

International Journal of Health, Medicine and Nursing Practice

(IJHMNP) **Facteurs Influençant le Degré de l'Implication des
Infirmiers dans l'Auto-Prise en Charge du Diabète « Étude
menée à l'HGR de Wangata/Mbandaka »**



**CARI
Journals**

Facteurs Influençant le Degré de l'Implication des Infirmiers dans l'Auto-Prise en Charge du Diabète « Étude menée à l'HGR de Wangata/Mbandaka »

Itobo Mbomba Clémentine¹, Balow'a Kalonji Kamuna Ignace², Mundembe Mungbanga Patrick³,  Nkanga Boika Chito^{4*}

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka (ISTM-MBKA)

²Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa (ISTM-KIN)

³Doctorant en science de la santé à l'ISTM-Kinshasa (RDC)

⁴Chercheur en santé publique à l'ISTM Mbandaka et apprenant en Santé et Environnement à l'UNIKIS

<https://orcid.org/0009-0000-1319-7672>

Accepted: 24th April, 2026, Revised Form: 9th May, 2026, Published: 14th May, 2026

Résumé

Objectif : Évaluer les facteurs influençant l'implication des infirmiers dans l'auto-prise en charge) des patients diabétiques.

Méthodologie : Étude transversale à visée analytique menée auprès de 170 infirmiers, utilisant un questionnaire structuré.

Résultats : Bien que 100 % des infirmiers reconnaissent leur rôle, 63,3 % ignorent les différents types de diabète. Les obstacles majeurs sont le manque de formation (46,7 %), la surcharge de travail (26,7 %) et le manque de motivation (23 %).

Conclusion : L'étude met en lumière le décalage entre la reconnaissance théorique du rôle infirmier et la réalité pratique de l'auto-prise en charge du diabète.

Mots-clés : *Facteurs, Implication, Infirmiers, Auto-prise en charge, Diabète.*

Factors Influencing the Degree of Nurse Involvement in Diabetes Self-Management- A study conducted at the Wangata/Mbandaka General Referral Hospital

Abstract

Purpose: To evaluate the factors influencing nurses' involvement in the self-management of diabetic patients.

Methodology: A cross-sectional analytical study was conducted with 170 nurses using a structured questionnaire.

Results: Although 100% of nurses recognized their role, 63.3% were unaware of the different types of diabetes. The major obstacles were lack of training (46.7%), workload overload (26.7%), and lack of motivation (23%).

Unique Contribution to Theory, Practice and Policy: The study highlights the gap between the theoretical recognition of the nurse's role and the practical reality of diabetes self-management.

Keywords: *Factors, Involvement, Nurses, Self-management, Diabetes.*

1. INTRODUCTION

Le diabète sucré connaît une progression alarmante à l'échelle mondiale, affectant plus de 537 millions d'adultes, avec un impact particulièrement sévère en République Démocratique du Congo. Face à cette menace croissante, l'auto-prise en charge (AEC) qui inclut la gestion autonome du traitement, de l'alimentation et du suivi glycémique s'impose comme une stratégie vitale pour réduire les risques de complications et garantir une meilleure qualité de vie aux personnes atteintes (FID, 2022).

La réussite de cette approche repose sur un accompagnement structuré, où l'infirmier occupe une position stratégique de pivot. En tant qu'éducateur de santé central, son rôle est de faciliter l'autonomie des patients, conformément au modèle de Dorothea Orem sur le déficit de soins personnels. Cependant, malgré cette proximité essentielle, on observe une faible implication des professionnels : les soins restent souvent limités à une dimension purement curative, au détriment de l'autonomisation thérapeutique (Orem, 2025).

Selon la littérature, les structures sanitaires de Mbandaka sont confrontées à cette problématique. Les observations préliminaires révèlent que le personnel infirmier peine à structurer cet accompagnement par manque de protocoles clairs et de coordination interprofessionnelle. Cette situation prive les patients diabétiques d'un soutien indispensable, les laissant vulnérables face aux exigences quotidiennes de la maladie et aux barrières culturelles locales (World Health Organization, 2016).

Plusieurs déterminants organisationnels et professionnels expliquent ce déficit d'engagement. Les recherches soulignent notamment le manque de formation spécifique, la surcharge de travail, l'insuffisance des ressources logistiques et la faible reconnaissance institutionnelle du rôle éducatif des infirmier(e)s. En Afrique subsaharienne, ces obstacles majeurs se traduisent par une adhésion médiocre des patients aux pratiques d'auto-soins, faute d'un encadrement infirmier compétent et motivé (International Council of Nurses, 2021).

Cette étude adopte une approche quantitative pour analyser les facteurs déterminants les causes de non-observance au sein de l'HGR Wangata, sur une période allant d'avril à juillet 2025. Elle vise à identifier les leviers nécessaires pour renforcer l'éducation thérapeutique et transformer durablement le système de soins local. La présente étude s'est focalisée sur les réponses aux questions suivantes :

- Quels sont les principaux facteurs qui influencent le degré d'implication des infirmiers dans l'auto-prise en charge du diabète à l'HGR de Wangata/Mbandaka ?
- Quel est le niveau de connaissances théoriques et pratiques des infirmiers de l'HGR de Wangata sur le diabète et l'éducation thérapeutique ?
- Existe-t-il une corrélation entre le niveau de formation continue sur le diabète et l'implication dans l'éducation des patients ?

Aux questions posées, les réponses suivantes ont été anticipées :

- Le niveau de connaissances des infirmiers de l'HGR de Wangata est hétérogène, avec une meilleure maîtrise des pratiques techniques (injections, surveillance) que des compétences pédagogiques nécessaires à l'éducation thérapeutique (diagnostic éducatif, suivi comportemental).
- Il existe une corrélation directe entre la formation continue et l'éducation thérapeutique : les infirmiers ayant bénéficié de formations spécifiques sur le diabète s'impliquent davantage dans l'éducation des patients, favorisant ainsi une meilleure gestion autonome de la maladie par ces derniers.

2. METHODES

2.1 Devis et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique, réalisée en milieu hospitalier. Elle s'inspire du modèle de déficit en soins personnels d'Orem. La présente étude est menée à l'Hôpital Général de Référence de Wangata pour la période allant du 15 au 19 mai 2025

2.2 Population et échantillon

Tous les infirmiers du service de Médecine Interne de l'Hôpital Général de Référence de Wangata, constituent la population de cette étude. Cependant, le processus de sélection des participants repose sur un recrutement systématique durant toute la période. Il s'agit donc d'un échantillonnage non probabiliste de convenance de 170 infirmiers qui ont rempli les critères d'inclusion (Être infirmier diplômé, en poste depuis au moins six mois et volontaire).

2.3. Collecte des données

Avec un questionnaire écrit en lingala et en français, l'interview a été réalisée auprès des infirmiers moyennant leur consentement libre et éclairé. Pour la concordance, l'enquête se focalisait aussi, à vérifier les pratiques infirmières sur le carnet des malades et le registre de la médecine interne.

2.4. L'analyse des résultats

Les données ont été analysées statistiquement par le logiciel SPSS version 25 et le test de Chi carré de Pearson a été appliqué pour établir les corrélations, avec un seuil de signification de 5 % ($p < 0,05$).

2.5. Considérations éthiques

Le consentement volontaire des participants a été requis, garantissant l'anonymat et la confidentialité des informations collectées.

3. RÉSULTATS

Tableau I : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques

Paramètres (n=170)	Effectif (%)	Moyenne ± Ecart type
1 Age (ans)		33,7 ± 9,92 ans
<30	74 (43,3)	
>30	96 (56,7)	
2 Sexe		
Masculin	79 (46,7)	
Féminin	91 (53,3)	
3 Ancienneté (ans)		5,67 ± 4,74 ans
< 5	85 (50)	
> 5	85 (50)	
4 Type des structures fréquentées		
Hôpital Général de Référence	170 (100)	

Ce tableau montre que l'âge moyen des participants était de 33,7 ± 9,92 ans. La répartition par tranche d'âge montre que 56,7 % des enquêtés avaient plus de 30 ans, contre 43,3 % âgés de moins de 30 ans.

La répartition des enquêtés selon le sexe révèle une légère prédominance féminine (53,3 %) par rapport aux hommes (46,7 %).

Quant à l'ancienneté professionnelle, la moyenne est de 5,67 ± 4,74 ans. La répartition des enquêtés selon l'ancienneté montre une distribution parfaitement équilibrée : 50 % des enquêtés avaient moins de 5 ans d'ancienneté, tandis que les 50 % restants avaient plus de 5 ans d'expérience.

Le même tableau révèle que l'ensemble des enquêtés (100 %) exerce au sein d'un Hôpital Général de Référence, ce qui confère à l'étude une homogénéité institutionnelle.

Tableau II: Répartition des enquêtés sur la connaissance des types de diabète et l'implication dans l'auto-prise en charge du diabète

Paramètres (n=170)	Effectif (%)
1 Connaissance des types de diabète	
Oui	62 (36,7)
Non	108 (63,3)
2 Avoir ramené les patients diabétiques à s'auto prendre en charge	
Oui	119 (70)
Non	51 (30)
3 Connaitre que les infirmiers jouent un rôle dans l'auto-prise en charge	170 (100)

Les résultats de ce tableau indiquent que 36,7 % des enquêtés avaient déclaré connaître les différents types de diabète, tandis que 63,3 % avaient affirmé ne pas les connaître.

Concernant l'implication des enquêtés dans la pratique de l'auto-prise en charge des patients diabétiques, les résultats obtenus indiquent que 70 % des enquêtés déclaraient avoir déjà amené des patients diabétiques à s'auto prendre en charge, contre 30 % qui ne l'avaient pas fait.

Le même tableau indique qu'en ce qui concerne la connaissance du rôle infirmier dans l'auto-prise en charge, les résultats obtenus montrent que La totalité des enquêtés (100 %) reconnaît que les infirmiers jouent un rôle dans l'auto-prise en charge des patients diabétiques.

Le Graphique 1 suivant met en évidence le niveau de connaissance des enquêtés concernant les éléments clés de l'auto-prise en charge du diabète. Les résultats obtenus montrent que la connaissance des éléments fondamentaux de l'auto-prise en charge était variable selon les dimensions considérées. Certains aspects tels que l'éducation thérapeutique (26,7%), l'alimentation équilibrée (23,5%) et la surveillance de la glycémie (20%) étaient mieux connus, tandis que d'autres présentaient des lacunes notables.

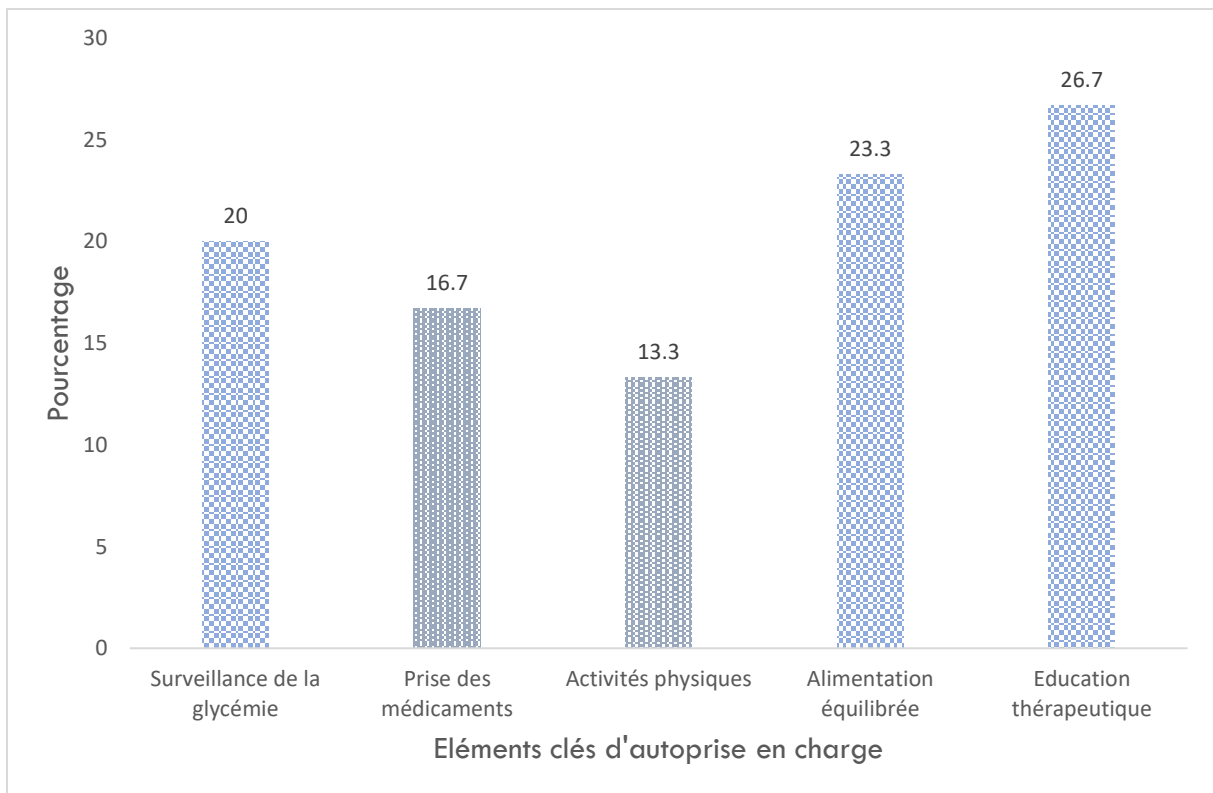


Figure 1: Connaissance des éléments clés de l'auto-prise en charge du diabète

Tableau III: Répartition des enquêtés selon la connaissance des obstacles et l'attitude face à la formation continue

Paramètres (n=170)	Effectif (%)
1 Connaissance des obstacles à une bonne prise en charge du diabète	
Manque de formation	79 (46,7)
Charge de travail élevé	46 (26,7)
Manque de motivation	39 (23)
Absence des directives claires	6 (3,3)
2 Être favorable à une formation continue	170 (100)

Les résultats de ce tableau montrent que près de la moitié des enquêtés (46,7 %) avaient identifié le manque de formation comme étant le principal obstacle à une prise en charge optimale du diabète.

Par ailleurs, 26,7% des répondants avaient évoqué la charge de travail élevée comme contrainte majeure.

En outre, 23% des enquêtés avaient mentionné le manque de motivation comme un des obstacles majeurs. Enfin, une proportion marginale (3,3 %) avait signalé l'absence de directives claires.

Le même tableau montre que la totalité des enquêtés (100%) s'était déclaré favorable à une formation continue.

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon la pratique de l'éducation thérapeutique

Paramètres (n=170)	Effectif (%)
1 Avoir participé à des séances d'éducation thérapeutique	
Oui	91 (53,3)
Non	79 (46,7)
2 Fréquence de participation à des séances d'éducation thérapeutique	
Toujours	23 (13,3)
Souvent	51 (30)
Rarement	51 (30)
Jamais	45 (26,7)
3 Avoir utilisé les outils d'accompagnement des patients en éducation thérapeutique	
Oui	51(30)
Non	119 (70)

Les résultats de ce tableau indiquent que 53,3 % des enquêtés déclaraient avoir déjà participé à des séances d'éducation thérapeutique, tandis que 46,7 % n'y avaient jamais pris part.

Concernant la fréquence de participation aux séances d'éducation thérapeutique le tableau montre que seuls 13,3 % des enquêtés avaient « toujours » participé contre 30 % qui n'avaient pas « souvent » voire « rarement » participé et 26,7 % n'avaient « jamais » participé.

En ce qui concerne l'utilisation des outils d'accompagnement (supports éducatifs, fiches de suivi, guides pratiques, etc.), seuls 30 % des enquêtés les avaient utilisés contre 70 % qui ne les avaient pas utilisés.

Tableau V: Répartition des Moyennes (\pm Ecart type) de l'âge et de l'ancienneté en fonction du sexe

Paramètres	Sexe		Test de Student	p Value Signification
	Masculin (n=79)	Féminin (n=91)		
1 Age (ans)	33,71 (\pm 9,03)	33,68 (\pm 10,94)	0,007	0,994 NS
2 Ancienneté (ans)	5,36 (\pm 4,38)	5,94 (\pm 5,17)	-0,329	0,745 NS

Les résultats montrent que l'âge moyen des participants de sexe masculin était de $33,71 \pm 9,03$ ans, tandis que celui des participants de sexe féminin était de $33,68 \pm 10,94$ ans. Les moyennes observées ne diffèrent pas statistiquement différemment elles sont pratiquement identiques ($p < 0,05$).

En ce qui concerne l'ancienneté professionnelle, le même tableau renseigne que les hommes avaient une moyenne de $5,36 \pm 4,38$ ans, contre $5,94 \pm 5,17$ ans chez les femmes. Bien que la moyenne soit légèrement plus élevée chez les femmes, l'écart demeure faible. Les moyennes d'ancienneté ne diffèrent pas statistiquement significativement entre les deux sexes ($p > 0,05$).

Tableau VI: Relation entre l'implication des enquêtés à l'auto-prise en charge du diabète et le sexe, l'âge, l'ancienneté et l'éducation thérapeutique

Paramètres	Implication des enquêtés à l'auto-prise en charge du diabète		Test de Khi-Carré	p value Signification
	Oui (n=119)	Non (n=51)		
1 Sexe				
Masculin	74	11	3,97	0,046 S
Féminin	45	40		
2 Age (ans)				
< 30	108	28	4,64	0,028 S
> 30	11	23		
3 Ancienneté (ans)				
< 5	34	28	0,159	0,690 NS
> 5	85	23		
4 Education thérapeutique				
Oui	101	23	5,49	0,019 S
Non	18	28		

L'application du test statistique de Chi carré de Pearson au seuil de signification de 5% montre qu'il existe une association statistiquement significative ($p < 0,05$) entre le sexe, l'âge, la participation aux séances d'éducation thérapeutique et l'implication des enquêtés à l'auto-prise en charge du diabète.

4.DISCUSSION

L'analyse des données recueillies à l'HGR Wangata met en lumière un paradoxe central : une forte volonté d'engagement de la part d'un personnel infirmier jeune, contrastant avec des lacunes théoriques significatives en diabétologie. Cette dynamique influence directement la qualité de l'auto-prise en charge (AEC) du diabète.

La moyenne d'âge de 33,7 ans et l'ancienneté modérée (5,67 ans) caractérisent une équipe en début ou milieu de carrière. Ces résultats sont en corrélation avec American Diabetes Association Releases (2023) qui a conclu que les prestataires jeunes s'impliquent dans l'AEC.

La prédominance féminine et l'homogénéité du groupe à l'HGR Wangata, bien que gage de cohérence interne, limitent la transférabilité des résultats. Des études comparatives avec des structures de soins tertiaires ou privées seraient nécessaires pour valider ces tendances.

Cependant, 100 % des infirmiers affirment leur rôle éducatif, mais 63,3 % ignorent la classification des types de diabète. Cette observance a été aussi faite par en 2024 selon le Rapport annuel de l'OMS. L'incapacité à distinguer le diabète de type 1 du type 2 est critique. Une éducation thérapeutique efficace repose sur la compréhension de la physiopathologie (carence en insuline vs insulino-résistance). Sans ce socle, les conseils diététiques ou l'observance thérapeutique risquent d'être inadaptés, voire dangereux.

Paradoxalement, 70 % d'infirmiers déclarant contribuer à l'AEC, malgré le déficit théorique, révèlent une éducation thérapeutique basée sur l'expérience (routines de service) plutôt que sur des preuves scientifiques (EBP - Evidence-Based Practice). Si l'intention est louable, cette pratique empirique selon Hartemann, A., & Grimaldi, A. (2019) manque de structuration pour être efficace durablement face à une maladie chronique L'analyse montre une focalisation inégale sur les piliers de l'AEC. Le fait que l'alimentation soit privilégiée au détriment de l'activité physique ou de la prévention des complications (soins des pieds, détection des hypoglycémies) suggère une vision curative plutôt que préventive. Le diabète est souvent réduit à une "maladie du sucre" (alimentaire) alors que la prise en charge est holistique.

Le manque de formation spécifique est identifié comme le principal obstacle à une implication optimale (46,7 %), suivi de la surcharge de travail (26,7 %) et du manque de motivation (23 %). La pression professionnelle réduit le temps indispensable à l'éducation, tandis que l'absence de directives claires complique la systématisation des soins. Heureusement, l'adhésion unanime du personnel à la formation continue (100 %) offre un levier stratégique majeur pour les décideurs hospitaliers.

La pratique de l'éducation thérapeutique reste insuffisamment systématisée. Bien que 53,3 % des infirmiers y aient déjà participé, plus de la moitié (56,7 %) ne le font que rarement ou jamais, et seuls 30 % utilisent des supports pédagogiques. Ce faible usage d'outils structurés freine la compréhension et l'engagement du patient. L'intégration institutionnelle de ces outils et la régularité des séances sont nécessaires pour transformer des interventions sporadiques en un véritable programme de soins coordonné.

Enfin, l'étude établit des corrélations significatives : le sexe, l'âge et surtout la participation active à l'éducation thérapeutique ($p < 0,05$) influencent directement le degré d'implication. À l'inverse, l'ancienneté n'apparaît pas comme un facteur déterminant, prouvant que l'expérience seule ne remplace pas la formation spécialisée. Ces résultats confirment que le renforcement des capacités et une culture hospitalière centrée sur le patient sont les leviers principaux pour optimiser la prise en charge du diabète.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'implication des infirmiers de l'HGR Wangata dans l'auto-prise en charge du diabète est une réalité encourageante, portée par un personnel jeune (33,7 ans en moyenne), mais qui demeure limitée par des lacunes théoriques critiques et des contraintes organisationnelles majeures. Bien que 70 % des professionnels déclarent soutenir l'autonomie des patients, le décalage avec la maîtrise scientifique. 60 % ignorant les types de diabète ce qui confirme que les pratiques reposent davantage sur une expérience empirique que sur une démarche structurée. L'analyse statistique valide l'hypothèse d'une implication fragile, influencée significativement par l'âge, le sexe et la participation aux séances d'éducation thérapeutique. Pour optimiser la qualité des soins, il est désormais impératif d'institutionnaliser la formation continue afin de pallier le manque de connaissances spécifiques, tout en allégeant la charge de travail pour dégager le temps nécessaire à un véritable accompagnement. La mise à disposition d'outils pédagogiques adaptés et le renforcement de la motivation institutionnelle apparaissent comme les leviers indispensables pour transformer cet engagement spontané en une stratégie d'éducation thérapeutique systématique et rigoureuse, garantissant ainsi une meilleure prise en charge des patients diabétiques.

RÉFÉRENCES

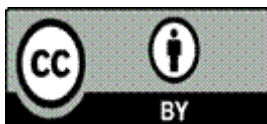
- American Diabetes Association. (2023). Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46. doi.org
- Fédération Internationale du Diabète. (2021). *Atlas du Diabète de la FID* (10e éd.). Bruxelles, Belgique. <https://diabetesatlas.org/fr/resources/previous-editions/> [1, 2, 3, 4]
- Hartemann, A., & Grimaldi, A. (2019). *Guide du diabète* (4e éd.). Elsevier Masson.
- International Council of Nurses (ICN). (2021). *Nursing and chronic disease management*. Genève, Suisse.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6e éd.). Mosby. (Note : L'ouvrage théorique de référence d'Orem est ici cité, à adapter selon la "revue non-systématique" spécifique de 2020 que vous utilisez).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2023). *Diabète : Aide-mémoire*. who.int
- Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Rapport annuel 2024 de l'OMS en République Démocratique du Congo*. <https://www.afro.who.int/fr/countries/democratic-republic-congo/publication/rapport-annuel-2024-republique-democratique-du-congo>

Saltiel, A. R., & Kahn, C. R. (2001). Insulin signalling and the regulation of glucose and lipid metabolism. *Nature*, 414(6865), 799-806. doi.org [1, 2]

Saltiel, A. R., & Kahn, C. R. (2001). Insulin signalling and the regulation of glucose and lipid metabolism. *Nature*, 414(6865), 799-806. doi.org

Tripathi, B. K., & Srivastava, A. K. (2006). Diabetes mellitus: Complications and therapeutics. *Medical Science Monitor*, 12(7), RA130-RA147

World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. World Health Organization. who.int



©2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)