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale?

QRS3 : Quelles sont les stratégies adoptées par des différents acteurs en interaction ?

VI- HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

L'hypothèse est une réponse provisoire et relativement sommaire aux questions que le chercheur se pose. Elle est également une proposition provisoire, une présomption (supposition, prétention) qui demande à être vérifiée. Une « hypothèse », comme l'usage courant du terme l'indique, n'est pas une certitude : c'est une supposition, une simple vérité possible. Donner une compréhension objective à la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun est sans doute l'enjeu clé des hypothèses ici formulées. De ce qui précède, les hypothèses de recherche sont ici, l'hypothèse centrale et les hypothèses secondaires.

VI -1- Hypothèse centrale

Le dysfonctionnement des services de prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale résulte des facteurs à la fois institutionnels, culturels, socioéconomiques et structurels.

VI -1- Hypothèses secondaires

HRS1 : Le système de prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale peut être analysé selon des logiques de domination avec les structures hospitalières productrices des inégalités au sein des acteurs.

HRS2 : La prise en charge des patients atteints d'insuffisances rénales au Cameroun se déploie par une dynamique conflictuelle ou des relations conflictuelles entre les acteurs en interaction ou en présence.

HRS3 : les décisions de choix thérapeutiques sont motivées par la culture du patient, son niveau d'instruction et patients perçoivent leur maladie comme relevant d'une malédiction, d'un mauvais sort.

VII- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

VII.1. Objectif général

Appréhender la prise en charge des patients atteints d'insuffisances rénales au Cameroun à travers la dynamique conflictuelle ou des relations conflictuelles entre les acteurs en interaction ou en présence.

VII.2. Objectifs secondaires.

ORS1: Comprendre le système de prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale par les logiques de domination avec les structures hospitalières productrices des inégalités au sein des acteurs.

ORS2 : Le dysfonctionnement du service de prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale s'expliquent par des facteurs à la fois institutionnels, culturels, socioéconomiques et structurels.

ORS3 : Les décisions des choix thérapeutiques sont analysées à partir de la culture du patient et son niveau d'instruction.

VIII- CADRAGE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIE.

VIII -1- Cadre théorique

La complexité de la réalité sociale nécessite de faire recours à plusieurs approches théorique susceptibles d'approfondir et d'enrichir les principales dimensions du problème.

Pour MIMCHE, cité par MFOMBIE NSANGOU (2013), « *l'étude sociologique de tout*

phénomène social exige une inscription dans une posture paradigmatique qui peut mieux nous permettre de rendre intelligible une catégorie de faits.». Pour mieux appréhender ce phénomène scientifique, ce «fait social total » au sens de Marcel Mauss, plusieurs approches paradigmatiques vont être mobilisées pour la problématique de la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun. Pour se faire, nous avons mobilisé trois théories notamment le modèle étiologico-thérapeutique, la théorie des représentations sociales et l'interactionnisme

VIII -2- Le modèle étiologico-thérapeutique

Approche de l'anthropologie médicale, le modèle étiologico-thérapeutique a été élaboré par François LAPLANTINE, ayant pour but de comprendre les discursives à la fois collectives et individuelles des acteurs sociaux face aux maladies. Il entend par ce modèle :

« Une matrice qui consiste dans une certaine combinaison de rapport de sens et de commande, le plus souvent à l'insu des acteurs sociaux, des solutions originales, distinctes et irréductibles pour répondre aux problèmes de la maladie ». La recherche de LAPLANTINE apporte cependant plus qu'une théorisation. Elle met cependant en lumière des schémas de pensée et d'action à l'œuvre aussi bien dans la relation médecin-malade que dans la conception du système de soins et de la santé publique. À ce titre, elle nous propose d'identifier quels préjugés nous agissent et ouvre la réflexion à des Alternatives susceptibles de nous dégager des impasses et des incompréhensions auxquelles la prééminence d'un modèle unique peut nous conduire.

Le modèle étiologico-thérapeutique permet non seulement d'appréhender l'imputation étiologique et thérapeutique des maladies comme une totalité plurifactorielle, mais aussi de ressortir la signification qu'une société ou un groupe d'individus donne à l'origine des maladies existantes en son sein. Pour cet auteur, cette approche est un modèle de base de la maladie que l'on peut identifier dans n'importe quelle société sous l'une ou l'autre forme. Ainsi, (ces modèles ne représentent pas de structurent rigides mais de noyaux de signification susceptibles de se combiner, d'évoluer ou même de se transformer l'un dans l'autre. L'action thérapeutique fonctionne aussi en couple et les modèles étiologiques sont formés de couples antinomiques : ontologique ou relationnelles ; soustractive ou additive ; bénéfique ou maléfique. Dès lors, on peut les classer en deux catégories spécifiques à savoir le modèle étiologique ontologique, exogène, additif, maléfique, faisant chacun appel à l'action thérapeutique allopathique, soustractive, exorcistique. Cette première catégorie considère la maladie comme une entité autonome venue de l'extérieur et qui entre par effraction c'est-à-dire de manière forcer dans le corps de l'individu dont l'objectif est de retirer ou de combattre en empêchant la jugulation :

c'est le cas de la médecine traditionnelle et celle biomédicale. La deuxième catégorie qui concerne le modèle étiologique relationnel, endogène, soustractif, bénéfique, avec une réponse thérapeutique homéopathique, adorcistique, et additive. Cette catégorie situe l'origine de la maladie à l'intérieur du corps de l'individu et pouvant entraîner des ruptures d'équilibre de soi-même ou avec son environnement. Elle correspond à la vision où le malade est son propre thérapeute, dans la position centrale. Il s'agit d'atténuer ou de stimuler un fonctionnement interne ou relationnel excessif ou insuffisant, cette catégorie est fréquente en médecine psychosomatique et en psychanalyse. Ainsi, cette approche de l'anthropologie médicale rend possible une compréhension significative sur les trajectoires thérapeutiques dans la prise en charge des patients atteints de la maladie rénale.

Dans le cadre de notre analyse, l'approche étiologico-thérapeutique de la maladie a permis de faire ressortir le modèle interprétatif et subjectif des patients atteints de l'insuffisance rénale en hémodialyse au CHUY. Il nous a également permis de faire retracer les origines ou l'étiologie de l'IR, d'appréhender les différents recours thérapeutiques opérés par différents malades, la perception qu'ont les malades vis-à-vis de cette pathologie ainsi que dans leur prise en charge car pour François LAPLANTINE, ce sont les représentations sociales de la maladie qui commandent les parcours thérapeutiques.

VIII -3- L'analyse stratégique : l'acteur et le système

L'analyse stratégique désigne dans la sociologie française un « *Courant de pensée qui met l'accent sur les calculs, les prises de décisions concrètes des acteurs au sein de l'environnement dans lequel ils évoluent* ». Elle a donné naissance à la sociologie des organisations, s'est développée, à partir des années 1960 surtout avec les travaux de Michel Crozier (1922-1013). Il est influencé fortement par la sociologie Américaine et plus particulièrement par le fonctionnalisme. Ses premiers travaux sont consacrés au *phénomène de bureaucratique*(1963). Créateur et directeur du Centre de sociologie des organisations de 1966 à 1992, il a, parallèlement à des empiriques portant sur l'administration française, conduit une réflexion sur l'action sociale. Désireux de penser les logiques déployées par les acteurs en situation, les tenants de l'action stratégique ont été amenés à s'interroger en pratique sur la notion de rationalité en s'inspirant des travaux de l'économiste Herbert Simon (1977-2001). Pour ses auteurs, l'homme est capable de suivre un modèle de rationalité absolue, comme celui de la théorie classique, parce qu'il ne peut pas appréhender tous les choix possibles [...]. « *Le décideur ne cherche pas l'optimum, la meilleure solution dans l'absolu, qui est de toute façon*

hors de sa portée, mais il cherche pourtant toujours une solution « rationnelle » [...]. « l'homme n'est pas un animal qui cherche l'optimum, mais la satisfaction³⁹ »

Cette théorie a permis de situer les acteurs que sont les patients atteints d'insuffisance rénale, et les raisons ou les mobiles qui les amènent à organiser les grèves face à leur PEC. Il s'agissait de mesurer ce qu'ils appellent « Marge de liberté » de l'acteur social c'est-à-dire celui du malade en situation. « L'acteur social », sont assimilables aux infirmiers, des malades atteints d'insuffisance rénale, font figure de stratège capable au sein du service hémodialyse pour se fixer un certain nombre d'objectifs et stratégies précises à adopter et de s'en donner les moyens. En effet, l'acteur, quelle que soit la situation dans laquelle il se trouve conserve toujours une marge de manœuvre, dans la mesure où toute organisation (hôpital) même la plus contraignante ne peut prédéterminer la totalité des actions possibles : des « zones d'incertitudes » demeurent et attestent l'absence de la régulation absolue [...] Les stratégies des acteurs sont largement commandées par la place que chacun occupe dans l'organisation [...] Cette approche de « pouvoir » soutenue par ces deux auteurs nous permettront de voir et de lire la complexité ou la rigidité dans les relations sociales au sein des pouvoirs sanitaires (hôpitaux et services d'hémodialyses) au Cameroun, la complexité d'interaction entre les soignés et soignants à la quête d'un traitement approprié. Il s'agit d'un « pouvoir de négociation » un pouvoir où ces patients négocient afin que les différents acteurs trouvent des mesures appropriées pour palier à leur prise en charge. C'est un pouvoir sanitaire qui fait appel aux solutions pouvant combler le besoin des patients souffrants de cette maladie. Ce pouvoir doit découler de la maîtrise de relations avec l'environnement de l'organisation. Mais il peut être également de confrontation car c'est une relation asymétrique mais toujours réciproque.

Bien plus, le système d'action concret, est un « ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux.», ce concept vise à rendre compte de la manière dont le « système est structuré », le système structuré renvoie au service d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire. Il permet aussi de rendre compte d'un ensemble de règles formelles et informelles qui donnent naissance à des jeux et constituent autant de contraintes qui pèsent en retour sur les stratégies des acteurs.». Elle nous a permis d'analyser de fond en comble « les règles formelles » c'est-à-dire les normes de PEC de cette

³⁹ Michel CROZIER et ERHARD Friedberg, op. cit 1997.

maladie au CHUY. En outre, l'acteur principal est l'État du Cameroun qui subventionne l'insuffisance rénale à hauteur de 4 milliards de francs par an et donne ainsi la possibilité à chaque malade d'acquérir son kit de dialyse à 5000 fcfa. Cette théorie nous a aussi permis de d'appréhender l'organisation autour de la PEC de cette affection en hémodialyse au CHUY.

En définitive, elle a permis de cerner les stratégies plurielles des différents acteurs dans l'organisation de la PEC malgré les contraintes observées par les acteurs en interaction. Cette approche a également permis de relever que l'organisation se déroule autour de la répartition journalière (18h-18h 2 pour gardes puis 4 jours de repos) chez les infirmiers, la répartition hebdomadaire entre patients-patients (groupes de passage en dialyse) et leur stratégie reposaient sur le bilan des examens qui était mensuel.

VIII -4- La théorie de représentations sociales.

Théorie de la psychologie sociale, c'est au sociologue français Émile DURKHEIM qu'il revient l'honneur et le privilège d'avoir évoqué pour la première fois en 1898 la notion de représentation sociale en termes de «*représentation collective*» par opposition aux

«*Représentations individuelles*».

Dans un célèbre article publié dans la revue de métaphysique et morale en 1898, il considère déjà les représentations collectives comme un objet d'étude autonome. Son but était de spécifier la pensée collective par rapport à la pensée individuelle. Plus tard, la notion de représentation sociale sera introduite en psychologie sociale et ne sera théorisée qu'en 1961 à travers les travaux du psychologue Français Serge MOSCOVICI. On parlera dès lors de théorie de représentations sociales. Aujourd'hui, cette théorie connaît une influence majeure car elle connaît un regain d'intérêt en ce sens, elle est pluridisciplinaire en sciences sociales et humaines. Pour cet auteur, une représentation sociale est ensemble dynamique «*des théories* » ou des «*sciences collective* » *sui generis* destinés à l'interprétation et au fonctionnement du réel... elles déterminent le champ⁴⁰ des communications possible, des valeurs ou des idées présentes dans les visions partagées par les groupes et règlent, par la suite les conduites désirables ou admises.». Pour JODELET, la représentation sociale est «*une forme de connaissances socialement élaborées et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction de la réalité commune à un ensemble social*».

C'est une forme de connaissance sociale, un savoir naïf, naturel. En d'autres termes,

⁴⁰ MUCCHIELI, Les méthodes qualitatives, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1994.

c'est un arsenal d'informations, d'expériences d'opinions, des normes et valeurs relatives à un objet et que l'individu reçoit par l'entremise de la culture, la tradition, la religion, l'éducation et la communication sociale. La représentation sociale est pour Claudine HERZLICH, une modalité de connaissance permettant à chaque groupe une appropriation du monde extérieur, la recherche d'un sens dans lequel pourra s'inscrire son action. *«Dans le domaine de la santé et de la maladie, cette théorie permet de rendre compte de l'origine de la maladie soit selon des facteurs internes individuels, soit selon les facteurs externes.»*

La théorie de représentation sociale a amené dans le présent travail non seulement à accéder aux croyances et opinions construites autour de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale mais aussi autour de son étiologie. Elle a permis de comprendre la perception des patients souffrant de l'insuffisance rénale. Elle a permis de comprendre que certains patients hémodialysés font face à la stigmatisation (au sein de leur groupe social) et la discrimination au CHUY. En d'autres termes, la théorie de représentation sociale a conduit à une analyse de communication et d'idées partagées par les patients du CHUY ainsi que les conduites face à leur prise en charge.

VIII -5- Cadre méthodologique

La méthode selon AKOUF (1992 :21) « peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et techniques. » Par méthode, il faut entendre la procédure logique d'une science, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques particulières qu'elle met en œuvre pour que le cheminement de ses démonstrations et ses théories soit clair, évident et irréfutable. À cet effet, notre étude s'inscrit dans une approche qualitative.⁴¹

VIII-6-Techniques et outils de collecte de données⁴²

La collecte des données constitue pour Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUT « La mise en œuvre de l'instrument d'observation. Cette opération consiste à recueillir ou rassembler concrètement les informations auprès des personnes ou unité d'observation retenue dans l'échantillon »³⁸. Il est dès lors nécessaire de mettre en place les techniques susceptibles de rassembler les informations pertinentes à la recherche.

⁴¹ Voir A. TOURAINE, Pour la sociologie, Paris, Seuil, 1974

⁴² R. GHIGLIONE et B. MATALON, Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques, Paris, Armand collin, 1992, p.92

VIII -7- Les techniques qualitatives

Dans le cadre de ce travail, le choix des techniques de collectes des données a été porté sur les techniques essentiellement qualitatives qui visent la recherche, l'explication, l'analyse des phénomènes visibles ou cachés pour leur compréhension en profondeur⁴³. Car pour MENDRAS⁴⁴, une technique sociologique doit être congruente avec la réalité sociale qu'elle essaie d'étudier. Cette étude porte sur un thème qui touche la sensibilité et voire l'intimité des enquêtés ce qui peut les entrainer à cacher certaines informations. Pour pallier à cette inquiétude nous avons choisi des techniques qui nous ont permis de nous rapprocher de notre population cible afin de pouvoir entrer en «profondeur» dans la réalité sociale et pouvoir «débusquer» son aspect caché. Ce qui nous a intéressés c'est la qualité des informations et non leur quantité. Ainsi comme techniques, nous avons mobilisé un ensemble de procédés purement qualitatifs Qui ont permis de recueillir les informations relatives à notre thème à savoir : l'observation directe, la recherche documentaire, les entretiens.

VIII- 8- Population d'étude

Définie en science sociales comme étant l'ensemble d'individus ou d'objets sur lequel porte l'analyse. Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas travaillé avec tout le personnel de santé du Cameroun impliqué dans la prise en charge de tous les patients atteints de l'IR au sein de la ville de Yaoundé. Mais nous avons opéré un choix théorique c'est-à-dire allé directement vers les personnes ressources en hémodialyse au CHUY, qui sont à même de nous fournir des informations major en hémodialyse, néphrologues, médecins etc.) Relatives à notre thème:

- **Les patients atteints de l'insuffisance rénale** malades internes et externes voire les urgences qui dialysaient au CHU de Yaoundé qui constituait notre laboratoire de recherche a permis de comprendre à travers différentes entretiens et observations comment se déroulait leur prise en charge au CHUY. De plus, ces procédés ont permis d'appréhender et de comprendre leurs perceptions sociales qui s'articulent autour de la prise en charge de l'IR.

⁴³ V. NGA NDONGO, op. cit. p.283.

⁴⁴ www.base-search.com; www.refseek.com/search; www.worldcast.org/doc; www.scholar.google.com; www.Medias.desar.org; www.science.gov. Consulté le 14/10/2022 à 3h54, 2h30, 3h29.

- **Les infirmiers en hémodialyse/personnels soignants.** Dans l'incapacité d'interroger tous les infirmiers chargés dans la PEC, nous avons pu interviewer 07 infirmiers. Cette catégorie d'infirmiers a permis de mieux approfondir des informations biomédicales dans le sens de l'hémodialyse comme trajectoire idoine pour la prise en charge de cette pathologie au CHUY.
- **Les gardes malades :** Ils ont permis de comprendre la PEC individuelle des différents patients, leurs comportements, leurs croyances étiologiques sur la maladie ainsi que ceux des garde-malades, leurs perceptions et représentations par rapport à cette maladie.
- **Les médecins spécialistes (néphrologues) ;**
- **Acteurs institutionnels (MINSANTE)**

VIII-2-3-1- L'observation documentaire

Du latin « observare » qui signifie «Observer, surveiller». « L'observation peut être définie comme un regard porté sur une situation sans que celle-ci soit modifiée. Regard dont l'intentionnalité est de nature très générale et agit au niveau du choix de la situation et non de ce qui doit être observé dans la situation, le but étant le recueil des données afférentes à la Situation ». C'est une observation qui porte sur l'analyse des documents ou l'étude des traces⁴⁵. Pour V. NGA NDONGO, « il s'agit d'une observation médiatisée par les documents »,

Il continue en disant qu'est document tout élément matériel ou immatériel, qui a un rapport avec l'activité des hommes vivant en société et qui de ce fait constitue indirectement une source d'informations sur les phénomènes sociaux⁴⁶. C'est en somme une méthode de collecte des données qui porte sur les sources écrites [...]

L'observation documentaire quant à elle, est l'une de ses formes qui s'opère à travers les différents de documents (écrits, non écrits ou sémiotiques). L'observation documentaire dans ce cas sur la fouille des documents, des archives, des ouvrages scientifiques, des rapports, des mémoires, articles, thèses, revues scientifique voire journaux qui avaient trait avec notre sujet de recherche. Elle a permis d'avoir une vue générale sur la littérature portant sur l'IR et la prise en charge des patients atteints de cette pathologie. À cet effet, nous avons parcourus les bibliothèques (l'UCAC derrière la fondation Chantale-Biya, de la FMSB, CPPSA, FALSH, bibliothèque centrale de l'université de Yaoundé Etc.) dans l'optique de porter un regard

⁴⁵ Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT, op.cit., p. 167.

⁴⁶ Méthodes qualitatives en recherche sociale sur les maladies tropicales : Rapport du matériel didactique Darda et N'Djamena, 6-24 octobre 1997, p 19.

panoramique sur l'observation documentaire. Les documents numériques quant à eux ont été recherchés dans les bases de données des sciences sociales et de la santé publique à partir de l'internet. Après parcours de l'internet, quelques bases des données ont été retenues pour la fouille des documents numériques⁴⁷.

VII-2-3-2- L'observation directe

Cette forme a donné la lassitude d'être physiquement présent face aux patients d'insuffisants rénaux qui subiraient les séances de dialyse. Elle a permis d'observer comment se passe la prise en charge des patients. Comment se dérouler, se construire ou se reconstruire en temps réel ces trajectoires thérapeutiques dans leur prise en charge notamment à travers la dialyse. Il y aurait une réelle immersion du chercheur dans son terrain et très souvent, il est véritablement acteur. Ainsi des aspects et des situations liées à son objet d'étude. « *Les méthodes d'observation directe constituent les seules méthodes de recherche sociale qui captent les comportements au moment où ils se produisent sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage* ». Elle a permis de d'observer la prise en charge des patients atteints de L'IR. Dès lors, lorsqu'un patient arrive avec son kit, l'infirmier l'identifie, prend son poids, son âge, puisque, c'est à base de son poids et son âge qu'il va savoir le dialyseur lui prescrire. Elle a aussi permis d'observer les interactions entre patients et personnels soignants. À travers cette technique d'observation, nous avons constaté que les interactions étaient tantôt harmonieuses, dynamiques voire conflictuelles.

VII-2-3-3- Les entretiens

L'entretien peut être considéré comme un moyen d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir les informations n'apparaissant nulle part qu'après des personnes ayant été très souvent témoin ou acteur d'évènement sur lesquels porte l'enquête. C'est une conversation individuelle entre l'enquêteur et l'enquêté caractérisé par une plus ou moins directivité à propos d'un sujet donné. Ainsi, les entretiens semi-directifs ou « semi-structurés sont basés sur l'utilisation d'un guide d'entretien. C'est une liste de questions ou sujets qui doivent être couverts pendant l'entretien. L'ordre exact et le choix des mots peuvent eux varier d'une personne interrogée à l'autre. » (Hudelson⁴⁵ 1994 : 12), avec notre population d'étude ont concerné, 22 patients atteints de L'IR, 12 garde-malades et 7 infirmiers en service hémodialyse au CHUY. Ces entretiens ont permis d'analyser avec les

⁴⁷ Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT, op. Cit. p. 147.

malades l'étiologie de leur maladie, leurs pratiques et leurs perceptions sociales de l'IR. Elle a aussi permis de pénétrer leurs représentations sociales, leurs logiques d'action et stratégies dans la prise en charge de cette pathologie. Elle a aussi permis de comprendre leurs interprétations et leurs expériences à propos de cette maladie. Avec les personnels soignants, nous avons approfondi nos connaissances biomédicales sur l'IR ainsi que la fréquence épidémiologique de cette maladie par jour, par semaine voire par mois à travers un cahier de suivi plus la répartition des groupes pour le passage de la dialyse. La répartition des personnes interrogées se trouve dans les tableaux ci-dessous selon leurs âges, leurs statuts socioéconomiques et leurs régions d'origine.

Tableau 1: répartition des enquêtés ayant fait l'objet d'entretien

Catégories cibles	Répartitions
Patients rénaux	22 patients atteints de L'IR
Personnels soignants	07 infirmiers
Garde-malades	12 gardes malades
Total	41

Tableau 2 : Niveau d'instruction du personnel de santé en dialyse

Code : I/infirmiers	Sexe	âge	Niveau d'instruction	Fonction	Formation en dialyse
I1	Féminin	42 ans	Probatoire	Aide-soignante	quelques semaines
I2	Masculin	35 ans	Master	Infirmier	Quelques semaines
I3	Masculin	38 ans	Licence	Infirmier	Spécialiste (12 ans)
I4	Féminin	38 ans	Probatoire	Aide-soignante	Trois semaines
I5	Masculin	37 ans	Bac+3	Infirmier principal	Quelques semaines
I6	Féminin	40 ans	supérieur	Infirmière	Quelques semaines
I7	Féminin	50 ans	Supérieur	Infirmière endoscopie-digestive	Spécialiste (3 ans)

Ce tableau présente 7 infirmiers (4 femmes et 3 hommes) ayant fait l'objet de nos différents entretiens. Ils sont respectivement âgés de [35 ; 50] ans. Cinq (05) ont un niveau d'étude supérieur et deux présentent le niveau secondaire. Au niveau de la fonction, le présent tableau présente (02) aides-soignants ; (03) infirmiers qui ont subis une formation en dialyse sur une durée de quelques semaines. Mais il présente aussi (02) infirmiers qui ont reçu une formation

spécifique et une durée de (12 ans en dialyse pour l'I3) et 03 ans pour l'I7).

Tableau 3: Répartition des patients atteints de l'IR

Le tableau ci-dessous montre que, parmi les 22 patients enquêtés, 12 est l'effectif de patients femmes le plus élevé. Le sexe est compris dans [25 ; 59[ans. On peut conclure que, les femmes sont plus atteintes de cette maladie que les hommes.

Catégories cible	Effectif	Âges
Patients rénaux	22	Intervalle
Hommes	10	[30 ; 68[
Femmes	12	[25 ; 59[
Total	22	

Le tableau ci-dessous présente 22 patients enquêtés atteints de l'IR qui font la dialyse au CHUY. Ils sont classés par sexe, âge niveau d'instruction et par fonction.

Tableau 4: (Code ; sexe ; âge ; niveau d'instruction ; fonction)

Code	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Fonction
P1	M	30	Primaire	Transporteur
P2	F	25	Secondaire	/
P3	F	37	supérieur	Chômeuse
P4	F	38	supérieur	Bénévole
P5	F	54	Primaire	/
P6	F	52	Primaire	/
P7	F	27	Supérieur	Étudiante
P8	M	52	Supérieur	Contractuel
P9	M	45	Supérieur	/
P10	M	68	Supérieur	Retraité
P11	F	46	secondaire	Chômeuse
P12	M	62	Supérieur	Huissier de justice
P13	F	52	secondaire	/
P14	F	59	secondaire	Ménagère
P15	M	63	secondaire	Militaire retraité
P16	F	45	Supérieur	Assureur
P17	F	51	Supérieur	Enseignante
P18	M	51	secondaire	Chômeur
P19	M	53	Supérieur	/
P20	M	46	Supérieur	/
P21	F	56	Supérieur	/
P22	M	63	supérieur	Retraité

Ce tableau montre que le sexe (genre) le plus touché est celui féminin. Avec un âge compris

entre [25 ; 59 [. 13 patients avaient un niveau d’instruction du supérieur ; 6 avaient le niveau secondaire et 3 le niveau primaire. En outre, huit ne menaient rien comme activité et trois se sont déclarés chômeurs.

VII-2-1- L’échantillonnage

Dans l’impossibilité d’interroger toute la population d’étude, il convient très souvent pour le chercheur de constituer un échantillon. Ce dernier étant selon le dictionnaire de sociologie, « un ensemble restreint d’individus provenant d’une population, qui servent de support à l’étude que l’on réalise ». C’est un nombre restreint de personnes minutieusement choisies pour apporter des informations fiables sur le sujet de l’enquête et qui sera extrapolées dans toute la population d’étude. Ainsi, dans le principe de « l’échantillonnage non probabiliste », chaque unité incluse dans la population mère n’a pas une chance égale ou la même probabilité d’être sélectionné.

En effet, la méthode échantillonnage par « boule de neige » non aléatoire a permis de collecter nos données auprès de 22 patients enquêtés. Nous nous sommes appuyés sur la garde-malade 6 (âgée de 30 ans, ménagère) le premier jour où sommes arrivés. Elle nous a servi d’informatrice et facilitatrice principale afin de nous permettre d’entrer en contact des autres différents malades et de groupes différents. Elle était garde malade de la patiente du groupe de lundi. C’est elle qui nous a mis en contact des patients qui venaient dialysés surtout qu’elle vient faire dialyser sa patiente qui est sa maman 3 fois par semaine. Nous avons également opté pour ce procédé pour passer nos entretiens aux 7 personnels de santé. Mais pour ce qui est du procédé utilisé pour les garde-malades nous avons utilisés l’échantillonnage volontaire (qui laissait une participation libre et volontaire des enquêtés).

VIII- DÉLIMITATION DU CADRE SPATIO-TEMPOREL

1. Délimitation spatiale

Toute recherche en sciences sociales nécessite une circonscription du champ d’analyse afin d’éviter que celui-ci soit trop large pouvant égarer le chercheur. Pour ce faire, « *Il ne suffit pas de savoir quels types de données devront être rassemblés. Il faut encore circonscrire le champ d’analyse dans l’espace géographique et social* »⁴⁸

Notre recherche s’est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY).

⁴⁸ Décret N°2015/429 du 28 septembre 2015. https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Centre_Hospitalier_Universitaire_de_Yaoundé. Consulté le 12 septembre 2022 à 13h57 minutes.

Il a été créé par décret présidentiel du 28 octobre 1965. Il a pour mission de former des médecins généralistes capables de diagnostiquer et de traiter un large éventail de maladie et de dispenser une éducation à la santé. Situé dans la région du Centre, il s'étend au Sud de la rue de MELEN, Dans la commune de Yaoundé III, au nord de la faculté de médecine et des sciences biomédicale et à l'ouest du centre international de référence Chantal Biya et elle va également porter à l'hôpital général de Yaoundé. Le CHU de Yaoundé est placé sous la direction du professeur Arthur Alfred ESSOMBA nommé par décret présidentiel N°2015/429⁴⁹ du 28 Septembre. Le service hémodialyse est situé au premier étage de l'immeuble sous forme rectangulaire. Il est situé en face du premier bâtiment de la FMSB. À l'accueil, au sein du CHUY, ce service est situé à 100m à l'est de la réanimation. Nos données ont été collectées dans ledit centre du 28 juillet 2022 au 11 septembre 2022. Elle s'est déroulée au service d'hémodialyse sous la coordination de l'infirmier Y, Major hémodialyse.

En effet, ce service est constitué de 22 personnels chargé de la PEC des patients atteints de l'insuffisance rénale réparti comme suit: 2 néphrologues ; 10 infirmiers ; 06 aides-soignantes (AS) ; 02 filles de salle ; 02 techniciens biomédical. En outre, ce service est constitué d'une « salle d'attente » pour les malades et garde-malades ; trois salles équipées des machines de marque NIPRO destinée à la dialyse, une balance numérique: La première est constituée de deux machines (02) fonctionnelles et deux lits pratiques ; la seconde salle c'est-à-comporte trois (03) machines opérationnelles plus trois lits et la grande salle qui est la troisième prend (06) six machines avec (06 lits). Donc, nous avons au total 11 machines pouvant prendre 11 patients en un tour de dialyse. De même, nous avons dans ce service, le bureau du néphrologue ; un bureau pour le médecin ; un bureau pour le major hémodialyse ; une « salle de permanence » pour le personnel soignant ; un bureau archive ; « un classeur » pour le suivi des dossiers des malades ; un placard compartimenté en box réservé pour classer les effets de chaque infirmier, une salle pour stoker l'acide ; une salle d'eau. En plus, on a des toilettes modernes : celles des patients à l'extérieur et à l'intérieur celles du personnel soignant.

⁴⁹ A. SUPIOT, Pour une politique des sciences de l'homme et de la société. Paris, PUF, Conseil national du développement des sciences humaines et sociales, (94), 2001

4- Délimitation temporelle

Notre recherche s'est déroulée du 28 juillet 2022 au 11 septembre 2022 au Service hémodialyse au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY).

5- Considérations éthiques

L'éthique peut être définie comme « un ensemble de règles ayant pour objet de soumettre l'activité scientifique au respect de valeurs jugées plus hautes que la liberté du chercheur ⁴⁸» C'est aussi un ensemble rationnellement structuré de valeurs explicites qui induisent des comportements et des pratiques sociales⁵⁰. Les codes éthiques sont basés sur des principes relatifs aux conséquences de l'enquête tels que l'absence de préjudice et sur des principes déontologiques tels que le respect de la confidentialité, la garantie de l'anonymat, le consentement libre et éclairé. Le respect de ces codes s'impose progressivement à la recherche en science sociale. Lorsqu'il s'agit de mener une étude dans le champ de la santé, celle-ci est soumise au dispositif d'application de l'éthique médicale. Le respect de ce principe permet d'éviter tout préjudice que peut connaître l'enquêté après le travail de recherche. L'application de ce principe a permis de mener un certain nombre d'activité avant, pendant et après la recherche.

- Avant l'enquête de terrain

Les autorisations ont été sollicitées auprès de : De la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I, via son Département de Sociologie ; au centre hospitalier universitaire⁵¹.

- Pendant l'enquête de terrain

Sur le terrain, les participants n'ont été approchés que lorsqu'ils ont été jugés physiquement et psychologiquement disponibles à répondre ou à participer soit à l'entretien.

Le seul coût qu'a représenté la participation des informateurs à cette étude a été le temps consacré à répondre soit à l'entretien estimé [11 ; 45] minutes.

Avant de solliciter la participation d'un informateur à cette étude, une information et un formulaire du consentement éclairé (écrit ou verbal) lui ont été donnés dans lequel il a apposé

⁵⁰ Y. DROZ et J-C. LAVIGNE, Éthique et développement durable, Paris, Karthala, 2006.

⁵¹ Voir lesdits documents à l'annexe

sa signature (si écrit) ou accepté (si verbal) pour manifester sa volonté à la contribution à cette recherche. Les informations recueillies n'ont pas été accompagnées des noms des répondants car elles n'ont été identifiées qu'à partir des codes qui leurs ont été affectés.

- **Après l'enquête de terrain**

L'anonymat et la confidentialité des données ont été de rigueur. Nous avons procédé à la codification des noms lors de l'analyse et le traitement des données à travers les pseudonymes. Cette disposition nous est apparue nécessaire pour respecter l'anonymat souhaité par les personnes interviewées. De plus des détails ont été tenus sous silence pour éviter que les personnes puissent être reconnues. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse et la publication des résultats n'a été exploitée qu'à des fins académiques.

6- DU TRAITEMENT À L'ANALYSE DES DONNÉES

Après la phase de collecte des données, nous avons procédé à la phase de traitement et d'analyse des données récoltées sur le terrain. Cette phase se subdivise en trois périodes à savoir : La transcription, la catégorisation et l'analyse proprement dite.

- **Transcription**

Cette phase a permis de reproduire et de saisir les données ou les informations collectées sur le terrain, enregistrées sur notre dictaphone. Sur le terrain, un magnétophone a été utilisé pour couvrir certains entretiens individuels. Une grille d'observation nous et un journal de terrain ont permis de noter tous les éléments, détails et attitudes des acteurs impliqués dans la PEC des patients atteints de l'IR lors des différentes séances d'hémodialyse. Ainsi, après cette épreuve de transcription, une autre phase a été entamée celle de regroupement ou de la catégorisation.

- **La catégorisation**

Dans le processus d'analyse de ce travail, la catégorisation est l'étape qui a suivi la transcription. Elle consiste à regrouper les données allant dans le même sens en vue de permettre leur meilleure analyse. Après la transcription des données sur des papiers, nous avons procédé à un regroupement des données en fonction de leur sens pour non seulement permettre leur saisie en profondeur, mais aussi pour relever les occurrences dans les propos et les attitudes des acteurs impliqués dans la PEC des patients atteints de l'IR.

- L'analyse

Étant donné que « L'entretien ne parle pas de lui-même, Il faut pour parvenir aux résultats de la recherche, effectuer une opération essentielle, qui est l'analyse du discours. Elle consiste à sélectionner et à extraire des données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits »⁵².

De ce fait, l'enquête qualitative repose sur cette analyse de contenu et contextuel puisque l'action sociale n'a de signification que dans une situation particulière. Ceci, nous a amené à prendre en compte les lieux où se sont déroulées nos enquêtes, le temps et les acteurs mêmes dans cette analyse sociologique qui repose sur l'interprétation des conduites, des comportements afin de les comprendre pour mieux les expliquer sans les juger. Ainsi, nous avons recouru à l'interdisciplinarité⁵³. Pour avoir une saisie globale et totale de notre objet d'étude. C'est dans ce sens que nous avons recouru tour à tour à la biologie, la médecine, l'anthropologie, la sociologie, la psychologie et au droit parce que la logique de la sociologie contemporaine l'expose à une ouverture car selon BALANDIER, une seule science ne peut pas ouvrir les portes de la vérité⁵⁴.

X- DÉFINITION DES CONCEPTS

Il convient tout d'abord de rappeler que la définition des concepts ou leur opérationnalisation est une étape indispensable dans toute investigation scientifique. Elle permet au chercheur d'opérer une « rupture épistémologique » avec le sens commun, de délimiter son champ d'étude afin d'éviter toute confusion dans la conception Durkheimienne. Cette épistémologie d'ailleurs fondamentale. Pour Durkheim,

Toute investigation scientifique portée sur un groupe détermine de phénomènes qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache bien quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve et de toute vérification

Dans le même sillage Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT soulignent l'importance de cette étape en soulignant que «*la conceptualisation est plus qu'une définition Ou convention terminologie. Elle constitue une construction abstraite qui vise à rendre compte du réel.*». Dans le cadre de notre travail, ce principe ne saurait être ignoré car il a permis la

⁵² A. BLANCHET et A. GOTMAN, op. Cit. p. 89.

⁵³ G. GURVITCH, « La vocation actuelle de la sociologie », Paris, PUF, 1950

⁵⁴ G. BALANDIER, « Sens et puissance » : Les dynamiques sociales, Paris, PUF, 1971

construction et la compréhension des concepts opératoires. Ainsi, les concepts fondamentaux utilisés dans cette recherche sont : prise en charge ; patients, insuffisance rénale ; contraintes ; logiques ; stratégies ; acteurs; Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé.

- **Prise en charge** : D'après le dictionnaire Français, prendre en charge dans le domaine de ma médecine désigne le fait de prodiguer des soins à un patient (L'internaute)⁵⁵. C'est une action de prodiguer des soins à une personne présentant des symptômes dus à une maladie ou un accident.
- **Patient(s)** : Du latin « patients » qui signifie, « celui qui endure », « celui qui souffre ».
- **L'insuffisance rénale** : D'après Yannick LE MEUR et al⁵⁶, C'est la diminution De la filtration glomérulaire. Autrement dit, c'est une diminution permanente, progressive, irréversible de la filtration glomérulaire due au fait que les autres fonctions, notamment tubulaires, sont touchées dans la même proportion.
- **Logique(s) (sociales)**⁵⁷: Adjectif emprunté du latin « logicus », qui veut dire « Raisonnable » désigne une suite d'évènements résultant de la combinatoire des stratégies des individus d'un ou de plusieurs groupes régulés par réciprocité,
 - **Contrainte(s)**⁵⁸ : Du latin « constringere de curn » désigne « ensemble » et de « stringère » qui signifie « serrer ; presser ; lier ensemble ; enchaîner ; réprimer ; contenir », stipule ce qui entrave la liberté d'un individu ou d'un groupe et l'oblige à des actions ou absence d'actes non désirés.
- **Stratégie(s)** : Le concept de stratégie est apparu dans les travaux de Crozier vers les années 1970. Du latin « stratégia », désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre par un individu ou des individus pour parvenir à leur fin, dans un système dont les règles implicites sont formées par la combinaison de ces stratégies.
- **Acteur(s)** : on désigne l'individu qui agit selon ses propres desseins, selon ses propres motivations. Il peut être compris par le rôle que joue un individu selon ses propres besoins, en s'adaptant ou en modifiant les interactions dans lesquelles il se trouve impliqué. Ce terme peut être à un collectif, une entreprise, une institution qui coordonne les comportements de leurs membres dans les actions communes et assurent une continuité. Autrement dit, un

⁵⁵ Linternaute.fr consulté le 26 septembre 2022 à 2h58.

⁵⁶ Yannick LE MEUR et al 1998 op cit

⁵⁷ Pierre ANSART et al, 1999, p 310.

⁵⁸ AKOUM et Pierre ANSART, 1999, p 112.

acteur, est un individu qui exécute une tâche, qui est essentiellement déterminé à agir par des conditions qui lui sont imposées.

X-1- DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.

Aucune recherche scientifique ne va sans difficultés. Tout au long de notre travail, nous avons fait face à plusieurs obstacles entre autres :

- La réticence de certains enquêtés face aux entretiens ;
- La réticence de certains personnels chargé de la PEC vis-à-vis de notre thématique recherche;
- Le non accessibilité à certain document en hémodialyse (dossiers des patients ; registres...)

PREMIÈRE PARTIE

INSUFFISANCE RÉNALE AU CAMEROUN : DE LA CONSTRUCTION DES PERCEPTIONS, DES PRATIQUES ET DE LA PRISE EN CHARGE

CHAPITRE I

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE DANS LE MONDE

Dans ce chapitre, il serait question de montrer l'épidémiologie de l'insuffisance dans le monde de manière générale en passant par l'Afrique et le Cameroun en particulier. Il s'agit également de voir un ensemble de politiques que les États mettent sur pied afin de prendre en charge cette maladie.

I- INSUFFISANCE RÉNALE COMME PROBLÈME DE SANTE PUBLIQUE

Une maladie chronique est selon l'OMS, un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies. C'est-à-dire une maladie dont la durée est comparable à la vie même du porteur, NOUGA II Thomas Alain⁵⁹ par conséquent, il s'agit d'une pathologie dont la prise en charge ne peut être efficace, grâce à la seule action du prestataire, autrement dire, sans la participation du bénéficiaire des soins. En d'autres termes, une maladie chronique est celle dont la participation active du patient est exigée dans une prise en charge de qualité. C'est dans cette raison que CANAVY, 2013⁶⁰ affirme que « si la personne affectée par une maladie chronique ne prend pas une part active dans la gestion de sa maladie si son entourage ne tient pas compte, si les professionnels de santé restent centrés sur le court terme, bien des difficultés s'annoncent ». Ainsi, selon l'OMS qualifie l'insuffisance rénale comme une maladie chronique qui est l'objet de notre attention d'où la présentation de sa situation épidémiologique dans le monde, en Afrique au Cameroun.

1- Insuffisance rénale dans le monde

Aux USA, l'insuffisance rénale représente 5% des hospitalisations et 10 à 20% des hospitalisations en soins intensifs. Les personnes âgées sont plus atteintes par l'IRA des pays développés, les jeunes et les enfants dans les pays en voie de développement avec un taux de

⁵⁹ NOUGA II, « *La communication dans la prise en charge des maladies chroniques dans le contexte africain in* « Maladies chroniques en Afrique : enjeux et défis », presse de l'ucac, 2017.

⁶⁰ CANAVY, 2013, op Cit p.42)

mortalité élevé. La mortalité globale est de 60% liée à l'âge avancé et à la comorbidité. Cette mortalité en unité de soins intensifs est de 80% entre 30% pour les autres services, aux USA, la mortalité de l'IRA varie de 30-70%. L'IRC est un problème de santé publique Mondiale. En 2015, plus de 353 millions de personnes soit 5% de la population mondiale souffrent d'une insuffisance rénale chronique. D'après les données documentaires, Au Royaume uni, l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est de 486 à 460 cas pour un million d'habitants avec une créatine supérieure à 300µmole par litre et 120 cas pour un million d'habitants avec une créatine supérieure à 500 µmole par litre. Il y a eu 173 cas sur un million nécessitaient la dialyse⁶¹. Dans les pays industrialisés, la mortalité en IRC varie entre 6 à 20 décès pour 100 patients-années avec un taux les plus élevés retrouvés en Belgique, Suède, et aux États-Unis et les taux les plus faibles au Japon. Nous constatons qu'en Europe, on estime l'incidence moyenne à 100 par million d'habitants, avec une nette prédominance chez l'homme. En France, on estime 30% des malades atteints d'insuffisance rénale chronique ont une néphropathie diabétique.⁶²

2- Insuffisance rénale en Afrique

En Afrique Subsaharienne, nous constatons avec MAMBAP, que l'IRC connaît une forte mortalité la plus élevée allant jusqu'à 86,3% à 3 mois et 98,8% à 12 mois. ANOCHIE et al montrent qu'au Nigéria, en 2005, l'IRA de l'enfant était le plus souvent oligurique dans 87,32%. Les caractéristiques cliniques de cette insuffisance rénale aiguë en dehors des signes de la maladie causale étaient : les œdèmes 44%, la léthargie 19%, l'hypertension 18,5% et les convulsions 16,6%. En outre, Afrique, 35%⁶³ des cas d'insuffisance rénale aiguë sont causés par les produits de l'ethnomédecine. Toutefois, l'augmentation des patients dans les centres d'hémodialyses serait due à la consommation anarchique des faux médicaments achetés en majorité la rue FONDJO, 2009: l'automédication. Bien plus, les principales étiologies de l'IRA en soins intensifs ne sont : les sepsis à 19%, les sepsis sévères à 23% et choc septique à 51%. Dans une étude faite en Afrique central et de l'ouest (Cameroun, république démocratique du Congo, Nigéria, Sénégal et Côte-d'Ivoire) les principales causes de l'insuffisance rénale aiguë sont le paludisme, les toxines et les causes obstétricales. En plus, ajoute-t-il, dans toute l'Afrique, les mécanismes étiologiques les plus rencontrées sont la micro-angiopathie thrombotique (SHU) et la nécrose tubulaire aiguë. En outre, on dénombre comme taux de décès

⁶¹ LAKOA NGBWA, 2010, op cit p. 32

⁶² LAKOA NGBWA, 2010, p. 32). « L'insuffisance rénale aiguë de l'enfant à l'hôpital central de Yaoundé : aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques et évolutifs ».

⁶³ « Prévalence et facteurs de risques de la maladie rénale chronique dans la région de grand-lacs

lié à l'IRA, 7,1% en côte d'Ivoire, ayant 160 de malades. Au Maroc, le taux de décès était de 17% ; de 23,08% au Ghana ; de 37,1% au Congo ; de 40,5% au Nord du Nigéria ; de 43,9% au Sud-Ouest du Nigéria et à 71,43% en Afrique du Sud.⁶⁴ BANGULA et al⁵⁸ montrent dans une étude que la prévalence de la MRC a été de 2,1% ; Celle du diabète de 5,9% ; celle de l'hyperlipidémie de 27,4% ; celle de l'obésité de 16,7% ; celle de l'albuminurie de 16,2% ; celle de l'hypertension de 18,8%. 19,1% des adultes avaient un indicateur de lésions rénales, qui est plus élevé que celle observée dans le monde entier (13% et 12,1%). Cette étude dans la région de grands lacs montre que chez les noirs, l'albuminurie et l'hypertension étaient fortement associées. Ainsi, le Cameroun n'est pas en marge de cette maladie.

3- Insuffisance rénale au Cameroun

Dans une étude conduite aux Etats-Unis, on estimerait à 2 millions le nombre de personnes touchées de l'IRC au Cameroun FOUDA, 2015. Au Cameroun, NABYLACH et al, 2013 rapportaient une mortalité respective de 58,6% et 49,4% au cours des 6 premiers mois de survie, des patients atteints de l'insuffisance rénale chronique (IRC)⁵⁹. En 2012, plus de 2 millions de patients étaient en HD chronique dans environ 150 pays à travers le monde. Parmi ces patients en HD chronique, l'Afrique subsaharienne contribue pour moins de 5% de ces patients. Dans les pays en développement, des taux de mortalité plus élevés y sont rapportés allant jusqu'à 86,3% à 3 mois et 98,8% à 12 mois en Afrique subsaharienne. KAKE FOLEFACK et Al⁶⁵ montrent dans un article que par ces décennies, le dépistage a porté sur 500 adultes (267 hommes, 53%) d'un âge moyen 45,3± et 13,2 ans et dont 35% étaient sans emploi... De plus, Dans une étude faite par Emilienne Grâce NKOYOCK, les Médicaments toxiques sont responsables des atteintes médicamenteuses au Cameroun. Ceci est dû à la consommation anarchique subséquente à l'expansion de la vente illicite qui augmente le risque de survenue de ces pathologies. 44 atteintes rénales médicamenteuses représentent 18,3% des 240 dossiers compulsés ont été recensés. L'âge moyen des patients était de 48±18 ans et variait entre 11 et 87 ans. Le sexe masculin était majoritairement atteint avec un sex-ratio (h/f) de 2,67. Les affections rénales aiguës avec une fréquence de 65,9% dues aux affections médicamenteuses dominantes. Décoctions traditionnelles (50%), la gentamicine (11,4%) et le paracétamol (9,1%) sont les médicaments les plus incriminés dans les atteintes rénales médicamenteuses. L'évolution a été marquée par 43% de guérison complète entre 14% de décès⁶⁶, plus de 1100

⁶⁴ MAMBAP TATANG Alex, 2014, p. 2), « suivi des patients hémodialysés chroniques dans une Centre de région au Cameroun. Le cas du centre régional de Bamenda »

⁶⁵ « Prévalence et déterminants de la maladie rénale chronique chez les adultes en milieu urbain »

⁶⁶ V. FATTORUSSO/O. Ritter, p.814. « Vademecum clinique du Diagnostic au traitement »

médicaments ont été référés Co-potentiellement toxiques; 50% de la population au Cameroun pratiquent l'automédication sans aucun avis médical.

Au regard de toutes ces analyses, nous constatons que l'IR est un phénomène social qui décime silencieusement les individus tant ceux des pays industrialisés que ceux des pays en développement. Nous avons dénombré avec ces auteurs que cette maladie a pour étiologie, l'hypertension artérielle, l'obésité, le paludisme, le diabète...il en ressort avec certains auteurs que la consommation des médicaments non contrôlé l'automédication (EBELLE, 2006) « Médicaments » de la rue au Cameroun était l'une des principales causes de l'IRA. Le paracétamol (9,1%) et la gentamicine (11,4%) sont indexés comme les médicaments responsables de la maladie rénale au Cameroun. D'autres ont à travers leurs études montré que la consommation des produits de l'ethnomédecine « Médicaments traditionnels ou décoctions traditionnelles (50%) était aussi l'une des causes majeures de cette pathologie. C'est sans doute la raison pour laquelle le nombre d'individus atteints de cette maladie va grandissant. Nous dénombrons dans une étude menée par FOUDA, 2005, que, 2 millions représente le nombre de personnes atteintes de cette pathologie au Cameroun. Dès lors, nous constatons des analyses qui précèdent que, l'insuffisance rénale est un « fait social total » au sens de Marcel Mauss.

II- TYPOLOGIE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

Selon l'OMS, on distingue, deux catégories d'insuffisance rénale à savoir :

1- Insuffisance rénale aiguë

Cette dernière se définit comme une défaillance rapide et progressive et souvent transitoire, de la fonction excrétrice rénale empêchant le maintien de l'équilibre interne nécessaire au fonctionnement normal de l'organisme. Elle est caractérisée par une élévation rapide de l'urée sanguine, ainsi que la créatinine, et souvent par oligoanurie⁶⁷

Selon l'infirmière l'un des infirmières, âgée de 50 ans spécialiste en endoscopie digestive, affectée en service hémodialyse, pour elle, «*L'insuffisance rénale peu importe sa forme C'est l'incapacité des reins à jouer son rôle spécifique dans l'organisme. C'est la baisse des fonctions glomérulaires qui donne l'IR* ». Dans la même mouvance, un infirmier, âgé de 35 ans, va définir l'insuffisance rénale de la manière suivante : «*Disons que l'IR c'est une maladie qui touche les reins et empêche l'individu de pouvoir libérer normalement les urines, de*

⁶⁷ Yannick LE MEUR et a l62, 1998, p 13 « L'insuffisance rénale chronique, du Diagnostic à la dialyse, doin éditeurs paris 1998 »

pouvoir uriner normalement. La maladie a deux types : la forme aiguë et la forme chronique.». Nous appréhendons à travers ces deux approches définitionnelles et littérales de cette maladie données comme la défaillance totale des reins. D'après V. FATTORUSSO et al, « l'insuffisance rénale fonctionnelle est la conséquence de la diminution de la perfusion glomérulaire sans anomalie structurelle du parenchyme rénal »⁶⁸. Elle est causée par: l'hypovolémie vraie (hémorragie, déshydratation, cirrhose hépatique, septicémie, syndrome néphrotique ou traitement antihypertenseur). Mais Yannick LE MEUR et al ⁶² vont dans le sens opposé quand ils donnent l'étiologie de l'IRA. Pour ces derniers, l'origine de cette maladie est: déshydratation extracellulaire, l'insuffisance cardiaque congestive, cirrhose hépatique [...], maladie prostatique, cancer urologique, pelvien ou rétro-péritonéal, état de choc, des médicaments néphrotoxiques, des produits de contrastes iodés etc., constituent l'étiologie de l'IRA. De ces analyses qui précèdent, nous constatons avec les auteurs précédents que, l'origine de l'IRA reste diverse. D'aucuns pensent qu'elle est due à la déshydratation extracellulaire, l'urologie pelvien, l'insuffisance cardiaque... d'autres par contre disent qu'elle provient des hémorragies, cirrhose hépatite, cancer etc. Ainsi, il s'agit du débit de la filtration glomérulaire due à l'incapacité du rein à assumer partiellement ses fonctions. Cependant, l'IRA a-t-elle les mêmes étiologies que l'insuffisance rénale chronique ?

2- Insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique, se définit comme, l'atteinte progressive de la fonction rénale reste longtemps asymptomatique, mais lorsque la filtration glomérulaire tombe à moins de 30% de la norme, la rétention des produits azotés normalement éliminés dans les urines provoque un état toxique appelé : urémie. Nous devons noter que, ce terme désigne habituellement le syndrome clinique de l'IR, alors que le terme azotémie (hyperazotémie) désigne l'élévation de l'urée sanguine. Comme étiologie, la cause la plus fréquente est le diabète sucré ; viennent ensuite la néphrite interstitielle, chronique (souvent due aux AINS et autres médicaments néphrotoxiques), l'hypertension artérielle, l'obstruction des voies urinaires, le rein poly kystique)⁶⁹.

Pour ces auteurs, elle commence à faire des dégâts bien avant l'apparition des symptômes. En effet, les perturbations métaboliques commencent dès que la clairance de la créatine diminue au-dessus de 50 à 60 ml/min/1,73m². Elle peut également rester silencieuse

⁶⁸ V. FATTORUSSO et al op cit, 18^{ème} édition.

⁶⁹ Yannick LE MEUR et al, op cit

pendant des années ou se manifester par la fatigue, un amaigrissement, une dysfonction érectile chez l'homme, une perte de la libido chez la femme. La ⁷⁰nycturie et l'hypertension artérielle sont des signes précoces⁷¹. On peut avoir comme symptômes, les troubles cutanés (pâleur, teint cireux, à un stade avancé, la peau se décolle ou prend une couleur café au lait (hyperpigmentation). Prurit parfois insoutenable ; les troubles digestifs, anorexie, nausées, vomissements... troubles neuromusculaires : crampes musculaires, paresthésies des membres inférieurs, encéphalopathie métabolique et coma urémique ; troubles cardiovasculaires : l'hypertension artérielle avec hypertrophie ventriculaire gauche, parfois encéphalopathie, insuffisance cardiaque, trouble du rythme hyperkaliémie, « péricardite urémique». Au cours de notre recherche au CHU de Yaoundé, certains patients avaient pour étiologie de l'IR l'hypertension artérielle et le diabète et ayant pour symptômes l'insuffisance cardiaque et l'encéphalopathie, les troubles cardiovasculaires c'est le cas d'un patient qui a déclaré que

C'est la tension. (Il veut parler de l'hypertension artérielle) [...] ⁷²J'avais les violents maux de têtes, ça signalait par les petits violents maux de têtes par moment quand je prends les para pour, calmer. Moi je ne partais pas à l'hôpital ça. Je payais les petits trucs en route comme le para, ça se calme et je continu mon travail, [...], j'ai commencé à me réveiller et j'ai commencé à pisser le sang [...] J'ai appelé mon grand frère qui est médecin, il a demandé que je bois beaucoup d'eau que ça va passer, que ça va nettoyer les reins. Que ça peut être un problème des reins. Il m'a quand même prévenu en me disant que c'est un truc qui est dangereux, que je dois boire beaucoup d'eau en journée. Que ça peut nettoyer et épurer ça. [...] J'étais devenu tout blanc. Comme j'avais bu beaucoup d'eau, j'avais déjà pris du poids [...] Il veut par-là dire qu'il avait déjà les œdèmes [...].

Nous pouvons comprendre du propos précédent que, l'origine de l'insuffisance chez cet individu est l'hypertension artérielle comme l'a souligné les auteurs précédents. Il ajoute également que l'origine de l'IRC chez lui est due à la consommation abusive des comprimés au moment où sa maladie a commencé. C'est dans ce sens qu'il va affirmer que « [...] J'avais une corbeille de comprimés comme ça. Peut-être c'est même ça qui a encore détruit tout le reste de reins là. « [...] Je buvais plus de 30 comprimés par jour. Quand j'étais à Bafoussam. Je lui ai montré le reste de remèdes là, c'est alors ça qui a encore finir avec mes reins [...] » De ce propos, nous convenons avec EBELLE, 2006, que la consommation non contrôlée des médicaments est à l'origine de la maladie rénale chronique au Cameroun. Un patient qui consomme effectivement 30 comprimés par jour s'expose immédiatement à cette maladie. En outre, les patients respectivement de [1 ; 18], affirment que, l'étiologie de l'IRC chez eux est

⁷⁰ « Volume d'urine sécrété par les reins pendant une période de temps donné »

⁷¹ V. FATTORUSSO Ritter, p .861

⁷² PATIENTE 3. Entretien passé le 2 août à 08h50 au CHU de Yaoundé

due à l'HTA, le diabète, l'insuffisance cardiaque. Mais nous avons constaté à travers la patiente 21, âgée de 56 ans, célibataire, qui nous a fait savoir que l'origine de sa maladie était due aux « Cacus rénaux ». De ces différents propos qui balisent l'étiologie de l'IR, nous avons également eu des patients qui ont expliqué l'étiologie de l'insuffisance rénale parce qu'ils consommaient les médicaments de l'ethnomédecine sans précaution. Ce qui a directement conduit à une IRC. C'est le cas du patient âgé de 46 ans, qui affirme ce qui suit:

On a soupçonné les produits toxiques et tout. C'est qui est sûr, c'est les produits toxiques. Puisque avant ça, j'ai été empoisonné deux fois. Et il a fallu que je nettoie le corps [...] Je me dis que c'est la consommation de ces produits pour nettoyer mon organisme empoisonné que j'ai dû endommager mes reins avec ses produits. Après j'ai eu le mal d'estomac [...] Puisque mes pieds étaient gonflés, c'est où il a soupçonné l'IRC et après, ces poches de sang, il m'a prescrit l'échographie de reins. C'est après examinassions de cette échographie qu'il m'a dit que mes reins étaient touchés.⁷³ [...].

Il en ressort du propos de ce patient que les produits toxiques sont à l'origine de l'IRC au Cameroun. Les décoctions traditionnelles représentent 50% des affections rénales au Cameroun. C'est dans ce sens que NORTIER et al, 1999 montrent que les produits de l'ethnomédecine (produits traditionnels) sont responsables de l'insuffisance rénale aiguë 35% en Afrique. En outre, d'après le garde-malade 4, âgé de 32 ans, son patient souffre d'une malformation congénitale. Ce malformation explique l'origine d'insuffisance rénale chez cet individu. C'est pour cela qu'il affirme que le garde malade a dit :

Mon patient est d'abord né avec une malformation au niveau du rein. Il a eu une tumeur au niveau du rein. C'est là où on a dû faire une opération à Mbingo à Bamenda. Ils n'ont pas bien pris soin de faire une recherche approfondie avant de faire la chirurgie, ils ont pratiqué la chirurgie sur le seul rein qui fonctionnait c'est comme ça qu'il est donc entré en insuffisance rénale.⁷⁴ [...].

Les infirmiers que nous avons enquêtés n'ont pas omis de lister également les causes étiologiques de l'IR. C'est le cas de l'infirmière 2, âgée de 50 ans qui explique l'étiologie de l'IR en ces termes:

⁷⁵Les causes peuvent être diverses médicamenteuses, alimentaires, hygiéno-diététique [...] Ça peut être dû au surdosage, la prise exagérée des médicaments. [...] L'automédication ne pas toujours avec les médicaments modernes, nos potions indigènes. Sauf que dans cette décoction traditionnelle, ne mesurons que l'effet thérapeutique, on ne mesure pas l'effet toxique. La toxicité, on n'a pas de connaissances dessus [...] Si la toxicité est élevée, elle va affecter le rein [...] Les

⁷³ PATIENTE 4. Entretien passé le 3 août à 10h50 au CHU de Yaoundé

⁷⁴ Garde malade 3 : Entretien passé le 3 août au chuy à 14h

⁷⁵ Infirmier 2 ; Entretien passé le 03 août à 13h au chuy

symptômes les plus présentes, c'est la baisse de la diurèse [...] C'est un symptôme palpable [...], l'autre symptôme c'est que, quand Vous n'éliminez pas, assez, évidemment, allez-vous retrouver en train de prendre du poids, un peu plus infiltré. Mais elle n'est pas exclusive avec la maladie rénale. Car même l'insuffisance cardiaque conduit à cette infiltration.

Au regard des propos de cette infirmière, nous constatons que les causes de l'IR chez les patients du CHUY sont la consommation médicamenteuse, alimentaires ou hygiéno-diététique, la consommation des décoctions traditionnelles, des produits modernes. Nous pouvons aussi avoir la baisse de la diurèse⁷⁶ (volume d'urine sécrété par les reins pendant une période de temps donné)⁷⁷. Ainsi, nous constatons que l'origine de l'IR illustré par cette infirmière corrobore avec les études menées par les auteurs tels qu'Emilienne grâce NKOYOCK.

Les analyses qui précèdent ont permis de cerner les causes étiologiques et symptômes de L'IR sous diverses formes. Ce qui n'est plus à démontrer car nous nous sommes basés sur les données documentaires et les entretiens passés auprès des patients, les infirmiers ainsi qu'aux garde-malades. Cependant, face à cette pathologie qui reste et demeure un problème de santé publique mondial. Les états ne sont pas restés les bras croisés afin de laisser cette affection décimer l'humanité. Dès lors, plusieurs politiques sont mises sur pieds par chaque État pour prendre en charge l'IR, qu'elle soit chronique ou aiguë.

III- POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

1- Politique de prise en charge de l'insuffisance rénale dans le Monde

D'après la 29^{ème} Conférence Sanitaire Panaméricaine et de sa 69^{ème} Session du Comité Régional de L'OMS Pour les Amériques Washington, du 25 au 29 septembre 2017, les pays d'Amérique centrale tels que (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama) y ont été conviés. Il a été constaté des progrès dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action destinés à renforcer la capacité locale pour répondre de manière intégrée à l'IRC dans les municipalités les plus touchées (au Salvador, Guatemala, Honduras et Panama, la population de ces municipalités représente environ 4 073 769 habitants).

Au Salvador, il s'agit des zones agricoles de San Miguel et Usulután ; au Guatemala, des départements de Escuintla, Quetzaltenango, Petén 1 et Chimaltenango ; au Nicaragua, de la municipalité de Chinandega et au Panama, des provinces de Coclé, Chiriquí et Veraguas, où

⁷⁶ [Http://www.larousse.fr/médical](http://www.larousse.fr/médical).

des cliniques rénales ont été mises en place. De plus, au cours de la même période, la Directrice du BSP a approuvé un projet inter-programmatique auquel a été affecté un budget total d'US\$ 1 million, 3 70% de ces ressources étant destinés à un appui direct aux pays et les communautés les plus affectées. En outre, nous constatons également avec cette 29^{ème} Conférence sanitaire que, ces pays ont enregistré des progrès concernant le renforcement de la surveillance épidémiologique, professionnelle et environnementale et les systèmes de registre, particulièrement au sujet de l'IRC. El Salvador a identifié 148 municipalités avec un niveau élevé de cas et commencera le recensement des patients au stade 5 qui reçoivent un traitement par dialyse dans les cinq hôpitaux du ministère de la Santé où ces services sont dispensés. Le pays entreprendra également une étude pour déterminer la demande de médicaments et de fournitures. Nous avons aussi constaté qu'à travers cette Conférence sanitaire paramétrique que le Guatemala a élaboré un protocole de surveillance sentinelle et un autre pour le registre de dialyse et transplantation rénale, des instruments qui s'avèrent utiles pour la surveillance épidémiologique. De même, le pays a développé un système de registre de l'IRCNT dans les zones d'Escuintla, Chimaltenango, Quetzaltenango et Petén. Pour sa part, le Honduras dispose d'une plateforme virtuelle pour le recensement des patients souffrant d'IRC qui se trouvent sous traitement de substitution rénale. Le Panama mène à bien un recensement de santé préventive avec l'appui de la Société de néphrologie, dans le but de former les médecins généralistes à la détection des personnes souffrant de maladie rénale. Le recensement de santé préventive a été mené dans 10 provinces, 2 cantons, 13 régions de santé, 3 institutions nationales et 4 centres pénitentiaires. De plus, un travail est réalisé en coordination avec l'Institut national des statistiques et du recensement pour obtenir des informations détaillées sur les causes de décès et permettre la réalisation d'une analyse géo spatiale de la mortalité due à l'IRCNT. En outre, Au niveau régional le « Programme régional de recherche concernant l'approche de la maladie rénale chronique de causes non traditionnelles en Amérique centrale » 6 a été établi. En plus, cette Conférence nous a permis de voir des protocoles génériques de recherche sur l'IRC sont en cours d'élaboration pour assurer l'harmonisation et la qualité de la recherche des études épidémiologiques dans la Région. De plus, une révision systématique des études sur l'association des produits agrochimiques et de l'IRC a été entreprise. Dans le cadre de cette révision, plus de 20 études de qualité variable (souvent de faible qualité) ont été identifiées. Par exemple, El Salvador a diffusé les résultats de l'enquête ENECA de 2015, et travaille à l'analyse secondaire de la base de données sur l'IRC. Dès lors, nous avons constaté des mesures qui sont entreprises dans l'optique d'améliorer la situation de prise en charge de L'IRC dans ces pays cités ci-haut. Il s'agit par exemple de Renforcer la capacité locale pour apporter une réponse

globale à l'IRCNT dans les municipalités affectées, en mettant en œuvre les plans locaux de prévention et de soins de la maladie et en renforçant la capacité résolutive du premier niveau de soins pour l'identification et le suivi des personnes à risque, la détection précoce et la gestion globale de l'IRC, du diabète et de l'hypertension artérielle. De même, il faut former le personnel⁷⁸ (équipes sanitaires, employés, travailleurs, etc. Et incorporer des facteurs de risque pertinents pour l'IRC/IRCNT dans la prise en charge municipale ou locale. Créer des options de politique, des outils et un appui technique pour renforcer les interventions relatives aux soins des personnes qui vivent avec l'IRC/IRCNT, y compris la normalisation et l'élaboration de manuels de soins concernant les patients souffrant d'IRC/IRCNT, l'utilisation du Fonds stratégique pour réduire les coûts et améliorer l'accès aux médicaments et l'élaboration de manuels pour la gestion des fournitures : Renforcer la surveillance épidémiologique, professionnelle et environnementale et les systèmes de registre en mettant l'accent sur l'IRCNT, à l'aide de l'application de la définition de cas pour la surveillance épidémiologique de l'IRC et le développement de capacités destinées à améliorer les systèmes de registre de dialyse et de transplantations et les registres d'interventions préventives⁷⁹ professionnelles et environnementales⁸⁰. En France par exemple, comme politiques de lutte et de prise en charge contre cette pathologie, nous avons noté Le projet ⁸¹«200 greffes rénales».

Ce projet s'est inscrit dans un contexte national favorisant le développement de la transplantation. Le 23 mars 2012, le plan greffe 2010-2016 était lancé. En outre, en 2011/2012, les volets insuffisance rénale chronique (IRC) des schémas d'organisation de santé (SROS) étaient revus dans le cadre de la mise en place des SROS-PRS. L'ARS Aquitaine fixait en 2012 l'objectif de majorer les greffes rénales de 6 % par an, soit 200 greffes (dont 50 issues de donneurs vivants). Par ailleurs, le contexte local a également eu son importance : l'hôpital était Déficitaire et un plan d'amélioration du résultat avait été mis en place ; le CHU⁶⁹ assurait un rôle de recours pour les patients les plus lourds ; ses équipes médicales étaient surspécialisées

⁷⁸ Organisation panaméricaine de la Santé. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale [Internet]. 54e Conseil directeur de l'OPS, 67e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 CD54/INF/5) [consulté le 21 mars 2017]. Disponible sur http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31184&Itemid=270&lang=fr

⁷⁹ 29^{ème} Conférences Sanitaires Panaméricaines ; 69^{ème} session du comité régional de l'OMS Pour les Amériques Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017, pp.1-4

⁸⁰ MOHAMED BEN HMIDA et al, 2018, « Profil épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique terminale dans la région de Sfax »

⁸¹ Christian BAUDOLET et al, 2018, P.85, « Système de santé et maladies chroniques : Réflexion, débats et propositions », édition "sanitaire" chaire de santé Sciences po.

et souhaitaient s'investir dans le projet ; le nombre de greffe était inférieur aux besoins réels. Pour mener à terme ce projet, le CHUY s'est fixé un objectif institutionnel décliné en sous-objectifs : objectiver la prise en charge et réaliser un diagnostic financier : il s'agissait ainsi de travailler sur les cohortes locales de greffés; envisager la soutenabilité financière du projet etc.

De ce qui précède, il en ressort que l'IR est une maladie qui concerne tous les continents et constitue un problème de santé publique d'où la mobilisation des politiques et stratégies de lutte contre cette pathologie. Quelles sont les politiques mises sur pieds par les pays d'Afrique pour lutter contre cette maladie ?

2- Politique de prise en charge de l'insuffisance rénale en Afrique

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est un véritable problème mondial de Santé publique, imposant une lourde prise en charge et un coût élevé. En Afrique, notamment en Tunisie, le coût de la prise en charge des patients dialysés pour l'année 2011 a dépassé les 90 millions de dinars (37000 Euro), soit près de 5% des dépenses globales de santé. Cette situation tend à s'aggraver régulièrement vu la progression de la prévalence de l'IRCT qui a connu une ascension fulgurante ces dernières années [1]. Une meilleure connaissance du profil épidémiologique de l'IRCT va contribuer à l'élaboration et à l'évaluation de stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de cette maladie⁷⁰. En effet, comme stratégies et politique de lutte contre cette maladie, ces auteurs ont proposé : Une meilleure connaissance du profil épidémiologique de l'IRCT pouvant contribuer à l'élaboration et à l'évaluation des stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de cette maladie; lutter contre la principale néphropathie causale de l'IRCT était la ND (21,5%), avec une augmentation significative de sa fréquence d'une année à l'autre (un coefficient de corrélation positive (0,770) avec $p=0,009$); Une meilleure prise en charge de la ND dans cette région est primordiale par le contrôle glycémique strict, l'utilisation des bloqueurs du système rénine angiotensine et le bon équilibre tensionnel pour prévenir la progression de la ND à un stade terminal.

En outre, au Maroc, la (Stratégie Nationale Multisectorielle de prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles 2019-2020) montre L'engagement du Maroc aux orientations internationales qui s'est concrétisé par la mise en place de plusieurs politiques et actions des différents départements. À ce titre, le Ministère de la Santé a déployé plusieurs efforts en matière de lutte contre les MNT. On peut citer en outre: Des filières de soins spécifiques pour les principales MNT (circulaire ministérielle N° 129/DE du 9 octobre 2015) ont été institutionnalisées définissant et décrivant le parcours du patient dans le système ; des

Recommandations de Bonnes Pratiques Médicales (RBPM) de certaines MNT ont été élaborées (HTA, diabète, maladies respiratoires chroniques, insuffisance rénale et certains cancers) en collaboration avec la société savante, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins SNMPCMNT 2019-2029.

Bien plus, Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie multisectorielle de prévention et de contrôle des MNT 2019-2029, le Ministère de la Santé (Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies) a adopté une démarche participative impliquant les représentants des autres secteurs. Pour ce faire, les étapes suivantes ont été suivies : Création d'un comité de pilotage composé des Directeurs de l'Administration Centrale et présidé par Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé; Création d'un comité technique présidé par le Directeur de la DELM et constitué par : les représentants des DAC, les DRS, les autres départements ministériels, la société savante, les ONG, le secteur privé y compris les représentants de l'industrie agro-alimentaire recrutement de consultants nationaux et internationaux afin d'élaborer ladite stratégie avec l'appui de l'OMS et autres partenaires. (SNMPCMNT⁸²).

3- Politique de prise en charge de l'insuffisance au Cameroun

La SSS⁸³ troisième partie, Dans le souci d'intégration, il en ressort que les MNT ont été regroupées au Cameroun selon les facteurs de risques communs en cinq groupes⁷³. Mais leur situation épidémiologique est faiblement documentée : Maladies du 1er groupe, Hypertension artérielle (HTA), autres affections cardiovasculaires, Diabète et maladies rénales chroniques. La prévalence nationale de l'HTA est de 29,7% et celle du Diabète de 6,6% en 2015. La prévalence de la maladie rénale chronique est estimée à 14,2% dans la ville de Douala et à 14,1% dans la ville de Dschang. D'après l'institut national de statistique (l'INS) et le (rapport GATS 2013), le tabagisme est un facteur de risque de plus en plus préoccupant (voir promotion de la santé). À ce facteur se joignent le surpoids, l'obésité et la sédentarité.

En effet, En 2013, nous avons constaté à travers le document SSS⁸⁴ que ces maladies représentaient près de 40% du poids global de la maladie au Cameroun. Au cours de la même année, elles ont été responsables de 882 et 862 décès pour 100 000 chez les hommes et les

⁸² Stratégie Nationale Multisectorielle de prévention et de Contrôles des Maladies Non Transmissibles 2019-2029.

⁸³ Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027

⁸⁴ SSS 2017-2027, op Cit p. 24

femmes respectivement [106]. D'après cette étude, la prise en charge communautaire reste encore embryonnaire. Quelques ONG ou Associations ont bénéficié d'une Lettre d'Accord de Collaboration délivrée par le MINSANTE et travaillent dans le domaine de la lutte contre les MNT. Leurs activités sont principalement focalisées sur le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la sensibilisation. À travers la (Stratégie Nationale de Développement 2020-2030), (SND30), nous avons constaté que la politique mise en place en son chapitre 4 (développement du capital humain et du bien-être) vise la promotion de la santé, le renforcement du système de santé, la prévention de la maladie et la prise en charge des cas.

Dès lors, la promotion de la santé, a pour objectif, amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé, les actions majeures consisteront principalement à améliorer le cadre de vie des populations en veillant notamment, en liaison avec les communes, au respect des normes minimales d'hygiène et de salubrité dans les zones d'habitation ; renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés, notamment la pratique des activités physiques et sportives ; amener les ménages à adopter les pratiques familiales essentielles par la diffusion systématique des messages de sensibilisation sur tous les supports de communication existants ; et améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes et adolescents, relativement à leur bien-être et à la santé sexuelle et reproductive⁸⁵.

En ce qui concerne la prévention de la maladie, la SND30 vise à réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables. À cet effet, les autorités s'engagent à : réduire d'au moins 30% l'incidence et prévalence des principales maladies transmissibles (VIH/Sida, Paludisme et Tuberculose) et non transmissibles (Diabète et HTA) ; accroître considérablement la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfant ; renforcer le dispositif de veille sanitaire ; densifier le dispositif de sensibilisation, de dépistage et de vaccination contre les maladies, en impliquant davantage les chefs traditionnels et les organisations à base communautaire ; engager une lutte sans relâche contre l'addiction des jeunes aux substances nocives à la santé et l'utilisation des produits cosmétiques dangereux ; et identifier des mécanismes innovants de financement des actions préventives de la maladie etc. Bien plus, elle vise à réduire la mortalité globale et la létalité, le Gouvernement compte améliorer la qualité des soins et des interventions sanitaires dans les FOSA et dans la communauté, en veillant à l'humanisation de la prise en charge.

⁸⁵ , SND30, op Cit, P. 28.

Dans ce sens, il s'agira prioritairement de poursuivre la politique d'amélioration du plateau technique des hôpitaux centraux et de référence engagée depuis quelques années, en veillant également à équiper les FOSA intermédiaires et périphériques. Dans la même perspective, afin de lutter contre l'IRC. Le Cameroun envisage fabriquer ses propres kits déclare le Centre de production des tests de dépistage et de diagnostic (Cam-diagnostic) a décidé de se lancer dans la production de ses équipements nécessaires aux patients atteints d'insuffisance rénale : « *Nous sommes en train de travailler sur une stratégie qui nous permettra avec nos partenaires extérieurs de penser à la production des kits de dialyse au regard du problème de santé qui tourne autour de la production desdits kits* »⁸⁶ expliqué, le Pr Gilbert Lambin TAGUEM FAH, président du comité de direction de cette structure au ministère de la recherche scientifique et de l'innovation (MINRESI).

4-Prévalence de l'insuffisance rénale au CHUY.

La prévalence d'une maladie est définie comme le nombre de sujets malades dans une population à un moment donné. La prévalence peut être instantanée c'est-à-dire pour une période précise. Ou au contraire une période de temps donnée (Mois, années). Dans ce cas, elle comprend déjà les malades présents au début de la période d'observation.⁸⁷ En Afrique, sa prévalence exacte n'est pas mieux documentée que dans quelques pays d'après « *une étude rétrospective sur l'incidence de L'IRC dans le service de médecine interne et néphrologie du centre hospitalier universitaire d'Antananarivo in « (The Pan African Medical Journal) »* »⁸⁸

Cependant, au Cameroun, au cours de notre période d'étude passée au CHUY (du 28 juillet 2022-11 septembre 2022), nous avons recensé 127 patients⁸⁹ souffrant de cette maladie. En bas de cette liste, nous avons constaté 10 nouveaux cas affichés en bas de ladite liste. Nous avons enquêtés 22 patients souffrants de cette pathologie. Mais la première cause de l'IR était l'hypertension artérielle car nous avons enregistré 14/22 patients qui ont indexé l'hypertension artérielle comme cause principale de cette affection. C'est le cas de ce patient qui a déclaré que : « *C'est la tension qui a provoqué tout ça. J'ai dit ce que les médecins ont dit. L'hypertension artérielle. Il a appelé ça comment là ? Glomérulonéphrite, je ne sais plus trop hein* »⁹⁰.

Dans la même logique, parmi les 12 garde-malades interrogés, 9 nous ont répondu que

⁸⁶ Arnaud TCHAPDA, 2021, p.1

⁸⁷ K.SBAI-Idriss, L et al, 2002 in « Médecine Tropical » page 201.

⁸⁸ Pan African journal, consulté le 12 septembre 2022 à 16h 50 minutes.

⁸⁹ D'après la liste de suivi du CHU09/08/2022

⁹⁰ PATIENTE 3. Entretien passé le 2 août à 08h50 au CHU de Yaoundé

l'hypertension artérielle était la première cause de l'IR chez leurs patients. Les propos d'un garde-malade vont dans cet ordre d'idée lorsqu'il affirme que «*Je crois que c'est l'hypertension, elle est aussi diabétique. Mais c'est l'hypertension qui est à l'origine de cette insuffisance rénale*»⁹¹.

En outre, parmi les 7 infirmiers interviewés, 7 ont approuvé aussi que l'HTA et le diabète étaient les causes principales de cette affection. C'est par exemple le cas de l'infirmière 1 qui a déclaré ceci : «*Généralement, on a comme causes, l'HTA et le diabète...*»⁹² Donc, sur 41 personnes enquêtées, 27 personnes ont affirmé que les premières causes de l'IR étaient l'HTA et le diabète. Mais certains infirmiers ont relevé le paludisme comme l'une de causes de cette pathologie. C'est le cas de cette l'infirmière qui affirme ceci: «*Comme causes [...] paludisme mal soigné qui entraîne un paludisme grave avec une anémie sévère, on l'HTA, on les AVP (accidents de la voie publique avec le choc hypo volumique), il y a le VIH/SIDA, on a aussi le diabète* »⁹³.

Des analyses qui précèdent, nous constatons que l'HTA et le diabète constituent les causes majeures de cette maladie au CHUY. C'est pour cela qu'elle a entraîné d'ailleurs en (2010), 9,4 millions de décès dans le monde⁹⁴. Dès lors, nous avons noté au cours de notre période de recherche l'incidence de cette pathologie en hémodialyse. Nous avons cours de notre recherche observée l'incidence des patients atteints de l'IR au CHUY et fait partie des MCNT⁹⁵. C'est pour cette raison que Benjamin Alexandre NKOUM va affirmer que «*[...], si elle n'est pas maîtrisée, l'HTA peut entraîner [...] une insuffisance rénale ou encore une cécité* »⁹⁶ pp, 17-18.

5-Taux d'incidence de L'IRC AU CHUY

L'incidence représente le nombre de nouveaux cas d'une maladie apparus dans une population donnée pendant une période donnée. L'incidence d'une maladie dans une population donnée est le nombre de nouveau cas de cette maladie apparus pendant une période donnée et rapportée à l'effectif moyen de la population pendant la même période. Le ⁹⁷taux d'incidence peut s'exprimer en cas pour 100, 1000 ou 10 000 personnes etc. Dans ce sens, au cours de notre période de recherche allant du 28 juillet au 11 septembre au CHUY, on enregistrerait au moins 4

⁹¹ Garde-malade5 : Entretien passé le 29 Juillet 2022 à 08h10 minutes au CHU de Yaoundé

⁹² Entretien passé avec l'infirmier 1 au CHU le 08 août 2022 à 06h10, durée : 20min58s

⁹³ Infirmière 6 : Entretien passé au CHU le 08 août 2022 à 01h33, durée, 22 : 06 s

⁹⁴ Benjamin Alexandre NKOUM, op cit, page 18.

⁹⁵ Maladies chroniques non transmissibles.

⁹⁶ Panorama de l'ampleur des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) dans le monde in «*Les maladies chroniques en Afrique : enjeux et perspectives* ».

⁹⁷ K.SBAI-Idriss, L.et collaborateurs in «*Médecine tropicale-2002-62-2, P 199* »

cas de patients d'insuffisants rénale par semaine ajouté à l'effectif de patients présents en hémodialyse cette période. Les propos de l'infirmière 4, du groupe de (mardi-vendredi), âgée 38 ans illustrent cela fort bien :

En service hémodialyse au CHUY, on enregistre au moins au moins 5 patients atteints de l'IRC ou aiguë en urgence ici par semaine. Il y a des jours qu'on n'a pas de cas. Parfois, ça peut être des patients référés, parfois ceux qui viennent d'un autre service comme la médecine ou bien venant d'un autre hôpital de Yaoundé, parfois des patients qui sont de passage, bref c'est une maladie qui fait de ravage dans notre pays, je vous assure, mais très silencieuse, avant d'ouvrir les yeux au lieu qu'elle soit à la phase aiguë qu'on peut traiter à 99%, on peut diagnostiquer tard c'est-à-dire qu'elle soit déjà chronique ou terminale, d'où la dialyse pour ralentir sa progression. On dialyse à moyens 45 patients par jour ici ». «Prévalence de l'IR au CHU-Yaoundé est de 142 cas.

D'après le major en hémodialyse. Nous avons constaté que cette maladie avait une tendance très croissante au CHUY. En sur la fiche de suivi des patients CHU 09/08/2022, Nous avons constaté 127 patients et 08 nouveaux cas enregistrés. En outre, les propos de cet infirmier montrent qu'on peut avoir 16 nouveaux cas au cours d'un mois. Ce qui démontre que l'incidence de l'IR va croissant au CHUY. Aussi, avons-nous observé une mortalité très faible de cette maladie en hémodialyse au CHUY. Mais nous n'avons pas pu entrer en possession du registre de suivi de la mortalité en dialyse. Il n'existait pas de données sur cette mortalité au cours de notre période d'étude. Toutefois, certains infirmiers ont reconnu qu'ils enregistraient des décès en hémodialyse. C'est le cas de l'infirmière 6 qui a déclaré ceci : « oui, il y a souvent eu de décès »⁹⁸. Cette infirmière va dans le même sens lorsqu'elle dit que les décès sont enregistrés en hémodialyses : « Décès suit à la dialyse, oui ! Il y a des patients de dialyse qui meurent. Il y a des comorbidités ⁸⁶ ».

À travers les analyses qui précèdent, nous constatons que le personnel en hémodialyse enregistre des cas de décès malgré l'absence des données disponibles au cours de notre période de collecte des données. Dans son mémoire⁹⁹, MAMBAP TATANG a montré comment dans les pays en développement, le taux de mortalité plus élevé, sont rapportés allant jusqu'à 86,3% à 3 mois et à 98,8% à 12 mois en Afrique subsaharienne. Bien plus, D'après notre dernier entretien passé au CHU le 11/09/2022, à 13h14 minutes, avec le Major Dominique NDZI en hémodialyse, il a affirmé que

La mortalité n'est pas épargnée au cours de la dialyse. Mais le patient ne décède pas

⁹⁸ Infirmière 2 : entretien passé le 07 août 2022 au CHUY à 23h47 ; 40minutes39s

⁹⁹ « Survie des patients hémodialisés chroniques dans un centre de région au Cameroun : le cas du centre régional d'hémodialyse de Bamenda »

toujours à cause de la dialyse. Il peut faire un AVC, ou tomber en hypo. Avant d'arriver en dialyse, les patients ont d'abord d'autres maladies comme le VIH/SIDA, diabète, paludisme etc. Mais ce qui faut comprendre c'est que, on a enregistré 3 patients qui sont venus voulant dialyser, ils étaient étouffés car parce qu'ils ont sauté leurs séances de dialyse et il se faisait un peu tard, pour les décès, on peut dire 4 depuis juillet et Août.¹⁰⁰

Au cours de notre période de collecte de données, nous avons enregistré 4 cas de décès suite à cette maladie. Ce propos montre que l'IR reste une maladie mortelle pour la population Camerounaise. C'est pour cette raison que FOUUDA et al, 2005 montrent dans une étude que, la mortalité respective est de 58, 6% et 49, 4% au cours de 6 premiers mois de suivi.

Toutefois, d'après certains infirmiers, les décès enregistré au CHUY n'étaient pas dû à une mauvaise prise en charge de cette maladie. Mais les décès se produisent généralement lorsqu'il y a rupture des kits, du matériel de dialyse, le dysfonctionnement de la salle d'eau voire aussi le dysfonctionnement des machines. Pour justifier cet argument, l'infirmier soutient ceci :

Tant que la salle d'eau et les machines fonctionnent on peut passer des mois sans décès [...] c'est lorsqu'on est en rupture de matériel et que les malade ne dialysent pas normalement comme prévu. Là, on va enregistrer les décès [...] il y a des malades qui viennent dans un état déjà très amoiché et on ne peut plus les récupérer [...] c'est des malades qui viennent de commencer la dialyse [...] la plupart vient souvent dans le coma, et ils ne savent pas la gravité de la maladie. On perd un peu souvent le malade le plus souvent le premier jour de dialyse.

Dès lors, quelles sont les causes, symptômes et traitement adéquat pour les patients atteints de cette affection au CHUY ?

6-Étiologie, définition de L'insuffisance rénale

D'après LAROUSSE, étiologie vient du latin « aetiologia » du grec « aitiologia » qui signifie études des causes des maladies. C'est la croyance associée aux causes d'une maladie.

François KAZE, néphrologue au CHU de Yaoundé la définit comme l'incapacité par les reins d'assurer leur fonction d'épuration, c'est-à-dire d'élimination des déchets du corps humain « l'insuffisance rénale ne se guérit pas » in santé « Tropical.Com » du 07-01/2009. Patricia NGO NNGOUEM¹⁰¹. Pendant la période de notre recherche au sein du service hémodialyse, sur 41 personnes entretenues, 27 ont déclaré que les premières causes de l'IR

¹⁰⁰ <https://www.larousse.fr/> consulté le 13/09/2022 à 1h40.

¹⁰¹ Santé Tropical.Com : le guide de la médecine et de la santé tropicale : consulté le 13/09/2022 à 1h30 minutes.

étaient l'HTA et le diabète mais certains auteurs montrent dans une thèse¹⁰² que la première cause est la néphropathie vasculaire liée au vieillissement.

Lors de notre recherche au CHU de Yaoundé, l'une des causes de cette pathologie était aussi la prise des médicaments qui a conduit ces patients à une insuffisance rénale. Il s'agit de cette patiente, âgée de 30 ans, du groupe de jeudi, qui a déclaré que

J'étais malade, j'étais étudiants à BUEA, on m'a amené à l'hôpital de la place, j'ai passé des jours là-bas, on m'a prescrit beaucoup de comprimés et je buvais les buvais aussi sous recommandation du docteur qui m'avait prescrit, s'était à moyenne 20 comprimés que j'avalais par jour, au bout de 7 jours rentré à la maison, j'ai commencé à me sentir mal, j'avais de fortes fièvres, tellement fatiguée, toujours couchée à longueur de jour, un jour, on est reparti à l'hôpital, on m'a prescrit l'examen pour voir ce qui n'allait pas, j'ai oublié le nom, c'est où on a détecté ça, ils ont parlé d'erreur médical, après ils ont dit que je dois monter sur Yaoundé faire la dialyse, me voici

Emilienne Grâce NKOYOCK et al, vont dans ce sens quand ils montrent dans une étude que

Les atteintes rénales toxiques médicamenteuses sont des affections touchant le parenchyme rénal inhérent à la consommation des substances médicamenteuses. Au Cameroun, la consommation anarchique du médicament subséquente à l'expansion de la vente illicite, augmente le risque de survenue de cette pathologie.¹⁰³

De ce qui précède, il en ressort de cette analyse que la consommation non contrôlée des médicaments (modernes et traditionnels) entraîne une insuffisance rénale. C'est le cas de la patiente mentionnée plus haut. Les propos de ce garde-malade étayent cette thèse¹⁰⁴ en ces termes : « [...] C'est dû au médicament indigène qu'il consommait, les poissons indigènes. Après est venue l'hypertension artérielle. Il vomissait beaucoup aussi, un peu les trucs comme ça, et les vertiges, il a les vertiges de temps en temps ».

En effet, les causes principales actuelles de l'insuffisance rénale sont le diabète et l'hypertension. En effet, l'hyperglycémie diabétique, une détérioration des petits vaisseaux au niveau des glomérules qui entraîne à terme le dysfonctionnement des reins. On parle de néphropathie diabétique. C'est la première cause mise en dialyse dans les pays développés, avec une proportion qui augmente et un âge de survenu qui baisse. Elle constituait 22% des nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique terminale en 2015, INSERM, insuffisance rénale Décrypter

¹⁰² TRAORE ABDOUL.K 2019, P, 1« Étude épidémiologique descriptive mono centrique des patients hémodialysés en urgence dans l'unité d'hémodialyse du CHU du poing G Mali- BAMAKO »

¹⁰³ Emilienne Grâce NKOYOCK et al, « Études rétrospective des atteintes toxiques médicamenteuses au CHU de Yaoundé »

¹⁰⁴ Entretien passé avec le garde-malade9, le 02 2022 au CHU à 17h8 minutes

les mécanismes de destruction du rein publié le 08/11/2017.¹⁰⁵

En outre, comme symptômes de cette maladie nous pouvons citer entre autres, les signes d'altération de l'état général comme l'Asthénie ou fatigue, anorexie ou perte de poids, amaigrissement, diminution de l'activité physique, apparaissent constamment au stade terminal de l'IRC. On peut aussi avoir comme symptômes, les troubles de l'hydratation, les signes d'urémie, prurit (peut exister à la phase terminale de l'IR. Il est d'origine multifactorielle¹⁰⁶ (sécheresse cutanée, anomalies phosphocalciques, toxines urémiques etc. En dépit de ce qui précède, comment prévenir et traiter cette maladie rénale.

7-Traitement, prévention de l'IR

Une fois la maladie détectée, l'objectif des traitements est de ralentir la destruction des reins en réduisant l'inflammation à l'origine du trouble dans les glomérulonéphrites et en prescrivant un traitement dit « néphroprotecteur ». L'objectif est de retarder de plusieurs mois ou années l'évolution de l'IR vers son stade terminal. Car à ce stade chronique terminal, le patient est obligé de faire une hémodialyse qui consiste à filtrer le à travers une membrane artificielle pendant 4 heures trois fois par semaine, la dialyse péritonéale développée dès les années 1930, la greffe aussi. 70% des greffons sont encore fonctionnels après 10 ans, 50% après 14 ans d'après (INSERM 2017). Mais au cours de notre recherche au CHU sur la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale, nous avons constaté qu'en dehors de la dialyse comme traitement permettant de ralentir cette maladie, il n'existe pas encore de plateau technique adéquat et approprié pour effectuer des transplantations rénales. Parmi les 21 patients entretenus, 17 n'avaient pas une connaissance sur ce qu'est la transplantation rénale et le reste des 4 patients disent avoir entendu parler de cela car elle existe à l'hôpital général de Yaoundé.

En ce qui concerne la prévention de cette maladie, L'TA doit être contrôlée par un régime. Pauvre en sel, et par un traitement hypotenseur. Il convient toutefois de réduire aussi les facteurs de risque cardiovasculaire, ainsi que d'éviter les médicaments néphrotoxiques ou d'adapter leur posologie. Il est souvent recommandé aux individus les médicaments tels que l'érythropoïèse, qui réduisent l'absorption du phosphore et l'élimination des excès d'eau et sel, rétablissent l'équilibre acido-basique, et assurent des apports suffisants de vitamine D et de calcium. En outre, l'adoption d'une bonne hygiène de vie permet elle aussi de ralentir la destruction des

¹⁰⁵ INSERM, insuffisance rénale Décrypter les mécanismes de destruction du rein publié le 08/11/2017, consulté le 13 septembre 2022 à 2h05 minutes.

¹⁰⁶ Yannick LE MEUR et al, l'insuffisance rénale chronique : du diagnostic à la dialyse, doin éditeur, paris, 1998.

reins (INSERM 2017). C'est dans ce sens que, parmi les infirmiers ou personnels de santé interviewés au CHU de Yaoundé, cette infirmière, âgée de 50 ans, ayant 3 années passées au CHUY, spécialiste en endoscopie digestive va affirmer que

Pour prévenir l'IR, il faut observer des mesures hygiéno-diététiques ou aliment, avoir une bonne hygiène de vie et éviter les facteurs de risque, faire du sport, se réhydrater, boire au moins 1,5 litre d'eau potable en l'espace de 24h, faire attention à la consommation des protéines animales et des apports en phosphore, sodium, potassium, lipides, boire suffisamment d'eau et pratiquer l'exercice physique quotidien.¹⁰⁷

Toutefois, l'insuffisance rénale connaît de lourdes conséquences tant sur l'aspect métabolique, hématologique et cardiovasculaire sur les patients atteints.

IV- CONSÉQUENCES DE L'IRC

1- Conséquences métaboliques

L'IRC est la conséquence d'une diminution progressive du nombre de néphrons fonctionnels. Au stade d'insuffisance rénale légère ou modérée (la clairance de la créatinine > 30 ml/min), les patients n'ont le plus souvent aucun symptômes cliniques et les désordres métaboliques sont facilement corrigés. Plus tard, apparaissent les signes clinique d'urémie qui s'aggravent jusqu'au stade terminal de l'IR nécessitant le recours à une méthode de suppléance. Comme conséquences métaboliques, on a les déchets azotés notamment l'urée (le métabolisme des produits alimentaires conduit à la formation d'urée qui est éliminée par le rein. Dans l'IRC, on note une augmentation du taux sanguin de l'urée, cette augmentation dépend de l'importance de l'apport protidique alimentaire et du catabolisme des protides endogènes. Nous pouvons aussi avoir comme conséquences métaboliques, la toxicité urémique : le terme urémique ou syndrome urémique est l'ensemble des signes cliniques en rapport avec l'IR évoluée ou terminale. Ces signes sont neurologiques, digestifs, cardiovasculaires, cutanés etc. on a aussi, le régime hypo protidique car le syndrome urémique est la conséquence de l'accumulation des produits issus du métabolisme des protéines. Le régime hypo protidique a donc sa place naturellement dans le traitement de l'IRC Conséquences hématologiques.

Nous pouvons noter, une anémie : Au cours de l'IRC, il existe une anémie normochrome, normocytaire, régénérative. Cette anémie relève de deux mécanismes : Diminution de la durée de vies des hématies et surtout, l'IR médullaire. Celle-ci est essentiellement la conséquence d'une insuffisance en érythropoïétine, hormone sécrétée par le rein et

¹⁰⁷ Infirmière 2 : entretien passé le 07 août 2022 au CHUY à 23h47 ; 40minutes39s

indispensable à la maturation de la lignée thromblastique médullaire¹⁰⁸...il faut lutter contre les facteurs d'aggravation de l'anémie en prenant du fer, des transfusions sanguines des patients. L'immunodépression, l'IRC est un immunodéprimé, les troubles de l'hémostase : Une augmentation du risque hémorragique avec allongement du temps de saignement est observée chez l'urémique. Il ne s'agit pas d'une anomalie de la coagulation (le TCA et le temps de prothrombine sont normaux) mais d'une anomalie de l'hémostase primaire, liée à des troubles Fonctionnels plaquettaires et à l'anémie. Cette anomalie peut être en partie corrigée par exemple en préopératoire, par la desmopressine MINIRIN.⁹⁷

2- Conséquences cardiovasculaires

Comme conséquences cardiovasculaire, on a l'hypertension artérielle : elle était 90% de l'insuffisante rénale chronique. C'est généralement une hypertension « volo-dépendante » secondaire à une augmentation du volume extracellulaire. Cette dernière doit être contrôlée à plusieurs raisons :

Elle réduit l'espérance de vie car c'est un facteur de risque vasculaire qui s'associe aux anomalies du métabolisme lipidique et aux conséquences vasculaires d'un produit phosphocalcique élevé. L'hypertension favorise l'athérosclérose cérébrale et corolaire. En effet, les maladies cardiovasculaires sont la cause principale de la mortalité de l'insuffisance rénale chronique, dialysés et transplantés. Le risque de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral, d'artérite des membres inférieurs ou digestives¹⁰⁹ etc. Dès lors, il faut lutter contre l'HTA. Pour renchérir ce propos, l'entretien que nous avons eu avec le major hémodialyse ressort aussi cet aspect d'accidents cardiovasculaires comme cause de décès au cours des séances en hémodialyse.

D'après ces auteurs cités plus haut, il faut prendre des médicaments comme le Lasilix ou Burinex comme diurétiques efficaces et les autres antihypertenseurs sont ajoutés si besoin afin de lutter contre l'HTA car c'est en luttant contre cette maladie que la progression de l'IRC peut être ralentie, d'après ce qui ressort de l'analyse faite plus haut.

¹⁰⁸ Y-LE MEUR et al, 1998, pp 46-47 op cit

¹⁰⁹ Y-LE MEUR et al, 1998, pp 48-49 op Cit

V-POLITIQUES PRÉVENTIVES DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU- YAOUNDÉ

1. Prévention pour la Communication et le Changement de Comportement.

La communication est un élément indispensable dans le champ de la santé. «La communication est un moyen pour que le malade assimile mieux son traitement»¹¹⁰. En effet, l'analyse de la « communication dans la PEC des maladies chroniques a montré que les informations apportées aux patients sont incomplètes...ce qui fait que les malades ne maîtrisent pas tous les contours de la maladie et les messages qu'on leur apporte ne tiennent pas en compte de leurs spécificités, notamment les attentes et les projets ». Dès lors, nous avons constaté l'inquiétude de certains patients sur la durée que devait prendre cette dialyse. Certains nous ont dit que c'était un traitement à vie. C'est le cas De ce patient qui a affirmé dans ce que «*Depuis 4 ans que je dialyse, on ne m'a jamais dit que ça va finir ou non, mais je sais que c'est jusqu'à ce que l'éternel nous rappelle, il y a des gens que à peine commencé, ils sont mort sans même faire 3 mois de dialyses [...] »*¹¹¹

Le propos de ce patient ressort l'absence de la communication autour de leur durée dans le traitement de cette maladie. Cette approche dans la PEC de l'IR ne permet véritablement pas à un malade d'être confiant au traitement qui lui est administré. Il faut dès lors « éduquer le patient » sur sa pathologie et surtout sur les facteurs de risques. C'est dans ce sens que NOUGAII va affirmer qu' « *Il convient de passer à une communication standardisée à une contextualisation des processus de communication [...] un diagnostic éducationnel s'avère nécessaire [...] qui commence par un temps d'écoute significatif favorisant la compréhension mutuelle de la maladie*».

2. Prévention hygiéno-diététique

La prévention hygiéno-diététique est une approche fondée sur les comportements alimentaire des patients. Cette méthode préventive de l'IR est préconisée par certains infirmiers du CHUY.

Toutefois, au CHUY, les infirmiers ont interdit la consommation des aliments riches en sel, du sodium potassium etc. car ses aliments favorisent plutôt la chronicité de leur maladie par conséquent, rend difficile le processus de traitement et de suivi. Elle a également insisté sur

¹¹⁰ NOUGAII, 2017, P, 235-239, « La communication dans la prise en charge des maladies chroniques » in (Benjamin A. NKOUM, 2017).

¹¹¹ PATIENTE 11. Entretien passé le 09 août 2022 à 23h08.

les facteurs de risque qui conduisent généralement à une insuffisance rénale. Au cours de notre période de recherche, nous avons constaté que ces mesures étaient édictées auprès des garde-malades ainsi qu'aux patients atteints de l'insuffisance rénale. C'est pour cela que l'une des infirmières va affirmer que

Les mesures de prévention de l'IR par le service de prise en charge au CHUY, connaître facteurs de risque qui sont dû à une mauvaise hygiéno- diététique. Ou bien la prise des médicaments, la photothérapie ne pas toujours automédication non, il y a les gens qui recommandent ça aux patients puisqu'on a les services qui recommandent à leurs patients sauf que, jusque-là, c'est l'effet toxique. Ils ne savent pas ce que les médicaments dévient dans l'organisme. Une phytothérapie mal contrôlée, une mauvaise hygiène alimentaire, manque de réhydratation.¹¹²

En outre, dans le même sens, l'un des infirmiers nous a dit qu'il faut éviter les facteurs à risque pouvant conduire l'individu à cette affection (, il recommande de boire beaucoup à longueur de journée) pour éviter les maladies telles que le diabète, l'HTA qui s'inscrivent comme potentielles causes de l'insuffisance rénale. Pour cet infirmier 4¹¹³, le fait d'éviter les comportements à risque diminue la probabilité d'attraper cette pathologie. C'est pour cela qu'elle a affirmé :

[...], pour connaître les mesures, il faut d'abord connaître ce qui cause l'IR. Si tu connais ce qui cause l'IR, tu sauras alors comment prévenir ça. Il y a deux maladies qui amènent les gens à la dialyse. La tension et le diabète [...] Et puis voilà, ils commencent à dialyser. Le plus souvent, ce sont les conséquences du diabète. Vous voyez les papas et les mamans là-bas non. [...] il y a des maladies mal soignées, comme le paludisme surtout chez les enfants, un palu mal soigné chez un enfant, l'enfant peut se retrouver avec une IR fonctionnel [...] ou bien les décoctions traditionnelles. Il faut limiter la consommation de ses médicaments. Il y a aussi le fait de ne pas boire beaucoup d'eau hein, or l'eau est très important pour faciliter le métabolisme...même à, le fait de boire beaucoup d'eau, ça aide.

Pour renchérir les propos de cet infirmier, l'autre infirmière recommande généralement aux patients et individus sains, d'éviter les facteurs ou comportements à risque qui peuvent induire l'individu à cette maladie. Il affirme à cet effet que «*Pour prévenir cette maladie, il faut Juste faire attention à son hygiène de vie. Pratiquer du sport, éviter l'automédication, la consommation non contrôlé des produits indigènes [...]*»¹¹⁴

Ainsi, certains infirmiers nous ont dit qu'ils se fondaient sur les conseils individuels pour sensibiliser les patients et garde-malades à propos de comment prévenir cette maladie.

¹¹² Entretien passé avec l'infirmier 2 le 07 août 2022 au CHUY avec l'infirmière 2 à 23h47 ; 40minutes39s

¹¹³ Entretien passé avec l'infirmière 4, le 11 août 2022 au CHU à 08h45, durée 17min52, chef d'équipe B.

¹¹⁴ Entretien passé avec l'infirmière 4, le 11 août 2022 au CHU à 08h45, durée 17min52, chef d'équipe B.

C'est le cas de l'infirmier qui soutien ce propos en ce sens :

On donne juste des conseils individuels aux patients venus dialysés. On leur soutien à notre niveau surtout en les encourageant à accepter d'abord cette maladie tout en suivant sans sauter leur dialyse. Le CHUY n'en dispose pas des mesures de prévention proprement dites.¹¹⁵

Au regard des analyses précédentes, force est de constater que les infirmiers en service de PEC de l'insuffisance rénale au CHUY recommandent aux individus (personnes saines) et surtout aux patients d'adopter des comportements sains qui les éloigne de l'IR. Ils recommandent également aux patients de s'hydrater au quotidien, de boire beaucoup d'eau qui leur évitera d'être atteint de cette pathologie. Par contre, d'autres recommande une bonne hygiéno-diététique c'est-à-dire une bonne hygiène alimentaire, la pratique de l'activité sportive, éviter les substances toxiques, l'abus d'alcool etc. c'est dans cette perspective que l'infirmier va affirmer qu' «*On parle d'une alimentation saine et équilibrée, pratique du sport, boire beaucoup d'eau, ne pas retenir les urines pour longtemps, éviter les substances toxiques, et l'abus d'alcool*». Dès lors, l'activité physique s'inscrit comme un moyen indispensable de prévention que recommande les infirmiers chargés de la PEC de cette affection.

3. Prévention par l'activité physique

Pourquoi l'activité physique est bonne pour la santé ? En effet¹¹⁶, La pratique régulière d'une activité physique réduit les risques de connaître certains problèmes et maladies largement répandus, comme la surcharge pondérale, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'ostéoporose, ainsi que le cancer du côlon et du sein. Par ailleurs, (Activité physique et santé Macolin: (OFSP 2013), faire du sport a un effet positif sur le bien-être psychique et la qualité de vie. Les personnes actives vivent plus longtemps. L'âge venant, elles sont aussi en meilleure forme intellectuelle et nécessitent moins de soins. Dans l'idéal, les adultes devraient faire de l'exercice pendant deux heures et demie par semaine au moins. Il peut s'agir d'activités quotidiennes ou de sport d'intensité moyenne (au minimum).

Cette recommandation de base peut être remplacée par la pratique d'un sport ou d'une activité physique intense pendant une heure et quart, ou par une combinaison de ces deux conseils. L'idéal est de répartir ces efforts sur plusieurs jours de la semaine. Il est recommandé aux personnes déjà actives physiquement d'entraîner en plus leur endurance, leur force et leur

¹¹⁵ 103 Entretien passé au CHUY avec Infirmière 1, le 08 août 2022 à 06h10, durée : 20min58s

¹¹⁶ Référence recommandée: Office fédéral du sport OFSP, Office fédéral de la santé publique OFSP, Promotion Santé Suisse, bpa – Bureau de prévention des accidents, Suva, Réseau suisse Santé et Activité physique. Document: Activité physique et santé Macolin: OFSP 2013

souplesse. Les personnes d'un certain âge devraient faire autant d'exercice que possible, même si elles n'arrivent pas à atteindre la recommandation de base. Celles qui pratiquent déjà une activité physique peuvent gagner en bien-être, autonomie, performance et santé en entraînant en plus leur force, leur équilibre, leur mobilité et leur endurance. Les adolescents devraient faire une heure d'activité physique par jour, et les enfants nettement plus encore. Par ailleurs, les enfants et les jeunes devraient pratiquer plusieurs fois par semaine des activités qui consolident les os, stimulent le cœur et la circulation, renforcent les muscles, conservent la souplesse et améliorent la coordination. Les éventuels effets indésirables liés à la pratique d'une activité physique sont bien moins importants que ceux qui découlent du manque de mouvement ¹⁰⁵

Au terme de ce chapitre, nous pouvons retenir que les maladies rénale chroniques comme l'insuffisance rénale aiguë et chronique sont des « affections de longue durée qui ont généralement une évolution lente et insidieuse. Elles constituent selon l'OMS la toute première cause de mortalité dans le monde »¹¹⁷. En France, BAUDELOT¹¹⁸ et al, 2014 dénombraient 800 personnes atteintes de cette pathologie avec un coût de traitement qui s'évaluaient à hauteur de 4 milliards d'euro (SNIRAM)¹¹⁹. Elles sont caractérisées par les maladies (MT) notamment, le VIH/SIDA, les hépatiques virales et non transmissibles (MNT) comme le paludisme, le diabète, l'hypertension artérielle (les maladies cardiovasculaires), le cancer etc. C'est pour cette raison que ces maladies chroniques constituent un problème de santé Mondiale. Elles ne sont plus aujourd'hui l'apanage des pays du nord mais les pays en développement sont aujourd'hui concernés plus particulièrement l'Afrique. Dès lors, chaque pays va développer les différentes stratégies et politiques de prise en charge de l'insuffisance rénale sous toutes ses formes. Au Cameroun, l'État alloue chaque année un budget qui s'évalue à 4 milliards de francs par an pour lutter contre cette maladie. Dans la même Logique, dans une étude conduite aux États-Unis, on estimerait à 2 millions le nombre de personnes touchées de l'IRC au Cameroun FOU DA, 2015. Le coût du traitement est à 5000 FCFA pour une séance de dialyse mais « le prix n'est pas à la portée de tous ». Ainsi, vue les efforts et politiques mises sur pieds par l'État Camerounais afin de prendre en charge cette pathologie, comment comprendre les perceptions, les pratiques et trajectoires thérapeutiques des patients de la prise en charge.

¹¹⁷ Activité physique et santé – Document de base

¹¹⁸ B.A.NKOUM, « Maladies chroniques en Afrique : enjeux et perspectives », presse de l'ucac, 2017.

¹¹⁹ C.BAUDELOT et al, « système de santé et maladie rénale chronique : réflexion débats et propositions, éditions santé, 2018.

CHAPITRE II

REPRESENTATION SOCIALE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE : PRATIQUES ET TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY.

Dans ce chapitre, nous allons voir les perceptions, les pratiques sociales des patients atteints de l'insuffisance rénale et leurs différentes trajectoires thérapeutiques dans la prise en charge au CHUY.

I- REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY

Les représentations¹²⁰ sociales sont des phénomènes complexes toujours activés et agissent dans la vie sociale [...] elles se fondent sur les éléments cognitifs, informatifs, idéologiques, croyances, valeurs, opinions attitudes, images etc. ¹²¹elles se donnent pour tâche, l'analyse, l'explication en ses dimensions, formes, processus et fonctionnement. En outre, c'est une forme de connaissance socialement élaborée et partagées ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social [...]savoir de sens commun ou encore, savoir naïf [...]. Les perceptions sociales de l'IR au CHUY se forment en fonction de chaque patient. C'est dire qu'elles varient d'un individu à l'autre. Que ce soit chez le malade en question, chez le garde-malade ou les personnels chargés dans la PEC.

En effet, Pour certains patients enquêtés, cette maladie est perçue comme « toutes les autres maladies ». Certains pensent d'ailleurs qu'elle n'est pas « une fatalité » qui leur empêcherait de vaquer à leurs occupations. C'est le cas d'un patient, âgé de 30 ans, transporteur dans la ville de Yaoundé qui affirme :

Le plus difficile de la maladie c'est d'accepter. Quand tu acceptes la maladie. Ce qui m'a même fait accepter la maladie c'est l'état critique et incertain de certains patients qui dialysent depuis 2 à 5 ans mais toujours dans un état où leur peau est dans un état de desquamation. Quand tu te sens moins souffrant qu'eux, fais l'effort de vaquer à tes occupations. Tu vois les cas, tu as une maladie que tu peux sortir, tu peux aller travailler, moi, j'ai compris que ça ne sert à rien de porter ça dans le cœur comme fatalité, j'ai accepté ma maladie¹²².

¹²⁰ Denise Jodelet, Approches de la notion de représentation sociale

¹²¹ Denise Jodelet, Représentations sociales dans le champ des sciences humaines, 27ème édition, puf, 1991. Pp 36-38

¹²² Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h18, durée 39minutes 54s

Nous avons constaté au cours de l'entretien passé avec ce patient, qu'il a accepté sa maladie. Les indices suivants : l'enthousiasme, son caractère optimiste, l'expression de la confiance en lui ont montré qu'il n'est plus dans le déni de la réalité face à sa maladie. Ce dernier nous a affirmé que la prise en charge se passe bien par rapport aux années antérieures.

Je dialyse ici depuis 2011-2012, avant, tu arrivais ici, tu pouvais faire 5 jours tu ne dialyses point voire même parfois une semaine, car les machine étaient seulement 2, il fallait atteindre des jours voir passer de semaine. Avant la salle était en bas et on n'avait même pas là où s'asseoir, on dormait à l'air libre à la merci des moustiques et cafards.

De plus, au cours de notre travail de notre collecte de donnée, nous avons perçu avec cette patiente, âgée de 37 ans, que l'insuffisance rénale une maladie « Qui affecte beaucoup et surtout psychologiquement ». Elle affirme:

C'est une maladie surtout psychologiquement [...] avec cette maladie, ta vie, tu n'as plus de vie quoi [...] [...] Et depuis que je suis malade, je suis obligé de rester à la maison parce que, non seulement tu n'as Et la santé, tu ne peux pas dire que tu maîtrises la santé. Aujourd'hui tu es bien, et le soir tu ne reconnais plus ton organisme, ton corps, dont le corps change chaque fois [...] Parfois tu penses que ça va déjà mieux subitement, ça change encore, tu ne comprends pas ce qui se passe. Dont cette maladie vraiment, c'est une maladie très difficile à vivre. Et il faut avoir vraiment le moral pour survivre avec cette maladie. Parce que c'est une maladie stressante. Parfois, tu es rejeté par les gens mêmes que vous étiez ensemble. Dès qu'on entend que tu as l'IR, il y a les gens qui te fuit car ils disent que l'IR c'est la mort. Les autres qui te soutiennent qu'en même [...] soit forte, c'est la maladie. Ça va aller, dont c'est tout ce qu'on endure au quotidien [...]]¹²³

En ce qui concerne au sujet de prise en charge, elle poursuit en disant que

Au CHUY, est ce qu'il existe une prise en charge ?j'ignore si on peut appeler cela prise e charge. [...] à ma connaissance, quand tu arrives au CHUY, on te donne un papier, ensuite tu pars payer ton kit. Et puis tu viens dialyser. Il n'y a rien comme nous donne gratuitement comme prise en charge en ce qui concerne la PEC. Tu viens ici, on te tend un papillon, tu te rends à la caisse, tu paies ton kit après tu reviens par ici dialyser. Le kit coûte 5000f. Il y a les bilans mensuels [...] et si tu es anémié, tu dois faire une transfusion sanguine. Parce que si tu n'as pas le sang tu vas vivre comment ?

Nous avons constaté à travers le propos de ces patients, une conduite, un comportement qui nous a amené à comprendre qu'elle n'est pas prise en charge car, lorsqu'elle, sort déjà de l'argent pour acheter du kit pour dialyser, pour elle, il ne s'agit plus d'une en charge. C'est pour

¹²³ Entretien passé le 2 août à 08h50 au CHUY.

cette raison qu'elle dit : « Au CHU, est ce qu'il y a une prise en charge ? ». Ce propos nous a aussi permis de comprendre un comportement ignorant envers la prise en charge de l'IR au Cameroun. Car l'État du Cameroun la subventionne à hauteur de 4 milliards de francs par an¹²⁴.

En outre, sur 21 patients entretenus, 11 patients pensent que leur prise en charge contre l'IR au CHU est passable et bien. C'est cas de la patiente 6, âgée de 52 ans, veuve, qui a dit d'ailleurs que la prise en charge se passe quand même bien malgré les manquements. Elle déclare à cet effet que

La prise en charge se passe quand même bien mais bon toujours est-il qu'on voit toujours de choses qui manquent comme le fait de venir par exemple à 6h du matin sachant que tu vas dialyser même à 08h, c'est à 11h voire 13h qu'on te branche à cause des problèmes soit la salle d'eau, soit les urgences qui sont là et vous devez attendre. C'est le côté triste de la chose. »¹²⁵. Le patient suivant a étayé dans la même logique que l'autre patiente précédente. Il a affirmé en ces termes : « Les infirmiers se battent bien, ils travaillent par équipes et bien organisés, pour moi, ça va, ça se passe bien. Ils se débrouillent avec ce qu'on leur donne, c'est sympathique vraiment. Elles sont conscientes de notre situation sans discrimination¹²⁶

Face à ses différentes perceptions dans la prise en charge de l'insuffisance rénale au CHU-Yaoundé, Nous constatons que 11 patients interrogés affirment avoir une bonne prise en charge dans ledit centre tandis que, 10 ont pensé que leur prise en charge n'était pas bien car le comportement de certain personnel soignant n'est pas toujours bien envers le malade. Leur interaction dans la communication est parfois tendue. C'est le cas du patient 19, âgé de 53 ans, qui a trouvé que le suivi du patient n'est pas bien. Il a affirmé : « Le suivi du patient n'est pas vraiment favorable pour tous les patients : Parfois, tu es verbalement insulté et méprisé. Ils ne tiennent pas compte de l'état psychologique du patient et tout. [...] ».¹²⁷

Ce propos corrobore avec une étude qui montre qu'effectivement, En Afrique subsaharienne la survie était médiocre que la plupart des études limitaient la durée de la survie à 12 mois. En milieu urbain au Nigeria (20011-202), on rapportait des survies de 61,5% et 42,1% respectivement à 3 et 12 mois. Au Ghana (2009), cette survie était de 50% à 3 mois.

Nous avons constaté que, la prise en charge des patients atteints de l'IR était vouée aux obstacles liés à la salle d'eau. Sur les 21 patients interrogés, 21 ont affirmé que la salle d'eau était l'obstacle majeur dans leur prise en charge et qu'on ne peut pas réellement parler d'une

¹²⁴ FOU DA et al, Op Cit 2015

¹²⁵ Entretien passé avec la patiente 6 le 28 juillet 2022 à 13h 30 au CHUY de Yaoundé

¹²⁶ Entretien passé avec le patient 20 le 2août 2022 au CHUY de Yaoundé à 11h13.

¹²⁷ Entretien passé avec Patient 19, le 08 août 2022 au chuy à 08h49.

prise en charge. C'est le cas de la patiente suivante, âgée de 27, étudiante qui a dit que

Chacun arrive et passe immédiatement à sa séance de dialyse. Il fait le temps qu'il faut passer sous une machine et après tu regagnes ton domicile. C'est tout ce que je peux dire. Et si parler de prise en charge proprement dit, moi non, parce que les conditions ne sont pas réunies pour parler d'une véritable prise en charge. Nous avons au quotidien le Problème de salle d'eau, les machines qui dérangent parce qu'elles travaillent 7/7 jours. Souvent, on vient parfois passer les heures voire les journées à cause des problèmes de salle d'eau : C'est déjà pour nous très pénible¹²⁸.

De ce qui précède, nous avons constaté que les perceptions dans la prise en charge de l'IR varient en fonction d'un individu à l'autre. Elles ont permises de comprendre et d'interpréter les comportements des patients, garde-malades et personnels de santé face à la PEC de l'IR au CHU. D'autres ont perçu cette prise en charge bien, passable mais d'autres ont aussi montré qu'on ne peut pas parler de prise en charge de l'IR au CHU vu les obstacles (l'interaction est conflictuel entre malade et personnel soignant ; problème de salle d'eau, machines en pannes etc.) y afférents. Ainsi, quelle peut être l'étiologie de l'IR chez les patients en hémodialyse au CHU de Yaoundé. Par contre, à côté de ces patients qui ont accepté leur maladie et donne une opinion à travers leur manière « d'agir » et de « penser » de manière optimiste face à cette pathologie : c'est le cas de patient qui, la relativise comme toutes autres maladie. Il déclare: « [...] une maladie comme toutes les autres hein je ne vois rien de si étrange hein. C'est comme quelqu'un qui a le palu hein. Quelqu'un qui a le VIH/SIDA. Il n'y a rien d'anormal en hémodialyse. L'essentiel c'est le bien être qui est important. ». Pour lui, la PEC est «bonne » par rapport au « Passé » d'où ce propos : «bon la seule prise en charge qu'on a ici c'est par la dialyse, elle se passe bien par rapport au passé [...]».

D'autres par contre pensent que cette maladie constitue une fatalité. Pour eux, c'est une maladie inguérissable. D'où les propos de ce patient : «C'est une maladie qu'on ne peut pas guérir. Soit tu fais seulement la dialyse et la transplantation rénale jusqu'à la fin de tes jours». Elle a déclaré que sa PEC se passe de manière agréable depuis qu'elle est entrée en hémodialyse. Mais elle nous a dit également que dans ce service, il y a des patients qu'on privilégie au détriment des autres. Elle déclare que «Certaines infirmières sont vraiment agréables mais d'autres non. Ceux (patients) qui ne monnaient pas sont parfois maltraités et ceux qui monnaient, on les encadre bien, ce sont les privilégiés de la dialyse. Ils sont prioritaires alors que c'est eux qui ont formé des groupes».

¹²⁸ Entretien passé avec la patiente 7, le 3 Août 2022 à 18h 28 au CHUY

De cette analyse nous pouvons constater est mitigée. La maltraitance des patients et le faits d'observer avec cette patiente les comportements déviants (ceux qui monnaient) et (ceux qui sont maltraités) dans la prise en charge constituent une sorte de discrimination en service d'hémodialyse au CHUY.

1- Étiologie de l'IR chez les patients rénaux en hémodialyse au CHUY.

Les patients atteints de l'IR au CHU-Yaoundé expriment l'étiologie de leur maladie sous divers aspects à savoir :15 patients/21 (;1 ;4 ;6 ;8 ; 9 ;10 ;11 ;12 ;13 ;14 ;15 ;16 ;17 ;21 ;19) expliquent la cause de l'IR à travers l'HTA, le diabète, l'insuffisance cardiaque ; le patient 18 indique la goutte comme cause de sa maladie. Mais le patient suivant a évoqué les produits toxiques comme origines de sa maladie d'où cette affirmation :

On a soupçonné les produits toxiques [...] au paravent, j'ai été empoisonné [...] Et il a fallu que je fasse recours à la médecine traditionnelle. Puisque le poison avait déjà endommagé tout l'organisme. Je pense que c'est la consommation des produits pour nettoyer mon organisme a due endommager mes reins. Après j'ai eu le mal d'estomac. C'est après un bilan de santé où on a vu que je suis anémié, s'était à Libreville hein et non ici, on me donne un bon d'aller prendre deux poches de sang. C'est le médecin qui a pris le bon de sang. [...] il constata dans mon bulletin de santé que la créatinine était élevée. Mes pieds étaient gonflés (les œdèmes) c'est où il a soupçonné l'IR. [...] il m'a prescrit l'échographie de reins. C'est après interprétation de cette échographie qu'il m'a dit que mes reins étaient touchés.¹²⁹

Cette recherche a été étudiée et confirmée dans une étude faite par (ABACH et al, 2012). Elle avait montré que la majorité des patients (73%) était de sexe masculin avec un ratio de 2,46 en faveur des hommes.

En plus, l'une des patientes ont parlé du palu sévère comme cause de sa pathologie, un autre patient va parler de Cacus rénaux comme causes de sa maladie. Le patient suivant nous a dit que c'est l'HTA mais officieusement c'est ne pas ça. L'un des patients avait pour cause de l'IR, la consommation des comprimés. C'est dans ce sens que s'inscrivent Lord et Ménard, 2002 : pour eux, La prise des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) en vente libre peut aussi avoir de graves conséquences pour les personnes souffrants d'insuffisances rénale. Ainsi, cette patiente, âgée de 37, a dit par exemple que « *C'est l'hypertension artérielle qui a provoqué tout ça. J'ai dit ce que les médecins ont dit. L'hypertension artérielle. Il a appelé ça comment là ? Glomérulonéphrite [...]* ». Nous avons constaté à travers cette recherche que, l'étiologie de la maladie rénale chez les ces patients était la consommation des produits toxiques

¹²⁹ Entretien passé le 2 août 2022 au CHU de Yaoundé à 11h13.

(médicaments modernes, décoctions traditionnelles) mais surtout le diabète, la tension artérielle, bref les maladies cardiovasculaires. Cependant, quelles sont les perceptions sociales qui gravitent autour de cette maladie ?

2- Représentations sociales de l'IR par les patients atteints.

« Dans la plupart des sociétés africaines, le discours sur l'origine de la maladie est indissociable du discours empirique ou descriptif de la maladie. Dans cette conception, nous constatons que la maladie peut avoir 3 causes à savoir : elle peut être naturelle, c'est-à-dire causée par un élément de la nature qui est dans l'environnement de l'homme, elle peut être divine c'est-à-dire causée par les divinités, Dieu, expression d'une sanction négative contre l'individu pour avoir transgressé une loi, enfin la maladie peut être causée par l'homme, le sorcier, qui, par une action invisible... ».¹³⁰

Des lors, cette patiente, âgée de 25 ans, à travers son comportement a montré que sa maladie est naturelle mais aussi mystique en même temps. Elle dit que

J'ignore ! Je remets seulement tout à Dieu. Je sais que je suis malade et je fais ma dialyse. Même si on t'a jeté cette maladie? Que vais-je faire je dois continuer de suivre ma dialyse pour survivre même comme je sais que je vais mourir car je suis prisonnière de la dialyse. Même si je meurs, c'est le passage de tout le monde [...] Même si quelqu'un m'a jeté ça, il va me suivre c'est qui est sûr. J'ai fait quoi à quelqu'un pour qu'il me fasse ça. Mon âge est très petit pour avoir le genre de maladie si. Comme ça, bien sûre que ça peut toujours venir [...] je ne remets tout à Dieu ».

Bien plus, ce patient, âgé de 46 ans a affirmé que sa maladie peut être causée par un sort jeté par un individu malveillant :

Bon ! Il peut arriver qu'elle soit naturelle, nous sommes les Africains il peut arriver qu'il y a la jalousie derrière tout ça. Après l'hôpital, je me suis concentré dans une église où je fais beaucoup de prière. Il y a une femme-là qui soigne aussi. Sincèrement elle soigne cette maladie. En tout cas, elle surtout quand c'est mystique en quelque sorte. Dans ses délivrances, elle est un peu catholique quoi, dans notre église, j'ai déjà assisté aux délivrances ou quand on délivre certaine personne, il avoue qu'ils ont lancé ça aux gens. Il y a un monsieur qui avait avoué qu'il avait lancé ça sur son cousin à Douala. Tout simplement parce que son cousin se vantait qu'il a beaucoup d'argent. On a demandé à ses sœurs qui l'on amené, elles ont dit c'est vrai ce qu'il dit.

¹³⁰ (NOUGA II Thomas, 2017, pp.230-231), la communication dans la prise en charge des maladies chroniques dans le contexte Africain in « Maladies chroniques en Afrique : Enjeux et perspective », presse de l'UCA, 2017.

Suite aux propos de ce patient, nous constatons que l'origine de sa maladie provient de la jalousie. C'est dire que c'est un « sort » qu'on lui a seulement « *jeté quand il était au Gabon parce que ses activités* » marchaient bien ajoute ce dernier. Dans la même logique d'idée, le patient 9, âgé de 45 ans va affirmer que « [...] ¹³¹*Oui, c'est une maladie de sorcellerie, [...] c'est ce qu'on dit non, j'ai consulté, c'est ce qu'on m'a dit* ». Ainsi, Certains patients pensent naturellement que leur maladie est un fait naturel. Par ailleurs, ils pensent que, c'est une maladie comme toutes les autres. Car c'est normal que l'on en soit victime ou atteint. C'est le cas de la patiente 6, âgée de 52 ans qui a déclaré :

*Je la perçois, disons au départ, elle était étrange voire surnaturelle chez moi puisque, s'était ma première fois d'entendre dire que cette maladie existe comme d'autres maladies, comme j'ai vu les autres patients comme moi, j'ai compris que je ne suis plus la seule. Donc, c'est une maladie comme toutes les autres*¹³².

En plus, d'aucuns patients face à cette maladie pensent inéluctablement qu'elle est une maladie mortelle, dont plus rien à faire. C'est le cas de ce patient, âgé de 52 ans, marié, qui affirme que « *Nous croyons encore à quoi papa, nous on attend la mort. Je ne sais pas ce que je vais encore dire. Parce que présentement, je sais que quand tu as ça, c'est n'est que la mort. On ne peut jamais guérir même si on fait comment on ne peut plus être comme avant* ».

Eu égard de ce qui précède, nous avons constaté à travers différentes analyse menées plus que, certains patients ont représenté cette maladie comme un fait naturel, un fait normal c'est-à-dire qu'ils ont trouvé son origine dans la biomédecine, ils ont également expliqué leur maladie à travers la divinité due à la transgression d'une loi, et aussi par la sorcellerie, « une main mise » due à un sort que l'on leur a jeté à cause de la jalousie. Ainsi, quelles peuvent être les perceptions culturelles de l'IR chez ses patients souffrant de cette maladie ?

3- Représentations culturelles de l'IR chez les patients souffrants de cette pathologie.

(La maladie chronique apparaît généralement dans le contexte africain, à la fois comme une maladie dont on n'a pas encore trouvé le traitement ou encore une « invalidité » fatale, devant laquelle on ne peut plus rien faire, généralement, ce sont des maladies de sorcellerie)¹³³. C'est d'ailleurs pour cette raison que ce patient¹³⁴, âgé de 45 ans dit que « *Par rapport à cette maladie, [...] Oui ! c'est une maladie de sorcellerie, Oui, c'est ce qu'on dit non* ».

¹³¹ Entretien passé avec la patiente 6, le 02 août 2022 à 10 h 30 mm.

¹³² Entretien passé avec la patiente 6, le 28 juillet 2022 à 13h30 au CHU de Yaoundé

¹³³ (Nouga II Thomas et al, 2017, op cit. 232).

¹³⁴ (Entretien passé le 2 août 2022 au CHUY de Yaoundé à 10h35 min).

Dans les représentations sociales de la maladie, mais aussi dans les faits, la maladie chronique comme l'IRC est associée à un risque accru d'incapacité professionnelle, d'absentéisme au travail »¹³⁵.

En effet, ce patient, âgée de 46 ans a attribué sa maladie à une cause divine. Selon elle, Dieu voudrait la mettre à l'épreuve et c'est un message que le seigneur lui a envoyé. En plus, elle a représenté sa maladie comme étant une main mystique. Un fait de sorcellerie. Elle pense que l'ennemie est capable de tout. Elle va affirmer que

*C'est truc qui m'a surpris etc. C'était difficile pour moi de tomber malade. Cette maladie est venue aussi me surprendre comme ça. C'est un truc pas facile hein, parce que, quand tu es atteint d'IR. Je représente comme, donc, je me sens affligé, donc, je sens [...] je sens aussi que, parfois, le seigneur veut aussi voir si tu es aussi avec lui. Parfois il t'envoie de messages.*¹³⁶

En outre, un autre patient, âgé de 63 ans n'a pas conçu le fait qu'il soit entré au coma et déclaré insuffisant rénale à sa sortie. Pour lui, c'est impossible et inacceptable et ça casse le moral dit il (Il veut par ici dire qu'il est moralement touché, abattu, psychologiquement traumatisé) C'est dans cette logique qu'il va affirmer «*Ça casse le moral (pour dire qu'il est moralement touché, abattu, psychologiquement traumatisé), surtout une maladie chronique. C'est n'est pas bien à entendre hein. Vous ne pouvez pas aller à l'hôpital et vous entrez au Coma, on vous dit subitement au sorti delà que vous avez l'IR. C'est n'est pas bien. De toutes les façons, je ne peux pas l'accepter.* »¹³⁷

L'insuffisance rénale apparaît pour certains individus comme une maladie appartenant à une classe des riches en ce sens qu'elle nécessite une forte mobilisation des ressources financière à une durée indéterminée. C'est une maladie qui contraint le souffrant à une dépendance financière car le coût mensuel est très énorme. Malgré la subvention à hauteur de 105 0000 FCFA par mois, les dépenses vont jusqu'à 150 000 FCFA pour ceux qui sont stables et même au-delà de 500 000 FCFA pour ceux qui sont instables (FOUDA, 2012). Mais certains patients affirment à contrario que cette maladie ne concerne ni les prolétaires ni les bourgeois. Elle concerne toutes les couches de la société. C'est dans ce sens qu'il va dire que :

Autrefois, [...] on parlait des maladies des riches c'est-à-dire que ceux qui sont nantis. Depuis mon arrivée en hémodialyse au CHUY, j'aperçois même en pédiatrie les enfants qui sont atteints de cette maladie. Allez-y voir les nouveau-nés qu'on met le cathéter et ils dialysent. Le nouveau-né a quel argent ? Je connais les gens qui sont

¹³⁵ (Nouga II. Thomas, 2017, P.231) *La communication dans la prise en charge des maladies chroniques* in NKOUM.B, « Maladies chroniques en Afrique : Enjeux et perspectives », presse de l'UCAC, 2017.

¹³⁶ Entretien passé le 05 août 2022 au CHUY de Yaoundé à 09h2

¹³⁷ Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à urée 39minutes 5410h18, avec le patient1

*mort au village à cause de l'IR. Quelqu'un gonfle après Il meurt ! On appelle le marabout, il vient opérer, alors qu'il avait un problème rénal. J'ai vu de cas comme ça au village. [...]*¹³⁸

Cependant, face au cas de maladie de type chronique (conception biomédecine), on observe des situations, qui relèvent des représentations sociales des maladies chroniques parmi les peuples des sociétés africaines NOUGA II, 2017. Cette conception socio-anthropologique de la maladie montre la conception de la maladie en contexte africain. La perception africaine de la maladie repose sur leurs croyances, leurs attitudes, leurs opinions etc. Ainsi, Quelles sont les trajectoires thérapeutiques de la prise en charge des patients atteints de l'IR au CHU de Yaoundé ?

II-TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU DE YAOUNDÉ

1- La prise en charge par la biomédecine : la dialyse/l'hémodialyse

La prise en charge curative (biomédicale) s'observe à trois moments fondamentaux à savoir : le diagnostic, le traitement et le suivi. Le diagnostic est la phase de l'identification du problème d'intérêt clinique ou médical qu'on nomme maladie et les facteurs liés à cette maladie. Il concerne aussi le moment où on fait la détermination de l'agent responsable de la maladie. D'après les personnels chargés de la prise en charge de l'IR, le diagnostic de cette affection se pose de la manière suivante : D'après l'infirmière 2, âgée de 50 ans, ce diagnostic se pose en se référant aux symptômes

*Les causes, peuvent être diverses médicamenteuses, alimentaires (dû à une mauvaise hygiène alimentaire) j'allais dire hygiéno-diététique), peut-être dû au surdosage, la prise exagérée des médicaments. Car même l'insuffisance cardiaque conduit à cette infiltration. La baisse de la diurèse, beaucoup d'hormones accumulées chez certains entraînent un pleurite (une dermatose) atypique qui va conduire à une consultation*¹³⁹.

De plus, l'infirmier suivant, âgé de 37 ans, a donné diagnostic à travers les causes et symptômes

Les causes sont multiples mais, la première cause qu'on a est le fait de retenir les urines. Dont la rétention des urines au niveau de la vessie []. Il y a aussi, La prise des substances toxiques de l'alcool, les drogues qui favorisent, le manque de sport,

¹³⁸ Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à urée 39minutes 5410h18, avec le patient1

¹³⁹ Entretien passé au CHU de Yaoundé le 11 août 2022 à 7h57, durée, 18min37s

mauvaise alimentation. Il y a aussi les causes idiopathiques [] Il y a également les infections mal soignées, le rein peut s'infecter comme tous organes [...] avec un syndrome de déséquilibre, la tension aussi [126].

Bien plus, pour une infirmière¹²⁷, on peut poser le diagnostic de cette maladie grâce aux causes et symptômes suivants:

Comme causes, on a le paludisme mal soigné qui entraîne un paludisme grave avec une anémie sévère, on l'HTA, on les AVP (accidents de la voie publique avec le choc hypo volumique), il y a le VIH/SIDA, on a aussi le diabète. Moi je connais l'IRC et l'IRA. Mais il me semble qu'il y a des sous étapes que les spécialistes maîtrisent vraiment. Je ne suis pas la personne mieux indiquée pour parler des sous-groupes.¹⁴⁰

Au regard de ce qui précède, il en ressort d'après ces infirmiers que le diagnostic de cette maladie rénale passe par la détection des causes qui peuvent être : une anémie sévère, l'HTA, le diabète, le paludisme, le VIH/SIDA, les infections, les hépatites etc.

¹⁴¹Le diagnostic de l'insuffisance rénale, se fait à partir de la mesure de la filtration glomérulaire. La filtration glomérulaire est mesurée par la clairance de la créatinine (la clairance rénale d'une substance exprime le volume théorique de plasma que le rein débarrasse complètement de la substance étudiée dans une unité de temps. La valeur normale de la créatinine est de (120±20ml/min pour 1,73 m² de la surface corporelle). Ainsi, la cause est la glomérulopathie primitive ou secondaire à un diabète, néphropathie tubulo-interstitielle chronique par reflux vésicorénal bilatéral, uropathie, polykystose rénale... mais parfois l'IRC est découverte inopinément. Dès lors, il est essentiel d'en rechercher la cause pour afin agir sur cette cause pour ralentir ou arrêter la destruction des reins. Par ailleurs, pour l'infirmière 3, le diagnostic passe par la détection de causes suivantes :

« Il peut avoir des causes immunitaires car il y a les gens qui naissent avec la maladie. Il y a les causes médicamenteuses, l'automédication, les maladies chroniques telles que l'HTA, le VIT/SIDA ; les hépatites virales, les cancers etc. là ce sont les cas que je connais»¹⁴².

Cependant, le traitement est la phase thérapeutique en soi, celle qui permet l'application du type et forme de solution du problème identifié à la phase diagnostic¹⁴³, Quel traitement de l'insuffisance rénale et son coût de la PEC au CHU de Yaoundé ?

Au CHU de Yaoundé, nous avons constaté et observé que les patients font recours à la dialyse ou l'hémodialyse pour traiter l'IR. D'après les informations recueillies, une séance de

¹⁴⁰ Entretien passé au CHU le 08 août 2022 à 01h33, durée, 22 : 06

¹⁴¹ Yannick LE MEUR et al, 1998, p. 4, « L'insuffisance rénale chronique, du diagnostic à la dialyse, doin éditeurs- paris ».

¹⁴² Entretien passé au CHU le 08 août 2022 à 01h33, durée, 22 : 06 s.

¹⁴³ NOUGA II, 2017, Op.,Cit P. 235

dialyse coûte 5000 FCFA. Dès lors, en quoi consiste d'abord la dialyse ? Selon cette infirmière, il s'agit d'une procédure :

[...] le patient arrive avec son kit, je dois tout d'abord l'identifier, je dois avoir son poids, son âge, [...] Parce que les tailles des dialyseurs diffèrent en fonction du poids et de la taille. [...] si quelqu'un a un 1m80 ou 1m je ne sais pas trop et 80kg, tu utilises un dialyseur de 1.5. [...] Si les tailles des reins sont différenciés. Il va acheter son kit selon ses paramètres. [...] Je pèse, tu fais en fonction de son poids sec, tu évalues son gain de poids, entre la dialyse précédente et celle du jour [...]. S'il a gagné par exemple 2kilos, tu prends ses 2kg que tu vas réduire : [...] cas d'un patient qui a un poids sec. Je prends les 2kg que je vais réduire sur son poids, je vais y mettre le nombre, la quantité de soluté que les lignes prennent. J'y ajoute. Les lignes chez nous prennent 300cc d'eau. Donc dans 2Kg ça veut dire que c'est 2000CC de soluté que je vais retirer chez lui. Ajouter au 300cc que les lignes vont prendre, ça fait 2300CC. Ça fait 2kg, 300g que je vais enlever chez lui. Alors, je l'installe, j'introduis ses données dans la machine, si le patient va prendre un apéritif pendant sa dialyse, par exemple un petit fanta de jus à 250CC, j'ajoute sur les 2300, ça revient à 2550. [...] j'ajoute sur son ultrafiltration du jour. Je la branche après avoir introduit les données dans la machine [...] je lance la dialyse. Il faut aussi voir sa tension. Si elle est très basse, je ne vais pas lancer l'ultrafiltration comme ça. Je prends en compte. Je baisse la température du dialyseur [...], quand le dialyseur est à 36.5, il chauffe et puis il y a eu vasodilatation. Je réduis donc la température du dialyseur à 35 par exemple pour interpellier une vaso-contraction. Ce qui va réduire le flux du sang et la tension va être un peu plus élevé.¹⁴⁴

En effet, pour l'infirmier suivant, on appelle les principes de dialyse qui sont de deux types :

Il y l'ultrafiltration et la diffusion. L'ultrafiltration c'est le processus par lequel l'excès d'eau est enlevé. Parce que la dialyse c'est ça, puisque le malade n'arrive pas à uriner. Alors, il faudrait qu'on enlève l'excès d'eau qui est retenu dans son organisme. La diffusion c'est, ce sont les déchets parce que le sang du malade est considéré comme solvant et soluté. Dans les solutés, il y a, des ions, sodium, potassium, chlore, magnésium, l'urée, la créatinine, dont tout ce qui est considéré comme soluble dans le sang du malade. Ceux-là sont évacués par diffusion et par le processus d'osmose c'est-à-dire ça qui le milieu le plus concentré vers le milieu le moins concentré. Donc c'est ça les deux principes de la dialyse.

Pour cet infirmier¹⁴⁵, la procédure consiste à :

Faire partir le sang de l'organisme du patient vers la structure extracorporelle qui est la machine le rein artificiel et faire retourner ce sang de la structure extracorporelle dans l'organisme. C'est un processus de va et vient. L'hémodialyse est service qui accompagne le sang qui doit être dialysé par un dialysat¹⁴⁶.

Eu égard des analyses qui précèdent, la procédure de dialyse est un procédé qui consiste

¹⁴⁴ Entretien passé le 07 août 2022 au CHU à 23h47 ; 40minutes39s

¹⁴⁵ Entretien passé au CHU de Yaoundé, Infirmier 5 le 11 août 2022 à 7h57, durée, 18min37s

¹⁴⁶ Entretien passé au CHU de Yaoundé, Infirmier 5 le 11 août 2022 à 7h57, durée, 18min37s

éliminer les déchets de l'organisme que les reins n'ont pas pu épurer à travers une machine appelée le dialyseur. Cependant, ces auteurs distinguent différentes méthodes de dialyse (hémodialyse, dialyse péritonéale, principe physio-chimique de l'épuration extrarénale).¹⁴⁷ Ce processus du traitement de l'IRC consiste par le (traitement de l'eau pour la dialyse): Le dialysat résulte d'un mélange d'eau avec une solution concentrée d'électrolytes. Cent à 150 litres de dialysat, et donc d'eau sont utilisés à chaque séance de dialyse. L'eau utilisée est L'eau de ville, qui est traitée pour satisfaire aux normes biochimiques et bactériologiques. Ce traitement comprend généralement une série de filtres de plus en plus fins, suivis d'un adoucisseur (élimination du calcium), de charbons actifs, (élimination des dérivés chlorés) et d'un osmoseur. L'osmoseur produit une eau pratiquement pure (sans nitrates ni aluminium, en particulier) et exerce aussi une décontamination bactérienne). Dès lors, l'hémodialyse s'inscrit comme une technique de prise en charge des patients atteints de l'IR au CHU de Yaoundé.

Par ailleurs l'hémodialyse consiste: «A faire circuler le sang du malade dans un circuit extracorporel, où il est épuré. L'épuration du sang est faite par le rein artificiel (le dialyseur), sorte de récipient partagé en deux compartiments par une membrane semi-perméable (la membrane de dialyse). D'un côté se trouve le sang du malade et de l'autre une solution, appelée dialysat, préparée et réchauffée par un générateur de dialyse. Des échanges s'effectuent selon un gradient de concentration à travers la membrane qui sépare les deux compartiments, aboutissant à l'épuration du sang. Le sang doit être hépariné pour éviter la coagulation du circuit extracorporel. Pour que l'épuration soit efficace, sang et dialysat contenus dans le dialyseur doivent être renouvelés rapidement. Habituellement, un malade doit dialyser 3 fois par semaine, chaque séance doit durer 4 à 6 heures. L'épuration est donc intermittente. L'hémodialyse peut être faite dans un centre, situé dans un hôpital ou une clinique, dans une unité d'auto dialyse ou à domicile). Ainsi, au CHY, la prise en charge de l'IR se fait à travers l'hémodialyse. En outre, selon cet infirmier, la dialyse consiste à :

On appelle ça les principes de dialyse qui sont de deux types : il y 'l'ultrafiltration et la « diffusion »'. L'ultrafiltration c'est le processus par lequel l'excès d'eau est enlevé. Parce que la dialyse c'est ça, puisque le malade n'arrive pas à uriner. Alors, il faudrait qu'on enlève l'excès d'eau qui est retenu dans son organisme. La diffusion c'est, ce sont les déchets parce que le sang du malade est considéré comme solvant et soluté. Dans les solutés, il y a, des ions, sodium, potassium, chlore, magnésium, l'urée, la créatinine, dont tout ce qui est considéré comme soluble dans le sang du malade. Ceux-là sont évacués par diffusion et par le processus d'osmose c'est-à-dire ça qui le milieu le plus Concentré vers le milieu le moins concentré. Donc c'est ça les deux principes de la dialyse¹⁴⁸

¹⁴⁷ Y.LE MEUR et al, 1998, P. 77, Les différentes méthodes de dialyse : généralités.

¹⁴⁸ Entretien passé le 11 août 2022 au CHU à 08h45 avec L'infirmier 4, durée 17min52, chef d'équipe B.

Selon certains patients du CHU de Yaoundé, une séance de dialyse coûte au moins 5000f et le patient est tenu de faire 4 heures de dialyse. Ainsi dans cette logique, la patiente suivante a déclaré :

On dialyse avec un kit qu'on achète à la pharmacie de l'hôpital qui est le chu, possédant un ticket, tu donnes à la caisse avec les 5000f, tu as ton kit» et du patient 1 qui a aussi déclaré : «C'est au moins 5000f, je vous ai expliqué il y a des jours que tu peux arriver on te demande d'aller acheter des produits et faire des examens ou acheter du sang. Donc le prix n'est pas fixe pour moi,

En ce qui concerne le nombre d'heure en dialyse, il a déclaré que

Ça dépend, il y a les jours où tu fais 4h heures, les jours où tu fais 5h, il y a les jours où tu fais moins quand la salle d'eau dérange ou plus, ça dépend et c'est comme ça. Le jour où la machine dérange aussi. Vous faites même encore 1h ou 2h avant qu'on vous branche. Je ne peux pas te dire que c'est vraiment comme tu vois là. Et ça dépend aussi du nombre de kilo qu'on va t'enlever. Il faut avoir un poids normal mais si tel ne pas le cas, on va te demander le sang, une transfusion.

Mais, pour ce patient, ¹⁴⁹c'est très coûteux la prise en charge de l'IR au CHU de Yaoundé.

Il a d'ailleurs affirmé que

C'est coûteux, il y a les mois que tu peux dépenser 150000f, puisque tu dois faire certains examens qu'on te prescrit tu te retrouves à 80000f, sans compter le coût de la dialyse. Les séances de dialyse par mois c'est 60000f seulement. Tu ajoutes sur des examens, si tu vas prendre seulement 2 poches de sang par mois disons 30000f par poche, ça te revient à combien ? Tu peux te retrouver à 250000f le mois. Ce qui est cher dans la dialyse c'est les médicaments de tension. L'État n'a pas subventionné les médicaments de la dialyse. Il y a certains médicaments qu'on te prescrit comme peut être, on appelle ça quoi, coûte pratiquement 150000f hein. Tu pars à la pharmacie française, tu commandes le médicament. Tu bois ça quand ta pth est monté à partir de 20000. Et c'est 30 comprimés seulement dans la boîte. Tu vas boire un comprimé par jour par exemple, donc, 30jours. Parce que, tu vas boire jusqu'à ce que sa baisse même à moins de 1000. Si tu es peut être à 4000, tu peux boire pendant 2ans, donc, le coût de dialyse n'est pas.

De ce qui précède, on constate dès lors que le coût de la prise en charge de cette maladie rénale au CHUY est dynamique et non statique (5000f) comme nous le pensions. Nous avons constaté avec les données de ce patient que le coût par mois s'évalue à 250 000f incluse (nutrition, transport, examens, kits de dialyse, transfusion sanguine etc.). C'est pour cette raison que (FOUDA, 2012) va déclarer dans ce sens que « la subvention de l'État Camerounais à hauteur de 105 000 FCFA par mois et les dépenses vont jusqu'à 150 000 FCFA pour ceux qui sont stables et même au-delà de 500 000 FCFA pour ceux qui sont instables ; montant qui n'est

¹⁴⁹ Patient : 1 Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à urée 39minutes 5410h18, d

pas toujours à la portée de tous les camerounais. Nous constatons que les conditions socioéconomiques de certains patients ne leurs permettent pas de supporter le coût de la prise en charge de cette maladie. Car nous avons recensé parmi les 22 patients 10 chômeurs¹⁵⁰, une étudiante et d'autres qui n'avaient aucune activité lucrative. Ainsi, nous constatons que, ces derniers font la dialyse grâce à leurs réseaux relationnels qui joue un rôle indéniable dans leur PEC. Parfois au début de la détection de la maladie, le réseau relationnel soutien l'individu souffrant, au bout de quelques mois, il est abandonné à lui-même. C'est le cas de la patiente suivante¹⁵¹ qui affirme :

C'est moi-même, là-bas c'est moi-même. Vous savez, en Afrique, au Cameroun, au début la famille peut se battre pour t'aider pas toute mais la majorité. Mais après 6 mois il commence à te demander si c'est n'est pas fini. C'est comme ça qu'on t'abandonne à toi seule, si tu n'es pas fort à l'esprit, toi-même tu vas lâcher prise. Puisque c'est coûteux. C'est beaucoup d'argent à dépenser. On début on m'a soutenu mais après...au bout d'un moment ils ont vu que les 200000f était chaque mois, ils se décourager puisque je n'étais pas guérit. Puisque c'est une grosse charge, ils abandonnent eux aussi.

En outre, pour cette infirmière va dire que, le coût d'une séance de dialyse s'évalue en fonction du matériel. C'est pour cette raison qu'elle a affirmé :

Le coût d'une dialyse s'évalue par rapport au matériel. Il est important de noter que, il y a les examens le mois parce que ça fait partie et il y a ce kit-là. Donc, que, par mois ça peut être les examens de 50000f. Sans oublier ceux qui doivent faire la transfusion sanguine. Tu vois s'il faut prendre 4 poches de sang, 18500f la poche, ça varie mais c'est n'est pas tout le temps. Grosso modo, par mois je pense que, sans compter les 5000f fois 2. Puisqu'ils doivent faire 2fois par semaine. Ça fait 40000f pour le kit d'abord par mois, les examens, environs si n'y a pas de transfusion, je peux dire 100000f et de temps en temps ils font ce qu'on appelle écho-cœur.

D'après ces verbatim, nous constatons que cette infirmière va dans le même sens que certains auteurs cités en amont. Le coût de la prise en charge de cette maladie est mutant, changeant, dynamique. Le patient dépense à moyen (150 000 FCFA pour ceux qui sont stables et même au-delà de 500 000 FCFA pour ceux qui sont instables ; montant qui n'est pas toujours à la portée de tous les camerounais¹⁵².

Au regard de ce qui précède, nous constatons à travers les entretiens menés auprès des enquêtés (patients) que, le coût de la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au CHUY est partielle. Malgré la subvention de l'état, les patients en hémodialyse

¹⁵⁰ Voir tableau des patients et leurs niveaux d'instruction et fonction en annexe.

¹⁵¹ PATIENTE 7. Entretien passé le 3 Août 2022 à 18h 28 au CHU

¹⁵² FOU DA, 2012, op Cit

méconnaissent qu'il existe une prise en charge. Ceci s'explique par le fait que les patients hémodialysés sont confrontés à d'autres dépenses. Grace à la sociologie (Balandienne 1971), elle nous a permis de démasquer à travers les « dynamiques de dedans » que sont les « Enquêtés » et celle du « dedans » qu'est « l'État », de comprendre que, ni les examens des patients souffrants de cette maladie ni les transfusions sanguines ni les médicaments ne sont pas subventionner ni pris en charge par l'État. En outre, la sociologie de Georg Gurvitch (tome 1968) va dans le même sens que celle de Georges Balandier. Avec lui, nous avons mené une analyse en profondeur sur le coût de la PEC des patients atteints de l'IR au CHUY. Pour lui, c'est le « palier officieux » qui intéresse le sociologue car c'est ce qui est caché qui est le plus vu. Ainsi, à travers la sociologie Balandienne, nous comprenons que la vocation actuelle de la sociologie est de « décrypter » ce qui est « crypté » sur le coût de la PEC de l'IR au CHUY. Dès lors, l'État n'a pas subventionné totalement cette prise en charge. Elle est subventionnée à hauteur de 105 000 FCFA/mois, laissant ainsi une séance de dialyse à 5000 FCFA¹⁵³. C'est pour cette raison que la patiente va affirmer que :

Au CHUY, est ce qu'il y a une prise en charge ? Bon, moi je ne sais pas si c'est une prise en charge parce que, je sais que, quand tu arrives au CHU, on te donne un papier tu pars payer ton kit. Et puis tu viens dialyser. Il n'y a rien comme nous donne gratuitement comme prise en charge. Tu viens ici, on te tend un papillon, tu te rends à la caisse, tu paies ton kit après tu reviens par ici dialyser. Le kit coûte 5000f. Il y a les bilans mensuels qu'on fait aussi pour la santé, et si tu es anémié, tu dois faire une transfusion sanguine. Parce que si tu n'as pas le sang tu vas vivre comment [...]»¹⁵⁴

Mais au cours de notre recherche, nous avons constaté à travers l'observation directe que certains patients étaient de cas aigus (10 cas aigus), fiche CHUY/09/08/2022, du 2^{ème} groupe (Mardi-vendredi), font 3 fois par semaine la dialyse au lieu de 2 fois comme les autres patients (127 exclus les nouveaux cas (fiche CHUY/09/08/2022)). D'après, notre entretien avec le major hémodialyse, « Les cas aigus font la dialyse 3 fois par semaine parce qu'il y a possibilité ou les chances au cours de ses séances de freiner la propagation de cette maladie afin que le rein ne soit pas touché et que le patient n'atteigne pas aussi la phase chronique de la maladie ».

Cependant, certains auteurs ont affirmé que la séance de dialyse doit s'opérer 3 fois par semaine peu importe le type d'IR, 4 à 6 heures de temps: « ¹⁵⁵Habituellement, un malade doit dialyser 3 fois par semaine. Chaque séance doit durer 4 à 6 heures. L'épuration est donc intermittente. L'hémodialyse peut être faite dans un centre situé dans un hôpital ou une clinique,

¹⁵³ FOU DA, 2012 op Cit

¹⁵⁴ PATIENTE 3. Entretien passé le 2 août à 08h50 au CHU de Yaoundé

¹⁵⁵ Y.LE MEUER et al, 1998, op cit P. 77

dans une unité d'auto dialyse ou à domicile)». Au cours de notre recherche nous avons constaté avec la soignée, que ces critères n'étaient pas souvent respectés à cause des incidents (problème de salle d'eau, le décalage horaire dans certains groupes de dialysés, machines parfois en panne...). Elle a affirmé à cet effet que

Ça dépend, il y a les jours où tu fais 4h heures, les jours où tu fais 5h, il y a les jours où tu fais moins quand la salle d'eau dérange ou plus, ça dépend et c'est comme ça. Le jour où la machine dérange aussi. Vous faites même encore 1h ou 2h avant qu'on vous branche. Je ne peux pas te dire que c'est vraiment comme Tu vois là. Et ça dépend aussi du nombre de kilo qu'on va t'enlever. Il faut avoir un poids normal mais si tel ne pas le cas, on va te demander le sang, une transfusion¹⁵⁶.

Nous avons également constaté qu'hors mis le traitement par la dialyse, les patient prenaient aussi des médicaments pour stabiliser les maladies comme le diabète, l'HTA etc. c'est le cas de cette patiente, âgée de 52 qui a dit : «On a les médicaments qu'on prend. Par exemple (les hypertenseurs), j'ai beaucoup de médicaments parce que je suis suivi par le cardiologue, par le néphrologue. J'ai des médicaments que je prends à tout moment.»

Hors mis à part le recours biomédical, la prise en charge des patients atteints de cette maladie au CHU de Yaoundé passe par le régime alimentaire qui joue un rôle important dans le traitement de cette maladie. Certains garde-malades nous ont dit que régime alimentaire est régit par les interdit. Ainsi, il leur ait interdit de consommer : «Il y a le cube ; le sel ; la banane, juste un peu d'huile dans sa nourriture, oui ! Il doit boire de l'eau potable»¹⁵⁷ garde- malade 6.

En outre, la garde-malade suivante¹⁵⁸, âgée de 45 ans, nous a dit que pour ce qui est du régime alimentaire de sa patiente, nous avons ceci :

[...]pour ce qui est de ce qu'elle ne doit pas consommer, elle est consciente hein, beaucoup, parce qu'elle sait qu'on la suit [...] si c'est pour les tubercules, tout ce qui est tubercule, on le trempe à la veille [...] le matin, on retire cette eau, quand il faut bouillir, dès que l'eau a bouilli avec les compléments dedans, on verse la première eau qui boue avec des compléments dedans, on verse la première eau, puis une deuxième eau qui boue avec les compléments qu'on verse, et après, on prépare[...] dans le souci d'enlever l'amidon et les éléments qui peuvent nuire à la santé de la patiente. Exactement. C'est pour les compléments [...] comme elle est hypertendue [...] on prépare sans sel, on mange sans sel. En fait, on fait un effort, en fait, elle a son huile déjà, d'olive, de tournesol huile végétale.... Parce que ça fait deux repas parfois, si c'est le koki par exemple, elle va manger du « koki » mais on ne mettra pas l'huile rouge à l'intérieur par exemple, on va faire avec son huile à elle [...]

¹⁵⁶ Entretien passé le 28 juillet 2022 à 15h55 au CHUY

¹⁵⁷ Entretien passé le 29 juillet 2022 au CHU à 09h55 minutes

¹⁵⁸ Entretien passé le 03 août 2022 à 09h11 au CHU.

Mais nous avons aussi constaté que ce régime alimentaire qui était prescrit et conseiller aux malade en hémodialyse n'était pas souvent respecté par certains patient ceci à cause de plusieurs facteurs. Certains garde-malades pensent que leur patient consommait tout ce qui était fait dans leurs domiciles respectifs comme aliments. C'est le cas du garde-malade 6 qui va dire que : *«Le suivi se passe bien également, parce qu'elle mange ce que nous même on mange. On a fait des examens [...] Elle mange comme moi je prépare. [...] Donc quand on fait des examens, il n'y a rien d'anormal, les résultats sont propres».*

D'après les propos de cette garde-malade, nous nous sommes rendu compte que ce régime alimentaire prescrit par le personnel chargé dans la PEC n'était pas vraiment respecté. Elle affirme que, sa patiente est souvent appelé à être «déviant» c'est-à-dire «tricher», manger tout ce qui est fait à la maison comme nourriture ; c'est pour cela qu'elle ajoute en ces termes : *« [...] Si, il y a les interdits, elle peut tricher [...] tout ce que je prépare chez moi, c'est ce qu'elle mange [...] après chaque fin du mois, on fait un bilan d'examen si les protéines ne montent pas [...] elle mange tout ce que nous on mange ».*

En plus, dans le même sens que la garde-malade 6, celle 8 affirme : *[...] Les aliments permis et interdits (pastèque, tout ce qui peut contenir beaucoup d'eaux et de potassium). Malgré tout, ce sont des gens qui ne peuvent vraiment pas s'en débarrasser de ce dont on les interdit. Parce que, c'est comme si c'est pénible pour eux de suivre toutes ces consignes alimentaires. C'est la raison pour laquelle ils ne respectent toujours pas scrupuleusement leur régime alimentaire. C'est cas est réservé aux patients qui doivent venir dialyser le lendemain ou à la veille¹⁵⁹.* De ce qui précède, il en ressort de ces analyses que, malgré les mesures édictées par les infirmiers chargés de la PEC, nous nous rendons compte que, le non non-respect du régime alimentaire favorise la détérioration de l'État de santé des malades qui ne suivaient pas ce régime. Face à cette maladie, bon nombre de mesures préventives vont être recommandé. L'infirmière 1 recommande ceci : *«Pour prévenir cette maladie, il faut juste faire attention à son hygiène de vie, Pratiquer du sport, éviter l'automédication, la consommation non contrôlé des produits indigènes »¹⁶⁰* Comme mesure de prévention, l'infirmière 2¹⁶¹ recommande d'éviter les facteurs de risques. C'est pour cela qu'elle affirme:

[...] Il n'y a pas de pathologies préventives en tant que telle dans le sens large du terme hein. Mais, on s'éloigne juste tout le temps pour toutes pathologies des facteurs de risques surtout. On s'éloigne, on évite d'avoir un comportement à risque. [...] Bien

¹⁵⁹ Entretien passé avec Infirmière 2 : le 07 août 2022 au CHUY à 23h47 ; 40minutes39s

¹⁶⁰ Entretien passé avec Infirmière 1, au CHU le 08 août 2022 à 06h10 avec, durée : 20min58s

¹⁶¹ Entretien passé avec Infirmière 2 : le 07 août 2022 au CHUY à 23h47 ; 40minutes39s

*évidemment en se réhydratant normalement. En conseillant aux proches de boire de l'eau au bout de 6h, il faut avoir bu au 1 et demi litre d'eau. Tu peux repartir ton demi-litre d'eau sur les 06h. Tu n'es pas obligé de calculer 06h et tu portes 1,5 litre d'eau pour boire non. En 24h, tu dois prendre au moins 1 litre et demi d'eau. [...]*¹⁶².

Hors mis les patients qui faisaient recours à la dialyse, nous avons également enregistré de patients qui faisaient également recours à l'ethnomédecine pour traiter cette pathologie.

2- Le recours parallèle

Parmi nos enquêtés, nous avons aussi enregistré des personnes qui faisaient appel au recours parallèle afin de soigner soit l'IR, soit le diabète, soit l'HTA, soit le paludisme. Les propos de la patiente suivante vont dans ce sens lorsqu'elle affirme : *«Il y a des médicaments que je prends pour la tension [...], je prends d'autres aussi pour l'anémie comme ça,»*¹⁶³. Le patient 16 va aller dans le même sens lorsqu'il affirme : *«Il y a des recours parallèles pour baisser ma tension, ou pour avoir mon diabète stable. Il y a quand même des recours. Ce n'est pas seulement cette dialyse [...]*¹⁶⁴. Dans le même sens, la garde-malade va déclarer que, son malade prend d'autres médicaments. Elle affirme à cet effet : *La prise de médicaments se passe bien. Elle prend elle-même ses médicaments. C'est beaucoup en fait. Elle prend des médicaments pour l'hypertension. Moditoindepra, au début de la maladie, on l'avait mis sur Mispa, je crois, après, on a arrêté. Puisque son état était stabilisé. Après un mois, on lui a remis sur Amodipine.*

3- Le recours à l'ethnomédecine

Dans le souci de la recherche d'une guérison complète, certains patients ont opté pour l'ethnomédecine. En effet, nous avons enregistré le cas de ce soigné qui fait recours à l'ethnomédecine pour traiter l'IR. Il a affirmé en ces termes : *Moi particulièrement, je bois du persille. De fois je bois du cucuma, le citron. C'est n'est pas traditionnel mais des trucs d'uréliques. Il y a des fois, tu viens ici, on te dit qu'il n'y a pas l'eau. On ne vous dialyse pas, entre temps, tu vas faire comment si tu n'as pas les moyens de payer les produits chimiques à la pharmacie ? Je fais recours à certains trucs comme ça. Ça nettoie aussi le sang. Je buvais ça quand je ne dialysais pas. C'est ça que je prenais*¹⁶⁵. Par contre, d'autres patients ont déclaré que faire recours à l'ethnomédecine n'est pas du tout une bonne pratique pour la prise en charge

¹⁶² Entretien passé le 07 août 2022 au CHU avec à 23h47 ; 40minutes39s.

¹⁶³Entretien passé avec la patiente 2, le 28 juillet 2022 à 15h55 au CHUY

¹⁶⁴ Entretien passé avec le patient 16, le 2 août 2022 au chu à 10h49

¹⁶⁵ Entretien passé le 05 août 2022 au CHUY à 09h2.

de cette maladie mais c'est un comportement qui détériore et fragilise davantage l'état de santé du malade, par contre il leur ait interdit de pratiquer cela. C'est dans ce sens que cet encadré 17, âgée de 51 affirme¹⁶⁶ «*On nous a dit de ne pas prendre les remèdes indigènes hein. Parce que c'est le rein qui est atteint, qui a le travail d'épurer les déchets dans le corps. Sinon, ça doit encore plus traumatiser le corps* » Bien plus, l'un des patients ne partage pas l'avis du précédent encadré quand il a affirmé :

*La médecine traditionnelle ne marche pas avec la dialyse. Ton rein d'abord ne filtre plus, si tu prends encore les trucs traditionnels puisque, tu vas voir certains malades ici qui font recours aux trucs traditionnels que ça leur donne le gros ventre. Ventre ballonné et si la machine n'arrive pas à enlever l'affaire de liquide dans le ventre, on est obligé de faire, la ponction pour tirer, et à tout moment, il est toujours étouffé, parce que le ventre est toujours ballonné. Et parfois ça tue beaucoup de malade ici ça beaucoup de potassium. On te demande de boire un verre peut de ce produit. Par Exemple, pour manger les légumes, il faut faire bouillir et retirer cette eau issue de l'eau.*¹⁶⁷

Ainsi, face à ces analyses, nous avons remarqué que le recours à l'ethnomédecine n'était pas compatible pour le traitement de cette maladie d'après certains enquêtés. Car les reins des dialysés se trouvent dans l'incapacité d'épurer les toxines dans l'organisme ne peuvent pas supporter ces produits de la médecine traditionnelle. D'aucuns ont dit qu'elle aggrave plutôt l'état de santé du malade. Par conséquent, rend problématique sa prise en charge d'après le patient 1. Cette trajectoire thérapeutique n'aide en aucun cas le malade dans le processus de traitement et de leur PEC. C'est pour cette raison pour laquelle une patiente, âgée de 30 a dit :

*C'est avant que je prenais les remèdes traditionnels. Parce que le temps-là, les naturopathes disaient qu'ils peuvent soigner alors qu'ils ne peuvent rien. Quand j'ai su que s'était le mensonge, j'ai arrêté avec eux. Maintenant, je suis que l'hôpital. Traitement Biomédical de l'hôpital, la dialyse*¹⁶⁸.

Pour confirmer ce propos, le patient 1 nous a dit la pratique de la médecine traditionnelle comme traitement de cette maladie rend difficile la PEC. Il affirme en ces termes :

La médecine traditionnelle ne marche pas avec la dialyse. Ton rein d'abord ne filtre plus, si tu prends encore les trucs traditionnels puisque, tu vas voir certains malades ici qui font recours aux trucs traditionnels que ça leur donne le gros ventre. Ventre ballonné et si la machine n'arrive pas à enlever l'affaire de liquide dans le ventre,

¹⁶⁶ Entretien passé avec ce malade, le 05 août 2022 à 09h40 au CHU de Yaoundé.

¹⁶⁷ Entretien passé avec ce malade, le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h18, durée 39minutes 54s

¹⁶⁸ Entretien passé ce patient 1, le 28 juillet 2022 au CHUY de Yaoundé à urée 39minutes 54,10h18

on est obligé de faire, la ponction pour tirer, et à tout moment, il est toujours étouffé, parce que le ventre est toujours ballonné[...]

Des analyses qui précèdent, il en ressort que certains patients font recours à d'autres trajectoires thérapeutiques pour essayer tant bien que mal de lutter contre cette maladie rénale chronique. Mais il est difficile pour eux voire impossible de la traiter par l'ethnomédecine ceci à cause du fait que les reins se trouvent dans une défaillance extrême. C'est-à-dire que tous les reins ont perdu toutes leurs fonctions d'épuration etc.

4- Le recours à la prière

La maladie en contexte africain peut être divine, c'est-à-dire par les divinités. Dieu, expression d'une sanction négative de ce dernier contre l'individu ou un groupe d'individus pour avoir violé une loi. Elle peut être causée par un sorcier, qui par action invisible vous jette un sort par simple méchanceté ou pour venger de votre proche parent¹⁶⁹.

C'est sans doute le cas du patient 20¹⁷⁰ qui nous dit qu'il fait la dialyse et à côté de la dialyse, il prend des médicaments associés aux séances de prière ceci dans un groupe de prière. Il nous a dit qu'un témoignage est survenu dans leur église : un homme qui a avoué qu'il a jeté cette maladie sur son proche. Il affirme en ces termes :

[...] nous sommes des Africains il peut arriver qu'il y a la jalousie derrière tout ça. Après l'hôpital, je me suis concentré dans une église où je fais beaucoup de prière. Il y a une femme-là qui soigne aussi. Sincèrement elle soigne cette maladie. Entout cas, elle surtout quand c'est mystique en quelque sorte. Dans ses délivrances, elle est un peu catholique quoi [...] j'ai déjà assisté aux délivrances ou quand on délivre certaine personne, il avoue qu'ils ont lancé ça aux gens. Il y a un monsieur qui avait avoué qu'il avait lancé ça sur son cousin à Douala. Tout simplement parce que son cousin se vantait qu'il a beaucoup d'argent [...].

Ce verbatim nous permet de comprendre et d'analyser l'origine de l'IR sous une approche culturelle. Ce phénomène est perçu par ce malade comme une maladie qui ne résulte pas du dysfonctionnement du rein mais d'un sort qu'un individu lui aurait lancé parce qu'il prospérait sur le plan socio-économique.

¹⁶⁹ Communication dans la prise en charge des maladies chroniques dans le contexte africain in « Maladies chroniques en Afrique : Enjeux et défis », Alexandre B. NKOUM

¹⁷⁰ (Entretien passé le 2 août 2022 au CHU de Yaoundé à 11h13).

5- Pluralisme thérapeutique

Face à la prise en charge de l'insuffisance rénale, nous avons entretenus des patients qui font des recours pluriels et simultanés pour traiter cette maladie. C'est le cas du patient 15, âgé de 63 ans qui a affirmé que

Moi particulièrement, je bois du persille. De fois je bois du cucuma, le citron. C'est n'est pas traditionnel mais des trucs d'urétiques. Il y a des fois, tu viens ici, on te dit qu'il n'y a pas l'eau. On ne vous dialyse pas, entre temps, tu vas faire comment si tu n'as pas les moyens de payer les produits chimiques à la pharmacie ? Je fais recours à certains trucs comme ça. Ça nettoie aussi le sang. Je fais également les prières de jeune [...]

Dans le même sens, un autre malade va affirmer ceci : « [...] que je combine tout, tout ce qui peut me soigner. Quand il y a les difficultés lors de la dialyse, ça peut être dues au machines en pannes où salle d'eau, je prends les diurétiques comme le citron, kukuma, persille etc.»¹⁷¹

De ces analyses, nous avons constaté qu'hors mis le recours à la dialyse comme mode de traitement de cette maladie, les patients dialysés font recours aux écorces de la naturopathie leur permettant de traiter leur pathologie.

Pour soutenir cette thèse, MBONDJI EDJENGUELE va souligner que: ¹⁷²Dans toutes les formes sociales existe une multiplicité de moyens de se soigner qui fondent une complémentarité horizontale linéaire à la manière des rails d'un chemin de fer [...] où des systèmes de soins cohabitent et font l'objet d'un recours soit unique, unidirectionnel, soit alternatif, non par hiérarchie ou efficacité supérieure supposée, mais par possibilité de choix multiples et préférentiels face à une offre à compétence égale ou adéquate.

Nous comprenons de ce point de vue que le pluralisme médical est fondamental dans le choix thérapeutique des malades rénaux au CHUY. Car il est conçu sous un « mode de complémentarité simple ». Il est par essence le lieu par excellence où s'exerce la latitude des patients à trouver une égale satisfaction tant sur l'aspect tradi-pratique que moderne. C'est dans ce sens que MBONDJI.E¹⁷³, va dire que : Si le ¹⁷⁴pluralisme est conçu sous le mode d'une complémentarité simple que nous qualifierons de symétrique, alors, il est le lieu d'exercice de pratiques par lesquelles les malades ont la latitude de trouver une égale satisfaction à la fois tradipratique et en biomédecine.[...]il s'agit véritablement de système alternatifs donnant la même qualité de soins, toutes choses égales bien sûr, face aux pathologies communes et courantes [...] la complémentarité devient symétrique parce que les palettes de propositions de

¹⁷¹ Entretien passé le 05 août 2022 au CHU de Yaoundé à 09h2).

¹⁷² MBONDJI EDJENGUELE, « Santé, maladies et médecine africaine plaidoyer pour l'autre tradipratique », puf ; 2009, P. 18

¹⁷³ MBONDJI.E, « Santé, maladies et médecine africaine : plaidoyer pour l'autre tradi-pratique » puf, 2009.

¹⁷⁴ MBONDJI.E, 2009, op Cit PP 18-19.

l'une et l'autre médecines s'égalent.[...]une maladie diagnostiquée dans système peut être soignée soit dans ce même système, soit dans les autres systèmes en présence. Cet auteur va plus loin dans le pluralisme médical tout en montrant que, faire recours à telle itinéraire thérapeutique ne pas faire une opposition entre la tradi-pratique ni la biomédecine mais permettre aux patients de trouver une Satisfaction. Il affirme à cette effet : « [...] Il ne s'agit pas d'opposer tel ou tel système médecine supérieure ou de médecine inférieure, mais d'observer que le malade peut se présenter à l'hôpital ou en tradi-pratique et trouver satisfaction» p, 19. Il en ressort des analyses précédentes que les patients atteints de l'IR au CHUY opèrent plusieurs voies thérapeutiques. Nous avons enquêtés ceux qui font recours à la dialyse c'est-à-dire la médecine biomédicale, d'autres faisaient aussi tandis que d'aucuns convoquaient l'ethnomédecine, la prière, le recours mixtes et les recours parallèles fondés sur la prise des médicaments comme les hypertenseurs, l'érythropoïétine, les vitamines etc.

La perception de la prise en charge de l'insuffisance rénale au CHU-Yaoundé est appréhendée à partir d'une approche typiquement liée à la lecture des faits sociaux en contexte africain. Dans la plupart des sociétés africaines, le discours sur l'origine de la maladie est indissociable du discours empirique ou descriptif de la maladie. À cet effet, elle peut avoir trois causes : naturelle 'causée par des éléments de la nature qui sont dans l'environnement de l'homme), elle peut être divine (causée par les divinités...elle peut être causée par l'homme, le sorcier¹⁷⁵. Par ailleurs, ces perceptions sociales reposent sur l'étiologie (les croyances associées aux causes de cette maladie selon les patients atteints de cette pathologie. elle repose également sur comment est-ce qu'ils sont pris en charge en hémodialyse au CHU-Yaoundé. En plus, certains patients se représentent cette maladie comme relevant de la main de l'ennemie, une maladie qu'on a seulement jetée. Nous avons eu le cas du patient 20. Pour lui, sa maladie peut être naturel mais compte tenu du fait que nous sommes en Afrique, il pense et affirme que sa maladie « vient de la jalousie », d'une « main invisible ».

Cependant, face à ses perceptions, les différents patients et leurs garde-malades vont directement faire de choix thérapeutiques dans l'optique de trouver une solution ou bien un traitement adéquat pour cette maladie. Dès lors d'autres ont fait recours à des trajectoires thérapeutiques dites biomédicale (la dialyse, la prise de médicaments), certains ont également choisi l'ethnomédecine, le recours de traitement par la prière aussi, et les choix thérapeutiques mixtes. Ainsi, force est de constater que certains patients ont opérés plusieurs choix thérapeutiques. Tandis que d'autres passent par la biomédecine et l'ethnomédecine, d'autres

¹⁷⁵ (NOUGA II, 2017, P. 230.

empruntent le recours à la prière et le recours mixtes pour certains. C'est le cas du patient 20, qui non seulement fait appel à la biomédecine il y a côté les séances de prière. Toutefois, dans « Les représentations, mais généralement dans les faits, la maladie chronique est associée à un risque accru d'incapacité professionnelle, de limitation de l'activité, de perte ou changement d'emploi, d'absentéisme au travail ». C'est le cas de la patiente trois qui a arrêté son travail à cause de cette maladie. Il affirme cela en des termes suivants :

*Je travaillais, je faisais mon petit commerce. Et depuis que je suis malade, je suis obligé de rester à la maison [...] non seulement tu n'as plus de l'argent pour travailler parce que la maladie a tout sucé. Tu cherches le travail tu ne peux pas travailler parce que, tu n'as pas la force pour travailler [...]. C'est tout ce qu'on endure au quotidien. [...] tu ne peux pas dire que tu maîtrises la santé. Aujourd'hui tu es bien, et le soir tu ne reconnais plus ton organisme, dont [...] le corps change chaque fois. [...]. Parfois tu penses que ça va déjà mieux subitement, ça change encore, tu ne comprends pas ce qui se passe. Dont cette maladie vraiment, c'est une maladie très difficile à vivre. Et il faut avoir vraiment le moral pour survivre avec cette maladie. Parce que c'est une maladie qui stresse. Parfois même tu es rejeté avec les gens mêmes que vous étiez ensemble. Dès qu'on comprend que tu as l'IR, il y a les gens qui te fuit car ils disent que l'IR c'est la mort. Les autres qui te soutiennent quand même te disent que, soit forte, c'est la maladie. Ça va aller [...]*¹⁷⁶

Toutefois, au regard des propos de cette patiente, nous comprenons que cette maladie pose une lourde tribu pour ces patients en ce sens que, non seulement elle te ruine financièrement mais aussi psychologiquement. Elle nécessite une conscience collective financière à travers les réseaux relationnels du patient ou du malade. Elle nécessite une solidarité familiale qui repose sur la «solidarité mécanique» (les individus ont les mêmes croyances, mêmes valeurs communes forte et une conscience collective élevée) qui joue un rôle important dans les familles en contexte africain. Pour renchérir ce propos, une patiente va affirmer dans le cadre de la solidarité familiale que « C'est ma famille qui s'occupe de moi à travers les aides. Toute ma famille. Même jusqu'au plus démuné. Est-ce que c'est une maladie ? On doit faire la dialyse à vie»¹⁷⁷.

¹⁷⁶ Entretien passé avec un malade, le 2 août à 08h50 min au CHU de Yaoundé).

¹⁷⁷ PATIENTE 11. Entretien passé le 09 août 2022 à 23h08 au chuy.

DEUXIÈME PARTIE

LOGIQUES INSTITUTIONNELLES, CONTRAINTES ET STRATÉGIES DES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'IR AU CHU- YAOUNDÉ

CHAPITRE III.

NORMES ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'HÉMODIALYSE AU CHU-YAOUNDÉ

Dans ce chapitre, il serait question de présenter les normes de PEC en passant par l'analyse du fonctionnement du service hémodialyse du CHUY. Il est aussi question de montrer la typologie de l'IR en passant par sa PEC et le rôle joué par différents acteurs ainsi que les ressources mobilisées.

I-NORMES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIALYSES AU CHU-YAOUNDÉ

1. Du matériel en hémodialyse au CHUY.

Au cours de notre recherche en hémodialyse au CHUY, nous avons observé qu'il existe 3 salles pour accueillir les patients hémodialysés et une salle d'attente. Mais cette salle d'attente à l'observation est inadéquate¹⁷⁸. La première qui a salle a la capacité de prendre 2 malades parce qu'elle est dotée de 2 machines et 2 lits¹⁷⁹; la deuxième à la capacité de prendre 3 patient dont 3 machines et 3 lits et la dernière qui est la plus grande comporte 6 machines et 6 lits ayant la capacité de recevoir 6 malades. À côté de la salle 3¹⁸⁰, nous avons aussi dans ce service une salle d'eau, une salle¹⁸¹ de stockage du matériel de dialyse comme l'acide concentré dans les bidons de 5 litres. Dans ce service, nous avons aussi observé la disponibilité d'une balance¹⁸² Numérique, les toilettes¹⁸³ modernes tant pour le personnel que les patients. Dans ce service, nous avons 11 machines fonctionnelles marque NIPRO accompagnées de 11 lits. Ainsi, nous pouvons étayer cette analyse à partir des données photographiques de terrain ci-dessous illustrent fort bien cette analyse :

¹⁷⁸ Photographie salle d'attente

¹⁷⁹ Photographie 2^{ème} salle de dialyse

¹⁸⁰ Photographie 3^{ème} salle de dialyse

¹⁸¹ Salle de stockage pour l'acide

¹⁸² Image balance numérique

¹⁸³ Toilette des patients

Photo 1: Salle d'attente et balance numérique pour prise de poids.



Source : Photos prises par Talla N. André au CHUY le 08-08-2022

La photo ci-dessus montre une salle d'attente en réhabilitation. Nous pouvons observer la présence d'un long banc comme lieu d'attente des patients dialysés. À travers la fenêtre gauche, nous apercevons certains patients assis dans une salle en attente d'être dialyser.

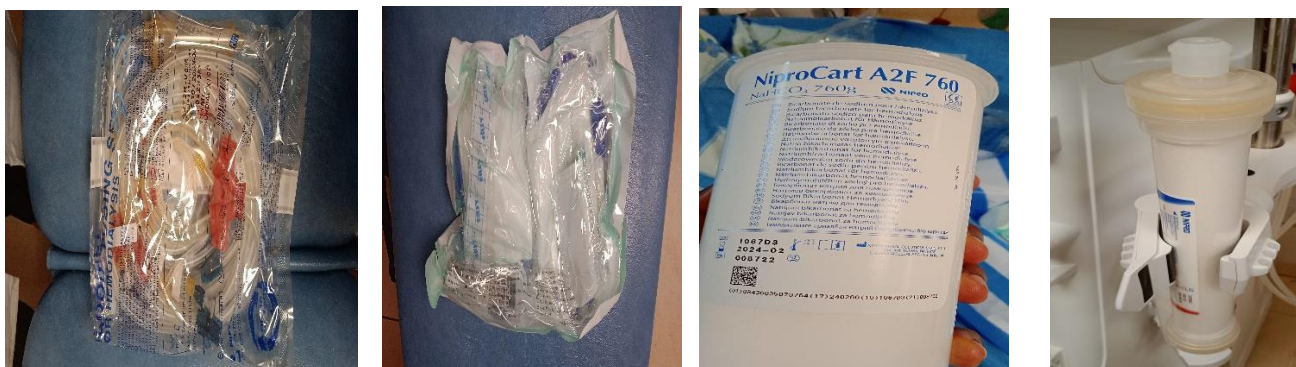
Photo 2: Salle de prise de « soin » (salle 3)



Source : Photos prises par Talla N. André au CHUY le 09-08-2022

Ces photos montrent 5 dialyseurs parmi 11 que constitue le service d'hémodialyse. Ils sont de marque NIPRO, branchés chacun sur un lit manuel. Ces machines étaient en fin de dialyse et désinfectées.

Photo 3: Kit d'hémodialyse



Source : Photos prises par Talla N. André au CHUY le 09-08-2022

En outre, d'après certains infirmiers, le matériel est disponible pour la PEC des patients. Il ne connaît pas de rupture jusqu'ici. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'infirmier 1 va déclarer à ce propos que «¹⁸⁴Pour le moment, le matériel est disponible. Les patients n'ont pas besoin d'aller acheter quoi que ce soit, dans leur kit [...] Présentement, on retrouve tout le matériel (...) ». *L'un des soignant va dans le même sens que le précédent lorsqu'il affirme que «Le matériel est disponible pour le moment, il n'y a plus eu de rupture depuis un certain temps. Ça va pour le moment.».* Ainsi, pour renchérir ce propos, l'infirmier 3 va affirmer que « Bien évidemment le matériel, depuis que je suis arrivé, on n'est pas à coup du matériel mais le véritable souci ici c'est l'eau [...]»¹⁸⁵

Nous pouvons en déduire de ces analyses que, le matériel ne plus en rupture contrairement au discours du passé. Le service d'hémodialyse dispose actuellement en son sein du matériel adéquat et disponible pour les patients hémodialisés. Ils peuvent faire face à d'autres problèmes mais pas celui du manque de matériel. C'est dans cette logique que l'infirmière 3 va soutenir qu' « [...] il y a le matériel. Les kits sont disponibles pour le moment. Rien ne manque jusqu'ici, en plus les mains tenanciers sont là pour s'occuper des machines en cas de souci majeur. Quand une machine est en panne, on les appelle et ils viennent directement intervenir»

¹⁸⁴ Entretien passé avec un infirmier au CHUY, le 08 août 2022 à 06h10, durée : 20min58s

¹⁸⁵ Entretien passé avec l'infirmière 2, le 07 août 2022 au CHUY à 23h47 ; 40minutes39s

2. Ressources humaines

Selon la SND30, chapitre 4¹⁸⁶ S'agissant des ressources humaines, l'objectif est de disposer de personnels de santé en quantité et qualité suffisante, à travers notamment ; le recrutement massif dans le sous-secteur public ; la valorisation des personnels soignants à travers l'implication dans la gestion de la FOSA ainsi que l'attribution aux personnels soignants des zones rurales d'avantages spécifiques ; l'utilisation optimale des personnels de santé dans le sous-secteur public et la valorisation des parcours dans le sous-secteur privé ; la fidélisation des personnels de santé à leurs postes de travail en tirant profit de la décentralisation.

Au CHU de Yaoundé service hémodialyse, on dénombre : 10 infirmiers diplômés d'État (IDE), 06 aides-soignants (AS), 02 filles de salle (FS), 2 néphrologues (un professeur et un médecin) et 2 techniciens chargés de la maintenance des appareils du service (technicien biomédical). Pour un total de 24 personnels chargés dans la prise en charge des patients atteints de cette pathologie, ce qui reste insuffisant pour la prise en charge des patients souffrants de cette affection compte tenu de l'effectif des malades. Le garde malade 4 a suggéré d'ailleurs l'augmentation des effectifs du personnel soignant. Il affirme qu'il faut : « [...] *Augmenter aussi l'effectif du personnel soignant ; l'accompagnement psychologique au niveau de la prise en charge ; la création des centres de dialyse dans toutes les dix régions du Cameroun* ».

Au cours d'une garde passée avec l'équipe du mercredi dans cette unité de dialyse, nous avons constaté la présence de 3 infirmiers disponibles pour 3 salles qui avaient un effectif de 11 patients. Cette observation¹⁸⁷ est un indicateur sur le déficit du personnel qui réclame une augmentation du personnel soignant au sein de ce service hémodialyse. C'est pour cette raison que l'aide-soignante 3, âgée de 38 ans va déclarer dans la même perspective qu'il faut « [...] *Augmenter le personnel ainsi que le nombre de machines parce que la maladie rénale va seulement de mal en pire au Cameroun [...]* ».

Au regard des analyses qui précèdent, nous constatons que malgré l'effectif du personnel chargé dans la PEC des patients atteints de cette pathologie, nous avons noté au cours de notre recherche un besoin d'augmentation du personnel afin de renforcer l'effectif disponible. Mais nous avons constaté que, parmi les infirmiers chargés de la PEC, seul le major en hémodialyse avait reçu une formation spécifique en hémodialyse. Les autres par contre avaient reçu leur formation dans le tas. C'est le cas de l'infirmière 6 « *Dans te tas au CHU en dialyse* »¹⁸⁸. L'aide-soignante va nous affirmer qu'elle a suivi une formation de 3 semaines au CHUY pour le

¹⁸⁶SND30 « Le développement du capital humain »

¹⁸⁷ Observation du 10/08/2022 au CHUY, 03h19min

¹⁸⁸ Infirmière 6 : Entretien passé au CHU le 08 août 2022 à 01h33, durée, 22 : 06

domaine de la dialyse. Elle va déclarer en ce propos : ¹⁸⁹« J'ai juste fait 3 semaines de formation en dialyse quand je suis arrivé ici ». Ce manque de formation spécifique pour certain personnel chargé de la PEC de l'IR influence cette prise en charge en ce sens que certain était toujours assisté par le major. Cette observation s'est faite au cours de notre période de recherche sur le terrain.¹⁹⁰

3. Analyse du coût du fonctionnement du service.

Dans une étude conduite aux États-Unis, on estimerait à 2 millions le nombre de personnes touchées de l'IRC au Cameroun (FOUDA, 2015). Le prix varie d'un pays à l'autre : Une comparaison internationale des coûts de dialyse et de greffes montrent que, la greffe est nettement plus économique que la dialyse. Une greffe rénale réduit les coups de systèmes de santé. Nonobstant, la subvention de l'État à hauteur de 105 000 FCFA par mois. Les dépenses vont jusqu'à 150 000 FCFA pour ceux qui sont stables et même au-delà de 500 000 FCFA pour ceux qui sont instables ; montant qui n'est pas toujours à la portée de tous les camerounais. Toutefois, dans le service hémodialyse au CHU de Yaoundé, certains patients ont dit que le coût d'une séance de dialyse coûte 5000 fcfa et il y a deux patients qui font 2 fois la dialyse par semaine, d'autres 3 fois pour les cas aiguë (fiche CHUY 09/08/2022) et pour d'autres patients aussi, la dialyse n'a pas un coût fixe. D'ailleurs les patients suivants ont montré que le coût de la dialyse allait au-delà de 150 000fcfa rejoignant ainsi les propos de cet auteur. C'est le cas du patient 1, âgé de 30 ans, qui a dit :

¹⁹¹C'est extrêmement coûteux. Il y a des mois que tu peux dépenser 150000f. Puisque tu dois faire certains examens. Parfois tu te retrouves à 80000f sans compter le coût de la dialyse de mensuelle. Les séances de dialyse par mois c'est 80000f le mois. Tu ajoutes sur des examens, si tu vas prendre seulement 2 poches de sang par mois disons 30000f par poche. [...] Tu peux te retrouver à 250000f Le mois. Ce qui est coûteux dans la dialyse c'est aussi les médicaments de tension. L'État n'a pas subventionné les médicaments dans la dialyse. Il y a certains médicaments qu'on te prescrit [...] coûte pratiquement 150000f. C'est vraiment rare. Il faut commander en France ou tu te rends à la pharmacie française pour passer la commande. Tu bois ça quand ta pth est monté à partir de 20000. Et c'est 30 comprimés seulement dans la boîte. Tu vas boire un comprimé par jour par exemple (30jours) [...] tu vas boire jusqu'à ce que sa baisse même à moins de 1000 [...] Si tu es peut être à 4000, tu peux boire pendant 2ans [...].

Donc, en analysant le coût par mois de la dialyse chez ce patient, on obtient ceci : (Examens coût par mois/ 80000f ; dialyse 5000f (4)=40000f ; poches de sang (02)=30000f ;

¹⁸⁹ Entretien passé avec une aide-soignante, le 10 août 2022 au CHU à 00h45, durée 20min51s

¹⁹⁰ L'observation de la nuit du 10/08/2022 à 03h19 min.

¹⁹¹ Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h18, durée 39minutes 54s

médicaments 40 000f ; transport 15000f ; nutrition 20000f=225 000 f/ mois. Nous remarquons que cette dépense par mois est proche pour du coût de la dialyse mentionné par FOUDA, pour elle, le coût de dépense par mois pour les personnes instables est de 500 000f/mois, 2012. En outre, la patiente 7¹⁹² va dans le même sens lorsque dit

Je suis mes séances de dialyse. J'ai eu à dialyser dans plusieurs centres d'hémodialyses du Cameroun avant d'être référé au CHUY c'est un peu ironique de dialyse qu'une séance coûte 50000f car à côté de 5000f, tu dois payer des transfusions, tes médicaments et puis tu paies les examens chaque mois, à un moment donné tu peux te retrouver en train de dépenser 200 000f par mois pour cette maladie. Pourtant officiellement, ils disent 5000f [...] c'est le contraire. . On peut même dire 400 000f [...] Bien plus, dans la même logique, l'un des patients¹⁹³, âgé de 45 ans dit que « Officiellement, le kit coûte 5000f mais officieusement ce n'est pas le cas ». Pour renchérir la patiente 2 âgée de 25, ira dans le même que les patients précédents pour démontrer que le coût de la dialyse n'est pas à 5000f mais il est plutôt question du kit. Elle a d'ailleurs affirmé que

¹⁹⁴Ça n'a pas un taux fixe, il y a les jours que tu arrives, on te surprend avec un remède que tu dois impérativement acheter. Tu arrives ici ça devient 10000f. Il y a les jours que tu dépenses même 15000f avant de rentrer. Ce sont des imprévus de ce phénomène. Tu as prévu ton argent de kits, de transport et ce que tu vas manger avant de dialyser. Comme le sang qu'on est allé chercher pour moi, on ne peut pas dialyser. Une poche de sang par exemple ça coûte, 35000f! Une poche de sang. Il y a les jours que tu dépenses même 40000f avec deux donneurs [...].

Nous avons lu à travers le comportement de cette malade le désespoir qui se dessine sur le visage malgré son effort pour la lutte contre cette maladie. Nous avons au cours de cette recherche observé les normes dans la prise en charge des patients atteints de l'IR. Ces normes sont : le temps mis qu'un patient doit mettre en dialyse ; les paramètres à prendre avant la dialyse ; les paramètres au cours de la dialyse et après la dialyse.

De ce qui précède, nous avons constaté (que contrairement au discours sur le coût de prise en charge des patients atteints de au CHU, nous avons constaté que seul le kit coûtait 5000 fcfa. mais les examens ou bilan de santé et poches de sang, médicaments étaient sur la charge des patients mis sous la dialyse. Nous pouvons constater que la prise en charge des patients atteint de l'IR au chu est partielle sur cette approche basée sur le prix du coût. D'après

¹⁹² Entretien passé le 3 Août 2022 à 18h 28 au CHUY.

¹⁹³ Entretien eu le 2 août 2022 à 13h20 au chu de Yaoundé

¹⁹⁴ Entretien passé le 28 juillet 2022 à 15h55 au CHU).

Yannick LE MEUR et al,¹⁹⁵ Habituellement, un malade est dialysé 3 fois par semaine, chaque séance durant 4 à 6 heures. Nous avons remarqué que les patients atteints de l'IR au CHU-Yaoundé font la dialyse 2 fois par semaine : 8 heures de dialyse par semaine, donc 4 heures de temps par séance de dialyse au lieu de 3 fois par semaine et 4h à 6 heures de temps par séance comme le recommande la norme. Nous nous sommes rendu compte que cela n'était pas le cas sur le terrain. Dans le même sens, l'infirmière¹⁹⁶ suivante a déclaré ceci: *«Ils font généralement 2 séances. Mais il y a les patients que leur état requiert 3 séances par semaine. Actuellement, on a 06 patients qui dialysent suivant cette norme»*. Par ailleurs, d'après les infirmiers spécialisés dans la PEC des patients atteints de l'IR au CHUY, en 24h, ils évaluent au moins 40 patients dialysés. Ceci se justifie par les propos de l'infirmière¹⁹⁷ 1 *« minimum 40 patients dialysés par jour, il y a les moments où on dépasse lorsqu'il y a les urgences. Quand ils sont à leur première séance de dialyse, ils ne font pas 4h, c'est 2h »*. Mais, cet infirmier est en déphasage avec les propos de cette infirmière 5 car par Jour, dit-il ¹⁹⁸*«On arrive parfois à 44 hein, lorsque les machines marchent bien, on peut arriver à plus de ce nombre»*. En outre d'après un entretien passé avec le major en hémodialyse, il fait comprendre qu'il pouvait dialyser jusqu'à 40 à 44 malades par jour en faisant 4 à 5 tours sur 24 heures. Ainsi, lorsqu'on essaie de calculer le nombre de patients qui peuvent dialyser par jour en prenant 4 tours, on : 4×11 le nombre de patients que prend un tour, on obtient 44 patients dialyser par jour. L'infirmier 5 va dans le même sens lorsqu'il affirme : *« on arrive parfois à¹⁹⁹ 44 hein, lorsque les machines marchent bien, on peut arriver à plus de ce nombre.»*. Au cours de cette période de recherche, nous avons constaté qu'il y'avait un souvent dysfonctionnement qui paralysait le service hémodialyse. Nous avons constaté de même le problème de salle d'eau de manière permanente, les machines marques (NIPRO) qui tombent souvent en panne, le problème de coupure de lumière qui freine le déroulement de la dialyse. Par conséquent, ce dysfonctionnement prolonge la durée des patients au cours de leur moment ou tour de passage. Ainsi, le patient 4 va dans le même sens lorsqu'il déclare : ²⁰⁰*«On fait 4h de temps sur la machine mais avec les intempéries, on peut couper l'eau de la salle d'eau, la lumière, ça pénalise la dialyse, tu te retrouves en train de faire 7 à 8h de dialyse et tu ne finis même pas souvent [...]»* Donc, il est impossible de dialyser 44 patients par jours à cause des dysfonctionnements c'est-à-dire lorsque la salle d'eau est en

¹⁹⁵ L'insuffisance rénale chronique du diagnostic à la dialyse » : Différentes méthodes de dialyse : généralités

¹⁹⁶ Entretien passé le 10 août 2022 au CHU à 00h45, durée 20min51s.

¹⁹⁷ Entretien passé le 10 août 2022 au CHU à 00h45, durée 20min51s

¹⁹⁸ Entretien passé au CHU de Yaoundé le 11 août 2022 à 7h57 durée, 18min37s.

¹⁹⁹ Entretien passé avec un infirmier au CHU de Yaoundé, le 11 août 2022 à 7h57, durée, 18min37s

²⁰⁰ Entretien passé le 2 août 2022 09h32 au chu de Yaoundé.

panne ou certaines machines sont en panne. Pour renchérir cette thèse l'infirmier, chef de l'équipe de garde **du 08/08/2022, 22h15**, au cours de la garde nous a dit qu'il « *dialyse à moyenne 36 patients par jour* » avec les urgences inclus ce propos montre cette dichotomie entre la thèse avancée par le major en hémodialyse. Toutefois, comment se déroulent les relations de soins en service d'hémodialyse au CHU de Yaoundé ?

4. Relations de soins entre soignants et soignés

Dans la prise en charge des patients atteints de l'IR au CHU de Yaoundé, nos enquêtés affirment avoir les relations de soins non harmonieux entre certains personnels soignants et les certains malades. Certains garde-malades affirment que certains soignants en service hémodialyse non pas la bonne maîtrise dans l'administration des soins ce qui rend peut rendre problématique la prise en charge. C'est le cas du garde-malade qui a affirmé qu' « *Il y a beaucoup d'infirmiers qui ne suivent pas, à mon avis, on pourrait mieux les former afin qu'ils Connaissent comment ça passe dans les dialyses, ici là, rien que pour monter leur appareillage, c'est n'est pas facile* ».

Ce propos montre que, certain personnel en charge de la PEC de cette maladie sont inadéquates dans ce service contrairement à la formation et le poste qu'il occupe. Car nous avons noté au sein de service une aide-soignante avec pour spécialisation la pédiatrie, une infirmière en endoscopie digestive toutes ayant appris à faire la dialyse dans le « tas » c'est-à-dire lorsqu'ils ont été affecté de leurs services pour le service d'hémodialyse. Ceci peut expliquer cet écart dans la prise en charge de ces patients dialysés. Une patiente 17²⁰¹, âgée de 51 est allée dans le même sens lorsqu'elle a affirmé que « *Ça dépend des jours et ça dépend des équipes [...] On vous prend comme des humains normaux. Mais il y a d'autre qui ne vous regardent même pas [...] Ils font passer d'autres en premier disons. S'ils respectaient les groupes, ça allait être très agréable* ».

En outre, la garde-malade²⁰² va emboîter dans le même sens car dit-elle :

*L'atmosphère n'est pas assez bonne. Tout le monde ne peut pas aimer tous les malades. Il y a les infirmiers qui esquivent certains malades, il y a les infirmiers qui prennent bien certains malades, et puis aussi quand tu vois un infirmier esquiver ton malade, du coup toi aussi, ça ne te plaît pas, du coup, toi aussi, tu vas aussi ignorer l'infirmier là, voilà, c'est ça.*²⁰³
À travers cette approche dans l'analyse des soins, il en ressort que les malades souffrants de

²⁰¹ Entretien passé le 03 août 2022 à 09h11 au CHU).

²⁰² Entretien passé le 05 août 2022 à 09 h 40 au CHU de Yaoundé.

²⁰³ Entretien passé le 29 Juillet 2022 à 08h10 minutes au CHU de Yaoundé.

cette pathologie attestent d'être mal traité par certains soignants. D'aucuns pensent qu'ils sont traités comme des personnes «anormales ». d'autres affirment également qu'ils sont discriminés à leur tour de passage pour la dialyse. Par ailleurs, certains soignants de leurs côtés se plaignent du comportement de certains patients. C'est dans ce sens que l'infirmière 3 va affirmer que

Ce service est complexe puisque tu es parfois confronté aux malades à toute heure surtout quand la relation est conflictuelle, comme si tu étais la cause de sa maladie [...] Parfois j'ai déjà été agressé par les patients mêmes. Un jour, je suis arrivée, quand on arrivait, il y avait pas les sept de kit de branchement ci, elle est arrivée, elle avait une seringue en main, qui n'était pas scellée, j'ai Refusé d'utiliser, elle m'a insulté correctement. Pour rien. Je lui ai dit que je ne peux pas utiliser une seringue qui n'est pas dans un plastique. Elle m'a demandé quand est ce que je suis arrivée et que je connais d'abord quoi de la dialyse. Quand j'ai fait appel à ma collègue pour la faire part de la situation, elle m'a dit que je laisse tomber car c'est comme ça qu'elle se comporte envers le personnel soignant, certain [...].

Elle ajoute que dans le même sens que

[...] Une autre fois c'est celui que tu vois coucher là, un soir je suis arrivé, j'ai vu les noms par ordre d'arriver, je suis arrivée [...] J'arrive je donne le papier, il y a un papa qui me dit, vous-avez sauté Monsieur Y, il est venu avant T. Entre temps, T dormait sur le lit-ci. Quand il se lève de son sommeil, il se rend compte que j'ai pris Monsieur Y, il est allé dans la salle me voir en me demandant pourquoi est-ce que j'ai pris Monsieur Y, quand je veux lui expliquer qu'il est venu avant lui d'après les propos des autres malades, il m'a insulté jusqu'à me dire que, désormais quand je vais prendre un malade, je demande son avis [...], je lui ai dit que, désormais quand tu vois là où je travaille ne passe pas mais si tu passes et je te saute sans te brancher, va dire au Directeur si ça t'énerve [...]

Cependant, l'analyse des relations de soins dans la PEC de l'insuffisance rénale au CHUY montre une certaine relation ou interaction tantôt conflictuelle et harmonieuse. C'est le cas de la garde-malade 6 qui affirme :

Ils font très bien. Ils font très bien. Seulement, quand la maladie t'a déjà envahi, tu ne peux plus rien faire ils font très bien. Ils sont là, il nous encourage, quand tu as besoin d'aide, ils sont là pour nous. Je vois que ma maman est la plus âgée d'ici. Actuellement. Puisque après elle, il y a maman Z la mère de mon ami si. Elle est à 76 ans. Sinon, avec eux, ils ne font pas mal hein²⁰⁴

Dans le même sens, le patient 20 va affirmer que: «*Les infirmiers se battent bien, ils travaillent par équipes et bien organisé, pour moi, ça va, ça se passe bien. Ils se débrouillent avec ce qu'on leur donne [...] Elles sont conscientes de notre situation sans discrimination.*».²⁰⁵

²⁰⁴ Entretien passé le 29 juillet 2022 au CHU à 09h55 minutes

²⁰⁵ Entretien passé avec le patient 20, le 2 août 2022 au CHU de Yaoundé à 11h 13.

Ainsi, de ces différentes analyses dans les relations de soins entre personnels soignants et patients, nous avons constaté que les relations de soins d'un côté ne sont pas positives mais conflictuels car sur 17 personnels de santé enquêtés, 5 ont reçu leur formation en dialyse dans le « tas » et 2 ont reçus par ailleurs une formation spécifique dans le domaine de la dialyse. Cette formation approximative non qualifiée justifie la relation de soins conflictuels entre le personnel soignant et les patients atteints de l'insuffisance rénale au CHU-Yaoundé. Nous également constaté qu'elle est conflictuelle parce qu'il n'y a pas un suivi psychologie et un counseling en service hémodialyse ce qui rend difficile la relation entre soignant-soigné. Mais nous avons au cours de notre recherche constaté plutôt l'implication objective du personnel chargé de la PEC des patients atteints de l'IR à travers l'observation participante (les gardes nocturnes 10/08/2022. 00 h 45 minutes et 07/08/2022 à 23 h 47 minutes) et les entretiens passés auprès de ces derniers. Ils sont plus d'une aide moral indispensable pour ces malades. C'est dans ce sens que l'infirmière 6 affirme :

*D'une manière ou d'une autre on gère. On relativise. C'est net comme le social. À partir du moment où le personnel sais que, quand tu es personnel, c'est toi qui soigne le malade. Celui qui est d'abord en face de toi est malade. En fait, tu dois apprendre à gérer ses émotions. C'est-à-dire tu dois relativiser parce que, quand tu sais pourquoi tu es là, puisque c'est le malade qui justifie ta présence. C'est vrai que, on n'arrive à des situations parfois extrêmes mais moi, je n'aime pas dire ça comme ça mais on gère. Parfois quand bien même le malade s'est battu pour avoir les 5000 FCFA pour dialyser, arrivé, l'équipe qui présente n'a pas encore fini avec la dialyse à cause d'un problème comme la salle d'eau ou la machine qui dérange, il peut sombrer dans cet état de nervosité d'où sa relation avec le personnel soignant devient invivable. Quand il y a tous ces problèmes de salle d'eau et machine qui empêchent aux patients de dialyser, nous personnels soignants ça nous frustre, ça fait mal, parfois je loue leur patience [...]*²⁰⁶.

À travers ce propos de cette infirmière, nous comprenons que malgré qui ait d'une part des interactions conflictuelles entre certains soignés et soignant, nous notons cependant des rapports harmonieux entre certains soignants et certains patients : Des infirmiers adoptent une attitude positive dans ces relations de soins. Ainsi, pour renchérir ce propos dans les relations de soins ou de PEC Entre soignants-soignés, le garde-malade ²⁰⁷10 a affirmé qu'« À l'hôpital, le suivi se passe bien, ils sont gentils, accueillant envers mon père même avec les autres patients. Ce qui nous manque ici, c'est un service psychosocial pour ces patients qui dialysent ici au CHUY ». Nous retenons de ces analyses le rôle fondamental que jouent les infirmiers dans l'« éducation thérapeutique des patients dialysés au CHU de Yaoundé » car l'infirmier ou le

²⁰⁶ Entretien passé au CHU le 08 août 2022 à 01h 33, durée, 22 : 06s

²⁰⁷ Entretien passé avec le garde-malade 10, le 8 Août 2022 à 22h6 minutes au CHUY.

médecin doit éduquer le patient avant le début de la dialyse : « l'infirmier doit accompagner le patient dialysé dans une relation d'aide, de soin et d'éducation²⁰⁸. Il est sensé accompagner le malade dans son expérience de la maladie²⁰⁹. Ces auteurs montrent une faible implication des infirmiers dans l'ETP dialysés depuis la prescription du traitement jusqu'aux séances hebdomadaires d'hémodialyse. Ainsi, quelles sont les types d'insuffisance rénale pris en charge par le service d'hémodialyse ?

I- TYPOLOGIES DES INSUFFISANCES RÉNALES AU CHU-YAOUNDÉ

1. Insuffisance rénale aiguë

KAZE François soutient dans la revue¹⁸⁹ que « Si les cas aigus sont enrayerés 99%, le traitement permet juste de ralentir la progression des cas chroniques. ». Il va définir l'IRA comme une perte brutale, subite et rapide de la fonction des reins qui s'installe au bout de quelques jours et qui dure moins de trois mois en principe. Elle est essentiellement due à des médicaments, modernes ou traditionnels, pris également en automédication, certaines situations de déshydratation aiguë ou d'hémorragie massive. Ce néphrologue affirme que «les patients qui font la dialyse 3 fois sont aussi les cas aigus qui au cours de plusieurs séances voir leur fonction rénale établir à 99% ».

Au CHUY, on a l'IRA parenchymateuses ou organiques qui est due à des lésions aux différentes structures de rein, qu'elles soient tubulaire, interstitielle, glomérulaires ou vasculaires. Ces lésions affectent soit le filtre comme dans les glomérulonéphrites, ou le processus de réabsorption dans les tubules, glomérules et les interstices...l'IRA obstructive ou post-rénale due à la résistance de l'artériole efférente diminue (vasodilatation efférente) ; les Résistances de l'artériole afférente augmente (vasoconstriction pré glomérulaire interne) ; l'IRA fonctionnelle ou pré rénale (elle est liée à une diminution du flux sanguin rénal et de la pression de la perfusion.²¹⁰

En effet, d'après l'infirmier interviewé au CHUY, il existe 2 types d'IR : «*Disons que l'IR c'est une maladie qui touche les reins et empêche l'individu de pouvoir libérer normalement les urines, de pouvoir uriner normalement. La maladie a deux types : la forme*

²⁰⁸ Bouli DOUTI et al, « *Éducation thérapeutique des patients dialysés au CHU de Yaoundé* » in « *Maladies chroniques en Afrique : Enjeux et perspectives* » presse, ucac, 2017.

²⁰⁹ <http://www.santétropical.com>

²¹⁰ L'insuffisance rénale aiguë de l'enfant à l'hôpital général de Yaoundé : aspects cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs.

aiguë et la forme chronique». Il ajoute en disant ceci

La maladie a deux types : la forme aiguë et la forme chronique. La forme aiguë, des causes passagères, alors que pour la forme chronique, il n'y a rien à faire, c'est seulement la dialyse ou bien la greffe des reins. Bon pour la forme aiguë, il y a le paludisme, certaines tumeurs qui par leur croissance s'appuie soit sur le rein soit sur la vessie ou l'uretère, ça bloque les urines, il y a aussi, les Cacus rénaux, qu'on peut facilement évacuer avec la chirurgie ou bien les mesures non chirurgicales²¹¹.

L'insuffisance rénale chronique est définie par une diminution permanente, progressive et irréversible de la filtration glomérulaire. Mais il est bien évident que les autres fonctions, notamment tubulaires, sont touchées dans la même proportion. On peut donc dire indifféremment d'un malade qu'il a une filtration glomérulaire diminuée de moitié ou des fonctions rénale diminuées de moitié²¹². Pour le néphrologue KAZE,²¹³ «l'IRC est une perte progressive et irréversible de la fonction des reins qui dure plus de trois mois ». (Santé tropicale.com) : le guide de la médecine et de la santé tropicale).

Ainsi, cet infirmier va la définir comme : « *Disons que l'IR c'est une maladie qui touche les reins et empêche l'individu de pouvoir libérer normalement les urines, de pouvoir uriner normalement. La maladie a deux types : la forme aiguë et la forme chronique.* » Comme causes de cette maladie au CHUY, l'infirmier 5 va affirmer que « *Les causes sont multiples mais, la première cause qu'on a est le fait de retenir les urines* ». Dont la rétention des urines au niveau de la vessie [...] *Quand ça rentre aux reins, les reins ne reconnaissent²¹⁴ Plus. Et ça devient une toxine pour reins...des substances toxiques de l'alcool, les drogues qui favorisent, le manque de sport, mauvaise alimentation. Il y a aussi les causes idiopathiques. [...] Il y a également les infections mal soignées, le rein peut s'infecter comme tous organes. Il faut distinguer qu'il y a l'IRC et L'IRA. Ça n'a pas les mêmes symptômes. C'est un peu mélanger. Mais l'IRA se manifeste par la douleur au niveau des reins, la baisse de libido chez les hommes, il y a la fatigue générale. Si tu as l'infection chronique, la fièvre sera là en plus, ça s'accompagne avec un syndrome de déséquilibre, la tension aussi [...] Il y a l'HTA.* En outre, dans le même sens, l'infirmière 1 a donné les causes et symptômes de cette maladie comme suit :

²¹⁵«*Causes et symptômes de l'insuffisance rénale Les causes peuvent être diverses médicamenteuses, alimentaires (dû à une mauvaise hygiène alimentaire) j'allais dire hygiéno-diététique), c'est un peu ça [...] la prise exagérée des médicaments. Il y en n'a qui ne se réhydrate pas assez, au courant de la journée [...] il faut aider les reins à épurer l'organisme [...] les reins souffrent. Il y a une accumulation de déchets qui va affecter l'état de santé rénale qui va conduire à l'IR. Quand ne va plus pouvoir uriner, les trucs comme potassium ne vont pas parvenir à être évacuer par le rein et ça va affecter ces reins. Par conséquent, ça va te conduire à l'IR. L'automédication ne pas toujours avec les médicaments modernes, nos potions indigènes [...] mesure*

²¹¹ Entretien passé avec le chef de l'équipe B, le 11 août 2022 au CHU à 08h45 durée 17min52

²¹² LE MEUR et al, 1998, op Cit page 1

²¹³ François KAZE : l'insuffisance rénale ne se guérit pas. Consulté le 24/09/2022 à 1 h57.

²¹⁴ Entretien passé avec l'infirmier 5 au CHU de Yaoundé, le 11 août 2022 à 7h 57 18min37s

²¹⁵ Entretien passé l'infirmière 1, le 07 août 2022 au CHU avec 2 à 23 h 47 ; 40minutes39s

pas l'effet toxique. La toxicité, on n'a pas de connaissances dessus [...] Si la toxicité est élevée, elle va affecter le rein. C'est un peu ça. Les symptômes les plus présentes, c'est la baisse de la diurèse, si vous avez l'habitude d'uriner d'un minimum d'un litre et demi, sur 24h, en vous réhydratant, vous allez constater que vous vous réhydratez toujours mais vous éliminer moins. C'est un symptôme palpable [...] La baisse de la diurèse, beaucoup d'hormones accumulées chez certains entraînent un pleurite (une dermatose) atypique qui va conduire à une consultation²¹⁶.

Il en ressort des analyses précédentes que les causes de l'insuffisance observées chez certains patients sont dues à la consommation abusive des médicaments toxiques ou substances Nocives ; la consommation exagérée de l'alcool ; la rétention des urines qui est également un facteur de risque favorisant la survenue de cette pathologie ; une mauvaise alimentation (hygiéno-diététique) sont des causes de l'insuffisance rénale. Nous avons aussi l'HTA et le diabète.

III- TYPOLOGIE DE PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU-YAOUNDÉ

1. Prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë

Au cours de cette recherche, la prise en charge de l'IRA semblait se dérouler différemment de l'IRC au CHU de Yaoundé. En effet, nous avons pu remarquer à travers la fiche de suivi (CHUY 30/08/2022, 7 patients aigus/ nouveaux cas) et la (fiche de suivi CHUY 09/08/2022 avec 8 patients aiguë nouveaux cas du groupe de (Mardi-vendredi) et 1 patient de passage (lundi-mercredi). Tous ces patients aigus dialysaient trois fois par semaine. D'après l'infirmier 4, cette forme est guérissable si les séances de dialyse sont suivies de manière successive et hebdomadaire. Le patient de la forme aiguë guérit au bout de quelques séances de dialyse. Cette forme est causée par le paludisme sévère, les infections... C'est pour cette raison qu'il a déclaré :

La maladie a deux types : la forme aiguë et la forme chronique. La forme aiguë, des causes passagères, alors que pour la forme chronique, il n'y a rien à faire, c'est seulement la dialyse ou bien la greffe des reins. Bon pour la forme aiguë, il y a le paludisme, certaines tumeurs qui par leur croissance s'appuie soit sur le rein soit sur la vessie ou l'uretère, ça bloque les urines, il y a aussi, les Cacus rénaux, qu'on peut facilement évacuer avec la chirurgie ou bien les mesures non chirurgicales²¹⁷.

Pour renchérir ce propos, l'infirmier 3 a soutenu que, les cas aigus font la dialyse 3 fois par semaine. Il affirme dans ce sens que «²¹⁸Il y a les patients que, leur état requiert 3 séances

²¹⁶ Entretien passé avec cet infirmier, le 07 août 2022 au CHUY à 23 h 47 ; 40minutes39s.

²¹⁷ Entretien passé avec l'infirmière 4, le 11 août 2022 au CHUY à 08 h 45, durée 17min 52, chef d'équipe B

²¹⁸ Entretien passé avec l'infirmière le 10 août 2022 au CHUY 3 à 00 h 45, durée 20min 51s.

par semaine. Actuellement, on a 06 patients qui dialysent 3 fois par semaine. C'est 5000 fefa par semaine». Dès lors, pour étayer ce propos, le néphrologue KAZE François du CHUY a indiqué Dans une revue que «Si les cas aigus sont enrayés 99%, le traitement permet juste de ralentir la progression des cas chroniques.»²¹⁹ De ce qui précède, les patients qui font la dialyse 3 fois sont spécifiquement ceux aigus qui peuvent voir leurs fonctions rénales revenir à l'état normal ceci suite à plusieurs séances de dialyse. Ainsi, hors mis la PEC de l'IRA au CHUY, nous avons aussi celle de L'IRC.

2. Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

La prise en charge des patients atteints de l'IRC au CHUY diffère de celle des patients atteints de l'IRA au CHUY dans la mesure où, nous avons constaté que, ces patients chroniques font la dialyse 2 fois par semaine. Ceci s'explique par l'effectif pléthorique des patients chroniques l'incapacité des 11 machines fonctionnelles à prendre en charge tous les patients chroniques qui sont plus nombreux que les patients aigus, les patients aigus font 3 fois la dialyse 3 fois par semaine et 4h/séance. Bien plus, nous avons enquêtés 21 patients chroniques et, d'après nos différentes analyses, tous ces patients dialyse seulement 2 fois par semaine, font 4 h/séance comme les cas aigus.

Cependant, d'après les normes en dialyse, que ce soit l'IRCA ou IRA, le patient doit faire 4 à heures de temps et dialysé 3 fois par semaine²²⁰. Nous constatons donc avec ces auteurs que les normes de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et aiguë ne sont pas totalement respectées au CHUY. On a observé par conséquent une prise en charge partielle de cette maladie au CHUY. Car parmi nos enquêtés, tous faisaient la dialyse 2 fois par semaine et 8h de temps de dialyse par semaine. Nous comprenons dès lors que, au lieu de faire 4h de temps par séance de dialyse et 3 fois par semaines, les patients chroniques en hémodialyse font moins de séance de dialyse que recommande la norme, moins d'heures également. Ceci se justifie par les problèmes de salle d'eau permanente, les machines qui tombent également en panne tout le temps. Ceci se justifie par les propos du soigné suivant :

221 [...] Il les jours où tu fais 4h heures, les jours où [...] il y a les jours où tu fais moins quand la salle d'eau dérange ou plus, ça dépend et c'est comme ça. Le jour où la machine dérange aussi. Vous faites même encore 1h ou 2h avant Qu'on vous branche. Je ne peux pas te dire que c'est vraiment comme tu vois là. Et ça dépend aussi du nombre de kilo qu'on va t'enlever [...] Pour renchéris les propos de cette patiente,

²¹⁹ L'insuffisance rénale ne guérit pas. Consulté le 24/09/2022 à 1h55

²²⁰ L'insuffisance rénale chronique du diagnostic à la dialyse : (différentes méthode de dialyse : généralités), doin éditeurs-Paris, 1998.

²²¹ Entretien passé avec la patiente 2, le 28 juillet 2022 à 15h 55 au CHUY

l'infirmière 6 soutient que *L'idéal voudrait que le malade soit dialysé 3 fois par semaine. 4 à 5h par séance. Sauf que, ici au Cameroun, l'État subventionne 2 fois par semaine. Donc, comme j'ai écouté le chef de service de néphrologie à l'hôpital général de Douala disait dans son interview que « l'État subventionne deux séances de dialyse d'un malade souffrant de l'IR. Et le malade devrait payer la 3ème séance de dialyse. Sauf que les deux séances ne sont pas mauvaises mais l'idéal c'est 3 séances.*²²²

De ces déclarations, nous constatons que les patients sous dialyse au CHUY font 4h pour dialyser et font 2 fois par semaine la dialyse. Ce passage en dialyse présente un gap car un patient doit faire 3 fois par semaine la dialyse et au moins 4h à 6h par séance ce qui n'est pas le cas dans ce service car les dialysés font à peine 4h.

IV- DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU-YAOUNDÉ ET LEURS RÔLES.

1. Réseaux relationnels du patient

Dans toute société humaine surtout africaine, la maladie est une réalité qui met en interaction les acteurs sociaux impliquant des interactions non seulement entre soignants et soignés mais aussi le malade et son entourage socioculturel. Ainsi, dans le contexte de soins ou de recherche de soins, « le malade n'est pas une entité indépendante », il est un individu social qui évolue dans un réseau que Vincent LEMIEUX²²³ entend par « ensemble de relations sociales non officielles, c'est-à-dire qui ne sont pas constituées par d'autres acteurs que ceux qui y sont reliés »¹⁸⁴. Citant MITCHELL, Vincent LEMIEUX souligne que «le réseau d'un africain, vivant en milieu urbain, est fait désormais de parents, mais aussi d'amis, de compagnons de travail, de voisins, etc. »²²⁴¹⁸⁵. Dès lors parler de réseau de support dans le cadre de ce travail consiste à évoquer l'ensemble des personnes qui entourent le malade, car comme le démontre Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO²²⁵, la maladie et la quête de soins d'un membre Concernent tout son environnement ou son réseau de support. « *Il y donc un débat généralement un débat collectif qui est mené entre parents, proche, voisins et amis, pour choisir le chemin sanitaire du malade.* ». Ainsi, les patients atteints de l'IR au CHUY sont assistés par leurs réseaux relationnels comme les familles, proches, connaissances, qui se sont mobilisent pour les assister dans leur prise en charge. Ils sont pour la plupart des pourvoyeurs de fonds à l'endroit du membre de la famille malade. Nous avons eu le cas du patient 1 qui a bénéficié du soutien de sa famille et proches. Il affirme en sens que *Les membres de ma familles mes parents,*

²²² Entretien passé avec l'infirmière 6 au CHUY, le 08 août 2022 à 01h 33, durée, 22 : 06 s

²²³ Jean Claude MITCHELL (ed), Social networks in urban situations, Manchester, Manchester University Press, 1969; cité par Vincent LEMIEUX, idem, p .28.

²²⁴ Vincent LEMIEUX, « l'Articulation des Réseaux sociaux », in Recherche sociographique, vol 17, n°2, Mai-Août 1976, pp-247-260/ : Québec : département de sociologie et d'anthropologie, université de Laval, P. 10.

²²⁵ Yves Bertrand. DJOUDA FEUDJIO, in Benjamin Alexandre. NKOUUM. (dir), op

*frères et sœurs, tout le monde m'aide dans ce traitement qui est à suivre jusqu'à mon dernier jour, moi aussi. Ma famille m'aide énormément. Il y a des moments que je finis de dialyser et je suis tellement fatigué et je ne peux pas travailler, je fais parfois une semaine et le corps ne donne pas, c'est ma famille qui me donne de quoi manger et aller dialyser. Parfois les autres malades m'aident à dialyser si je suis vraiment buter pour avoir le kit. Ils m'aident aussi et c'est comme ça qu'on fonctionne entre nous.*²²⁶ En plus, dans la même perspective, la patiente 17 affirme qu'elle est aidée par la solidarité familiale. D'où les déclarations suivantes :

*C'est ma famille : dans ma famille, on a créé une caisse maladie, chacun à la fin du mois essaie de mettre quelque chose dedans. Et la personne qui est nécessaire gagne la cagnotte quoi. Quand tu es en difficulté, on met la main. Les enfants ceux qui travaillent me viennent aussi en aide. C'est plus mes frères et sœurs*²²⁷.

Toutefois, nous avons constaté d'après l'entretien eu avec certains patients qu'ils ont bénéficié de l'aide multiforme de leur famille au début de leur maladie mais au bout d'un moment, la famille s'est rendu compte que la maladie du patient n'est pas guérissable, elle a été abandonnée. C'est le cas de la patiente 3²²⁸ qui affirme :

C'est moi-même, là-bas c'est moi-même. Vous savez, en Afrique, au Cameroun, au début la famille peut se battre pour t'aider pas toute mais la majorité. Mais après 6 mois il commence à te demander si c'est n'est pas fini. C'est comme ça qu'on t'abandonne à toi seule, si tu n'es pas fort à l'esprit, toi-même tu vas lâcher prise. Puisque c'est coûteux. C'est beaucoup d'argent à dépenser. On début on m'a soutenu mais après...au bout d'un moment ils ont vu que les 200000 FCFA était chaque mois, ils se décourager puisque je n'étais pas guérit. Puisque c'est une grosse charge, ils abandonnent eux aussi

2. Les personnels en hémodialyse

Les sciences infirmières retiennent la relation éducative comme base d'autogestion du patient. C'est ainsi que l'éducation thérapeutique (ETP) souvent effective dans les pays développés, fait désormais son entrée dans les pays africains en général et au Cameroun en particulier²²⁹. Ainsi dans l'accompagnement de la personne malade, la relation éducative est indispensable afin de rendre le patient autonome. Dans le cadre des maladies chroniques et de l'IRC, l'infirmier manifeste une présence affective utile auprès des patients. Dès lors, ce soutien affectif auprès des patients atteints de l'IR est observé à partir des propos de l'infirmière 6 qui affirme :

²²⁶ Entretien passé avec la patiente le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h18, durée 39minutes 54s.

²²⁷ Entretien passé avec la patiente 17, le 05 août 2022 à 09h40 au CHU de Yaoundé).

²²⁸ Entretien passé avec la patiente, au chuy le 3 Août 2022 à 18h 28 au CHU).

²²⁹ Éducation thérapeutique des patients dialysés au CHUY, page 213. Op, Cit

D'une manière ou d'une autre on supporte. [...] quand tu es personnel soignant, tu dois savoir que le malade peut déraiper ceci à cause de sa maladie qui le déstabilise moralement [...] tu dois apprendre à gérer ses émotions. C'est vrai que, on n'arrive à des situations parfois extrêmes mais. [...] Parfois quand bien même le malade s'est battu pour avoir les 5000 fcfa pour dialyser, arrivé, l'équipe qui présente n'a pas encore fini avec la dialyse à cause d'un problème comme la salle d'eau ou la machine qui dérange, il peut sombrer dans cet état de nervosité ce qui dégrade la relation entre soignant et soigné... À cet effet, il faut trouver des stratégies pour apaiser le moral des patients. Parfois quand on branche un patient, 2 minutes seulement, soudain, la salle d'eau a lâché. Parfois on passe 45 à 1h sans dialyser [...] Tu dois apprendre à parler aux patients puisque certains sont traumatisés par contre, ils sont instables moralement. On Doit les assister, leur venir en aide et non les frustrer d'avantage alors qu'ils sont d'abord touchés par la dialyse qui leur conditionne la vie.

À cet effet, le patient est au 21^{ème} siècle une personne, malade ou non car, comme le dit WINCKLER cité dans JOUET (2013), « Nous sommes tous des patients qui entrons en contact avec le système de santé et ses acteurs ». Selon Watson (1998), la personne a quatre niveaux de besoin. Il s'agit des besoins biophysiques, psychologiques, psychosociaux et intra-personnel²³⁰. Nous constatons donc avec ces auteurs que le personnel soignant joue un rôle fondamental au près des patients atteints de l'IR au CHUY. C'est pour cette raison que ces auteurs vont affirmer que « L'infirmier est le professionnel le plus proche de la personne malade. Il est sensé l'accompagner dans son expérience de la maladie.

3. Les garde-malades.

Dans certains auteurs²³¹ montrent que dans la plupart des institutions sanitaires du Cameroun et plus précisément ceux de Yaoundé, la pratique des soins médicaux et infirmiers s'organisent de manière concertée avec une implication importante des membres de la famille, qui sont souvent considérés comme des garde-malades. Ces derniers, qui prennent souvent le rôle de substituts des infirmiers et aides-soignants dans la prise en soin quotidienne des patients résident dans l'espace même de soin pendant la durée de l'hospitalisation. Cette pratique de garde qui s'est progressivement instituée pourrait également être considérée comme une spécificité de la pratique du soin infirmier au Cameroun et d'autres pays de l'Afrique subsaharienne²³².

Nous avons constaté une forte implication des garde-malades dans la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au CHUY. Ils avaient pour rôle d'accompagnateurs des patients qui venaient se faire dialyser ou passer leurs différentes séances de dialyse. Ils

²³⁰ (NKOUM, 2017, op Cit P, 215

²³¹ « Repenser la place des « garde-malades », Une réflexion sur « L'ethno soins infirmiers »

²³² Anthro Cité, no 2, 2021 29

étaient également chargés d'aller à la pharmacie acheter du kit de leur patient, acheter les poches de sang pour la transfusion sanguine destinées aux patients diagnostiqués anémiés. Ils avaient aussi pour rôle d'interpeller les infirmiers en cas de malaise du patient en cours de dialyse. En outre, d'autres gardes-malade avaient pour rôle d'accueillir et d'héberger leur malade provisoirement ou définitivement compte tenu de leur position géographique avec le Service d'hémodialyse. La garde-malade 5 suivante est enseignante, compte tenu de sa situation géographique, sa maman a choisi faire sa dialyse chez elle. Elle nous a dit qu'elle consacre tout son temps pour s'occuper de sa maman. Il affirme dans ce sens ; « [...] *je suis le seul enfant à Yaoundé, donc c'est compliqué en fait [...] Je n'ai plus de vie en fait, je n'ai plus de vie. Parce que tu fais un programme! Il faut aller à l'hôpital, on t'appelle, du coup, tu es obligé d'être concentré au malade*»²³³

Toutefois, «L'intervention des garde-malades dans le dispositif de prise en charge selon les normes institutionnelles représente un biais pour l'efficacité des « soins » et de prise en charge en milieu hospitalier. Car en institution hospitalière, les uniques responsables des soins sont officiellement les médecins, infirmiers et aides-soignants formés. Or, de manière empirique on observe que l'implication des gardes malades est courante au Cameroun et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne et semble être l'un des supports majeurs dans la prise en charge des malades.»²³⁴

4. Rôles des différents acteurs

L'entourage du malade en tant qu'acteur non négligeable dans la maladie de leur membre de société, développe un pragmatisme en balisant plusieurs ressources afin de venir en aide aux souffrants ou nécessiteux. Pour les patients souffrants de l'IR au CHUY, le réseau relationnel en interaction avec le malade mobilise plusieurs ressources entre autres les ressources financière. Les patients enquêtés pour la plupart disent que c'est leur famille (enfants, nièces, frères) qui sont leurs pourvoyeurs de fonds leur permettant de faire leur dialyse. C'est le cas du soigné 6 qui affirme : *Il y a mes grands frères, certains de me grands frères, grandes sœurs, mes enfants sont des seules personnes à m'encourager à suivre ce traitement*²³⁵.

En outre, lorsqu'une maladie touche un individu au sein d'un groupe social d'appartenance, les ressources mobilisées sont aussi d'ordre affectif. Le malade à ce stade de la

²³³ Entretien passé le 29 Juillet 2022 à 08 h 10 minutes au CHU de Yaoundé garde-malade 5

²³⁴ PUEUGUEU, Ivan, Carole EDOA et Justine MENGUENE. 2016. « Le Patient et son garde-malade au sein du service de psychiatrie de l'hôpital Jamot ». Affiche présentée au colloque international « Les figures du soin psychique », Douala, 10•12 mai 2016. Paris : Le Harmattan

²³⁵ PATIENTE 6. Entretien passé le 28 juillet 2022 à 13h 30 au CHU de Yaoundé

maladie a besoin du réconfort de sa famille, du soutien moral son réseaux relationnel. C'est pour cette raison que le patient 18 affirme dans ce sens que «²³⁶*Quand la maladie est survenue, mes relations mes amis et ma famille m'ont beaucoup soutenu, financièrement et moralement. Même maintenant, oui, je vous assure.*» au niveau Étatique, aides financières (réseaux relationnel) et les ressources affectives et intellectuelles (capital culturel).

V- MOBILISATION DES RESSOURCES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU-YAOUNDÉ

1- Ressources au niveau Étatique.

L'augmentation mondiale annuelle de l'incidence des maladies rénales chroniques (MRC) a été estimée à 8%, ce qui équivaut à un taux de croissance six fois supérieur à celui de la population mondiale soit 1,3%²³⁷. Ainsi, face à l'accroissement du nombre des patients nécessitant une thérapie de suppléance rénale, en particulier la dialyse, le gouvernement Camerounais a réagi. C'est ainsi qu'il a multiplié les centres de dialyse (09) pour en faciliter l'accessibilité. L'État du Cameroun a subventionné le coût d'une séance de dialyse ou d'hémodialyse qui revient désormais à 5000 FCFA.²³⁸ Dans une étude, FOUA Hermine et al²³⁹ soutiennent que, Depuis 2002, l'insuffisance rénale est subventionnée à 95% par l'État, une séance de dialyse coûte dorénavant 5000 FCFA (10\$). De plus, l'État a facilité l'accès des patients à ce traitement par la création de nouveaux centres de dialyse dont le total s'élève à 10 en 2015. Ces mesures ont permis d'améliorer l'accessibilité au soin et d'accroître le nombre de patients en hémodialyse chronique²⁴⁰.

2- Les aides financières

Placée au cœur des différentes contributions, l'aide financière a été évoquée comme ressource principale par les malades, garde-malade voire le personnel soignant comme une pierre maitresse, comme une boussole dans la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au CHUY. Dès lors, chaque patient a un type d'acteur qui finance les frais de prise en charge ou de soins pour la dialyse, l'achat des médicaments, le bilan de santé mensuel, les transfusions sanguines. C'est dans ce sens que le patient.

Les membres de ma familles mes parents, frères et sœurs, tout le monde m'aide dans ce traitement qui est à suivre jusqu'à mon dernier jour, moi aussi. Ma famille m'aide

²³⁶ PATIENT 18 : Entretien passé le 2 août 2022 à 9h 50 au CHU de Yaoundé.

²³⁷ SUMAILI et al, 2009 Op cit

²³⁸ DOUTI BILI et B.A. NKOUM, 2017, op Cit P. 214

²³⁹ FOUA Hermine et al, «La survie en hémodialyse chronique au Cameroun », 2004 -2005

²⁴⁰ <http://www.panafrican-med-journal.com/content/l'article>.

énormément. Il y a des moments que je finis de dialyser et je suis tellement fatigué et je ne peux pas travailler, je fais parfois une semaine et le corps ne donne pas, c'est ma famille qui me donne de quoi manger et aller dialyser. Parfois les autres malades m'aident à dialyser si je suis vraiment buter pour avoir le kit. Ils m'aident aussi et c'est comme ça qu'on fonctionne entre nous.

Nous avons constaté au cours de notre recherche que les aides familiales restent une ressource « capitale » au sens de BOURDIEU car elles permettent aux malades de suivre leurs différentes trajectoires thérapeutiques. D'où l'implication des différents acteurs (la famille, les frères, grands-frères, les enfants, les nièces, les tantes, oncles, cousins, proches amis et connaissances etc.) qui apportent leur appui financière aux malades. C'est le cas de la patiente 17 qui a déclaré :

C'est ma famille : dans ma famille, on a créé une caisse maladie, chacun à la fin du mois essaie de mettre quelque chose dedans. Et la personne qui est nécessaire gagne la cagnotte quoi. Quand tu es en difficulté, on met la main. Les enfants ceux qui travaillent me viennent aussi en aide. C'est plus mes frères et sœurs²⁴¹

3- Ressources affectives

En dehors de la ressource financière, mise en œuvre, la ressource affective a été évoquée par les patients et garde-malades des patients atteints de l'IR. Bon nombre de malades ont parlé du soutien affectif à travers l'assistance physique ou morale dont ils ont bénéficié, de la présence du réseau relationnel à travers son vécu surtout dans la mesure où le malade a besoin d'être écouté, que son histoire de maladie soit écoutée et prise en compte, il attend d'être réconforté et rassuré que tout ira pour le mieux. Cette ressource est plus mobilisée dans les familles. D'où les propos de la patiente qui a donné le rôle indéniable que son réseau relationnel a apporté à sa maladie : «J'ai eu tout le soutien de ma famille. Mes enfants, mes sœurs et nièces, tout le monde »²⁴². Et jusqu'à nos jours».

Dans le même sens, le patient

Ma famille me soutien beaucoup, j'ai été toujours là pour ma famille, elle ne peut pas me laisser dans cette situation toute seule. Je suis moralement assisté, j'étais sur le point de désespérer mais, par la grâce de Dieu, ma famille m'a vraiment remontée le moral et jusqu'aujourd'hui. Mais je gère moi-même parce que j'ai mes activités qui tournent bien à Libreville.²⁴³

Pour réitérer ce propos, la patiente va soutenir que

Les gens me donnent beaucoup d'amour, dont je tiens par là. Dont au début quand

²⁴¹ Entretien passé le 05 août 2022 à avec le patient 17, à 09h 40 au CHUY

²⁴² Entretien passé le 05 août 2022 à 09h 40 au CHUY.

²⁴³ Entretien passé le 2 août 2022 au CHU de Yaoundé à 11h 13.

tu es désespéré, les gens se sacrifient pour toi, pour moi hein, quand tu es autour des gens même sans argent, il te reconforte beaucoup dans ta situation. Parce qu'ils veulent vous voir à vie. C'est n'est pas facile. Dieu pourvoit hein, et je lui rends grâce pour ça²⁴⁴.

Eu égard des analyses précédentes, il en ressort que la PEC en charge des patients atteints de l'IR au CHUY passe par plusieurs acteurs. Le potentiel acteur est l'État Camerounais qui subventionne cette maladie à hauteur de 4 milliards de francs par an. Ces acteurs jouent de rôles multiples et constituent par là un « champ » de mobilisation de diverses ressources autour PEC de cette pathologie.

Au terme de ce chapitre sur l'analyse du fonctionnement des services d'hémodialyse au CHUY, nous pouvons relever que ce service fait face aux différentes contraintes qui sont d'ordre infrastructurelles (problème de salle d'eau, coupure de courant, machines en pannes) qui sont des obstacles à la bonne marche de la PEC des patients atteints de l'IR. L'analyse des ressources humaines a permis de jeter un regard sur l'effectif du personnel chargé dans la PEC de cette pathologie. De ce fait, il ressort qu'on dispose en hémodialyse 18 personnels en charge du service et 2 techniciens chargés de la maintenance des machines en cas de panne. Or, ce service a en son sein contient un effectif d'au moins 137 patients sans compter des nouveaux cas qui surviennent chaque jour ou chaque semaine. Ce qui rend problématique la PEC totale de cette affection. Bien plus, nous devons retenir que l'État a subventionné à hauteur de 4 milliards de francs par an et le coût d'une séance de dialyse s'évalue à 5000 FCFA (MINSANTE, 2009.). Par ailleurs, l'analyse des relations de soins a aussi faciliter la compréhension des interactions entre le soignant et le soigné. Nous n'avons pas constaté au cours période de recherche une interaction conflictuelle entre soignant-soigné mais à travers nos enquêtés entretenus (infirmiers, garde-malades, patients), les relations sont parfois conflictuelles entre le personnel soignant et les malades. Ceci est dû à leur état psychologique instable par manque de suivi psychologique avant la dialyse. Cependant, nous avons aussi débusqué que les normes de dialyse n'étaient pas respectées au service d'Hémodialyse au CHUY. Toutefois, nous avons constaté que les patients souffrants de l'IRA dialysaient 3 fois par semaine et faisais 4h en une séance alors que, ceux de l'IRC faisaient la dialyse seulement 2 fois par semaine et 4h/Séance de dialyse. Ce qui montre une PEC partielle car la norme voudrait qu'un patient ou un malade dialyse 4 à 5 heures de temps/séance et 3 fois par semaine²⁴⁵. Ceci a été justifié par la salle d'eau qui était un obstacle majeur paralysant ainsi les séances de dialyse ainsi que l'insuffisance des machines pouvant satisfaire les patients hémodialisés.

²⁴⁴ Entretien passé avec la patiente le 09 août 2022 à 23h 08

²⁴⁵ LE MEUR et al, 1998. Op Cit P, 77

CHAPITRE IV.

CONTRAINTES, LOGIQUES ET STRATÉGIES DES DIFFÉRENTS ACTEURS EN INTERACTION DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'IR AU CHUY.

Le présent chapitre vise à montrer les contraintes des différents acteurs, leurs logiques d'actions et leurs stratégies d'organisation de la PEC des patients atteints de l'insuffisance rénale au CHUY. Il vise aussi à montrer comment les patients hémodialysés font face à la stigmatisation ; comment ils procèdent pour lutter contre ce «fait social total».

I- CONTRAINTES LIÉES À LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY.

1- Contraintes infrastructurelles

Le service d'hémodialyse fait face à de nombreuses contraintes qui sont d'ordre matériel et surtout infrastructurel. Nous avons observé et énuméré les contraintes infrastructurelles présentes en hémodialyse au CHUY. Elles étaient liées au fait que, les machines étaient souvent en panne. La salle d'eau n'était pas épargnée. Les obstacles constituaient de véritables biais dans la procédure de PEC. Ils créaient parfois de file d'attente. Ils troublaient l'ordre de passage des malades qui venaient faire la dialyse et influençaient le programme des infirmiers du jour ainsi que l'équipe de la relève. Ils ont ainsi expliqué (enquêtés) le dysfonctionnement des machines à partir de l'effectif pléthorique des patients présents au sein de cette unité de dialyse. Dans ce service, les machines travaillent sans pause et sans refroidissement (24h/24h) excepté le dimanche, jour réservé pour la maintenance de ces machines. C'est dans ce sens que l'un des encadrés a affirmé que « [...] *La dialyse est vraiment incertaine. Tu es parfois obligée de te rendre dans les autres centres comme celui d'Ebolowa pour dialyser parce que les machines de ton centre de dialyse du chu sont en pannes souvent ou le problème de la salle d'eau ou coupure d'eau.* ».

Pour relever et marteler ce problème infrastructurel qui influence la PEC des malades

rénaux en hémodialyse au CHUY, l'infirmier 5 va affirmer que « [...] *Il y a souvent rupture*²⁴⁶, *La salle d'eau qui dérange beaucoup, coupure d'électricité, les machines qui dérangent souvent mais la maintenance fait son travail.*».

Nous avons constaté que cette contrainte influence la PEC de cette pathologie au CHUY. Lorsque la salle d'eau et les machines étaient en pannes, ça rendait problématique la prise en charge et le passage des malades hémodialysés. Ils étaient contraints de se rendre dans d'autres centres surtout par appel téléphonique et sous l'ordre du néphrologue pour certains patients qui ne pouvaient pas attendre que la salle d'eau et les machines soient dépannées. Nous avons au cours de notre période de recherche observé ces deux phénomènes énumérés en amont. Ce dysfonctionnement a incité l'équipe du jour à « un mouvement de grève »²⁴⁷, grève qui aussitôt été maîtrisée par le Directeur du CHUY.

2- Contraintes socioéconomiques

D'après la SND30²⁴⁸ elle vise à améliorer les conditions de vie des populations et leur accès aux services sociaux de base en assurant une réduction significative de la pauvreté et du sous-emploi. Comme cibles principales, il s'agira de ramener le taux de pauvreté de 37,5% en 2014 à moins de 25% en 2030 ; de ramener le sous-emploi de 77% en 2014 à moins de 50% en 2030 ; de porter l'Indice du Capital Humain de 0,39 en 2018 à 0,55 et l'Indice de Développement Humain de 0,52 en 2016 à 0,70 en 2030. La réalisation de cet objectif contribue à l'atteinte des cibles des ODD 1 à 7 et l'ODD10. Parmi nos enquêtés c'est-à-dire notre catégorie cible les patients atteints de l'insuffisance rénale, 10/22 n'avaient aucune source de revenu à cause de leur situation socioéconomique défavorable leur empêchant de venir faire 2 séances de dialyse par semaine. Dix (10) patients parmi 22 étaient des chômeurs. Ils n'avaient aucune activité lucrative pouvant leur permettre d'acheter même le kit qui coûte 5000 FCFA. Ainsi, nous avons remarqué que la plupart des ressources mobilisées pour leur PEC venaient de leurs différentes familles et leurs réseaux relationnels. C'est une maladie dont la PEC coûte énormément chère d'où l'implication de l'État dans la subvention de cette maladie. C'est en cela que le patient dira que c'est une maladie qui nécessite beaucoup de budget : «*Elle nécessite beaucoup de moyens financiers, je ne sais pas si je vais vraiment tenir, même pendant seulement un an. C'est très pénible, je vous assure. Je suis déjà dépourvu de toute énergie*»²⁴⁹

²⁴⁶ Infirmier 5 : Entretien passé au CHU de Yaoundé le 11 août 2022 à 7h 57, durée, 18min 37 s

²⁴⁷ Observation directe faite le 08/08/2022 au CHUY à 09 h 06

²⁴⁸ SND30 (Chapitre 2) orientations générales et objectifs de développement 2030, pages 41-42.

²⁴⁹ Entretien passé le 02 août au CHU à 10h 18.

Au cours de notre période de recherche, certains patients ont déclaré qu'ils ne parvenaient pas toujours à obtenir 5000 FCFA pour l'achat du matériel (kit de dialyse) ceci à cause de leurs conditions financières et surtout, de leur statut matrimonial. Nous avons eu 3 patients chômeurs et 8 malades qui affirment qu'ils ne faisaient absolument rien, et dépendaient financièrement de leurs familles respectives. L'un des malades affirme à cet effet : « [...] on a créé une caisse maladie au sein de ma famille. Chacun à la fin du mois essaie de mettre quelque chose dedans. Et la personne qui est nécessaire gagne la cagnotte quoi. Quand tu es en difficulté. [...] Les enfants ceux qui travaillent me viennent aussi en aide [...] »²⁵⁰ À cause de leurs situations économiques, certains patients, lorsqu'ils n'ont pas véritablement cette modeste somme pour acheter le kit de dialyse, sont dans l'obligation de sauter les séances de dialyse indépendamment de leur volonté. C'est le cas de la patiente suivante qui dit que

Ce sont les volontaires dans ma famille qui me viennent en aide. Quand je demande celui qui peut me donner. Et lorsque tu n'as pas ou on ne te donne pas, tu sautes involontairement cette séance pour te rattraper à une autre. Mes enfants n'ont pas encore l'âge de travailler c'est-à-dire qu'ils partent encore à l'école. C'est ma famille élargie qui me soutient [...] »²⁵¹

Nous constatons à travers les analyses mentionnées plus-haut que, certains patients font face aux contraintes économiques. Ils ne parviennent pas toujours à faire la dialyse 2 fois par semaine à cause de leur statut social (cas des malade/patiente 23 qui était chômeuse) et d'autres qui ne menaient pratiquement « rien » comme activité lucrative : (cas des patients 2 ; 5 ; 6 ; 9 ; 13 ; 19 ; 20 ; 21)²⁵².

3- Contraintes géographiques

Au cours de notre période de recherche, nous avons enquêtés et enregistrés des patients qui quittaient d'une région à une autre pour venir passer leur séance de dialyse au CHUY. Ceci à cause du non fonctionnement du centre de dialyse qui n'était pas fonctionnelle dans leur région d'origine. C'est la raison pour l'effectif de patient va grandissant en service d'hémodialyse au CHUY et par ricochet rend difficile la PEC. Ceci se justifie par les propos de l'un des soignés suivant :

C'est comme ça qu'on m'a amené dans un centre de santé de la place à Bafoussam, le docteur a fait tous les examens. Il a même constaté que c'est l'IR, au lieu de m'envoyer à Yaoundé, je suis arrivé ici [...] qu'on lève l'urgence, on m'envoie à Garoua. J'ai presque 6 mois à l'hôpital général de Garoua, après, ils m'ont renvoyé à Bamenda,

²⁵⁰ Entretien passé avec la patiente 17, le 05 août 2022 à 09h40 au CHU de Yaoundé.

²⁵¹ Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h18, durée 39minutes 54s

²⁵² Liste des patients/tableau 4

j'ai fait un an. De Bamenda, on m'a encore envoyé à, non, suis rentré à l'hôpital général. Après on m'a encore envoyé à Douala, j'ai encore fait 6 mois à l'hôpital général de Douala. Je suis arrivé ici à l'hôpital général de Yaoundé en 2012 [...] Fin 2012, on m'a renvoyé ici au CHUY²⁵³

Cette analyse a permis de « débusquer », de « démasquer » le discours sur l'existence d'un centre de dialyse dans chaque région du Cameroun. C'est pour cette raison qu'ils soutiennent que l'État a facilité l'accès des patients à ce traitement par la création de nouveaux centres²⁵⁴ de dialyse dont le total s'élève à 10 en 2015. Ces mesures ont favorisé l'amélioration, l'accessibilité au soin et d'accroître le nombre de patients en hémodialyse chronique.

Il ressort que dans certaines régions effectivement, malgré leur existence, ces centres restent non fonctionnels raison pour laquelle le centre d'hémodialyse du CHUY rencontre les problèmes d'effectifs des patients souffrants de l'IR. Et cet effectif influence par ailleurs la PEC de cette pathologie.

4- Contraintes psychologiques

Les contraintes sont d'ordre psychologique en ce sens que, les malades rénaux du CHUY sont condamnés à faire la dialyse jusqu'au dernier jour de leur vie. Il n'existe pas le traitement pour guérir cette maladie affirment-ils. François KAZE affirme dans une revue « Santé Tropical » que « Si les cas aigus sont enrayerés 99%, le traitement permet juste de ralentir la progression des cas chroniques [...] les patients qui font la dialyse 3 fois sont aussi les cas aigus qui au cours de plusieurs séance voient leur fonction rénale établir à 99%».

De cette analyse, nous pouvons constater, l'absence du «counseling »²⁵⁵ au CHUY qui influence à cet effet leur prise en charge individuel avec le personnel spécialisé. Le counseling se définit comme étant « un dialogue confidentiel entre un patient et un personnel de santé chargé dans la PEC en vue de surmonter le stress de permettre au malade de surmonter le stress et prendre les décisions personnelles en rapport avec l'IR ». Le counseling est une relation interpersonnelle d'écoute, d'attention visant à apporter au « client » ou « consultant » un soutien dans les situations de crise, à faciliter une démarche de résolution de ses problèmes et à développer ses aptitudes au changement. La prise en charge psychosocial avec le « counseling » comme pierre angulaire vise à conseiller, informer et assister pour induire un changement,

²⁵³ Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h 18, durée 39 minutes 54 s

²⁵⁴ Hermine FOUA et al, 2017 op Cit

²⁵⁵ Moncher NSANGOU MBOUEMBOUE, 2014 « La demande de soins de santé chez les femmes infectées par le VIH au Cameroun : Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives dans les villes de Yaoundé & de Ngaoundéré »

soutenir face aux perturbations psychologiques et sociales impliquer dans la communauté et prévenir l'extension de la maladie.

II. LOGIQUES D'ACTEURS EN INTERACTION DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

1- Les logiques des patients

Logique(s) (sociales): Adjectif emprunté du latin « logicus », qui veut dire « Raisonnable » désigne une suite d'évènements résultant de la combinatoire des stratégies des individus d'un ou de plusieurs groupes régulés par réciprocité²⁵⁶. Nous entendons par logiques des patients, un ensemble de mécanismes cognitifs ou pragmatiques que les patients combinent pour prendre en charge l'insuffisance rénale. C'est un ensemble d'attitudes et aptitudes mobilisées par les patients hémodialysés qui déterminent leurs actions face à cette maladie et leur PEC.

Nous avons constatés que les logiques de certains patients étaient fondées sur le suivi hebdomadaire de la dialyse, la prise des médicaments et l'acceptation de faire leurs bilans de santé mensuels de santé. Ces logiques sont expliquées par les conduites ou le comportement des différents patients qui espèrent une guérison effective. En outre, les logiques des patients étaient aussi fondées sur les choix thérapeutique de la biomédecine fondée sur la dialyse comme traitement disponible au CHUY pour freiner l'IR. Tous les patients ont déclaré qu'ils faisaient recours à la dialyse et que le choix n'était pas imposé mais volontaire. Les propos du patient suivant permettent de comprendre sa logique dans le processus de PEC : mais certains patients disent que la transplantation rénale est une voie thérapeutique pour lutter contre cette maladie malgré qu'elle ne soit pas encore implémentée au CHUY. D'où l'affirmation suivante :

On nous a dit que la transplantation rénale c'est la seule issue pour revenir à l'État normal [...] On nous a dit que si on avait les donneurs, on peut venir on fait les interrogatoires et ont fait les tests de compatibilité et les examens qui vont avec, s'il y a compatibilité, on fait l'opération .On paie tous les frais D'exams du donneur et pour le receveur. Tu pars t'inscrire avec le nom de ton donneur²⁵⁷

Pour renchérir ce propos, une patiente va dire que « C'est une maladie qu'on ne peut pas guérir. Soit tu fais seulement la dialyse et la transplantation rénale jusqu'à la fin de tes jours ». Le patient 17 dans sa logique affirme que

Je viens dialyser parce que je souhaite que ma santé soit rétablie. Je souhaite être à l'état d'une personne en bonne santé. C'est depuis 2013, on ne connaît pas la durée

²⁵⁶ Pierre ANSART et al, 1999, op Cit page 310.

²⁵⁷ Entretien passé avec le patient 20, le 2 août 2022 au CHU de Yaoundé à 11h 13.

*pour moi, tu ne peux pas savoir. Beaucoup de gens avec qui j'ai commencé sont mort. Dont tu ne peux pas savoir. Il y a des qui entrent dans la maladie, ils font 1, 2, 5ans et ils meurent. D'autres ça prolongent mais ils ne sont pas nombreux. C'est traitement à vie.*²⁵⁸

De cette analyse, il en ressort que, les malades rénaux fondent leurs les logiques d'actions dans leurs manières de « penser », « sentir » et « agir » face à cette maladie, ses trajectoires thérapeutiques que chaque malade opère et ainsi que sa prise en charge.

2- Les logiques des garde-malades

Au cours de cette recherche au CHUY nous avons constaté que, les logiques des différents garde-malades étaient fondées sur les rôles qu'ils incarnaient ou jouaient auprès des malades rénaux. [Leurs rôles (aller acheter de l'eau pour le malade ; accompagner son malade à l'hôpital ; le ramener à la maison après la dialyse...) qui jouaient auprès de leurs différents patients. Leurs logiques étaient aussi fondées sur leur perception de cette maladie. Pour certain garde-malade, c'est une maladie comme toutes les autres. C'est le cas de la garde-malade 3 qui nous a dit :

*Je la perçois comme les autres maladies. Je la prends comme c'est venu. Tu aimerais que je vous dise quoi Monsieur ? [...] donc ce n'est pas une fin en soi où nous allons nous lamenter. Non ! Ce n'est pas la fin du monde. Donc on accepte tout simplement cette maladie. On prend comme c'est venu*²⁵⁹. *Nous n'allons pas quand même juger Dieu pour ça.*

D'après les propos de cette garde-malade, nous comprenons qu'elle perçoit l'IR comme toute autre maladie existentielle. Elle ne la prend non plus comme une fin en soi ni la fin du Monde. Mais elle accepte tout simplement ce fait social qui se présente à elle. Par conséquent, elle apporte son soutien d'accompagnant ou de garde-malade.

3- Logiques du personnel de santé

Les logiques des personnels de santé ont été observées dans la répartition du travail en équipe et aussi l'organisation des patients en hémodialyse par groupe qui visaient à faciliter leur PEC. C'est pour cette raison que l'infirmier 4 va dire que

*Dans ce service, toutes les équipes sont organisées. Nous avons 4 équipes. Et chaque équipe a un chef, le chef reparti le travail dans son équipe, et il intervient dans les cas difficiles ou compliqués. Il rend aussi compte à la hiérarchie en cas de soucis. S'il a besoin du matériel de travail, il demande à la hiérarchie. Donc c'est organisé ici. Je suis le chef de l'équipe B. les groupe c'est de A ; B ; C ; D*²⁶⁰.

²⁵⁸Entretien passé avec le patient 18, le 2 août 2022 à 9h50 au CHU de Yaoundé.

²⁵⁹ Entretien passé le 28 juillet 2022 à 15h20 minutes au CHU, garde malade 3.

²⁶⁰ Entretien passé avec l'infirmier 6, le 11 août 2022 au CHU à 08h45, durée 17min52, chef d'équipe B.

Dans cette logique organisationnelle observées chez les personnels de PEC, l'infirmière 6 va affirmer que

Il y a les gens qui viennent travailler tous les jours de 7h 30 à 15h 30 de lundi à vendredi, en dehors des jours fériés, et nous autres qui faisons le roulement. Le roulement, il y a deux permanence, de 08h à 18h et deux gardes. 18h à 08h du lendemain, 2 permanences, donc 2 jours en journée successive, et 2 gardes successives aussi. Donc, après les deux gardes, tu fais 4 jours à la maison. Parce que selon l'OMS, «Une garde doit être compensée par deux jours ». Je fais 4 jours à la maison après le cycle recommence. On a un cycle de 04/8²⁶¹.

Certains personnels en charge de la PEC de cette maladie en hémodialyse au CHUY, fondent leurs logiques à travers la « division du travail », son organisation au sein de ce système qu'est le service d'hémodialyse et le respect de la profession, la considération du malade avant tout. C'est pour cette raison que l'infirmière 6 va soutenir cette thèse en affirmant ceci :

[...] A partir du moment où le personnel sais que, quand tu es personnel, c'est toi qui soigne le malade. Celui qui est d'abord en face de toi est malade. En fait, tu dois apprendre à gérer ses émotions. C'est-à-dire tu dois relativiser parce que, quand tu sais pourquoi tu es là, puisque c'est le malade qui justifie ta présence [...]. Ils s'inscrivent comme de potentiels acteurs chargés de la prise en soin des malades souffrants de cette affection par conséquent, ils restent indispensables.

II- ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY

L'organisation et le fonctionnement du système de santé moderne au Cameroun est composé de deux secteurs à savoir le secteur privé (confessionnel et non lucratif). Il a une structure pyramidale et comporte les niveaux suivants : Central (Élaboration des politiques, recherche des financements, assurance qualité, suivi, inspection et contrôle), Régional/intermédiaire (appui technique au niveau opérationnel) périphérique/opérationnel (Mise en œuvre des politiques).²⁶²

En effet, au CHUY de Yaoundé, le personnel soignant s'organise de la manière suivante pour prendre en charge des patients atteints de l'IR :

1- Répartition journalière de 8h-18h : 2 gardes et 4 jours de repos pour les infirmiers.

²⁶¹ Entretien passé avec l'infirmier 4, au CHU le 08 août 2022 à 01h33, durée, 22 : 06 s

²⁶² Moncher NSANGOU MBOUEMBOUE, 2014, P, 97, «La demande de soins de santé chez les femmes infectées par le VIH/SIDA au Cameroun : Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques dans les villes de Yaoundé et NGaoundéré », 2014.

En ce qui concerne l'organisation de la prise en charge proprement dite, le personnel s'organise de la manière suivante : Il s'agit d'après l'infirmière 1 de :

C'est le service de quart, à savoir 2 jours en journée, et deux jours le soir. Généralement, la ponctualité est de mise parce que, comme c'est longues les journées, en principe, il faut être ici à 7h 30. Pour pouvoir relever ceux qui sont venus dans la soirée à 18h et ont passé la nuit. Généralement, quand on commence le service, ici chez nous dans notre équipe, on aime faire les branchements en série. Quand on est trois infirmiers chacun peut surveiller une salle après les branchements. Ici, on travaille véritablement en équipe, tous ensemble. Chaque équipe à sa façon de travailler non, d'autres ont leurs salles²⁶³.

Pour cette stratégie d'organisation de la PEC de l'IR, l'infirmier 4 va affirmer que

Dans ce service, toutes les équipes sont organisées. Nous avons 4 équipes. Et chaque équipe a un chef, le chef répartit le travail dans son équipe, et il intervient dans les cas difficile ou compliqués. Il rend aussi compte à la hiérarchie en cas de soucis. S'il a besoin du matériel de travail, il demande à la hiérarchie. Donc c'est organisé ici. Je suis le chef de l'équipe B. les groupe c'est de A ; B ; C ; D²⁶⁴. Dans l'organisation de la PEC des patients atteints de cette maladie, l'infirmière 6, va renchérir les propos de ses collègues en disant qu'ils s'organisent de la manière suivante:

Il y a les gens qui viennent travailler tous les jours de 7h 30 à 15h 30 de lundi à vendredi, en dehors des jours fériés, et nous autres qui faisons le roulement. Le roulement, il y a deux permanence, de 08h à 18h et deux gardes. 18h à 08h du lendemain, 2 permanences, donc 2 jours en journée successive, et 2 gardes successives aussi. Donc, après les deux gardes, tu fais 4 jours à la maison. Parce que selon l'OMS, «Une garde doit être compensée par deux jours ». Je fais 4 jours à la maison après le cycle recommence. On a un cycle de 04/8.

De ce qui précède, il en ressort que la prise en charge des patients souffrants de cette maladie en service d'hémodialyse est répartie en quatre groupes d'infirmiers (A ; B ; C ; D). Cette organisation est très structurée et surtout par équipe. Une équipe vient le matin, elle part jusqu'à 18h tandis que l'autre arrive pour y passer la nuit. Ainsi, nous avons constaté avec les infirmiers cités plus haut qu'ils ont un système de 2 permanences et deux gardes. Et 4 jours de repos pour chaque personnel. Nous remarquons par-là une répartition objective, rigoureuse d'après les recommandations de l'OMS. Elle recommande qu'une garde soit compensée par deux jours d'après l'infirmière 6 qui a déclaré :

Il y a les gens qui viennent travailler tous les jours de 7h 30 à 15h 30 de lundi à vendredi, en dehors des jours fériés, et nous autres qui faisons le roulement. Le

²⁶³ Entretien passé le 05 août 2022 au CHU de Yaoundé à 09h2

²⁶⁴ Entretien passé le 11 août 2022 au CHU à 08h45, durée 17min52, chef d'équipe B.

roulement, il y a deux permanences, de 08h à 18h et deux gardes. 18h à 08h du lendemain, 2 permanences, donc 2 jours en journée successive, et 2 gardes successives aussi. Donc, après les deux gardes, tu fais 4 jours à la maison. Parce que selon l’OMS, «Une garde doit être compensée par deux jours. Je fais 4 jours à la maison après le cycle recommence. On a un cycle de 04/8²⁶⁵

2- Répartition hebdomadaire en dialyse entre patients-patients

D’après la fiche de suivi des patients CHUY09/082022, nous avons observé que la répartition hebdomadaire consistait au passage des patients hémodialysés en fonction de leurs différents groupes répartis par le service hémodialyse. Nous avons constaté qu’il y avait 2 grands groupes (lundi-Jeudi ; Mardi-Vendredi et Mercredi-Samedi) réparti en quatre sous-groupe réparti comme suit (1^{er} groupe 04h-08h) ; (2^{ème} groupe 09h-13) ; (3^{ème} groupe 14h-18h) ; (4^{ème} groupe 19h-23h). Dans chaque groupe, nous avons dénombré près de 33 patients sans compter les nouveaux cas et les patients qui sont venus en urgences.

Ainsi, cette stratégie liée aux différents passages des malades hémodialysés leur permet de mieux suivre la prise en charge par l’hémodialyse sans interruption de manière individuelle, efficace, efficiente etc. dans ce même service, certains patients semblent être privilégiés. D’après ces enquêtés, il s’agit des urgences. Nous comprenons ce mot en ce sens que, «c’est une situation dans laquelle se trouve un patient dans un état de vie ou de mort et nécessite à cet effet l’intervention du personnel soignant». Ces urgences peuvent provenir du CHUY comme elles peuvent venir d’une autre structure hospitalière. C’est pour cette raison que l’infirmière va dire que «²⁶⁶Il y a juste les urgences qui peuvent venir soit du CHU soit des cas qui ont été transféré au chu pour faire la dialyse puis repartir dans leurs hôpitaux respectifs ». Dans le même sens, l’une des infirmières va ajouter que, les urgences peuvent venir aussi d’autres services au CHUY. Elle affirme ses termes : « [...] Nous appelons les urgences. Comme le cas de ce soir. Les urgences programmées qui sont hospitalisés ici au chu. Après ils repartent dans le service qu’il les a envoyé ici. ».

²⁶⁵ Entretien passé au CHU le 08 août 2022 à 01h33, durée, 22 : 06 s

²⁶⁶ Entretien passé avec l’infirmière1 au CHUY le 08 août 2022 à 06h10, durée : 20min58s

3- Stratégie mensuelle : Bilan des examens de santé des patients

Au cours de notre recherche au CHUY, nous avons appris que cette stratégie était d'ailleurs obligatoire pour tous les malades qui faisaient la dialyse. D'après nos enquêtés, la stratégie mensuelle consiste pour le malade en dialyse de faire un bilan de santé prescrit par le néphrologue chaque fin du mois pour voir si le malade présente d'autres anomalies (anémie sévère, insuffisance cardiaque etc.). Cette stratégie obligatoire était prescrite par le médecin spécialiste. Lorsqu'un patient ne la respectait pas, il ne pouvait pas/ plus apte à faire la dialyse, jusqu'à ce que ce bilan mensuel de santé prescrit en terme de stratégie de PEC par le médecin spécialiste ne soit respecté. C'est dans ce sens que la patiente 3 qui va affirmer :

Il y a les bilans mensuels qu'on fait aussi pour la santé, c'est obligatoire et on ne te demande pas. Si tu ne fais pas ça, le jour où tu vies dialyser, tu perds ton temps. Surtout, ça permet au moins de voir si tu es aussi anémiée ou pas, et si tu es anémié, tu dois faire une transfusion sanguine. Parce que si tu n'as pas le sang tu vas vivre comment ? Là c'est tout²⁶⁷.

Il en ressort de cette analyse que l'une des stratégies qui permet de lutter contre l'IR au CHUY repose sur le bilan mensuel des examens de santé de chaque patient. D'après le malade précédent, c'est bilan ne pas facultatif mais obligatoire pour chaque patients qui facilite le suivi individuel des soignés.

III- PATIENTS HÉMODIALYSES: ENTRE STIGMATISATION ET MARGINALISATION ET LEUR PRISE EN CHARGE

1- Patients atteints de l'insuffisance rénale face à la discrimination

Par stigmatiser, Erving GOFFMAN entend «Un individu qui présente un attribut qui le disqualifie lors de ses interactions avec autrui »²⁶⁸. La stigmatisation des patients souffrants de l'IR au CHUY s'est appréhendée à partir de leurs interactions à travers leur groupe d'appartenance. Cette stigmatisation s'est observée au niveau du rejet, de la discrimination de certains dans leur communauté d'appartenance. C'est le cas du patient 1 qui dit avoir été abandonné par ses amis dès qu'ils ont su qu'il était malade. Dans sa réunion, son nom a été mis en dernière position. Cette idée peut être justifiée par la déclaration suivante de ce patient :

[...]La réunion que je faisais avec les amis, quand je me suis un peu rétabli, Je suis allé là-bas, on m'a classé dernier. Parce qu'on sait que je peux mourir d'un moment à l'autre avec leur argent. », Même pour faire le prêt à la réunion, c'est n'est pas facile,

²⁶⁷ Honoré MIMCHE, « Gestion de la maladie dans un contexte de stigmatisation des pvvih : L'exemple du Cameroun », in Santé plurielle en Afrique : perspective pluridisciplinaire, Benjamin Alexandre. NKOUM (dir), op. Cite, p165

²⁶⁸ Erving GOFFMAN op cit 205.

tu comprends un peu non ? Je me sens vraiment gêné parce que je force seulement avant de rester dans la réunion [...] Quand je marche, si je pars peut être dans une fête, je vais toujours m'habiller en longue manches pour qu'on ne voit pas mon bras avec la fistule. Et celui qui est toujours à côté De moi va me dire que, il va te poser des questions, tu as fait un accident, je leur réponds oui, pour ne pas attirer l'attention [...]

Dans le même sens, il va démontrer à travers ce propos comment il était abandonné dans une structure lorsqu'il était en plein saignement. Il affirme cela en ces termes :

Je me rappelle, une fois à N, j'avais fini ma dialyse, quand je quittais B pour N pour dialyser, puisque je vivais chez mon grand frère à B. J'ai fini la dialyse autour de 16h [...] Je me rends compte que le lit est mouillé de sang. Arriver là- bas, [...] Quand elle court pour faire appel aux autres, quand ils arrivent, ils ne veulent même pas toucher. Et je perdais considérablement du sang. J'étais obligé d'envoyer ma femme à la pharmacie m'acheter des compresse afin de placer sur ça et étouffer le saignement [...]»²⁶⁹.

Le patient 20 est allé dans le même sillage que celui précédent. Il a été rejeté, abandonné par ses amis lorsqu'il avait besoin des poches de sang. Il affirme à ce propos : «*Mes amis m'ont fui. Avec l'état de la maladie que j'avais, beaucoup ont fui. On m'a prescrit 4 poches de sang, j'ai cherché les donneurs mais personnes ne s'est manifesté. Quand je suis sorti de l'hôpital, j'ai pris mon appartement. Il n'y a que la famille qui me rend visite* »²⁷⁰.

De cette analyse, il en ressort que les patients atteints de l'IR au CHUY sont confronté au problème de stigmatisation au sein de leur société ou leur groupe d'appartenance ceci à cause de leur état de santé qui donnait l'impression à « l'opinion » qu'ils étaient déjà à la « porte de la mort. ». En outre, dans leurs groupes d'appartenance, les malades atteints de cette pathologie font face aux préjugés, aux prénotions de leurs vis-à-vis. Cette stigmatisation est observée à travers les jugements de valeurs portant ainsi atteinte à leur personnalité individuelle. C'est pour cette raison que Honoré MIMCHE souligne : «*Dans les interactions quotidiennes, la maladie provoque des sanctions et des comportements de rejet que les acteurs sociaux développent par peur de contamination* ». Le propos du patient 5 «*J'ai été dénigré par certains de mes propres frères [...]*», pour renchérir, le patient 1 va dire que «*Mes amis d'avant m'ont fui. Ce sont les amis qui m'ont connu dans la maladie qui se comportent bien aujourd'hui avec Moi et mes amis transporteurs par exemple. Les amis, d'avant ce sont retirés tout simplement quand ils ont su que je suis malade*». ²⁷¹

²⁶⁹ Entretien passé avec le patient 1, le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h18, durée 39minutes 54s

²⁷⁰ Entretien passé le 2 août 2022 au CHU de Yaoundé à 11h1, avec le patient 20.

²⁷¹ Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h18, durée 39minutes 54s avec le patient 1

Mais cette stigmatisation selon Honoré MIMCHE est construite au départ par l'institution hospitalière car cette dernière «constitue un dispositif de production et de reproduction des stéréotypes vis-vis des personnes malades »²⁷². Les propos de la patiente 17 vont dans le même sens que pour cet auteur. La patiente affirme à cet effet que :²⁷³

Certaines infirmières sont vraiment agréables mais d'autres non. Ceux qui ne monnaient pas sont parfois maltraités et ceux qui monnaient, on les encadre bien, ce sont les privilégiés de la dialyse. Ils sont prioritaires alors que c'est eux qui ont formés des groupes ».Elle a également ajouté en ce terme : «Certaines personnes sont vraiment désagréables envers nous les malades, On vous prend et on vous traite comme des humains normaux. Mais il y a d'autre qui, ils ne vous regardent même pas. Ils font passer d'autres en premier disons [...].

Les propos de l'infirmière 3 sont contraires face au point de vue de cet auteur qui dit que l'institution hospitalière est le lieu de « production »et de « reproduction » des stéréotypes vis à vis des malades. D'après cette infirmière, certains Patients atteints de l'insuffisance sont agressifs envers le personnel soignant. Ce qui rend parfois les interactions conflictuelles entre certains soignés-soignants. C'est pour cette raison qu'elle affirme que

Ce service est difficile puisque tu es parfois confronté aux malades à toute heure surtout quand la relation est conflictuelle, comme si tu étais la cause de sa maladie [...] Parfois j'ai déjà été agressé par les patients même. Un jour, je suis arrivée, quand on arrivait, Il y avait un manque d'éléments dans son kit de branchement [...] elle avait une seringue en main mais qui n'était pas scellée. J'ai refusé d'utiliser cela. Elle m'a insulté correctement. Je lui ai dit que je ne peux pas utiliser une seringue qui n'est pas dans un plastique. Elle m'a demandé quand est ce que je suis arrivée et que je connais d'abord quoi de la dialyse. Quand j'ai fait appel à ma collègue pour la faire part de la situation, Elle m'a dit que je laisse tomber car c'est comme ça qu'elle se comporte envers le personnel soignant, certain [...]

Il ressort des propos de cette infirmière que les relations entre le soignant-soigné sont parfois agitées. Ceci s'explique à travers le comportement de certains malades vis-à-vis du personnel chargé de la PEC. Dans ce cas, le soignant influencé par le comportement du « malade-déviant » fait montre de maîtrise de soi à travers la collaboration morale de son collègue présent. Dans le même sens, elle a ajouté en soutenant qu'

[...]Un soir je suis arrivé, j'ai vu les noms par ordre d'arrivée [...] il y avait un problème de machines [...], tous les machines ne fonctionnaient pas du coup [...] J'arrive je donne le papier, il y a un papa qui me dit, vous-avez sauté Monsieur BE, il est venu avant AM. Entre temps AM dormait sur le lit [...] il m'a insulté jusqu'à me dire que, désormais quand je vais prendre un malade, je demande son avis. Je me suis

²⁷² Honoré MIMCHE, « Gestion de la maladie dans un contexte de stigmatisation des pvvih : L'exemple du Cameroun », in Santé plurielle en Afrique : perspective pluridisciplinaire, Benjamin Alexandre. NKOUM (dir), op.cit., p165

²⁷³ Entretien passé avec la patiente 17 le 05 août 2022 à 09h40 au CHU de Yaoundé

calmé, je lui ai dit que, désormais quand tu vois là où je travaille ne passe pas mais si tu passes et je te saute sans te brancher, va dire au Directeur si ça t'énerve [...].

Au regard de ce qui précède, nous avons malgré tout analysé à travers ces différentes thèses que ce soit par certains patients ou par le personnel soignant, les interactions entre patient et soignant sont parfois conflictuelles à cause des dynamiques internes (problème de salle d'eau ; machines en panne ; les attitudes déviantes de certains patients). Nous comprenons aussi par dynamiques internes le «monnayage» parfois observé dans ce service. Ces «dynamiques du dedans» qui sont également le non-respect des rangs chez certains patients voire l'heure au détriment des autres expliquent les relations conflictuelles entre les malades et certains personnels de PEC. Les propos de cette infirmière illustrent fort bien ce phénomène d'où la déclaration suivante : « [...] la patiente prend le papier et dit que là où son nom est ne devrait pas être à ce niveau parce qu'elle est venu avant ceux qui sont devant lui. Ce n'est pas de ma faute mais celle de l'équipe qui était là [...]».

Pour renchérir ce propos, l'infirmière 6 va affirmer²⁷⁴ que

[...]Une autre fois c'est celui que tu vois coucher là [...] j'ai vu les noms par ordre d'arriver [...] il y avait toujours le problème de machines comme maintenant, tous les machines ne fonctionnaient pas du coup. Le passage des patients était lent. J'arrive je donne le papier, il y a un papa qui me dit, vous- avez sauté Monsieur H, il est venu avant K. Entre temps H dormait. Quand il se lève de son sommeil, il se rend compte que j'ai pris Monsieur K, il est allé dans la salle me voir en me demandant pourquoi est-ce que j'ai pris Monsieur K. Quand je veux lui expliquer qu'il est venu avant lui d'après les propos des autres malades, il m'a insulté jusqu'à me dire que désormais, quand je vais prendre un malade, je demande son avis. Je me suis calmé. Je lui ai dit que désormais, quand tu vois là où je travaille ne passe pas mais si tu passes...

Cependant, nous pouvons déduire de cette étude que le comportement déviant de certains malades en hémodialyse au CHUY. Il reste problématique à l'endroit du personnel soignant. C'est pour cette raison que cette infirmière va continuer dans la même perspective en disant que : « [...] Un jour, le professeur nous avez dit à la réunion que, les malades de la dialyse sont très difficile de caractère, sachez comment les prendre. Par moment, lorsqu'ils dérapent, montrer leur aussi que vous pouvez aussi vous énervez aussi»²⁷⁵. Pour étayer ce propos, la patiente 3 va confirmer que «Certains mêmes se mettent en conflit avec le personnel soignant parce qu'ils sont déjà bloqués dans la tête. Pour eux c'est difficile, c'est inacceptable. Mais quand tu as accepté et que tout est « libre », ça va»²⁷⁶.

²⁷⁴ PATIENTE 7. Entretien passé avec la patiente 7, le 3 Août 2022 à 18h 28 au CHU

²⁷⁵ Entretien passé avec l'infirmière 3, le 10 août 2022 au CHU à 00h45, durée 20min51s

²⁷⁶ PATIENTE 7. Entretien passé avec la patiente 7, le 3 Août 2022 à 18h 28 au CHU

De ce qui précède, nous pouvons dire que certains patients atteints de l'insuffisance rénale au CHU sont stigmatisés parce qu'il y a absence d'un suivi et service psychosocial, absence de counseling dans le service hémodialyse. Ils sont également aussi responsable de leur stigmatisation parce qu'ils veulent se substituer aux infirmiers, ce qui rend rigide voire conflictuelle leurs interactions car certains sont violents envers les infirmiers d'après les propos de la patiente évoquée en amont.

2- Gestion de la stigmatisation chez les patients atteints de l'insuffisance rénale

Face la stigmatisation, certains malades du CHUY disent qu'ils préfèrent regagner leurs domiciles respectifs après leur séance de dialyse. C'est le cas du patient qui affirme en ces termes : ²⁷⁷«*Quand je dialyse, je rentre chez moi, je n'ai pas le temps de fréquenter les amis.*» En outre, certains patients hémodialysés préfèrent porter des habits longs manches de peur d'afficher les cicatrices de la fistule. Pour ces derniers, porter ce type de vêtements constitue une stratégie leur permettant de lutter et de s'échapper aux Interrogations que les individus de leur milieu d'appartenance portent à leur endroit. C'est pour cette raison que le patient 1 va déclarer que

*[...] Quand je marche, si je pars peut être dans une fête, je vais toujours m'habiller en longue manches pour qu'on ne voit pas mon bras avec la fistule. Et celui qui est toujours à côté de moi va me dire que, il va te poser des questions, tu as fait un accident, je leur réponds oui, pour ne pas attirer l'attention [...]*²⁷⁸

Au terme de ce chapitre, nous avons relevé quelques contraintes d'ordre infrastructurelle, socioéconomiques, géographique et psychologique comme obstacles à la prise en charge des patients rénaux au CHUY. Nous avons par la suite relevé les logiques ainsi que les mobiles des patients ainsi que ceux du personnel soignant (ensemble de mécanismes cognitifs, comportementaux et pragmatiques qui stimulent et motivent ses différents acteurs à poser des actes qui visent à trouver une solution allant dans le sens de la prise en charge). Il en ressort de ce présent chapitre que les personnels soignants étaient très organisés et structurés. Ils avaient comme stratégie d'organisation, une répartition journalière de 8H-18h et 2 gardes plus 4 jours de repos ; les patients hémodialysés étaient également structurés à travers une stratégie de répartition hebdomadaire fondé sur leur ordre de passage par jour et aussi par semaine, constitué de 4 groupes Nous avons par cet effet constaté qu'il dialysait à moyen 40 à 44 patients par jour urgence y comprise. C'est pour cette raison que l'infirmier 4 va affirmer que « *Nous avons 11 postes qui fonctionnent régulièrement ici, qui sont constamment utilisés, au bout de 24h sans*

²⁷⁷ Entretien passé avec le malade 18, le 2 août 2022 à 9h50 au CHU de Yaoundé

²⁷⁸ Patient : Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à 10h 58minutes

nouveaux cas, on peut dialyser 44 patients»²⁷⁹.

En ce qui concerne la stratégie d'organisation et de répartition du service hémodialyse, l'infirmière 4 va dire que *«Ici on a système de 8 jours et non de 7 jours comme la semaine. Ici, on a 4 jours de travail par équipe, donc 2 jours de 18h à 18h et 2 jours de 18h à 8h et 4 jours à la maison. Après 4 jours, on se repose 4 jours. Notre semaine à huit jours et non 7 jours »²⁸⁰.*

Mais d'après certains enquêtés, les patients hémodialysés faisaient face à la stigmatisation dans le milieu hospitalier ainsi que dans leur société d'appartenance. D'aucuns disent qu'ils étaient marginalisés voire traités comme des animaux. Mais certains infirmiers entretenus ont déclaré plutôt le contraire car ils se heurtent aux comportements déviant de certains malades hémodialysés. C'est le cas de cette infirmière qui a déclaré que [...] *Nous sommes confronté aux malades à toute heure surtout quand la relation est conflictuelle [...] J'ai déjà été agressé par les patients mêmes [...] on n'arrive à des situations parfois extrêmes. Parfois quand bien même le malade s'est battu pour avoir les 5000f pour dialyser [...] l'équipe qui présente n'a pas encore fini avec la dialyse à cause d'un problème comme la salle d'eau ou la machine qui déränge, il peut sombrer dans cet état de nervosité d'où sa relation avec le personnel soignant devient invivable.*

Les différentes analyses menées plus haut nous ont permis également d'appréhender une dynamique conflictuelle entre soignant et soigné qui peut s'expliquer par l'ensemble de manières « d'agir » et de « penser » entre les deux acteurs en situation. Elle peut aussi s'expliquer par le non-respect de l'ordre de passage de certains patients lors de leur séance de dialyse. Car parfois, cet ordre de passage est changé par certain personnel soignant. C'est pour cette raison que l'infirmière poursuit ses propos en ces termes : *« [...] Ce n'est pas de ma faute mais celle de l'équipe qui était précédente peut être à l'origine de cet incident ou de ce désordre. Je viens à peine de la relever et je suis l'ordre de passage qui est mentionné sur ce papier. »*. Toutefois, les analyses énumérées nous ont aussi permises de relever de comportements déviant chez certains patients hémodialysés. D'où les propos de l'infirmière précédente qui poursuit en disant ceci :

[...] Au cours d'une réunion, le néphrologue KAZE avait dit à la réunion que les malades de la dialyse sont très difficiles, qu'ils présentent souvent des écarts de comportements envers le personnel en hémodialyse, il faut les aborder avec prudence et tact. Par moment, lorsqu'ils dérangent montré leur aussi que vous pouvez aussi vous

²⁷⁹ Entretien passé avec l'infirmière 2, le 07 août 2022 au CHUY à 23h47 ; 40minutes39s

²⁸⁰ Entretien passé avec l'infirmière 3, le 10 août 2022 au CHU à 00h45, durée 20min51s

*énervez aussi, ripostez mais reste lucide sur vos limites*²⁸¹

Au cours de notre période de recherche, nous n'avons pas observé d'interactions conflictuelles entre les soignants et les soignés mais des dysfonctionnements liés au problème permanent de salle d'eau qui étaient des biais à la prise en charge des patients. Le déficit de machines car nous avons noté 11 machines fonctionnelles pour au moins²⁸² 44 malades dialysés par jour avec 11 machines fonctionnelles. Nous avons également constaté que, dans ce service, on a enregistré au moins 5 nouveaux cas d'incidence par semaine. C'est dire qu'on enregistrerait 20 cas par mois. Pour ce qui est de la mortalité en dialyse, l'un des infirmiers a dit ceci : « *Oui, Depuis que je suis là il y a eu 2 ; 3 ; à 5 décès, parfois quand ils sortent de la dialyse, ça les attrape comme ça, ils partent boire de l'eau alors qu'ils ne doivent pas boire beaucoup d'eau sinon le quart d'eau par jour, ils arrivent étouffer [...]* »²⁸³.

²⁸¹ Entretien passé avec l'infirmière 3, le 10 août 2022 au CHU à 00h45, durée 20min51s

²⁸² Entretien passé avec cet infirmier au CHU de Yaoundé, le 11 août 2022 à 7h57 avec, durée, 18min37s

²⁸³ Entretien passé avec l'infirmier 5 au CHU de Yaoundé, le 11 août 2022 à 7h57, durée, 18min37s.



CONCLUSION GÉNÉRALE

Au demeurant, en mettant au centre de notre réflexion le phénomène de l'insuffisance rénale, le présent travail s'est consacré à étudier « *La prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun : logiques, contraintes et stratégies des différents acteurs au CHUY* ». En effet, à l'heure actuelle, l'insuffisance rénale reste une urgence de santé publique dans le monde et au Cameroun. On note à 2 millions le nombre de personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique au Cameroun²⁸⁴, soit environ 500 malades hémodialysés. La prévalence de l'insuffisance rénale est assez difficile à évaluer car il y a beaucoup de malades qu'on ne voit pas. Au cours de notre période de recherche au CHUY, nous avons enregistré au moins 132 malades atteints de l'insuffisance rénale chronique. Face à cette maladie, Le Cameroun a créé 10 centres d'hémodialyses (Yaoundé, Bamenda, Bertoua, Ebolowa, Garoua...). En s'appuyant sur ces centres, on a au moins $(132 \times 10 = 1\ 320)$ le nombre de personnes touchées par cette maladie. À cet effet, l'État alloue un budget à hauteur de 4 milliards de francs par an pour subventionner (55%°) la prise en charge de cette affection, Ce qui ramène le prix d'une séance de dialyse à 5000 fcfa.

Toutefois, à côté des différentes stratégies et dispositions mises sur pieds par l'État pour prendre en charge cette maladie, il se pose toujours le problème de types d'interactions entre les patients atteints de l'insuffisance et les personnels soignants autour de la prise en charge de cette maladie au CHUY. Ainsi poser le problème de types d'interaction entre les malades rénaux et les personnels soignants autour la prise en charge de l'IR au CHUY amène à poser la question de recherche principale : quels facteurs expliquent les dysfonctionnements observés dans la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun ? Cette interrogation a suscité l'hypothèse de recherche de recherche principale suivante : La prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun se déploie par une dynamique conflictuelle ou des relations conflictuelles entre les acteurs en interaction ou en présence. Le travail de vérification de cette hypothèse a eu lieu sur le terrain grâce au cadre théorique et méthodologique. Comme modèle théorique nous avons fait appel au modèle étiologico-thérapeutique de François LAPLANTINE qui a permis de ressortir les perceptions et croyances étiologiques de l'insuffisance rénale chez les patients hémodialysés au CHUY. La théorie des représentations sociales de Serge MOSCOVICI qui a permis de montrer les pratiques, perceptions sociales autour de l'insuffisance rénale et l'analyse stratégique de Michel CROZIER a permis de cerner les différentes stratégies mises sur pieds par les différents acteurs face à la prise en charge de cette pathologie. De même, la collecte des données s'est faite à travers l'usage des techniques et outils

²⁸⁴ FOU DA, 2015 op Cit

de collectes qualitatives : l'échantillonnage non Probabiliste (dans ce principe, chaque unité n'avait pas une chance égale ou la même probabilité d'être sélectionner). Ainsi, L'échantillonnage par « **boule de neige** » cette technique a permis de cibler 22 patients atteints de l'insuffisance rénale. De même, nous l'avons également utilisé pour enquêter 7 personnels soignants/infirmiers et l'échantillonnage volontaire (laisse une participation libre et volontaire des enquêtés) a également permis d'enquêter 12 garde- malades.

Nous avons élaboré 3 guides d'entretien pour toutes ces catégories cibles. Le guide d'entretien soumis auprès des patients avaient pour but de comprendre l'origine ou leurs croyances étiologiques de leur maladie, leurs pratiques, perceptions sociales de l'insuffisance rénale et les différents trajectoires thérapeutiques, les acteurs intervenant dans la PEC de l'IR au CHUY ainsi que leurs différentes suggestions. De plus, le guide d'entretien administré auprès des infirmiers a favorisé de cerner la compréhension biomédicale de l'insuffisance rénale, sa prévalence et son incidence au CHUY, la politique de prise en charge des patients atteints de cette pathologie au CHUY. En outre, le guide d'entretien pour les garde-malades nous ont permis de rendre compte du suivi des patients, leur situation de la PEC des patients depuis la survenue de leur maladie, et les différents acteurs intervenant dans la construction des itinéraires thérapeutiques. L'observation documentaire a déroulé les auteurs ayant abordé les thématiques liées à l'insuffisance rénale dans le monde, en Afrique et au Cameroun.

L'observation directe nous a permis de vivre en temps réel la prise en charge de ces patients à travers l'itinéraire biomédicale qui était basée sur les séances d'hémodialyse ou de la dialyse. « l'observation participante » nous a également permis de nous immerger pendant les séances de dialyse au cours de deux gardes nocturnes passées avec le personnel chargé dans la PEC. L'analyse des données collectées a été faites grâce l'analyse des contenues en ce qui concerne les données qualitatives et le logiciel Word 2013. Dès lors, les résultats obtenus à la suite de ces analyses nous amènent aux conclusions selon lesquels : D'abord, certains patients atteints de l'IR attribuent les origines de leur maladie à travers les maladies telles que les maladies cardiovasculaires, (l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque), le diabète, le paludisme, l'automédication, la consommation de produits toxiques dérivée à l'ethnomédecine, le paludisme, le VIH/SIDA, les hépatites, bref les maladies chroniques en général. Donc, les malades atteints de l'IR trouvent les causes de leur maladie dans la biomédecine, dans le social et dans le culturel. En effet, 3 patients/22 ont donné l'origine de l'insuffisance rénale à travers le facteur culturel car pour eux, il s'agissait d'une « maladie mystique », une « maladie de la sorcellerie », une « maladie qu'on a seulement lancée ». Face à cette maladie, il y a des patients Qui ont choisi la trajectoire

biomédical (qui était fondée sur l'hémodialyse, la prise de médicaments, les transfusions sanguine etc.) tandis que d'autres ont fait recours à l'ethnomédecine (consommation du kukuma ; persile ; jenzen) certains faisaient également un traitement parallèle comme les séances de prière parce que, pour eux, cette maladie semblait mystique, quelque chose qu'on a seulement provoquée ou faite. Pour lutter contre l'insuffisance rénale au CHUY, différentes stratégies seront réparties sous la coordination du major hémodialyse et la supervision générale du Néphrologue KAZE. Nous avons eu l'organisation basée sur la répartition hebdomadaire pour le personnel. Elle était centrée sur la stratégie 8h-18h, avec 2 gardes et 4 jours de repos. La répartition journalière liée au quatre groupes de passage pour tous les patients qui effectuent la dialyse au sein du service hémodialyse ; la stratégie liée au bilan mensuel de santé chez chaque patient. Enfin, la prise en charge des patients atteints de l'IR au CHUY comme dans d'autres sociétés d'ailleurs reste encore un fait collectif dans la mesure où elle implique les membres du réseau relationnel à travers leurs ressources mobilisées. Ceux-ci jouent un rôle déterminant dans le suivi des patients ainsi que les infirmiers et le choix de l'itinéraire thérapeutique des malades. En effet, au CHUY, la mobilisation de plusieurs acteurs et leurs différentes stratégies ne viennent pas seulement des soignants mais aussi son entourage ou son réseau de support relationnel. Ceux-ci pouvant être les membres de la famille (père, les enfants, les nièces etc.), les amis (proches, collègue de travail), les membres de la réunion etc. Ainsi, ce réseau de support intervient dans l'orientation des trajectoires thérapeutiques et parfois dans la prise de décision sur le choix de celle-ci. En fait, 15 patients ou malades ont affirmé n'avoir pas été à l'origine du choix de leurs différents parcours, cela a été fait par le néphrologue sous le consentement d'un frère, une tante, un parent ou ami pourvoyeur des fonds. Les 7 autres malades opérant eux-mêmes leurs choix étaient économiquement indépendants et capables d'assumer les dépenses des soins. De plus, l'entourage du malade étant impliqué dans la PEC, celui-ci mobilise alors plusieurs ressources qui ne sont pas seulement financières même-si cette dernière reste indispensable et indéniable. À côté de l'aide financière nous avons également noté d'autres ressources à savoir celle affective ; qui constitue le soutien affectif dont tous les malades en n'ont besoin. La ressource relationnelle, qui représente le capital social du malade et de son entourage pouvant contribuer à rendre facile l'accès au soin ; et enfin le capital culturel qui est mobilisé par l'acteur du groupe ayant un niveau intellectuel le plus élevé pour édifier les membres sur cette pathologie. C'est le cas du patient²⁸⁵1 qui explique que, c'est son grand frère médecin, par son capital culturel qui lui a demandé de faire le bilan de santé qui a conduit à détecter l'IR, il lui a recommandé un transfert pour Yaoundé

²⁸⁵ Entretien passé le 28 juillet 2022 au CHU de Yaoundé à durée 39 minutes à 10h48 s,

puisque'il était en collaboration avec le néphrologue KAZE, qui à cette ère était à l'HGY. Dès lors, cette mobilisation entraîne ainsi un partage de rôles de la part des acteurs impliqués dans la structuration des soins. Nous avons remarqué au cours de notre période de recherche par exemple le rôle des garde-malades étaient d'abord d'accompagner leur malade pour faire la dialyse, d'aller chercher les poches de sang pour leur malade, de s'approvisionner à la pharmacie (acheter le kit pour revenir donner aux infirmiers pour qu'on branche et dialyse leur malade), d'appeler à l'étranger pour rendre compte au pourvoyeur du déroulement de la séance de dialyse de leur patient(e) (leur mère, parent, grand-frère etc.), d'acheter à manger pour leur patient etc. Cependant nous avons à travers différents entretiens compris que, certains patients étaient discriminés par le personnels chargé dans la prise en charge de cette maladie et d'autres abandonnés par leurs proches dans cette maladie. À ce titre, nous avons recensé 2 patients qui ont affirmé d'être discriminé en service Hémodialyse. Nous avons également à travers les entretiens administrés auprès du personnel soignant.

Certain patient avait fait l'objet de menace à l'endroit du personnel à cause d'une discrimination due à l'ordre de passage en dialyse. Toute chose qui permet de « démasquer » les interactions conflictuelles entre le soignant et le soigné. De plus, nous avons eu 3 patients qui ont affirmé d'être stigmatisé au sein de leur réunion car vu leur état, il était mis comme dernier bénéficiaire sur la liste de la cotisation. Toutefois, les patients qui subissent cette stigmatisation ont opté comme mesures de lutte : le port des habits très long pour cacher leurs fistules. D'autres affirment avoir abandonné avec les (tontines ; cotisation et réunions). Certains préfèrent dialyser et rentrer immédiatement chez eux après la dialyse, et d'autres préfèrent regagner leurs bureaux respectifs après la dialyse. D'aucuns pensent qu'il ne faut même pas en parler de sa maladie aux proches. Ceci constitue un ensemble de moyens qu'ils opèrent pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

L'approche socio-anthropologique et biomédicale effectuée au CHUY sur la question de la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale a un intérêt à plusieurs aspects sociaux. D'un côté, elle permet d'accroître le champ de la sociologie en général ancré sur le « Défi de l'innovation théorique »²⁸⁶ dont recommande Jean-Marc Ela, de la sociologie de la santé et de la maladie en particulier en enrichissant la connaissance sur la problématique liée à PEC de l'insuffisance rénale au Cameroun. Ainsi, cette épistémologie dont préconise cet auteur nous a invité à « résister » à ce qu'il appelle « la tentation du mimétisme conceptuel et à l'empire de

²⁸⁶ L'Afrique à l'ère du savoir : Science, société et pouvoir, L'Harmattan, 2006.

l'empirisme » qui s'inscrit comme un héritage de l'anthropologie colonial P, 264. Ce travail de recherche a permis également d'acquiescer des connaissances sur les comportements à risque pouvant conduire à l'IR. Elle a également permis de comprendre quelles conduites, attitudes, comportements sont à tenir afin d'éviter les facteurs de risque pouvant conduire à cette maladie. De plus, L'approche biomédicale a permis de cerner l'étiologie de cette affection et les pratiques, perceptions sociales des différents patients garde-malades, personnels de la PEC face à cette maladie.

Dans un cadre plus pratique, ce travail s'inscrit dans la prévention et la lutte contre l'insuffisance rénale au Cameroun. Comme le souligne d'Émile DURKHEIM, «*l'activité sociologique ne mériterait pas une peine si elle ne contribuait pas à reformer la société.*»²⁸⁷

La sociologie n'est pas que spéculative, elle est porteuse, implicitement ou explicitement d'une intention, d'un projet de changement de la société. Elle est toutefois théorique, spéculative, et pragmatique, pratique. Elle n'est pas un savoir éthéré, désincarné mais une discipline connectée à son temps, bien enracinée dans l'humus fécondant des questionnements et inquiétudes de son environnement et de son époque.

Cette recherche permet finalement la compréhension de la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun : Logiques, contraintes et stratégies des différents acteurs au CHUY a permis de cerner le problème de types d'interactions entre les personnels soignant et les malades atteints de l'insuffisance rénale au CHUY qui ne sont pas le plus souvent mis au centre de leur maladie. Cette recherche a permis d'appréhender comment se construisent les relations entre différents acteurs chargés dans la prise en charge de cette maladie, leurs différentes trajectoires mises sur pieds et les stratégies permettant de lutter contre cette affection. Cette enquête constitue un outil d'aide à la prise de décision pour les responsables publics dans la mesure où, il met en exergue le niveau de connaissance de cette pathologie qui est encore fragmentaire mieux encore, qui a moins de données sur sa prévalence et son incidence au Cameroun. Cette recherche permet d'adopter de comportements sains afin d'éviter les facteurs de risques liés à cette pathologie. Cette investigation constitue un outil d'aide à la prise de décision pour les responsables publics dans la mesure où il met en exergue le niveau de connaissance sur la PEC de cette pathologie qui est encore partiellement connue par la population Camerounaise. Elle s'inscrit comme une matrice qui permette aux décideurs d'appréhender et d'améliorer la PEC en charge de cette pathologie, prendre en compte la

²⁸⁷ Valentin NGA NDONGO, « L'éloge de l'interdisciplinarité », in « Santé plurielle en Afrique : Perspective pluridisciplinaire » Nkoum Benjamin Alexandre (dir), Paris, L'Harmattan, 2011, PP 33-39.

conception qu'a le malade de sa maladie car « ²⁸⁸*Toute prise en charge de maladie, nécessitant la participation du bénéficiaire, ne peut être efficace sans la prise en compte de la conception de ce dernier de la maladie* ». Il est donc nécessaire en termes perspectives de mettre l'accent sur :

- La mobilisation, la communication pour le changement comportemental (CCC) et la sensibilisation des populations qui vise à les édifier à propos des types d'IR, leurs causes cliniques, leurs symptômes, leurs prises en charge et préventions ;
- Mettre sur pied un programme national de lutte contre l'insuffisance rénale au Cameroun ;
- Mettre sur pied un service psychosocial et un service counselings en hémodialyse du CHUY tout en amenant les malades à accepter leur maladie, à prendre conscience de leur état de santé en respectant scrupuleusement leurs séances de dialyse ;
- Mettre à jour tous les dix centres de dialyses que compte le Cameroun afin d'éviter la rupture de kits ; les flux et les grèves de patients dans différents services de dialyse ;
- Doter les services d'hémodialyse de forages modernes afin d'éviter les coupures d'eaux ; augmenter les machines en hémodialyse ainsi que l'effectif du personnel ;
- La subvention des examens et certaines injections par l'État car ils sont très coûteux ;
- La mise sur pied d'un plateau technique de greffage adéquate permettant aux patients (donneurs et receveurs) d'effectuer une transplantation rénale au CHUY ;

Enfin, une piste de réflexion peut encore susciter des interrogations à savoir : De la perception sociale de l'insuffisance rénale chronique chez les enfants âgés de [8;21] ans et types de prise en charge au Cameroun.

²⁸⁸ NOUGA II Thomas « Communication dans la prise en charge des maladies chroniques dans le contexte Africain, P 232 » in « *Maladies Chroniques en Afriques : Enjeux et perspectives* » Benjamin A.NKOUM, Presse UCAC, Yaoundé 2017.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A/OUVRAGES GÉNÉRAUX ET MÉTHODOLOGIQUES.

BOURDIEU Pierre *La sociologie est un sport de combat*, Cassettes vidéo de **Pierre Carles**, 2001.

BENOÎT Gauthier et al, 2003 *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* presse de l'Université de Québec, 4^{ème} édition. p 52.

BOURDIEU Pierre, *Le Métier de sociologue*, Mouton, 1968.

- *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977 p. 320-321.

DELA Jean-Pierre et **Bruno MILLY**, *Histoire des pensées sociologiques*, Armand Colin, 2005.²⁵⁸

ERHARD Freidberg *Les quatre dimensions de l'action organisée*, revue française de sociologie, 1992, 4, p. 531-557.

, *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.

ELA Jean-Marc, *Guide pédagogique de formation à la recherche pour le développement en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 2001.

DURKHEIM Émile *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1995.

GRAWITZ Madeleine., « *Méthodes de recherche en sciences sociales* », Paris, Dalloz, 2001.

HERBERT Simon et al, *Organisations*, Paris, Dunod, 1969.

JAVEAU Claude, *Leçon de Sociologie*, 2^{ème} édition. Paris Méridiens Klincksieck, 1959, p. 131.

ELA Jean-Marc *L'Afrique à l'ère du savoir : Science, société et pouvoir*, L'Harmattan, 2006.

QUIVY Raymond et **Luc VAN CAMPENHOUDT**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.

REYNAUD Jean-Daniel, « *Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome* », revue française de sociologie, 1988, 1, P. 518.

REYNAUD Jean-Daniel, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin, 1989.

RIUTORT Philippe, *Précis de Sociologie*, Paris, puf, 2014.

NGA NDONGO Valentin et Emmanuel KAMDEM (dir), *La sociologie aujourd'hui : une perspective africaine*, Paris, L'Harmattan, 2010.

VAN CAMPENHOUDT et al, *Manuel de recherche en science sociales*, Paris, Dunod, 2006²⁵⁹.

B/OUVRAGES SPÉCIFIQUES

BAUDELLOT Christian et al, 2018 « *Système de santé et maladies chroniques : Réflexion, débats et propositions* », édition „sanitaire““ chaire de santé Sciences Po.

DJOURDA FEUDJIO Yves Bertrand., « *Le foisonnement des soignants parallèles et l'offre des soins plurielle dans l'environnement urbain de Yaoundé : Conditions d'émergence et logiques des acteurs* », in **NGUENDO YONGSI et MIMCHE.**, « *Urbanisation, environnement et enjeux sanitaires en Afrique, Allemagne* » (Sarrebuck) : EUE, pp 339-372.

AKOTO MAMDJALE, « *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest, pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité,* » les cahiers de L'IFORD n°27, 2001.

DJOURDA FOUJIO, Y.B., « *Famille et Prise en Charge des maladies chroniques* », in « *Famille et Santé en Afrique* », Paris, L'Harmattan, 2001.

EBEN-MOUSSI, « *L'Afrique doit se refaire une santé: Témoignage et réflexion sur 4 décennies de développement sanitaire* », L'Harmattan, Paris, 2006.

HERZLICH Claudine., *Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984.

HERZLICH Claudine., *Santé et Maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1969.

LAPLANTINE François, « *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentation étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine* », Paris, Payot, 1986.

LE MEUR Yannick., et al, « *L'insuffisance rénale Chronique du Diagnostic à la Dialyse* », doin, Paris, 1998.

MBONDJI EDJENGUELE, « *Santé, maladies et médecine africaine plaidoyer pour l'autre tradipratique* », puf 2009.

MIMCHE Honoré., « Organisation du système de soins, Famille et prise en charge des malades » in « *Famille et Santé en Afrique Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin* », Paris, L'Harmattan, 2018, pp 39-48.

NKOUM Benjamin Alexandre., « *Maladies Chroniques en Afrique : Enjeux et perspectives* », PUCAC, Yaoundé, 2017.

NORTIER et al, « *Insuffisance (atteinte) rénale aiguë et néphrotoxicité médicamenteuse* », Rév Med Brux, 2001 et « *Néphrotoxicité* », Rev Med Brux, 1999.

RETELE Anne Laurentine., « *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, paris, L'Harmattan, 1987.

Fattorusso et Ritter., *Vadémécum clinique : Du diagnostic au traitement*, Masson. 18^{ème} édition.

WALSSMAN Renée., « *Représentations de la santé dans un groupe d'insuffisants rénaux à la suite d'un mouvement de grève* », Paris, L'Harmattan, 1987.

C /ARTICLES ET REVUES SCIENTIFIQUES

AABACH., « Profil épidémiologique de l'insuffisance Rénale aiguë intra hospitalière. Thèse de Doctorat en Médecine. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie ». Fes, Maroc, 2012.

AHMED, M. A., « Problématique de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques en dialyse à l'hôpital du point G en 2005. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Bamako, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie ». Bamako, Mali, 2006.

AMELLA, R., « Activité de l'unité de réanimation néphrologique » en 2008 CHU IBN ROCHD. Thèse de Doctorat en Médecine. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie. Fes », 2010,

ASHUNTANTANG Gloria ; Halle Marie-Patrice et al., « *Évaluation du coût économique de la prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë dans un hôpital tertiaire des soins au*

Cameroun: une étude de cohorte », in « CaHRef, Yaoundé Conges hall, 23-26 August 2016, P 196 », 2016.

CHOUABOUNI Yors et al, « *Profil épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique terminale dans la région de Sfax* », 2018.

D/MÉMOIRES ET THÈSES

EYENI SINOMON Tony et al, « *Analyse Descriptive de la Population des Hémodialysés Chroniques au Congo-Brazzaville* », 2021.

FOLEFACK François et al, “*Factors associated with late presentation of patients with chronic kidney disease in nephrology consultation*” in “*Cameroon-a descriptive cross-sectional study*”, 2019.

FOLEFACK François et al, « *Prévalence et déterminants de la maladie rénale chronique chez l'adulte en milieu urbain* ».

FOUDA Hermine et al, « *La survie en hémodialyse chronique au Cameroun* », 2017.

HOFFMAN Axel, « *Les modèles de Laplatine* » in « *Cahier des savoirs qui s'ignorent* » ? Santé conjugulée-avril 2001-n°16, pp 45-48.

JODELET Denise, « *La représentation sociale : phénomènes, concepts et théorie* », in **MOSCOVICCI Serge**. (dir), « *psychologie sociale* », paris, P.U.F, « *Quadrige* » 1984, pp 357-378.

KAZE François et al., “*The clinical pattern of renal diseases in the nephrology in-patient unit of the Yaoundé General Hospital in “Cameroon a five-year audit”*”, 2015.

LAKOA NGBWA D.L., « *L'insuffisance rénale aiguë de l'enfant à l'hôpital général de Yaoundé : Aspects cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs* » 2010-2011(FMSB-Yaoundé 1).

LAPLANTINE François, « *Des représentations de la maladie et de la guérison à la construction de modèle étiologique et thérapeutique* » in Anne Laurentine Retel, « *étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles* », paris, L'Harmattan, sociétés d'ethnomédecine. 1987. PP 289-303

MAKOU DJOUKOUO Joséphine Larissa., UCAC, « *Insuffisance rénale* » ,2017 (Derrière le PNLP).

MAMBAP TATANG, Alex « *Survie des patients hémodialysés chroniques au centre régional d'hémodialyse de Bamenda* » 2004-2015 (Mémoire-FMSB-Yaoundé1)

MARCELLINI Anne et al, « *Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine* », *le recours aux thérapies alternatives* : « Une éducation à un autre corps et éducation », numéro 2/200, mis en ligne le 24 septembre 2007 et consulté le 16 mars 2021.

MBASSI-BIKELE, Y., « *Médicament de la rue : un tueur silencieux* », 2014 Récupéré le 15-02-2015 in « Cameroun Tribune » 06/Mai 2014: <https://ct2015.camerontribune.cm>

NGO SENDE Sarah Sylvie, « Croyances étiologiques de la tuberculose et trajectoires thérapeutiques chez les BASSA du NYONG ET EKELE », 2018. P, 21. (Mémoire soutenu en Sociologie de la santé-uy1-2018 p 21.

NJOYOCK Emilienne Grace., « *Étude rétrospective des atteintes rénales toxique médicamenteuses au centre hospitalier universitaire de Yaoundé* », 2014. (Mémoire-FMSB).

NSANGO MOUSTAPHA., « La demande des soins de santé chez les femmes infectées par le VIH/SIDA au Cameroun. Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives dans les villes de Yaoundé et Ngaoundéré ». Thèse de Doctorat en sociologie uy1 2014.

PEERSMAN Greet, *présentation des méthodes de collecte et d'analyse de données : l'évaluation d'impact N° 10* in « office of Research-innocenti », page iii consulté le 08-09- 2022 à 20h18.

SOCPA Antoine et Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, « *L'hôpital au Cameroun : lieu de soins ou espace conflictuel ?* » in Benjamen Alexandre NKOUM (dir) « Santé plurielle en Afrique perspectives pluridisciplinaires », Paris, L'Harmattan, 2011, P 337-357.

SOCPA, Antoine., et **DJOUDA FEUDJIO, Y.B.**, « *L'hôpital au Cameroun : Lieu de soins ou espace conflictuel ?* », in Nkoum A.B. (dir.De), « La santé plurielle. Une perspective pluridisciplinaire », Paris: L'harmattan, 2011.

TCHETCHA Albert., « Mondialisation : Population et Lutte contre la maladie » 2012-2013.

TRAORE ABDOUL «Étude épidémiologique descriptive mono centrique des patients hémodialysés en urgence dans l'unité hémodialyse du CHU du poing G » Mali- BAMAKO, 2019, P, 1.

ZIEMINE NGOUMOU Elise., « *Transplantation rénale, une première réussite* » 2021.

E/JOURNAUX

Marie-Patrice HALL et Al., in « **Pan African Médical Journal** », consulter le 25-02-2022. « *La survie en hémodialyse chronique au Cameroun* », 2017.

VIDDIGO, Actu Cameroun : « *Des insuffisants rénaux de nouveaux en grève au CHUY.* » 2022, Consulté le 19-01-2022 à 9 :52 min.

Arnaud TCHAPDA., Allo Docteur Africa : « *Le Cameroun veut fabriquer ses propres kits de dialyse* ».

« **Santé Tropical.com** », consulté le 11 février 2022. Insuffisance rénale: « *Comprendre la crise de la prise en charge, malgré une subvention annuelle de 4 milliards FCFA* ».

F/RAPPORTS

Darda et N'Djamena., *Méthodes qualitatives en recherche sociale sur les maladies tropicales : Rapport du matériel Didactique*, 1997.

DSCE (*Document de Stratégie pour la Croissance et l'emploi*)

ERA EDTA., (*European Renal Association-European Renal Dialysis And Transplantation Association*, 2012.

OMS., *Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques. Guide pratique. Geneva : OMS, 2004 Présentations des méthodes de collecte et analyse de données : l'évaluation d'impact N°10 Geet Peersman page iii.* (Office of Research-innocenti.)

SND30 : *Stratégie Nationale de développement 2020-2030 pour la transformation*

SSS : *Stratégie Sectorielle de Santé, 2016-2017 : Structurelle et le développement inclusif*, 1^{ère} édition, janvier 2020.

USDRDS. (*United States Renal Data System*), 2003.

G/DICTIONNAIRES

AKOUM et Pierre ANSART, *Robert Larousse, dictionnaire de Sociologie, Seuil, 1999, page 310.*

AKOUN et Pierre ANSART (dir), *Dictionnaire de Sociologie, le Robert, seuil, 1999.*

DELAMARE Garnier, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 31^e édition,

LAROUSSE.F Paris, Maloine, 2012.

H/SITES ET LIENS

<https://www.cameroontribune.cm>

<https://ct2015.cameroontribune.cm>

<https://larousse.cm>

Http : // www.bucrep.cm consulté le 18 mars 2022 à 23 h et 50 minutes.

Décret N°2005/429 du 28 septembre 2015. <https://fr.m.wikipedia.org/wiki>. Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé. Consulté le 12 septembre 2022 à 13h 57 minutes.

[www.base-search](http://www.base-search;);

www.refseek.com/search;

www.worldcast.org/doc;

www.scholar.google.com;

www.Medias.desar.org;

www.science.gov. Consulté le 14.10. 2022 à 3h54, 2h30, 3h29.

ANNEXE

- Autorisation de recherche
- Attestation de recherche
- Demande
- Notice d'information
- Formulaire de consentement éclairé
- Outils de collècte des données
- Liste des personnes ressources

ANNEXE 1

Autorisations de recherche

Fiche de consentement éclairé

FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

SUJET DE RECHERCHE : «LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CAMEROUN : LOGIQUES, CONTRAINTES ET STRATÉGIES DES DIFFÉRENTS ACTEURS AU CHUY»

NOM ET COORDONNES DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL : **TALLA NDESOPTSI ANDRÉ**, ÉTUDIANT À L'UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I, MASTER SOCIOLOGIE Tel : 674491457/ 691303159 E-mail : tandre2soptsi@gmail.com

À L'ATTENTION DES INFORMATEURS

Les informations recueillies au cours de cette étude sont confidentielles et anonymes. Elles ne peuvent qu'être exploitées et utilisées dans un cadre purement académique, ayant pour but ultime de comprendre les processus et les interactions dans la prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale en service hémodialyse au CHUY. De plus ces données pourront être plus tard utilisées pour des publications scientifiques mais en restant toujours fidèle au principe d'anonymat. À cet effet, nous souhaitons avoir de votre part le maximum d'informations fiables, sans préjugés et rationnelles afin d'obtenir des résultats crédibles et vérifiables. Il s'agit de dire et de décrire simplement la réalité telle que vous la vivez. Votre participation est libre et volontaire et ne comporte aucun préjudice sur votre traitement ou votre profession. Votre collaboration est capitale pour la réussite de notre travail de recherche.

„Après avoir lu la fiche de consentement éclairé (ou reçu un compte rendu verbal limpide““ ;

„Après avoir reçu des réponses satisfaisantes à mes questions concernant cette étude „

„Je comprends l'utilité de ce travail et de ce qui est attendu de moi““

„Je comprends également que je peux me retirer de cette étude à tout moment sans avoir à me justifier et sans que mon retrait n'affecte ma profession ou le cours de mon traitement habituel““

„Par ces termes, je donne mon accord pour participer à cette étude““

Signature du participant

Date :

Signature de l'enquêteur

Date :

Nous vous remercions pour votre disponibilité

ANNEXE 2

OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES INFIRMIERS EN CHARGE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU DE YAOUNDÉ

I- IDENTIFICATION DE L'ENQUÊTE

Nom(s) et prénom(s)

Âge

Genre

Niveau d'étude

Ethnie

Religion

Formation professionnelle

Fonction actuelle

Poste occupé

Nombre d'années au CHU

Formation spécifique sur la prise en charge de l'insuffisance rénale

IV- CONNAISSANCE BIOMÉDICALE SUR L'INSUFFISANCE RÉNALE

- Définition de l'insuffisance rénale
- Causes et symptômes de l'insuffisance rénale
- Prévention
- Processus de dialyse : différence entre hémodialyse et la dialyse
- Transplantation rénale, plateau technique : Avantages et inconvénients
- Disponibilité du matériel adéquate, entretien du matériel de prise en charge

V- PRÉVALENCE DE L'IR AU CHU DE YAOUNDÉ

- Situation épidémiologique de l'IR de 2019 Jusqu'à nos jours.
- Nombre de patients dialysés par jour/mois/
- Nombre de séance de dialyse et coût d'une séance de dialyse par jour

- Nombre de décès par semaine dû à cette affection rénale
- Tranche d'âge, le sexe et les catégories les plus touchées

VI- PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'IR AU CHU

- Parlez-nous de l'organisation de la prise en charge des patients atteints de l'IR au CHU
- Parlez-nous des patients internes et externes
- Disponibilité, adéquation et entretien du matériel dans la prise en charge
- Procédure de la Dialyse et Hémodialyse : Différence entre hémodialyse et la dialyse
- C'est quoi la transplantation rénale : avantages et inconvénients.

VII- MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE L'IR AU CHU

- Parlez-nous du programme de lutte contre l'insuffisance au CHUY
- Parlez-nous du programme de lutte contre l'insuffisance rénale au CHU
- Transplantation rénale : avantages ; inconvénients : Plateau technique
- Les mesures de prévention de l'IR par le service de prise en charge au CHUY

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU

I- CARACTÉRISTIQUE SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Nom (s) et prénom(s)

Âge

Genre

Niveau d'étude

Statut matrimonial

Religion

Ethnie

Fonction actuelle

Date de la détection de la maladie

Périodicité (début) de la prise en charge

IV- CONNAISSANCES ET CROYANCES ÉTIOLOGIQUES DE L'IR

- Étiologie de l'IR
- Perception et représentations sociales de l'IR par les patients
- Connaissance sur la maladie. Saviez-vous de quoi est-ce que vous souffrez
- Aviez-vous déjà entendu parler de l'insuffisance rénale
- Comment êtes-vous pris en charge au CHU
- Recours thérapeutiques
- perception de votre prise en charge de l'IR au CHU

V- PRISE EN CHARGE DE L'IR ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES

- Étiologie de l'insuffisance rénale et sa perception par vous (le malade)
- Coût de prise en charge de l'IR chez le patient
- Trajectoires thérapeutiques : Biomédicale et ethnomédecine (Traditionnelle)
- Recours thérapeutiques parallèles : Traditionnel, biomédical ou la combinaison des deux.

V. PRISE EN CHARGE BIOMÉDICALE

- Début du traitement et la durée
- Parlez-nous de la dialyse ; Hémodialyse et la transplantation rénale
- Décrivez-nous succinctement votre prise en charge par dialyse et en hémodialyse
- Temps ; périodicité d'une dialyse, et son coût par jour
- Les programmes et activité de lutte contre cette maladie
- Forces et faiblesses dans la prise en charge de cette pathologie rénale

- Suggestions dans la prise en charge de l'IR au CHU de Yaoundé.

VIII- LES ACTEURS INTERVENANT DANS LA CONSTRUCTION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

- Trajectoires thérapeutiques : Acteurs et mobiles qui vous poussent à faire votre choix thérapeutiques.
- Le choix thérapeutique : Imposé ou volontaire
- Quels ont été les rôles joués par votre réseau relationnel quand la maladie s'est survenue
- Quels sont les ressources mobilisées par les différents acteurs

IX- PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE FACE À LA STIGMATISATION

- Votre société, vous et la maladie (L'IR)
- Perception de l'IR d'une certaine classe sociale
- Rapport entre personnes saines et personnes souffrant de cette maladie
- Parlez-nous des contraintes liées à cette maladie
- Vos différentes stratégies adoptées en interne comme en externe dans la prise en charge de l'IR au CHU

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES GARDES MALADES DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY

I- CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Nom (s) et prénom(s)

Âge

Genre

Niveau d'étude

Religion

Ethnie

Statut matrimonial

Fonction actuelle

Date de la détection de la maladie

Périodicité (début) de la prise en charge

II- CONNAISSANCE ET CROYANCES ÉTIOLOGIQUES DE LA MALADIE

- Origine de cette maladie
- Votre perception et représentation sociale de cette pathologie
- Suivi interne du malade (hôpital)
- Suivi externe du patient (Maison)

VI- PRISE EN CHARGE BIOMÉDICALE DE L'IR

- Situation de prise en charge depuis la survenue de la maladie : prise en charge au CHU et à la maison
- Processus hémodialyse et dialyse : difficultés rencontrées
- Régime alimentaire : aliments interdits et aliments permis
- L'impact sur vos activités au quotidien : Mode de vie actuel
- Votre liberté : emprisonnée
- Prise de médicaments : posologie et fréquence journalière

VII- ACTEURS INTERVENANT DANS LA CONSTRUCTION ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES

- Biomédical

- Médecine traditionnelle/l'ethnomédecine
- Interactions : Soigné et personnels soignants
- L'interaction entre garde malade (vous) et le patient
- L'interaction à domicile entre les membres de la famille et le malade

LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

LISTE DES PATIENTS. (P)

CODE	SEXE	AGE	NIVEAU D'INSTRUCTION	FONCTION
P1	M	30	Primaire	Transporteur
P2	F	25	Secondaire	/
P3	F	37	Supérieur	Chômeuse
P4	F	38	Supérieur	Bénévole
P5	F	54	Primaire	/
P6	F	52	Primaire	/
P7	F	27	Supérieur	Étudiante
P8	M	52	Supérieur	Contractuel
P9	M	45	Supérieur	/
P10	M	68	Supérieur	Retraité
P11	F	46	Secondaire	Chômeuse
P12	M	62	Supérieur	Huissier de justice
P13	F	52	secondaire	/
P14	F	59	Secondaire	Ménagère
P15	M	63	Secondaire	Militaire en retraite
P16	F	45	Supérieur	Assureur
P17	F	51	Supérieur	Enseignante
P18	M	51	secondaire	Chômeur
P19	M	53	Supérieur	/
P20	M	46	Supérieur	/
P21	F	56	Supérieur	/
P22	M	63	Supérieur	Fonctionnaire retraité

Liste des garde-malades : (GM)

Code	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Fonction
GM1	F	27	secondaire	ATMS
GM2	F	25	Supérieur	/
GM3	F	34	Secondaire	Couturière
GM4	M	32	Supérieur	Chômeur
GM5	F	33	Supérieur	Enseignante
GM6	F	40	Secondaire	Ménagère
GM7	F	34	Secondaire	Tailleur
GM8	M	29	Secondaire	Chauffeur
GM9	F	17	secondaire	Élève
GM10	M	36	Supérieur	Agent o- social psych
GM11	F	45	Supérieur	Secrétaire
GM12	F	31	Primaire	/

Liste des infirmiers dans la PEC DE L'IR: (I)

Code	Genre	Age	Niveau d'instruction	Fonction
I1	F	42	Secondaire	Infirmière
I2	F	50	Supérieur	Endoscopie digestive
I3	F	38	Secondaire	Aide-soignante
I4	M	35	Supérieur	Infirmier
I5	M	37	Supérieur	Infirmier principal
I6	F	40	Supérieur	Infirmier
I7	M	38	Supérieur	Major hémodialyse

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **TALLA NDESOPTSI André**, Matricule **17G311**, est inscrit en Master, option Population et développement. Il effectue, sous la direction du **Docteur PINGHANE YONTA Achille** un travail de recherche sur le thème : « *La prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun : logiques, contraintes et stratégies des différents acteurs* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 22 DEC 2021



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



YAOUNDE

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE YAOUNDE
YAOUNDE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

Tél. : 22 31 25 66 Fax 22 31 25 67

Site web : www.chu-yaounde.org

DIRECTION GENERALE

CELLULE D'APPUI PEDAGOGIQUE, DE LA
RECHERCHE ET DE LA COOPERATION

BUREAU DE LA CAPRC

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

N° 299/AR/CHUY/DG/DGA/CAPRC

AUTORISATION DE RECHERCHE

Dans le cadre de la rédaction d'une thèse de fin d'études, en vue de l'obtention de son Master option Population et Développement, Monsieur TALLA NDESOPTSI André est autorisé à mener une recherche au CHUY sur le thème : « Prise en charge des patients atteints de l'insuffisance rénale au Cameroun : Logiques, contraintes et stratégies des différents acteurs au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé ».

Ces travaux se dérouleront dans le Centre d'Hémodialyse sous la supervision du Chef de Service.

Toutefois, il devra obligatoirement déposer un exemplaire de sa thèse au CHUY (bureau de la CAPRC)

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-

COPIE :

- CAPRC
- BSF
- SUPERVISEUR
- CHRONO

Yaoundé, le 25 JUIL 2022

LE DIRECTEUR GENERAL



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES
SCIENCES BIOMÉDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224
Email: decanatfmsb@hotmail.com

Yaoundé le 22 FFV 2022

Ref. : N° 0484 /UY1/FMSB/VDR/CSD/mdf

Le DOYEN

À

Monsieur TALLA NDESOPTSI André
Etudiant en Master II Département de Sociologie
Matricule 17G311
FALSH
Université de Yaoundé I

Objet : Demande d'accès à la bibliothèque

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 17 Février 2022 dont l'objet est repris en marge,

J'ai l'honneur de vous informer que je marque mon accord, pour la période allant du 01^{er} au 31 Mars 2022, afin que vous puissiez accéder à la bibliothèque de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, dans l'optique d'effectuer vos recherches avec une documentation appropriée à vos besoins.

A cet effet, veuillez prendre attache avec Madame M.C. FROUISOU, bibliothécaire en chef de notre faculté pour les modalités pratiques liées à cette activité.

Veuillez agréer, Mademoiselle, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



TABLE DE MATIÈRE

AVERTISSEMENT	i
SOMMAIRE	ii
DÉDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	v
LISTE DE PHOTOS	vii
LISTES DE TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE :INSUFFISANCE RÉNALE AU CAMEROUN : DE LA CONSTRUCTION DES PERCEPTIONS, DES PRATIQUES ET DE LA PRISE EN CHARGE	38
CHAPITRE I :I-INSUFFISANCE RÉNALE COMME PROBLÈME DE SANTE PUBLIQUE	39
1-Insuffisance rénale dans le monde	39
2-Insuffisance rénale en Afrique	40
3-Insuffisance rénale au Cameroun.....	41
II-TYPOLOGIE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE.....	42
1-Insuffisance rénale aiguë.....	42
2-Insuffisance rénale chronique	43
III-POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE	46
1-Politique de prise en charge de l'insuffisance rénale dans le Monde.....	46
2-Politique de prise en charge de l'insuffisance rénale en Afrique.....	49
3-Politique de prise en charge de l'insuffisance au Cameroun	50
4-Prévalence de l'insuffisance rénale au CHUY.....	52
5-Taux d'incidence de L'IRC AU CHUY.....	53
6-Étiologie, définition de L'insuffisance rénale	55

7-Traitement, prévention de l'IR.....	57
IV-CONSÉQUENCES DE L'IRC.....	58
1-Conséquences métaboliques.....	58
2-Conséquences cardiovasculaires.....	59
V-POLITIQUES PRÉVENTIVES DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU- YAOUNDE.....	60
1.Prévention pour la Communication et le Changement de Comportement.....	60
2.Prévention hygiéno-diététique.....	60
3.Prévention par l'activité physique.....	62
CHAPITRE II :REPRESENTATION SOCIALE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE : PRATIQUES ET TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY.....	64
I- REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY.....	64
1-Étiologie de l'IR chez les patients rénaux en hémodialyse au CHUY.....	68
2-Représentations sociales de l'IR par les patients atteints.....	69
3-Représentations culturelles de l'IR chez les patients souffrants de cette pathologie.....	70
II-TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU DE YAOUNDE.....	72
1-La prise en charge par la biomédecine : la dialyse/l'hémodialyse.....	72
2-Le recours parallèle.....	81
3-Le recours à l'ethnomédecine.....	81
4-Le recours à la prière.....	83
5-Pluralisme thérapeutique.....	84
DEUXIÈME PARTIE :LOGIQUES INSTITUTIONNELLES, CONTRAINTES ET STRATÉGIES DES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'IR AU CHU- YAOUNDE.....	87
CHAPITRE III :NORMES ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'HÉMODIALYSE AU CHU-YAOUNDE.....	88
I-NORMES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIALYSES AU CHU- YAOUNDE	88
1.Du matériel en hémodialyse au CHUY.....	88
2.Ressources humaines.....	91

3.Analyse du coût du fonctionnement du service.....	92
4.Relations de soins entre soignants et soignés	95
I-TYPOLOGIES DES INSUFFISANCES RÉNALES AU CHU-YAOUNDÉ.....	98
1.Insuffisance rénale aiguë	98
III-TYPOLOGIE DE PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU-YAOUNDÉ	100
1.Prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë.....	100
2.Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.	101
IV-DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU-YAOUNDÉ ET LEURS RÔLES.....	102
1.Réseaux relationnels du patient	102
2.Les personnels en hémodialyse	103
3.Les garde-malades.	104
4.Rôles des différents acteurs	105
V-MOBILISATION DES RESSOURCES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHU-YAOUNDÉ.....	106
1-Ressources au niveau Étatique.....	106
2-Les aides financières	106
3-Ressources affectives	107
CHAPITRE IV :CONTRAINTES, LOGIQUES ET STRATÉGIES DES DIFFÉRENTS ACTEURS EN INTERACTION DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'IR AU CHUY.....	109
I-CONTRAINTES LIÉES À LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY. 109	
1-Contraintes infrastructurelles	109
2-Contraintes socioéconomiques.....	110
3-Contraintes géographiques	111
4-Contraintes psychologiques.....	112
II.LOGIQUES D'ACTEURS EN INTERACTION DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE	113
1-Les logiques des patients.....	113
2-Les logiques des garde-malades	114
3-Logiques du personnel de santé	114

II-ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE AU CHUY	115
1-Répartition journalière de 8h-18h : 2 gardes et 4 jours de repos pour les infirmiers.	115
2-Répartition hebdomadaire en dialyse entre patients-patients.....	117
3-Stratégie mensuelle : Bilan des examens de santé des patients	118
III-PATIENTS HÉMODIALYSES: ENTRE STIGMATISATION ET MARGINALISATION ET LEUR PRISE EN CHARGE	118
1-Patients atteints de l'insuffisance rénale face à la discrimination.....	118
2-Gestion de la stigmatisation chez les patients atteints de l'insuffisance rénale	122
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	125
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	132
ANNEXE	139
TABLE DE MATIÈRE.....	151