

EPIGRAPHE

Ma fille, garde le commandement de ton père et ne rejette pas l'enseignement de ta mère ! Lies- les constamment sur ton coeur, attaches les à ton cou! Ils te dirigeront dans ta marche, ils te garderont dans ton lit, ils te parleront à ton réveil. En effet, le commandement est une lampe de l'enseignement une lumière, et les avertissement de l'instruction sont le chemin de la vie. Ils te préserveront du mari mauvais, des flatteries de l'inconnu.

Prov. 6 :20-24

Je veux être à mon poste et me tenir sur la tour. Je veux veiller pour voir ce que l'Eternel me dira et ce que je répliquerai à mes reproches. L'Eternel m'a répondu et a dit : « mets la vision par écrit, grave là sur des tables afin qu'on la lise couramment ».

Habacuc 2 :1-2

Un fils sage fait la joie d'un père, et un fils stupide le chagrin de sa mère. Les trésors acquis par la méchanceté ne sont d'aucun profit, mais la justice délivré de la mort.

Prov. 10 :1-2

Donne au sage et il deviendra encore plus sage, enseigne le juste et il augmentera son savoir. Le commencement de la sagesse, c'est la crainte de l'Eternel. La connaissance du Dieu Saint, voilà en quoi consiste l'intelligence.

Prov.9 :9-10

Si l'un de vous manque de sagesse, qu'il la demande à Dieu, qui donne à tous simplement et sans faire de reproche, et elle lui sera donnée. Mais qu'il la demande avec foi, sans douter, car celui qui doute ressemble aux vagues de la mer que le vent soulève et agite de tous côtés.

Jacques 1 :5-6

Alors tous ceux qui se confient en toi se réjouiront, ils seront pour toujours dans l'allégresse, et tu les protégeras ; tu seras un sujet de joie pour ceux qui aimeront ton nom, car tu bénis le juste, Eternel, tu l'entoures de ta grâce comme d'un bouclier.

Psaumes 5 :12-13

Du fond de la détresse j'ai fait appel à l'Eternel. L'Eternel m'a répondu, il ma délivré. L'Eternel est ^pour moi, je n'ai peur de rien : que peuvent me faire les hommes ? L'Eternel est mon secours, et je regarde mes ennemis en face. Mieux Vaut chercher un refuge en Eternel que de mettre votre confiance dans les grands. Je ne mourrai pas, je vivrai, et je raconterai ce que l'Eternel a fait. L'Eternel m'a corrigé, mais il ne m'a pas livré à la mort. Je te loue, parce que tu m'as répondu, parce que tu m'as sauvé'.

Psaumes 118 :5-8, 17 et 21.

REMERCIEMENTS

Le temps est une condition et à la fois un moyen pour affranchir, nos études passés à l'Institut Supérieur des Techniques médicales de Kinshasa, nous ont donné l'occasion de mesurer le côté sacré du temps par rapport à l'énormité du travail que ce sont donné ceux qui ont bien voulu faire de nous ce que nous sommes devenus.

Nous profitons de cette occasion pour remercier d'une manière générale l'ensemble du corps académique, scientifique et administratif de l'ISTM/ Kinshasa, ainsi que les enseignants de la section des sciences infirmières ; en particulier, nous apportons un sentiment de reconnaissance à l'assistant Adolphe YAMBA-YAMBA LUKAVU qui, malgré ses multiples occupations a bien voulu diriger notre travail. Qu'il trouve en ces phrases un remerciement sincère de notre part.

A tous nos camarades, AMBO MUKANIMA, JOCELINE KABELA, ELVIE TATSHI, GABRIEL MASAMBA, VINCANT KIKILA, LEMBA MATAYI, FRANCINE PELA, DIEUDONNE OKITELLO, PIERRE MAMBEMBE, FREDDY IKAONSEBOY, ANTOINE, FRANC, CHARLES KITAMBALA, JUDE MUKWANGONGO.

A tous mes bergers, mes frères et sœurs du culte matinal de la PPUKIN qui ont contribué à travers leur prières.

Que tous ceux qui de près ou de loin ont eu à nous assister d'une manière à une autre, TANTE SOLANGE ISOLA, TANTE NZUMBA, ONCLE MUJOS MUHENGE, ONCLE JAMPY KABENDA, PAPA SEBA.

A ceux qui n'ont pas été cité dans cet avant propos, qu'ils sachent que le silence n'est pas synonyme d'oubli.

DEDICACE

A notre Dieu, Source de bonheur, seul créateur des cieux, de la terre et tous ceux qui y habitent.

A mes chers parents JANSSENS KUKANDUKA et MARIE KUMAKESA ; et à mon oncle paternel l'honorable LEMBA SALA MUDIMO FRANÇAIS.

A toute ma famille, mes frères et sœurs, FRANCOISE PASA, EVALA KOKESA, GUILLAUME MATONDO, DIEGO GIKHAU, SHADRAC TUNGOMBO, RUPHINE NZUMBA, BIBICHE KAYONGO, SOLANGE ISOLA.

A mes cousins, cousines et à mes neveux et nièces, PASTEUR BRACKMAN LEMBA, ARNORD LEMBA, ALFRED LEMBA, NENE LEMBA, GINDOS LEMBA, ANGE LEMBA, MATY LEMBA, KARLE LEMBA, BIENVENU KITONA, ROBERT KITONA, PITIE KITONA, DENISE KITONA, FRANCINE KITONA, JOSAPHAT KITONA, ADELIN KIWANGU ainsi qu'à ma très charmante SANDRINE KASANDA.

Je dédie ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLE ET SYMBOLES

- BCG : bacille Calmette et Guérin ;
- BK : bacille de koch ;
- CII : comité international de l'infirmier ;
- IP : infirmier pulmonaire ;
- ISTM : institut supérieur des techniques médicales ;
- M : mycobactérium ;
- OMS : organisation mondiale de la santé ;
- Op.cit : cité ci haut ;
- PAS : para amino-salicylique ;
- TBC : tuberculose ;
- TFC : travail de fin de cycle ;
- VIH : virus de l'immunodéficience humaine ;
- % : pourcentage ;
- TTT : traitement ;
- SI : soins infirmiers.

CHAPITRE PREMIER : PROBLEMATIQUE

I.1. ENONCE DU PROBLEME

Selon RAFFIN (1999), les préceptes d'hygiène concernent le corps en santé et donnent la joie de vivre. Mais, des ennemis invisibles, rependus dans l'air, dans notre organisme ou dans celui de nos semblables, guettent nos défaillances, toujours prêts à nous envahir.

Pour CHALIFOUR (1989), dans l'exercice de la profession, l'infirmier aide les clients, les familles et les société pour la prévention de la tuberculose, afin de conserver la santé des adultes et les enfants et de collaborer pour promouvoir en état de santé optimum, d'assister l'individu malade, en suppléant à sa capacité d'adaptation en période de crise et de maladie, d'encourager l'individu à utiliser les ressources vitales pour se dégager du conflit santé et maladie.

L'infirmier aide les patients, quelque soit le cas à trouver le meilleur état de santé possible en leur apportant le réconfort tant moral, spirituel que physique.

Tenant compte de ce rôle incommensurable dévolu à l'infirmier, la société lui exige beaucoup d'attitudes et de qualités physiques, intellectuelle, morale et professionnelle ou technique. Ceci fait de lui un membre à part entière de l'équipe de santé, capable de résoudre, dans les limites de ces compétences, les problèmes sanitaires de la collectivité ou pour le meilleur exercice de sa noble mission.

Dans cette optique, les malades tuberculeux doivent bénéficier de l'aide de la part de l'infirmier pour le recouvrement de sa santé.

Quant à SALAMON (2001), un tiers de la population mondiale est infectée par le bacille de la tuberculose, chaque année huit millions de personnes contractent la maladie et deux millions en meurent. La cartographie de tuberculose se superpose à celle de la pauvreté et du sous-développement.

En RDC, selon les estimations du programme national de la lutte contre la tuberculose, 65% des cas de tuberculose à microscopie positive sont identifiés,

35% des cas infectieux non identifié continuent à propager l'infection dans la communauté et contribuent à l'augmentation de nouveaux cas(PNT 2005).

Face à cette situation alarmante de santé communautaire qui ne cesse de croître, l'O.M.S 1995 a lancé la nouvelle stratégie halte à la tuberculose qui repose essentiellement sur les DOTS. Cette stratégie doit être mise en œuvre par l'infirmier dans le cadre de son rôle propre pour l'amélioration de la santé de population.

Nous comprenons que les patients tuberculeux exigent de la part de l'infirmier une attention particulière et des soins de qualité, étant donné que c'est une période de profonde vulnérabilité au cours de la quelle il s'accroche moralement et psychologiquement pour jouir d'une protection optimale pour leur santé.

Malheureusement durant divers moment de stage, des formations pratiques, dans diverses institutions hospitalières de la ville de Kinshasa, particulièrement aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, nous avons été frappés par de comportement négativiste de la part de l'infirmier envers les patients qui viennent suivre le traitement, cela se manifestant par le propos discourtois, un mauvais accueil, voire la vente des médicaments, négligeant l'accomplissement du rôle propre. Comportement que nous avons qualifié de trahison à la vocation dans la profession. Cet état de chose a fait que certains malades ont abandonné ce centre pour aller suivre le traitement ailleurs.

1.2. QUESTION DE RECHERCHE

Au regard de ce qui précède, étant donné la compromission de la relation soignant soigné, nous nous sommes posés la question de savoir comment les tuberculeux perçoivent-ils la qualité de soins leur administrés par les infirmiers des Cliniques Universitaires Des Kinshasa.

1.3. LE BUT ET OBJECTIFS

Le but poursuivi en élaborant ce travail est de recueillir les opinions des patients tuberculeux sous la qualité des soins leur administrés ainsi que les attitudes qu'ils attendent recevoir des infirmiers des Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixés des objectifs ci après :

- Identifier les tuberculeux hospitalisés ou traité en ambulatoire ;
- Décrire leur profil ;
- Décrire quelques éléments en rapport avec le devoir de l'infirmier envers les malades ;
- Recueillir les opinions des tuberculeux ;
- Proposer les solutions pour le changement du comportement de l'infirmier pour l'amélioration de la qualité des soins des malades.

1.4. INTERET DE L'ETUDE

Comme toute personne humaine a droit à la vie et à la protection, les malades tuberculeux étant humain ne sont pas épargnés, il a droit au respect et à la protection.

Les résultats de cette étude pourront permettre à l'infirmier de comprendre la nécessité de soins de santé primaire et de la promotion de la santé de nombre de sa société, une approche visant à soutenir la stratégie de l'organisation mondiale de la santé. C'est dans cette optique que cette étude trouve son importance.

1.5. DELIMITATION DU SUJET

Pour des raisons de conjoncture et de temps nous avons préféré accorder à notre étude de limite dans le temps et dans l'espace. C'est ainsi que les Cliniques Universitaires de Kinshasa ont été retenues comme champ d'investigation. Cette étude s'étend sur la période allant du 12 décembre 2008 au 12 janvier 2009.

I.6. SUBDIVISION DU TRAVAIL

Le présent travail est subdivisé en 5 chapitres que voici :

CHAPITRE PREMIER : abord de la problématique d'étude,

CHAPITRE DEUXIEME : revue de la littérature,

CHAPITRE TROISIEME : s'intéresse à la méthodologie utilisée,

CHAPITRE QUATRIEME : présente et analyse les données de l'enquête,

CHAPITRE CINQUIEME : discute les résultats obtenus.

Une conclusion et quelques recommandations et suggestions seront formulées pour clôturer ce travail.

CHAPITRE DEUXIEME : REVUE DE LA LITTERATURE

2.1. DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS

2.1.1. INFIRMIER

D'après l'OMS et CII (1949), l'infirmier est la personne, qui ayant suivi l'enseignement infirmier de base, est apte et habile à assumer dans son pays, la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades.

Pour le groupe d'infirmiers africains (1973) participant à l'étude sur l'enseignement infirmiers à Brazzaville, l'infirmier se définit comme étant une personne qui, ayant suivi un enseignement et une formation professionnelle, officiellement reconnue, a acquis les connaissances, les techniques et les attitudes nécessaires pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades. Ceci fait de lui un membre à part entièrement de l'équipe de santé et capable de résoudre dans les limites de ses compétences, les problèmes sanitaires de la collectivité.

Bernard et Geneviève (2002), définissent l'infirmier comme étant une personne qui, ayant suivi les études médicales de base, est apte à assumer dans son pays, la responsabilité de l'ensemble des soins que requiert la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades.

Pour les chercheurs de l'université de Rowen (1980), l'infirmier est un servant attentionné des malades, collaborateur éclairé des médecins, apte à formuler un diagnostic infirmier à partir des réactions du malade, à la situation et à y apporter des solutions.

2.1.2. PATIENT

Bernard et Geneviève (op.cit) disent qu'un malade(patient) est une personne qui est l'objet d'un traitement ou d'un examen médical ; qui subit ou qui va subir une opération chirurgicale.

Pour EKE (2001), ce terme regroupe les patients du latin « patiens », mot qui signifie «qui souffre », patient est le synonyme de malade, c'est à dire une personne, dont l'organisme est en mauvais état.

C'est là le sens étymologique du mot « malade », qui évoque la maladie. Dans le contexte du nursing (soins infirmier), nous permettons de définir le malade comme étant personne dont les besoins fondamentaux sont perturbés.

Le concept contenu dans ce terme est celui de « souffrance ». D'où le rôle de soins infirmiers reste principalement celui de soulager, voire annuler la souffrance, sur le plan moral, psychologique et physique.

2.1.3. PATIENT TUBERCULEUX

Pour Bernard et Geneviève (op.cit), un tuberculeux est celui qui s'accompagne de la production de tubercules pathologiques qui est atteint de tuberculose.

2.1.4. SOINS INFIRMIERS

Pour René Magnon (1995), les soins infirmiers sont un ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers.

2.1.5. PERCEPTION

Pour Bernard et Geneviève (2002), la perception est une prise de connaissance, réception d'une sanction, d'une information pour les organes des sens ou par l'esprit. C'est la prise de connaissance de quelque chose.

2.2. GENERALITES SUR LA TUBERCULOSE

2.2.1. DEFINITION

L'encyclopédie médicale (1995) définit la tuberculose comme étant une infection bactérienne pouvant toucher de nombreux organes.

Pour Bernard et Geneviève (1989), la tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse et endémique, due au bacille de Koch.

Microscopiquement, elle est caractérisée par une formation autour des bacilles d'une inflammation qui a l'aspect d'un tubercule.

Courte joie (1992) définit la tuberculose comme une maladie grave, très contagieuse, très méchante, due au bacille de Koch qui est un microbe très dangereux et quand il entre dans le corps de l'homme, il va se cacher dans les poumons ; il peut aussi aller ailleurs, il préfère les poumons et commence à les détruire lentement, en y faisant les trous.

Or les poumons sont deux sacs remplis d'air, que nous avons dans la poitrine ; ils nous servent à respirer, L'air entre dans les poumons quand on inspire, il sort quand on expire. Quand les poumons d'un homme sont complètement détruits l'homme meurt, car il ne sait plus respirer.

2.2.2. HISTORIQUE

La tuberculose a été décrite depuis le temps d'HIPPOCRATE, sous le terme grec de « phtisis », avec une connotation de dépérissement progressif des malades qui en étaient atteints.

ARISTOTE avait soupçonné sa nature contagieuse, observant « l'air pernicieux » et la « production de maladie ».

Cependant, la tuberculose n'a été reconnue comme problème majeur de santé publique qu'à partir de la révolution industrielle. Au 18^{ème} et au 19^{ème} siècles, la tuberculose était responsable de 25% des décès dans les villes européennes. (SEPKOWITZ et coll., 1995)

Le caractère microbien de la tuberculose, soupçonné dès 1865 pour VILLMIN, a été formellement démontré en 1882 par ROBERT KOCK, qui colorie et fait pousser le bacille responsable sur le sérum coagulé. La même année, EHRLICH met en évidence son cardio-alcool-resistance, qui est révélé dès 1883, par la méthode de coloration de Ziehl et Neelsen.

En 1887, Nocard et Roux montrent que l'addition de glucérine stimule la naissance du bacille.

En 1889-1890, les travaux de Rivolta et de Maffucci conduisent à différencier le bacille tuberculeux aviaire du bacille humain. Les bacilles tuberculeux pathogènes, humains, bovins et aviaires sont dès lors individualisés.

De nombreux bacilles acido-alcool-résistants présents dans l'environnement, appelés bacilles para tuberculeux, sont également détruits.

En 1953, Buhler et Pollak découvrent le pouvoir pathogène occasionnel de certaines espèces de bacilles para tuberculeux, qui changent de nom et s'appellent désormais mycobactéries atypiques.

De 1908 à 1920, Calmette et Guérin mettent au point les vaccins qui portent leurs noms, bacille de Calmette et Guérin (BCG), employées pour la première fois en 1921.

En 1944, Waksman découvre la streptomycine, premier antibiotique actif sur le bacille tuberculeux. Puis, viennent, en 1949, l'acide para amino salicylique (PAS), en 1952, l'isoniazide et après plusieurs autres antibiotiques d'intérêt secondaire, la rifampicine en 1967.

En 1968, enfin, Castets, Boisvet, Grumbach, Brunel et Kist décrivent une variété africaine de bacille tuberculeux, élevée rapidement au titre d'espèce, sous le nom de micobactérium africanium. D'abord séparé en espèces différentes. *M. Tuberculosis*, *M. Bovis* et *M. Africanium*, sont maintenant regroupés sous le nom de complexe tuberculosis, à raison de plus de 95% de similarité génomique.

En 1993, l'OMS a déclaré que la tuberculose était une urgence absolue. C'était la première fois dans l'histoire de l'OMS qu'une telle déclaration d'urgence était faite.

Dans le contexte mondial, l'extension rapide de la pandémie mondiale d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la déclaration de l'OMS se justifie pleinement en raison de l'accroissement régulier au nombre de cas de la tuberculose à l'échelle mondiale, de la fréquence de l'échec thérapeutique et de l'augmentation de la résistance aux antibiotiques qui en résulte.

Même dans le pays industrialisés où la tuberculose paraissent maîtrise et le nombre de cas annuels de tuberculose régressait de 5 à 8% par an depuis l'introduction de l'isoniazide en 1952, on a assisté à un arrêt de la régression, voire même à une augmentation du nombre de cas.

Dans ces pays, il est convenu de rapporter l'excès des cas observés par rapport aux cas prévus à plusieurs facteurs : la pandémie d'infection de sujets en provenance des pays en forte endémie et les difficultés socio-économiques, qui frappent une proportion notable de la population.

Après avoir relevé tous les cas de tuberculose confirmés par culture, nous avons étudié l'évolution annuelle de leur nombre, de leurs caractéristiques cliniques et démographiques, de leur nombre de sensibilité aux antibiotiques et leur relation avec la séropositivité pour le VIH.

2.2.3. EPIDEMIOLOGIE

La recrudescence de la tuberculose dans les pays en développement et dans les pays industrialisés est devenue un sujet d'inquiétudes pour les spécialistes, les politiciens et le public.

Les causes évoquées pour expliquer cette recrudescence sont l'épidémie d'infection par le VIH, la migration importante des populations et

l'augmentation de la résistance à plusieurs antibiotiques antituberculeux (BLOCH et Coll., 1994), CDC (1983), FRIEDEN et Coll., 1993.

Au début des années 1990, l'intérêt porté à la tuberculose dans les pays industrialisés avait presque totalement disparu pour se porter sur les maladies respiratoires chroniques non transmissibles.

On pensait que la régression se poursuivait et que « la tuberculose n'était pas ancrée chez l'homme d'une façon permanente et irrévocable ». La date de l'éradication avait même pu être estimée à l'année 2020, dans les pays développés si la diminution régulière de 5 à 7,5% de l'incidence annuelle se poursuivait.

Les prédictions ont évidemment généré un grand désintérêt pour la tuberculose dans les pays industrialisés. Ce désintérêt a maintenant disparu en raison de l'arrêt de la régression de tuberculose dans la majorité de ces pays.

Dans les pays en développement, la tuberculose reste une des maladies dont la morbidité et la mortalité sont les plus élevées. L'OMS estime que 1,7 à 2 milliards d'êtres humains sont chaque année, 7 à 8 millions d'entre eux sont une tuberculose malade et presque 3 millions en meurent. (BILLONE, 1996).

2.2.4. CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE

La bactérie responsable de la tuberculose humaine est le bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*) appartenant à la famille des mycobactéries.

La tuberculose représente un problème majeur de santé publique dans les pays pauvres (Asie, Amérique du Sud, Afrique).

Les facteurs de risque de la maladie sont bien identifiés : alcoolisme, dénutrition, déficit immunitaire lié à une maladie (infection à VIH, cancers) ou à un traitement (chimiothérapie).

La maladie survient tout particulièrement dans les milieux sociaux défavorisés (sous logis, toxicomanes, détenus).

Le risque de contamination d'autres personnes est très faible. Si le malade est contagieux avec bacilles de Koch dans les crachats, il a déjà contaminé son entourage. Après le début du traitement le bacille de Koch disparaîtra de ses crachats.

Le plus grand risque est la résistance du bacille de Koch aux médicaments. Ce risque existe toujours et pas seulement pendant le traitement ambulatoire (coûte moins cher). En cas de résistance, la maladie contagieuse dure des années ; elle est d'habitude totale. La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire.

La prévention de la tuberculose repose sur :

- La vaccination par le BCG est obligatoire en France, avant l'âge de 6 ans. L'efficacité de vaccin n'est pas totale, c'est-à-dire, le vaccin BCG peut donner une certaine protection mais pas une garantie absolue.
- Examinez chaque membre de la famille du tuberculeux ainsi que toutes les personnes qui vivent dans son entourage immédiat. Si nécessaire, envoyez-les chez le médecin.
- Encouragez les gens à adopter une alimentation équilibrée et riche en protéines afin de se prévenir de la maladie.
- Faites un rapport de chaque cas aux autorités sanitaires locales.

La primo-infection :

Elle s'observe essentiellement chez l'enfant non vacciné par le BCG et l'incubation est longue (entre 1 et 3 mois) et muette (absence des signes cliniques de la maladie).

Dans la grande majorité des cas, le sujet infecté ne présente pas de symptômes (lyonel, Rossant-Lumbrasso, 1995).

2.2.5. PHYSIOPATHOLOGIE ET CLINIQUE

La maladie tuberculeuse est le plus souvent pulmonaire : l'infection se fait par inhalation de bacilles virulents qui vont se loger dans l'alvéole pulmonaire où ils sont phagocytés par les macrophages alvéolaires.

A ce stade, il n'y a ni expression clinique, ni expression radiologique : c'est le stade de primo-infection qui se traduit par des phénomènes immunitaires à type d'hypersensibilité retardée, avec virage des testes tuberculiniques.

L'évolution vers le stade maladie ne se fait, en moyenne, que dans 10% des cas : il y a alors multiplication intense des bacilles, réactions immunitaires importantes et par suite caséification des lésions (caséum : lésions caséuses solides (nodules)) peuvent évoluer vers la liquéfaction et se vider dans les branches, avec formation des cavernes.

Les cavernes sont les lésions les plus riches en bacilles (10⁸ bacilles environs), donc les sources de contamination pour l'entourage des malades, elles sont les plus difficiles à traiter, en raison du risque de sélection des bacilles résistants aux antibiotiques.

Dans les tuberculoses extra pulmonaires, qui font suite à une dissémination hématogène des bacilles, les lésions sont presque toujours fermées et peu riches en bacilles.

En cas de co-infection par le VIH, la progression vers le stade maladie est souvent accélérée (MURRAY, 1996) et les localisations extra pulmonaire qui témoignent dissémination hématogène des bacilles sont plus fréquentes.

Les signes spécifiques de la tuberculose pulmonaire sont la toux prolongée pendant plus de 15 jours, les hémoptysies et les douleurs thoraciques.

Ils sont habituellement associés à un ensemble de signes généraux non spécifiques (asthénie, amaigrissement, anoxie et fièvre vespérale).

Ce sont eux qui motivent l'examen radiographique pulmonaire et la recherche de bacilles dans les sécrétions bronchiques.

2.2.6. LES PHASES DE LA MALADIE

- La primo-infection tuberculeuse

Elle correspond au premier contact de l'organisme avec la bactérie.

La contamination se fait par voie aérienne (inhalation de microgouttelettes contenant les bactéries présentes dans les sécrétions respiratoires des patients infectés), entraînant des lésions pulmonaires (on parle de chancres pulmonaires).

La multiplication de la bactérie entraîne une réponse immunitaire et une nécrose caséuse (défense de l'organisme destinée à empêcher le développement des bactéries et à favoriser leur destruction).

Dans 9 cas sur 10, la primo-infection tuberculeuse évolue spontanément vers la guérison définitive.

- La tuberculose maladie

Certaines maladies favorisent sa survenue (diabète, alcoolisme, dénutrition). Après une primo-infection, la bactérie peut alors atteindre de nombreux organes (poumons, reins, os, cerveau). (ENCYCLOPÉDIE MÉDICALE, op.cit).

2.2.7. LES FORMES DE LA TUBERCULOSE

MUTSWA (2002) donne les formes de tuberculose décrites ici-bas :

2.2.7.1. La miliaire tuberculeuse

C'est la dissémination sanguine passive des B.K dans l'organisme rare et sévère. Le début est souvent fébrile et la clinique est simuler une fièvre typhoïde. Elle se manifeste par des signes respiratoires tels que la dyspnée, la cyanose ou un état de détresse respiratoire.

2.2.7.2. La pleurésie tuberculeuse

C'est un petit foyer tuberculeux pulmonaire situé près de la plèvre, qui peut provoquer une réaction inflammatoire intense. Une toux sèche et/ou une chaleur thoracique constituent d'un signe d'alarme. Ce signe évocateur constitue la triade des syndromes de l'épanchement pleural :

- Mastite à la percussion
- Abolition des vibrations vocales
- Silence à l'auscultation et parfois souffle pleurétique

La ponction pleurale ramène un liquide séro-fibrineux de type exsudatif riche en lymphocytes à rivalta positif des fois il est teinté de sang tout comme peut être purulent.

2.2.7.3. LES TUBERCULOSES GANGLIONNAIRES OU ADENITES TUBERCULOSES. (MUTSWA, op-cit)

Elles se localisent surtout dans les régions sub-mandibulaires, cervicales auxiliaires et inguinales. Les plus fréquentes se présentent sous des masses cervicales au plan profond et à la peau. Elles s'observent principalement chez l'enfant et l'adolescent.

L'évolution se fait vers la caséification, la suppuration et fistulisation. Les endémicités peuvent cicatriser spontanément. Souvent en dehors de l'amaigrissement peuvent être absents.

2.2.7.4. LES TUBERCULOSES OSTEO-ARTICULAIRES (MUTSWA, op-cit)

La tuberculose du rachis ou mal de pott est la localisation osseuse la plus fréquente du congo. Elle se manifeste par de douleurs lombaires ou dorsales, une gibbosité, de trouble de la marche (par érosion de corps vertébraux).

Elle peut se compliquer d'abcès para-vertébraux et de paraplégie pour compression médullaire.

Les autres articulations : genou (tumeur blanche), tranches (laxative) et les autres petites articulations réalisant un tableau d'orbite chronique non inflammatoire avec déformation articulaire. Les os longs des membres, phalanges et autres os plats.

2.2.7.5. LES TUBERCULOSES UROGENITALES

Ce sont des localisations exceptionnelles et tardives de la tuberculose. Comme les autres localisations, elles sont consécutives à une dissémination sanguine. L'apparition cystite ou d'une épididymite se traduisant par une hématurie chez l'homme fera penser à une origine tuberculose.

2.2.8. PRISE EN CHARGE

Pour cette prise en charge, MUTSWA (op.cit) propose :

a) Principe de base

- Une classification correcte de cas à traiter ;
- Un régime thérapeutique correct comprenant au moins trois médicaments dont deux datés d'activité bactéricide majeur pendant la phase initiale de traitement ;
- Une posologie correcte ;
- Une durée suffisante ;
- Une régularité au traitement.

b) Mesures générales

- Repos physique, psychique et intellectuel pendant une période d'attaque (6 à 8 semaines) ;
- Une alimentation équilibrée (apport protéique) ;
- Réduire les contacts dans les formes excavés.

c) Chimiothérapie

Principes et règles généraux

- Il faut une association médicamenteuse pour éviter les résistances ;
- Il faut une prise quotidienne et à jeun ;
- Le choix dépend de l'état du malade
- La durée et la posologie doivent être respectées deux cas à traiter.

Nous avons quatre catégories :

❖ Catégorie I :

Nouveau cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive et autres formes graves de la maladie, jamais traitées (ou traiter moins d'un mois) ;

- cas de tuberculose pulmonaire positive (plus nombreux) ;
- les formes graves de la maladie :
 - miliaire aiguë localisée ou généralisée, méningite ;
 - forme extra pulmonaire : pleurésie massive ou bilatérale, picardite ;
 - forme pulmonaire : VIH, diabète

Régime thérapeutique : 2RHZE/6HE pendant 8 mois traitement en deux phases :

- phase initiale de deux mois : 2R₇H₇Z₂E₇ ;
- phase de contamination de six mois : H₇E₇

❖ Catégorie II :

Cas de retraitement, cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive : il y a trois groupes :

- Rechutes définies par réapparition de BK à deux semaines successives chez un malade considéré guéri auparavant ;
- Echecs définis par la présence de bacilles dans l'expectoration à deux examens successifs au 5^{ème} mois ou plus du traitement ;
- Le cas de reprise en traitement après interruption ;
- Régime thérapeutique : 2SRHZE/1RHZE/5R₃H₃E_c. la durée est de 8 mois sous surveillance stricte.

❖ Catégorie III :

Nouveau cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative à lésions peu étendues et autres cas de tuberculose extra pulmonaire. Ici on retrouve des enfants et adolescents qui ont de primo infections potence avec opacité pulmonaire.

On a la tuberculose extra pulmonaire sous forme des adénopathies périphériques, la pleurésie, tuberculose osseuse et aster articulaires des membres. Régime thérapeutique R7H7Z7/6H7E7.

L'ethambutol est contre indiqué chez les enfants de 6 ans en raison de risque de toxique oculaire, difficile à déceler chez eux, on a : 2RH2/4R3H3.

❖ Catégorie IV :

Cas chroniques : l'expectoration reste positive.

Régime thérapeutique : la prise se fait dans les milieux spécialisés sur base d'antibiogramme et on recourt au qui quinolone (norfiacine), trecator.

N.B. :

- ISONIAZIDE (H)
- RIFAMPICINE®
- PYRAZINAMIDE (Z)
- STREPTOMYCINE(S)
- ETHAMBUTOL(E)

2.3. L'ATTITUDE GENERALE DE L'INFIRMIERE AUPRES DU PATIENT

- Etre accueillant : il faut donner l'impression au malade qu'il était attendu en commençant par la salutation d'usage dans le milieu. Le conduire avec chaleur dans la salle d'attente et veiller à ce que qu'il soit confortablement installé avant que ne commence les formalités.
- Etre de bonne humeur : est l'expression de joie, cela inspire aux malades la confiance, cet état rend le travail léger.
- Etre bienveillant : la bienveillance crée une ambiance aimable et paisible.
- Etre tolérant : en cas d'un léger retard de l'oublie de certains éléments pour le traitement ou à cause de quelque malachesses, l'infirmier doit tolérer.
- Etre propre : la propreté offre une garantie de sécurité au malade.
- Etre poli : l'infirmier doit avoir un langage simple et encourageant.
- Sans discrimination : il soigne tous les malades c'est-à-dire les jeunes, les pauvres, les riches, les groupes ethniques différentes etc....
- Avoir de l'ordre : en mettant chaque chose à sa place dans une disposition qui permet son utilisation dans toute circonstance.

CHAPITRE TROISIEME : METHODOLOGIE

3.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ENQUETE

Notre choix a été sur les cliniques universitaires de Kinshasa, comme terrain d'enquête pour des raisons évidentes. D'abord les cliniques universitaires de Kinshasa assurent ainsi 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 professionnels de santé spécialisés chacun dans le domaine qui le concerne présumés être scientifique au point et mieux équipés que leurs collègues d'autres institutions sanitaires de la capitale. Cette enquête était effectuée pendant la période du 12 décembre 2008 au 12 janvier 2009.

3.2. SITUATION GEOGRAPHIQUE DU TERRAIN

- Environnement

Les cliniques universitaires de Kinshasa font partie intégrante de l'université de Kinshasa, qui se situe à plus ou moins 15 km 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 les espaces libres et vaste 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 kimuenza.

- 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 escaliers, soit par les ascenseurs. L'orientation des bâtiments est appréciable car elle permet une bonne ventilation, voir un bon ensoleillement.

3.3. HISTORIQUE DU TERRAIN

La création des cliniques universitaires de Kinshasa date de l'époque coloniale. Lors de la conception, elles avaient pour missions d'assurer les soins médicaux aux personnels de l'office de transport congolais, en sigle OTRACO, l'actuel ONATRA par les médecin de l'université de lovanium.

Le 14 décembre 1957, L'ONATRA insatisfait rejette le projet et cède l'hôpital de lovanium sous la supervision de l'université après avoir signé une convention avec son conseil de gestion.

De 1962 à 1971, le premier médecin directeur des cliniques universitaires de Kinshasa fut le docteur Roonse, remplacé ensuite par d'autres responsables. C'est en 1972, que le premier médecin directeur Zaïrois ainsi l'administrateur zaïrois prit la direction de l'hôpital ; il s'agit des messieurs Muteta et Kibungu.

De 1992 à 2001 : médecin directeur fut madame Tozin RHADA avec comme adjoint le professeur NSEKA. Actuellement, c'est-à-dire depuis 2001 jusqu'à ce jour, la composition de la direction des cliniques universitaires de Kinshasa se présente de la manière suivante :

- médecin directeur : le professeur NGUMA ;
- médecin directeur adjoint ; le professeur NSEKA

3.4. HORAIRE DE SERVICES POUR LES INFIRMIERS

Les infirmiers travaillent par jour et par équipe, alors que chaque jour, il y a deux services. Le premier débute à 8h30 et se termine à 17h00, il comprend en plus le chef de poste, ils ont un jour de repos. Le deuxième va de 17h00 à 8h30, il est assuré par deux infirmiers qui prennent après la garde, deux jours de repos.

N.B. : l'infirmier chef de poste travail les jours impaires.

3.5. DESCRIPTION DU TERRAIN

❖ SERVICES ORGANISES

A droite : département de médecine interne qui comprend huit services :

- La consultation ;
- La salle d'urgence ;
- Les soins intensifs ;
- L'endocrino cardio rénale (encaré) ;
- La gastro entérologie (Get) ;
- Le pneumo hématologie (P.H)
- L'endoscopie ;
- L'hospitalisation B (privé).

❖ DEPARTEMENT DE CHIRURGIE AVEC NEUF SERVICES :

- Chirurgie traumatolo ortho et neurochirurgie ;
- Kinésithérapie ; chirurgie générale et digestive ;
- Chirurgie pédiatrique ;
- Chirurgie thoracique ;
- Chirurgie urologie ;
- Chirurgie consultation ;
- Les soins intensifs ;
- La salle des urgences.

Au milieu :

- Le bloc opératoire.

❖ DEPARTEMENT D'ANESTHESIE REANIMATION AVEC LES TROIS SERVICES :

- Salle d'anesthésie ;
- Salle de réanimation ;
- Salle de réveil.

❖ DEPARTEMENT DE GYNECO OBSTETRIQUE AVEC QUATRE SERVICES :

- Gynécologie ;

- Obstétrique ;
- Endocrinologie gynécologique;
- Soins intensifs.

❖ DEPARTEMENT DE RADIOLOGIE

❖ DEPARTEMENT DE BIOLOGIE MEDICALE AVEC QUATRE SERVICES :

- Anatomie pathologique ;
- Biologie clinique ;
- Microbiologie
- Parasitologie.

A gauche :

❖ DEPARTEMENT DE PEDIATRIE AVEC CINQ SERVICES :

- Cardio pulmonaire ;
- Réhabilitation nutritionnelle ;
- Hématologie néphrologie pédiatrie ;
- Soins intensifs et urgences ;
- Néonatalogie.

❖ DEPARTEMENT DES SPECIALITES AVEC TROIS SERVICES

- Dermatologie ;
- Ophtalmologie ;
- Oto-rhino-laryngologie.
 - Gynécologie maternité

❖ DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE AVEC DEUX SERVICES :

- Santé ;
- Médecine communautaire.

- Effectif du personnel en général et leurs niveaux :

Les cliniques universitaires de Kinshasa comptent 453 infirmiers répartis dans différents départements que voici :

- Département de médecine ; 80 infirmiers ;

- 13 infirmiers A1 ;
- 34 infirmiers A2
- 33 infirmiers A3.

- Chirurgie ; 118 infirmiers :
 - 20 infirmiers A1 ;
 - 48 infirmiers A2 ;
 - 51 infirmiers A3.

- Pédiatrie ; 92 infirmiers :
 - 5 infirmiers A1 ;
 - 25 infirmiers A2 ;
 - 62 infirmiers A3.

- Gynéco obstétrique ; 92 infirmiers :
 - 10 infirmiers A1 ;
 - 30 infirmiers A2 ;
 - 52 infirmiers A3.

- Anesthésie et réanimation ; 26 infirmiers :
 - 7 infirmiers du niveau A1 ;
 - 7 infirmiers du niveau A2 ;
 - 12 infirmiers du niveau A3.

- Les spécialistes
 - Radiologie ;
 - Oto-rhino-laryngologie ;
 - Dermatologie ;
 - Ophtalmologie.
 - 14 infirmiers du niveau A2
 - 12 infirmiers du niveau A3

- ❖ DEPARTEMENT DE STOMATOLOGIE ; 18 infirmiers :
 - 6 infirmiers du niveau A2 ;
 - 12 infirmiers du niveau A3.

- ❖ DEPARTEMENT DE PHARMACIE :
 - 1 infirmier du niveau A2.

3.2. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLON

3.2.1. POPULATION

AMULI (2004) 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 malades tuberculeux suivant les traitements ambulatoires aux cliniques universitaires de Kinshasa.

3.2.2. ECHANTILLON

LUYINDULADIO (2000) considère l'échantillon comme une fraction de la population qui détient les mêmes caractéristiques de la population cible, tirée d'une manière aléatoire ou non et représentative de la population.

Pour sélectionner les individus qui feront partie de notre échantillon, nous avons tenu compte de certains critères ci-dessous :

a) Critères d'inclusion

- être tuberculeux suivant le traitement en ambulatoire ;
- être présent le jour de notre enquête ;
- être disposé à répondre en nos questions et est exclu de cette étude tout malade souffrant une autre pathologie que de la tuberculose. Ainsi l'échantillon de notre étude tiré, accidentellement est constitué de 40 tuberculeux, et le même nombre constitue en taille de l'échantillon

3.3. METHODE, TECHNIQUE ET INSTRUMENT

3.3.1. METHODE

D'après. LUYINDULADIO (op.cit) la méthode est l'ensemble de procédés scientifiques qui permettent aux chercheurs de rassembler les informations sur un sujet donné ou choisi.

Pour notre étude nous sommes servis de l'enquête comme méthode. Cette dernière est définie par AKUMBAKINAYO comme étant une recherche méthodologique qui s'applique à un groupe social pour connaître sa façon de vivre, de travailler, de se distraire, etc....

Elle permet d'aboutir ainsi à des résultats quantitatifs c'est-à-dire traduisibles en chiffre. L'enquête telle que définie, répond donc au but de notre recherche.

3.3.2. TECHNIQUE

Selon AKUMBAKINAYO (2003) la technique c'est l'ensemble de procédés mis au point scientifiquement permettant à l'investigateur de choisir une portion d'individu parmi la population à l'étude, soit de rassembler les informations sur un sujet donné. En ce qui nous concerne, l'interview structurée nous a servi de technique.

3.3.3. INSTRUMENT DE MESURE

Selon OMANYONDO (2003), l'instrument de mesure est un moyen d'utiliser à l'intérieur de message pour saisir ou appréhender des informations relatives à l'objet de recherche.

Nous nous sommes servis d'un questionnaire guide d'interview. Ce questionnaire reprend, à part les consignes dans sa première partie ,la variable sociodémographique, des questions en rapport avec les opinions des enquêtés sur les soins leurs administrés.

3.3.4. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données nous a été facilitée par le retrait préalable de l'attestation de recherche scientifique délivrée par la section des sciences infirmières de l'ISTM/ Kinshasa, ceci nous a permis de descendre sur le terrain d'enquête.

Arrivé là, nous nous sommes présentés chez le coordinateur de stage auprès de qui nous avons expliqué le but et les objectifs de notre étude. Il nous a bien accueilli et nous a orienté vers la direction de nursing pour avoir l'autorisation d'accéder au service.

Au niveau du service, l'accueille a été également cordial. L'avis du chef de service nous a été favorable pour accéder au sujet de notre étude.

Partant de cette autorisation, nous nous présentions auprès des enquêtés et après une brève explication, nous procédions à la remise de questionnaire pour obtenir les réponses. Du fait de rendez-vous et dans le souci de retenir l'échantillon représentatif, nous étions obligés de prolonger notre enquête sur une durée d'un mois.

3.3.5. TRAITEMENT DES DONNEES

Les données de recherche doivent être soumises à un traitement. Ce dernier a fait appel aux calculs des pourcentages lesquels ont été recherchés pour l'ensemble des variables retenues par la formule ci après :

$$\% = \frac{F_i}{n} \times 100$$

3.3.6. DIFFICULTES RENCONTREES

Selon OMANYONDO (2003), toute recherche scientifique se heurte aux difficultés pour notre étude, nous pouvons citer :

- difficultés d'ordre financier ;
- difficultés de transport : il nous a fallu trop « de va et vient » pour être accepter au service.

- Difficulté de collecte des données par carence des documents dans les bibliothèques ayant trait à notre objet d'étude.

CHAPITRE QUATRIEME : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

4.1. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

TABLEAU I : REPARTITION DES ENQUETES SELON LES SEXES

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	20	50%
Féminin	20	50%
Total	40	100%

Au regard de ce tableau, nous constatons que notre échantillon est à moitié masculin et à moitié féminin.

TABLEAU II : REPARTITION DES ENQUETES SELON L'AGE

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
10-14	0	0%
15-19	5	12,5%
20-24	6	15%
25-29	5	12,5%
30-34	6	15%
Plus de 34	18	45%
Total	40	100%

Au regard des données de ce tableau, il ressort que la tranche de 34 ans et plus est majoritaire (45%) suivi de celles de 30 à 34 ans et de 20 à 24 ans représentées par 15 % chacune ; et les tranches de 15 à 19 et 25 à 29 ans sont représentées par 12,5 chacune.

Tableau III : LA REPARTITION DES ENQUETES SELON LEUR ETAT CIVIL

Etat-civil	Effectifs	Pourcentage
Marié	20	50%
Célibataire	17	42,5%
Veufs (ves)	3	7,5%
Total	40	100%

Il ressort de ce tableau que la moitié de notre échantillon est constitué des mariés ; 42,5 % représente les célibataires ; et les veufs (veuves) sont représentés par 7,5%

TABLEAU IV : REPARTITION DES ENQUETES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Primaire	3	7,5%
Secondaire	27	67,5%
Supérieur	1	2,5%
Sans niveau	9	22,5%
Total	40	100%

Au regard de ce tableau, nous constatons que 67,5% des enquêtés sont du niveau secondaire ; 22,5% n'ont jamais été sur le banc de l'école ; 7,5% ont un niveau primaire ; 2,5% sont de niveau supérieur.

TABLEAU V : LA REPARTITION DES ENQUETES SELON LA CONFESSION RELIGIEUSE

Confession religieuse	Effectifs	Pourcentage
Catholique	16	40%
Protestante	5	12,5%
Réveil	13	32,5%
Autres	6	15%
Total	40	100%

Au regard de ce tableau, il ressort que 40% des enquêtés sont des catholiques, 32,5% sont des chrétiens des églises de réveil ; 15% ne se sont pas prononcés et 12,5% sont protestants.

4.2. ENQUETE PROPREMENT DITE

TABLEAU VI : REPARTITION DES ENQUETES SELON LEUR APPRECIATION DE LA QUALITE DES SOINS REÇUS

Impression	effectifs	Pourcentage
Bonne	36	90%
Mauvaise	4	10%
Total	40	100%

Au regard de ce tableau 90% des enquêtés déclarent que leurs impressions sont bonnes sur les soins leur administrés contre 10% qui déclarent n'avoir pas été satisfaits.

TABLEAU VI : OPINION DES ENQUETES SUR LES ATTITUDES QUE DOIVENT AVOIR LES INFIRMIERS

opinion	Effectifs (n = 40)	Pourcentage
Etre accueillant	36	90%
Etre patient	25	62,5%
Etre tolérant	23	57,5%
Etre de bonne humeur	23	57,5%
Etre propre	25	62,5%
Soigner les malades sans discrimination	32	80%
Etre poli	26	65%

Il ressort des données consignées dans ce tableau que 90% des enquêtés préfèrent qu'un bon accueil soit réservé, 80% pensent que les soins soient donnés sans discrimination ; 65% des enquêtés déclarent que les soignants puissent être poli envers les patients ; 62,5% préfèrent que le soignant soit patient et propre devant les malades ; 57,5% des enquêtés respectivement préfèrent que le soignant soit tolérant et de bonne humeur quand il donne les soins.

CHAPITRE CINQUIEME : INTERPRETATION DES RESULTATS

5.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Dans cette section, les variables telles que le sexe, l'âge, l'état civil, le niveau d'instruction et la religion seront évoqués avant de développer les opinions de nos enquêtés.

L'état de la maladie est une période au cours de laquelle tout sujet intéressé devient réceptif au message car ayant besoin de recouvrement de son autonomie et de bonne santé. C'est ainsi que notre enquête a porté sur tous les deux sexes repartis équitablement.

L'âge de tuberculeux interrogés varie de 15 à plus de 34 ans dont les sujets de plus de 34 ans étaient majoritaire suivie de ceux de 30 à 34 ans, 20 à 24 ans représentaient par 15% chacune et les sujets les plus jeunes ont été représenté par 12,5%.

Ceci démontre que la tuberculose n'a pas de frontière, elle atteint les femmes, les hommes, les adultes et les enfants. Quant à leur état civil, la moitié d'échantillon représente le marié immédiatement de 42,5% des célibataires.

Nous pensons que quelque soit leur statut social, tout sujet atteint d'une maladie contagieuse telle que la tuberculose peut susceptible contaminer ses proches et par le fait même son état implique une certaine éducation pour lui permettre de protéger ses proches contre la contagion considérant que le niveau d'instruction élevé permet à quelqu'un de comprendre l'importance de préserver la santé, se situant dans cette logique par rapport aux résultats de notre enquête se trouvent en dehors du fait que 67,5% d'échantillon constitue le niveau secondaire et 22,5% le sans niveau.

La religion évoquée ici du fait de son impacte positif sur la vie des fidèles qui veulent suivre la logique des écritures pour préserver leur santé, contrairement aux autres qui adoptent les attitudes rétrogrades au point même de refuser la prise des médicaments pendant que la maladie s'annonce dangereuse.

Au regard de notre enquête, 40% constitue la proportion de catholique, 32,5% les chrétiens des églises de réveil et 12,5% les protestants. Et le 15% se sont abstenus de dire de quelle aubediance religieuse ils appartenaient.

5.2. ENQUETE PROPUREMENT DITE

Plus que jamais, les personnes soignées et leur entourage ont besoin de l'accompagnement original proposé par le service infirmier dont les principaux buts se dégagent de l'histoire, de la confrontation avec le réel et de la confirmation de l'expérience, s'énoncent comme suit :

- Préserver, maintenir et développer les capacités à vivre de la personne soignée, quelque soit le défi composé par le problème de santé ;
- Développer les habiletés de la personne soignée à utiliser les hyper structures des soins mis à sa disposition par la médecine ;
- Soutenir les compétences de la personne soignée à s'actualiser comme sujets capables de décision et de choix pour vivre une vie de qualité, empreintes de sens et d'espérance en dépit de l'épreuve que constitue la maladie, et éviter la confiscation de soi par la technologie et la consommation passive.

Ainsi défini, le rôle autonome des infirmières dans la promotion de la santé individuelle et collective ne peut aller qu'en s'amplifiant. Le rôle autonome témoigne de l'âge adulte de la profession (Louise Grondin et Coll. 1990).

Au regard de nos résultats, 90% des malades interrogés ont soutenu cette vision en appréciant les soins leurs administrés par le personnel infirmier. Ceci témoigne la réputation de la profession infirmière et du souci qu'ont les prestataires de répondre plus étroitement le vrai problème de santé, ayant à cœur d'offrir les interventions dans la qualité et l'efficacité soient garantie.

OPINION DES ENQUETES SUR LES ATTITUDES INFIRMIERES

Si la pratique infirmière s'inscrit dans la réforme de la santé, l'objectif de chaque infirmière est de promouvoir la meilleure qualité de soins possibles.

Ainsi toute infirmière, tout cadre soignant, tout groupe soignant doit se poser les questions de savoir :

Est-ce que je donne le bon soin ? la base de toute cette évaluation c'est d'admettre que ce que l'on fait a de point fort et de point faible et que si ces derniers sont connus, ils donneront une prise pour améliorer la situation (Gerety et Coll : 1999), c'est dans ce sens que Orlando (1997) stipule qu'une forme d'anxiété que l'infirmière allège ou aide le client à éviter provient de l'incapacité de ce dernier à satisfaire des besoins auxquels il serait capable de répondre s'il était bien portant ou placé dans un environnement qu'il serait libre de contrôler.

Au regard des données de notre enquête, diverses opinions ont été émises par les enquêtés notamment 90% préfèrent qu'un bon infirmier doit être accueillant ; 80% préfèrent que les soins donnés par l'infirmier soient sans discrimination ; 65% d'enquêtés recommandent que le soignant ou l'infirmier soit poli envers les malades, propre et patient (62,5%) ; tolèrent et de bonne humeur. Tout ceci détermine la qualité d'un bon infirmier vis-à-vis de ses malades, laquelle qualité permet une bonne relation soignante soignée et par conséquent la confiance est la guérison.

CONCLUSION

La recrudescence de la tuberculose dans nos milieux et certains rechutes après traitement exigent un certain comportement de la part du soignant en vue de contribuer à la réduction de taux d'incidence.

C'est ainsi qu'au cours de cette étude intitulée perception des tuberculeux sur les attitudes et la qualité de soins infirmiers leurs administrés, nous avons comme but principal de recueillir les opinions des patients tuberculeux sur la qualité des soins leur administrés ainsi que les attitudes qu'ils attendent des infirmiers.

Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixés les objectifs ci-après à suivre :

- Identifier les tuberculeux hospitaliser ou traiter en ambulatoire ;
- Décrire leur profil ;
- Décrire quelques éléments en rapport avec le devoir de l'infirmier envers les malades ;
- Recueillir les opinions des tuberculeux ;
- Proposer les solutions pour le changement en comportement de l'infirmier pour l'amélioration de la qualité des soins des malades.

La concrétisation de nos objectifs a demandé le concours d'une enquête que nous avons menée auprès d'un échantillon de 40 malades et au sortir de laquelle les résultats suivants ont été retenus

Concernant leur profil, notre enquête a porté sur les hommes et les femmes de tous âges et ceux ayant plus de 34 ans étaient majoritaires (45%) ; parmi eux, la moitié représentait les mariés, 42,5% des célibataires.

Notre échantillon était en grande partie constitué des sujets au niveau secondaire (67,5%) et les illettrés (22,5%).

En rapport avec l'application de la qualité des soins, la plupart de nos enquêtés avaient des bonnes impressions soit 90% contre 10% seulement qui n'étaient pas satisfaits des soins leur administrés.

Par ailleurs 90% d'enquêtés préfèrent que le soignant soit accueillant ; 80% déclarent qu'un bon soignant est celui qui soigne les malades sans discrimination ; 65% disent qu'un bon soignant doit être poli envers ses malades 62,5% considèrent

un bon soignant celui qui est propre et patient et 57,5% préfèrent que le soignant soit tolérant et de bonne humeur.

Face à toutes ces déclarations, nous comprenons que la lutte contre la tuberculose dans nos milieux dépend de la qualité des soins administrés aux malades, lesquels sont fonctions des bonnes attitudes adoptées par le soignant.

SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Ainsi nous suggérons ce qui suit :

- Aux infirmiers : de travailler avec conscience professionnelle tout en respectant la dignité humaine de tout malade ;
- Aux autorités des cliniques universitaires de Kinshasa : d'intensifier et d'organiser les connaissances de soignant et de le conscientiser à travailler avec dévouement ;
- De motiver le personnel soignant par un bon salaire et surtout leur assurer un moyen de transport pour leur permettre d'arrivée au service à temps ;
- Au gouvernement de la république démocratique du Congo : que les autorités, notamment le ministère de la santé publique vote un budget conséquent et juste à allouer à la lutte contre la TBC et mener des campagnes de sensibilisation de masse en vue d'acquiescer à la population la définition réelle de la TBC et ses modes de transmission.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHALIFOUR, J (1989), La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique humaine. Ed. Gaétan. marin. Québec.
2. SALOMON, R (2001), La tuberculose en France en l'an 2000, actes du colloque université Victor Segalen Bordeaux 2, Paris.
3. PNT (2005) directive technique PNT-PAT14. RDC kinshasa.
4. BERNARD et GENEVIEVE (1989), Dictionnaire médical pour les régions tropicales. Ed. BERPS, kangu mayombe.
5. COURTE JOIE (1992), Infirmier comment soigner votre malade. Ed. BERPS. Kangu mayombe.
6. IDA .J. ORLANDO (1997), La relation dynamique infirmière client, éd. HRW, canada.
7. GERETY et coll. (1999), Démarche de soins et diagnostics infirmiers. Ed. masson. Paris.
8. RENE MAGNON (1995), Dictionnaire des soins infirmiers, éd. AMIEC LYON.
9. OMS (1998), Traitement de la TBC, principes à l'intention des programmes, 2^{ème} éd. Genève.
10. LUYUNDULADIO (2000), Statistique descriptive, notes de cours à l'usage des étudiants de 1^{er} graduat, SI, ISTM/KIN.
11. AKUMBAKINAYO (2003), Initiation à la recherche scientifique, notes de cours à l'usage des étudiants du 2^{ème} graduat. SI/EASI. ISTM/KIN
12. LOUISE grondin et coll. (1990), Planification des soins infirmiers modèle de l'intervention autonome.
13. OMANYONDO (2003), Notes de cours de l'initiation à la recherche scientifique, à l'usage des étudiants de 2^{ème} graduat sciences infirmières, ISTM/KIN.
14. AMULI (2004), Méthodologie de recherche en soins infirmiers, notes de cours à l'usage des étudiants d 1^{er} licence EASI, ISTM/KINSHASA

15. MUTSWA (2002), Notes de cours des maladies transmissibles.
2^{ème} graduat sciences infirmières, ISTM/kinshasa.
16. EKE OTSHITSHI (2004), Notes de cours de nursing médical,
3^{ème} graduat sciences infirmières, ISTM/kinshasa.

TABLE DES MATIERES

EPIGRAPHE	1
REMERCIEMENTS	3
DEDICACE	4
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLE ET SYMBOLES	5
CHAPITRE PREMIER : PROBLEMATIQUE	6
I.1. ENONCE DU PROBLEME	6
I.2. QUESTION DE RECHERCHE	7
I.3. LE BUT ET OBJECTIFS	8
I.4. INTERET DE L'ETUDE.....	8
I.5. DELIMITATION DU SUJET	8
I.6. SUBDIVISION DU TRAVAIL.....	9
CHAPITRE DEUXIEME : REVUE DE LA LITTERATURE.....	10
2.1. DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS.....	10
2.1.1. <i>INFIRMIER</i>	10
2.1.2. <i>PATIENT</i>	11
2.1.3. <i>PATIENT TUBERCULEUX</i>	11
2.1.4. <i>SOINS INFIRMIERS</i>	11
2.1.5. <i>PERCEPTION</i>	12
2.2. GENERALITES SUR LA TUBERCULOSE.....	12
2.2.1. <i>DEFINITION</i>	12
2.2.2. <i>HISTORIQUE</i>	12
2.2.3. <i>EPIDEMIOLOGIE</i>	14
2.2.4. <i>CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE</i>	15
2.2.5. <i>PHYSIOPATHOLOGIE ET CLINIQUE</i>	17
2.2.6. <i>LES PHASES DE LA MALADIE</i>	18
2.2.7. <i>LES FORMES DE LA TUBERCULOSE</i>	19
2.2.8. <i>PRISE EN CHARGE</i>	20
2.3. L'ATTITUDE GENERALE DE L'INFIRMIERE AUPRES DU PATIENT.....	22
CHAPITRE TROISIEME : METHODOLOGIE	24
3.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ENQUETE	24
3.1.2. <i>SITUATION GEOGRAPHIQUE DU TERRAIN</i>	24
3.1.3. <i>HISTORIQUE DU TERRAIN</i>	25
3.1.4. <i>HORAIRE DE SERVICES POUR LES INFIRMIERS</i>	25
3.1.5. <i>DESCRIPTION DU TERRAIN</i>	26
3.2. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLON	29
3.2.1. <i>POPULATION</i>	29
3.2.2. <i>ECHANTILLON</i>	29
3.3. METHODE, TECHNIQUE ET INSTRUMENT	30

3.3.1. METHODE.....	30
3.3.2. TECHNIQUE	30
3.3.3. INSTRUMENT DE MESURE	30
3.3.4. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES	31
3.3.5. TRAITEMENT DES DONNEES	31
3.3.6. DIFFICULTES RENCONTREES	31
CHAPITRE QUATRIEME : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES	33
4.1. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES.....	33
4.2. ENQUETE PROPUREMENT DITE.....	35
CHAPITRE CINQUIEME : INTERPRETATION DES RESULTATS.....	37
5.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	37
5.2. ENQUETE PROPUREMENT DITE.....	38
CONCLUSION.....	40
SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
TABLE DES MATIERES.....	44