

## EPIGRAPHE

*Je louerai l'éternel de tout mon cœur, je raconterai toutes tes merveilles, je ferai de toi le sujet de ma joie et de mon allégresse, je chanterai ton nom Dieu très haut,*

*Mes ennemis reculent, ils chancellent, ils périssent devant ta face car tu soutiens mon droit et ma cause, tu sièges sur ton trône en juste juge, tu châties les nations, tu détruis le méchant, tu effaces leur nom pour toujours et à perpétuité.*

*Psaume 9, 1 -5*

## DÉDICACE

A mon Dieu tout puissant,

A vous mes défunts parents MOKEME-INKA Albert et NGUNU COLLETE pour toute preuve d'amour et privation de leurs besoins, ils se sont donnés la peine de me soutenir moralement, spirituellement et surtout financièrement.

A vous mes frères et sœurs Martin-NGAWANU, NDIBIMUTIENNE, NSELE-MQBA MISSIL, LIKIE-INDA-Virginie, MUNGO-ANNY, NGACHAMU-NICOLE, MUNGI-Jérémie pour votre contribution sur le plan financier et moral.

A vous mes formateurs MUNGI-Jérémie, INKA-Joseph, NGANTSHI-ZEFY, Dr. NZUNGU-Jean pour votre formation pratique en soins infirmiers.

A vous ma copine BOPOMBO-ODAVE pour toute preuve d'amour, tes conseils et soutien moral, car à ne pas citer votre nom, c'est un signe de l'ingratitude.

A vous mes ami (e)s NGOMBEME-IPARI-Jonathan, NGIEMBAMA HORLY, LUTETO-MENGA Luther, MUBANGU-Tonton, NGAMPUTUMABELE, BOYOMA-Joceline, MEYIVANGA-Lucie, MUKOKO MUFU Aristote

A vous mes belles sœurs Henriette, Clément-MADINUNGA pour votre soutien sur le plan de la restauration, logement et moral.

A vous mes sœurs, frères, pères et mères LWAMBO-Sylvain, KANGA-Jean, MANTWA-Vicky, MAKWENA-Monick, KWENIMBAS-Pascal, MATONDO-JOVITA, Nadine-DIENGE, Lévi, Véro, GEORGINE.

## LISTE DES ABREVIATIONS SIGLES ET SYMBOLES

- RDC : République Démocratique du Congo
- VAT : Vaccin Anti Tétanique
- T° : Température
- % : Pourcentage
- SAT : Sérum anti-tanique
- R : Respiration
- Pouls : Pulsation
- Op.cit : Opus citation
- OMS : Organisation Mondiale de la santé
- IM : Injection infra-musculaire
- IV : Injection intraveineuse
- ISIM : Institut Supérieur des Techniques Médicales
- F.O : Fréquence observée
- F.A : Fréquence attendue
- EFF : Effectif
- C.à.d. : C'est-à-dire
- + : acte accompli
- : acte non accompli

## REMERCIEMENTS

Chaque année, Institut Supérieur de Techniques Médicales (ISTM) en sigle, exige à tout étudiant finaliste de présenter un travail de fin de cycle en vue de l'obtention du titre de gradué en sciences infirmières. C'est pour cela nous tenons à remercier toutes les autorités académiques pour leur accueil chaleureux manifesté à travers nous.

Nos remerciements vont chaleureusement à notre Directeur, 'Assistant ZUNZA-Euloge qui malgré ses multiples occupations a voulu dirigé ce travail.

Nos vifs remerciements vont également à nos professeurs et chefs des travaux pour leurs instructions envers nous.

Mes remerciements à Monsieur Arthur NZAMBI pour votre assistance physique et morale.

A mes Camarades de l'auditoire: MALAMBU-NKVTATA, BATU-LUBAMBA, NLANDU-YINISA, KIBALA-Merveille, KANENE-KWAMBESA, FOYI-KAFUTI, MILEME-NGIEFUKU, MATONDO LUPENZI, KABEYABINDULOKO, KITAMBALA (receveur le fruit de votre dur label consenti durant nos études.

Mes remerciements au Pasteur LEVIE-MAYINSI, Pasteur EWING pour votre assistance morale et spirituelle pendant ce cursus académique.

A tous ceux qui de loin ou de près nous ont aidés pour l'accomplissement de ce travail scientifique.

**MOKEME Dieu-Merci**

# CHAPITRE I : INTRODUCTION

## I.1 PROBLEMATIQUE

La sous-estimation du risque d'infection, des complications, ainsi que du décès expose le brûlé à de nombreux problèmes pouvant mettre sa vie en danger.

Et comme la littérature nous le montre qu'au Canada, environ 1000 personnes par année meurent à la suite de brûlure, et 10.000 autres subissent de graves lésions ou reste infirmes ou défigurées (KUSAMUKA 2002).

D'autre part, KATLEEN et al (1973), affirment qu'il y a eu en 1964 près de 7.700 ca de brûlures plus ou moins graves aux états unis d'Amérique. Il ressort de leur étude que la plupart de brûlures accidentelles survenant à la maison sont causées par la négligence, l'ignorance, ainsi que la curiosité des enfants.

Selon IBRAHIMU (2001) le brûlé est un cas d'urgence, difficile à traiter et qui requiert, les moyens, beaucoup de temps, une application soutenue, quelques connaissances et pas mal de volonté.

Par ailleurs, les brûlures comme le soutient ILEO et KASONGO (1999), sont des lésions locales cutanées et sous cutanée à étiologie multiple, d'origine chimique, physique, mécanique, thermique ou des radiations.

L'étude de recrutement de centre spécialisé a permis d'individualiser quelques axes épidémiologiques dominant un tiers des hospitalisés sont des enfants victimes en grande majorité d'accident domestiques dues, aux liquides chaud. La plupart des adultes sont les

hommes victimes du travail. Six pourcent de ces derniers, sont des brûlés par un courant électrique à haute tension.

Enfin, les brûlures des personnes âgées sont secondaires à des incendies ou des accidents domestiques à domicile et sont gravées d'une forte moralité.

D'après KUSAMUKA (op.cit), l'infirmier peut jouer un rôle actif dans la prévention des incendies et des brûlures. Il profite cette occasion qui lui est offerte pour enseigner et promouvoir les mesures de sécurité pour éviter des complications fâcheuses.

C'est pourquoi nous accordons une considération au niveau de prise en charge infirmière des patients avec brûlures du 3<sup>ème</sup> degré parce que l'infirmier doit nécessairement donner les soins au patient dans le cadre de surveillance en fonction des pourcentages surtout de l'étude de brûlure.

L'infirmier doit assurer la responsabilité et mener des recherches pour le traitement et soin des brûlés.

Nous avons constaté aussi avec amertume que le personnel infirmier néglige certains soins en occurrence : technique de lit (fait avec un seul drap non stérile et le malade reste toute la journée avec ce même drap malgré son état, l'éducation pour la santé, l'alimentation, la prise des signes vitaux, la mesure du débit urinaire, la surveillance des perfusions, la surveillance du comportement et le niveau de conscience du malade brûlé, etc...

Alors que BRUNNER et SUDDARTH (1994), partant des brûlés présent que : l'infirmier qui traite un grand brûlé doit posséder une excellente connaissance des soins intensifs, aussi bien que des techniques de réadaptation.

Elle doit avoir la perspicacité nécessaire pour dépister les plus légères modifications dans l'état physique du patient et évaluer les effets des traitements.

Elle doit de plus être, en mesure de faire face aux réactions émotionnelles du patient et de sa famille. Ces réactions sont souvent sérieuses car les brûlures et leurs complications peuvent avoir des conséquences fatales, elles perturbent la vie familiale, de même que la vie professionnelle et scolaire, et importent des modifications au mode de vie.

LE BEAUPIN et Cie (1980) ont dans leurs recherches, dans les différents centres français, mis en évidence les causes les plus fréquentes des brûlures, la répartition selon le sexe, la moyenne d'âge, la surface de brûlure, suivant les causes, la durée d'hospitalisation et la mortalité des brûlés.

Pour eux, les accidents de travail viennent en premier lieu dans le cas de brûlures. Ici, les hommes sont les grands victimes, viennent ensuite les accidents à domicile où les femmes et les enfants sont les plus touchés. Ceci montre qu'un niveau de prise en charge infirmière des patients avec brûlure du 3<sup>ème</sup> degré est d'une grande importance et les soins que l'on doit administrer aux malades car la brûlure est un danger réel pour l'homme.

Lors de notre stage dans le service des brûlés à l'hôpital général provincial de référence de Kinshasa, nous avons été très inquiets de l'organisation et surtout de la coordination des soins que devraient bénéficier les brûlés. Nous avons pu observer que le service des brûlés n'avait pas des répondants nécessaire pour satisfaire, les

clients brûlés en terme des disponibilités du nécessaire qu'avait besoin pour bénéficier les soins d'urgence.

Les brûlés qui arrivaient devrait attendre qu'on aille chercher les liquides à perfuser, à chercher une sonde ou autres intrants. Cette façon de faire ralentissait de façon significative, l'efficacité de la réponse infirmière.

## **I.2 QUESTION DE RECHERCHE**

C'est au regard de toutes ces considérations que nous nous sommes posés la question de recherche de la manière suivante : « le niveau de prise en charge infirmière est-elle suffisante chez les brûlés du 3<sup>ème</sup> degré ? ».

## **I.3 BUT ET OBJECTIF**

Le but poursuivi dans ce travail est d'évaluer le niveau de pris en charge infirmière des patients brûlés du troisième degré. Pour atteindre ce but, nous nous fixons les objectifs ci-après :

- Identifier les infirmiers prenant en charge des patients brûlés du 3<sup>ème</sup> degré ;
- Ressortir les difficultés connues par eux auprès des brûlés en fait d'intrant déficitaire ;
- Décrire le profil socio démographique des enquêtés ;
- Analyser les soins réellement administrés aux patients brûlés du 3<sup>ème</sup> degré ;
- Déterminer les éléments de surveillance ;
- Trouver les pistes de solution.

## **I.4 INTERET DU SUJET**

Nous osons croire que cette étude contribuera une fois de plus à la prise de conscience du personnel infirmier sur la meilleure façon de prendre en charge les malades brûlés, car le contraire ne peut que évaluer d'une par la personnalité de l'infirmier et d'autre part la profession infirmière.

Cette étude va aider les chercheurs à approfondir les connaissances sur la prise en charge infirmière des brûlés et enfin, elle peut servir les éléments pouvant nous aider à élaborer un protocole de la prise en charge infirmière des brûlés.

## **I.5 DELIMITATION DU CHAMP DE L'ETUDE**

Cette étude s'est déroulée pendant « un mois » à l'Hôpital Général Provincial de Référence de Kinshasa durant la période allant du 05/08/ 2013 au 05/09/2013.

C'est plus précisément dans le service de la chirurgie au pavillon 9/II des brûlés.

## **I.6 DOMAINE DE RECHERCHE**

Notre travail de recherche se place dans le cadre des soins infirmiers en chirurgie.

## **I.7 SUBDIVISION DU TRAVAIL**

Pour mieux comprendre le cheminement, notre travail est subdivisé à cinq chapitres, à savoir :

- Le chapitre premier est consacré à la problématique ;
- Le chapitre deuxième traite de la revue de la littérature ;
- Le chapitre troisième parle de l'approche méthodologique ;

- Le quatrième chapitre traite de la présentation et l'analyse des données ;
- Le cinquième chapitre, afin est consacré à l'interprétation des résultats.

## CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

### II.1 DEFINITION DES CONCEPTS DE BASE

#### A .NIVEAU

BEZRnard et GENEVIEVE(1995), le niveau est un degré comparatif selon un jugement donné.

Pour nous, le niveau est une qualité de soins ou la façon de prendre en charge le patient par les infirmiers.

#### B. PRISE EN CHARGE

D'après MALI PAPA (2008), c'est l'état complet de contrôle des soins dispensés, de surveillance assurée et de l'éducation sanitaire qu'on donne au malade dont le besoin s'annonce à notre considération, c'est le fait de subvenir c'est-à-dire procurer à quelqu'un ce qui lui est nécessaire, c'est pourvoir

#### C. INFIRMIERE

Selon MUKANDU (2013), l'infirmier est une personne qui a achevé des études « basiques » d'infirmier et qui est qualifiée et autorisée à exercer dans son pays, dans l'ensemble des champs de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins pour les personnes malades et de la rééducation.

#### D. PATIENT

QUEVAULLIER (2005) stipule que le patient c'est une personne malade ou en traitement. Pour notre travail, il s'agit des patients brûlés de 3<sup>ème</sup> degré.

## **E. BRULURE DU 3<sup>EME</sup> DEGRE**

D'après IBRAHIMU (2013), c'est une brûlure qui concerne toutes couches de la peau avec les tissus musculaires allant jusqu'à toucher l'os tant l'épiderme et le derme est détruit, et parfois les parties molles.

## **II.2 GENERALITES SUR LA BRULURE**

Dans nos pays en voie de développement, les brûlures constituent une des grandes causes de mortalité. C'est un danger qui menace la vie humaine, des petits enfants ainsi que des personnes adultes.

La répartition des tissus ainsi endommagés des brûlés se fait exclusivement dans un centre spécialisé où le respect de l'asepsie est de rigueur, le personnel qui aura à côtoyer le client doit travailler en équipe et en parfaite collaboration.

DONART et AL (1976), définissent la brûlure comme une lésion tissulaire provoquée par la chaleur ou par d'autres agents physiques ou thermiques.

TSHIBENGABO (2008) ajoute ce qui suit : une destruction aigüe du revêtement cutané et parfois des tissus sous-jacents.

BRUNNER SUDDART(1979) comprend par la brûlure des blessures par différentes sortes d'agents thermiques, électriques ou radio actifs ou chimiques. Ces agents détruisent les cellules en changeant leurs substances protéiques.

### **II.2.3 APPROCHE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DE LA PEAU**

LACOMBE (1970), reconnaît la peau comme une enveloppe extérieure du corps et elle continue au niveau d'orifice naturel avec les muqueuses qui tapissent les cavités du corps en communication avec l'extérieur (cavité buccale, la fosse nasales etc.) son épaisseur est variable suivant les points du corps considérés, plus épaisse chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant ou le vieillard, sa surface est marquée par nombreux sillons aux plis.

#### **A. L'EPIDERME**

Est formé de plusieurs couches des cellules superposées. Cellules profondes dont l'ensemble forme « couche » muqueuse de malpighie » (partie réellement vivante de l'épiderme), due d'une grande vitalité se multipliant très activement pour régénérer l'épiderme de son assure superficielle et pour réparer les blessures accidentelles. C'est dans cette couche que se trouve la matière colorante ou pigment qui donnent à la peau sa coloration.

Cellules superficielles dont l'ensemble forme la « couche cornée » qui sont autres que celui de la couche précédente visuelle et refoulée en surface. Leur protoplasme se charge d'une substance chimique spéciale « Kératine » qui donne à la peau son caractère protecteur et isolant le plus superficiel de cette cellule s'exfolient et tombent régulièrement sur la desquamation.

#### **B. LE DERME**

Sous jacent à l'épiderme, le derme est formé par un tissu conjonctif banal, serait résistant, contenant des fibres conjonctifs, fibres élastiques, enchevêtrés et des fibres musculaires lisses ; la limite entre les

dermes et l'épiderme n'est pas régulière mais sinueuse, hérissée de saillie du derme qui s'enfonça dans l'épiderme : à ces saillies on donne le nom de (papille vasculaire) et les terminaisons nerveuses précédant au sens du touché avec les corpuscules de tacts (papilles nerveuses).

### **C. Hypoderme**

Situé au dessous de derme, matelas graisseux formés des cellules claires ; chargés des graisses. Il amorti les pressions exercées sur la peau, contribuent à protéger les organes profonds. Ils représentent aussi une réserve d'énergie pour l'organisme profond.

Partant de la physiologie de la peau, l'auteur ci-haut cité décrit les différents rôles joués par la peau de la manière suivante.

#### **a. Rôle protecteur**

La peau est résistante, elle sépare notre organisme du milieu extérieur et des feux, elle protège contre les agressions de toute nature.

#### **b. Rôle sécréteur**

Par ses glandes sudoripares, la peau secrète la sueur. La sueur a un double rôle : élimination des substances toxiques et la thermorégulation c'est-à-dire élévation de la température dans la lutte contre la chaleur.

#### **c. Rôle absorbant**

La peau n'est que très peu absorbante et à son niveau, les phénomènes d'absorption sont souvent peu marqué. L'état du corps mise en contact avec la peau intervient d'ailleurs dans la rapidité d'absorption ; les gaz peuvent traverser la peau, d'où la notion de détresse respiratoire transcutanées : pour les liquides, la peau ne

présente que très peu de phénomènes d'absorption, et le peu qui est observé par l'orifice de la glande et des poils.

#### **d. Rôle sensoriel**

La peau est douée d'une grande sensibilité : elle contient en effet la dernière ramification des nombreux nerfs sensitifs qui aboutissent aux corpuscules que nous avons décrits.

### **2.3.1 Considération générale sur les brûlures**

Selon AKOKA et AL (1997), les brûlures sont des lésions provoquées par l'action de la chaleur (par contact ou rayonnement) ou d'une substance corrosive. L'importance de la brûlure dépend de la durée du contact avec l'agent thermique, sa gravité de l'étendue, de la profondeur et de la localisation de la brûlure. On distingue trois groupes d'agents causaux :

#### **a. Les agents physiques**

- la brûlure scolaire est bien connue, en générale et peu profonde, moins étendue ;
- la brûlure par substance incandescente ou par jour par exemple, souvent localisé moins profonde ;
- la brûlure par jet de vapeur ; jet de liquide bouillant, peuvent être gravés en cas de l'étendue mais elles sont en règles peu profondes ;
- l'électricité produit des brûlures profondes.

#### **b. Les agents chimiques**

Ce sont surtout les caustiques (potasse étocide fort) causant des brûlures graves.

### **c. Les radiations**

Elles constituent un groupe à part, il s'agit des rayons X, des radiations atomiques ou des rayons ultraviolets.

#### **1. Physiopathologie**

Pour Kusamuka (Op.cit), les brûlures sont des plaies produites par, différentes sortes d'agents thermiques, radio actifs, électriques ou chimiques. Ces agents détruisent les cellules en changeant leur substance protéique. Quand les agents attaquent l'organisme dans son milieu : le tissu en contact direct avec le milieu (par exemple la peau et les muqueuses des voies respiratoires et de la partie supérieure de tubes digestifs) sont les premiers à être endommagé. La profondeur de la lésion dépend de la température de l'agent et de la durée de contact.

Si ce contact avec de l'eau à 70°C peut causer la destruction de l'épiderme et du derme (brûlure du troisième degré).

Une brûlure a d'abord comme effet de produire la dilatation de capillaire et des petits vaisseaux sanguins, ce qui augmente la perméabilité capillaire. Le plasma se coule dans le tissus environnant produisant ainsi des vésicules et des l'œdème le type, la durée, et l'intensité de la brûlure détermine la quantité et la durée de la perte liquidienne. La perte liquidienne est généralement très importante dans les premiers 24 heures et 36 heures et atteint son maximum environ de 12 heures après l'accident. Dans les brûlures étendues, les capillaires continuent à suinter faiblement durant plusieurs semaines. Si plus de 30 % de la surface corporelle est brûlée, le suintement ne reste pas confirmé seulement à la région touchée et il n'est pas rare que l'œdème étend à tout le corps. L'une des premières étapes de traitement de brûlures consiste à remplacer les liquides perdus.

La perte liquidienne réduit le volume sanguin, de sorte que le sang s'épaissit, c'est-à-dire que le volume des éléments cellulaires du sang augmente proportionnellement le volume du liquide (plasma) sanguin. Ce changement a lieu à travers la circulation sanguine. La perte liquidienne fait chuter la pression artérielle causant ainsi le choc. L'augmentation relative du volume cellulaire se reflète dans le taux croissant de l'hématocrite, dont la mesure représente un critère assez précis et fiable des effets systémiques de la brûlure.

Le choc des brûlés décrits par AKOKA et AL (Op.cit) dans les brûlures étendues des pertes liquidiennes peuvent être important et les conséquences sur l'état général dominent le tableau chimique.

Si la surface de la brûlure dépasse 15 % de celle de revêtement cutané (10 % chez l'enfant), la perte liquidienne prélevée sur le plasma, entraîne une augmentation de la concentration relative des globules sanguins réalisant une « hémococoncentration ». Cette diminution des volumes sanguins circulant sur tout organisme pouvant entraîner un état de choc immédiat, si elle est importante, les organes suffisamment irrigués présentent les signes des souffrances, les reins en particulier ne fonctionnent plus par élimination du débit circulatoire rénale : on parle d'oligurie en cas de diminution du volume urinaire secrète, d'anurie en cas d'arrêt sécrétion urinaire. De même que le foie, poumon, du système nerveux peuvent être lésés par l'hypoxie (c'est-à-dire le manque d'oxygène).

KUSAMUKA (op.cit), énumère quelques mesures pour prévenir le choc chez les brûlés : il est impératif de prévenir le choc chez une personne ayant subi des graves brûlures.

Le médecin peut commencer le traitement liquidien par voie intraveineuse, si on peut rapidement atteindre le centre médical dans l'heure qui suit le choc.

- Dans des circonstances normales on ne doit rien donner par la bouche et les dents doivent être placée de manière qu'il ne puisse pas avaler ses vomissures, car la nausée et le vomissement se produisent souvent par suite d'un iléus paralytique causé par les stress ;
- C'est généralement un spécialiste aux soins d'urgence, un ambulancier ou un pompier qui prend les mesures nécessaires pour refroidir la blessure, libérer les voies respiratoires fournies par l'oxygène et même installer la perfusion intraveineuse. La victime est transporté directement à l'hôpital général en administre aucun analgésique avant d'avoir évalué la victime.

## **2. Classification des brûlures**

Selon BAY et AL (1992), les brûlures peuvent être classées :

- En 1<sup>er</sup> degré (courte durée) ; l'épiderme seulement est atteint d'inflammation simple de la peau, hyperesthésie guérison complète en une semaine, il y a desquamation de la peau ;
- En 2<sup>ème</sup> degré (contact plus prolongé) ; épiderme et une partie de derme sont atteints, douleur vive, sensibilité à l'aire froide, formation des vésicules, écoulement des liquides séreux, œdème, guérison en deux ou trois semaines laissant souvent une cicatrice de brûlé ou de chéloïdes. S'il y a une injection, elle permet ses couvertures à une brûlure du 3<sup>ème</sup> degré ;
- En 3<sup>ème</sup> degré (contact prolongé très profonds), l'épiderme, le derme et parfois les tissus sous cutanés sont atteints, pas des douleurs le

premier jour destruction complète de la peau, nécroses des tissus sous cutanés parfois même jusqu'à l'os, l'écoulement des liquides sérieux, œdème, signe de choc formation des goûtes, le derme détruit, les greffes sont nécessaires des cicatrices, des difformités et la perte des fonctions des articulations peuvent survenir. Les brûlures évoluent en plusieurs stades. Nous examinons d'abord le renseignement tirés de l'examen clinique dans les premières heures après l'accident, la douleur, l'agitation et l'anxiété ne sont pas des critères de gravité d'interrogation de la victime et de l'entourage permet d'établir :

- Les circonstances de l'accident ;
- La nature de l'agent causale ;
- La durée des contacts et son type (projection des gaz, vapeur) ;
- La nature de vêtement du blessé ;
- L'association aux autres lésions traumatiques chez le conducteur brûlé ; gaz industriel toxique, etc. ;
- Le traitement qui a été entrepris mis en place d'une perfusion, quantité des liquides absorbées... » ;
- L'examen clinique, on peut appliquer la règle de la brûlure et son retentissement sur l'état général.

## **2.1 Conséquence locale**

Il y a destruction de la peau au niveau de la surface brûlée, il entraîne une fuite plasmatisque, cela comprend deux fonctions qui sont :

- a) La régulation thermique ;
- b) L'équilibre hydroélectrique.

## 2.2 Conséquence systématique

Niveau du système cardiovasculaire, il y a augmentation du pouls et parfois en absence d'atteinte myocardite.

- Du point de vue biochimique, il y a perte de liquide, des électrolytes, des protéines due à la perméabilité capillaire et de vasodilatation généralisé ;
- Du point de vue hémolytique, il y a hémolyse qui va entraîner l'anémie qui est dû à l'élévation thermique brutale.

Au niveau de l'appareil urinaire, il y a la nécrose tubaire responsable de l'insuffisance rénale. Nous observons les infections respiratoires au niveau de l'appareil respiratoire et aussi des œdèmes aigus du poumon.

## 2.3 La gravité de la brûlure

Les lésions d'une brûlure s'apprécient sur base de sa surface (étudié) et sur base de sa profondeur.

### 2.3.1 Etendu (surface)

L'étendu est un élément majeur de programmation qui s'exprime en pourcentage de la surface corporelle. Nous devons savoir qu'une brûlure est d'autant grave qu'elle couvre un pourcentage important de la surface du corps, cela se fait par la règle de WALLACE (règle du neuf) ;

#### ➤ Chez l'adulte :

- Tête et cou : 9% ;
- Thorax antérieur : 18 %
- Membre supérieur : 18 %
- Membre inférieur : 36 %

- Les organes génitaux : 1 %.

➤ **Chez l'enfant :**

- Tête et cou : 17 %
- Membre supérieur : 36,2 %
- Membre inférieur : 20 %
- Thorax et ventre : 13,5 %
- Dos : 13,5.

### **2.3.2 Profondeur**

Elle met plus en jeu les capacités de guérison les pronostiques fonctionnelles et l'esthétique. Cependant, infection sans grandes. Du point de vu profondeur, nous distinguons quatre sortes de brûlures :

#### **1. Brûlures superficielles ou brulure du premier degré**

C'est une brulure qui comprend la lésion de l'épiderme et détruit par une rougeur ou (érythème) douloureux et qui évolue toujours vers la guérison six jours par la desquamation et guéri spontanément.

#### **2. Brulure intermédiaire ou brulure du 2<sup>ème</sup> degré**

C'est la destruction de l'épiderme en partie aux totalités en respectant les enclaves épidermiques du derme et il y a apparition de la phlyctène contenant un liquide voisin du plasma plus ou moins important selon la pilosité de la région atteinte. Il y a formation d'une goutte épaisse recouvrant l'épiderme des zones moins atteintes ou moins touchées à la suppuration sur les atteintes profondes.

La cicatrisation évolue vers le 30<sup>ème</sup> jour.

1. **brulure intermédiaire profonde** : c'est une brulure sérieuse car la couche basale est détruite partiellement .Elle guérit difficilement et sa cicatrisation est fragile .Elle s'accompagne d'une hémococoncentration de l'imperméabilité de la déshydratation globale, de l'hynatremie (sel) de l'hyperkaliémie (augmentation de potassium).

2. **brulure profonde ou brulure du 3<sup>ème</sup> degré** : Elle concerne toutes les couches de la peau et les tissus musculaires allant jusqu'à toucher l'os tout l'épiderme et le derme sont détruits ou parfois des parties moles. Elle se caractérise par la carbonisation de la peau. Celle-ci n'est pas comme les deux premiers cas. Ilya des perturbations fonctionnelles de la peau d'où l'urgence s'impose. La cicatrisation se fait de la périphérique de la brûlure vers le centre et il se fait attendre qu'on fasse sa greffe dans la salle d'opération.

## 2.4 EVOLUTION DE LA BRULURE

La brûlure superficielle évolue spontanément vers la guérison et son séquelle après la desquamation. La brûlure intermédiaire évolue vers la formation d'une croute qui tombe en deux ou trois semaines. La brûlure profonde, toutes les couches sont concernées.

Elle peut évoluer au-delà d'un mois, elle forme les escarres qui faudra inciser secondairement.

## 2.5 LES EXAMENS A DEMANDER

Le but est de permettre à bien suivre l'évolution du malade.

**Hématocrite** : c'est pour faire le rapport de volume globulaire total. Elle permet d'évaluer la perte plasmatique.

## **2.6 LES COMPLICATIONS DE LA BRULURE**

### **A. complication immédiate**

Cette complication intervenant surtout à la première heure ou 48 heures qui suivant l'accident. Elle se manifeste fréquemment par l'hypo volémie qui en suite fera appel à l'état de choc et en fin conduire à la mort.

## **2.7 TRAITEMENT DE BRULURE**

Il y a :

1. le traitement local
2. Le traitement général

### **2.7.1 LE TRAITEMENT LOCAL**

Dès que l'accident se présente, couvrir les brûlures dans un linge stérile, n'est jamais oublier qu'une brûlure est une plaie aseptique dès le départ. D'où il ne faut pas amener quelque chose qui peut la souiller davantage.

Si la brulure est grande en étendue, placer le patient dans une baignade contenant la dérmobactere.

### **2.7.2 TRAITEMENT GENERAL**

Donner les liquides par voie intra veineuse (perfusion, on peut donner le plasma).

Trois solutés peuvent être administrés :

1. Le sérum salé ou sérum physiologique 0.9%
2. Le sérum glucosé de 5%

### 3. Le bicarbonate ou solution lactate de ringer.

Alors, il faudrait perfuser la glucosé à 5% ou de sérum physiologique à 0.9% et on y ajoute des électrolytes aussi que les bicarbonates pour lutter contre l'acidose. Selon la formule d'EVANS, elle nous permet d'estimer la ration à donner aux malades en liquide pour les 24 heures.

**Formule :**  $Q = 1m \text{ de cristalloïde} + 1ml \text{ de colloïde} \times \text{poids (kg)} \times \% \text{ de surface brulée} + \text{ration de base.}$

On donne alors  $2ml \times Kg \times \% \text{ qui est la surface brulée} + 2ml \text{ de glucose qui est la ration de base.}$

Début horaire est donc de la manière suivante :

- Plasma (colloïde) 1ml/Kg
- Sérum physiologique 1ml/Kg
- Sérum glucosé 200ml
- La moitié  $\frac{1}{2}$  dans les 8 heures
- $\frac{1}{2}$  dans le 16 heures.

Dans le deuxième 24 heures, on donnera

1. Plasma colloïde 0.5ml/Kg ;
2. Sérum physiologique 0.5ml/Kg ;
3. Sérum glucosé 200ml :
  - La moitié :  $\frac{1}{2}$  dans le 8 heures
  - $\frac{1}{2}$  dans les 16 heures

On ajoute la vitamine C et B ainsi que les antibiotiques pour prévenir les infections, en outre on donnera une unité de sang selon le résultat de l'hématocrite.

Dans le troisième jour, il y aura résorption de l'œdème aussi qu'une augmentation de la diurèse accompagné d'une perte de potassium.

### **2.7.3 CONDUITE A ATENIR**

RACHIDI (2001) parle de conduite à tenir en présence d'une brûlure superficielle. Le premier geste c'est de faire couler l'eau froide du robinet sur la région atteinte jusqu'à ce que la région ne soit plus douloureuse. S'il y a aussi présence de phlyctène, ne pas le percer. Il faut aussi chercher à équilibrer la Kaliémie (Potassium). Selon l'ionogramme donner deux litres de glucosé à 5% reprendre l'alimentation orale, transfuser si nécessaire selon le résultat de l'hématocrite.

## **2.8 PRISE EN CHARGE INFIRMIERE DES PATIENTS AVEC BRULURE DU 3<sup>EME</sup> DEGRE**

D'après les recommandations Britanniques sur la prise en charge de brûlés, il existe des actes des soins infirmiers capables de remédier aux patients brûlés. Ces actes sont posés à des niveaux différents, les soignants ont pour rôle d'assurer les actes continus de soin à disposer, d'assurer la surveillance et de donner l'éducation sanitaire.

**a)** Selon TURZ et Coll. (Op.cit) montrent que l'administration des soins infirmiers est une approche importante de soins lors de brûlés du 3<sup>ème</sup> degré, les soignants offrent les soins fondés au regard d'un protocole établi, ils doivent impérativement se référer aux principes d'ensemble de soins de brûlés, pour ce, les prestataires doivent lors des soins :

- Réfection de lit ;
- Placer la sonde urinaire à demeure ;

- Prélever les signes vitaux ;
- Faire la toilette ;
- Placer la perfusion ;
- Administrer les médicaments prescrits.

### **b) La Surveillance**

Différentes sources notent que les soins de surveillance infirmière ont un rôle important au niveau de prise en charge infirmière des patients avec brûlure du 3<sup>ème</sup> degré ; les soignants doivent aux malades ce qui suit :

- Surveiller la courbe thermique ;
- Surveiller l'état de conscience ;
- Surveiller la fréquence cardiaque ;
- Surveiller la diurèse horaire;
- Surveiller la fréquence de la TA ;
- Surveiller la douleur ;
- Surveiller l'abord veineux ;
- Surveiller l'évolution.

### **c) Education sanitaire**

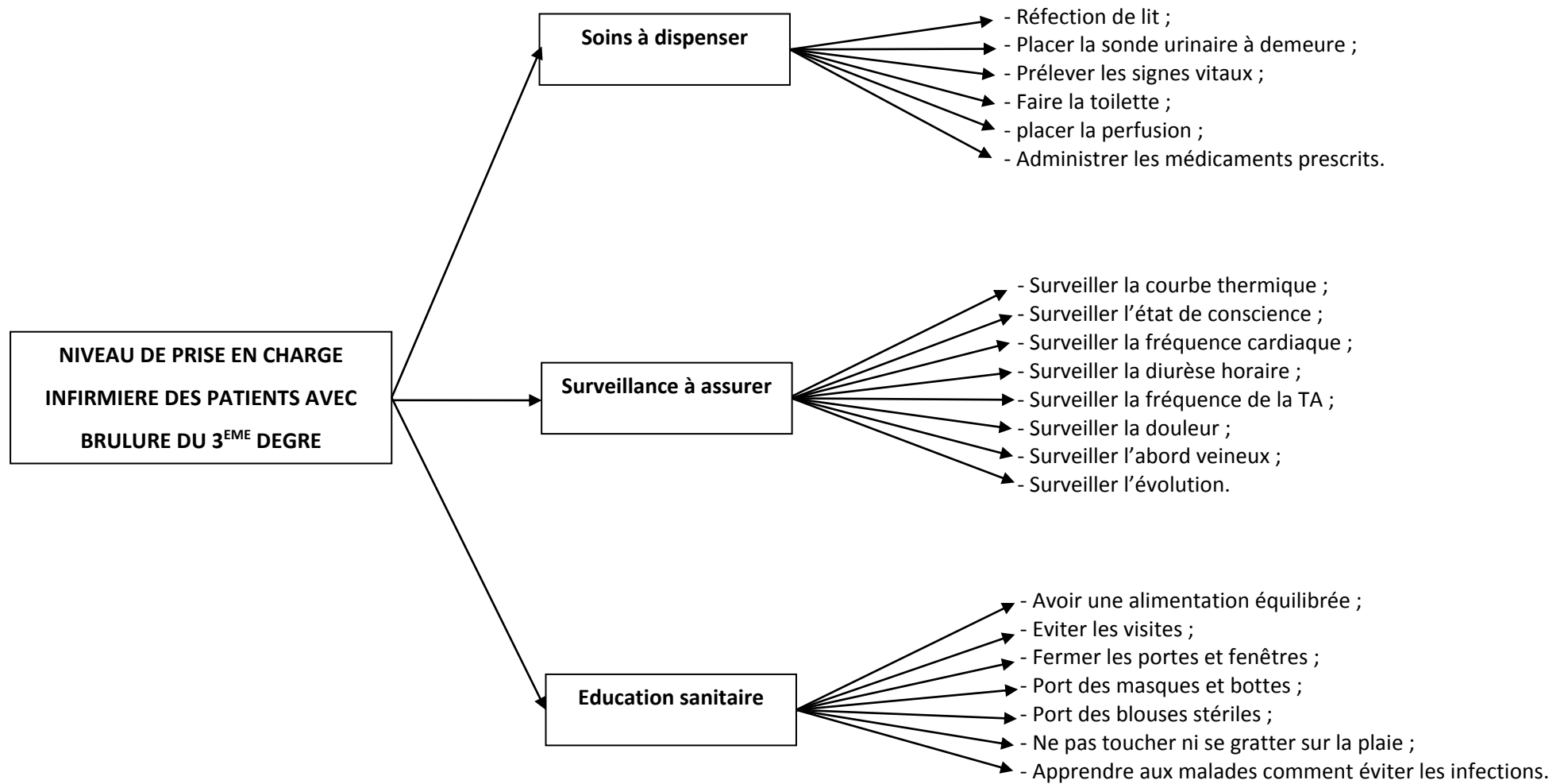
L'éducation sanitaire a pour rôle, le rétablissement de la santé et l'adaptation aux séquelles de la maladie.

L'OMS (Op.cit) préfère en cas des brûlés du 3<sup>ème</sup> degré, de prodiguer des messages éducationnels fondés et adaptés aux cas et aux réalités de soins et de la maladie, ces messages revêtent un aspect curatif, préventif et promotionnel, les soignants ont l'obligation de :

- Avoir une alimentation équilibrée ;
- Eviter les visites ;

- Fermer les portes et fenêtres ;
- Port des masques et bottes ;
- Port des blouses stériles ;
- Ne pas toucher ni se gratter sur la plaie ;
- Apprendre aux malades comment éviter les infections.

## 2.9 SCHEMA CONCEPTUEL



## CHAPITRE III. APPROCHE METHODOLOGIE

### 3.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ENQUETE

L'hôpital provincial général de référence de Kinshasa, étant que cadre choisi pour notre étude, traitera dans la première section l'historique de cet établissement, la situation géographique d'une part et d'autre part l'organisation administrative de l'établissement.

#### 3.1.1. Situation géographique

L'hôpital provincial général de référence de Kinshasa est situé dans la commune de la Gombe. Elle est limitée :

- Au Nord par l'avenue colonel Ebeya
- Au Sud par le jardin Zoologique de Kinshasa
- A l'Est par l'avenue de l'hôpital
- A l'Ouest par l'avenue Wangata

La zone d'influence s'étend du capital à l'intérieur du pays. Il ya une superficie de 211 – 250m<sup>2</sup> et occupe une opposition excentrique à la grande agglomération de la ville de Kinshasa avec des voies d'accès territoire.

#### 3.1.2. Historique

L'hôpital provincial général de référence de Kinshasa, créée en 1912, il fut à l'origine un simple dispensaire où la population indigne recevait les soins ambulatoires. Ce n'est que vers 1926 que l'on pourrait parler de l'hôpital. En effet, avec l'expression des sociétés CHANIC et UTEXCO qui ont entraîné une forte migration de la population. L'hôpital a grandi et avait une capacité d'accueil de 80 lits et cette fois l'hôpital s'appela l'hôpital congolais. Cet aménagement a eu lieu grâce à

Madame NECKER ; en 1930 la capacité d'accueil passa de 80 à 150 lits, en 1958 elle passa de 150 à 1230 lits avec 4 disciplines à savoir :

- La médecine interne
- La chirurgie
- La gynécologie obstétrique
- La pédiatrie.

Et trois services des spécialités y été en excès il s'agit de :

- Ophtalmologie ;
- La stomatologie ;
- L'oto – rhino – laryngologie.

Dès lors, l'hôpital provincial général de référence de Kinshasa a pris successivement des appellations de l'hôpital de Léo. Est par lettre du médecin provincial n°700/A/68 du 16/11/1958. En 1965 on l'appela l'hôpital général de Kinshasa. En 1972, l'hôpital prend le nom de la défunte mère du président Mobutu l'hôpital I Maman Yemo.

En 1997, l'hôpital redevient encore l'hôpital général de Kinshasa suite au changement de l'alliance des forces Démocratiques pour la libération du Congo AFDL en sigle et enfin l'hôpital provincial général de référence pour la ville de Kinshasa en 2002.

Signalons aussi qu'au départ d'après l'article 2 de l'ordonnance lois n°78 – 002 du 06 Janvier 1978 la mission du :

- Assurer les examens de diagnostic et les soins curatifs, promotionnels et de réadaptation aux malades blessés et femmes enceintes qui s'adressent à lui ou qui réfèrent par leur niveau périphérique ;
- Assurer également l'hébergement des personnes ;
- Participer à la recherche médicale pharmaceutique, infirmière et à l'élaboration.

Apporter concours à l'enseignement universitaire médical, pharmaceutique et à la formation du personnel de santé par l'encadrement des stagiaires. Il peut en effet effective toutes les opérations se rattachent directement ou in directement à la réalisation de sa mission.

### **3.1.3. Structure organisationnelle et fonctionnelle**

#### **3.1.3.1. Capacité d'accueil**

Par dimension actuelle, hôpital provincial général de référence de Kinshasa à une capacité d'accueil de potentiels 2000 lits suite à la dépréciation de son infrastructure immobilière, il a actuellement la capacité de 1064 lits.

#### **3.1.3.2. Organisation des soins**

Notre enquête a été effectuée dans le service de la chirurgie au pavillon 9II. Cette unité de soins est composé de 15 infirmiers dont ; 3 infirmiers A1, 10 infirmiers A2 et 2 infirmiers A3 », les roulements est organisé en deux équipes, la première, commence de 8heures à 16 heures et la deuxième commence de 16 heures à 8heures.

#### **3.1.4. Matériel des soins dans le service**

1 boîte de pinces, 1 poupinel, 5 thermomètres, 2 tensions mètres, une balance, 2 bassins réniformes.

- 1 plateau, 7 potences
- 5 arceaux ou ciseaux
- Masque
- Gants stériles
- Alcool, compresse, ouate

- Sonde naso – gastrique.
- 1 binaire
- draps

### **3.2.1. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLONS**

DEKETELE cité par NGANDJA NYINDI (2000) montre que d'une manière générale, une population d'étude est l'ensemble des personnes d'une catégorie particulière.

A lors qu'OMANYONDO (2004) définit la population comme étant l'ensemble des sujets, ou des éléments par des critères pré établit pour l'étude, ils ont en commun un ou plusieurs caractéristiques. La population de notre étude dans ce travail est limité au personnel infirmier qui travail dans le service de chirurgie de pavillon 9II au sein de l'hôpital provincial de référence de Kinshasa, personnel qui compte 15 infirmiers.

### **3.2.2. Echantillons**

MVUMBI (2003) soutient que l'échantillon est un sous ensemble que provient de la population cible sur lequel, on décide de récolter les données pour plusieurs raisons (coût, temps limité, etc...) avec l'intension d'extrapoler les résultats sur la population mère. Sa taille est de 15 infirmières, il s'agit d'un échantillon non probabiliste de type occasionnel obtenu grâce à l'application des critères de sélection.

### **3.2.3. Critères de sélection**

#### **a. Critères d'inclusion**

- être infirmier œuvrant dans le service de chirurgie pavillon 9II ;
- être présent le jour de l'enquête ;

- Etre collaborant ;
- Etre prêts de répondre à nos questions.

### **b. critère d'exclusion**

Est exclu de notre étude toute infirmière ne répondant pas aux critères ci – haut.

### **3.2.4. Méthode**

D'après LUYINDULADIO (2003) la méthode est l'ensemble des procédées scientifique qui permettent un chercheur de rassemblé des informations sur un sujet donné ou choisie.

En ce qui concerne notre étude « l'enquête » nous a servi de méthode, ce dernier est défini SHIOMBA (2003) comme étant toute activité de recherche au cours de la quelle le chercheur recueille les données au près d'une portion de la population dans le but d'examiné les caractéristiques, les opinions, les attitudes et les comportements.

### **3.2.5. Technique**

Dans ses écrits MICRO – ROBERT (1998) définit la technique comme une démarche à suivre pour arriver aux résultats attendus, ainsi pour nous permettre d'avoir les résultats plus objectifs, nous avons recouru à l'observation participante.

La technique d'observation directe a été choisie pour collecter les données de l'étude. Elle consiste à observer les sujets de l'étude de manière participative, tout en prélevant un des éléments de leurs actions (AMULI JIWE 2010).

### **3.3.3. Instrument de collecte des données**

TUKA MBIAS D. (2009) définit l'instrument de mesure ou collecte des données comme un moyen qui sert à saisir à enregistrer des données numérique relatives à l'objet de recherche. Pour collecter les données de la présente étude, nous avons utilisé la grille d'observation ou check list. Cet outil de collecte se base sur le schéma conceptuel de l'étude.

### **3.4. Processus de collecte des données**

#### **3.4.1. Démarche préliminaire**

La collecte des données nous a été facilité grâce à la lettre de recommandation de recherche scientifique délivrée par le secrétariat général académique de l'ISTM/Kinshasa, la quelle nous a permis d'entrer en contact avec les autorités administratives.

Après une brève explication sur les objectifs de notre étude, nous avons obtenus l'avis favorable de mené notre étude.

#### **3.4.2. Déroulement proprement dit**

Contrairement à notre planification, nous avons effectué notre enquête à la période allant du 05/08/2013 au 05/09/2013

Au service de département de chirurgie précisément dans le pavillon 9II de l'hôpital général provincial de référence de Kinshasa.

Avant toute chose il nous a fallu au départ, nous munir de l'attestation de recherche qui nous a été délivrée par la section à l'ISTM. Peu après, nous nous sommes présentés au service chargé de la

formation ou nous avons été reçus par un des responsables chargé de la validation de tout document entrant pour usage scientifique.

Après avoir rempli toute formalité, un entretien a eu lieu et avons identifié l'endroit où l'enquête sera effectuée il a cacheté mon attestation et m'a orienté au pavillon 9II de chirurgie.

Ainsi, nous avons effectués de façon très rapide, notre enquête qui a duré au moins 2 semaines.

Les grandes difficultés rencontrées étaient centrées sur deux éléments à savoir : l'insuffisance du matériel de soins du côté hôpital comme aussi des moyens du côté famille.

### **3.5. Traitement des données**

Pour rendre nos données chiffrées, nous avons fait recours au dépouillement manuel, qui est le calcul statistique des pourcents après les avoir présentés sous forme de tableaux.

Ces pourcentages ont été reçus grâce aux formules ci – après :

$$\% = \frac{fi}{n} \times 100 \text{ ou } \% = \frac{fo}{fA} \times 100$$

### **3.6. Critère d'acceptabilité**

Afin d'apprécier objectivement nos résultats nous nous sommes fixé un seuil à 70% ainsi le niveau des connaissances infirmières seront jugées efficaces si les actes réalisés par les enquêtés, évalués atteignant 70% ou plus.

## CHAPITRE IV. PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous allons établir les résultats issus de l'enquête en commerçant par le profil socio démographiques et les éléments de prise en charge infirmière des patients avec brûlure du 3<sup>e</sup> degré.

### 4.1. Caractéristiques socio démographique

**Tableau I. Distribution des sujets selon le sexe**

N°	Sexe	FA	FO	%
01	Féminin	15	8	53
02	Masculin	15	7	47
Total		15	15	100

**Commentaire :** Il relève de ce tableau en rapport avec le sexe, 53% d'enquêtes sont du sexe féminin et 47% sont du sexe masculin.

**Tableau II. Distribution des sujets selon le niveau d'études**

N°	Niveau d'Etudes	FA	FO	%
01	A1	15	6	40
02	A2	15	6	40
03	A3	15	3	20
Total		15	15	100

**Commentaire :** Il ressort de ce tableau que le niveau A1 et A2 représente 40% des nos enquêtés et 20% sont du niveau auxiliaire.

**Tableau III. Distribution des sujets selon l'ancienneté**

N°	Ancienneté	FA	FO	%
01	0-5	15	3	20
02	6-11	15	5	33
03	12-17	15	4	27
04	18 ans et plus	15	3	20
Total		15	15	100

**Commentaire :** ce tableau indique 33% de nos enquêtés ont une ancienneté de 6-11 ans, 27% ont une ancienneté de 12-17 ans, 20% de nos enquêtés ont une ancienneté de 0-5 ans et de plus de 18 ans.

**Tableau IV. Distribution des sujets selon leur Etat civil**

N°	Etat civil	FA	FO	%
01	Marié	15	13	87
02	Célibataire	15	2	13
<b>Total</b>		15	15	100

**Commentaire :** Au regard de ce tableau, nous constatons que 13 sujets soit 87% sont des mariés et 2 sujets soit 13% sont des célibataires.

#### 4.2. Eléments d'observations sur la prise en charge

**Tableau V. Distribution des sujets selon les éléments des soins a dispensé.**

N°	Soins à dispenser	FA	FO	%
01	Réfectionner les lits	15	12	80
02	Placer la sonde urinaire à demeure	15	4	27
03	Prélever les signes vitaux	15	8	53
04	Faire la toilette du malade	15	14	93
05	Placer la perfusion	15	10	67
06	Administrer les médicaments prescrits	15	13	87
<b>Total</b>		90	61	68

**Commentaire :** Il ressort de ce tableau n°5 que 93 de nos enquêtés font la toilette du malade, 87% administrent les médicaments prescrits, 80% réfectionnent les lits, 67% placent la perfusion, 53% prélèvent les signes vitaux, et 27% placent la sonde urinaire à

demeure. Le score moyen s'évalue à 68% inférieur à notre critère d'acceptabilité fixé à 70%.

**Tableau VI. Distribution des sujets selon la surveillance assurée aux malades.**

N°	Surveillance assurée	FA	FO	%
01	Surveiller la courbe thermique	15	11	73
02	Surveiller l'état de conscience	15	5	33
03	Surveiller la fréquence cardiaque	15	0	0
04	Surveiller la diurèse horaire	15	4	27
05	Surveiller la fréquence de la TA	15	0	0
06	Surveiller la douleur	15	11	73
07	Surveiller l'abord veineux	15	9	60
08	Surveiller l'évolution du malade	15	13	87
<b>Total</b>		120	53	44

**Commentaire :** ce tableau nous renseigne que 87 des nos enquêtés surveillent l'évolution du malade, 73% surveillent la douleur et la courbe thermique, 60 % des nos enquêtés surveillent l'abord veineux, 33% surveillent l'Etat de conscience de nos malades et le 26,6% de nos enquêtés surveillent la diurèse horaire, le score moyen s'élève à 44% inférieur à notre critère d'acceptabilité fixé à 70%.

**Tableau VII. Distribution des sujets selon l'éducation sanitaire**

N°	Education Sanitaire Adonner	FA	FO	%
01	Avoir une alimentation équilibrée	15	8	53
02	Eviter les visiteurs dans la salle	15	12	80
03	Fermer les portes et fenêtres	15	15	100
04	Port des masques et bottes	15	1	7
05	Ne pas toucher ni se gratter sur la plaie	15	8	53
06	Apprendre aux malades comme éviter les infections	15	9	60
<b>Total</b>		90	53	59

**Commentaire :** Nous remarquons dans ce tableau que 100% des nos enquêtés éduquent sur la fermeture des portes et fenêtres, 80% évitent les visiteurs dans la salle, 60% apprennent aux malades comment éviter les infections, 53% conseillent sur l'alimentation équilibrée et ne pas toucher ni se gratter sur la plaie, 7% des nos enquêtés en fin conseillent sur le port des masques et bottes.

Le score moyen s'évalue à 59%.

#### **Tableau VIII. Synthèse des résultats.**

<b>N°</b>	<b>Élément de prise en charge</b>	<b>FA</b>	<b>FO</b>	<b>%</b>
01	SOINS A DISPENSER	90	61	68
02	SURVEILLANCE A ASSURER	120	53	44
03	EDUCATION SANITAIRE	90	53	59
<b>Total</b>		300	167	56

**Commentaire :** ce tableau illustre que la prise en charge infirmière des patients avec brûlure du troisième degré est insuffisante à l'hôpital générale provinciale de référence de Kinshasa car le score du résultat synthèse s'est évalué à 56% inférieure à notre critère d'acceptabilité fixé à 70%.

#### **4.3. Résultat synthèse de prise en charge infirmière**

Tableau n° 8, montre clairement que d'une manière générale, la prise en charge infirmière des patients avec brûlure du 3<sup>e</sup> degré est évaluée à 56%, ce résultat n'a pas répondu à notre critère d'acceptabilité fixé à 70%. Alors que Kozier et Coll., (1983) affirment que les soins infirmiers occupent une place de choix dans la recherche de guérison d'un brûlé.

## CHAPITRE V. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Ce chapitre comporte, deux sections :

- Caractère des sujets
- Éléments de prise en charge infirmière des patients avec brûlure du 3<sup>e</sup> degré.

### 5.1. Caractère socio Démographique

#### a) Répartition des enquêtes selon le sexe

Il ressort du tableau n°1 en rapport avec le sexe que 53% d'enquêtés sont de sexe féminin tandis que 47 sont du sexe masculin. Le féminin est majoritaire et confirme la pensée de OMANYONDO (2006) qui dit depuis plusieurs années, les femmes se sont plus intéressés à la profession infirmière.

#### b) Répartition des enquêtes selon le niveau d'études

Il ressort du tableau n°2 que 40% de nos enquêtés ont un niveau A2 tandis que 40% sont du niveau A1 et 20% sont du niveau auxiliaire. Le niveau A2, il ya à peine quelques années était les plus élevé de formation infirmière. C'est pourquoi, ils sont les plus fréquents encore aujourd'hui dans les hôpitaux.

Par conséquent, ils sont plus expérimentés et pratiquent mieux que beaucoup d'infirmières du niveau A1. Ce pendant, OMANYONDO (op.cit) souhaite que les infirmières se forment d'avantage pour mieux expliquer les actes qu'ils posent.

### **c) Répartition des enquêtes selon l'ancienneté dans le service**

Ce tableau indique 33% de nos enquêtés ont l'ancienneté supérieur à 5 ans. Ces années d'expériences sont suffisantes pour que les infirmières enquêtes présent puissent avoir une habilité. MUKANDU (op.cit), déclare que plus les infirmiers sont ancien dans le service, mieux ils pratiquent, si bien entendu ils ne tombent pas dans la routine.

### **d) Répartition de nos enquêtes selon l'état civil**

Ce tableau n°4 en rapport avec l'état civil, 87% de nos enquêtés sont des mariés et 13% sont des célibataires.

## **5.2. Eléments des soins dispensé par 68% des infirmiers**

D'après l'OMS (2003) recommande les soins suivants :

- Placer la sonde urinaire à demeure réalise par 27% ;
- Réfection du lit réalisé par 80% ;
- Prélever les signes vitaux réalisé par 53% ;
- Faire la toilette du malade réalisé par 93% ;
- Placer la perfusion réalisé par 67% ;
- Administrer les médicaments prescrits 87% ;

Le score moyen est de 68%, nous pensons que ce faible résultat par rapport à notre critère d'acceptabilité fixé à 70% est dû à la démotivation des infirmiers suite aux mauvais paiements, aux mauvaises conditions du travail et au manque de matériels.

### **5.3 Eléments de la surveillance assurés par 44% des infirmiers**

Courte joie (2007) recommande la surveillance suivante :

- Surveiller la courbe thermique réalisé à 73% ;
- Surveiller l'état de conscience du malade réalisé à 33 % ;
- Surveiller la diurèse horaire réalisé à 27% ;
- Surveiller la douleur réalisé 73% ;
- Surveiller l'abord veineux réalisé 60% ;
- Surveiller l'évolution du malade réalisé à 87% ;

Le score moyen de ce tableau s'évalue à 44%, un résultat faible à notre critère d'acceptabilité.

### **5.4. Eléments d'éducation sanitaire à donner réalisé à 59% des infirmiers**

KATAKO (2010), recommande des conseils suivants :

- Avoir une alimentation équilibrée réalisé à 53% ;
- Eviter les visiteurs dans la salle réalisé à 80% ;
- Fermer les portes et fenêtres dans la salle réalisé à 100% ;
- Port des masques et bottes dans la salle réalisée 7% ;
- Ne pas toucher ni se gratter à sur la plaie dans la salle réalisé 53% ;
- Apprendre aux malades comment éviter les infections dans la salle réalisée 60% ;

Nous pensons que ce faible résultat fait suite à la mauvaise rémunération des infirmiers suite au manque des matériels appropriés.

## CONCLUSION

Nous voici à la fin de notre étude intitulée « PRISE ENCHARGE INFIRMIERE DES PATIENTS AVEC BRULURE du 3<sup>ème</sup> degré ».

Cette étude a été menée à l'hôpital général provincial de référence de Kinshasa du 05/08/ au 05/09/2013. Cette étude a soulevés la question de recherche suivante : « le niveau de prise en charge infirmière est-elle suffisant chez les brûlés du 3<sup>ème</sup> degré ? ».

Dans notre hypothèse, nous estimons que la prise en charge infirmière est insuffisante chez les brulés du 3<sup>ème</sup> degré.

Le but poursuivi dans notre étude est d'évaluer le niveau de prise en charge infirmières des patients brulés du 3<sup>ème</sup> degré.

Pour atteindre ce but, nous avons fixé les objectifs suivant :

- Identifier les infirmiers prenant en charge des patients brûlés du 3<sup>ème</sup> degré.
- Ressortir les difficultés connues par eux au près des brûlés en fait d'intrant déficitaire.
- Décrire le profil socio démographique des enquêtés.
- Analyser les soins Réellement administrés aux patients brûlés du 3<sup>ème</sup> degré.
- Déterminer les éléments des surveillances.
- Trouver les pistes de solution.

La population de notre étude était composée de 15 infirmiers dont nous avons tiré un échantillon toujours de 15 infirmiers après critère d'inclusion et d'exclusion.

Nous avons utilisé la méthode d'enquête avec la technique d'observation participante, l'instrument de collecte des données c'est le check liste ou la grille d'observation.

Le critère d'acceptabilité a été fixé à 70%.

Dans cette démarche, nous sommes arrivés aux résultats suivant :

- Soins à dispenser par 68%
- Surveillance à assurer 44%
- Education sanitaire par 59%

La moyenne générale nous fait 56% ce résultat n'a pas satisfait à notre critère d'acceptabilité fixé à 70%, ce qui confirme notre hypothèse selon la quelle la prise en charge infirmière est insuffisante chez les brûlés du 3<sup>ème</sup> degré à l'hôpital général provincial de Référence de Kinshasa.

## **SUGGESTIONS**

La moyenne générale de cette étude nous pousse à formuler des suggestions suivantes :

- Actuellement il n'existe pas des centres de référence spécialisés dans la prise en charge des brûlés. Il est tout à fait fondamental de retenir que la prise en charges du brûlé est toujours une urgence et qu'elle recommence en dehors du milieu hospitalier, nous retiendrons aussi que la prise en charge ici chez nous est organisé au niveau de certain service de chirurgie qui travaillent en collaboration avec une équipe des réanimateurs anesthésistes.

- Il serait opportun que les institutions se concertent pour la mise sur pied à Kinshasa et à l'arrière du pays les services des références des brûlés qui seraient en mesure de répondre aux besoins locaux, cela demande évidemment un effort pour résoudre le problème de logistique qui est toujours lié à la politique budgétaire adéquate et son exécution. Ceci exige aussi un bon programme de formation et de recyclage pour une perfusion de la qualité de soins infirmiers à donner aux brûlés et de la conduite à tenir devant eux.
- La meilleure façon de traité les brûlures, c'est la prévention ; c'est pourquoi nous proposons qu'il soit organiser les séances d'éducation sanitaire dans les différentes institutions de santé et même dans les différentes couches de la population.
- Nous invitons les formateurs en sciences infirmières et praticiens à lire les ouvrages t Revus sur les techniques médicales. Ceci suscitera en eux l'intérêt de ce noble métier, le goût de l'excellence et être à la pointe de la technologie toujours croissante.
- Nous recommandons l'isolement des brûlés dans une salle stérile aménagée pour eux, de donner un bain de lit aux brûlés au lieu d'utilisé une baignoire pour tous les brûlés.
- Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait un travail exhaustif, c'est pourquoi nous formulons les vœux devoir d'autres chercheurs compléter celui-ci et leurs remarques et suggestions seront la bienvenue car la science est objective et n'a ni frère, ni sentiment.

## BIBLIOGRAPHIQUE

### OUVRAGES ET COURS

- KUSAMUKA (2002) : Notes de cours de Nursing chirurgical dispensé à l'IFPK
- IBRAHIMU (2001) : Note de cours de pathologie chirurgicale G2 S.I ISTM/KINSHASA
- ILEO et KASONGO (1999) : Les brûlés en milieu hospitalier, un flahmed MONKOLE, Kin.
- BRUNER et SUDDARTH (1994) : Unité des soins infirmiers en Médecine chirurgicale, éd. Du renouveau pédagogique, Mondial.
- BAUPIN et CIE (1980) : Le brûlés, une revue du praticien, Tome 30,n°9.
- MUKUNDU (2013) : Note de cours de Déontologie G3 S.I ISTM/KINSHASA
- LACOMBE (1970) : Précis d'anatomie et de physiologie humaine Tome I. édition, camarre- point, paris.
- AKOKA et AL (1997) : Médecine 2000, tome III., 1133-34
- RACHIDI (2001) : Notes de cours de TSS ces orienté ISTM/ KINSHASA.
- NGANDJA NYINDI (2000) : Notes de cours de cardiopathies G3 pédiatrie/ ISTM/KINSHASA.
- OMANYONDO(2004) : cours d'initiation à la recherche scientifique G2 SI/ISTM/KINSHASA.
- MVUMBI (2003) : Introduction à la recherche scientifique ISTM/ KINSHASA.

- LUYINDULADIO (2003) : Notes de cours de statistique descriptives à l'usage des étudiants de G1 S.I ISTM/ KINSHASA
- SHOMBA (2003) : « Méthodologie de la recherche scientifique » étapes contraintes et perspectives. Média spaul, Kinshasa /RDC.
- MICRO- ROBERT (1998) : Dictionnaire français
- AMULI JIWE (2010) : Notes de cours de méthodologie L1 EASI ISTM/Kinshasa
- TUKA MBIASIDI (2009) : Notes de cours de statistiques démographiques. ISTM/KIN
- COURTE JOIE (2007) : Dictionnaire Médicale pour les régions tropicales. B.E.R.P.S, KAGU MOYUMBE.
- KATAKO (2010) : Notes de cours de Biostatistique L2 SACO ISTM/Kinshasa.

# TABLE DES MATIERES

<b>EPIGRAPHE</b> .....	<b>I</b>
<b>DEDICACE</b> .....	<b>II</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS SIGLES ET SYMBOLES</b> .....	<b>III</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>IV</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
<b>CHAPITRE I : INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
I.1 PROBLEMATIQUE .....	1
I.2 QUESTION DE RECHERCHE .....	4
I.3 BUT ET OBJECTIF .....	4
I.4 INTERET DU SUJET .....	5
I.5 DELIMITATION DU CHAMP DE L'ETUDE .....	5
I.6 DOMAINE DE RECHERCHE .....	5
I.7 SUBDIVISION DU TRAVAIL .....	5
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>7</b>
II.1 DEFINITION DES CONCEPTS DE BASE.....	7
II.2 GENERALITES SUR LA BRULURE .....	8
<i>II.2.3 APPROCHE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DE LA PEAU</i> .....	9
2.1 CONSEQUENCE LOCALE .....	15
2.2 CONSEQUENCE SYSTEMATIQUE .....	16
2.3 LA GRAVITE DE LA BRULURE .....	16
<i>2.3.1 Etendu (surface)</i> .....	16
<i>2.3.2 Profondeur</i> .....	17
2.4 EVOLUTION DE LA BRULURE.....	18
2.5 LES EXAMENS A DEMANDER.....	18
2.6 LES COMPLICATIONS DE LA BRULURE.....	19
2.7 TRAITEMENT DE BRULURE.....	19
<i>2.7.1 LE TRAITEMENT LOCAL</i> .....	19
<i>2.7.2 TRAITEMENT GENERAL</i> .....	19
<i>2.7.3 CONDUITE A ATENIR</i> .....	21
2.8 PRISE EN CHARGE INFIRMIERE DES PATIENTS AVEC BRULURE DU 3 <sup>EME</sup> DEGRE .....	21
2.9 SCHEMA CONCEPTUEL .....	24
<b>CHAPITRE III. APPROCHE METHODOLOGIE</b> .....	<b>25</b>
3.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ENQUETE.....	25
<i>3.1.1. Situation géographique</i> .....	25
<i>3.1.2. Historique</i> .....	25
<i>3.1.3. Structure organisationnelle et fonctionnelle</i> .....	27
3.1.3.1. Capacité d'accueil.....	27
3.1.3.2. Organisation des soins .....	27
<i>3.1.4. Matériel des soins dans le service</i> .....	27
<i>3.2.1. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLONS</i> .....	28
<i>3.2.2. Echantillons</i> .....	28
<i>3.2.3. Critères de sélection</i> .....	28

3.2.4. Méthode.....	29
3.2.5. Technique.....	29
3.3.3. Instrument de collecte des données.....	30
3.4. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES.....	30
3.4.1. Démarche préliminaire.....	30
3.4.2. Déroulement proprement dit.....	30
3.5. TRAITEMENT DES DONNEES.....	31
3.6. CRITERE D'ACCEPTABILITE.....	31
<b>CHAPITRE IV. PRESENTATION DES RESULTATS.....</b>	<b>32</b>
4.2. ELEMENTS D'OBSERVATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE.....	33
4.3. RESULTAT SYNTHESE DE PRISE EN CHARGE INFIRMIERE.....	35
<b>CHAPITRE V. ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES.....</b>	<b>36</b>
5.1. CARACTERE SOCIO DEMOGRAPHIQUE.....	36
5.2. ELEMENTS DES SOINS DISPENSE PAR 68% DES INFIRMIERS.....	37
5.3 ELEMENTS DE LA SURVEILLANCE ASSUREES PAR 44% DES INFIRMIERS.....	38
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>39</b>
SUGGESTIONS.....	40
<b>BIOBLOGRAHIQUE.....</b>	<b>42</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>44</b>

## IDENTITE DES ENQUETES

N°	SEXE	NIVEAU D'ETUDE	ANCIENNETE	ETAT CIVIL
1.	M	A2	45 ANS	Marié
2.	F	A2	6 ANS	Marié
3.	M	A3	5 ANS	Célibataire
4.	M	A2	14 ANS	Marié
5.	M	A1	7 ANS	Marié
6.	F	A1	8 ANS	Marié
7.	F	A1	15 ANS	Marié
8.	F	A1	13 ANS	Marié
9.	F	A2	10 ANS	Marié
10.	M	A2	9 ANS	Marié
11.	F	A1	2 ANS	Marié
12.	M	A1	4 ANS	Célibataire
13.	F	A2	12 ANS	Marié
14.	M	A3	43 ANS	Marié
15.	F	A3	25 ANS	Marié

## Grille d'observation

Niveau de prise en charge infirmière des patients avec brûlure du 3 <sup>ème</sup> degré		Les infirmiers														observation
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>I</b>	<b>SOINS A DISPENSER</b>															
1	Réfection DE LIT	+	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	12/15
2	placer la sonde urinaire à demeure	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	4/15
3	Prélever les signes vitaux	-	-	-	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	8/15
4	Faire la toilette	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	14/15
5	Placer la perfusion	-	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	10/15
6	Administrer les médicaments prescrits	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	13/15
<b>II</b>	<b>SURVEILLANCE A ASSURER</b>															
1	Surveiller la courbe thermique	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11/15
2	Surveiller l'état de conscience	+	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	5/15
3	Surveiller la fréquence cardiaque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0/15
4	Surveiller diurèse horaire	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	4/15
5	Surveiller la fréquence de la TA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0/15
6	Surveiller la douleur	-	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	11/15
7	Surveiller l'abord veineux	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-	9/15
8	Surveiller l'évolution du malade	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	13/15
<b>III</b>	<b>EDUCATION SANITAIRE</b>															
1	Avoir une alimentation équilibrée	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+	+	+	+	+	8/15
2	Eviter les visites	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	12/15
3	Fermer les portes et fenêtres	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	15/15
4	Port des masques et bottes	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1/15
5	Ne pas toucher ni se gratter sur la plaie	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	8/15
6	Apprendre aux malades comment éviter les infections	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-	9/15

# *Annexes*