

EPIGRAPHIE

*« Tout ce que nous sommes et tout ce que nous avons,
nous le devons une fois seulement à notre père mais deux fois à
notre mère ».*

**Amadou Hampaté Bâ
(1901-1991)**

IN MEMORIAM

*En hommage à notre défunte mère Jacquie BOTONA ;
qui nous a quittée si tôt pour la vie éternelle; que son âme repose
en paix.*

*A maman Rose OBIA qui n'est plus avec nous que la
terre de nos ancêtres lui soit légère.*

Helene MVI

DEDICACE

A nos chers parents: Papa Alphonse MVI, maman Jacquie BOTONA ; A mes frères et sœurs pour leur investissement moral et spirituel dans l'édification de notre bien être.

A nos chers oncles et tantes qui nous ont toujours soutenus par leurs prières et conseils surtout leur appui financier; nous en sommes reconnaissantes.

A vous tous, nous vous dédions ce modeste travail de fin de cycle.

Helene MVI

REMERCIEMENTS

Après avoir fait le parcours supérieur à l'Institut supérieur des techniques médicales dans le but d'obtenir un diplôme de gradué en technique médical; nous présentons notre reconnaissance envers tous ceux qui se sont sacrifiés et qui ont soutenu d'une manière ou d'une autre: de loin ou de près notre formation. Nous remercions infiniment le chef des travaux BOLOMBE LIYONGO Gabriel pour avoir accepté malgré toutes ses occupations la direction de ce travail. Nous avons bénéficiés son encadrement; sa rigueur scientifique et son souci du travail bien fait.

Dans le même esprit; nous remercions monsieur Radel pour son encadrement et sa disponibilité.

Nos remerciements à tous nos enseignants depuis l'école primaire jusqu'aux études supérieures, nous remercions également tous les infirmiers et médecins pour leurs contributions et leurs participations à notre formation scientifique et professionnelle.

Nous exprimons notre profond remerciement à Papa Vincent MVI et à mes tantes. MVI ESANAGWI, MVI LADJO; et à toute la famille MVI leurs contributions financière, éducationnelle; leurs amour et affection nous a aidé à aller jusqu'au bout à la réalisation de ce présent travail.

Nous remercions également ma sœur ELALI LUMPEMBO et son mari Sylvain EKALA qui m'ont gardé chez eux depuis mon enfance jusqu'à l'âge de maturité pour ma formation scientifique ainsi nous remercions Papa MACKER EYUMPARD et toute la famille LUMPEMBO.

Nous témoignons notre gratitude à tous nos frères et sœurs de la famille MVI. Il s'agit de: Pamphile MVI; Christine MVI; FEZA OBIA; Gérard LUMPEMBO. Nous remercions même nos connaissances; Hardy BANZALA ; Reymond SALO et Rémy SALO pour leurs contribution financière au cours de notre formation.

*A tous nos collègues de lutte: SACHA KELAMOSE;
Carine KASI Blandine NDEMA trouvent ici en ces lignes notre
marque de reconnaissance.*

Helene MVI

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des enquêtés selon leur âge

Tableau II: Répartition des enquêtés selon le sexe

Tableau III : Répartition des enquêtés selon leur niveau d'étude

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon leur ancienneté

Tableau V: Répartition des enquêtés selon les éléments des soins

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon les éléments de surveillance

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon les éléments éducationnels

Tableau VIII : Synthèse des résultats.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

1. B.P : Boîte postale
2. H.P.G.R.K : Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa
3. I.S.T.M : Institut Supérieur des Techniques Médicales
4. O.M.S. : Organisation Mondiale de la santé
5. P.N.L.C.P : Programme National de Lutte contre le Paludisme
6. G.R: Globule Rouge
7. I.M: Intra-Musculaire
8. I.V : Intraveineuse
9. ART : Artésunat
10. A.Q : Amodiaquine
11. P.T.M.E : Prévention des Transmissions de Mère à l'Enfant
12. B.C.F : Battement du Cœur Foetal
13. C.P.N : Consultation Périnatale
14. M.I.I : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
15. A.F.D.L : Alliance des Forces Démocratiques pour la Démocratie
16. B.P.R : Boîte Postale de Registre
17. F.O : Fréquence Observée
18. F.A : Fréquence Attendue
19. Ni : Nombre d'enquêtés à la taille de l'échantillon
20. \geq : Supérieur ou égal
- 21.% : Pourcentage
22. N : Effectif.
23. OM : Obstétrique Médical

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

I.1. ENONCE DU PROBLEME

Le paludisme, l'infection VIH/SIDA et la tuberculose sont parmi les trois principales causes de mortalité d'origine infectieuse. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), estime qu'il touche entre 300 et 500 millions des personnes dans le monde dont 90% en Afrique subsaharienne et les autres cas survenant en Asie du sud et Amérique du sud, il cause entre 1,5 et 2,7 millions de décès par an. L'Afrique est particulièrement touchée car la maladie y tue un enfant toutes les 30 secondes (plus d'un million de décès infantiles par an).

L'OMS (2006), affirme que le paludisme pose aujourd'hui un problème de santé publique dans plus de 90 pays représentant au total quelque 24 milliards de personnes soit 40% de la population mondiale et l'incidence mondiale de la maladie est estimée à 300 à 500 millions de cas cliniques par an. Alors les femmes enceintes sont aussi un groupe à haut risque, les voyageurs sont immunisés, les réfugiés, les personnes déplacées et les autres ouvriers agricoles arrivant dans des zones endémiques sont plus exposé au paludisme.

La même source signale que, chaque année, plus de 30 millions des femmes Africaines qui vivent dans des régions endémiques de paludisme, elles tombent enceintes et risquent de subir des infections du plasmodium falciparum. Pour celles-là le paludisme est à la fois un danger pour elles-mêmes et pour leurs bébés, avec 200.000 morts de nouveau-nés chaque année en raison de la présence- de paludisme pendant la grossesse.

L'OMS (op.cit), informe que chaque année, le paludisme fait des nombreuses victimes en République Démocratique du Congo, cette endémie touche particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes bien plus qu'un problème de santé publique.

Le paludisme constitue un fardeau socio-économique important dans un pays où une grande partie de la population est diminué ; de ce fait, il contribue au processus d'appauvrissement des populations et par le sous-développement du pays, en baissant la productivité et en privant les communautés des moyens consentis à la prise en charge de la maladie.

Fontaine et Courtejoie (1982), affirment que le paludisme peut être grave pour une femme enceinte, une forte fièvre peut provoquer la mort fœtale et un avortement spontané, d'autre part lors de la naissance, la mère peut transmettre au fœtus du plasmodium ; celui-ci provoque chez les nouveau-nés une cause de maladie qui peut être mortelle. Il est donc important d'assurer la prophylaxie de la malaria pendant la grossesse. Les femmes enceintes doivent prévenir la malaria par la chimio-prophylaxie.

Blanc et Swinger (1948), estiment que chez les femmes enceintes le paludisme sévit généralement une grande activité, et entraîne fréquemment l'avortement en conséquence, il convient de le traiter très rapidement pour éviter l'interruption de la grossesse.

Lors du premier sommet Africain sur le paludisme à Abuja (Nigeria) en (2000), les Chefs d'Etats Africains se sont engagés à ce que d'ici 2015 au moins 60% des femmes enceintes bénéficient l'intervention efficace contre le paludisme. Pour atteindre ce but, il y a plusieurs tâches à accomplir. La mise en œuvre des interventions anti-paludisme dans les services des soins prénatals en Afrique doit être généralisée, actuellement, c'est plus l'exception que la règle. Des programmes de grande ampleur sont en train d'être mis au point et plusieurs pays Africains revoient leurs politiques à la lumière des recommandations de l'OMS. Pour quelques uns, cette stratégie fait déjà partie de la politique appliquée.

Le Programme National de lutte Contre le Paludisme (2007), stipule que l'infection au falciparum plasmodium pendant la grossesse est un problème de santé publique majeur survenant dans toutes les régions tropicales et subtropicales.

Les chiffres disponibles au programme national de lutte contre le paludisme sont issus d'une enquête menée en 1988. Dans une zone de santé, il y eu 2.013.399 cas de malaria et près de 20.000 décès cependant il est précisé que si l'on considère que 80% de cas et décès surviennent à domicile, la réalité serait que ce chiffre devrait être cinq fois plus élevé, soit un million de cas de maladie par an. Une autre enquête de PNLCP menée au cours des années 2000 renseigne que la prévalence chez les écolières entre 5 à 9 ans est tué en moyenne de 34%.

Dans des zones de transmission élevée et modérée (stable) du paludisme, la plupart des femmes adultes ont développé une immunité suffisante pour que, même pendant, la grossesse, l'infection à Plasmodium Falciparum n'entraîne généralement ni fièvre ni autre symptôme clinique. Dans ces zones, l'infection palustre se caractérise par le déclenchement d'une anémie secondaire et par la présence de parasites dans le placenta.

Les carences nutritives qui en résultent pour le fœtus et qui contribuent à un faible poids à la naissance sont l'une des causes majeures d'un taux de survie et de développement très faible chez les nourrissons, elles seraient responsables de 10.000 décès maternels par an, de 8 à 14% de tous les cas de faible poids de naissances et de 3 à 8% de tous les décès de nourrissons.

Dans les pays exemptés du paludisme, il existe toutefois un paludisme dit d'importation, qui touche les personnes rentrant de voyages en région d'endémie (pour environ 95% des cas en Afrique subsaharienne) en France, le paludisme d'importation concerne quelque million de personnes par an. Le fait que, dans la plupart des pays Africains, subsaharienne plus 70% des femmes enceintes se rendent à des multiples

consultations prénatales qui sont l'occasion par excellence de prévenir le paludisme ainsi que d'autres maladies prioritaires qui touchent les femmes enceintes.

Le programme national de lutte contre le paludisme (2007), ainsi que l'OMS (2003), démontrent le danger de paludisme pendant la grossesse chaque année en Afrique. 30 millions des femmes enceintes vivent dans des zones endémiques, cette maladie est une menace à la fois pour elle et leurs enfants. Les données de la surveillance épidémiologique en 2005 font du paludisme une pathologie dominante dans la ville province de Kinshasa, il a représenté 80% du total de cas soit 706,54 et 70% de décès soit 1.583 notifiés au cours de l'an 2005 parmi les pathologies à potentiel épidémique faisant l'objet de la notification. Pendant nos stages de formation à l'hôpital, nous avons remarqué que les gestantes étaient victimes des avortements et des menaces d'accouchement prématuré qui avait comme symptômes les fièvres et des céphalées dont la goutte épaisse révélait des trophozoïtes dans le rang.

Pour cela, notre attention est focalisée à faire une estimation sur la prise en charge infirmière des gestantes souffrant du paludisme.

I.2. QUESTION DE RECHERCHE

Nous nous sommes posé la question suivante: Quel est le niveau de la prise en charge infirmière des gestantes souffrant du paludisme?

I.3. BUT ET OBJECTIFS

Notre étude vise à évaluer la prise en charge infirmière d'une gestante souffrant du paludisme simple.

Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- Identifier les enquêtés selon les caractères sociodémographiques ;
- Rechercher les écrits en rapport avec le paludisme chez la femme enceinte
- Dégager les écarts entre la théorie et la pratique infirmière;
- Présenter les résultats sous forme des tableaux

I.4. INTERET SCIENTIFIQUE

L'importance de notre travail est qu'en évaluant, une prise en charge d'une gestante souffrant du paludisme pendant la consultation prénatale dans notre pays et en réduisant le taux de pathogénéicité due au paludisme, nous permettra aussi de réduire le taux de mortalité et de morbidité dû à ce fléau le plus meurtrier de l'histoire de la médecine ; le présent travail va servir d'un outil de référence aux futurs chercheurs dans ce domaine.

- La recherche est pertinente
 - Pour la population cible,
 - Pour les bénéficiaires,
 - Et enfin pour le chercheur lui-même

I.5. DOMAINE ET TYPE DE RECHERCHE

Notre travail relève du domaine de gynéco obstétrique, axé aux soins infirmiers en obstétrique.

- **Domaine** : soins infirmiers en gynéco obstétrique
- **Type de recherche** : étude descriptive

I.6. DELIMITATION DE L'ETUDE

Notre étude sera effectuée dans l'espace et le temps.

- Dans l'espace, elle a eu lieu à HPGRK
- Dans le temps, elle a été effectuée dans la période allant du 31 juillet au 31 Août 2012.

I.7. SUBDIVISION DU TRAVAIL

En dehors de la conclusion et des suggestions, le présent travail s'articule sur 5 chapitres.

Chapitre I. Introduction

Chapitre II. Revue de la littérature

Chapitre III. La Méthodologie

Chapitre IV. Présentation et Analyse des données

Chapitre V. Interprétation et discussion des résultats

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre sera consacré aux définitions des concepts clés faisant l'objet de cette étude et expose les généralités théoriques sur le paludisme

II.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS CLES

Dans cette partie, il s'agit de définir les concepts suivants : Prise en charge, infirmier, gestante, souffrant et paludisme.

II.1.1. Prise en charge

Selon KASHOMONA D. (2009), la prise en charge est un processus de résolution des problèmes de santé du malade incluant la participation de divers membres de l'équipe de santé ainsi que celle du malade lui-même ou des membres de sa femme, son entourage.

II.1.2. Infirmier (ère)

Selon l'OMS (2006) l'infirmier (ère) est la 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 (d'elle) un membre à part entière de l'équipe de santé capable de résoudre dans les limites de ses compétences, les problèmes sanitaires de la collectivité.

D'après le dictionnaire médical (2002), c'est une personne qui, ayant suivi des études médicales de base, est apte à assumer dans son pays la responsabilité de l'ensemble des soins que requièrent la promotion de la santé, la prévention des maladies, et les soins donnés aux malades, c'est une personne qui donne les soins aux malades en suivant les prescriptions des médecins, en identifiant les besoins fondamentaux des patients et en y apportant les interventions spécifiques à ses perturbations.

II.1.3. Gestante

Nous adoptons la définition de Tozin (2008) qui stipule que c'est une femme porteuse d'une grossesse de la conception jusqu'à l'accouchement.

II.1.4 Paludisme Simple

C'est une maladie parasitaire due à des hématozoaires du genre plasmodium, transmis d'homme à homme par la femelle de l'anophèle.

Selon l'OMS et PNLP, ont considéré comme paludisme chez tout le sujet présentant une fièvre de T° à 37°C lors de la consultation ou histoire de fièvre endéans 48h.

II.2. Considération théorique

Wery (1995) déclare que la manifestation clinique du paludisme n'apparaît qu'au cours de la multiplication asexuée des plasmodiums à l'intérieur des hématies faisant du paludisme, au sens proprement dit une hémocytopathie parasitaire. Cette dernière aboutit à:

- Des accès fébriles violents et rythmés
- Une destruction massive d'hématies (directes ou indirectes) qui entraîne une anémie
- Une Hémolytique et une réaction du Sr h (splénomégalie progressive)
- Une biligénie pigmentaire, d'où subictère (et hépatomégalie de reprise).

II.2.1 Ethnologie

Selon NSARAZA (2010), l'agent causal du paludisme est le plasmodium falciparum. Le plasmodium est un sporozoaire qui vit, se nourrit du sang (hématozoaire ou hématoophage) il y a plusieurs types de plasmodium: P falciparum; P vivax, P. oval et P. malaria ils ont en commun leur mode de reproduction; cycle asexué chez l'homme (schizogonie) sexué chez le moustique (sporogonie).

II.2.2. Variétés et Epidémiologie du paludisme

Le paludisme ou malaria est une maladie infectieuse qui existe dans le monde entier, c'est l'infection la plus répandue et la plus redoutable. En Afrique, elle atteint, selon l'estimation de l'OMS, plus au moins 100 millions de personnes chaque année et cause de décès de plus d'un million d'enfants de moins de 5 ans.

L'apparition continuelle de souches des parasites résistantes aux médicaments antipaludiques et l'espèce de moustique résistant aux insecticides constitue un problème de santé publique, une priorité médicale. Il figure parmi les huit domaines prioritaires en soins de santé primaires.

- *La malaria de la femme enceinte*

L'infection du placenta par le plasmodium falciparum se traduit par un poids de naissance faible. Tout particulièrement quand il s'agit d'un premier accouchement (primipare).

Quand la quantité de parasite dans le sang est relativement peu importante (c'est le cas dans les zones de transmission stable) les femmes ne présentent pas des signes alors que les parasites qui envahissent les globules rouges de la circulation, et plus précisément de la petite circulation du placenta sont présents.

Dans les zones où la transmission est instable (on parle d'hypo ou méso endémie) les femmes enceintes présentent des

infections sévères associées à des quantités élevées des parasites dans le sang avec une anémie, une hypoglycémie et des œdèmes des poumons. La grossesse est émaillée de problèmes du genre de contraction prématurée, d'avortement spontané et de mortalité au moment de l'accouchement. La malaria congénitale touche environ 5% des nouveau-nés des mères infectées et est en relation directe avec la quantité de parasites dans le placenta.

- **Transmission**

Au cours de la piqûre, le moustique infecté inocule avec sa salive des milliers des parasites dans le sang.

Cependant certains cas de paludisme du nouveau-né sont de seconde contamination transplacentaire, le paludisme peut être aussi contracté à la suite de transfusion sanguine.

II.2.3 Evolution du cycle

Quatre espèces de plasmodium humain parcourent un cycle biologique complexe dans l'organisme de deux hôtes : l'anophèle et l'homme. Cycle sexué (chez le moustique) ou phonogénique. Les sporozoïtes sont inoculés à l'individu au moment de la piqûre. Cycle asexué (chez l'homme) ou schizoginique comporte deux phases:

- Phase exo-érythrocytaire ou phase tissulaire, il y a invasion des hépatocytes (sporozoïtes)
- Phase endo-érythrocytaire ou phase sanguine. Un cycle schizoïgonique complet au niveau des GR durant 48 heures (malariae J1- J3 pour le falciparium, P. envole, P. vavax, tandis qu'il faut 72 heures pour P. malariae (fièvre quarte J1- J4).

II.2.4. Symptomatologie

- ROTSART de HERTAING et COURTEJOIE (1998) suggèrent qu'à partir de la symptomatologie nous avons le palu simple, le paludisme, la malaria subaigüe, la splénomégalie hypovaractine palustre et la forme sévère
- Accès simple : Le sujet se plaint d'adynamie, les sueurs nocturnes, les dérangements gastro-intestinaux, s'ajoutent aux symptômes classiques de fièvres, frissons, céphalées, courbatures et transpiration, les urines foncées. Nous suggérerons en première lieu l'évolution vers une forme sévère de la malaria et peut être considéré comme faisant partie de symptômes de l'accès pernicieux.
- Malaria subaigüe : Il s'agit d'une situation grave dans laquelle des symptômes comprenant l'anémie, l'asthénie, la dyspnée, l'amaigrissement, une température chronique supérieure à 38 oc, ainsi que des anomalies des paramètres biologiques sont retrouvés. Sur le terrain, cette forme se voit le plus fréquemment chez les enfants et les femmes enceintes, elle est la cause de mortalité non négligeable. Dans l'anamnèse, le patient se plaint d'adynamie, des dyspnées à l'effort, d'accès de fièvre irrégulière, de transpiration nocturne, des troubles gastro-intestinaux.

A. L'examen physique, on remarque une pâleur des conjonctives

Splénomégalie hyperactive palustres autres fois ce syndrome était connu sous le non de splénomégalie tropicale. Il s'agit une création démesurée de la rate à l'agression par le parasite résultant en une splénomégalie chronique et hypersplénisme touchant souvent les trois lignes sanguines. Les symptômes consistent en une adynamie, dyspnée à l'effort et une pesanteur dans l'hypochondre gauche.

Nous notons l'absence de fièvre, de transpiration et d'amaigrissement. Examen clinique montre une splénomégalie souvent massive, une tachycardie et la pâleur des conjonctives.

- Formes sévères.

L'anémie se traduit par:

- Une dyspnée à l'effort
- Une pâleur de conjonctives:
- Un effet tachycardie qui s'ajoutera à celui de la fièvre:
- L'atteinte cérébrale se traduit par:
 - Une diminution de la concentration suivie de la diminution de la conscience
 - Une raideur de la nuque peut être observée
 - Si des convulsions peuvent être dues à la fièvre en soi chez les enfants, des convulsions chez un adulte, ou un état de mal épileptique signent une atteinte cérébrale établie.
 - Des signes de focalisation avec paralysie, déficit de l'ouïe ou de la vision ou encore une épilepsie jacksonienne sont plutôt rares.
- L'atteinte rénale se traduit par:
 - Une diminution du débit urinaire des urines foncées peut être due à une hémoglobinurie qui n'est pas la conséquence mais plutôt la cause parmi d'autres de l'atteinte rénale.

L'ictère rencontre dans les accès perniciose est dû à une bilirubinémie consécutive à l'hémolyse, de même qu'une atteinte hépatique, en général la seule manifestation clinique (douleur ou pesanteur à l'hypochondre droit sont peu fréquents).

Par contre l'atteinte pulmonaire est responsable d'une dyspnée qui se traduit par une fréquence respiratoire élevée qui surgit lorsque le patient va apparemment mieux. Dans les formes graves, nous avons enregistré plusieurs cas de diarrhées cholériformes extrêmes accompagnées toujours de présentation sévère.

- L'hypoglycémie peut être un facteur supplémentaire responsable d'un coma prolongé. La présence d'un collapsus vasculaire est presque toujours due à une septicémie contaminant. (Wery op.cit).

II.2.6. Complication du paludisme

- Coma
 - Evaluer le degré de conscience en fonction de l'échelle du coma utilisé localement pour la femme enceinte après
 - Prodiger des soins infirmiers soigneusement et accorder une attention particulière aux voies aériennes, aux yeux, aux muqueuses à la peau, et aux apports liquidiens;
 - Exclure les autres causes des comas traitables (hypoglycémie)
- Anémie
 - Une transfusion sanguine aussi vite que possible
 - complication au cours du premier trimestre
 - Avortement dans 12 à 18 % de cas
 - Mort fœtale inévitable avec forte fièvre au 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} mois.
 - Accouchement prématuré dans 19 à 28 % de cas
 - Paludisme du nouveau-né

- La mère risque d'un accès grave surtout à la fin de la grossesse et post-partum
- Hypoglycémie
- Administre rapidement par voie IV 10mg/kg de solution glucose à 10%, vérifier en nouveau la glycémie au bout de 30 minutes et administré du dextrose 5ml/kg de poids, si elle est basse (<2,5mmol/ < ou <45mg/dl).

Pneumonie

- traiter immédiatement une pneumonie car elle peut être mortelle,
- mettre la femme sur le côté, lui administrer du chloramphénicol 1M ou IV 25 mg/ du poids toutes les 8 heures jusqu'à ce que qu'elle puisse le prendre par voie orale de façon à obtenir une durée totale de 8 heures.

II.2.7 physiopathologie du paludisme

- La splénomégalie et hépatomégalie s'explique d'une part par la destruction des hématies au niveau du foie et d'autre part celle des hématies et leur stockage au niveau de la rate. Le paludisme provoqué au cours de cette pathologie est dû à la libération de pigment. Ceci donne une coloration jaune de la peau et des muqueuses telle que la conjonctive bulbaire et la paume de mains.

L'anémie notée, est caractéristique à une hémolyse massive de tout âge, provoquée par le plasmodium.

Chez la femme enceinte la transmission de parasite se fait par l'intermédiaire de la salive, de la femelle d'anophèle qui vient piquer l'homme.

La transmission peut également se faire par transfusion sanguine ou de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. Après le passage hépatique (dans le foie) ou les

parasites se multiplient les globules rouges sont envahis à leur tour et libèrent les parasites qui vont affecter alors d'autres globules rouges.

Après ce moment là, n'importe quel moustique est susceptible d'être infecté à son tour en piquant une personne atteinte du paludisme.

II.2.8. Diagnostic

Selon Larousse médical (2004) la découverte des parasites lors d'un examen microscopique effectué sur un frottis du sang et une goutte épaisse confirme le diagnostic.

Des tests sérologiques sont également disponibles pour vérifier les diagnostics de formes chroniques du paludisme.

Selon NSARAZA (2010), le diagnostic de certitude est égale à goutte-épaisse plus et goutte épaisse moins ne permet pas d'exclure formellement le diagnostic du paludisme.

Il faut un examen clinique, anamnèse et labo.

II.2.9. Diagnostic différentiel

Dans le diagnostic différentiel avec d'autres maladies fébriles (amibiase hépatique, trypanosomiase) on fait la ponction lombaire.

II.10. Traitement du paludisme

1. Traitement préventif

Comprend la lutte contre les moustiques, la destruction des larves, de leurs gîtes de protection.

- Suppression de gîtes : eau stagnante, canalisation.
- Destruction de larves : pétrole, mazout répandu sur l'eau
- Destruction des insectes : insecticide, concomitante et unique pendant 3 jours

- Abaisser la fièvre = paracétamol
- ❖ Paludisme grave
 - si pas de contraction : quinine + anti pyrétique
 - si contraction : ART + AQ + Anti spasmodique
 - En cas d'anémie: vérifier l'hématocrite inférieur à 20 % donné une transfusion de sang frais après test.
 - En cas d'hypoglycémie 50 ml dextrose à 50 %
 - Améliorer l'O₂ en dégagant les voies aériennes, augmenter la concentration d'O₂ dans l'air inspiré.
- ❖ Surveillance infirmier:
 - surveiller les signes vitaux. Une tachycardie, une bradycardie ou une décélération tardive chez le fœtus évoque une détresse respiratoire fœtale qui peut exiger une intervention. (Césarienne, forceps, ventouse déconseillée dans PTME.
 - BCF, les contractions utérines risquent de provoquer une fréquence et leur intensité sont liées à l'importance de la fièvre d'où il faut surveiller la température de la gestante, état de son col utérin.
 - L'Etat de conscience
 - Hématocrite pour prévenir une éventuelle anémie.
 - La diurèse pour noter la survenue d'une infection associée.
 - La glycémie parce que la femme enceinte est sujette à l'hypoglycémie. Protection de l'homme sain : moustiquaire, treillis sur toutes les couvertures, désencombrer la chambre.

Afin de prévenir toute contamination, chez les touristes se rendant dans les pays où sévit le paludisme, les chercheurs ont mis en place une technique prophylactique. Cette technique consiste à utiliser un arsenal thérapeutique (se limitant à la chloroquine au proguanil, à l'association pyriméthamine-dapsone, à l'association proguanil atovaquone, à la méfloquine et la doxycycline (médicaments préventifs). Afin d'éviter l'infection en cas de pénétration du parasite dans l'organisme.

2. Curatif

Pour le PNLCP, l'objectif premier est de détruire aussi rapidement que possible les formes sanguines asexuées, seul pathogène employant un schizonticide à action rapide et gametocide pour éviter les rechutes tardives.

- ❖ Schizonticide: quinine = médicament de choix 20g/ kg dans 5 à 10 d'une solution isotonique. Répéter la dose toutes les 12 heures jusqu'à ce que le malade soit capable d'avaler puis 10 ml de sel de quinine/kg per os! 8 heures pendant 7 jours
- ❖ Les amino — 4 quinoléines : agissent sur les trophozoïtes sanguins des 4 espèces réduisant la parasitemie en 3 jours en moyenne s'il n'y a pas de résistance.
- ❖ les gamétocytes: les amino — 8 — quinoléines seul connus selon l'OMS, un traitement est efficace si le taux d'échec est inférieur à 5% ; s'il dépasse 25%, il faut changer de protocole.

LES ANTIPALUDIQUES COMMANDES PAR PNLCP EN RDC

- ❖ ARTESUNATE 4mg/kg + AMODIAQUINE 10mg/kg (ART + AQ) = de l'ère intention dans le traitement du paludisme simple mais contre indique chez l'enfant de moins de 6 mois et au premier trimestre de la grossesse.
- ❖ Quinine à utiliser en cas de :

- Paludisme grave
- échec thérapeutique ART + AQ
- Femme enceinte au premier trimestre
- Enfant de moins de 6 mois
- Femme allaitante avec bébé de moins de 6 mois

Schéma de quinine en perfusion

- Dose de charge: 20ml/kg dans 5-10ml de solution glucosée de 5% par kg de poids pendant 4 heures puis répons pendant 8 heures.
- Dose d'entretien: 12 heures après la dose d'attaque, 10 mg de quinine dans 5-10 de solution glucosée de 5% par kg de poids pendant 4 heures puis répons pendant 8 heures. Répéter cette dose jusqu'à ce que le malade soit capable de boire.

N.B : Si le patient a reçu de la quinine ou de la quinedine dans 24 heures précédente ou encore de la mefloquine dans 7 jours précédents la dose de charge ne doit pas être administrée, passer directement à la dose d'entretien.

Prise en charge de paludisme chez la femme enceinte

La prise en charge du paludisme chez la femme enceinte étant entité réelle pour les foetus que pour la femme, la prise en charge doit être sur le plan psychologique, physique et éducatif.

Traitement préventif

Lors de la CPN, le traitement intermittent (IPT) par l'administration de la sulfadoxine pyriméthamine ou fansidar : dose unique aux 16^{ème} semaines et 25^{ième} semaines et chez la femme séropositive, une 32^{ème} dose aux 32^{ème} semaines.

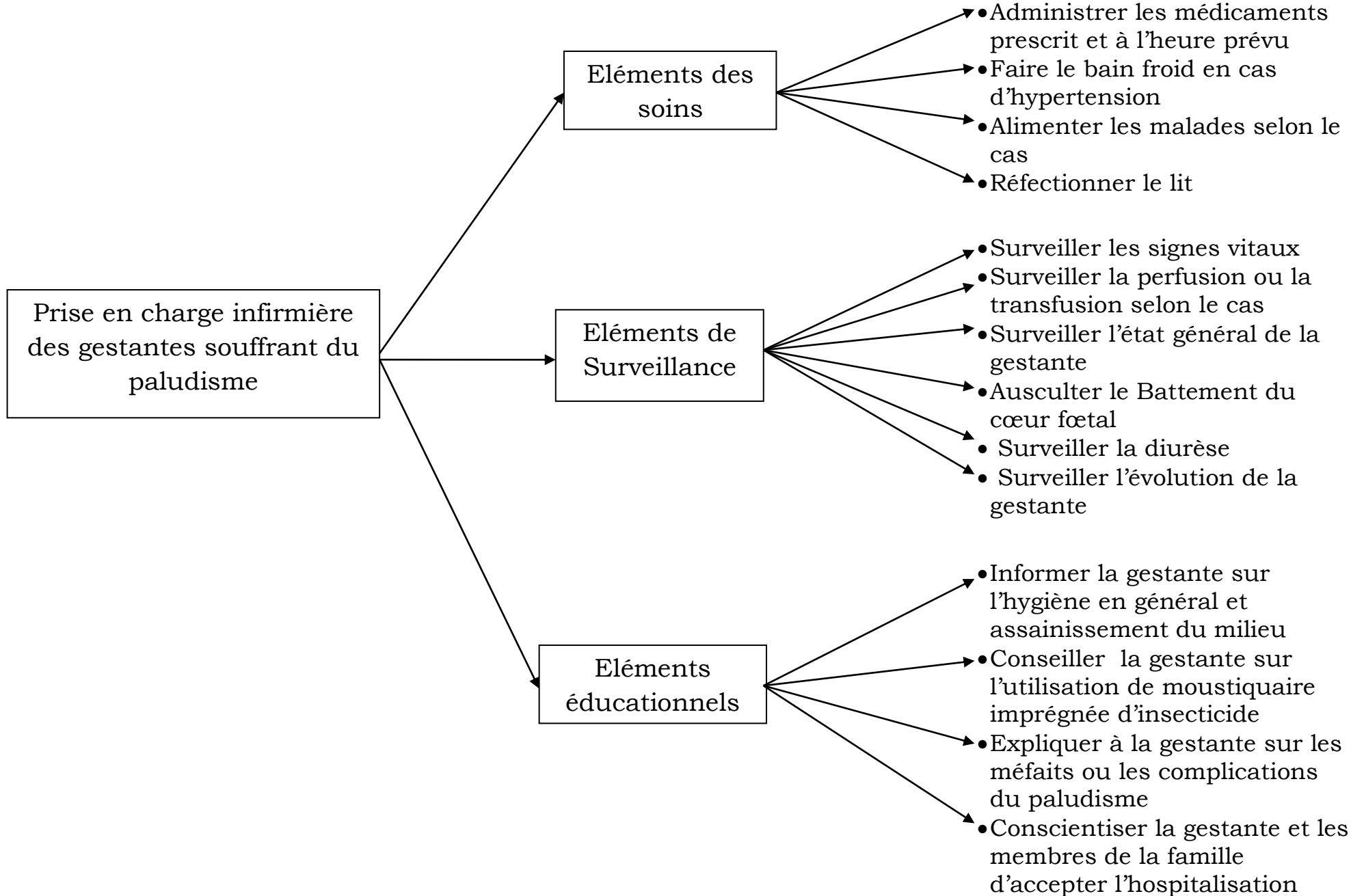
➤ Conseiller de dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)

❖ paludisme simple

➤ 1^{ère} trimestre et dernier mois de la grossesse : quinine 3 fois 500mg/ 7 jours pendant 7 jours.

➤ 16^{ème} à la 28^{ème} semaine ART + AQ (200mg/ 600g en prise journalière

SCHEMA CONCEPTUEL



CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

III.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ETUDE

III.1.1. Historique de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK)

L'Hôpital Général Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK) est créé en 1912 sous l'appellation hôpital « hôpital Congolais » il est à l'origine d'un simple dispensaire où la population indigène recevait les soins ambulatoires. Ce n'est qu'en 1926 que l'on parle de vérifiable hôpital congolais.

Avec l'expansion des sociétés CHANIC et UTEXCO, cela a entraîné une forte migration et accroissement de la population et l'acquisition d'une capacité de 80 lits sous l'initiative de Madame NECKER. En 1958 la capacité passe de 150 à 1250 lits avec 4 disciplines traditionnelles dont la médecine interne, la chirurgie, la stomatologie et l'orhinolaryngologie.

Il y a lieu de noter que l'Hôpital congolais a successivement pris les appellations de (Hôpital de Léo) en 1958 par lettre du Médecin provincial n°700/A/6834.

Le 16 Novembre 1958, la structure est devenue «Hôpital Général de Kinshasa» peu après «Mama YEMO» en mémoire du nom de la défunte Maman du feu Mobutu SESESEKO en 1972. Plus tard en 1997 avec l'entrée de l'AFDL à Kinshasa, l'Hôpital Mama YEMO redevient «Hôpital Général de Kinshasa». Certainement, l'Hôpital a connu plusieurs gestions. En vertu de l'ordonnance n°68/391 du 21 octobre 1968 la gestion de l'hôpital fut confiée à une association sans but lucratif constitué des médecins de coordination « FOMECO en sigle ».

Par cette même ordonnance, la gestion de certaines formations médicales telles que l'hôpital de BOLOBO, bateau hôpital, le dispensaire de la cité de l'organisation de l'unité Africaine et Institut médical par la lettre du bureau du Président

de la République n°BPR/OC/0678 du 01 mars 1975 FOMEKO fut placée sous la tutelle du Ministre de la santé Publique.

Mais en 1985 le Gouvernement a cédé la gestion de l'Hôpital à FOMEKO. Par l'ordonnance n°89/169 du 07 Août 1989, le HPGRK devient une entreprise publique à caractère social dotée de la personnalité juridique, le portefeuille et la santé publique. Le décret Présidentiel n°082 et 083 du 13 juin 2000 a consacré la nomination des animateurs actuels du conseil d'administration, la dénomination et du comité de gestion de l'hôpital.

III.1.2. Situation géographique

L'hôpital provincial général de référence de Kinshasa (HPGRK) est implanté au centre ville dans la commune de la Gombe. Il est limité au nord par l'avenue colonel EBEYA, au sud par le jardin zoologique de Kinshasa, à l'ouest par l'avenue WANGATA et à l'est par l'avenue de l'hôpital.

III.1.3. Effectif et qualification du personnel

L'hôpital général de Kinshasa comprend au total 1.490 agents classés par catégories de la manière suivante :

1. Médecin : 161 dont : 51 spécialistes, 44 résidents, 66 internés.
2. Chirurgie bucco-dentaire : 6
3. Pharmaciens : 10
4. Autres professionnels de santé : 54
5. Infirmiers: 1098

III.1.4. Organisation Administrative

La structure administrative de l'hôpital provincial général de référence de Kinshasa est constituée de la manière suivante :

- Un comité de gestion ou de direction;
- Une direction générale;
- Des directions
- Des sous-directions et départements;
- Des divisions et coordinations;
- Des services.

III.1.5. Structure organisationnelle et fonctionnelle

III.1.5.1. Structure organisationnelle

L'hôpital provincial général de référence de Kinshasa, malgré le changement de son statut, garde encore au moins pour son organisation interne, la structure définie par l'arrêté ministériel du 28 août 2001 portant nomination des membres du comité de gestion ainsi, sa structure actuelle est la suivante :

- Organe de tutelle : l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa est sous tutelle de Ministre de santé.
- Organe de gestion: l'hôpital provincial général de référence de Kinshasa est conduit par un comité de gestion, organe de conception et de la pratique.
- Direction de Nursing : le Directeur de Nursing est le responsable de cette direction. Il exerce son autorité sur les services infirmiers. Les 10 directions attachées à cette direction.

III.1.5.2. Emplacement

1. Les services médicaux cliniques.

a. Le département de l'anesthésie et réanimation:

- Le pavillon 4 : réanimation
- Le pavillon 10 : les soins respiratoires et service de l'anesthésie

b. Le département de chirurgie

- Le pavillon 1 A et B : orthopédie
- Le pavillon 2 : soins intensifs cas d'infections
- Le pavillon 4 : les salles des urgences et d'opérations
- Le pavillon 6 : chirurgie privée, générale et soins intensifs
- Les pavillons 19 et 2 : traumatologie, chirurgie plastique et urologie
- Le pavillon 19 : la chirurgie et l'orthopédie ambulatoire

c. Le département de gynéco obstétrique:

- Le pavillon 11: obstétrique médicale post partum et privée
- Le pavillon 12A : la gynéco obstétrique
- Le pavillon 14 : la salle d'opération
- Le pavillon 16 : la salle d'urgence, d'accouchement et des soins intensifs
- Le pavillon 25 : la consultation prénatale et les naissances désirables.

d. Le département de médecine interne

- Le pavillon 5A et B : pour les hommes
- Le pavillon 10 : les soins intensifs
- Le pavillon 20 : la salle des urgences
- Le pavillon 5A et B : pour les femmes

e. Le département de pédiatrie

- Le pavillon 17 : pour les enfants âgés
- Le pavillon 16 : prématuré internes et externes
- Le pavillon 17 : la salle des urgences des nouveau-nés, malades et les soins intensifs privés

III.3. POPULATION ET ECHANTILLON

III.3.1. Population

Selon OMANYONDO(1990), la population cible est l'ensemble des éléments ou des personnes que l'on se propose à observer. Elle est en d'autre terme une partie déterminée d'un univers parmi laquelle on sélectionne quelques unités de l'échantillon.

Notre population cible est celle des Infirmiers travaillant à l'hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa, dans le service de l'obstétrique médicale précisément dans le département de Gynéco obstétrique.

III.3.2. Echantillon

AMULI (2003), définit l'échantillon comme étant une portion de la population cible "qui sera réellement enquêtée et qui permettra par extension de dégager les caractéristiques de l'ensemble de la population.

Notre échantillon est composé de 13 infirmiers de l'HPGRK dans le département de gynéco-obstétrique.

Types d'échantillon

Notre échantillon est de type occasionnel et non probabiliste, il a été constitué sur base de la sélection ci-après :

➤ **Critère d'inclusion.**

- Etre infirmier affecté au département de Gynéco-obstétrique
- Etre présent le jour de notre enquête
- Participer à la prise en charge des gestantes

➤ **Critères d'exclusion**

Est exclu de notre étude tout infirmier ne répondant pas aux critères énumérés ci-haut. Après avoir appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion nous avons retenu un échantillon de 13 infirmiers dont 12 infirmières et un infirmier.

III.4. METHODE, TECHNIQUE ET INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES

III.4.1 Méthode

Selon WINGENGA (2008), définit la méthode comme étant un ensemble d'opérations intellectuelles par lesquelles une personne disciplinée cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre et les vérifie. Ainsi la méthode utilisée dans notre étude est celle d'Enquête.

III.4.2. Technique

MULUMBA (2003), définit la technique comme étant l'ensemble de moyens et de procède qui permettent à un chercheur de rassembler des informations originales ou de seconde portée mais sur un sujet donné.

Ainsi pour concrétiser notre étude, nous avons recouru à la technique d'« observation participative directe »

III.4.3. Instrument de collecte des données

MOMINDO (2006), affirme que l'instrument de collecte des données est un outil pourvu d'un contenu relatif aux éléments d'enquêteurs de s'enrichir des informations recherchées. Ainsi pour recueillir les données de notre étude, nous avons utilisé comme instrument « une fiche observation ».

III.5. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

III.5.1. Enquête préliminaire.

La demande introduite auprès des autorités de l'HGPRK de la lettre de recherche section Sciences Infirmières ISTM/ Kinshasa nous a permis d'entrer en contact avec les autorités de l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa.

III.5.2. Enquête proprement dite

Arrivée dans le département de gynéco-obstétrique du pavillon 11 du service de l'observation médicale, nous avons trouvé les infirmiers, avec lesquels nous nous sommes fixé les jours de l'enquête, c'est-à-dire nous devons nous rencontrer le lundi, le mercredi et le vendredi de 8h 30 à 15h 30. Nous observons 3 infirmiers par semaine.

Notre enquête s'est déroulée du 31/juillet au 31/août/2012.

III.5.3 Traitement donné

Après l'enquête, nous avons procédé au dépouillement manuel pour l'élaboration des tableaux sur la prise en charge des infirmières gestantes souffrant de paludisme simple, nous avons procédé au calcul de pourcentage par la formule suivante :

$$\% = \frac{N_i}{N} \times 100 \text{ ou } \% = \frac{F_o}{F_A} \times 100$$

Légende

% = pourcentage

Fo = fréquence observée

FA = fréquence attendue

Ni = fréquence (nombre d'enquêtés ou taille de l'échantillon

N effectif

III.6. CRITERE D'ACCEPTABILITE

Afin de donner une signification favorable à notre étude, nous avons fixé un critère d'acceptabilité à 70 %, ce pourcentage nous aidera à mieux interpréter, et se prononcer sur les résultats obtenus auprès de nos enquêtés.

III.7. DIFFICULTES RENCONTREES

Tout au long de notre enquête, nous étions confronté aux nombreuses difficultés dont le plus souvent, le moyen de transport pour atteindre le lieu d'étude et celles d'être en possession des identités de nos enquêtés. Les frais à payer ont été versés dans les différents endroits d'enquête et de stage.

CHAPITRE IV. PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Ce chapitre consiste en la tabulation des données en rapport avec le profil des enquêtés ainsi que celles avec la prise en charge infirmière des gestantes souffrant du paludisme simple.

IV.1. PROFIL DES ENQUETES

Tableau 1 Répartition des enquêtés selon leur âge

N°	Ages	Ni	%
1	34 à 38	3	23
2	39 à 43	3	23
3	44 à 48	2	15
4	49 à 53	2	15
5	≥ à 54	3	23
	Total	13	100

Au regard de ce tableau, il ressort que la tranche d'âge de 34 ans à 38, représente 23% ; et celle de 39 à 43 ans aussi équivaut au même pourcentage c'est-à-dire 23% ; tandis que ceux qui ont l'âge variant entre 44 à 48 ans représente 15% de même que ceux qui varient entre 49 à 53 font 15% aussi et enfin ceux qui ont plus ou moins 54 ans constituent près de trois quart de l'échantillon avec 23%.

Tableau 2 Répartition des enquêtés selon le sexe

N°	Ages	Ni	%
1	Masculin	1	7,6
2	Féminin	12	92,4
	Total	13	100

Il ressort de ce tableau que 12 enquêtées soit 92,4 % sont du sexe féminin, tandis que 1 enquêté soit 7,6 représente le sexe masculin.

Tableau 3 Réponse des enquêtés sur le niveau d'étude

N°	Niveau d'études	ni	%
1	A ₁	1	7,6
2	A ₂	10	76,9
3	A ₃	2	15,5
	Total	13	100

La lecture que nous pouvons faire de ce tableau est que plus de la moitié de notre échantillon sont du niveau A₂ et constitue 76,9% et deux enquêtés sont du niveau A₃; ce groupe constitue 15,5% et enfin un seul enquêté a le niveau A₁ et constitue a lui seul 7,6%.

Tableau 4 Répartition des enquêtés selon leur ancienneté

N°	Ancienneté	ni	%
1	10 à 14 ans	2	15,5
2	15 à 19 ans	4	30,7
3	20 à 24 ans	3	23,1
4	≥ 25ans	4	30,7
	Total	13	100

La lecture de ce tableau nous fait voir que 4 enquêtées soit 30,7 chacune a une ancienneté de 15 à 19 ans et supérieur ou égal à 25 ans suivi de 3 enquêtées soit 23,1 % de 20 à 24 ans, tandis que 2 enquêtées soit 15 dégagent 10 à 14 ans.

IV.2. PROFIL RELATIF AUX ELEMENTS DE L'ETUDE

Tableau 5 : Réponse des enquêtés sur les éléments des soins

N°	Eléments de soins	FA	FO	%
1	Administrer les médicaments prescrits	13	6	46,2
2	Faire le bain froid en cas de l'hypertension	13	3	23,1
3	Alimenter le malade selon le cas	13	4	30,7
	Total	39	13	33

Ce tableau illustre que les fréquences attendues concernant l'administration de médicament présents a été obtenu à 46,2% ; alimenter le malade selon le cas est de 30,7% et enfin faire le bain froid en cas de l'hypertension est de 23,1%.

Tableau 6 : Réponse des enquêtés sur les éléments de surveillance

N°	Elément de surveillance	FA	FO	%
1	Surveiller les signes vitaux	13	3	23,1
2	Surveiller la perfusion ou la transfusion selon le cas	13	3	23,1
3	Surveiller l'état général de la gestante	13	4	30,7
4	Auscultier le battement du cœur fœtal	13	2	15,5
5	Surveiller la diurèse	13	1	7,6
	Total	65	13	20

Les données de ce tableau nous révèlent que sur les fréquences attendues concernant : surveiller les signes vitaux, 23,1% ; surveiller la perfusion ou la transfusion selon le cas est de 23,1% ; et surveiller l'état général de la gestante est de 30,7% ; tandis qu'auscultier le battement du cœur fœtal est de 15,5 %; et enfin surveiller la diurèse est de 7,6%.

Tableau 7 : Réponse des enquêtés sur les éléments éducationnels

N°	Eléments éducationnels	FA	FO	%
1	Expliquer à la gestante les complications du paludisme	13	3	23,1
2	Conseiller la gestante sur l'utilisation du M.I.I	13	4	30,7
3	Conseiller à la gestante et les membres de la famille d'accepter l'hospitalisation	13	3	23,1
4	Informar la gestante sur l'hygiène générale et l'assainissement du milieu	13	3	23,1
	Total	52	13	25

Les données de ce tableau nous révèlent que sur les fréquences attendues concernant : Expliquer à la gestante les complications du paludisme, 23,1% ; Conseiller la gestante sur l'utilisation du M.I.I est de 30,7% ; et Conseiller à la gestante et les membres de la famille d'accepter l'hospitalisation est de 23,1% ; et tandis qu'informer la gestante sur l'hygiène générale et l'assainissement du milieu est de 23,1%.

Tableau 8 : Synthèse des résultats

N°	Prise en charge de la gestante souffrant du paludisme simple	FA	FO	%
1	Eléments des soins	39	13	46,2
2	Eléments de surveillance	65	13	30,7
3	Eléments éducationnels	52	13	23,1
	Total	156	39	25

Ce tableau nous fait avoir que la prise en charge infirmière des gestantes souffrant du paludisme simple est évalué d'une manière générale à 25%.

CHAPITRE V : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Pour donner une signification à nos résultats, nous devons avant tout les interpréter.

V. PROFILS DES ENQUETEES

a. Ages:

Il ressort de cette étude que 23% de nos enquêtées ont l'âge qui varient entre 34 à 38 ans, 39 à 44 ans et supérieur ou égale à 54 ans. Ce choix se justifie par le fait que ces tranches d'âge sont celles où la majorité de nos enquêtés sont en pleine activité.

b. Sexe

Il ressort de cette étude que la majorité de nos enquêtées sont de sexe féminin.

Unicef (2009) rapporte que si la mortalité maternelle baisse dans les pays développés, en Afrique au contraire, elle ne fait qu'augmenter.

c. Niveau d'étude

La répartition selon le niveau d'étude révèle que 76,9% de nos enquêtées sont de niveau A₂. Les résultats de cette étude soutiennent cette déclaration de nos enquêtes qui ont un niveau d'étude primaire tel qu'est reconnue inférieur. Tandis que 15,4% de nos enquêtées ont franchi le niveau A₃ et 7,7% de nos enquêtés ont un niveau A₁.

d. Ancienneté

Au regard du tableau 4, 30,7% de nos enquêtés ont une ancienneté de 15 à 19 ans. Ce qui implique qu'elles ne

prouvent pas de difficulté pour recourir à temps et en nombre voulu aux soins permanents.

LIFUADI (2000) considère que l'acceptabilité d'ancienneté est un facteur important dans le choix du centre de suivi surtout pour les pays en voie de développement comme la République Démocratique du Congo.

V.2. La prise en charge infirmière des gestantes souffrant du paludisme simple

Au regard de notre enquête, nous remarquons que pour des raisons évoquées par les gestantes de se présenter à l'hôpital sont multiples, selon l'ordre de grandeur nous avons retenu :

- Les éléments de soins dont sa globalité est de 33%
- Les éléments de surveillance ont été réalisés à 20%
- Les éléments éducationnels dans son ensemble 25%

CONCLUSION

La présente recherche est une étude descriptive transversale et se situe dans le domaine de la santé publique. Elle a été effectuée à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa dans la période allant du 31 Juillet au 31 Août 2012.

Le thème développé dans cette étude est : « **Prise en charge Infirmière des gestantes souffrant du paludisme simple** ».

Les données de la problématique soulignent que chaque année plus de 30 millions de femmes Africaines vivent dans des régions endémiques de paludisme et tombent enceinte. Elles risquent de subir des infections de plasmodium Falciparum. Pour ces femmes, le paludisme est à la fois un danger pour elles-mêmes et pour leurs bébés, on estime plus au moins à 200.000 morts des nouveau-nés chaque année en raison de la présence du paludisme pendant la grossesse.

Pour que cette étude atteigne son objectif, la question suivante a été posée : quel est le niveau de la prise en charge infirmière des gestantes souffrant du paludisme simple ?

Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

1. Identifier les enquêtés selon leur caractère socio démographique ;
2. Chercher des écrits en rapport avec le paludisme chez les femmes enceintes

3. Dégager les écarts entre la théorie et la pratique infirmière ;
4. Présenter les résultats sous forme de tableau.

Dans cette étude notre échantillon a été constitué de 13 infirmiers travaillant dans le service de l'obstétrique médicale précisément dans le département de gynéco-obstétrique.

Au terme de notre étude, nous avons obtenu les résultats suivants :

- ✓ Les éléments des soins ont été évalués à 33% ;
- ✓ Les éléments de surveillance ont été obtenus à 20% ;
- ✓ Les éléments éducationnels ont été réalisés à 25%.

La moyenne générale est de 25% et ceci confirme notre question de départ formulé en ces termes ; quel est le niveau de prise en charge infirmier(e) des gestantes souffrant du paludisme simple ? Nous nous rendons compte malheureusement que ce niveau est faible à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa.

SUGGESTIONS

Face à ce qui précède nous suggérons ce qui suit :

- Aux autorités de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa de prendre des mesures et de fournir beaucoup d'effort pour encourager les infirmiers et infirmières travaillant dans le service de Obstétrique Médicale de suivre régulièrement et d'une manière attentive les gestantes du paludisme car leurs vies et celles de leurs enfants en dépendent.
- Aux autorités gouvernementales plus particulièrement du ministère de la santé publique d'organiser et de vulgariser des séances de sensibilisation sur la prise en charge du paludisme simple à travers les mass-médias afin de promouvoir la santé communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bernard et Geneviève P(2002) Dictionnaire Médical pour les régions tropicales, KANGU MAYUMBE, BERPS, 2^{ème} édition 120
2. COURTEJOIE et coll. (1992), La santé dans la communauté KANGU MAYUMBE, BERPS, 1^{ère} édition
3. FINKEN (1984) « Recommande l'éducation sanitaire de malade »
4. O.M.S : Rapport sur la santé dans le Monde, Genève, Suisse 2006.
5. FONTIN et COURTEJOIE, Procédure de la recherche 1^{ère} édition Montréal Québec canada 1982.
6. P.N.L.C.P : Fiches techniques version 2007 Kinshasa RDC.
7. WERY : Proto Zoologie médicale, édition de Boeck université, Bruxelles, 1985, pp 131-141
8. NSARAZA : Pathologie des maladies transmissibles. Notes de cours destiné aux étudiants de 2^{ème} Graduat en Sciences Infirmières ISTM/Kinshasa
9. OMANYONDO : Notes de cours d'initiation à la recherche Scientifique ; destiné aux étudiants de 2^{ème} Graduat en Sciences Infirmières ISTM/Kinshasa

10. AMULI : Notes de cours de la métrologie, à l'usage de 1^{ère} Licence EASI/ ISTM/Kinshasa.

11. MULAMBA : Eléments d'initiation médicale, édition Biometrix, 2010.

12. O.M.S : un ensemble de mesures pour stabiliser la santé de personnes malades, 2009.

TABLE DES MATIÈRES

EPIGRAPHIE.....	I
IN MEMORIAM	II
DEDICACE.....	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES ABREVIATIONS	VII
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE	1
I.1. ENONCE DU PROBLEME	1
I.2. QUESTION DE RECHERCHE.....	4
I.3. BUT ET OBJECTIFS	4
I.4. INTERET SCIENTIFIQUE.....	5
I.5. DOMAINE ET TYPE DE RECHERCHE	5
I.6. DELIMITATION DE L'ETUDE	6
I.7. SUBDIVISION DU TRAVAIL.....	6
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE.....	7
II.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS CLES	7
<i>II.1.1. Prise en charge</i>	<i>7</i>
<i>II.1.2. Infirmier (ère)</i>	<i>7</i>
<i>II.1.3. Gestante</i>	<i>8</i>
<i>II.1.4 Paludisme Simple</i>	<i>8</i>
II.2. Considération théorique.....	8
II.2.1 Ethnologie.....	9
II.2.2. Variétés et Epidémiologie du paludisme.....	9
II.2.3 Evolution du cycle.....	10
II.2.4. Symptomatologie	11
II.2.6. Complication du paludisme	13
II.2.7 physiopathologie du paludisme	14
II.2.8. Diagnostic.....	15
II.2.9. Diagnostic différentiel.....	15
II.10. Traitement du paludisme	15
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	21
III.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ETUDE.....	21

<i>III.1.1. Historique de l’Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK)</i>	21
<i>III.1.2. Situation géographique</i>	22
<i>III.1.3. Effectif et qualification du personnel</i>	22
<i>III.1.5. Structure organisationnelle et fonctionnelle</i>	23
III.1.5.1. Structure organisationnelle	23
III.1.5.2. Emplacement	24
III.3. POPULATION ET ECHANTILLON	25
<i>III.3.1. Population</i>	25
<i>III.3.2. Echantillon</i>	25
III.4. METHODE, TECHNIQUE ET INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES	26
<i>III.4.1 Méthode</i>	26
<i>III.4.2. Technique</i>	26
<i>III.4.3. Instrument de collecte des données</i>	27
III.5. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES	27
<i>III.5.1. Enquête préliminaire</i>	27
<i>III.5.2. Enquête proprement dite</i>	27
<i>III.5.3 Traitement donné</i>	27
III.6. CRITERE D’ACCEPTABILITE	28
III.7. DIFFICULTES RENCONTREES	28
CHAPITRE IV. PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES	29
IV.1. PROFIL DES ENQUETES	29
IV.2. PROFIL RELATIF AUX ELEMENTS DE L’ETUDE.....	31
CHAPITRE V : INTEPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	33
V. PROFILS DES ENQUETEES.....	33
CONCLUSION	35
SUGGESTIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	38
TABLE DES MATIERES	40

ANNEXES

FICHE D'OBSERVATION

PRISE EN CHARGE INFIRMIERE DES GESTANTES SOUFFLANT DU PALUDISME														FREQUENCE	
SIMPLE															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
I. ELEMENT DE SOIN															
1.1.	Administrer les médicaments prescrits	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	06/13
1.2.	Faire le bain froid en cas d'hypertension	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03/13
1.3.	Alimenter les malades selon le cas	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	+	04/13
II. ELEMENT DE SURVEILLANCE															
2.1	Surveiller les signes vitaux	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	03/13
2.2.	Surveiller la perfusion ou la transfusion selon le cas	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	03/13
2.3.	Surveiller l'état général de la gestante	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	04/13
2.4	Auscouter le Battement du cœur fœtal	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	02/13
2.5.	Surveiller la diurèse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	01/13
III. ELEMENT EDUCATIONNELS															
3.1.	Expliquer à la gestante sur les complications du paludisme	+		+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	03/13
3.2.	Conseiller la gestante sur l'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide	-	-	+	-	-	+		+	-	+	-	-	-	04/13
3.3.	Conscientiser la gestante et les membres de la famille d'accepter l'hospitalisation	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	03/13
3.4.	Informar la gestante sur l'hygiène en générale et assainissement du milieu	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	03/13
IV. AGE															
		50	38	48	54	40	34	58	60	45	53	42	37	39	
V. SEXE															
		M	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
VI. NIVEAU D'ETUDE															
		A ₂	A ₁	A ₂	A ₂	A ₂	A ₂	A ₂	A ₂	A ₂	A ₂	A ₂	A ₂	A ₃	A ₃
VII. ANCIENNETE															
		23	15	20	30	17	10	30	35	23	28	19	10	15	

