



Évaluation du respect des protocoles de soins infirmiers et de leurs effets sur la qualité des soins : étude menée à l'Hôpital Général de Référence de Wangata à Mbandaka (RDC)

By

Mpendeli Justin¹, Nyafe Basele Henri Stanley¹, Nsambi e Mbula Jean-Baptiste¹

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka (ISTM/MBKA), Département des Sciences Infirmières, République Démocratique du Congo



Article History

Received: 15/07/2026

Accepted: 22/07/2026

Published: 25/07/2026

Vol – 5 Issue –7

PP: - 36-43

Abstract

Introduction: Compliance with nursing care protocols constitutes a major lever for quality assurance and patient safety at the bedside.

Objective: This study aimed to evaluate the level of compliance with care protocols by the nursing staff at the HGR/Wangata in Mbandaka, and to identify its independent determinants as well as its effects on the perceived quality of care.

Methodology: A quantitative, descriptive, and analytical cross-sectional study was conducted among 120 nurses selected through probability sampling. Data were collected using a standardized questionnaire and analyzed using Pearson's Chi-square tests and a binary logistic regression model (significance threshold at 5%).

Results: Systematic implementation of protocols remains in the minority (47.5%). The major barriers identified are workload (78.3%) and input shortages (68.3%). In multivariate analysis, sufficient availability of care equipment (OR = 5.45; 95% CI: [2.34 - 12.68]; $p < 0.001$) and benefiting from recent continuous training (OR = 4.82; 95% CI: [2.12 - 10.95]; $p = 0.001$) constitute the only real independent determinants of procedural compliance, while years of experience lost its significance ($p = 0.225$). Rigorous compliance is strongly associated with the perceived reduction of clinical errors (85.0%) and user satisfaction (79.2%).

Conclusion: Clinical standardization at the HGR/Wangata requires logistical security and the institutionalization of continuous training.

Keywords: Evaluation, Compliance, Nursing care protocols, Care quality effects.

INTRODUCTION & PROBLÉMATIQUE

L'avènement de la médecine moderne a mis en exergue l'impérieuse nécessité de garantir la sécurité des patients à travers la standardisation des pratiques cliniques. Au niveau international, la qualité des soins et la sécurité des patients se dressent aujourd'hui comme des priorités majeures de santé publique mondiale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020), les événements indésirables associés à des soins non sécurisés figurent parmi les dix principales causes de décès et d'incapacité à l'échelle planétaire. Chaque année, des millions de patients souffrent de préjudices corporels, d'infections associées aux soins ou d'erreurs médicamenteuses qui auraient pu être évités par une application rigoureuse des directives cliniques validées. Les protocoles de soins infirmiers, définis comme des descriptions ordonnées et systématiques des techniques à mettre en œuvre et des surveillances à exercer, constituent le socle de cette

standardisation indispensable (Haddad et al., 2018). L'absence de rigueur dans leur suivi engendre non seulement un coût humain inacceptable, mais grève également les budgets de santé mondiaux à hauteur de plusieurs milliards de dollars par an, prolongeant inutilement les durées d'hospitalisation.

En Afrique subsaharienne, l'évaluation du respect des protocoles de soins se heurte à des contraintes structurelles aiguës qui menacent directement la sécurité des usagers. Les systèmes de santé de la région se caractérisent par une pénurie systémique de ressources humaines, un déficit criant d'équipements de base et une insuffisance de programmes de formation continue pour le personnel soignant (Mambu et al., 2021). Selon les estimations d'un rapport conjoint de l'OMS et de la Banque mondiale (2023), le taux d'événements indésirables évitables dans les hôpitaux africains est de deux à trois fois supérieur à celui observé dans les pays à haut revenu, les erreurs d'administration des soins et les infections

nosocomiales représentant la majeure partie de ces incidents. Dans ce contexte de précarité, les protocoles de soins infirmiers sont trop souvent perçus comme des contraintes académiques déconnectées de la réalité du terrain plutôt que comme des outils de protection clinique. L'absence de culture de l'évaluation de la qualité des soins et le manque de mécanismes institutionnels de supervision favorisent une déviance routinière, où l'improvisation supplante les standards scientifiques.

La République Démocratique du Congo (RDC) n'échappe pas à cette crise de qualité de l'offre de soins, exacerbée par des décennies de sous-financement chronique du secteur de la santé. Au niveau national, les structures sanitaires publiques souffrent d'une déliquescence des infrastructures, de ruptures de stock récurrentes en intrants médicaux essentiels et d'une démotivation profonde du personnel soignant liée à la précarité des rémunérations (Kadima et al., 2023). Les enquêtes nationales révèlent que moins de 30 % des hôpitaux généraux de référence disposent de protocoles de soins écrits, accessibles et régulièrement mis à jour dans leurs principaux services (Mambu, 2020). Cette absence de repères standardisés se traduit par une hétérogénéité des pratiques infirmières et une récurrence alarmante des complications cliniques évitables, notamment en milieu post-opératoire et pédiatrique. Les réformes nationales de couverture santé universelle amorcées par le gouvernement ne pourront porter leurs fruits sans une restructuration profonde de la qualité technique des soins dispensés au lit du malade.

Au niveau de la province de l'Équateur, et plus particulièrement dans la ville de Mbandaka, l'organisation des soins infirmiers fait face à des obstacles géographiques et logistiques majeurs qui aggravent l'indisponibilité des outils de standardisation clinique. Nkanga Boika Chito et al. (2025) soulignent que l'éloignement des centres de décision nationaux limite considérablement le déploiement des politiques d'assurance qualité et l'approvisionnement des institutions en matériel médico-technique moderne. À Mbandaka, les structures de formation infirmière déversent chaque année sur le marché de l'emploi des jeunes diplômés qui se retrouvent immédiatement plongés dans des services surchargés, sans aucun encadrement pratique formel. Les enquêtes régionales sur les attitudes et pratiques des infirmiers (2026) rapportent que le taux d'appropriation des guides de soins y est extrêmement faible, la majorité des praticiens s'en remettent à des traditions de service non validées par les données probantes de la science infirmière, compromettant de fait la sécurité des patients de la région.

Au cœur de cette problématique se trouve l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Wangata, établissement sanitaire de premier plan de la ville de Mbandaka, qui sert de cadre à notre investigation. Les recherches cliniques récentes menées au sein de cette institution révèlent un constat alarmant en matière de sécurité et de conformité des processus de soins. Ngbato Azinigia et al. (2026) ont mis en lumière que dans les unités critiques de l'HGR/ Wangata, les protocoles cliniques écrits sont absents dans 73,7 % des cas et que les ruptures de stocks en médicaments d'urgence atteignent parfois des taux

dramatiques de plus de 90 %. De même, Akula Akosibo et al. (2026) rapportent que la méconnaissance des protocoles par une proportion importante des soignants et l'insuffisance de la formation continue retardent l'administration des thérapeutiques post-opératoires. Cette précarité opérationnelle affecte l'expérience globale des usagers : Mbontwa Mbokolo et al. (2026) signalent un taux d'insatisfaction de 53,2 % chez les patients et leurs familles, principalement imputable à des lacunes communicationnelles et à des retards de prise en charge résultant de l'absence de coordination standardisée. Ces données objectives traduisent une crise de qualité systémique au sein de l'HGR/Wangata, où le non-respect des protocoles cliniques semble être la règle plutôt que l'exception.

C'est face à cette situation préoccupante que s'inscrit la présente recherche clinique quantitative, visant à dépasser le simple constat empirique pour analyser de manière scientifique, rigoureuse et multidimensionnelle les facteurs associés à la non-observance de ces directives cliniques. L'étude quantifie le niveau d'application des protocoles par les infirmiers de l'HGR/Wangata, identifie les barrières organisationnelles, cognitives et matérielles, et analyse l'impact de ces comportements sur les indicateurs de qualité des soins, afin de fournir aux décideurs des données probantes indispensables pour guider les réformes managériales.

Questions de recherche

Question principale : Dans quelle mesure le niveau de respect des protocoles de soins infirmiers par le personnel soignant influence-t-il la qualité des prestations cliniques et la sécurité des patients à l'Hôpital Général de Référence de Wangata de Mbandaka ?

Questions secondaires : (1) Quel est le taux de respect global des protocoles de soins infirmiers au sein des différents services, et comment se distribuent l'accessibilité physique de ces outils ainsi que l'accès à la formation continue ? (2) Quels sont les principaux facteurs institutionnels, matériels et sociodémographiques qui déterminent de façon statistiquement significative le niveau de respect de ces guides cliniques ? (3) Dans quelle proportion le respect rigoureux des protocoles de soins infirmiers est-il associé à la réduction des erreurs cliniques évitables, à la diminution de la durée moyenne d'hospitalisation et à l'amélioration de la satisfaction des patients ?

HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Hypothèse principale : Le niveau de respect des protocoles de soins infirmiers par le personnel soignant exerce une influence positive et statistiquement significative sur la qualité globale des soins cliniques et la sécurité des patients, de sorte qu'une application systématique de ces référentiels réduit la survenue des complications évitables.

Hypothèses secondaires : (1) La disponibilité matérielle en intrants et équipements de soins cliniques est positivement corrélée au niveau de conformité des pratiques. (2) Le bénéfice d'une formation continue récente portant sur les protocoles de soins multiplie de façon significative les

chances d'une application conforme et systématique de ces guides au chevet du malade. (3) Le respect systématique des protocoles de soins infirmiers engendre une réduction significative de la durée moyenne d'hospitalisation des patients et une amélioration remarquable du niveau de satisfaction globale.

OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général consiste à évaluer rigoureusement le niveau de respect des protocoles de soins infirmiers par le personnel soignant de l'HGR/Wangata et d'analyser l'impact de ce niveau de conformité sur les différents indicateurs de qualité des soins dispensés. Les objectifs spécifiques sont : dresser le profil sociodémographique des infirmiers ; quantifier l'accessibilité physique des documents et le taux de formation continue ; évaluer le taux effectif d'application pratique ; identifier et hiérarchiser les barrières matérielles et organisationnelles ; analyser de manière bi-variée et multivariée l'influence des déterminants institutionnels ; et mesurer les effets perçus du respect sur la sécurité et la satisfaction.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette recherche quantitative est caractérisée par un devis observationnel, descriptif et corrélationnel à coupe transversale (Polit & Beck, 2021). L'investigation s'est déroulée exclusivement à l'HGR/Wangata, structure sanitaire de référence située dans la ville de Mbandaka, chef-lieu de la province de l'Équateur en RDC. La population cible comprenait l'ensemble du personnel infirmier titulaire affecté

de façon permanente aux services de Médecine Interne, Chirurgie, Pédiatrie, Gynécologie-Obstétrique et Urgences/Soins Intensifs. Un échantillonnage probabiliste par grappes stratifiées a permis de constituer un échantillon robuste de 120 infirmiers, calculé selon la formule de Cochran (2017) pour les populations finies.

La collecte des données a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré standardisé, préalablement soumis à la validation d'un comité d'experts (Babbie, 2021). La fidélité et la cohérence interne de l'instrument ont été confirmées par un coefficient Alpha de Cronbach de 0,84 lors d'un pré-test (Hair et al., 2019). Le traitement et l'analyse statistique ont été exécutés sur le logiciel SPSS version 26.0. L'analyse descriptive a calculé les fréquences et pourcentages, l'analyse bi-variée a appliqué le test de Chi-carré de Pearson ($p < 0,05$), et l'analyse multivariée a mis en œuvre une régression logistique binaire par la méthode descendante de Wald pour calculer les Odds Ratios ajustés (OR) et neutraliser les facteurs de confusion (Field, 2018 ; Hair et al., 2019). Sur le plan éthique, l'étude a obtenu l'autorisation de la direction médicale, et chaque participant a signé un formulaire de consentement éclairé garantissant le strict anonymat et la confidentialité des réponses (Flick, 2020).

RÉSULTATS

Cette section expose l'ensemble des données chiffrées recueillies auprès de l'échantillon des 120 infirmiers de l'HGR/Wangata.

Tableau 1 : Distribution des infirmiers selon leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Variabiles d'étude	Catégories	Effectif (n=120)	Pourcentage (%)
Genre	Masculin	48	40,0 %
	Féminin	72	60,0 %
Tranche d'âge	Moins de 30 ans	32	26,7 %
	30 à 45 ans	58	48,3 %
	Plus de 45 ans	30	25,0 %
Niveau d'études	Hospitalier (A2)	26	21,7 %
	Gradué (A1)	74	61,7 %
	Licencié (A0)	20	16,6 %
Ancienneté professionnelle	Moins de 5 ans	55	45,8 %
	5 ans et plus	65	54,2 %
Service d'affectation	Médecine Interne / Chirurgie	42	35,0 %
	Pédiatrie / Gynécologie-Obstétrique	48	40,0 %
	Urgences / Soins Intensifs	30	25,0 %

L'analyse descriptive met en lumière une prédominance du personnel féminin (60,0 %) au sein de l'HGR/Wangata, ce qui s'aligne avec la dynamique historique de féminisation du corps infirmier en RDC. Sur le plan de la qualification académique, les professionnels gradués (A1) constituent la colonne vertébrale de l'institution (61,7 %), tandis que les

licenciés (A0) ne représentent que 16,6 % des effectifs. Ce profil de qualification, couplé à une proportion notable de praticiens ayant moins de 5 ans d'expérience (45,8 %), suggère la nécessité d'une supervision clinique rigoureuse et d'un encadrement continu des jeunes recrues pour assurer une transmission harmonieuse des compétences.

Tableau 2 : Niveau d'accessibilité, de formation et d'application pratique des protocoles

Indicateurs opérationnels	Options de réponse	Effectif (n=120)	Pourcentage (%)
Accessibilité physique des protocoles	Facilement accessibles dans le service	68	56,7 %
	Difficilement accessibles / Non disponibles	52	43,3 %
Formation sur les protocoles	Oui, formé au cours des 2 dernières années	60	50,0 %
	Non, aucune formation récente	60	50,0 %
Fréquence déclarée de l'application	Systématique (Toujours)	57	47,5 %
	Occasionnelle / Rare	63	52,5 %

La distribution des réponses souligne un clivage important quant aux conditions institutionnelles d'exercice. Près de la moitié du personnel infirmier (43,3 %) déclare faire face à des difficultés d'accès physique aux protocoles de soins au sein de leur unité. De surcroît, la couverture de la formation continue s'avère insuffisante, exactement la moitié de l'échantillon

(50,0 %) n'ayant bénéficié d'aucune session d'actualisation des connaissances sur les protocoles au cours des deux dernières années. Cette insuffisance infrastructurelle et cognitive se répercute directement sur les comportements cliniques : la mise en application systématique des protocoles de soins demeure minoritaire (47,5 %).

Tableau 3 : Facteurs identifiés comme obstacles majeurs au respect des protocoles

Barrières identifiées par les praticiens	Fréquence de citation	Pourcentage (%)
Surcharge de travail et pénurie de personnel	94	78,3 %
Rupture en intrants médicaux et matériels	82	68,3 %
Absence de supervision clinique et de rétroaction	58	48,3 %
Complexité ou inadaptation linguistique des documents	34	28,3 %
Manque de motivation ou de reconnaissance professionnelle	28	23,3 %

Les entraves au respect des protocoles à l'HGR/Wangata relèvent principalement de contraintes matérielles et organisationnelles plutôt que d'une résistance cognitive du personnel. La surcharge de travail liée à la pénurie d'effectifs (citée par 78,3 % des infirmiers) s'impose comme le principal obstacle, suivie de près par les ruptures logistiques en matériel

et en intrants de santé essentiels (68,3 %). Ces résultats démontrent que l'infirmier se retrouve souvent confronté à un dilemme éthique et opérationnel où l'absence d'outils matériels de base rend matériellement impossible le respect des étapes formelles prescrites par les protocoles cliniques.

Tableau 4 : Perception des retombées cliniques du respect des protocoles de soins

Dimensions de la qualité des soins	Amélioration perçue	Non-amélioration / Statu quo	Total
Sécurité des patients (réduction des erreurs)	102 (85,0 %)	18 (15,0 %)	120 (100 %)
Diminution de la durée d'hospitalisation	88 (73,3 %)	32 (26,7 %)	120 (100 %)
Satisfaction des patients et des proches	95 (79,2 %)	25 (20,8 %)	120 (100 %)
Coordination et fluidité du travail d'équipe	81 (67,5 %)	39 (32,5 %)	120 (100 %)

Il existe un très large consensus professionnel quant à l'utilité thérapeutique et managériale des protocoles de soins. Une écrasante majorité d'infirmiers (85,0 %) associe directement le respect de ces référentiels à une baisse significative des incidents cliniques et des erreurs médicales évitables. De

même, l'impact positif sur l'expérience globale du patient est largement reconnu (79,2 %). Ces résultats indiquent que, malgré les difficultés d'application identifiées, le personnel infirmier de l'HGR/Wangata valide pleinement la légitimité clinique et l'apport qualitatif de l'approche standardisée en matière de soins de santé.

Tableau 5 : Analyses bi-variées croisant les déterminants et le niveau de respect des protocoles

Variables prédictives	Catégories	Respect Élevé	Respect Faible	Total	Statistiques de décision
Formation continue	Bénéficiaire	42	18	60	$\chi^2 = 22,59$; ddl = 1 ; $calc p < 0,001$ (Significatif)
	Non-bénéficiaire	15	45	60	
Ancienneté	Moins de 5 ans	20	35	55	$\chi^2 = 4,26$; ddl = 1 ; $calc p = 0,039$ (Significatif)
	5 ans et plus	37	28	65	
Disponibilité matérielle	Suffisante	35	10	45	$\chi^2 = 24,56$; ddl = 1 ; $calc p < 0,001$ (Significatif)
	Insuffisante	22	53	75	

Les résultats des croisements d'hypothèses révèlent des corrélations extrêmement rigoureuses. En premier lieu, l'accès à la formation continue s'avère déterminant : les bénéficiaires d'une formation sont significativement plus enclins à un respect élevé des protocoles (70,0 % contre 25,0 % chez les non-formés). La valeur $\chi^2_{calc} = 22,59$ dépasse largement le seuil d'exclusion statistique de la table de Pearson ($\chi^2_{tab} = 3,84$).

De même, l'ancienneté professionnelle montre une corrélation positive statistiquement significative avec l'application des soins ($\chi^2_{calc} = 4,26 > \chi^2_{tab} = 3,84$; $p = 0,039$), illustrant que l'expérience clinique renforce la rigueur procédurale.

Enfin, la disponibilité en intrants s'impose comme un prérequis structurel absolu ($\chi^2_{calc} = 24,56$; $p < 0,001$). En situation d'approvisionnement suffisant, 77,8 % des infirmiers affichent un haut niveau de respect procédural, contre seulement 29,3 % en contexte de pénurie. Toutes les hypothèses nulles d'indépendance sont par conséquent rejetées au seuil de signification de 5 %.

Tableau 6 : Modèle de régression logistique binaire sur les facteurs explicatifs du respect des protocoles

Variables incluses dans le modèle	Odds Ratio (OR)	Intervalle de Confiance (IC 95%)	Valeur de p	Statut de significativité
Disponibilité suffisante du matériel (Réf : Non)	5,45	[2,34 - 12,68]	< 0,001	Hautement significatif
Bénéficiaire d'une formation continue (Réf : Non)	4,82	[2,12 - 10,95]	0,001	Hautement significatif
Ancienneté de 5 ans et plus (Réf : < 5 ans)	1,62	[0,74 - 3,55]	0,225	Non significatif

La modélisation par régression logistique binaire apporte un éclairage analytique capital en nuancant les observations des analyses bi-variées. Lorsque l'ensemble des facteurs explicatifs sont ajustés simultanément, l'influence de l'ancienneté professionnelle s'estompe et perd sa significativité statistique ($p = 0,225$). Ce résultat suggère que l'effet initialement observé de l'expérience était en réalité confondu par l'accès préférentiel des anciens aux sessions de formation.

En revanche, deux déterminants institutionnels majeurs conservent un pouvoir prédictif autonome extrêmement puissant :

1. **La disponibilité du matériel de soins** : Les infirmiers exerçant dans des services correctement approvisionnés en intrants et matériels de soins ont près de **5,5 fois plus de chances** d'appliquer de manière stricte les protocoles de soins cliniques (OR = 5,45 ; IC 95% : [2,34 - 12,68]) par rapport à leurs collègues travaillant en contexte de sous-équipement logistique.
2. **L'accès à la formation continue** : Le fait d'avoir participé à une formation portant sur les protocoles au cours des deux dernières années multiplie par près de 5 la probabilité d'un niveau d'application élevé (OR = 4,82 ; IC 95% : [2,12 - 10,95]).

En conclusion, l'amélioration de la qualité des soins à l'HGR/Wangata de Mbandaka exige de dépasser les injonctions individuelles faites aux professionnels de santé. Elle nécessite impérativement une réponse institutionnelle axée sur la sécurisation des chaînes d'approvisionnement en matériel de soins et l'institutionnalisation d'un programme pérenne de formation continue obligatoire pour l'ensemble du personnel clinique.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques (Tableau 1) révèle une prédominance féminine (60,0%) et une forte concentration du diplôme de graduat A1 (61,7%), confirmant que les infirmiers de niveau A1 représentent la véritable cheville ouvrière des services de l'HGR/Wangata. Ce constat concorde avec les travaux locaux de Mbontwa Mbokolo et al. (2026) et de Ngbato Azinigia et al. (2026), qui soulignent que les effectifs hospitaliers reposent majoritairement sur cette qualification technique, tout en mettant en garde contre le faible taux de cadres universitaires de niveau licence (A0, 16,6%). De surcroît, la proportion importante de praticiens relativement juniors (45,8% ayant moins de 5 ans d'ancienneté) pose de réels défis en matière de transfert de compétences cliniques. Comme le notaient Mambu et al. (2021) en Afrique centrale, l'insertion rapide de jeunes diplômés au chevet de patients critiques, sans dispositif rigoureux d'encadrement ou de tutorat, expose l'institution hospitalière à une variabilité dangereuse des techniques de soins.

Cette variabilité est exacerbée par les failles majeures d'accessibilité et de formation continue mises en évidence au Tableau 2. Près de la moitié des soignants (43,3%) éprouvent des difficultés à accéder physiquement aux protocoles écrits de leur unité, et la moitié (50,0%) n'a bénéficié d'aucun recyclage cognitif au cours des deux dernières années. Ce vide procédural et informationnel se traduit par un taux d'application systématique très précaire (47,5%). Akula Akosibo et al. (2026) ont d'ailleurs démontré à l'HGR/Wangata que l'inaccessibilité des guides cliniques retardait l'administration des thérapeutiques post-opératoires. Ce phénomène s'aligne sur les observations de Kadima et al. (2023) à Kinshasa, rappelant que la simple existence théorique de directives ministérielles au sein d'une direction de nursing ne garantit en rien leur application effective au lit du malade si des efforts de duplication, d'affichage et d'ateliers pratiques ne sont pas consentis.

L'apport le plus robuste de notre recherche réside dans la modélisation statistique multivariée (Tableau 6) qui permet d'isoler les réels déterminants indépendants du comportement soignant. En analyse univariée de Chi-carré (Tableau 5), l'ancienneté professionnelle semblait exercer une influence significative sur le respect des consignes ($\chi^2 = 4,26$; $p = 0,039$). Or, après ajustement mutuel des facteurs par régression logistique binaire, l'impact de l'ancienneté s'effondre totalement (OR = 1,62 ; $p = 0,225$). Ce résultat capital indique que l'expérience accumulée "sur le tas" au fil des ans, si elle n'est pas soutenue par des mises à niveau

régulières, perd toute valeur prédictive autonome et tend à pérenniser des habitudes routinières obsolètes. Les deux seuls et réels leviers d'action managériaux indépendants sont la disponibilité suffisante du matériel (OR = 5,45 ; IC 95% : [2,34 - 12,68]) et l'accès à la formation continue (OR = 4,82 ; IC 95% : [2,12 - 10,95]).

Ce constat valide empiriquement le modèle d'Avedis Donabedian (2015), qui postule un lien de causalité strict entre la qualité de la *Structure* (intrants logistiques, compétences acquises en formation) et la conformité du *Processus* (respect des protocoles de soins). Lorsque l'hôpital fait face à des ruptures de stock chroniques en consommables de base, l'infirmier se trouve plongé dans ce que Diane Vaughan (2016) qualifie de "normalisation de la déviance" : face à la pénurie, le soignant improvise des micro-arbitrages temporels et matériels pour assurer le fonctionnement du service, transformant la violation des règles de sécurité en une routine quotidienne implicitement acceptée (Guindo et al., 2020). Pour restaurer la sécurité clinique et accroître la satisfaction des usagers — aujourd'hui gravement compromise avec un taux d'insatisfaction de 53,2% (Mbontwa Mbokolo et al., 2026) —, le défi majeur des autorités de l'Équateur ne réside pas dans la sensibilisation du personnel (qui valide à 85,0% l'utilité des guides, Tableau 4), mais bien dans la restructuration logistique et l'institutionnalisation d'un programme obligatoire de formation continue.

CONCLUSION

En conclusion, cette recherche quantitative descriptive et analytique a permis de dresser un diagnostic sans équivoque des déterminants du respect des protocoles de soins infirmiers à l'HGR/Wangata de Mbandaka. Moins de la moitié des soignants appliquent de manière systématique ces guides cliniques, une déviance procédurale qui s'explique non pas par un manque de conscience professionnelle, mais par une précarité structurelle marquée par la surcharge de travail et la pénurie d'intrants. La modélisation par régression logistique binaire démontre de manière rigoureuse que la formation continue et l'approvisionnement logistique constituent les deux seuls piliers prédictifs de la conformité des pratiques, reléguant l'ancienneté au rang de facteur de confusion. Il s'avère impérieux que les gestionnaires hospitaliers et les décideurs politiques de la province de l'Équateur déploient de toute urgence des réformes managériales axées sur la sécurisation des chaînes logistiques et le recyclage systématique des compétences pour ancrer durablement la pratique infirmière dans l'Evidence-Based Nursing et garantir le succès de la Couverture Santé Universelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Association des Infirmières et Infirmiers du Canada [AIIC]. (2017). *La pratique infirmière fondée sur les résultats cliniques : Lignes directrices et cadres d'évaluation*. Ottawa : Presses de l'AIIC.
2. Akula Akosibo, P., Nyafe Basele, H. S., & Mondonga, M. (2026). Évaluation analytique de la promptitude et de la conformité des soins post-opératoires immédiats à l'Hôpital Général de

- Référence de Wangata. *Revue d'Afrique Médicale et de Nursing*, 14(2), 112-125.
3. Babbie, E. (2021). *The Practice of Social Research* (15th ed.). Boston : Cengage Learning.
 4. Bandura, A. (2018). *Auto-efficacité : Le sentiment de soi-même comme agent de réussite* (Trans. J. Lecomte). Paris : De Boeck Supérieur.
 5. Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5th ed.). Oxford : Oxford University Press.
 6. Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (2015). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago : Rand McNally.
 7. Cochran, W. G. (2017). *Sampling Techniques* (3rd ed.). New York : John Wiley & Sons.
 8. Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., & Denis, J. L. (2018). *L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts, modèles et méthodes*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
 9. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5th ed.). Thousand Oaks : SAGE Publications.
 10. Donabedian, A. (2015). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford : Oxford University Press.
 11. Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). London : SAGE Publications.
 12. Flick, U. (2020). *Introducing Research Methodology: A Beginner's Guide to Doing a Research Project* (3rd ed.). London : SAGE Publications.
 13. Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd.). Lyon : Éditions Mallet Conseil.
 14. Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche en sciences de la santé* (4e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
 15. Grol, R. (2021). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice* (3rd ed.). London : WileyBlackwell.
 16. Guindo, O., Touré, M., & Traoré, S. (2020). Épuisement professionnel du personnel soignant et déviance procédurale en milieu hospitalier subsaharien. *Journal Africain de Santé Publique*, 8(1), 45-58.
 17. Haddad, S., Degroote, S., & Ridde, V. (2018). *L'assurance qualité des soins de santé dans les pays en développement : Enjeux cliniques et managériaux*. Paris : Éditions Karthala.
 18. Hair, J. F., Black, W. C., & Babin, B. J. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Critical Research, NJ : Pearson Education.
 19. Institut de Médecine [IOM]. (2011). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington :National Academies Press.
 20. Kadima, J. N., Mwamba, T., & Mpoy, B. (2023). Analyse de l'application des guides de bonnes pratiques cliniques dans les hôpitaux publics de Kinshasa. *Revue Congolaise de Santé Publique*, 19(3), 89-102.
 21. Malhotra, N. K. (2020). *Marketing Research: An Applied Orientation* (7th ed.). New York : Pearson.
 22. Mambu, M. (2020). *Cartographie de l'assurance qualité et de la disponibilité des protocoles cliniques en République Démocratique du Congo* (Rapport National Sanitaire). Kinshasa : Ministère de la Santé Publique.
 23. Mambu, M., Diallo, A., & Ndiaye, P. (2021). Pénurie de ressources humaines et compétences infirmières en Afrique centrale : Défis de la standardisation des soins. *Santé Publique Subsaharienne*, 22(4), 210-224.
 24. Mbontwa Mbokolo, E., Nyafe Basele, H. S., & Mondonga, M. (2026). Humanisation des soins à l'Hôpital Général de Référence de Wangata : Perception de la relation soignant-soigné et niveau de satisfaction des usagers. *Revue Congolaise des Sciences Infirmières*, 5(1), 14-29.
 25. Ngbato Azinigia, J., Nyafe Basele, H. S., & Mondonga, M. (2026). Évaluation de la sécurité des patients et de la disponibilité des ressources médico-techniques dans les unités critiques de l'HGR de Wangata. *Communauté, Santé et Sciences Infirmières*, 9(1), 45-59.
 26. Nkanga Boika Chito, A., Stanley Nyafe, H., & Mbandaka Academic Group. (2025). Facteurs environnementaux et sentiment d'auto-efficacité chez les jeunes diplômés infirmiers dans la province de l'Équateur. *Annales de l'Université de Mbandaka*, 18(3), 201-216.
 27. Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2020). *Rapport mondial sur la sécurité des patients et la qualité des prestations de santé : Transformer les processus au lit du malade*. Genève : Publications de l'OMS.
 28. Organisation Mondiale de la Santé & Banque mondiale. (2023). *Qualité technique et sécurité des soins au sein des formations sanitaires en Afrique subsaharienne* (Rapport de synthèse régional). Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
 29. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer.
 30. Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research Methods for Business Students* (8th ed.). New York : Pearson.
 31. Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2018). *Health Care Management: Organization Design and Behavior* (7th ed.). Boston : Delmar Publishers.
 32. Suchman, A. L. (2019). *Organizational Culture and Procedural Compliance in Healthcare Institutions*. New York : Springer Publishing.

34. Vaughan, D. (2016). *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA* (Enlarged ed.).
35. Chicago : University of Chicago Press.