

CHAPITRE PREMIER

1. INTRODUCTION

Ce chapitre décrit la situation problématique à l'étude en présentant l'énoncé du problème le but de l'étude et ressort l'importance de l'étude et sa délimitation spatio-temporelle.

1.1. Enoncé du problème

Selon HENDERSON (1960) l'infirmier est la personne qui aide l'individu malade ou en santé ou maintien ou au recouvrement de la santé ou l'assister par l'accomplissement de tâches dont il s'acquerrait lui-même s'il en avait la volonté ou possédait les connaissances voulues et accomplir se fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible.

A cet effet, partout dans le monde, l'infirmier, est la personnes qui assiste l'homme des sa naissance ainsi qu'à sa mort d'où sa place au centre de tout sain. Les soins infirmiers constituent donc les principes de base qui concourent à la guérison et ou bien être du malade.

Selon OMANYONDO (2000) les soins infirmiers ont évolué pendant longtemps dans l'ombre sous forme intuitive observés d'abord par les peuples primitifs qui avaient toujours lutté sans cesse contre les maladies, les changements de climat et de l'environnement.

Puis observé par les savants, les philosophes et les scientifiques par qui leurs découvertes à travers les âges ont cherché à comprendre les causes de la maladie et de la mort considérées jusqu'à une période comme des phénomènes anormaux qui sont dus aux démons et résultent de la conséquence des péchés et de la colère des dieux. Observés par les infirmiers depuis années essayent de définir les bases théoriques de la pratique de soins

infirmiers et définissent le but de la profession et la nature des interventions infirmières.

CONTINAUD (1976) soutient la profession infirmière est un métier noble car il représente une valeur humaine authentique. Il permet l'épanouissement et exige un effort intellectuel, un jugement bien équilibré, une compétence professionnelle et un dévouement total de la part de l'infirmier.

En effet, un mauvais rendement infirmier décourage le malade et son entourage ainsi que l'employeur. Et, pourtant, PEPLAU cité PERLEMUTE (1997) que les soins infirmiers sont tout d'abord un processus interpersonnel, thérapeutique et significatif afin de rendre la santé atteignable aux individus et à la société. Ils identifient et étudient la variété et l'intensité de problèmes qui se posent aux personnes et découvrent avec elles des solutions à ces problèmes.

Quant à ROGERS cité par véronique, l'infirmier fait naître chez le patient confiance et sécurité. La moindre attitude d'engagement, l'absence de constance portée aussi aux problèmes du patient sont perçus par ce dernier comme des messages contradictoires, le patient n'est pas en sécurité.

1.2. Justification du choix du sujet

A cet effet, il est observé actuellement dans les hôpitaux que les infirmiers délèguent la plus part de soins infirmiers à leurs garde-malades. Ils se consacrent uniquement aux tâches administratives et à l'exécution des prescriptions médicales qui, est une dimension dépendante de soins infirmiers. On peut dire que sur le terrain technique, il y a une régression dans l'évolution de rôle de l'infirmier et à la réalisation de soins infirmiers qui inconsciemment se ramènent lui-même à niveau vers un rôle d'auxiliaire médical en réduisant l'éventuel de soins infirmiers.

On note également les pratiques incommodes telles que : la vente illicite des médicaments aux malades, l'absentéisme au profil des extra-muros, les marchandises de soins, le désintéressement aux problèmes des malades, le manque d'amour d'accueil dont les malades sont victimes jour et nuit.

Il est souvent dû non seulement à manque de matériel où un manque de volonté et d'effort, mais à des principes ignorés où des techniques mal pratiquées. Ceci dénote donc l'inefficacité de soins infirmiers entravant ainsi la qualité de soins surtout au niveau des institutions hospitalières publiques de Kinshasa.

1.3. Questions de recherche

Bien mener cette recherche certaines questions méritent d'être posées :

- Quelles sont les catégories professionnelles des infirmiers enquêtés ?
- Quels sont les facteurs qui contribuent à l'inefficacité de la qualité des soins dans l'unité de la médecine interne ?
- Quels sont les facteurs prépondérants parmi les divers déterminants de la qualité des soins ?

1.4. Hypothèse

Au regard des conditions locales de travail dans le service de Médecine interne des Cliniques Universitaire de Kinshasa, nous sommes d'avis que les soins infirmiers sont inefficaces malgré l'objectif du centre d'enseignement et de recherche en santé.

1.5. But et Objectif

Cette étude vise à dénombrer les facteurs associés à l'inefficacité de soins infirmiers.

Pour atteindre ce but nous sommes assignés les objectifs suivants:

1. Présenter le profil socio professionnel des l'infirmiers enquêtés aux cliniques universitaires de Kinshasa
2. identifier les facteurs associés à l'inefficacité de soins infirmiers.
3. déterminer les facteurs les plus déterminants de l'inefficacité des soins infirmiers dans cette clinique de référence à la dimension nationale.
4. trouver des pistes des solutions en vue de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

1.6. Importance de l'étude

Les soins infirmiers sont classés parmi les sciences et la profession infirmière est une profession savante selon l'organisation internationale du travail. Orienté une étude dans ce cadre est une utilité capitale. Par ailleurs, le métier d'infirmier, est noble, mais plein d'embûches. S'efforcer d'épingler les facteurs qui entravent la réalisation de soins de qualité est une nécessité.

Cette étude est un sujet d'actualité dans le sens qu'à l'heure actuelle la qualité des soins constitue la dynamique de la profession infirmière dans la pratique servant bon nombre des malades et des soins offert dans les institutions hospitalières de référence, et pourtant les soins offert dans les institutions hospitalières de référence, et pourtant les soins de santé primaires auxquels nous avons ratifié vise les soins efficaces à moindre coût.

Cette recherche ouvre les pistes de solution pour rendre les soins infirmiers à son but premier, celui d'aider le malade au non de sortir de la dépendance vers l'indépendance.

1.7. Délimitation du champ d'étude

Cette étude s'intéresse sur les facteurs associés à l'inefficacité de l'exécution de soins infirmiers aux cliniques universitaires de Kinshasa. Au cours de la période allant du 9 février au 09 mars, cette institution est considérée comme un centre d'enseignement et de recherche biomédicale de référence nationale.

1.8. Subdivision du travail

Cette étude comprend cinq chapitres :

Au premier chapitre nous présenterons l'introduction avec ses diverses composantes, dans le deuxième chapitre, nous exposons la littérature sur les soins infirmiers, la méthodologie utilisée dans cette partie est décrite dans le troisième chapitre ; la quatrième chapitre les données collectives ainsi que les difficultés rencontrées. Le cinquième chapitre interprété les résultats obtenus. Le travail se termine par une conclusion comprenant quelques suggestions et recommandation.

CHAPITRE DEUXIEME : REVUE DE LA LITTERATURE

Dans ce chapitre nous allons définir quelques concepts des permettant aux lecteurs de mieux cerner le problèmes dont il est question : ici nous décrivons certains principes théoriques provenant de certains énoncés par certains auteurs.

Facteurs :

Larousse de poche (1986) définit le facteur comme un élément qui concourt à un résultat variable latent proposé par l'analyse factorielle pour rendre compte des corrélations entre les notes obtenues par un sujet à une série de tests psychologiques.

ASSOCIE :

Larousse de poche (op.cit) dit que c'est un lien par des intérêts communs avec une ou plusieurs des partis, faire participer à une chose.

INEFFICACITE :

Larousse de poche (op.cit) définit l'inefficacité comme une manque d'efficacité d'une technique.

EXECUTION :

Larousse de poche (op.cit) : définit l'exécution comme action, manière d'écouter, d'accomplir l'exécution d'un plan.

2.1.1. Infirmier

Selon le dictionnaire les termes médecine, c'est la personne diplômée exerçant la profession d'auxiliaire différentes soignant les malades et pouvant participer aux différentes activités en matières de prévention d'éducation de la santé, formation au encadrement.

Les définitions classiques, celle fut formulée par Virginia HENDERSON, en 1966, limite la fonction, fondamentale de l'infirmier à ce qui suit : aider l'individu malade au bien portant, à poursuivre ses activités afin de mourir possiblement tant comme s'il était seul, armé, uniquement de sa force, de sa volonté et de ses connaissances aussi rapidement que possible.

2.1.2. Soins infirmiers

Les soins infirmiers est un ensemble d'actes effectués par l'infirmier pour répondre aux besoins fondamentaux de l'individu malade au bien portant.

Selon JURA et WALSH (1978) « c'est donné les soins : c'est établir une relation avec le client et sa famille, que ce soit par l'observation, l'aider à la communication les conseils ou l'éducation ».

L'OMS (1991) citant EFFAMEL) et HODAZAK (1992) « définissent les soin qui ont pour but d'aider l'individu ; la famille et la communauté à soulager la douleur physique au psychique, à éviter la maladie et enfin d'atteindre l'autonomie pour satisfaire les besoins fondamentaux.

Selon Colière (1998) les soins infirmiers sont l'ensemble d'un processus de discernement des besoins sanitaires d'une personne ou d'un groupe et l'action qu'il faut mettre en œuvre pour y répondre.

2.2. Institution hospitalière

D'après le Larousse de poche (1998) c'est un établissement qui exerce l'hospitalité qui accueille les malades.

2.3. Genèse des soins infirmiers

Les soins infirmiers sont vieux comme le monde. La profession infirmiers à découvert sa place dans la vie petit à petit, d'où nous essayerons de relever les grandes étapes de l'évolution des soins infirmiers à travers les époques de l'histoire pour chacune de périodes s'étendant de l'antiquité au vingtième siècle.

2.3.1. Evolution des soins infirmiers à travers les âges

Depuis la création des êtres vivants, et cherchaient continuellement à lutter pour la surveillance de l'espèce. Les primitifs croyaient

que la maladie et la mort ne sont que de phénomènes anormaux, dues à l'intervention de forces occultes, de démons.

A l'Antiquité

Est caractérisée par la naissance des sciences médicales dont le père est Hippocrate. Cependant, les écrits historiques de cette époque politique ne donnent aucun renseignement au très peu sur les soins infirmiers et les notes de l'infirmier sont dans l'ombre (RIOPPELLE 1982). Le même auteur soucie qu'à cette époque la vie était un don des dieux et la maladie était liée au déplaisir des dieux.

Au moyen âge

Le christianisme par le biais de l'église catholique interdit la pratique de la magie et des cultes de faux dieux. Elle met l'accent sur la charité envers les démunis et ainsi la préoccupation des chrétiens spécialement des dames romaines s'oriente vers les soins à prodiguer aux malades. On doit noter qu'au début de cette ère les soins prodigués sont rudimentaires, sans base scientifique. La charité amène les soignants à donner des soins élémentaires d'hygiène aux malades, à leur trouver un abri convenable et à leur procurer de confort dans la souffrance deviennent de plus en plus humains c'est vers la fin du moyen âge que sont créés plusieurs facultés de médecine, et les soins consistent à distribuer les repas à assister les femmes en couches et transporter les malades (PESET op.cit).

La renaissance

- Le Dix-huitième siècle

Est caractérisé en Angleterre par le développement d'Elisabeth Ery qui entreprend véritablement la formation des infirmières.

OMANYONDO (op.cit) soutient que les soins infirmier avaient pour but de garder les gens en santé en les délivrant de la maladie.

- Les dix neuvième siècle

Pour PESET (op.cit) a vu naître la médecine scientifique grâce aux progrès incessants de la chimie de la biologie et les sciences naturelles, en France les soins infirmiers étaient pratiqués par excellentes filles de charité, sœurs de santé Vincent de Paul. En Angleterre Florence Nightingale, avaient amené une véritable révolution dans la pratique des soins infirmiers et la formation des infirmières. C'est en Suisse, à Lausanne, qu'est fondé en 1859 la première école normale de garde-malade.

Pour RIOPELLE (op.cit) la charité est la base des soins à cette époque l'aspect scientifique s'ajoute à la sollicitude, les soins ont pour but de servir Dieu et le prochain.

Le 20^{ème} et 21^{ème} siècle sont dominés par l'essor scientifique spectaculaire de la physique, la chimie, les mathématiques, même et aussi les sciences humaines lui fournissent des techniques, des moyens d'investigation des thérapeutiques de plus en plus élaborées.

Les soins promotionnels recherchent les moyens de développer et d'entretenir chez les individus une santé la plus parfaite possible.

2.3.2. Evolution des soins infirmiers en république démocratique du Congo (RDC)

Avant l'indépendance l'infirmier congolais vit un grand bouleversement dans sa profession infirmière. Le départ de la plupart des assistants médicaux en 1964 pour une formation médicale en Europe, renforce la charge et le prestige de l'infirmier. Ce dernier s'installe de plus en plus sur le rôle médical délaissant par fois son rôle primaire de nurse.

Entre 1960 et 1970, l'infirmier élève son niveau de connaissance pour l'adopter à ses nouvelles charges, il se spécialise et apparaît des tâches au sien de la profession. Cette période avait une profonde crise d'identité qui le poussa rechercher les spécialistes de sa profession et redéfinir lui-même son rôle de l'équipe soignante et par rapport à la profession médicale.

L'infirmier met l'accent sur l'autonomie de la profession infirmière dans la complémentarité avec la profession médicale. Il élève de plus en plus son niveau intellectuel pour suivre le rythme des autres disciplines de la science par des réformes et de l'organisation de l'enseignement. Il se réunit en association pour mieux défendre la profession et perfectionner ses prestations dans le domaine spécifiques des soins infirmiers. Mais cette évolution n'est pas homogène pour tout le pays, car l'infirmier rural est resté entre les tâches proprement médicales et les soins infirmiers sont négligés à cause de la carence en médicale dans les coins reculés du pays. Ainsi, naît donc le décalage entre le profit rural et infirmier du centre urbain. On peut qualifier cette période comme étant l'époque de la technicité des soins infirmiers. Notons également qu'ici commence la délégation de certains soins jugés inférieurs par l'infirmier aux membres de la famille du patient.

L'infirmier d'aujourd'hui se consacre uniquement aux tâches administratives et à l'exécution de prescription médicales. On peut dire que sur le terrain il y a régression dans l'évolution du rôle de l'infirmier qui inconsciemment se ramène lui-même à nouveau vers un rôle d'auxiliaire médical en réduisant ses prestations aux seules exécutions des prescriptions médicales pendant ; car la formation s'élevé de plus en plus. Petit à petit, la dimension spirituelle et sociale de soins commence à émerger au point qu'à ce jour on commence à parler d'une approche logique de soins infirmiers (sur le plan théorique).

En somme, l'évolution de soins infirmiers était entourés plus de la charité, de dévouement, d'être au service de l'autres, d'assurer un confort moral jour et nuit ainsi émerge la considération de la personne malade, l'aspect relationnel de soins mettant en jeu la dimension technique de soins.

2.3.3. L'Aspect relationnel des soins infirmiers

Toute relation est l'établissement du premier contact avec l'autre. L'infirmier et le patient en présence sont étrangers l'un à l'autre. L'un est la place qu'il souffre, l'autre parce que c'est sa profession. Il importe peu que cette première rencontre ait lieu en milieu hospitalier ou non, le principe demeure le même.

Pour VERONIQUE et COLL (1995) dans le cadre de soins infirmiers, le respect et l'intérêt accordés à l'étranger sont d'abord impersonnels et comprennent les mêmes politesses d'usage que l'on accorde. A tout nouvel hôte, quelle que soient les circonstances. La coopération du patient est de l'accueil que lui aura réservé l'infirmier ou l'équipe soignante ou premier contact.

A cet effet DOLBEAU (1999) l'infirmier est la personne qui a des connaissances spécifiques et dont il est en droit d'attendre l'aide et conseils pour ce faire. Ses relations peuvent être induites par le comportement du soignant.

2.3.4. Le transfert

Tout patient hospitalisé peut à projeter dans le cadre d'une relation ses angoisses. La situation hospitalière est source de frustration puis d'inquiétude, ce qui peut désorganiser le patient, d'où la constitution d'un transfert ou le patient utilise des attitudes qu'il a eues antérieurement dans des situations difficiles. Il peut transférer sur l'infirmière des attitudes constituées dans sa petite enfance, attitudes émotionnelles d'amitié, d'hospitalité, de repli, d'indifférence apparence par exemple.

2.3.5. Le contre transfert

D'après DOLBEAU (Op.cit), dans la relation soignant. Soigné, celui-ci est impossible à éviter raison pour laquelle « faire preuve d'une neutralité » n'est que pure illusion. Dès que deux personnes sont en contact, on sait bien que les sentiments de sympathie ou d'antipathie naissent. Autrement dit, dans une relation duelle, avant de qualifier un patient de

caractériel, d'agressif, d'informer doit essayer de voir si elle n'y est pas déjà pour quelque chose. Il s'agit par ce travail de faire la part des choses, de ne pas mettre sur «le dos du malade ».

La relation infirmière client est très fréquente, elle est une relation obligée, infirmier gagnera probablement beaucoup à s'inspirer des sciences humaines et notamment des apports de la psychanalyse pour améliorer sa relation à l'autres. Quelques soit le type de relations instaurés, qu'elle dit, ce qu'elle fait et façon de le faire.

L'aidant se doit de travailler sur lui-même avec la confiance l'empathie est une autre caractéristique de la relation d'aide qui comprend ce qui dit le patient « son point de vue sous le même angle que lui et perdre en d'aide se doit d'être un lieu où se fait innée mais relève d'une méthode et des techniques à acquérir contrairement à ce que beaucoup de professionnels croient.

2.4.1. Rôle de l'infirmier

Que ce soit en institution ou en milieu communautaire, l'infirmier doit assumer des rôles variés tant sur le plan de la pratique que sur celui de leadership ou de la recherche. BRUNNER et SUDDARTH (1985) soutiennent que chacun présente des aspects variés qui sont reliés et qui se retrouvent dans toutes les fonctions du domaine infirmier.

Rôle du patient

Il concerne les actes que l'infirmier doit poser pour assurer sa responsabilité première qui est de répondre aux besoins exprimés par le client, les membres de sa famille et son entourage. Ce rôle prédominant dans la distribution des soins dits primaires, secondaires et tertiaire.

Rôle de leadership

YURA, OZIMEK et WALSH (1976) soutiennent que l'infirmier exerce son leadership en dirigeant les actions de ses collègues vers la réalisation des objectifs précis. Le rôle de leadership en soins infirmier procède de créer des échanges principaux, l'influence et le sens du compromis. Selon

les mêmes auteurs, le rôle de leadership, consisterait pour un infirmier à intervenir dans le réseau des relations interpersonnel pour modifier le comportement de ses collègues.

Autre l'infirmier exerce son rôle de leadership au près d'un nombre plus ou moins grand d'individus, selon les circonstances, ainsi l'infirmier peut aider un client ou sa famille à changer de mode de vie aider des groupes ou des communautés à abandonner certaines pratiques, ou encore leurs interventions auprès de clients ou de groupes de clients dont on veut modifier certaines habitudes.

Pour BRUNNER et SUDDAN (op.cit) le client incontestablement le personnage central du système de santé. Ils soulignent que lorsque le client se présente au centre hospitalier, ou dans un quelconque établissement de santé, et qu'il manifeste un ou plusieurs familles et citoyen de la communauté. Il est sans doute accablé par bon nombre de préoccupations personnelles amplifiées et conditionnée par sa maladie.

La principale tâche de l'infirmier consiste à aider le client à identifier clairement ses problèmes, à garder l'essentiel, les situer à leur juste place et y rechercher une solution satisfaisante.

2.5. Facteurs associés à l'influence des soins infirmiers

2.5.1. Facteurs liés au matériel des soins

- Carence des matériels des oins dans une unité hospitalière ;
- Manque d'équipement et de mobiliers des soins ;
- Manque d'asepsie pendant les soins.

Facteurs liés à la planification des soins

- Mauvaise planification du travail des soins ;
- Non respect des heures des soins ;
- Désintéressement aux problèmes des malades du à l'exécution des soins ;
- Manque de communication pendant les soins ;

- Reconnaissance et ignorance des certaines techniques des soins irrégularités dans la dispensation.

2.4.3. Facteurs liés à l'organisation des soins

- Supervision inefficace des infirmiers chefs sur les soins administrés ;
- Absence de formation continue ;
- Mauvaise collaboration des équipes ;
- Mauvaise constitution des équipes des soins ;
- Manque de sens de responsabilité en milieu des soins.

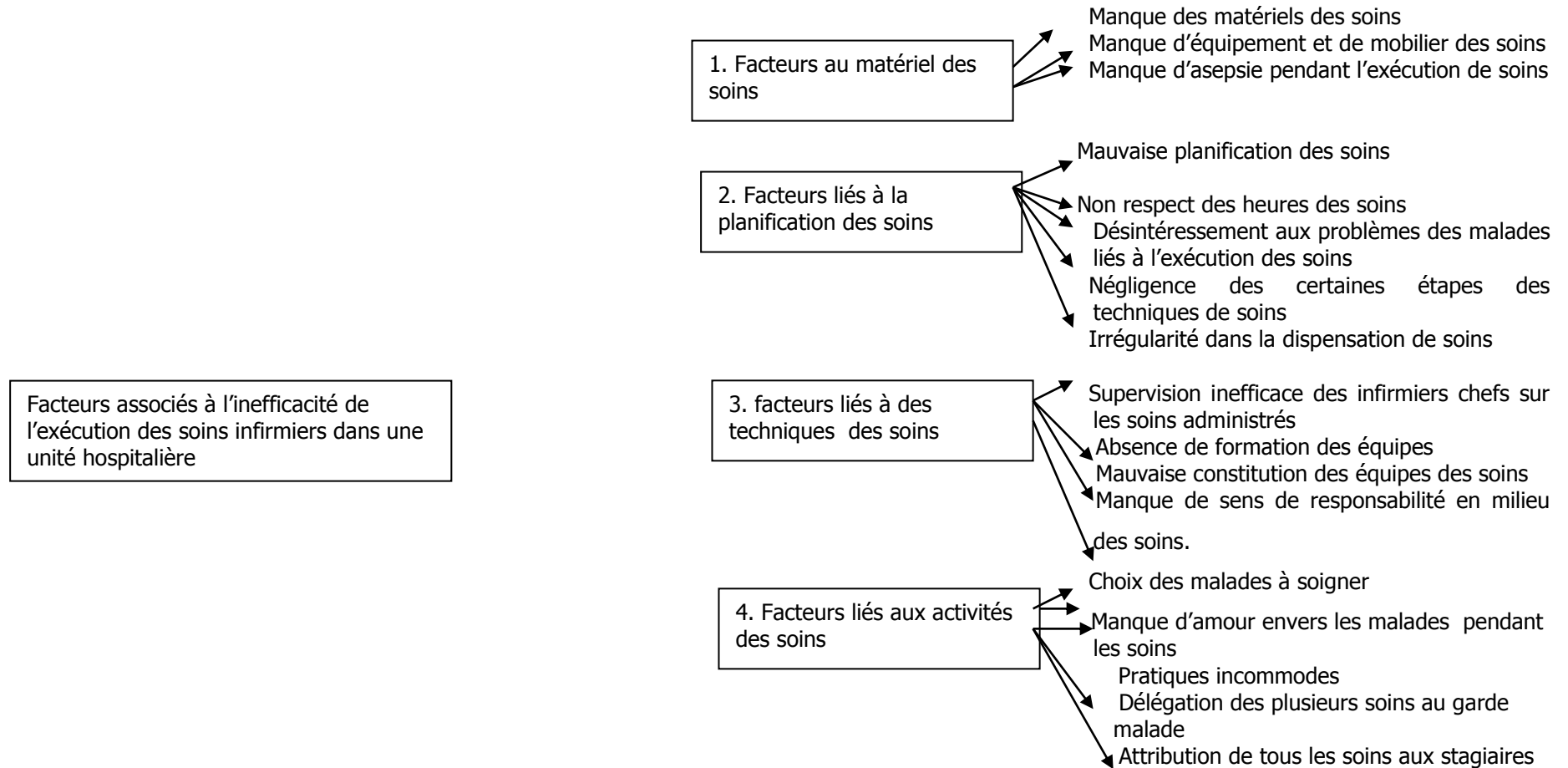
2.5.4. Facteurs liés aux activités des soins

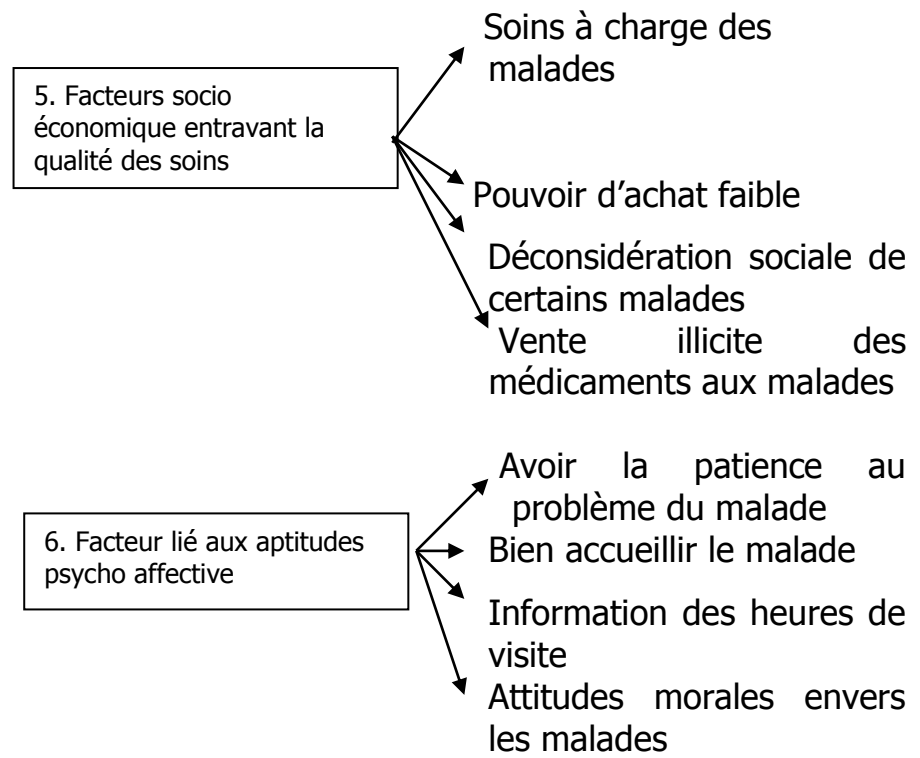
- Choix des malades à soigner ;
- Manque d'amour envers les malades pendant les soins ;
- Mauvaise exécution des techniques des soins ;
- Pratiques incommodes pendant les soins ;
- Délégation des plusieurs soins au garde malade ;
- Attribution des tous les soins aux stagiaires.

2.5.6. Facteurs liés aux attitudes psycho affectives

- Avoir la partiel au problème du malade ;
- Bien accueillir le malade ;
- Information des heures de visite ;
- Attitudes morales envers les malades.

SCHEMA CONCEPTUEL





CHAPITRE TROISIEME : METHODOLOGIE

3.1. Description du terrain d'enquête

Notre choix a été porté sur les cliniques universitaires de Kinshasa, comme terrain d'enquête pour des raisons évidentes, d'abord les cliniques Universitaires de Kinshasa assurent aussi bien les soins aux malades que l'enseignement des sciences de santé. Aussi, elle est une institution publique et universitaire.

Enfin, elle s'impose de par le nombre impressionnant d'infirmiers oeuvrant à côté d'autres professionnelles de santé spécialisées chacun dans le domaine qui le concerne présumés être scientifiquement au point et mieux équipés que leurs collègues d'autres institutions sanitaires de la capitale. Cette enquête était effectuée pendant la période du 09 Janvier au 10 Février 2008.

3.1.1. Situation géographique du terrain

- Environnement

Les Cliniques Universitaires de Kinshasa font partie intégrante de l'université de Kinshasa, qui se situe à plus au moins 15Km au sud du centre ville sur le Mont-Amba, dans la commune de LEMBA.

Elles répondent favorablement aux conditions requises pour la construction d'un hôpital à savoir :

- Situation en dehors du centre ville ;
- Dans un quartier excentrique avec des espaces libres et vastes à l'abri du vent et du bruit.

Les Cliniques Universitaires de Kinshasa sont accessibles au public par la route, soit par l'avenue de l'université de Kinshasa qui traverse les quartiers GOMBELE et LIVULU, soit par la chaussée ou la route de KIMWENZA.

Aspect physique

Les Cliniques Universitaires de Kinshasa sont un hôpital au style architectural à la fois pavillonnaire et massif.

L'accès aux divers services se fait par des écoliers soit par les ascenseurs. L'orientation des bâtiments sont appréciables car elle permet une bonne ventilation voir un bon ensoleillement.

1.3.2. Historique du terrain

La création des Cliniques Universitaires date de l'époque coloniale. Lors de la conception, elle avait pour mission d'assurer les soins médicaux personnels de l'office de transport Congolais, en sigle OTRACO, l'actuel ONATRA par les médecins de l'université de LOVANIUM.

De 1962 à 1971 le premier médecin directeur des Cliniques Universitaires de Kinshasa, fut le docteur ROONSE, remplacé en suite par autres responsables. C'est en 1972 que le premier médecin Directeur Zaïrois ainsi que l'administrateur Zaïrois prirent la direction de l'Hôpital, il s'agit de monsieur MUTEBA et KIBUNGU.

De 1992 à 2001 : médecin directeur fut Madame TOZIN RHAMA avec comme adjoint le Professeur NSEKA. Actuellement, c'est-à-dire de puis 2001 jusqu'à ce jour, la composition des Cliniques Universitaires de Kinshasa se présente de la manière suivante :

- Médecin directeur : le professeur NGUMA ;
- Médecin directeur adjoint : Professeur NSEKA.

Les Cliniques Universitaires de Kinshasa sont situés à plus au moins 15 km de centre ville sur le Mont-Amba dans la commune de Lemba, nettement en dehors du centre ville, dans un quartier excentrique avec des espaces libres et vastes à l'abri du vent et des bruits, toutefois accessibles aux publics par la route, soit par l'avenue de l'université de Kinshasa, trouver le quartier GOMBELE et LIVULU, soit par la chaussée ou la route de KIMWENZA. Elle s'impose par son architecture moderne à la fois massive et pavillonnaire,

dont l'orientation des bâtiments permet une ventilation de l'air et bon ensoleillement, tandis que l'accès aux divers services se fait par les escaliers et les ascenseurs.

Les Cliniques Universitaires s'imposent aussi par sa configuration générale et particulièrement par un nombre impressionnant des départements qu'elles renferme, parmi les quels on peut citer celui de médecine interne avec ses huit services, de chirurgie avec ses neuf services, de gynéco-obstétrique avec quatre services, de pédiatrie avec ses cinq services, de santé publiques avec deux services, sans oublier les blocs opératoires et le département d'anesthésie et réanimation avec ses trois services, voir même la gynécologie maternité.

La multiplication de ses départements et services a fait que les cliniques universitaires compte en son sein un nombre fort impressionnant d'infirmiers et infirmières soit plus ou moins 453 infirmiers couvrant l'ensemble des services de tous les départements de chirurgie vient en tête avec 119 infirmiers, suivi de celui de pédiatrie avec 93 infirmiers, de gynéco obstétrique avec 92 infirmiers, et de médecine interne avec 80 infirmiers. Toujours sont de la catégorie A₃ plus au moins 235 sur 453 infirmiers, le nombre d'infirmiers A₂ s'élève à plus ou moins 165, tandis que les infirmiers A₁ à 53. Cette ventilation donne naturellement une idée de la manière dont la couverture des soins est faite dans les différents départements et différents services.

Effet, le département au sein de quel notre enquête s'est effectué c'est celui du département de la médecine interne le quel comprend huit services à savoir :

1. De consultation ;
2. des urgences ;
3. de soins intensifs ;
4. d'endocrino-cardio-renal ;
5. de gastro-entérologie ;

6. pneumo-hématologie ;
7. d'endoscopie ;
8. d'hospitalisation (privée).

Comme on peut le constater ces différents services sont solidaires entre eux et donnent la mesure dont le département pour faire face aux différents pathologies chaque service dispose de son équipement et des professionnels médicaux spécialisés, on comprend facilement que sur les quatre Vingt (80) infirmiers que compte le département de médecine interne sont 13 de niveau A₁, 34 des niveaux A₂ et 33 de niveau A₃, il y a une moyenne de 10 infirmiers par service. Toutefois on peut dire que dans l'ensemble le nombre impressionnant d'infirmiers oeuvrant à coté d'autres dans son domaine, laisse présumer que les différents départements et services sont scientifiquement et techniquement aussi équipés d'autres institutions sanitaires de la capitale. Dans le cas d'espèce de notre recherche, notre enquête s'est effectuée pendant une période allant du 09 Février 09 Mars 2008, à la faveur de technique sur une population dont les données et les techniques constituent l'objet du point suivant.

3.2. Population et échantillon

Population

OMANYANDO (2005) Définit la population comme étant un ensemble des sujets sur lesquels les informations seront prélevées pour justifier l'étude.

La population de notre étude est constituée de tous les infirmiers (ères) oeuvrant au service de soins intensifs aux cliniques universitaires de Kinshasa et dont l'effectif total s'élève à 13 infirmiers de tous les niveaux confondus.

ECHANTILLON

LAROCHE cité par AKUMAKINAYO (1988) considère l'échantillon comme une fraction de la population qui détient les mêmes caractéristiques de la population, tirées d'une manière aléatoire ou non représentative de la population.

Pour sélectionner les individus qui ont fait partie de notre échantillon, nous avons tenu compte des certains critères d'inclusion ci-dessous.

3.2.1. CRITERE D'INCLUSION

Pour être sélectionné à l'étude, il fallait

être un infirmier affecté au service de soins intensifs

- être un infirmier présent pendant notre passage pour la récolte de données
- être un infirmier ayant exécuté les soins pendant la période de l'étude.

3.2.2. CRITERES D'EXCLUSION

- Nous avons exclu de l'étude, tous les infirmiers n'ayant pas rempli les critères d'inclusion dont :
- Les infirmiers chefs de service
- Les infirmiers en congé et absents pendant la période de récolte des données

3.3. METHODE TECHNIQUE ET INSTRUMENT DE MESURE

3.3.1. Méthode

Pour atteindre le but visé par cette étude, nous avons utilisé la méthode d'enquête qui selon Polit et HUNGLER (1987) désigne toute activité de recherche au cours de laquelle le chercheur recueille les données auprès d'une portion de la population en vue d'en examiner les caractéristiques, les opinions, les attitudes ajoutent FORTIN et COL (1988).

Cette méthode est de choix pour cette étude car nous cherchons à obtenir des infirmiers dans une unité hospitalière. Cette méthode a été concrétisée par la technique d'intervention qui consiste à poser des questions à un répondant et d'en obtenir les réponses qui ont notée. Il convient au préalable qu'un questionnaire soit élaboré obtenu servant de guide d'interview. Dans cette étude nous avons élaboré un questionnaire composé de questions ouvertes et réponses prédéterminées.

3.7. Processus de collecte de données

Pour avoir accessibilité de données de notre étude, nous avons d'abord des démarches des démarches auprès des autorités de cliniques universitaires de Kinshasa. L'enquête a été facilitée grâce à la lettre de recommandation pour la recherche donnée par la section sciences infirmiers. Avec ce document, nous nous sommes présentée à la direction du nursing. Après un entretien ayant trait à l'explication sur l'étude à savoir la problématique, le but et la méthodologie, le directeur du nursing nous enverra auprès de chargé de formation qui nous facilité la tâche de constitution de base de sondage et la prise de contact avec les coordinateurs de base et les infirmiers.

Les infirmiers étaient informés de notre passage, leur lieu de travail. Les infirmiers tirés furent interviewés. Nous commençons par nous présenter et solliciter leur contribution à la réalisation de cette étude après les avoirs salués et expliqués l'importance de leurs réponses. Après leur consentement, nous posions au fur et à mesure les questions selon l'ordre établi et nous notions les réponses données. Toutes fois, ils étaient informés que les réponses données devraient noter pour le seul but de la recherche.

L'interview prenait à moyenne 20 minutes par interviewés et déterminait par un remerciement de notre part. l'enquête a durée 1 mois.

TECHNIQUE

AKU MBAKINAYO définit la technique comme, l'ensemble des procédés mis au point scientifiquement et permettant à l'investigateur, soit de choisir une portion d'individus de la population mère à l'étude, soit de rassembler des informations sur le sujet donné.

Pour notre étude l'observation directe, définie par Leonard BICKMAN (1976), comme étant la sélection, la provocation, l'enregistrement et le codage de l'ensemble des comportements et des environnements qui s'applique aux organismes « in situ » et qui conviennent aux objectifs empiriques nous servi de technique.

INSTRUMENT DE MESURE

OMANYONDO (2006) définit l'instrument de mesure comme un moyen utilisé à l'intérieur de message pour saisir ou appréhender des informations relatives à l'objet de recherche fort. De cette définition nous nous sommes servis d'une grille d'observation comme instrument de mesure. Cette grille d'observation reprend les éléments observables faisant partie des facteurs liés à l'inefficacité de soins.

Le nombre, des actes posés le pourcentage sous forme de fréquence absolue et de fréquence cumulée et des pourcentages. Ces calculs statistiques nous ont facilité à présenter les résultats sous forme des variables quantitatives discontinues ;

3.4. CRITERE D'ACCEPTABILITE

Avant de présenter nos résultats, nous nous sommes fixés un critère d'acceptabilité à 60% c'est un critère qui nous aidera à apprécier d'une façon objective sin un infirmier retenu ou de là de 60% c'est un facteur d'inefficacité de soins infirmier.

3.8. Traitement des données

Après avoir collecté les données de cette étude nous avons procédé au dépouillement de réponses. Ce dépouillement était manuel que nous comptons pour chaque item des réponses obtenues lesquelles ont constitué la fréquence obtenue ou observée présenté dans le tableaux statistiques. Par la suite, le calcul de pourcentage a été réalisé en rapportant la fréquence de réponses obtenues sur l'effectif, la proportion trouvée était multipliée par 100 par ailleurs arriver à résumer les résultats en vue de faciliter leurs interprétations.

CHAPITRE. QUATRIEME : PRESENTATION ET ANALYSE DE DONNEES

Ce pendant présente et analyse les donnés collectées sont présentées sous forme tabulées suivies de commentaires. Par ailleurs, les difficultés rencontrées au cours de la collecte de l'étude sont présentées.

Tableau I. Répartition des enquêtées selon l'âge et le sexe

Age (en année révolue)	fi	%
25-30	1	10
31-36	1	10
37-41	2	20
42 et plus	6	60
TOTAL	10	100

Ce tableau montre que 60% de l'échantillon soit 6 infirmiers ont un âge de 40 ans et plus, 20% soit 2 infirmiers sont dans la tranche d'âge de 37 à 41 ans ; 10% dans celle de 25 à 30 ans et de même 10% dans celle de 31 à 36 ans révolus.

Tableau II. Répartition des enquêtes selon le sexe

Sexe	fi	%
1. Masculin	4	40
2. féminin	6	60
TOTAL	10	100

Ce tableau illustre clairement que 60% de nos enquêtés soit 6 infirmiers sur 10 sont de sexe féminin tandis que 4 infirmiers sur 10, soit 40% sont du sexe masculin.

Tableau III. Répartition des enquêtés en fonction de leur niveau de formation

Niveau de formation	fi	%
Infirmier gradué A ₁	2	20
Infirmier diplômé A ₂	4	40
Infirmier auxiliaire A ₃	4	40
TOTAL	10	100

Ce tableau nous montre la majorité de nos enquêtés sont du niveau A₂ soit 40%. Les infirmiers A₃ représentent 40% ; le gradués 20%.

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon l'ancienneté

Ancienneté (en année)	fi	%
0-5	2	20
6-10	1	10
>10	7	70
TOTAL	10	100

Ce tableau illustre que 70% soit 7 infirmiers ont une expérience professionnelle de plus de 10 ans ;20% soit 2 infirmiers ont une expérience d'au moins 5 ans ;10% 1 infirmier a une expérience de la tranche de 6 à 10 ans.

Tableau V : Facteurs liés à la technique des soins infirmiers

Facteurs identifiés	FA	FO	%
Manque de matériel des soins	10	10	100
Manque d'équipement et de mobilier	10	10	100
Manque d'asepsie pendant l'exécution de soins	10	0	0
TOTAL	30	20	67

Dans ce tableau nous avons constaté que 100% des infirmiers enquêtés, avaient cité le manque de matériel de soins d'équipement des mobiliers cependant aucun par manque d'asepsie pendant l'exécution de soins. L'infirmier n'avait cité le manque d'asepsie pendant l'exécution des soins servis. Le résultat global a été évalué être une fréquence de 67%, témoin de l'implication à l'inefficacité des soins.

Tableau VI : Facteurs liés à la planification des soins infirmiers

N°	Facteurs identifiés	FA	FO	%
1	Mauvaise planification des soins	10	6	60
2	Désintéressement aux problèmes des malades concernant les soins	10	5	50
3	Négligences des certaines étapes des techniques	10	4	40
4	Non respect des heures d'exécution des soins	10	3	30
5	Irrégularité dans la dispensation de soins	10	4	40
	TOTAL	50	22	44

Dans ce tableau, il ressort que 60% ou soit 6 sur 10 infirmiers sont enquêtés ont le problème la mauvaise planification de soins, 40% des infirmiers ont le problème de négligence des étapes des certaines techniques de soins ; 50% soit 5 sur 10 infirmiers accuse un problème de désintéressement aux problèmes des malades dû à l'exécution des soins infirmiers ; et 30% est le non respect des heures de soins aux malades ; et 40% sont dû à l'irrégularités 30% dans la dispensation de soins.

Il ressort de ce tableau que les facteurs liés à la planification des soins a été identifié de façon globale à une fréquence de 44% montrent qu'il n'y a pas implication à l'inefficacité des soins.

Tableau VII : Facteurs à l'organisation des soins

N°	Facteurs identifiés	FA	FO	%
1	Supervision inefficace des infirmiers chef Sur la qualité des soins	10	9	90
2	Absence de formation continue	10	7	70
3	Mauvaise collaboration entre les équipes des soignants	10	8	80
4	Mauvaise constitution des équipes des soins	10	7	70
5	Manque de sens de responsabilité en Milieu des soins	10	8	80
	TOTAL	50	39	78

Concernant l'organisation des soins les facteurs inhérents à l'organisation des soins ont été identifiés à une fréquence globale de 78%. Ce pourcentage a révélé que les facteurs liés à l'organisation des soins contribuent à l'inefficacité des soins dans cette unité de soins.

Tableau VIII : facteurs liés à l'activité des soins

N°	Facteurs liés à l'activité de soins	FA	FO	%
1	Choix malades à soigner	10	3	30
2	Manque d'amour envers les malades Pendant les soins	10	5	50
3	Mauvaise exécution des techniques des Soins	10	4	40
4	Pratiques incommodes	10	2	20
5	Délégation des plusieurs soins au garde Malade	10	7	70
6	Attribution des tous les soins aux stagiaires	10	6	60
	TOTAL	60	27	45

Ce tableau nous montre qu'en cas de problème après s'être informé, donne les directives à exécuter de soins dont celui-ci à 30% ;et délégation des plusieurs soins au garde malade nous donne un

Tableau IX : Facteurs socio économique entravant la qualité des soins

	Facteurs	FA	FO	%
1	Soins à charge des malades	10	9	90
2	Pouvoir d'achat faible	10	8	80
3	Déconsidération sociale des certains	10	7	70
4	Vente illicite des médicaments aux malades	10	6	60
			30	75

Les facteurs socio économiques interférant avec la qualité des soins ont été identifiés à une fréquence globale de l'ordre de 75% ; montrent bien qu'il y avait des facteurs économiques qui ont contribué à l'inefficacité des soins infirmiers.

Tableau X : facteurs liés aux attitudes psycho affectives

	Facteurs identifiés	FA	FO	%
1	Avoir la patience au problème Du malade	10	9	90
2	Bien accueillir le malade	10	6	60
3	Information des heures de visite	10	5	50
4	Attitudes morales envers les malades	10	8	80
	TOTAL	40	29	70

Il revient de remarquer que les facteurs liés aux attitudes psycho affectives ont identifiés à une fréquence globale de 70% cotés delà de notre à seuil de performance souhaité.

Tableau XI : Synthèse de résultats sur l'identification des facteurs associés à l'exécution des soins infirmiers

N°	Facteurs associés à l'inefficacité des soins	FA	FO	%
1	Facteurs associés à l'inefficacité des infirmiers	60	27	45
2	Facteurs liés à la planification des soins	50	22	44
3	Facteurs liés à l'organisation des soins aux malades	50	39	78
4	Facteurs socio économique entravant la qualité Des soins	40	30	75
5	Attitudes psycho affectives des infirmiers	40	28	70
6	Facteurs liés à la technique des soins	30	20	67
	TOTAL	270	166	61

Il ressort de ce tableau synthèse qu'il y a plusieurs facteurs associés à l'exécution des soins car ils ont été identifier au-delà de notre critère l'acceptabilité fixé à 60% il ressort de manière globale 61%. Ce tableau indique que les infirmiers des services de médecine de CUK éprouvent des difficultés dans l'exécution des soins infirmiers à causes de nombreux déterminants.

CHAPITRE CINQUIEME : INTERPRETATION DES RESULTATS

Ce chapitre traite de l'interprétation de résultats. Il s'agit d'un examen critique de résultats obtenus dans cette étude à la lumière des études instinctives et des théories se rapportant à la pratique de soins infirmiers.

L'identification des facteurs enviant la qualité. En effet, s'agissant du profil des enquêtés, si l'on considère le sujet de notre échantillon telle que l'observation faite auprès des infirmiers et relativement à leur âge, il y a lieu de constater qu'il y a prédominance des adultes soit un total de 80% dont 60% ont plus de 42 ans, tandis que 20% dans la tranche d'âge de 37 à 41 ans. Ils peuvent donc assurer un soins une façon appropriés grâce à leurs expériences, à la connaissance et à la maturité sociale dont ils sont dépositaires. Cette vision adhère à l'échantillon d'étude notamment des personnes âgées de plus de 25 ans.

Dans cette étude, la majorité de nos enquêtés est constituée des infirmiers du niveau A2, soit 40%, ce niveau de base de la formation infirmière diminution de nombre des infirmiers A3 qui retournent au banc de l'école, cette catégorie d'infirmiers est plus rencontrée. Il représente 40%.

Nous notons également les infirmiers gradués qui représentent 20% des enquêtes. C'est l'infirmier de niveau de formation supérieure.

Le tableau n°4 indique que la plupart des enquêtées soit 70% des enquêtés avaient une expérience de plus de 10 ans dans le service, ce qui montre l'existence d'un degré d'appréciation et de jugement très fort appréciables sur aussi bien les processus physiologique de l'organisme que leurs expériences dans les prestations.

DONABEDIAN (2000) soutient que la démarche de soins réalisée par un professionnel infirmier dépend non seulement de la formation de ce professionnel, de l'organisation de l'institution mais aussi et surtout de ressources matérielles.

Dans les actes de soins, la régression de soins dans cette étude 100% d'enquêtés rencontrent comme problèmes dans l'exercice de leur fonction, le manque de matériel constitue pour les enquêtés un obstacle à l'amélioration d'un aspect de la qualité de soins car les résultats de soins observés montrent le facteur associé à l'inefficacité des soins infirmiers. Par ce manque de matériels, selon 100% d'enquêtés il y a un manque d'équipement et de mobiliers des soins qui constituent un danger pour les malades. Il est observé aussi pour 0% d'enquêtés, un confort et sécurité efficace, une asepsie et hygiène défectueuse, ainsi le résultat global a été évalué 67%.

Ceci montre de manière effective, le manque de matériels et équipement constitue un déterminant de la détermination de soins infirmiers.

A propos de facteurs associés à l'inefficacité des soins selon les éléments 60% et non seulement le manque de planification des soins mais aussi le non respect des heures des soins qui représente 30% des enquêtés et 50% du aux désintéressements du professionnels soignants aux problèmes de l'exécution des soins. 40% des enquêtés du à la négligence des étapes des certaines techniques.

Dans cette étude, 90% d'enquêtés citent laet 70% l'absence de formation continue. En effet, la supervision est une fonction du management qui permet au superviseur de corriger à réaliser les tâches non routinières.

Ces deux fonctions du manager favorisent l'amélioration de la qualité de soins infirmiers par les actions correctives apportées au cours des activités de soins et par l'amélioration des compétences.

La mauvaise collaboration entre les équipes de soignants représente 80% tandis que 80%, des enquêtés sont la manque de sens de responsabilité de professionnel soignant.

En effet, l'absence d'une formation continue des infirmiers amène à la routine dans le travail et continue un facteur associé à l'inefficacité des soins.

Pour les facteurs liés aux activités de soins, le choix des malades à soigner nous donne 30% AINSI 40% des enquêtes sont dues à la mauvaise exécution des techniques des soins. 70% des enquêtes témoignent la délégation des plusieurs soins aux gardes malades et 60% ; l'attribution des taux les soins aux stagiaires.

JARDILIER (200) soutient que l'employé doit avoir les bonnes conditions de vie au travail afin qu'il tire satisfaction dans son travail parmi ces conditions qui constituent les facteurs extrinsèques de la motivation de l'employé.

Dans cette étude pour 90% d'enquêtés témoignent le soins en charge de malade, et 80% ont un pouvoir d'achat faible.

En effet, certaines études comme celle de OTHONO (19836) a montré que la rémunération insuffisante pousse le personnel infirmier à réaliser d'autres activités que leurs activités principales voir à, la grève perlée c'est-à-dire ils font 8 heures au travail et non 8 heures de travail.

Cette situation s'observe dans cette étude car les enquêtes pour subvenir à leurs besoins mensuels 60% d'entre eux vent illicite des médicament aux malades et le petit matériel. 70% font autre chose que les soins à savoir la déconsidération sociale des certains malades démunis.

Ceci est contraire aux allégations de RHEAUT (1974) qui soutient que les soins de base doit vent être administrés chez tous les patient car ils conditionnent la qualité des soins. Toute fois le manque de matériel de literie

pourrait expliquer en partie le peu d'intérêt accordé par les infirmiers à la technique.

Pour les problèmes liés aux matériels la fréquence globale de ces éléments donne 80% ce qui est supérieur à notre critère d'acceptabilité.

En ce qui concerne le problème de la planification des soins le score global obtenu est de 44%.

A propos de facteurs liés à l'organisation de soins au malade, nous avons observé que dans l'ensemble les facteurs liés à l'organisation ont été réalisés à 78%.

Ceci est contraire aux allégations de RHEULT (op.cit) qui soutient que les soins de base doivent être administrés chez tous les patients car ils conditionnent la qualité de soins.

Ceci dans le facteur lié à l'activité de soins à est encore global de 80% :

- les facteurs liés à la structure socio économiques donnés sont score de 75%.

En fait tous ces phénomènes perturbent le bon déroulement ou la réalisation correcte de soins, l'infirmier ne pensant qu'à ce qu'aura à récolter ou comment il pourra subvenir à ses besoins.

- l'amour envers le malade à un score de 90% tandis que 60% est dû à l'accueil du malade, et 50% sont dû à l'information des heures de visite, ainsi l'attitude moral envers les malades à un score de 80% ; tandis que les attitudes psycho affectives a donné un score global de 70% proportionnel au regard de notre critère d'acceptabilité.

CONCLUSION

Notre étude est basée sur les facteurs associés à l'inefficacité des soins infirmiers en milieu hospitalier en vue de contribuer à l'amélioration de l'image, de la pratique professionnelle ainsi que de la qualité de soins infirmiers.

Ainsi, les objectifs spécifiques découlent de cet objectif ont été les suivant :

- présenter le profil socio professionnel des l'infirmiers enquêtés aux cliniques universitaires de Kinshasa ;
- identifier les facteurs associés à l'inefficacité de soins ;
- déterminer les facteurs les plus déterminants de l'inefficacité des soins infirmiers ;
- trouver des pistes des solutions en vue de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.

Pour ce faire, une enquête a été effectuée grâce à l'interview (face à face) à l'aide d'un guide d'interview auprès des infirmiers des cliniques universitaires de Kinshasa. Pour constituer l'échantillon de l'étude de 10 infirmiers, un sondage systématique a été fait sur une population de 13. Cette démarche a permis de collecter les données nécessaires. En ce qui concerne la présentation, l'analyse et l'interprétation, elles ont abouti aux résultats que nous pouvons résumer : les facteurs associés à l'inefficacité d'exécution des soins ont été évalués à une fréquence globale de 61% :

- les facteurs liés aux techniques 67%
- les facteurs rencontrés à la planification des soins 44%
- les facteurs associées à l'inefficacité des soins 45%
- les facteurs liés à la structure socio économique a obtenu dans l'ensemble un score de 75%
- les facteurs liés aux attitudes psycho affectives des infirmiers 70%.

La fréquence cumulée des différents des facteurs associés à l'inefficacité des soins a donné comme résultat 61% ce résultat est supérieur à notre critère d'acceptabilité fixé 60%.

Suggestion

Au vu de tout ce qui précède, nous suggérons : aux autorités des cliniques universitaires de Kinshasa :

- D'organiser, pendant les heures de service, des séminaires au débats sur les éléments de la planification et organisation des soins ;
- D'approvisionner le service de soin intensifs en matériels et d'équipement nécessaire de mobiliers des soins ;
- D'accorder l'importance capitale aux besoins perturbé du malade ;
- Respecter les heures du travail et de soins ;
- De savoir que la réfection des lits conditionnent la qualité de soins ;
- De lire régulièrement afin d'élever leur niveau de connaissance.