Article original

L'impact du dossier de soins infirmiers sur l'organisation des soins : cas de l'hôpital de Sarh et de l'hôpital Sultan Cherif Kasser de N'Djamena (Tchad)

Mahamat Younous ANIS[1], Mahamat Idriss DJASKANO[2], DJADA Tiburce Barka[3], NEDIGUIM Issaka Abdel[4], Djada Djibrine ATIM[5]

1-Ecole Nationale Supérieure des Agents Sanitaires et Sociaux (ENSASS) de N'Djamena
2-Programme Nationale de lutte contre le Paludisme à N'Djamena
3-CHU-RN de N'Djamena
4-IFSI-GO de N'Djamena
5-Faculté des Sciences de la Santé Humaine de N'Djamena
Auteur correspondant : mahamatyounous07@gmail.com
Article reçu le **22/06/2026**
Réf : AUM13-0302

Résumé :
Le dossier de soins infirmiers est un outil essentiel pour assurer la qualité, la traçabilité et la continuité des soins ; pourtant, sa mise en place reste insuffisante dans de nombreux établissements de santé, notamment au Tchad. Cette étude vise à analyser l'impact du dossier de soins infirmiers sur l'organisation des soins et à identifier les facteurs qui influencent son usage parmi le personnel infirmier des hôpitaux de Sarh et Sultan Cherif Kasser de N'Djamena. Une étude descriptive analytique a été menée du 10 mars au 30 avril 2024 à l'hôpital de Sarh, puis du 30 juillet au 31 août 2024 à l'hôpital Sultan Cherif Kasser de N'Djamena, auprès de 52 professionnels de santé des services de médecine, de chirurgie et des urgences ; un questionnaire structuré a permis de recueillir des données sociodémographiques et professionnelles ainsi que les connaissances, pratiques et perceptions liées au dossier de soins, et les 52 questionnaires

distribués ont tous été retournés (taux de réponse de 100 %). Les données ont été saisies sur Word et Excel puis analysées avec le logiciel SPSS 18 ; les variables qualitatives ont été présentées en pourcentages et les variables quantitatives sous forme de moyenne avec écart-type. La majorité des répondants étaient des femmes (53,8 %) âgées de plus de 41 ans (92,31 %) ; seuls 13,46 % disposaient d'un dossier de soins infirmiers dans leur service, et 61,54 % déclaraient ne pas avoir étudié ce dossier durant leur formation initiale. Malgré ces limites, 69,23 % des répondants reconnaissaient le dossier comme une source fiable d'information et 30,77 % comme un outil améliorant la traçabilité des soins, aucun répondant ne le percevant comme une perte de temps ; l'absence de formation continue, de matériel adapté et de personnel qualifié a été identifiée comme le principal frein à sa mise en place. Le dossier de soins infirmiers apparaît ainsi comme un outil indispensable à l'amélioration de la qualité et de la traçabilité des soins, mais sa mise en place demeure freinée par des obstacles organisationnels et de formation ; un effort ciblé sur la formation initiale et continue, ainsi que sur l'organisation des services, est nécessaire pour en généraliser l'usage.
Mots clés : Dossier de soins ; Infirmiers ; Organisation des soins ; Qualité ; Traçabilité.

The Impact of the Nursing Care Record on the Organization of Care: The Case of Sarh Hospital and Sultan Cherif Kasser Hospital in N'Djamena (Chad)

Abstract:
The nursing care record is an essential tool for ensuring the quality, traceability and continuity of care; however, its implementation remains insufficient in many healthcare facilities, particularly in Chad. This study aims to analyse the impact of the nursing care record on the organization of care and to identify the factors influencing its use among nursing staff at Sarh Hospital and Sultan Cherif Kasser Hospital in N'Djamena. An analytical descriptive study was conducted from 10 March to 30 April 2024 at Sarh Hospital, then from 30 July to 31 August 2024 at Sultan Cherif Kasser Hospital in N'Djamena, among 52 healthcare professionals working in the medicine, surgery and emergency departments; a structured questionnaire was used to collect sociodemographic and professional data as well as knowledge, practices and perceptions related to the care record, and all 52 questionnaires distributed were returned (100% response rate). Data were entered in Word and Excel and analysed using SPSS 18; qualitative variables were presented as percentages and quantitative variables as means with standard deviation. The majority of respondents were women (53.8%) over 41 years old (92.31%); only 13.46% had a nursing care record in their department, and 61.54% reported not having studied it during their initial training. Despite these limitations, 69.23% of respondents recognised the record as a reliable source of information and 30.77% as a tool improving care traceability, with no respondent perceiving it as a waste of time; the lack of continuous training, adequate equipment and qualified staff was

identified as the main barrier to its implementation. The nursing care record thus appears as an indispensable tool for improving the quality and traceability of care, but its implementation remains hindered by organisational and training-related obstacles; targeted efforts on initial and continuous training, as well as on the organisation of services, are needed to generalise its use.
Keywords: *Care Organization; Nursing; Nursing Record; Quality; Traceability.*

Introduction

Le travail infirmier occupe une place importante dans le domaine de la santé, tant dans le secteur public que privé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1978), l'infirmier, formé aux soins de base, est habilité à prodiguer des soins pour promouvoir la santé, prévenir la maladie et accompagner le rétablissement des patients, qu'ils soient atteints physiquement ou mentalement. Pour remplir ses missions, l'infirmier mobilise des savoirs théoriques et pratiques afin d'assurer des soins efficaces. Cette efficacité peut néanmoins être réduite par des conditions de travail difficiles, telles qu'une mauvaise organisation, un manque de personnel ou une charge élevée de patients.

Or, lorsqu'un patient est hospitalisé, il a besoin de soins de qualité et d'une prise en charge complète, dont le dossier de soins infirmiers constitue l'un des principaux supports de traçabilité et de continuité. Cette étude vise ainsi à évaluer l'impact du dossier de soins infirmiers sur l'organisation des soins, en identifiant ses éléments clés. Elle s'appuie sur une enquête par questionnaire adressée au personnel infirmier des hôpitaux de Sarh et Sultan Cherif Kasser de N'Djamena, afin d'apprécier leurs connaissances, leurs conditions de travail ainsi que leurs perceptions du dossier de soins.

1. Cadre théorique et méthodologique

Le dossier de soins infirmiers (DSI) désigne l'ensemble des documents dans lesquels l'infirmier consigne, de façon organisée et continue, les informations relatives à la personne soignée : recueil de données, problèmes de santé identifiés, objectifs, actions réalisées, résultats obtenus et transmissions. Dégoulet (1990) le

définit comme un outil à la fois d'information, d'organisation et de planification des soins ; c'est sous ce triple angle que la présente étude en interroge l'impact. Dans l'espace francophone, la réglementation en fait une responsabilité propre de l'infirmier, chargé « de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers » (Code de la santé publique, art. R.4311-3). Pour Stevens et Pickering (2010), la tenue de dossiers de qualité conditionne la communication entre professionnels et la continuité des soins, et constitue une pièce justificative en cas de litige, à condition que les informations soient exactes, datées, signées et consignées au moment même des soins.

Le DSI est indissociable de la démarche de soins, dont il constitue le support écrit. Cette démarche, décrite par Amar et Gueguen (2005) et opérationnalisée par Doenges, Moorhouse et Geissler-Murr (2007), comprend le recueil et l'analyse des données, la formulation des diagnostics infirmiers, la planification des interventions, leur exécution et l'évaluation des résultats. Dans les écoles francophones, le recueil de données s'organise fréquemment autour des quatorze besoins fondamentaux de Henderson (1960), qui offrent un cadre commun d'observation de la personne soignée (Gosselin, 1987). Il s'ensuit qu'un dossier ne peut être pleinement exploité que là où la démarche de soins est effectivement enseignée et pratiquée : les travaux menés en Côte d'Ivoire (Konan, 1995 ; Brou Ahonzi, 2007) et au Congo (Lobombo, 2003) montrent que la méconnaissance ou la non-application de la démarche de soins compromet directement l'implantation du dossier infirmier, tandis que Compaoré (1999) souligne la difficulté d'introduire l'écrit dans des pratiques infirmières longtemps dominées par la transmission orale.

Pour analyser l'influence du DSI sur l'organisation des soins, l'étude adopte le modèle structure-processus-résultats de Donabedian (1988), selon lequel la qualité des soins dépend des moyens disponibles (structure), de la manière dont les soins sont délivrés (processus) et de leurs effets (résultats). Appliqué au DSI, ce modèle distingue : la structure, soit la disponibilité du dossier dans

les services, la formation initiale et continue du personnel, les effectifs et le matériel ; le processus, soit l'utilisation et la tenue du dossier ainsi que les transmissions ; enfin les résultats, appréhendés ici à travers la perception qu'ont les soignants de la fiabilité de l'information et de la traçabilité des soins. Cette lecture rejoint les dimensions de la qualité retenues par l'Institute of Medicine (2008), qui veut des soins sûrs, efficaces, centrés sur le patient, délivrés en temps utile, efficients et équitables, ainsi que les travaux d'Aiken et al. (2014), qui établissent, dans neuf pays européens, un lien entre la charge de travail et le niveau de formation des infirmiers, d'une part, et la mortalité hospitalière, d'autre part. Ces facteurs organisationnels et de formation constituent précisément les variables explicatives explorées dans la présente étude, à l'instar de celle de Berthe et Tchouli (2020) à l'hôpital régional de Garoua.

Sur le plan méthodologique, il s'agit d'une étude transversale, descriptive à visée analytique, destinée à décrire les pratiques relatives au DSI, à repérer les dysfonctionnements et à en dégager des pistes d'amélioration. La collecte s'est déroulée du 10 mars au 30 avril 2024 à l'hôpital de Sarh, puis du 30 juillet au 31 août 2024 à l'hôpital Sultan Cherif Kasser de N'Djamena. Dans les deux établissements, l'enquête a porté sur les services de médecine et de chirurgie ainsi que sur le pavillon des urgences (femmes et hommes), services retenus en raison du volume et de la diversité des soins infirmiers qui y sont dispensés.

La population d'étude était constituée des professionnels de santé de différents grades exerçant dans ces services. Le recrutement a été exhaustif : le questionnaire a été remis à l'ensemble du personnel des services retenus. Sur les 52 questionnaires distribués, 52 ont été retournés, soit un taux de réponse de 100 %, ce qui garantit que les résultats rendent compte de la totalité de l'effectif enquêté.

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire structuré, construit en cohérence avec le cadre théorique. Il comprenait quatre volets : les caractéristiques sociodémographiques

et professionnelles des répondants ; leurs connaissances sur le DSI, notamment son étude au cours de la formation initiale ; leurs pratiques, en particulier la disponibilité et l'usage du dossier dans le service (dimensions de structure et de processus) ; enfin leurs perceptions de l'apport du dossier à l'organisation et à la qualité des soins (dimension de résultats).

Les réponses ont été saisies sur Word et Excel, puis exportées et analysées avec le logiciel SPSS 18. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages, et les variables quantitatives sous forme de moyenne avec écart-type. Les résultats ont ensuite été interprétés au regard du modèle de Donabedian et confrontés aux travaux antérieurs menés en Afrique subsaharienne sur le dossier de soins infirmiers.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Tableau 1. Répartition des répondants selon le sexe (n = 52)

Sexe	Effectif	%
Femmes	28	53,8
Hommes	24	46,2
Total	52	100,0

Source : enquête de terrain, mars-août 2024.

Les femmes sont légèrement majoritaires dans l'échantillon (53,8 %), contre 46,2 % d'hommes, ce qui reflète la composition habituelle du personnel infirmier dans les établissements de santé étudiés.

Tableau 2. Répartition des répondants selon la tranche d'âge et le sexe (n = 52)

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Effectif	%
20 à 30 ans	2	2	4	7,69
31 à 40 ans	0	0	0	0,00
41 ans et plus	22	26	48	92,31
Total	24	28	52	100,00

Source : enquête de terrain, mars-août 2024.

La grande majorité des participants (92,31 %, soit 48 personnes sur 52, dont 22 hommes et 26 femmes) sont âgés de plus de 41 ans. La tranche des 20-30 ans ne représente que 7,69 % de l'échantillon (4 personnes, réparties également entre les deux sexes) et aucun répondant n'appartient à la tranche des 31-40 ans.

Cette forte prépondérance des professionnels les plus âgés pourrait influencer les réponses et les perceptions liées à l'expérience et à la pratique professionnelle ; l'absence de représentants de la tranche 31-40 ans limite par ailleurs la représentativité de cette catégorie dans l'analyse.

2.2. Disponibilité du dossier de soins infirmiers dans les services

Tableau 3. Présence d'un dossier de soins infirmiers dans le service (n = 52)

Réponse	Effectif	%
Oui	7	13,46
Non	45	86,54
Total	52	100,00

Source : enquête de terrain, mars-août 2024.

Sur les 52 professionnels interrogés, seuls 7 (13,46 %) affirment disposer d'un dossier de soins infirmiers dans leur service,

tandis que 45 (86,54 %) déclarent ne pas en avoir. Cette forte majorité sans dossier de soins souligne une lacune dans l'organisation actuelle des services, la plupart des soignants n'étant pas dotés de cet outil pourtant reconnu pour son utilité ; elle met en lumière la nécessité d'encourager sa mise en place systématique afin de favoriser la qualité, la traçabilité et la coordination des soins.

2.3. Formation initiale au dossier de soins infirmiers

Tableau 4. Étude du dossier de soins infirmiers durant la formation initiale (n = 52)

Réponse	Effectif	%
Oui	20	38,46
Non	32	61,54
Total	52	100,00

Source : enquête de terrain, mars-août 2024.

La majorité des répondants (61,54 %) n'a pas été formée au dossier de soins infirmiers pendant sa formation initiale, ce qui révèle une insuffisance dans le programme d'enseignement de cette thématique ; seule une minorité (38,46 %) affirme avoir reçu cette formation, ce qui peut entraîner des lacunes pratiques chez les professionnels en début de carrière. Ce résultat souligne la nécessité de renforcer ou d'intégrer systématiquement l'étude du dossier de soins infirmiers dans les cursus de formation initiale, afin de mieux préparer les futurs infirmiers à sa gestion, élément clé du suivi et de la qualité des soins.

2.4. Perception de l'impact du dossier de soins infirmiers

Tableau 5. Perception de la mise en œuvre du dossier de soins infirmiers (n = 52)

Perception	Effectif	%
Une source fiable d'information	36	69,23
Une amélioration de la traçabilité des soins	16	30,77
Une perte de temps	0	0,00
Total	52	100,00

Source : enquête de terrain, mars-août 2024.

La majorité des répondants (69,23 %) considère le dossier de soins infirmiers comme une source fiable d'information, et une part notable (30,77 %) estime qu'il améliore la traçabilité des soins, ce qui traduit une reconnaissance de son utilité pour le suivi et l'évaluation des interventions réalisées. Aucun participant ne l'a perçu comme une perte de temps (0 %), ce qui confirme une perception globalement positive de cet outil, considéré avant tout comme un appui organisationnel et un gage de qualité au service du personnel infirmier.

3. Discussion

Notre étude, portant sur 52 personnels de santé, révèle une majorité de répondants de sexe féminin (53,8 %) contre 46,2 % d'hommes. Ce résultat concorde avec celui de Berthe et Tchouli *(2020, p. 2573) [réf. à compléter]*, dont l'article rapporte 60 % de répondants de sexe féminin contre 40 % de sexe masculin. Cette prédominance féminine se retrouve également dans l'histoire de la profession infirmière, dont Florence Nightingale demeure la figure fondatrice.

S'agissant de l'âge, 92,31 % de nos répondants sont âgés de plus de 41 ans, contre seulement 7,69 % âgés de 20 à 30 ans

(22 hommes et 26 femmes dans la première tranche). Ce résultat contraste avec celui de Compaoré (1999, p. 34), qui observait que 55,56 % des infirmiers de son échantillon étaient de jeunes professionnels, mais rejoint davantage les travaux de Brou Ahonzi (2007, p. 15), où les répondants étaient majoritairement âgés de 45 à 54 ans, avec une ancienneté de 10 à 30 ans pour 60 % d'entre eux. Ces écarts suggèrent que la jeunesse et le manque de spécialisation ou de maturité professionnelle des personnels les plus jeunes ne favorisent pas, dans notre contexte, la mise en place du dossier de soins.

Concernant la présence d'un dossier de soins infirmiers dans les services, seuls 13,46 % des professionnels interrogés en confirment l'existence, contre 86,54 % qui déclarent ne pas en disposer. Cette forte majorité sans dossier de soins souligne une lacune dans l'organisation actuelle des services, la plupart des soignants n'étant pas dotés de cet outil pourtant reconnu pour son utilité ; elle met en lumière la nécessité d'en encourager la mise en place systématique afin de favoriser la qualité, la traçabilité et la coordination des soins.

Par ailleurs, 38,46 % des répondants ont affirmé avoir étudié le dossier de soins infirmiers durant leur formation initiale, contre 61,54 % déclarant ne pas l'avoir étudié. La majorité (69,23 %) estime que la mise en œuvre du dossier de soins infirmiers a un impact important, le considérant comme une source fiable d'information, tandis qu'une part notable (30,77 %) souligne son apport à la traçabilité des soins. Ce constat rejoint celui de Berthe et Tchouli *(2020, p. 2574) [réf. à compléter]*, pour qui la quasi-totalité des répondants (96,7 %) avait entendu parler du dossier de soins infirmiers, dont 60 % durant leur scolarité, avec une définition correcte de la notion dans l'ensemble des réponses ; plus de la moitié (73,3 %) en connaissait l'utilité sans toutefois savoir qui en assure l'élaboration. Une telle situation ne favorise pas la mise en place effective du dossier de soins dans nos services et permet de mieux comprendre pourquoi la démarche de soins n'y est pas appliquée.

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les travaux de Compaoré (1999, p. 40), pour qui 59,25 % des répondants avaient entendu parler du dossier de soins, dont 81,25 % au cours de leur formation de base et le reste sur le terrain. De même, Brou Ahonzi (2007, p. 17) relevait que plus de la moitié des sujets (64 %) avaient entendu parler du dossier infirmier, que 92 % des réponses révélaient une ignorance de son utilité et que 100 % des sujets n'utilisaient aucune démarche de soins, pourtant élément indispensable à la constitution du dossier infirmier.

Conclusion

La maîtrise du dossier de soins infirmiers suppose d'en prendre pleinement conscience et de le comprendre en profondeur, ce qui implique de s'interroger sur les différents éléments et caractéristiques des situations de soins afin de s'en construire une représentation claire et organisée.

Dans le contexte étudié, le dossier de soins infirmiers demeure encore peu répandu, dans un système où la rétro-information sur les antécédents du patient fait largement défaut. Sa généralisation constitue un travail de longue haleine, entravé par plusieurs obstacles majeurs : l'absence de formation continue, le manque de matériels adaptés et l'insuffisance de personnel qualifié.

Les résultats de notre étude confirment que ces facteurs limitent fortement son déploiement dans les services de l'hôpital de Sarh et de l'hôpital Sultan Cherif Kasser de N'Djamena. Le dossier de soins infirmiers n'en demeure pas moins un outil de référence pour assurer la traçabilité des actes infirmiers et améliorer la qualité des soins prodigués aux patients ; un effort ciblé sur la formation initiale et continue des personnels, ainsi que sur l'organisation des services, est nécessaire pour en généraliser l'usage.

Références bibliographiques

Aiken, L. H. et al., 2014, Nursing staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective

observational study. The Lancet, 383(9931), 1824–1830.Amar, B. & Gueguen, J.-P., 2005, Soin infirmier I (Concepts et théories, démarche de soins), 3e éd., Paris, Masson.

Berthe, T. & Tchouli, Y. Pascaline, *2020,* Dossier de soins infirmiers : cas de l'hôpital régional de garoua. vol. 8. 2020 ;8(7). *pp. 2573-2574*.

Brou Ahonzi, 2007, Mise en place du dossier infirmier dans les services de santé en Côte d'Ivoire : cas du service de pédiatrie du CHU de Treichville, Mémoire de DESS en soins infirmiers (option surveillant d'unité de soins), Abidjan, INFAS. Disponible sur : https://www.memoireonline.com/04/10/3280/m_Mise-en-place-du-dossier-infirmierdans-les-services-de-sante-en-Cote-dIvoire-cas-du-service-de0.html

Code de la santé publique (France), article R.4311-3, issu du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique.

Compaoré, T., 1999, Introduction de l'écrit dans les pratiques infirmières burkinabés, Mémoire ENSP d'Infirmier General. Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P). Rennes. FRA/com. ; 1999/10/27-28.

Dégoulet, P., 1990, Le dossier des soins infirmiers : Outils d'information, d'organisation et de planification. Informatique et gestion des unités des soins www.cybermed-jussieu.fr

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Geissler-Murr, A. C., 2007, Diagnostics infirmiers : interventions et bases rationnelles, De Boeck Sup (2e éditeur)

Donabedian, A., 1988, The quality of care: How can it be assessed?, JAMA, 260(12), 1743–1748.

Gosselin, D., 1987, Soin infirmier : les concepts et la pratique, Paris, Maloine.

Gounelle, H., 1990, Généralités sur le soin infirmier, Alger, A.P. Alger.

Henderson, V., 1960, Basic Principles of Nursing Care, Genève, International Council of Nurses.

Institute of Medicine, 2008, Crossing the Quality Chasm ; voir aussi : La qualité des soins en France, comment la mesurer pour l'améliorer ?, Paris, IRDES, Document de travail n° 1.

Konan, B., 1995, Étude de l'intégration du dossier infirmier dans la pratique des soins au CHU de Treichville (service de référence PPH), Mémoire, Abidjan, INFAS.

Lobombo, M., 2003, Problématique de la non-application de la démarche de soins au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville, Mémoire, Abidjan, INFAS.

Nanga, J. M. D. F., 2006, Conscience professionnelle dans les pratiques infirmières au Cameroun, Mémoire de fin d'études, option Sciences infirmières, Université Catholique d'Afrique Centrale.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1978, Définition et rôle de l'infirmier, Genève, OMS.

Parse, R. R. & Poletti, R., 2003, [titre à préciser], Bruxelles, De Boeck Université.

Parse, R. R., 2003, L'humain en devenir : nouvelle approche du soin et de la qualité de vie (trad. F. Major). Québec : Presses de l'Université Laval.

Saint-Nicolas, Presses de l'Université Laval.

Raoult, A., s.d., Guide de l'infirmier, Paris, Larousse.

Stevens, S. & Pickering, D., 2010, Keeping good nursing records: A guide. *Community Eye Health; 23*(74), 44–45. PubMed PMID :21311663; PubMed Central PMCID: PMC3033612.

Vega, A. (2012). Soignants/Soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers, (2e éd.). Bruxelles : De Boeck, 300 p.

Wright, L. M. & Leahey, M., s.d., L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention (4e éd.). Saint-Laurent (Québec) : Éditions du Renouveau pédagogique-ERPI