

**PROTOCOLES DES SOINS
INFIRMIERS, OBSTETRICAUX
ET NEONATAUX**

PROTOCOLES DES SOINS INFIRMIERS ET OBSTETRICAUX

I - DEFINITION

« Le protocole de soins infirmiers et obstétricaux est l'ensemble des activités, tâches, gestes logiques et chronologiques requis pour l'exécution efficiente des soins à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des besoins adaptés des populations ». Il s'agit d'un référentiel pour certaines pratiques de soins.

II - AVANTAGES

- Standardise les gestes.
- Libère les professionnels de certaines charges lourdes et démotivantes.
- Renforce la crédibilité du personnel soignant.
- Assure une sécurité pour une prise en charge rapide et efficace de la personne soignée en optimisant la qualité des soins.
- Favorise la recherche dans divers domaines.
- Favorise l'évaluation de la qualité des soins.
- Crée une banque de données au niveau national et régional.
- Favorise les échanges entre les professionnels.

Les protocoles peuvent s'appliquer à différents domaines des soins : éducatif, promotionnel, préventif, curatif, de maintenance et de réhabilitation.

Ils constituent un guide à la décision, à l'usage des prestataires par son application. Il permet d'adapter les soins en fonction des besoins et de l'état de santé du malade.

Les protocoles de soins servent de référence et sont appliqués lors des interventions (plans de soins) 5^{ème} étape du processus infirmier/sage-femme.

Ils sont un moyen d'unifier les pratiques soignantes. Ce qui veut dire que pour un soin identique, les actes sont les mêmes.

Les protocoles de soins peuvent en cas de litige être considérés comme la référence de ce qui doit ou aurait dû être fait.

Ils peuvent servir de référentiel, l'audit des pratiques de soins permettra de mesurer l'application des éléments listés dans le protocole de soins et dans une seconde étape de les comparer au référentiel.

La nature des écarts observés orientera vers les actions correctrices à entreprendre en :

- Formation
- Information
- Mise à disposition de matériel ou autre.

Il existe plusieurs types de protocoles :

- Protocoles relevant du rôle propre ou de l'initiative de l'infirmière ou de la sage-femme.

Certains sont préalablement écrits, datés et signés par le médecin.

Il s'agit de :

- Protocoles d'urgence ;
- Protocoles de soins sur prescriptions médicales ;
- Protocoles de soins applicables sous la surveillance d'un médecin.

PROTOCOLES DES SOINS INFIRMIERS

LE PROTOCOLE D'ACCUEIL

I- DEFINITION

C'est la manière de recevoir quelqu'un qui se présente devant vous et d'établir une bonne interaction avec lui tout au long de l'entretien et de la prise en charge.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTEES

- Mettre en confiance le client.
- Permettre au client d'exposer sans contrainte ses problèmes.
- Obtenir les renseignements fiables.
- Mener un bon interrogatoire.
- Faire un diagnostic correct.
- Faire un traitement adéquat.
- Augmenter le taux de fréquentation.
- Améliorer la relation soignant – soigné.

III- POPULATION CIBLE

- Nouveau-né.
- Nourrisson.
- Enfants.
- Adolescents.
- Jeunes.
- hommes et femmes.
- gestantes, parturientes.
- Accouchées.
- Malades ou clients.

IV- MATERIEL

- Siège.
- Draps/champ.
- Champ.
- Lit/berceau.
- Matelas.
- Bureau.
- Source de lumière.
- Berceau.
- Table de consultation.
- Chariot/fauteuil roulant.

- Source d'eau.
- Matériel pour lavage des mains.
- Affiches, tout ce qui offrira un beau cadre.

**V- DESCRIPTIFS PRECIS DE DEROULEMENT DE L'ACTION
OU LES DIFFERENTES ETAPES**

- 1- Saluer le ou la cliente.
- 2- Lui donner un siège.
- 3- Se présenter au ou à la cliente avec douceur, courtoisie.
- 4- Identifier le malade
- 5- Lui demander le but de sa visite.
- 6- L'écouter avec attention.
- 7- Etre compréhensif et patient.
- 8- Maintenir le climat de confiance tout au long de la consultation.
- 9- Poser avec tact des questions complémentaires.
- 10- Installer le ou la client(e).
- 11- Se laver les mains.
- 12- Lui expliquer le déroulement de l'examen.
- 13- Examiner le ou la cliente.
- 14- Réinstaller le malade.
- 15- Se laver les mains
- 16- Rassurer le ou la client(e).
- 17- L'informer de l'affection dont il ou elle souffre dans les limites de sa compétence.
- 18- Lui expliquer les voies de transmission et les moyens de prévention de cette affection .
- 19- Instaurer le traitement.
- 20- Lui expliquer l'importance du traitement et de son observance.
- 21- Lui donner un rendez-vous.
- 22- Raccompagner le ou la cliente, lui dire merci et au revoir.

NB : *Si référence, lui expliquer le pourquoi et les dispositions à prendre pour assurer la référence en de bonnes conditions.*

VI- SURVEILLANCE

- Ecouter attentivement le ou la cliente.
- Observer tous gestes et réactions.
- Voir s'il ou elle vous écoute et vous comprend.
- Voir s'il ou elle est contente ou mécontente.

**VII- LISTE DES RISQUES POTENTIELS LIES A LA NON APPLICATION DU PROTOCOLE
Conséquences d'un mauvais accueil**

- Altération de l'état psychologique du client.
- Mauvaise humeur.
- Agressivité.
- Rétention d'information par le client.
- Méfiance ; refus de se faire examiner.

- Faux diagnostic.
- Traitement non suivi.
- Rendez-vous non respecté.
- Mauvaise réputation de la structure sanitaire.
- Mauvaise fréquentation

PROTOCOLES DE TOILETTE JOURNALIERE AUX MALADES

I- DEFINITION

C'est un ensemble de soins d'hygiène corporelle quotidien ou biquotidien pour le malade hospitalisé.

II- OBJECTIF

Contribuer au bien-être et à la guérison du malade.

III- MATERIEL

- Deux (2) cuvettes avec eau propre.
- Deux cupules.
- Gants.
- Coton tige.
- Peigne.
- Brosse à dents/pince de kocher.
- Taille ongle.
- Un paravent.
- Savon.
- Eponge.
- Serviette.
- Poudre ou talc.
- Eau de toilette.
- Bicarbonate de soude/pâte dentifrice.
- Habits propres.
- Draps de lit.
- Alèze en coton.
- Alèze en plastique ou en caoutchouc
- Matériel pour toilette intime
- Chariot
- Compresses
- Matériel de prévention des escarres.

IV- TECHNIQUE

- prévoir un aide.
- informer le patient du soin.
- isoler le malade à l'aide d'un paravent et protéger le lit.
- se laver les mains à l'eau et au savon.
- porter les gants.
- nettoyer les cavités naturelles (yeux, nez, oreilles).
- savonner la tête (visage cuire chevelure) et cou puis rincer au fur et à mesure.
- découvrir et couvrir le malade au fur et à mesure (ne pas le laisser nu).
- savonner le thorax, les bras, les aisselles, et l'abdomen.
- rincer et assécher.
- tourner le malade sur le côté.

- savonner le dos
- rincer et assécher
- Frictionner le dos.
- retourner le malade sur le dos.
- savonner le sexe extérieur, les cuisses, les jambes, les pieds.
- rincer et assécher.
- tourner le malade à nouveau sur le côté.
- savonner les fesses, le pli inter fessier et l'anus.
- rincer et assécher
- frictionner les fesses.
- faire la toilette intime si femme ou petit garçon non circoncis.
- faire le soin de bouche (de la partie externe vers la partie interne en terminant par la langue)
- talquer le malade.
- habiller et installer le malade.
- peigner le malade.
- couper les ongles et le raser si nécessaire.
- faire la réfection du lit.
- ranger le matériel.
- se laver les mains.

PROCOLES DE REFECTION DU LIT

I- DEFINITION

La réfection du lit est un soin qui consiste à changer la literie afin de prévenir les escarres et de procurer au malade un confort et un bien-être.

II- OBJECTIF

Contribuer au confort, au bien être du malade et la prévention des escarres.

III- MATERIEL

- chariot.
- matériel pour le lavage des mains.
- 2 draps de lit (1 drap de dessus et 1 drap de dessous).
- 2 alèzes (en toile ciré et en toile).
- 1 couvre lit.
- Gants.
- 1 traversin.
- 1 couverture en cas de froid.
- 2 chaise.
- 1 oreiller.
- 2 taies.
- 1 éponge.
- 1 antiseptique.
- 1 baquet pour recueillir le linge souillé.
- prévoir le matériel nécessaire pour une toilette sommaire.
- Un baquet ou sachet

IV- TECHNIQUE POUR :

- Le lit non occupé : Pour recevoir un nouveau malade
 - se laver les mains à l'eau savonneuse rincer et assécher ;
 - porter les gants ;
 - mettre les draps propres sur les chaises posées dos à dos ;
 - nettoyer le matelas avec du savon, l'éponge, le rincer, assécher et passer un désinfectant ;
 - enlever les gants
 - se relaver les mains ;
 - prendre le drap de dessous ;
 - commencer par la partie inférieure ou au pied du lit ;
 - remonter le drap à la partie supérieure ou au chevet du lit;
 - veiller aux coins du lit ;
 - rentrer les bords ;
 - mettre l'alèze en plastique ;
 - mettre l'alèze en toile ;

- border les deux ensembles ;
- prendre le drap de dessus ;
- faire la même technique que le drap de dessous ;
- border uniquement la partie inférieure du lit ;
- ouvrir le lit en oblique si le malade peut marcher et en accordéon jusqu'au pied du lit si le malade ne peut pas marcher ;
- mettre l'oreiller avec la taie ;
- ajouter le couvre lit. ;
- se laver les mains.

- Le lit occupé : Par un malade alité

- prévoir un aide ;
- avertir le malade du soin ;
- arrêter le brasseur ;
- isoler le malade avec un paravent ou un rideau ;
- se laver les mains ;
- déborder la literie de façon progressive ;
- demander à l'aide de vous aider à tourner le malade sur le côté en le ramener vers lui ;
- plier le drap sale en accordéon et le pousser vers le malade ;
- prendre le drap propre et les alèzes ;
- les disposer en accordéon jusqu'à la moitié du lit dans le sens de la longueur de manière à ce qu'ils ne touchent pas le drap sale ;
- border le lit de votre côté ;
- basculer le malade de votre côté et sur le drap propre et le faire maintenir par l'aide ;
- passer de l'autre côté et ramasser les alèzes et le drap sale ;
- Dérouler le drap de dessous propre bien arranger et bien tirer ;
- le fixer à la tête et au pied ;
- faire les coins nettes et bordés ;
- dérouler les alèzes ;
- bien les tirer et les border ;
- retourner le patient au milieu du lit en décubitus dorsal ;
- changer le drap de dessus sans découvrir le malade ;
- replacer la couverture si nécessaire ;
- mettre le patient dans une position confortable ;
- ranger le matériel ;
- se laver les mains ;

NB : *Débarrasser le matelas des déchets au fur et à mesure qu'on enlève le drap sale.*

- Le lit occupé : Par un malade autonome

- se référer à la technique du lit non occupé ;
 - prévoir une chaise pour le malade ;
 - enlever la literie sale

NB : *Ici le nettoyage du matelas à l'eau savonneuse n'est pas obligatoire.*

PROCOLES DES PANSEMENTS

C'est un acte de soins infirmiers qui consiste à nettoyer, à appliquer un antiseptique et à protéger au besoin avec de compresses et de bande une plaie ou toute partie lésée du corps.

❖ *Pansement sec*

a) Définition

Le pansement est dit sec quand il est appliqué sur une lésion propre atone utilisant les produits ou antiseptiques à pouvoir cicatrisant et asséchant.

b) Objectif : Contribuer à la guérison de la lésion.

c) Matériels

- chariot à pansement.
- Pince à servir dans une boîte porte pince stérile.
- Boîte de compresses stériles.
- Boîte de pinces stériles.
- Antiseptiques appropriés (Ex : Bétadine dermique, Bétadine moussante, Alcool à 70°).
- Gants stériles.
- Bassins réniformes ou haricots.
- Ether.
- Bande de gaze ou sparadrap.
- Plateaux stériles (2).
- Poubelle munie de pédale et de couvercle.
- solution de décontamination.

d) Technique

- Informer le patient du soin.
- Assurer la propreté du patient et de son environnement.
- Rassembler le matériel.
- Prévoir un aide.
- Arrêter le brasseur d'air.
- Eloigner tout regard indiscret (accompagnateur, visiteur).
- Fermer portes et/ou fenêtres.
- Se laver les mains à l'eau et au savon.
- Porter les gants.
- Découvrir la lésion (enlever l'ancien pansement) avec une pince.
- Examiner minutieusement la lésion.
- Se laver à nouveau les mains.
- Se désinfecter les mains à l'alcool à 70°.

- Disposer les compresses stériles dans un plateau.
- Disposer pince à disséquer, pince de KOCHER, paire de ciseaux stériles dans le second plateau.
- Porter les gants.
- Saisir une compresse avec la pince à disséquer.
- Faire un tampon avec l'aide de la pince de KOCHER.
- Mouiller le tampon d'antiseptique.
- nettoyer le pourtour de la plaie.
- changer de tampon autant de fois que cela est nécessaire.
- Procéder au nettoyage de la lésion par tamponnements successifs sans faire de va et vient.
- Procéder une fois encore ou autant de fois jusqu'à ce que la lésion paraisse plus propre.
- Assécher la lésion par tamponnements secs successifs comme précédemment. (chaque tampon utilisé est jeté à la poubelle ou dans le bassin réniforme : haricot).
- Tamponner la lésion avec une compresse imbibée de l'antiseptique approprié.
- Recouvrir la lésion avec une compresse sèche la couvrant entièrement.
- Finir par l'application d'un adhésif (sparadrap) micropore ou par un bandage.
- Remercier le patient.
- décontaminer la matériel, le laver puis le ranger
- Se laver les mains.
- Enregistrer ou rapporter vos informations si nécessaire.

❖ **Pansement humide**

a) Définition

Le pansement est dit humide quand il consiste à utiliser un antiseptique en quantité suffisante pour garder le pansement mouillé dans un but thérapeutique (antalgique, anti- inflammatoire, anti-infectieux).

b) Objectif : Contribuer à la guérison de la lésion.

c) Matériels

- Chariot à pansement.
- Boîte à pinces stériles.
- Pince languette dans une boîte porte pince stérile.
- Boîte de compresses stériles.
- Boîtes de pansements américains stériles.
- Bande de gaze ou bande Velpeau.
- Deux plateaux stériles.
- Bassin réniforme ou haricot.
- Pissette d'alcool à 70°.
- Solution de dakin.
- Plateaux (2) stériles.

- Gants stériles.
- Poubelles à pédale et à couvercle.
- Solution de décontamination.
- Alèzes en toile et en toile cirée.

d) Technique

- Prévoir un aide.
- porter les gants.
- Informer le patient du soin.
- S'assurer de la propreté du patient et de son environnement et l'installer.
- Eloigner les regards indiscrets.
- Réunir le matériel.
- Se laver les mains à l'eau et au savon.
- Découvrir la lésion à panser et laisser l'ancien pansement dans le haricot avec une pince.
- Se laver à nouveau les mains à l'eau et au savon, les désinfecter à l'alcool à 70°.
- Porter les gants.
- Disposer à l'aide de la pince languette dans un plateau stérile : Pince de KOCHER, pince à disséquer sans griffe, une paire de ciseaux.
- Dans le second plateau, disposer les compresses et pansements américains stériles.
- porter les gants
- Faire un tampon de compresse à l'aide de la pince à disséquer et celle de KOCHER.
- demander à l'aide de mouiller le tampon de dakin.
- Nettoyer la lésion de l'intérieur vers l'extérieur autant de fois que nécessaires par tamponnements.
- Nettoyer de la même façon le pourtour de la lésion jusqu'à obtenir la propreté.
- Dans le plateau stérile, imbiber la compresse de dakin et la déposer sur la lésion qui doit être entièrement recouverte.
- déposer 1 ou 2 autres compresses sèches stériles puis 1 ou plusieurs pansements américains (selon l'importance de la lésion).
- Procéder au bandage qui doit contenir entièrement le pansement mis en place et être fait dans le sens de la circulation veineuse. Il ne doit être ni trop lâche, ni trop serré.
- Remercier le patient pour sa collaboration après l'avoir réinstallé confortablement.
- Décontaminer matériel, le laver puis le ranger.
- Enlever les gants.
- Se laver les mains à l'eau et au savon avant de les passer à l'alcool à 70°.
- Enregistrer ou rapporter vos informations si nécessaire.

❖ **Pansement gras**

a) Définition

Un pansement est dit gras quand il fait appel à l'utilisation de pommade ou de compresse imprégnée de matière grasse (tulle gras).

b) Objectif :

Contribuer à la cicatrisation de la lésion cutanée.

c) Matériel

- Chariot à pansement.
- 2 Plateaux stériles.
- Boîte de compresses stériles.
- Boîtes à pinces stériles.
- Pommade et/ou compresses imprégnées à utiliser.
- Pince languette dans une boîte porte pince stérile.
- Bande de gaze, Velpeau ou sparadrap.
- Antiseptique (bétadine moussante, mercryl, dakin, cétaclon etc.) on choisira un seul.
- Solution de décontamination.
- Gants stériles.
- Haricots et poubelles à pédale et à couvercle.

d) Technique pour :

1 – *Une lésion cutanée en dehors d'une brûlure importante (2^e ou 3^e degré) :*

- informer le patient du soin ;
- s'assurer de la propreté du patient et de son environnement puis l'installer convenablement ;
- éloigner les regards indiscrets ;
- réunir le matériel ;
- prévoir d'aide : $\left\{ \begin{array}{l} - \text{ se laver les mains} \\ - \text{ porter les gants} \end{array} \right.$
- défaire l'ancien pansement s'il en existe et le laisser dans le haricot avec une pince ;
- se laver les mains à l'eau et au savon puis les passer à l'alcool à 70° ;
- porter les gants stériles ;
- disposer les instruments (pince de KOCHER, à disséquer sans griffe, ciseaux, spatule) dans un plateau stérile ;
- disposer les compresses dans le second plateau stérile ;
- porter les gants stériles
- faire un tampon que l'aide imprègne de l'antiseptique ;
- procéder au nettoyage par tamponnements progressifs de l'intérieur vers l'extérieur de la lésion jusqu'à ce qu'elle soit propre de même que son pourtour ;

- assécher par tamponnement également ;
- étaler la pommade sur la lésion à l'aide d'une spatule sur laquelle l'aide a servi la pommade ;
- recouvrir entièrement de compresses stériles ;
- maintenir le pansement par un adhésif ou un bandage ;
- à la place de la pommade, disposer la compresse imprégnée (tulle gras, bétadine, antibiotulle, biogaze, corticotulle), si c'est elle qui est préférée sur la lésion avant de poser la compresse stérile pour finir comme précédemment.

2 – *S'il s'agit d'une brûlure importante :*

- informer le patient du soin ;
- ôter tous les bijoux des doigts et des poignets
- s'assurer de la propreté du patient et de son environnement puis l'installer convenablement ;
- éloigner les regards indiscrets ;
- réunir le matériel ;
- prévoir d'aide ;
- se laver les mains
- procéder au nettoyage comme précédemment après avoir enfilé les gants stériles ;
- respecter les phlyctènes (ne pas les percer, ni les décaper) ;
- finir comme dans les cas des pansements humides ou secs.
- Enregistrer ou rapporter vos informations si nécessaire.

PROTOCOLE DE TECHNIQUE DE LAVAGE ASEPTIQUE DES MAINS

❖ *Lavage des mains*

I- DEFINITION

C'est le moyen le plus efficace pour réduire le taux des infections nosocomiales manu portées. Il permet de diminuer les flores microbiennes de 30% à 90%.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTEES

- Prévenir la contamination bactérienne, minimiser les risques de contamination.
- Eviter de contaminer son corps, ses mains et ses vêtements, le matériel de travail, le malade.
- Eviter de transmettre des germes appelés micro-organismes.

III- POPULATION CIBLES

- Agents de santé.
- Malades.
- Agents d'entretien.
- Visiteurs, administratifs et autres.

IV- MATERIEL

- Savon liquide.
- Trois (3) serviettes jetables ou carré de serviette individuelle.
- Une lime ou un cure-dent ou petite brosse.
- Une lotion adoucissante.
- Un lavabo ou seau d'eau avec cuvette.
- Poubelle à couvercle et à pédale.

V- DESCRIPTIFS PRECIS

ETAPE	FICHE TECHNIQUE DU LAVAGE ASEPTIQUE DES MAINS
1	<ul style="list-style-type: none">- S'approcher du lavabo en évitant que les habits touchent le lavabo.- Eviter de s'éclabousser.
2	<ul style="list-style-type: none">- Enlever les bijoux.- Ongles courts et sans vernis.- Ouvrir le robinet avec une serviette jetable, l'eau doit s'écouler continuellement.
3	<ul style="list-style-type: none">- Mouiller les mains avec de l'eau.- Tenir les mains plus hautes que le coude.- Ne pas contaminer vos mains en touchant l'intérieur du lavabo ou le robinet.
4	<ul style="list-style-type: none">- Appliquer le savon liquide de préférence, car le pain de savon retient les germes, les bactéries.

5	<p>Laver les mains :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Employer les mouvements de frictions et de rotations ; - Laver la paume et le dos de chaque main avec des mouvements de rotation. - Laver les doigts aussi, laver les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles.
6	<ul style="list-style-type: none"> - Rincer soigneusement. - L'eau courante doit tomber directement des doigts au poignet.
7	<ul style="list-style-type: none"> - Mouiller de nouveau les mains et les poignets. - Appliquer du savon liquide. - Employer les mouvements de friction et de rotation. - Laver les poignets à tour de rôle du poignet vers le coude.
8	<ul style="list-style-type: none"> - Rincer les doigts vers les mains, puis vers l'avant bras vers le coude.
9	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier les jointures qui abritent souvent les bactéries, les germes, particulièrement les plis de la peau. - Laver avec du savon liquide en utilisant des mouvements fermes de friction et de rotation.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Nettoyer les ongles, une lime, la partie effilée d'un cure-dent ou une brosse peut aider à enlever les poussières ou saletés en prévenant les lésions de la peau. - Jeter les objets après usage.
11	<ul style="list-style-type: none"> - Assécher bien les mains par tamponnement, doucement et soigneusement des doigts vers le poignet.
12	<ul style="list-style-type: none"> - Fermer le robinet avec la serviette jetable.
13	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer une lotion adoucissante.
14	<p>Après les soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ranger le matériel utilisé à l'endroit approprié ; - servez-vous de la serviette jetable pour nettoyer la zone entourant le lavabo et rappelez-vous toujours que les germes se multiplient sur les surfaces humides.
15	<ul style="list-style-type: none"> - Jeter les serviettes jetables immédiatement. - Un environnement propre et sec est un facteur de santé.

VI- PRINCIPES

- Les mains et le corps ne doivent pas toucher le lavabo à aucun moment durant le lavage.
- Au moment de lavage des mains, l'écoulement de l'eau venant des avant-bras ne doit pas passer par les paumes.
- Laver les mains avant et après les soins et en passant d'un malade à un autre.

VII- LISTE DES RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE

- Infection (quand la technique est mal faite).
- Eclaboussure sur la blouse, contamination (parce que les bactéries se multiplient rapidement dans un milieu humide).

PROTOCOLES DES ETAPES DE TRAITEMENT DES INSTRUMENTS MEDICO-TECHNIQUES

Les différentes étapes de traitement des instruments sont :

I – DECONTAMINATION

II – LAVAGE – NETTOYAGE

III – DESINFECTION DE HAUT NIVEAU (DHN)

IV – STERILISATION

A – DEFINITIONS

1) Micro-organismes

Les micro-organismes sont les germes responsables de l'infection. Ils comprennent des bactéries, des virus, des champignons et des parasites. Dans le cadre de la prévention des infections, on subdivise les bactéries en trois catégories : les bactéries végétatives (Staphylocoque), les mycobactéries (tuberculose) et les endospores (tétanos) lesquelles sont difficiles à tuer.

2) Asepsie

L'asepsie ou les techniques aseptiques sont des termes généraux dont on se sert dans le contexte sanitaire pour décrire l'ensemble de moyens utiles pour empêcher les micro-organismes de pénétrer dans une partie quelconque du corps où ils risquent de provoquer une infection. L'asepsie a pour but de réduire à un niveau de sécurité ou d'éliminer les micro-organismes aussi bien sur les surfaces vivantes (peau et tissus) que sur les objets inanimés (instruments chirurgicaux).

3) Antisepsie

L'antisepsie consiste à prévenir l'infection en détruisant ou en inhibant la croissance des micro-organismes qui se trouvent sur la peau ou sur d'autres tissus du corps humain.

4) Décontamination

La décontamination est le procédé qui rend les objets moins dangereux à manipuler par le personnel, notamment le personnel d'entretien, avant le nettoyage.

Ces objets comportent les surfaces importantes, (par exemple table d'examen gynécologique ou table d'opération ou d'accouchement), les instruments chirurgicaux et les gants contaminés par du sang ou par des autres liquides organiques, pendant ou après les interventions chirurgicales.

5) Nettoyage

Le nettoyage est l'opération qui consiste à enlever physiquement tout le sang, les liquides organiques ou tout autre corps étranger visibles à l'œil nu, comme la poussière ou la saleté, présents sur la peau ou sur des objets inanimés.

6) Désinfection

La désinfection est l'opération qui élimine en grande partie, mais pas en totalité, les micro-organismes vecteurs des maladies. Des désinfections de haut niveau (DHN) par ébullition ou par produits chimiques éliminent tous les micro-organismes à l'exception de certaines endospores bactériennes.

7) Stérilisation

La stérilisation est le procédé qui élimine complètement tous les micro-organismes (bactéries, virus, champignons et parasites) y compris les endospores bactériennes qui se trouvent sur les objets inanimés.

8) Prévention de l'infection

Prévenir les infections consiste souvent à placer des barrières entre l'hôte et les micro-organismes. Les barrières protectrices sont des procédés physiques ou chimiques qui aident à prévenir la propagation des micro-organismes infectieux d'un client à l'autre, du personnel des cliniques aux clients ou vice versa, lorsque les techniques de prévention des infections ne sont pas respectées ou les instruments et le matériel sont contaminés.

B - LES ETAPES DE TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET LES PROCÉDES

I - DECONTAMINATION

Elle consiste à tremper les instruments utilisés dans la solution chlorée à 0,5 % pendant 10 à 15 minutes avant le lavage.

II - LAVAGE - NETTOYAGE

Il permet d'éliminer les matières organiques qui recouvrent le matériel. Il doit se faire avec de l'eau propre et savonneuse, une éponge et si possible une brosse. Il faut frotter le matériel jusqu'à ce que toutes les matières organiques s'enlèvent. Démontez tout le matériel articulé et même utiliser des tiges pour enlever les saletés dans les crevasses. Après, il faut rincer soigneusement et laisser sécher à l'air libre.

III - LA DESINFECTION DE HAUT NIVEAU (DHN)

1) Désinfection de haut niveau par ébullition

Elle consiste à faire bouillir les instruments déjà lavés et séchés pendant 20 minutes. Il faut commencer par chronométrer lorsque l'eau bout (bulles). Utiliser immédiatement les instruments et les autres articles ou les placer dans un bac couvert, sec et désinfecté à haut niveau. Conserver pendant une semaine maximum.

NB : *Conseil pour bouillir.*

Toujours bouillir pendant vingt (20) minutes dans une marmite à couvercle. Commencer à chronométrer lorsque l'eau entre en ébullition. Les articles devraient être entièrement couverts avec de l'eau pendant l'ébullition.

Ne rien ajouter à la marmite dès que l'ébullition a commencé. Sécher à l'air libre dans un bac désinfecté à haut niveau avant l'utilisation ou le stockage.

2) Désinfection de haut niveau par vapeur

Placer uniquement des articles propres et secs (par exemple des gants chirurgicaux) dans les marmites à vapeur. Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à sortir entre la marmite et le couvercle. Utiliser immédiatement les instruments et les articles ou les placer dans un bac couvert sec et désinfecté à haut niveau, conserver pendant une semaine maximum.

NB : *Conseil pour passer à la vapeur.*

Toujours passer à la vapeur pendant vingt (20) minutes dans une marmite à vapeur avec un couvercle. Réduire la chaleur pour que l'eau continue à bouillir. Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à sortir entre la marmite et le couvercle. Ne pas utiliser plus de trois (03) marmites à vapeur.

Laisser sécher à l'air libre dans les marmites à vapeur ou dans un bac désinfecté à haut niveau avant l'utilisation ou l'emmagasinage.

3) Désinfection de haut niveau par les procédés chimiques

Il existe divers désinfectants chimiques à haut niveau disponibles dans le monde dont :

- Chlore à 0,1 % (hypochlorite de sodium) ;
- Formaldéhyde à 8 % (Formalin) ;
- Glutaraldéhyde à 2 %.

4) Technique

Après décontamination nettoyer soigneusement et sécher tout le matériel et tous les instruments couvrir entièrement tous les articles avec la dilution correcte du désinfectant adéquatement conserver. Laisser tremper pendant vingt (20) minutes.

Bien rincer avec l'eau bouillie et laisser sécher à l'air libre.

Conserver pendant une semaine maximum dans un bac désinfecté, couvert ou utilisé en même temps.

NB : La désinfection à haut niveau ne tue pas tous les hommes.

IV - STERILISATION

La stérilisation tue tous les micro-organismes y compris les endospores.

1) Stérilisation par chaleur humide (autoclave)

Une fois le matériel décontaminé, lavé et rincé, le placer dans l'autoclave à une pression atmosphérique de 106 k et à 121°C chronométrer à partir du moment où la pression est de 121°C. Attendre vingt (20) minutes, si le matériel n'est pas enveloppé.

2) Stérilisation par la chaleur sèche (poupinelle)

- Placer le matériel décontaminé et lavé dans le stérilisateur électrique, démarrer la machine.
- Vérifier que le stérilisateur est à 170°C avant de chronométrer.
- Compter soixante (60) minutes pour une température constante de 170°C.

NB : Le temps de stérilisation ne commence que lorsque le four atteint la température spécifiée.

3) **Stérilisation chimique**

Utiliser :

- Formaldéhyde 8% ;
- Glutaraldéhyde 2 %.

Mode d'utilisation

- Tremper le matériel jusqu'à immersion complète.
- Compter 10 heures pour le glutaraldéhyde.
- Compter 24 heures pour le formaldéhyde.
- Rincer le matériel avec de l'eau stérile.

L'utilisation des produits chimiques dépend du choix de chaque formation sanitaire.

ANNEXE :

Tableau H-1 : Préparer une solution de chlore à 0,5 % (hypochlorite de sodium).

Type d'eau de Javel (Pays)	Chlore disponible %	Dilution pour obtenir une solution à 0,5 %
Household bleach (Canada, USA)	5 %	1 part d'eau de Javel pour 9 parts d'eau.
Eau de Javel (France) 15° Chlorum 1	5 %	1 part d'eau de Javel pour 9 parts d'eau.
Extrait de Javel (France) 48° chlorum 1	15 %	1 part d'eau de Javel pour 29 parts d'eau.
Choros (Royaume-Uni)	10 %	1part d'eau de Javel pour 19 parts d'eau.
JIK (Kenya)	3,5 %	1part d'eau de javel pour 6 parts d'eau.
Eau de Javel « la croix » 12° chlore (Côte d'Ivoire)	3,6%	1Part d'eau de Javel pour 6 parts d'eau.
Eau de Javel "la croix" 8° de chlore	2,4 %	1 part d'eau de Javel pour 4 parts d'eau.

La formule de préparation :

$$\text{Nombre de part d'eau : } \frac{\% \text{ concentration usine} - 1}{\% \text{ concentration souhaitée}}$$

Il faut prendre des concentrations en pourcentage.

Il faut convertir les concentrations à l'usine qui sont souvent en degré en pourcentage avant le calcul de la dilution. 1° degré de chlore implique une concentration de 0,3 %.

Polyvidone Iodine :

La concentration efficace des solutions iodophores pour la décontamination est de 2,5 %.

Polyvidone iodine est à une concentration de 10 %.

Pour obtenir les 2,5 %, il faut alors : 1 part de polyvidone iodine pour 3 parts d'eau.

NB : *Durée de la décontamination : elle est dans l'ordre de dix (10) minutes quel que soit le désinfectant utilisé.*

PROCOLES DES INJECTIONS

❖ *Protocole des injections intra-musculaire (IM)*

I- DEFINITION

C'est un acte de soin qui consiste à introduire dans une masse musculaire au moyen d'une seringue montée d'une aiguille un produit médicamenteux (en général l'aiguille varie selon la taille et la masse du client 1 à 7,5 cm de long avec un calibre de 16 à 20).

II- OBJECTIF

Obtenir une action rapide du médicament.

III- MATERIEL

- Chariot de soins
- Le médicament à injecter, vérifier sa date de péremption.
- Seringue et aiguille à usage unique dans un plateau stérile.
- Tampon de coton stérile et l'alcool à 90° ou à 70°.
- Boîte contenant de l'eau de décontamination.
- Boîte d'élimination des aiguilles souillées (boîte de sécurité).
- Lime.
- Poubelle.
- Eau distillée

IV- TECHNIQUE

- 1- Informer le patient du soin.
- 2- Assurer la propreté du patient et de son environnement.
- 3- Rassembler le matériel.
- 4- Prévoir un aide si nécessaire.
- 5- Installer le malade.
- 6- Se laver les mains et les désinfecter à l'alcool.
- 7- Nettoyer le bout de l'ampoule ou du flacon.
- 8- Préparer la substance médicamenteuse.
- 9- Prélever la substance médicamenteuse.
- 10- Délimiter le lieu de l'injection.
- 11- Désinfecter.
- 12- Avertir de nouveau le patient du soin.
- 13- Introduire l'aiguille montée d'un coup sec.
- 14- Aspirer.
- 15- Envoyer la substance médicamenteuse lentement et veiller à toutes les réactions du (de la) client(e).
- 16- Retirer la seringue.
- 17- Appliquer un tampon de coton stérile imbibé d'alcool au point d'injection
- 18- La jeter directement dans la boîte d'élimination des aiguilles.
- 19- Rincer dans la solution de décontamination
- 20- Ranger le matériel.
- 21- Se laver les mains et les assécher.
- 22- Cocher le soin.
- 23- Enregistrer ou rapporter vos informations si nécessaire.

❖ **LE PROTOCOLE DE L'INJECTION SOUS-CUTANÉE (SC) OU HYPODERMIQUE**

I- DEFINITION : C'est une injection qui se fait dans la couche de tissu sous-cutané située immédiatement sous la peau. Elle permet une absorption très rapide du médicament et est la voie la plus utilisée chez les malades inconscients, irrationnels ou qui ont des nausées.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTES

Obtenir une action rapide du médicament.

III- POPULATION CIBLE

- Malade qui ne peut pas prendre un médicament par voie orale.
- Vomisseuses graves.
- Tout homme voulant faire un vaccin ou un sérum dont la voie d'administration est la voie sous-cutanée.

IV- MATERIEL

- Un chariot de soins.
- Une aiguille courte (1,5 cm) avec une petite ouverture.
- Une seringue stérile à usage unique de préférence.
- Un plateau contenant 2 ou 3 tampons de coton stérile.
- Antiseptique (alcool, eau stérile etc....).
- Médicament.
- Une poubelle.
- Eau de décontamination.
- Bocal ou boîte d'élimination des aiguilles souillées (ou boîte de sécurité).
- Lime.

V- DESCRIPTIFS PRECIS

- 1- Informer le patient du soin.
- 2- S'assurer de sa propreté et celle de son environnement.
- 3- Laver les mains à l'eau et au savon, essuyer avec une serviette propre et individuelle ou jetable selon les moyens.
- 4- Rassembler le matériel.
- 5- Identifier le client et lui expliquer la technique.
- 6- Choisir le point d'injection.
- 7- Préparer le tampon antiseptique.
- 8- Préparer le produit à injecter dans la seringue sans oublier d'expulser les bulles d'air.
- 9- Désinfecter le point d'injection, pincer la peau insérer l'aiguille à un angle de 45° dans la peau.
- 10- Relâcher la peau, aspirer.
- 11- Injecter le médicament.
- 12- Enlever l'aiguille.
- 13- Appliquer un tampon antiseptique au point d'injection avec un tampon antiseptique.
- 14- Décontaminer l'aiguille en la rinçant dans l'eau de décontamination

- avant de la mettre dans la boîte d'élimination.
- 15- Jeter la seringue dans la poubelle.
 - 16- Procurer le confort et la sécurité du malade.
 - 17- Ranger le matériel.
 - 18- Enregistrer le soin fait au dossier du malade.
 - 19- Se laver les mains

VI- PRINCIPES

- Faire l'injection avec une bonne technique et avec asepsie.
- Vérifier le point d'injection (rougeur-inflammation, hémorragie).
- Surveiller la réaction du malade.

VII- RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE

- Infection (si technique mal appliquée et sans asepsie).
- Inflammation ou rougeur au point d'injection.
- Pénétration dans un mauvais tissu, ce qui crée une atteinte à l'état de santé du malade.
- Dommages irréparables à des nerfs ou à des structures majeures par suite d'une mauvaise technique.
- Choc.
- Décès.

❖ LE PROTOCOLE DE L'INJECTION INTRADERMIQUE (ID)

I- DEFINITION :

C'est l'introduction d'une solution médicamenteuse dans le derme. Cette injection a un temps d'absorption plus lent ; elle se fait habituellement dans la portion dorsale de l'avant-bras, les côtés latéral et postérieur du bras, ces endroits permettent de visualiser facilement les diverses réactions (rougeur et gonflement).

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTEES

- Permettre l'administration du vaccin (BCG, test anti-tuberculine etc.).
- Déterminer le degré de sensibilité à une maladie (tuberculose, histoplasmose de même que la sensibilité allergique aux médicaments ou aux substances étrangères comme l'antitoxine tétanique, à la poussière.

III- POPULATION CIBLE

- Hommes – Femmes – enfants.
- Malades.

IV- MATERIEL

- Chariot de soin.
- Aiguille courte (0,9 à 1,2 cm) avec un calibre très petit 25 à 27.
- Seringue à tuberculine à usage unique.
- Plateau stérile.
- Alcool ou eau stérile de préférence.

- Coton stérile (tampon).
- Substance médicamenteuse à injecter.
- Boîte contenant de l'eau de décontamination.
- Boîte d'élimination des aiguilles (boîte de sécurité).
- Poubelle.

V- LA TECHNIQUE ET LES DIFFERENTES ETAPES

- Informer le malade du soin.
- S'assurer de sa propreté.
- Réunir le matériel.
- Laver les mains avec du savon et de l'eau, les essuyer avec une serviette propre.
- Préparer la substance médicamenteuse en expulsant les bulles d'air.
- Choisir le point d'injection.
- Pincer la peau pour introduire l'aiguille.
- Le désinfecter avec un tampon de coton imbibé d'alcool ou eau stérile d'un mouvement circulaire ferme (5 cm de diamètre) mais doucement.
- Tenir fermement l'avant bras qu'on veut piquer.
- Insérer l'aiguille dans la peau à un angle (10 à 15°) à peu près parallèle à celle-ci entre les couches de la peau, aspirer avant d'envoyer le produit lentement.
- Injecter lentement la solution (si l'aiguille est insérée correctement, une petite bosse décolorée (blanche) apparaîtra dans la peau).
- Rassurer continuellement le client en injectant la solution, observer afin de déceler toute réaction inhabituelle.
- Enlever l'aiguille, éponger très doucement la région avec une solution antiseptique.
- Tremper l'aiguille dans l'eau de décontamination, aspirer avant de la mettre dans le bocal d'élimination des aiguilles.
- Jeter la seringue à la poubelle.
- Réinstaller le malade.
- Ranger le matériel utilisé.
- Enregistrer le soin au dossier ou toute autre information nécessaire.
- laver les mains avec du savon et de l'eau, les essuyer avec une serviette propre.

VII- SURVEILLANCE

Faire l'injection intradermique en suivant la technique et les règles d'asepsie.

VIII- RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE :

- Aiguille mal insérée.
- Résultat erroné (anti-réaction).
- Choc.
- Décès.

❖ **PROCOLE DE L'INJECTION INTRAVEINEUSE (IV)**

I- DEFINITION

C'est une technique qui permet d'injecter directement un médicament dans le système circulatoire. L'aiguille est insérée dans une veine spécifique à un angle de 20° à 30°. Le rythme d'absorption est plus rapide et les effets peuvent être visibles environ 30 à 60 secondes après l'injection.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTES

- Obtenir une action rapide, favoriser la guérison.
- Donner des soins à un malade qui ne peut pas prendre un médicament par voie orale.
- Eviter le changement et la modification du médicament par l'action des sucs digestifs.

III- POPULATION CIBLE

- Malade qui ne peut pas prendre un médicament par voie orale.
- Vomisseuses, vomisseurs graves.
- Malades comateux.
- Malades grabataires.

IV- MATERIEL

- Un chariot de soin.
- Une aiguille stérile ayant un calibre de 16 à 20.
- Une seringue stérile.
- Plateau stérile.
- Tampons de coton stériles.
- Alcool ou autres antiseptiques.
- Substance médicamenteuse à injecter.
- Un garrot.
- Lime.
- Poubelle ou haricot.
- Bocal contenant de l'eau de décontamination.
- Bocal d'élimination d'aiguilles souillées.
- Gants stériles.
- Alèzes.
- Sparadrap.

V- TECHNIQUE ET LES DIFFERENTES ETAPES

- 1- Informer le malade du soin.
- 2- S'assurer de la propreté du malade.
- 3- Réunir le matériel.
- 4- Laver les mains suivant la technique de lavage aseptique des mains et les désinfecter.
- 5- Identifier le ou la cliente et lui expliquer la technique.

- 6- Vérifier le médicament avec la fiche de médicaments du ou de la cliente et préparer le produit d'injection.
- 7- Choisir le point d'injection.
- 8- Poser les alèzes.
- 9- Placer le garrot.
- 10- Localiser la veine.
- 11- Examiner la veine choisie.

- 12- nettoyer le point d'injection avec un tampon d'antiseptique.
- 13- Purger la seringue.
- 14- Tendrer la peau près du point d'injection.
- 15- Pointer l'aiguille ou le cathéter dans la direction de la veine choisie à un angle de 20°-30°.
- 16- Percer la peau et vérifier si vous êtes dans la veine si oui.
- 17- Enlever le garrot.
- 18- Envoyer la substance médicamenteuse très lentement en regardant la réaction du ou de la cliente .
- 19- Retirer l'aiguille et appliquer un tampon, imbibé d'antiseptique sur le point d'injection et faire un petit pansement.
- 20- Tremper l'aiguille dans l'eau de décontamination avant de la mettre dans le bocal d'aiguilles souillées.
- 21- Jeter la seringue à la poubelle ;
- 22- Ranger le matériel utilisé.
- 23- Donner du confort et de la sécurité au client ou à la cliente (le réinstaller).
- 24- Enregistrer le soin au dossier du ou de la cliente.
- 25- Laver les mains selon la technique de lavage aseptique des mains.

VI- PRINCIPES

- Faire l'injection intraveineuse en suivant la technique et les règles d'asepsie.
- Surveiller la réaction du ou de la cliente.
- Surveiller le point d'injection.
- Mettre un petit pansement si possible.

VII - RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE

- L'aiguille peut percer la veine (formation d'un hématome très douloureux).
- Douleur au point d'injection.
- L'envoi de la substance médicamenteuse dans la peau (très douloureux, l'action du produit retardée, irritation, nécrose de la peau).
- Choc.
- Décès.

PROTCOLE DE PERFUSION

I- DEFINITION : C'est l'ensemble des actes consistant à administrer par voie intra-veineuse un soluté, un produit sanguin, un mélange de soluté et produits médicamenteux à l'aide d'un perfuseur.

II- OBJECTIF :

- Contribuer à la guérison du patient et l'assimilation rapide substance médicamenteuse.
- Administrer une quantité importante de soluté

III- MATERIEL

- Chariot de soins
- Soluté à perfuser.
- Substance médicamenteuse à véhiculer par la perfusion.
- Seringue de 10 ml, stérile, à usage unique.
- Garrot.
- Antiseptique (alcool à 70°).
- Perfuseur.
- Panier.
- Potence.
- Gants stériles.
- Adhésif (sparadrap) micropore.
- Bassin réniforme (haricot).
- Boîte de coton (ou compresse) stérile.
- Pince à servir dans un flacon avec antiseptique.
- Aiguille à ailettes stérile (Epiplex) de calibre adapté au patient.
- Deux plateaux : 1 stérile, 1 non stérile.
- Lime.
- Poubelle à pédale et à couvercle.
- Boîte contenant de l'eau de décontamination.
- Boîte d'élimination des aiguilles.
- Alèzes.

IV- TECHNIQUE

- Informer le patient du soin (qu'il va recevoir des liquides (aliments) dans ses veines pendant une période (heures, jours, etc.).
- Assurer la propreté du patient et de son environnement.
- Rassembler le matériel.
- Prévoir un aide.
- Vérifier que toutes les substances médicamenteuses, soluté compris sont de qualité, et non périmés.
- Disposer les substances médicamenteuses à perfuser dans le plateau non stérile.

- Installer convenablement le patient.
- Se laver les mains à l'eau et au savon puis les désinfecter à l'alcool à 70°.
- A l'aide de la pince languette, servir dans le plateau stérile 3 à 4 tampons ou compresses stériles.
- Mouiller un tampon d'alcool.
- Désinfecter le bout d'ampoules ou de flacon à utiliser avec le tampon d'alcool.
- Découvrir la seringue stérile.
- Prélever aseptiquement les produits.
- Désinfecter le bout en caoutchouc du soluté à perfuser.
- Chasser l'air de la seringue.
- Piquer le bouchon du flacon de soluté et envoyer la substance médicamenteuse prescrite à véhiculer par ledit soluté.
- Découvrir aseptiquement le perfuseur et bloquer le système de réglage.
- Désinfecter à nouveau le bouchon en caoutchouc du flacon de soluté.
- Introduire le perfuseur dans le flacon par le bout en caoutchouc, la prise d'air du perfuseur étant à l'extrémité supérieure de ce dernier.
- Si le perfuseur n'est pas muni de prise d'air, introduire une aiguille stérile dans le bouchon avant le perfuseur.
- Remplir aux 2/3 le stilligoutte.
- Débloquer la pince de réglage pour purger l'air contenu dans le perfuseur qui est orienté vers le bassin réniforme.
- Se laver les mains.
- Porter les gants.
- Découvrir l'aiguille à ailettes et la purger également.
- Vérifier s'il n'y a pas de bulles d'air dans le tube à perfusion.
- Mettre le garrot au dessus ou en dessous du coude.
- Choisir une veine de calibre adéquat.
- Gonfler la veine par des mouvements de pression allant dans la circulation veineuse.
- Désinfecter la zone à piquer à l'aide d'un tampon d'alcool, toujours dans le sens de la circulation veineuse (autant de fois, le dernier tampon doit être propre).
- Saisir les ailettes de l'aiguille épicroânienne le biseau tourné vers le haut.
- Maintenir la veine choisie par un doigt dans sa partie inférieure.
- Avertir à nouveau le patient du déroulement du soin.
- Ponctionner la veine en y introduisant l'aiguille, le biseau tourné vers le haut, épiplex adapté au perfuseur.
- Vérifier le reflux de sang dans l'épiplex.
- Enlever le garrot.
- Fixer l'épiplex et le perfuseur par un adhésif au membre du patient.
- Evaluer toujours le rythme de l'écoulement.
- Régler le débit convenable selon l'état du client, la concentration du liquide et selon la prescription médicale.
- S'assurer que le patient va bien et le calmer.

- Mettre à votre disposition immédiatement le plateau de perfusion avec des tampons antiseptiques pour réajuster ou enlever la perfusion.
- Laver et ranger le matériel.
- Enregistrer les soins ou rapporter les informations si nécessaires.
- Se laver les mains.

NB : *S'il s'agit d'un cathéter, se référer à la technique de prise d'un abord veineux au cathéter et adapter le perfuseur.*

PROTOCOLE DE PRISE D'UN ABORD VEINEUX AU CATHETER

I- DEFINITION

C'est la ponction d'une veine et le maintien de sa perméabilité par la mise en place d'un cathéter.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTEES

- Avoir un accès facile et durable de sécurité en cas d'urgence.
- Faciliter la prise en charge rapide et correcte des évacués et des urgences.
- Passer des produits par voie veineuse de manière efficace, précise et sûre sans rendre anxieuse ou blesser le malade.

III- POPULATION CIBLE

- Opérés.
- Evacués.
- Prématuré.
- Comateux.
- Toutes les urgences médicales, chirurgicales, gynécologiques et Obstétricales.
- Tout malade

IV- MATERIEL

- Chariot de soins
- Un plateau stérile.
- Des tampons de coton stérile.
- Un désinfectant (alcool, bétadine).
- Un garrot.
- Une paire de gants stériles.
- Un cathéter G18 ou G16, G24 pour les nourrissons.
- Un soluté.
- Un perfuseur.
- Un tube à prélèvement.
- Du Sparadrap.
- Une potence.
- Compresses stériles.
- Un panier.
- Une alézé en toile cirée ou en caoutchouc.
- Poubelle
- Boîte de sécurité.

V- DESCRIPTIFS PRECIS (voir fiche technique)

VI- SURVEILLANCE

- Surveiller le point de la ponction veineuse : rougeur, enfllement, chaleur (signes de déviation).
- Au niveau de la perfusion : Surveiller le débit de la perfusion et la réaction du malade.
- Eviter les bulles d'air dans la tubulure.

❖ **Listes des risques potentiels liés a l'application du protocole**

• **Les risques liés au malade :**

- Inflammations locales.
- Induration de la veine.
- Embolie pulmonaire due au caillot de sang.
- Traumatisme des vaisseaux.
- Infection pouvant aller jusqu'à la septicémie.

• **Les risques liés au Prestataire**

Une prestation mal faite peut entraîner une punition qui peut aller jusqu'à une poursuite judiciaire.

N°	FICHE TECHNIQUE DE PRISE D'UN ABORD VEINEUX A L'AIDE D'UN CATHETER
1	- Installer le ou la cliente, l'informer et la mettre en confiance.
2	- Laver les mains. - Respecter les règles d'asepsie.
3	- Apprêter la ligne de perfusion (Soluté en place, perfuseur purgé).
4	- Placer l'alèze sous le bras de la cliente ; - Mettre le garrot, aseptiser la peau avec un désinfectant.
5	- Mettre les gants stériles, aseptiser la peau avec un désinfectant. - Avec le cathéter, piquer la peau en regard de la veine choisie. - Ponctionner la veine et la cathétériser sur un (1) centimètre. - D'une main reculer le mandrin métallique et de l'autre bien cathétériser la veine avec la partie souple du système cachant le mandrin métallique qui lui sert de guide. - Retirer le mandrin métallique après avoir bien cathétériser la veine. - Retirer le garrot après avoir recueilli la quantité de sang voulue. - Adapter l'embout du cathéter à la tubulure de la perfusion. - Vérifier que la perfusion coule normalement. - En cas de gonflement à côté de la veine, enlever et recommencer ailleurs. - Fixer le cathéter avec du sparadrap, tout en le protégeant avec une compresse. - Régler le débit de la perfusion.

6	<ul style="list-style-type: none"> - Tremper le mandrin dans l'eau de décontamination et le jeter dans la boîte de sécurité. - Ranger le matériel. - Tremper les mains gantées dans l'eau de décontamination. - Enlever les gants et jeter à la poubelle. - Mettre le plateau utilisé dans de l'eau de décontamination (Plateau à laver et à désinfecter à haut niveau).
7	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre au propre le ou la cliente. - Laver et ranger le matériel. - Enregistrer le soin au dossier. - Se laver les mains. - Surveiller.

PROCOLE DE PREVENTION ET DES SOINS DES ESCARRES

I- DEFINITION

Escarre ou ulcère de décubitus est une plaie de lit au point de pression, causée sur les proéminences osseuses de l'organisme par une pression continue et prolongée de la peau recouvrant les proéminences, ce qui diminue la circulation. Au total l'escarre est la nécrose des tissus par ischémie.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTES

Un agent de santé doit être capable de :

- prévenir les escarres en examinant attentivement la peau du malade alité, en enlevant la pression sur les proéminences osseuses, en employant des moyens de support appropriés ;
- reconnaître les signes spécifiques de danger pour la formation des escarres et commencer immédiatement les mesures préventives ;
- changer de position à un malade alité toutes les deux (2) heures au moins ;
- observer fréquemment et attentivement, la coloration de la peau (bleutée ou marbrée, dénotant la diminution de la circulation).
- restaurer la circulation aux régions atteintes par une technique correcte de massage et garder propre et sec le malade.

III- POPULATION CIBLE

- Les malades grabataires (comateux paralysés).
- Les polytraumatisés.
- les malades sous traction.
- les grands opérés de l'abdomen, du pubis.

IV- MATERIEL

- Chariot de soins.
- Literie (alèze, drap de dessous et de dessus, blouse d'hôpital).
- Deux cupules d'eau tiède.
- Savon.
- Serviette.
- Gants de toilette
- Bassin de lit.
- Alcool à 60°C ou eau de Cologne, talc.
- gants

V- DESCRIPTION PRECISE (voir fiche technique)

VI- SURVEILLANCE

- ❖ Surveiller surtout les lieux de prédilections

- En décubitus dorsal : l'occiput, les omoplates, les fesses, les mollets, les talons.
- En décubitus latéral on a la région ischiatique.

❖ **Changer de position fréquemment au malade**

- Les changements de position évitent la pression prolongée sur le même point. Ces changements doivent se faire toutes les deux heures suivant une rotation systématique dans les positions allant du côté droit au dos puis vers le côté gauche pour enfin terminer par la position ventrale. Ainsi quatre (4) positions sont possibles :
 - position dorsale ;
 - position latérale (gauche et droite) ;
 - position assise ;
 - position ventrale.

❖ **Le décubitus dorsal**

Mal supporté par les insuffisants respiratoires et cardiaques. Risque d'inondation de voies respiratoires par vomissement ou par sécrétions salivaires abondantes.

❖ **Le décubitus ventral**

Provoque l'équinisme des pieds, douleurs au niveau de la colonne vertébrale. Ces douleurs sont liées au mouvement que fait le malade pour manger ou pour boire.

❖ **Le décubitus latéral gauche ou droit**

Cette position prolongée peut provoquer l'installation des escarres au niveau du grand trochanter. Cette position ne doit pas être maintenue pendant plus de deux heures.

❖ **Position assise**

Elle est une variante de la position dorsale. Elle occasionne des escarres au niveau du siège.

VII – MESURES PREVENTIVES

❖ **Les protecteurs cutanés**

Tels que le matelas alternating, le massage et le changement de position, permettent de faire varier les points de pression.

❖ **Le matelas alternating**

C'est une housse en nylon comportant des tubes pneumatiques qui sont gonflés et dégonflés alternativement grâce à un moteur électrique :

Les tubes de nombre pair sont en pression quand les tubes impairs sont en dépression. Ce cycle s'inverse automatiquement toutes les quatre minutes.

LISTE DES RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE ET LEUR PREVENTION EVENTUELLE

❖ Les risques pour le malade

- L'installation des escarres à plusieurs endroits du corps.
- La complication qui peut aboutir à une intervention chirurgicale (voir greffe de la peau).
- Le décès.

❖ les risques pour le prestataire

- Assignation en justice.
- Perte de travail.

VIII - SUPPORTS THERAPEUTIQUES :

Les traitements spécifiques pour les soins des escarres sont habituellement prescrits par les médecins.

Ce traitement se fait en plusieurs étapes

- Faire un traitement humide au Dakin.
- Faire le décapage des tissus mortifiés.
- Lorsque la plaie devient propre et vive, faire le pansement de plaie habituelle.
- Lorsque la plaie est trop grande et trop avancée (complications) l'intervention chirurgicale accompagnée d'une greffe peut être indiquée.

NB : *Il est donc impératif que le personnel soignant fasse diligence pour prévenir la formation et le développement des escarres.*

PROTOCOLE EDUCATIF (EDUCATION DU PATIENT)

L'éducation s'adresse au patient ou à son entourage selon qu'il est conscient ou non

- Eviter des draps mouillés, des plis de drap de blouses, l'accumulation de grande quantité de poudre sur la peau.
- Garder le malade toujours propre et sec.
- Lui changer de position toutes les deux heures au moins.
- Eviter les débris alimentaires, les grains de sables ou autres.
- Appeler l'agent de santé en cas de suspicion de problème.

ETAPES	FICHE TECHNIQUE DE PREVENTION DES ESCARRES
1	Laver les mains, approchez-vous du malade, identifiez-le et demandez sa coopération.
2	Expliquer les soins à faire au malade.
3	Placer la serviette de bain sous ses fesses pour le garder sec et propre après l'avoir lavé.
4	Laver doucement la peau avec de l'eau tiède et du savon doux enlever complètement le savon en rinçant.
5	Assécher soigneusement avec la serviette de bain, s'assurer toujours que la peau est complètement sèche.
6	Examiner attentivement la peau pour déceler toute évidence de problèmes ou des lésions pouvant s'y développer comme par exemple (coloration de la peau : rouge, bleutée ou marbrée dénotant la diminution de la circulation), les excoriations (brûlures) ou escarres. Etc.
7	Frictionner la peau avec de l'alcool à 60° à main nue ou de l'eau de Cologne.
8	Effectuer à main nue ou à main talquée un pétrissage des couches profondes (saisir entre la paume de la main et les doigts la masse musculaire la presser avec force et souplesse). Le massage se fait dans un sens circulaire, pour qu'il soit efficace, doit durer 10 mn au moins. Il sera renouvelé une ou deux fois dans la journée suivant les risques de formation de l'escarre.
9	- Enlever la literie souillée. - Si vous devez changer la literie de dessous, utiliser le procédé pour faire un lit occupé.
10	Remettre la literie propre. Suivre toujours le procédé pour réfection du lit occupé.
11	Mettre une blouse d'hôpital propre au malade. Ajuster la pour éviter les replis et la formation des bosses sous le client et pour lui procurer une liberté de mouvement.
12	- Donner une position confortable au malade. - souvenez-vous qu'il est très important de changer la position du client au moins toutes les deux heures pour éviter toute pression indue sur les proéminences osseuses. - Faites une rotation systématique dans les positions.
13	Mettre sa cloche d'appel près de lui. Et assurez-vous qu'il sait comment la faire fonctionner.
14	Laisser la chambre propre et en ordre. Débarrassez-vous des éléments souillés. Remplacer le matériel utilisé après l'avoir nettoyé et ranger.

15	Encourager le malade et lui dire au revoir.
16	Se laver les mains et les passer à l'alcool.

LE PROTOCOLE DU CATHETERISME VESICAL CHEZ L'HOMME

I- DEFINITION

Le cathétérisme vésical est une technique aseptique exécutée sur prescription médicale qui consiste à introduire le cathéter (tube droit) dans la vessie par le méat pour évacuer les urines, quand toutes les mesures de nursing pour aider à l'élimination ont échoué ou pour faire un prélèvement stérile des urines.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTES

- Prélever un spécimen stérile d'urine.
- Diminuer la distension de la vessie du malade incapable d'uriner .
- Mesurer le résidu vésical.
Permettre le drainage l'irrigation ou l'installation d'une solution chimique lors de l'insertion d'une sonde à demeure dans la vessie.
- Préparer le malade à une intervention chirurgicale.
- Aider le malade incontinent à réentraîner ses sphincters.
- Dilater les rétrécissements urétraux.
- Empêcher les difformités consécutives à la chirurgie sur l'urètre.

III- POPULATION CIBLE

- Malade inconscient.
- Malade comateux.
- Malade incontinent.
- Malade incapable d'uriner.
- Malade qui doit subir une intervention chirurgicale.
- Un malade chez qui on veut faire un prélèvement stérile.

IV- MATERIEL

- Chariot de soins.
- Un plateau pour cathétérisme stérile et à usage unique.
- Un cathéter french ou de Nélaton.
- Une solution antiseptique.
- Des tampons de coton.
- Du lubrifiant.
- Une bouteille à spécimen avec un couvercle et une étiquette.
- Un récipient pour l'urine.
- Des champs.
- Des pinces.
- Des gants stériles.
- Eau de décontamination.
- Poubelle ou haricot.
- Seringue de 5cc.

- Solvant.
- Boîte de sécurité.
- Pince stérile

V- DESCRIPTIFS PRECIS (Voir fiche technique)

VI- SURVEILLANCE

- Surveiller la réaction du malade, la sortie des urines.
- Vérifier si le cathéter est réellement dans la vessie.
- Nettoyer le bout du pénis au moins une fois/jour avec une solution antiseptique ou de l'eau + savon doux pour les cathéter à demeure afin d'empêcher le cathéter de s'encroûter.

VII- LISTE DES RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE

- Infection urinaire.
- Perforation de la vessie.
- Irritation ou blessure du méat urinaire.
- Douleur au niveau du méat urinaire.

NB : Cette technique peut causer de l'embarras et de l'anxiété au malade.

Si on enlève une trop grande quantité d'urine (plus de 1.000 cm³), il peut y avoir collapsus des parois de la vessie et un état de choc.

ETAPES	FICHE TECHNIQUE DU CATHETERISME VESICAL (CHEZ L'HOMME)
1	Laver aseptiquement les mains au savon et à l'eau et les essuyer.
2	S'approcher du client, l'identifier, lui expliquer la technique ; Lui procurer son intimité en tirant le rideau.
3	Donner la bonne position : décubitus dorsal, les jambes en légère abduction et les genoux fléchis.
4	- Ouvrir le plateau pour cathétérisme et le placer sur le lit près de la hanche proximal du client. - Se souvenir de la technique stérile avec les mains propres. - Ouvrir le plateau en tenant l'extérieur de l'enveloppe.
5	- Mettre les gants stériles ; - préparer la surface de travail ; - Placer le champ imperméable stérile sous le pénis du client par-dessus la literie de dessus ; - Mettre la bouteille à spécimen près du plateau.
6	- Empoigner doucement le pénis vers le haut et fixer le gland entre le pouce et l'index. - Nettoyer le gland avec un tampon imbibé de solution antiseptique et jeter. - Prendre un second tampon, nettoyer doucement le méat urinaire et jeter.
8	- Avec une pince, prendre le cathéter à au moins 10 cm de son extrémité ; Appliquer généreusement sur le bout du cathéter du lubrifiant.
9	- Insérer le cathéter en tenant le pénis avec la main, Relever-le vers l'avant et vers le haut (avec un angle de 60° à 90° avec les jambes) en

	<p>l'étirant légèrement. Cette action redresse l'urètre et rend plus facile l'insertion du cathéter.</p> <p>- Demander au client de faire un effort d'uriner, cela relâche le sphincter urétral. Insérer lentement et doucement le cathéter d'environ 18 cm.</p>
10	<p>- Prélever le spécimen d'urine dans un tube déjà étiqueté.</p> <p>- Continuer à vider la vessie.</p> <p>- N'enlever jamais plus de 1.000 cm³ d'urine de la vessie.</p>
11	<p>- Enlever lentement et doucement le cathéter en exécutant un léger mouvement de rotation pour évacuer l'urine résiduelle de l'embouchure de la vessie.</p>
12	<p>- Assécher et nettoyer la région génitale avec des tampons de coton ou une serviette.</p>
13	<p>- Tremper le matériel utilisé dans de l'eau de décontamination.</p>
14	<p>- Enlever les gants et se laver les mains.</p>
15	<p>- Envoyer si nécessaire au laboratoire pour culture.</p>
16	<p>- Assurer la sécurité et le confort du malade.</p>
17	<p>- Enregistrer le soin fait dans le dossier du malade.</p>
18	<p>- Remercier le malade, l'encourager et lui dire au revoir.</p>
19	<p>Nettoyer et ranger le matériel.</p>
20	<p>Se laver les mains et les passer à l'alcool.</p>



LES PROTOCOLES DES SOINS OBSTETRICAUX COMPORTENT

- Accueil.
- Toilette journalière.
- Réfection de lit.
- Protocole de pansements.
- Lavage des mains.
- Etapes de traitement des instruments médico-Technique.
- Protocole des diverses injections.
- Prise d'un abord veineux au cathéter.
- Prévention et soins des escarres (*Voir Protocoles des soins infirmiers*).

PROTOCOLES DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE NORMALE

I- OBJECTIFS GENERAUX

- 1 – Offrir un service de qualité.
- 2 – Réduire le taux de mortalité et de morbidité maternelle et néonatale précoce au Bénin.

II- OBJECTIFS SPECIFIQUES (1^{er} Trimestre)

- Faire le diagnostic de la grossesse.
- Assurer le suivi de la grossesse.
- Rechercher les facteurs de risques.

PERIODES	PROTOCOLES
<p>1^{ER} Trimestre de la grossesse (0-14 semaines d'aménorrhée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer le matériel nécessaire pour une consultation prénatale. - Accueillir avec bienveillance la femme – être disponible. - Appliquer le protocole d'accueil (voir protocole soins infirmiers). - Mener un interrogatoire bien approfondi (démarche des soins). - Se laver les mains. <p style="text-align: center;">Faire un examen général.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer ce qu'on va faire à la cliente. - Installer la gestante. - Contrôler les signes vitaux (poids – taille – température – tension artérielle - pouls). - Examiner le squelette : démarche : recherche d'une boiterie, scoliose, cyphose, rachitisme. - Ausculter le cœur et les poumons. - Rechercher les œdèmes des membres inférieurs. - Rechercher les vergetures au niveau de l'abdomen, cuisse et membres inférieurs. - Rechercher une hépatomégalie ou une splénomégalie. - Vérifier les muqueuses conjonctivales pour apprécier l'état anémique (bouche : langue, lèvres, phanères, gencives). - Demander si problème. - Citer les signes de danger à guetter à domicile par la femme enceinte. <p style="text-align: center;">Faire un examen gynécologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examiner les seins à la recherche d'une éventuelle anomalie. - Inspecter la vulve à la recherche de condylomes, de Crête de coq et autres affections cutanées. - Faire un examen systématique au spéculum (recherche d'une anomalie ou d'une lésion cervicale, d'une métrorragie, d'une infection vaginale, appréciation du col). - Faire un toucher vaginal combiné au palper (douleurs abdominales

qui font craindre un avortement, une GEU).

Autres éléments à considérer

- Identifier et noter les facteurs de risques.
- Vacciner la femme.
- Etre attentive aux problèmes exposés par la femme.
- Donner des conseils hygiéno-diététique ; insister sur la consommation des protéines animales et végétales ; de préférence les aliments locaux.
- Déconseiller les produits nocifs à la mère et à l'enfant tels que le tabac, l'alcool.
- Conseiller la prophylaxie de l'anémie et du paludisme.
- Informer la gestante des résultats de l'examen.
- Donner le prochain rendez-vous en impliquant le conjoint.
- Demander à avoir un entretien avec le conjoint

Demander des examens para cliniques ou complémentaires obligatoires chez une gestante au 1^{er} trimestre

(effectuer les prises de sang et envoyer au laboratoire si possible).

- Rechercher l'albumine et le sucre dans les urines.
- Demander : le Groupage sanguin avec le Facteur Rhésus.
- Réaction sérologique du VIH, de la syphilis (TPHA ou VDRL, la rubéole, la toxoplasmose).
- Rechercher l'agglutinine si le groupe sanguin est de Rhésus Négatif.
- Faire un test de grossesse pour confirmer la grossesse en cas de doute de l'examen clinique.
- Echographie pelvienne si nécessaire.
- Demander l'électrophorèse de l'hémoglobine.
- Référer la gestante à facteurs de risques élevés selon le niveau.
- Informer la famille.
- Sensibiliser le conjoint.
- Se laver les mains.
- Remplir le registre, le carnet de santé, la carte maternelle et le cahier de référence au besoin et tout autre support de données existant.
- Donner le prochain rendez-vous.
- Remercier la femme et lui dire au revoir.

III- OBJECTIFS SPECIFIQUES (2^{ème} trimestre)

- Apprécier l'évolution et la vitalité de l'œuf.
- Rechercher et faire le point des facteurs de risque (accouchement prématuré – infection – anémie).

PERIODE	PROTOCOLES
<p>2^{ème} trimestre de la grossesse (18^{ème} –26^{ème} semaine d'aménorrhée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accueillir avec bienveillance et disponibilité la femme, la faire asseoir. - Se laver les mains. - Installer la femme. - Demander informations depuis dernière consultation. - Expliquer ce qu'on va faire. - Faire un examen général. - Mener un interrogatoire bien approfondi. - Apprécier le poids : (ne doit pas excéder en moyenne 1kg/mois). - Prendre la tension artérielle qui doit être au plus à 13 pour le maximum et 8 pour le minimum. - Rechercher des œdèmes des membres inférieurs – mains - doigts visage bouffi, région sus pelvienne. - Prendre le pouls et la température. - Demander si pas de problèmes. - Citer les signes de danger à guetter à domicile par la gestante. - Faire un examen obstétrical, palper abdominal. - Examiner les seins à la recherche d'un écoulement d'un nodule – des malformations (bouts de seins ombiliqués, aplatis, gros mamelon). - Mesurer la hauteur utérine (HU qui doit progresser de 4 cm/mois). - Rechercher les mouvements actifs du fœtus qui sont souvent ressentis par la gestante. - Ausculter les bruits du cœur fœtal au sonicaïd, ou avec le stéthoscope de Pinard. - Faire une échographie pour détecter des anomalies morphologiques et chromosomiques. - Faire un toucher vaginal (apprécier l'état du col qui doit être fermé). - Vérifier les résultats des examens complémentaires demandés au 1^{er} trimestre dans le cas contraire lui demander les examens complémentaires en ayant soin d'expliquer la nécessité de faire ces examens aux gestantes. - Rechercher l'albumine et le sucre dans les urines. - Prescrire un antihelminthique. - Poursuivre la prophylaxie antianémique et antipaludéenne. - Rechercher les agglutinines irrégulières (RAI) si la mère est de rhésus négatif de même que l'identification et le titrage des anticorps. - Vacciner la gestante si nécessaire. - Prodiguier des conseils hygiéno-diététiques. - Donner le prochain rendez-vous. - S'entretenir avec le conjoint. - Informer la gestante et le conjoint des résultats des examens. - Référer si grossesse à risque élevé. - Se laver les mains.

	<ul style="list-style-type: none"> - Remplir le registre de consultation, le carnet de santé, la carte de maternelle le cahier de référence et le cahier de grossesse à risque élevé au besoin. - Remercier la femme ou le couple et lui (leur) dire au revoir.
--	---

IV- OBJECTIFS SPECIFIQUES (3^{ème} trimestre)

- Vérifier la bonne évolution de la grossesse.
- Dépister une hypotrophie ou une hypertrophie (gros œuf) foétale.
- Faire le pronostic de l'accouchement.

PERIODE	PROTOCOLE
3^{ème} trimestre 27 à 41 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Accueillir avec bienveillance et disponibilité la gestante. - Mener un interrogatoire bien approfondi. - Rechercher l'anémie. - Faire la prophylaxie antianémique et antipaludéenne. - Se laver les mains. - Expliquer à la gestante ce qu'on veut lui faire. - Faire un examen général. (poids – taille – tension artérielle – recherche des œdèmes). - Faire un examen obstétrical. - Examiner les seins. <p><i>Inspecter l'abdomen et le palper pour :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprécier la forme de l'utérus normal (ovoïde ou piriforme) selon la gestante. - Mesurer la hauteur utérine afin d'apprécier le volume apparent du fœtus et de l'importance du liquide amniotique. - Rechercher le pôle céphalique dur et régulier en bas dans les présentations céphaliques. Le pôle plus mou du siège est en haut (et inversement dans la présentation du siège). - Rechercher le côté du dos représenté par un plan dur et lisse mieux perçu en appuyant sur le fond utérin. - Rechercher la saillie de l'épaule antérieure. - Rechercher d'autres pôles évoquant la présence des jumeaux. - Faire un palper pour apprécier l'état de la paroi maternelle, son relâchement et la présentation du fœtus. - Ausculter les bruits du cœur foetal (niveau de l'épaule antérieure). - En noter leur fréquence et leur régularité. - Faire le toucher vaginal. - Apprécier l'état du col : sa souplesse – son degré d'ouverture. - Faire l'examen du bassin : étudier ses dimensions surtout en fin de grossesse. - Détroit supérieur, lignes innominées – distances promonto-retro pubien. - Détroit moyen : vérifier que les épines sciatiques ne sont pas rapprochées ou saillantes. - Détroit inférieur : mensuration externe distance bi-ischiatique normalement égale à 11 cm. - Apprécier le degré de souplesse du périnée et de la vulve.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Apprécier la distance de la fourchette vulvaire à l'anus (si trop courte peut entraîner une déchirure à l'accouchement, faire une épisiotomie préventive).- Demander si problèmes.- Citer signes de danger à guetter à domicile.- Faire les examens complémentaires.- Faire l'échographie obstétricale si nécessaire avec biométrie fœtale.- Faire le pronostic d'accouchement.- Donner des conseils hygiéno-diététiques apprendre à la gestante les soins des bouts des seins.- Informer la gestante sur les signes du travail d'accouchement.- Demander à la gestante de préparer la layette.- Aider la gestante et le conjoint à faire un choix éclairé du lieu d'accouchement.- Référer les gestantes à risque élevé dans un centre médico-chirurgical.- Enlever les gants.- Se laver les mains.- Remplir le registre de consultation, le carnet de santé, la carte maternelle, le cahier de grossesse à risque et de référence au besoin.- Remercier la gestante et lui dire au revoir. |
|--|--|

PROTOCOLE DE L'EXAMEN DU BASSIN VERS LA FIN DU TROISIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE OU AU COURS DU TRAVAIL d'ACCOUCHEMENT

I- DEFINITION

C'est l'examen clinique de la grossesse qui permet de connaître le pronostic de l'accouchement. Il s'effectue par le toucher vaginal, la pelvimétrie externe ou la radiopelvimétrie.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTEES

- Faire le pronostic de l'accouchement (pronostic maternel et foetal).
- Déceler des anomalies maternelles.
- Chercher la présentation ou la position du fœtus.

III- POPULATION CIBLE

- La femme enceinte en fin de grossesse ou au début du travail d'accouchement.

IV- MATERIEL

- Source d'eau.
- Savon, serviette individuelle propre.
- Alcool.
- Gants stériles.
- Poubelle.
- solution chlorée à 0,5 %.
- pince languette.
- tampon de coton.
- Plateau.
- bassin de lit.
- Haricot ou bassin réniforme.
- Eau de décontamination.
- Centisouple.
- Pelvimètre.

V- DESCRIPTIFS PRECIS (voir fiche technique en annexe)

VI- SURVEILLANCE

Au cours de l'examen du bassin surveiller la réaction de la gestante ou de la parturiente. La mettre en confiance.

VII- LISTES DES RISQUES POTENTIELS

- Douleurs.

- Rupture accidentelle de la poche des eaux si col ouvert (femme en travail).
- Erreur de diagnostic.

EXAMEN DU BASSIN VERS LA FIN DU TROISIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE OU AU COURS DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

ETAPE	FICHE TECHNIQUE
1	Se laver les mains avec de l'eau et du savon.
2	Essuyer les mains avec une serviette individuelle propre et les passer à l'alcool.
3	- Installer la gestante ou la parturiente. - L'informer de l'examen, la rassurer.
4	Se relaver les mains, les essuyer.
5	Porter les gants stériles.
6	Faire la toilette vulvaire.
7	<u>Faire le toucher vaginal</u> - Mettre les gants stériles. - Apprécier : le col, sa position, sa longueur, sa souplesse et sa perméabilité. - La concavité sacrée, accentuée ou non. - Rechercher le promontoire, s'il est atteint, mesurer le diamètre promonto-retro – pubien (PRP) (mesure 10,5 cm normale). - Apprécier le parcours des lignes innominées, les épines sciatiques (saillantes ou non) l'ogive pubienne (serrée ou non), le périnée (souple, résistant ou tonique).
8	- Sortir les doigts intra-vaginaux et mesurer le diamètre bi-ischiatique (normal ou non), (mesure normale = 11 cm), mais cette mesure n'est qu'approximative.
9	Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination (solution chlorée à 0,5 %).
10	- Enlever les gants, les jeter à la poubelle.
11	- Tremper la pince qui a servi à la toilette vulvaire dans l'eau de décontamination.
12	- Nettoyer et ranger le matériel. - Se laver les mains au savon et à l'eau.
13	- Essuyer les mains avec une serviette individuelle propre, et applique une lotion adoucissante au besoin.
14	- Mentionner les résultats de l'examen dans le dossier médical de la femme.
15	- Informer la femme des résultats, la rassurer.

**PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT
ET DE L'ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT
(TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT, ACCOUCHEMENT)**

I- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Faire le diagnostic du travail d'accouchement.
- Rechercher les facteurs de risque.
- Surveiller le travail d'accouchement.
- Faire l'accouchement normal.

PROTOCOLES	
	ACCOUCHEMENT NORMAL
	<p><i>Période du début du travail</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparer le matériel stérile. - Accueillir avec bienveillance et disponibilité la parturiente. - Installer la parturiente. - Faire un interrogatoire bien approfondi ou prendre connaissance de la fiche maternelle ou carnet de santé (Antécédents - préciser le motif de la visite, l'heure du début des contractions utérines et d'une éventuelle rupture des membranes sur la fiche ou le carnet). - Se laver les mains. - Faire un examen général (poids – taille – température – tension artérielle - vérifier la coloration des muqueuses – rechercher les œdèmes des membres inférieurs – visages – mains). - Rechercher dans les urines l'albumine et le sucre. - Installer la parturiente - Se laver les mains et se porter les gants. - Faire un examen obstétrical. - Mesurer la hauteur utérine. par la palpation la présentation (céphalique – podalique - autres) et la présence des contractions utérines. - Apprécier la qualité des contractions utérines. - Ausculter les bruits du cœur fœtal. - Chronométrer les bruits du cœur fœtal. - Observer les organes génitaux à la recherche des infections ou autres anomalies. - Se laver les mains, porter les gants stériles. - Faire une toilette vulvaire. - porter à nouveau un doigtier ou un gant stérile. - Faire le toucher vaginal. - Examiner le bassin pour évaluer l'engagement. - Apprécier les modifications du col (longueur, effacement, souplesse, degré d'ouverture du col).

- Vérifier la perte du bouchon muqueux qui est le signe prémonitoire du travail d'accouchement.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Vérifier la présence ou non des membranes et de la poche des eaux.- Vérifier la formation du segment inférieur :<ul style="list-style-type: none">▪ rechercher les facteurs de risques.▪ pratiquer une toilette vulvaire et éventuellement un lavement évacuateur. |
|--|

TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT EN COURS

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Noter la régularité des contractions utérines (intensité, rythme, durée).- Apprécier le bon relâchement du muscle utérin entre chaque contraction.- Faire les touchers vaginaux avec douceur (toutes les heures) dans la phase active.- Ausculter et chronométrer les bruits du cœur fœtal (toutes les heures).- Expliquer à la parturiente les progrès constatés pour la faire participer au bon déroulement du travail.- Apprécier la dilatation du col (effacement-dilatation).- Vérifier la formation de la poche des eaux et son état (plate, bombante, rompue ou non).- Commencer le tracé du partogramme.- Vérifier la progression de la présentation dans la filière pelvienne (descente, engagement du pôle fœtal).- Vérifier la simultanéité des trois phénomènes (dilatation – formation de la poche des eaux et progression du pôle fœtal).- Faire le pronostic de l'accouchement.- Consigner les résultats des examens sur le partogramme et le carnet de santé.- Suivre la progression et la régularité du travail par le tracé méthodique du partogramme (inscription des paramètres contrôlés à chaque examen).- Vérifier la couleur du liquide amniotique lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux (clair – teinté séro sanguinolent - sanguinolent).- Vérifier l'absence de procidence du cordon après la rupture de la poche des eaux.- Vérifier les modifications des bruits du cœur fœtal.- Surveiller l'engagement et la descente de la présentation.- Prendre un abord veineux systématique au cathéter avec sérum glucosé 5%.- Appliquer des traitements médicamenteux si nécessaire.- Vérifier la vessie et faire un sondage vésical au besoin ou passer le bassin de lit à la demande.- Référer au besoin selon l'évolution du travail ou faire appel au Gynécologue-accoucheur. |
|---|

ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Préparer le matériel d'accouchement nécessaire. |
|---|

- Préparer le matériel nécessaire pour la réanimation du nouveau-né.
 - Préparer le matériel pour une épisiotomie préventive.
 - Installer la parturiente en position obstétricale.
 - Faire le lavage chirurgical des mains.
 - Porter des gants stériles.
 - Préparer la parturiente (ébarbage des poils du pubis – toilette vulvaire avec des antiseptiques).
 - Faire le sondage vésical.
 - Expliquer à la parturiente la conduite à tenir pendant l'expulsion.
 - S'assurer de la dilatation complète du col.
 - S'assurer que la présentation (tête ou siège appuie bien sur le périnée).
 - Expulsion : phase active pour la mère (elle ne doit pas durer plus de 30 secondes).
 - Apprécier les efforts expulsifs.
 - Demander à la parturiente de se reposer et de bien respirer entre les contractions utérines.
 - Encourager les efforts expulsifs.
 - Surveiller le périnée pendant les efforts expulsifs.
 - Chronométrer les bruits du cœur fœtal (de façon régulière).
 - Surveiller la distension du périnée et son blanchissement.
 - Pratiquer une épisiotomie préventive si nécessaire pour éviter les déchirures.
 - Maintenir l'occiput de la main gauche.
 - Accrocher le menton de la main droite à travers le périnée.
 - Remonter l'occiput progressivement.
 - Demander à la parturiente de ne plus pousser mais de se détendre et pratiquer une respiration superficielle haletante.
 - Dégager lentement la tête fœtale par déflexion progressive.
 - Maintenir la sortie de l'occiput par la main gauche.
- Faire apparaître successivement au niveau de la commissure postérieure de la vulve :*
- le front ;
 - les yeux ;
 - la bouche et enfin
 - le menton.
- Dégager la tête selon l'axe du dos.
 - S'assurer de l'accomplissement de la rotation externe.
 - Amener l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne.
 - Saisir la tête à deux mains, y exercer une traction douce vers le bas pour (dégager l'épaule antérieure) puis vers le haut pour (dégager progressivement l'épaule postérieure tout en surveillant le périnée) et enfin à l'horizontale pour (dégager le tronc et le siège ; le nouveau-né doit crier immédiatement).
 - Saisir les pieds au moyen d'un champ stérile tête en bas et nuque maintenue (position déclive). Cette position favorise le drainage du liquide amniotique inhalé et évite la déglutition du liquide amniotique et des mucosités dans les voies aériennes supérieures.
 - Désobstruer les voies aériennes supérieures du nouveau-né.

- Aspirer les sécrétions nasales et buccales pour libérer les voies respiratoires par une sonde d'aspiration.
- Pincer, ligaturer et sectionner le cordon ombilical.
- Réanimer si besoin le bébé en salle de réanimation du nouveau-né.
- Soulever le nouveau-né et le montrer à sa mère.
- Déposer le nouveau-né sur le ventre de sa mère.
- Demander à la mère de maintenir le nouveau-né et pour une mise au sein immédiate.
- Apprécier l'état du nouveau-né par la recherche des cinq (05) critères (cri – coloration – battements cardiaques – respiration – tonus) noter chacun de 0 à 2 selon la cotation (score d'Apgar) à 1 seconde, 5 secondes et 10 mn.
- Examiner le cordon ombilical (gras, maigre) présence d'une artère et de deux veines.
- Noter au dossier la date, l'heure de naissance et le sexe du nouveau-né.
- Donner les premiers soins au nouveau-né.
- Toilette, soins des yeux (1 goutte de collyre antibiotique pour éviter les risques d'ophtalmie purulente).
- Peser le nouveau-né (poids normal – hypotrophie gros nouveau né).
- Mesurer la taille (50 cm) le périmètre crânien du nouveau-né (34 cm) ; périmètre thoracique.
- Prendre la température du nouveau-né.
- Rechercher les réflexes archaïques (suction, marche automatique).
- *Examiner le nouveau-né à la recherche de :*
- bosse séro-sanguine, céphalématome ;
- malformations congénitales :
 - doigts surnuméraires ;
 - freins de langue ;
 - luxation congénitale de la hanche ;
 - atrésie des choanes ;
 - atrésie oesophagienne ;
 - imperforation anale etc ;
 - traumatisme :
 - fracture de la clavicule.
 - élongation du plexus brachial ;
 - spina bifida

	<ul style="list-style-type: none"> - Soins au nouveau-né. - Faire la vitamine K1 au nouveau-né en cas de risque hémorragique. - Faire la toilette au nouveau-né. - Habiller le nouveau-né. - Le maintenir au chaud. - Mettre autour du poignet du nouveau-né le bracelet d'identification avec nom et prénom de la mère ; date et heure de l'accouchement. - Le mettre sur le côté pour faciliter l'écoulement des sécrétions. - Surveiller attentivement pour détecter et signaler (une cyanose, une gêne respiratoire ou un tirage, tout gémissement signalant une souffrance néonatale). - Déclarer la naissance dans le registre de déclaration. - Enregistrer toutes les étapes importantes au registre d'accouchement.
--	--

**PROTOCOLE DE LA DELIVRANCE NORMALE
(Période de la délivrance)**

I- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Surveiller l'écoulement vulvaire.
- Vérifier le décollement placentaire.
- Aider à l'expulsion du placenta (la délivrance).
- Vérifier le délivre (le placenta).

	PROTOCOLES
<i>Délivrance normale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Informer l'accouchée du soin. - Faire uriner l'accouchée ou la sonder si nécessaire. - Surveiller la vulve de la parturiente (écoulement sanguin). - Surveiller le pouls et la tension artérielle de la parturiente. - Vérifier le décollement du placenta. - Exprimer le fond utérin afin d'expulser le placenta du vagin sans jamais tirer sur le cordon. - Noter le mode d'expulsion (Baudelocque ou Duncan). - Recueillir le placenta dans un plateau stérile. - Examiner le placenta, l'intégrité des cotylédons, la face fœtale, la face maternelle, le cordon et les membranes. - Mesurer le cordon et les membranes, le noter sur la feuille de surveillance (si petite membrane inférieure à 9 cm faire une révision utérine). - Peser le placenta. - Noter le poids du placenta. - S'assurer de la bonne rétraction de l'utérus (ferme à la palpation : c'est le globe de sécurité). - Faire une légère expression sur l'utérus afin d'évacuer les caillots.

	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre un sac de sable sur l'abdomen au besoin. - Faire la toilette vulvaire. - Réparer le périnée si déchirure simple ; si déchirure compliquée, référer. - Changer le linge souillé. - Mettre la parturiente au propre. - Garnir la vulve avec une garniture stérile. - Allonger avec précaution la mère, tête à plat, bras le long du corps et jambes allongées. - Prendre le pouls, la tension artérielle, la température. - Faire une injection d'ocytocine ou de méthergin au besoin. - Mettre systématiquement le nouveau-né au sein au cours des trente premières minutes. - Garder et surveiller la mère 2 à 3 heures de temps en salle d'accouchement. - Se laver les mains. - Remplir la fiche ou la carte maternelle et le carnet ainsi que le registre d'accouchement et le registre de déclaration de naissance.
--	--

PROTOCOLE DES SUITES DE COUCHES SOINS POST-NATAUX

I- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Surveiller les constantes ou signes vitaux.
- Surveiller l'état de l'utérus et l'écoulement des lochies.
- Faire les soins vulvaires.
- Surveiller le nouveau-né.
- Surveiller la montée laiteuse.
- S'assurer de l'absence de tout signe anormal.

	PROTOCOLE
<i>Les suites de couches immédiates</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer le matériel nécessaire. - Transférer la parturiente en salle d'hospitalisation après deux (02) à trois (03) heures de surveillance. - Prendre connaissance du dossier de la salle d'accouchement. - Prescrire et donner des soins spécifiques (sérum anti D par exemple). - Prendre les constantes (température, tension artérielle, pouls). - Apprécier la consistance et la position du globe utérin. - Signaler toutes formes d'hémorragies. - Examiner les pertes sanguines (quantité – couleur - odeur). - Vérifier la sécrétion lactée. - Mettre le nouveau-né au sein. - Effectuer le lever précoce.
<i>Dans les heures qui suivent et de 7 à 8 jours</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre les constantes (température, tension artérielle, pouls, diurèse) deux fois/jour. - Apprécier l'involution utérine. Surveiller l'état du périnée s'il y a épisiotomie ou déchirure du périnée réparée. - Surveiller les œdèmes des lèvres, de la vulve. - Surveiller l'aspect des lochies (ne doivent pas être fétides ni purulentes)

	<ul style="list-style-type: none"> - Faire la toilette vulvaire avec de gants stériles. - Surveiller les membres inférieurs (oedèmes – varices). - Surveiller les seins et signaler toutes anomalies au médecin (hyperthermie – tension mammaire). - Dépister les anomalies mammaires (crevasses, engorgement mammaire, lymphangite, abcès du sein). - Expliquer à la mère comment allaiter le nouveau-né. - Surveiller les signes vitaux du nouveau-né (température - respiration – coloration – réflexe archaïque). - Vérifier son alimentation. - Donner de la Vitamine A. - Faire le pansement ombilical tous les deux jours ou tous jours (si pansement infecté ou mouillé). - Donner des conseils hygiéno-diététiques à la mère. - Entretenir avec l'accouchée sur un allaitement maternel Exclusif jusqu'à 6 mois. - Orienter l'accouchée vers une consultation d'enfant sain pour les vaccinations du nourrisson et de planning familial. - Donner un rendez-vous. - Remplir la fiche ou carte maternelle, le carnet de santé, le registre.
--	---

PROTOCOLE DE LA CONSULTATION POST-NATALE

I- OBJECTIFS SPECIFIQUES

Détecter et traiter à temps :

- les infections du post partum ;
- les affections mammaires.

	PROTOCOLE
<i>La consultation post natale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Accueillir avec déférence la mère. - Vérifier le carnet de santé. - Se laver les mains. - Prendre les constantes (température – tension artérielle). - Rechercher l'anémie. Examen les seins à la recherche d'un engorgement mam-maire, d'une lymphangite, d'une mammite, d'un abcès de seins, des fissures et des crevasses du mamelon. - Faire un palper abdominal à la recherche d'une douleur (endométrite) - Inspecter le périnée, les oedèmes des lèvres, l'aspect des lochies, les bourrelets hémorroïdaires, les hématomes, les lâchages éventuelles des points de suture. - Examiner les membres inférieurs à la recherche des varices, phlébites, examen gynécologique. - Apprécier la fermeture du col et l'involution utérine. - Donner des conseils : <ul style="list-style-type: none"> • sur l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six (06) mois ; • vérifier si prise de vitamine A par la mère ; • hygiéno-diététique ; • sur la planification familiale.

	<ul style="list-style-type: none"> - Faire les mêmes démarches du 15^{ème} jour au 45^{ème} jour et ajouter l'examen au spéculum. - Demander à la mère la date de son retour de couche (1^{ères} menstrues après l'accouchement). - Vérifier le carnet de vaccination du nouveau-né et orienter la maman vers le service de vaccination. - Lui appliquer la méthode contraceptive choisie ou l'orienter vers un centre de Planning Familial. - Se laver les mains. - Lui donner rendez-vous si nécessaire. - Remplir le carnet de santé et la fiche maternelle et la carte de Planning Familial au besoin. - Remercier la cliente et lui dire au revoir.
--	--

PROTOCOLE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

I- OBJECTIF SPECIFIQUE

Donner à la parturiente et à son conjoint l'opportunité de gérer efficacement leur fécondité.

PROTOCOLE	
<i>Planning familial</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Recevoir la cliente et ou son conjoint. - Interrogatoire (préciser la date du retour de couches) : <ul style="list-style-type: none"> • préciser et approfondir le motif de la visite ; • rechercher les antécédents médicaux (diabète – hyper-tension – cardiopathie - ictère) ; • insister sur l'histoire de la dernière grossesse et du dernier accouchement ; • assurer les conjoints de la confidentialité de l'entretien ; • faire un counseling (entretiens individuels spécifiques et appropriés). - Se laver les mains. - Pratiquer un examen général et gynécologique. - Apprécier le choix de la cliente (conjoint) au vu des résultats. - Donner toutes les informations relatives à la méthode choisie. - Fournir la méthode. - Expliquer l'importance du respect des rendez-vous. - Donner un rendez-vous. - Remercier la cliente et lui dire au revoir.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Se laver les mains.- Remplir la carte de Planning Familial et autres supports de données. |
|--|--|

PROTOCOLE DE LA CONSULTATION D'ENFANTS SAINS

I- OBJECTIFS

- Assurer le suivi de la croissance staturo-pondérale et du développement psychomoteur du nouveau-né.
- Détecter les malformations secondaires chez le nouveau-né.
- Prévenir les maladies les plus courantes, paludisme, les maladies cibles du PEV, la malnutrition.

	PROTOCOLE
<i>Consultation d'enfants sains</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Recevoir la mère. - L'interroger. - Se laver les mains. - Prendre systématiquement la température. - Examiner l'enfant. - Apprécier le développement staturo-pondéral, le développement prépondéral et le développement psychomoteur de l'enfant (prendre poids, taille, périmètre crânien). - Tracer la courbe de croissance avec explication à la mère. - Vérifier l'état vaccinal de l'enfant. - Pratiquer la vaccination au besoin. - Traiter l'enfant si possible selon le diagnostic établi. - Référer l'enfant vers un centre pédiatrique pour sa prise en charge en cas de maladie. - Donner des conseils sur l'alimentation et l'entretien de l'enfant (faire un supplément en vitamine A dès l'âge de 6 mois). - Sensibiliser la mère sur la planification familiale. - Expliquer à la maman le respect du rendez-vous. - Donner la date du rendez-vous. - Vérifier la carte de vaccination de l'enfant. - Lui rappeler la date du rendez-vous. - Remercier la mère et lui dire au revoir. - Se laver les mains. - Remplir la carte de consultation de l'enfant.

PROTOCOLE D'UNE SEANCE EDUCATIVE

I- OBJECTIFS

- Informer les femmes sur les problèmes de santé de leur localité.
- Susciter un changement de comportement pour une amélioration de l'état de santé de la communauté.

	PROTOCOLE
<p><i>Méthodologie CCC (Communication pour un Changement de Comportement)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire l'étude du milieu : <ul style="list-style-type: none"> • analyser les données ; • identifier les problèmes prioritaires avec la participation de la communauté ; • identifier les facteurs comportementaux. - Elaborer le programme d'activités IEC/CCC. - Fixer les objectifs généraux et éducationnels par rapport aux comportements liés aux problèmes identifiés. - Définir les stratégies. - Identifier les ressources : <ul style="list-style-type: none"> • humaines ; • matérielles ; • financières - Etablir le chronogramme d'activités.

XII- OBJECTIFS

- Contribuer au changement de comportement dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

	PROTOCOLE
<p><i>Réalisation d'une séance éducative</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rédiger la fiche pédagogique. - Inviter la population cible en utilisant les moyens de communication disponibles. - Apprêter le site. - Accueillir la population. - Enoncer le thème et le sous-thème. - Enoncer les objectifs éducationnels. - Faire ressortir l'intérêt du message. - Recueillir l'avis de l'assistance. - Transmettre le message. - Evaluer à mi-parcours en posant des questions. - Renforcer et encourager les bonnes réponses. - Maintenir l'attention de tout le monde tout au long de la séance. - Gérer le temps (15 à 25 minutes). - Evaluer les connaissances et reformuler les questions au besoin. - Susciter des activités de réinvestissement. - Remercier et donner la date du prochain rendez-vous. - Annoncer le prochain thème avec le lieu, la date et l'heure de la rencontre.

I- DEFINITION

C'est le nettoyage aseptique ou antiseptique du vagin. L'irrigation précède tout traitement gynécologique, mais est souvent utilisée pour combattre l'infection génitale. Elle peut être neutre ou médicamenteuse.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTEES :

Etre capable :

- de faire une irrigation vaginale ;
- d'avoir une connaissance et une compréhension globale de l'appareil génital de la femme ;
- D'exécuter la technique d'irrigation vaginale ; avec compétence et asepsie.

III- POPULATION CIBLE

- Femme en âge de procréer.
- Accouchée.
- Opérée (césarienne, laparotomie).
- Curetée.
- Malade ayant une infection génitale.

IV- MATERIEL

- a) Un bock à irrigation avec caoutchouc pour la solution d'irrigation (eau stérile, solution physiologique, permanganate de potassium etc.
- b) Un tube stérile, une pince à tube et un tube connecteur si nécessaire.
- c) Une canule longue pour l'irrigation vaginale.
- d) Deux récipients à tampons.
- e) Une pince à tampons.
- f) Un bassin de lit.
- g) Des champs ou serviettes pour protéger le lit.
- h) Des tampons antiseptiques.
- i) Des gants stériles.
- j) Une solution pour la désinfection (Bétadine).
- k) Alèze en toile cirée ou caoutchouc.
- l) Thermomètre spécial.
- m) Champs troués.

V- DESCRIPTION PRECISE ET DIFFERENTES ETAPES (VOIR FICHE TECHNIQUE)

VI- LISTES DES RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE.

❖ Risques liés au malade :

- évolution de l'infection ;
- irritation des parois vaginales ;

- blessure au niveau du col.

❖ **Risques liés au prestataire :**

- sanction punitive ;
- poursuite judiciaire.

ETAPE	FICHE TECHNIQUE
1	<ul style="list-style-type: none"> - Laver les mains avec de l'eau et du savon. - Les essuyer avec une serviette individuelle propre.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Approchez-vous de la patiente, identifiez là et expliquez-lui la technique. - La rassurer.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer la cliente, lui demander d'uriner. - Tirer les rideaux ou le paravent pour lui procurer son intimité. - L'installer confortablement.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvrir le plateau pour irrigation. - Remplir le bock à lavement avec la solution prescrite. - Vérifier la température de la solution qui doit rester entre 40,5°C et 43,3°C. - Verser de l'eau distillée tiède dans un des deux petits récipients contenant des tampons et une solution de bétadine ou autre désinfectant dans l'autre récipient à tampons.
5	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre les gants stériles. - Ajuster la canule sur le tube de drainage. - Vérifier le bon fonctionnement du bock + canule. - Clamper avec la pince le caoutchouc. - Placer le champ troué. - Lui placer le bassin de lit. - Placer les deux (2) récipients sur le lit entre les jambes de la patiente.
6	<p><u>Faire la toilette vulvaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nettoyer la vulve avec du tampon imbibé d'eau. Avec la pince prendre le tampon avec un mouvement vertical dirigé vers le bas ; ne jamais aller du bas vers le haut. - A chaque mouvement, jeter le tampon. - Désinfecter région par région (pubis, grande lèvre, petite lèvre, l'orifice vaginale). - Rincer et assécher.
8	<p><u>Refaire la désinfection vulvaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Répéter exactement l'étape sept (7) en vous servant de la solution désinfectante (bétadine ou antiseptique)
9	<p><u>Introduire la canule d'irrigation dans l'orifice vaginal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecarter les petites lèvres avec le pouce et l'index pour visualiser l'orifice vaginal jusqu'à ce que la canule soit introduite.

10	<p><u>Irriguer le vagin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Agir délicatement pour ne pas faire du mal à la patiente. - Ouvrir la pince pour que la solution s'écoule, avec la canule faire les mouvements de rotation continue pour atteindre tous les plis vaginaux.
11	<p><u>Cesser l'irrigation vaginale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fermer la canule avant l'écoulement complet de la solution. - Retirer la canule et mettre dans le plateau. - Retirer les deux (2) récipients d'entre les jambes de la patiente et les remettre dans le plateau. - Enlever le champ troué.
12	<ul style="list-style-type: none"> - Aider la patiente à s'asseoir pour permettre l'écoulement de la solution d'irrigation restant dans le vagin. - S'il s'agit d'une parturiente alitée, nettoyer et assécher le vagin et la vulve avec des compresses stériles montées sur pinces.
13	<p><u>Procurer le confort et la Sécurité de la patiente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assécher complètement la région vulvaire de la patiente en se servant de la serviette qui recouvrait le plateau. - Enlever le bassin de lit. - Remplacer la literie souillée au besoin. - Installer confortablement la patiente dans son lit.
14	<p><u>Ranger le matériel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre le matériel utilisé dans l'eau de décontamination (solution chlorée à 0,5 %). - Laisser la chambre propre. - Laver les mains et sécher avec la serviette individuelle propre . - Passer une lotion adoucissante si possible.
15	<p>Rapporter et enregistrer l'acte dans le dossier de la patiente.</p> <p><u>NB</u> : <i>L'irrigation dure en moyenne dix (10) minutes ou plus selon la quantité de la solution utilisée.</i></p>

I- DEFINITION

Le cathétérisme vésical est une technique aseptique exécutée sur prescription médicale qui consiste à introduire le cathéter (tube droit) dans la vessie pour évacuer les urines, quand toutes les mesures de Nursing pour aider à l'élimination ont échoué ou pour faire un prélèvement stérile des urines.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTEES

- Prélever un spécimen stérile d'urine.
- Diminuer la distension de la vessie du malade incapable d'urine.
- Mesurer le résidu vésical.
- Permettre de drainer l'irrigation ou l'installation d'une solution chimique lors de l'insertion d'une sonde à demeure dans la vessie.
- Préparer la malade à une intervention chirurgicale ou à un Accouchement.
- Aider le malade incontinent à réentraîner ses sphincters.
- Maintenir la propreté et la sécheresse de la région génitale après un accouchement ou une intervention chirurgicale telle une réparation vaginale, une résection abdomino-périnéale, un accouchement difficile etc.
- Dilater les rétrécissements urétraux.
- Empêcher les difformités consécutives à la chirurgie sur l'urètre.

III- INDICATIONS

- Malade comateuse, inconsciente.
- Malade incontinente.
- Malade incapable d'uriner.
- Malade qui doit subir une intervention chirurgicale, césarienne, un accouchement difficile.
- Une dysgravidique.
- Une malade chez qui on veut faire un prélèvement stérile.

IV- MATERIEL

Un plateau contenant :

- un cathéter à usage unique et stérile ;
- des tampons d'ouate pour la désinfection ;
- du lubrifiant ;
- une bouteille à spécimen avec un couvercle et une étiquette ;
- une solution antiseptique ;
- un contenant pour recevoir l'urine ;
- des champs stériles ;
- des pinces stériles ;
- des gants stériles ;
- eau de décontamination ;
- des compresses stériles ;
- une lampe baladeuse.

V- DESCRIPTIFS PRECIS (voir fiche technique)

VI- SURVEILLANCE

- Surveiller la réaction de la malade.
- La sortie des urines.
- vérifier si le cathéter est réellement dans la vessie.
- Nettoyer les organes génitaux et la région entourant le méat urinaire au moins deux fois par jour avec une solution antiseptique ou de l'eau ou du savon doux, pour les cathéters à demeure, afin d'empêcher le cathéter de s'encroûter (risque d'infection urinaire).

LISTES DES RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE

❖ Les risques pour le malade

- Infection.
- Perforation de la vessie.
- Irritation ou blessure du méat urinaire.
- Douleur au niveau du méat urinaire ; cette technique peut causer de l'embarras et de l'anxiété au malade.

ETAPES	FICHE TECHNIQUE DU CATHETERISME VESICAL CHEZ LA FEMME
1	- Laver les mains au savon et à l'eau, les essuyer.
2	- Informer la cliente, lui expliquer le mécanisme, la rassurer et l'encourager. - Lui procurer son intimité en tirant les rideaux autour de son lit et en fermant la porte.
3	- Elever le lit à une bonne hauteur de travail afin de vous éviter des douleurs au dos en travaillant. - Baisser le côté de lit de votre côté et rapprocher la cliente du côté proximal du lit
4	- Installer la cliente en décubitus dorsal, genoux fléchis, pied à plat sur le lit et draper la comme un examen vaginal. - Utiliser une lampe pour obtenir un bon éclairage.
5	- Ouvrir le plateau et placer-le sur le lit entre les jambes de la cliente près du périnée à trente (30) centimètres (cm). - Se souvenir de la technique stérile, avec les mains propres, ouvrir le plateau en tenant l'extérieur de l'enveloppe.
6	Préparer l'aire de travail
	- Porter les gants. - Glisser le champ stérile sous les fesses de la cliente, sans souiller vos gants. - Placer un autre champ stérile sur le pubis, de préférence un champ troué, placer l'ouverture vis-à-vis de la région génitale.
7	- Verser la solution antiseptique sur les tampons d'ouate. - Ouvrir le lubrifiant et en mettre sur un tampon d'ouate. - Placer la bouteille à spécimen stérile sur le côté du plateau en vous assurant que le couvercle est enlevé.
8	- Ecarter les lèvres et exposer le méat urinaire. - A l'aide d'une pince prendre un tampon imbibé d'antiseptique et nettoyer la région génitale avec un seul mouvement de haut vers le bas.
9	- En vous servant d'une pince prendre le cathéter à environ huit (8) centimètres (cm) de son extrémité distale.
	- Appliquer une bonne quantité du lubrifiant sur la portion proximale du

10	cathéter. - Repérer le méat urinaire et insérer délicatement le cathéter.
11	- Recueillir les urines dans un spécimen d'urine.
12	- Retirer le cathéter. - Ranger le matériel. - Installer confortablement la cliente.
13	- Etiqueter le spécimen d'urine. - Envoyer si nécessaire au laboratoire pour culture.
14	- Enregistrer le tout au dossier et noter toutes les réactions de la malade.
15	- Se laver les mains (voir fiche technique de technique aseptique du lavage des mains).

I- DEFINITION :

Le périnée est la région du corps fermant en bas le petit bassin traversé par la terminaison des voies urinaires, génitales et digestives. C'est l'ensemble des parties molles situées au-dessous du diaphragme pelvien.

La toilette du périnée est le soin de propreté qui consiste à assurer l'hygiène et le confort de la cliente, en nettoyant la région périnéale à l'eau et au savon doux ou antiseptique.

II- OBJECTIFS OU RESULTATS ESCOMPTES :

- Contribuer au bien-être et à la guérison de la cliente.
- Assurer l'hygiène et le confort de la cliente.
- Prévenir la contamination ou l'infection de la région génitale anale
- Eliminer les sécrétions et les odeurs.
- Assurer une bonne cicatrisation de l'épisiotomie ou de la déchirure.

III- POPULATION CIBLE

- Malade.
- Femme en âge de procréer.
- Accouchée simple.
- Accouchée chez qui on a réalisé une épisiotomie.
- Accouchée qui a eu une déchirure périnéale.
- Une opérée.
- Une malade comateuse ou grabataire.
- Une malade alitée.

IV- MATERIEL

- Un bock.
- Six (6) compresses ou tampon de coton au minimum.
- Une pince.
- Un antiseptique.
- Un bassin de lit.
- Un haricot.
- Un plateau propre.
- Les serviettes jetables.
- Des gants stériles.
- De l'eau tiède.
- Un coussinet absorbant.
- Un slip ou garniture.
- Poubelle.
- Solution de décontamination.

V- DESCRIPTIFS PRECIS : (Voir fiche technique)

VI- SURVEILLANCE

- Eviter d'éclabousser la cliente.
- L'amener à coopérer au procédé sans trop d'embarras.
- Eviter de faire mal.
- Surveiller les réactions de la cliente.

VII- LISTE DES RISQUES POTENTIELS LIES A L'APPLICATION DU PROTOCOLE

- Blessure.
- Irritation.
- Désunion de la cicatrice.
- Accrochage du fils de réfection de l'épisiotomie par le tampon ou la pince.

ETAPES	FICHE TECHNIQUE DE LA TOILETTE DU PERINEE CHEZ LA FEMME
1	Se laver les mains à l'eau et au savon, essuyer avec une serviette propre.
2	Réunir le matériel : <ul style="list-style-type: none">- un bock ;- six (6) compresses ou tampon de coton au minimum ;- une pince ;- un antiseptique ;- un bassin de lit ;- un haricot ;- un plateau propre ;- les serviettes jetables ;- de l'eau tiède ;- un coussinet absorbant- un slip ou garniture ;- poubelle.
3	- S'approcher de la cliente, l'identifier, lui expliquer ce que vous allez faire et obtenir sa coopération.
4	- Lui procurer son intimité en fermant la porte, les rideaux ou mettre les paravents.
5	- la mettre en décubitus dorsal genoux fléchis.
6	- La recouvrir d'un drap pour prévenir toute exposition indue.
7	- Glisser un coussinet absorbant sous son siège avant de placer le bassin de lit entre le coussinet et son siège.
8	- Vider l'eau tiède directement sur la région périnéale.
9	<ul style="list-style-type: none">- Utiliser un à un les tampons imbibés d'antiseptique et essuyer doucement du pubis à l'anus, une seule fois avec chaque tampon, pour nettoyer le périnée.- Les mouvements doivent être doux pour éviter douleurs et inconfort. Jeter les tampons dans le haricot.

10	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les serviettes jetables ou les tampons secs pour assécher le périnée en allant du périnée à l'anus, une fois avec chaque tampon ou serviette jetable.
11	<ul style="list-style-type: none"> - Enlever le bassin de lit, les draps de bain, changer le drap de dessus et remplacer les couvertures.
12	<ul style="list-style-type: none"> - Enlever les tampons, gazes, serviettes de papiers, pansements souillés, envelopper les articles dans du papier et les jeter à la poubelle.
13	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller au confort de la cliente. - Lui placer sa garniture si besoin ou lui porter son slip.
14	<ul style="list-style-type: none"> - Se laver les mains. - Laver le matériel. - Le ranger. - Enregistrer toutes les informations et le soin fait dans le dossier de la cliente.
15	<ul style="list-style-type: none"> - la remercier et lui dire au revoir.

PROTOCOLES DES SOINS DU CLIENT MOURANT ET SOINS POST MORTEM

I- DEFINITION

La mort : c'est la cessation complète et définitive de la vie. Elle provoque de l'inquiétude et de la crainte chez tous les individus.

II- OBJECTIFS

- Visiter souvent les clients à traverser les différentes phases ;
- Aider les clients à traverser les différentes phases du processus de leur mort ;
- Avoir la confirmation ou le certificat du client avant toute action ;
- Lui montrée votre appui et votre intérêt pour sa personne ;
- Avoir envers lui des attitudes de soins infirmiers réconfortants.

III- POPULATION CIBLE

Tout client ou cliente.

IV- MATERIEL

- Matériel pour toilette
- Bac pour recueillir le linge souillé
- Habits
- Etiquette d'identification
- Linceul
- Gants
- Compresse (10 × 10), tampons d'ouate
- Fiche pour inscrire les objets de valeur.

V- DESCRIPTIFS PRECIS POUR LE DEROULEMENT DE L'ACTION

- Rassembler l'équipement nécessaire et l'apporter dans la chambre.
- Travailler dans l'intimité, fermer la porte.
- Laver les mains.
- Elever le lit à une bonne hauteur de travail et le mettre à plat.
- Placer le corps en position de décubitus dorsal comme durant le sommeil et aussitôt que possible, pour éviter la rigidité cadavérique, fermer les yeux avec des tampons d'ouate et les appliquer par dessus les paupières.
- Mettre le bras de chaque côté, les paumes tournées vers le matelas ou croisé sur le corps.
- Fermer la bouche en plaçant une serviette roulée en forme de cylindre sous le menton si elle ne se ferme pas.

- Bouger doucement le corps afin d'éviter les ecchymoses et les blessures.
- Enlever les bijoux (bague, bracelets, chaîne, boucle d'oreille) et autres objets de valeur ; en faire une liste et les garder en inscrivant le nom du client et de la personne à qui les objets ont été remis.
- S'assurer que tous les objets personnels du défunt sont mis en sécurité.
- Laver le corps.
- Brosser et peigner les cheveux.
- Prendre soins des divers tubes de drainage en prenant soin de dégonfler les ballonnets avant d'enlever les tubes pour ne pas blesser les tissus.
- Changer les pansements souillés par des pansements propres, enlever les marques de ruban adhésif.
- Habiller le corps.
- Identifier le corps en inscrivant sur les étiquettes le nom du client, son âge, son sexe, la date, le numéro du dossier, son numéro de chambre et le nom du médecin traitant.
- Attacher l'étiquette à son poignet ou à sa cheville.
- Placer le corps sur un linceul ou un pagne.
- Transporter le corps à la morgue ou dans une chambre isolée.
- Défaire la chambre du client.
- Nettoyer la chambre.
- Enregistrer le tout au dossier (transfert à la morgue, lieu ou personne à qui les objets de valeur ont été remis).

PLAN DES CHEK LISTS POUR EVALUATION DES SOINS INFIRMIERS ET OBSTETRICAUX

- 1 : Doit être amélioré.
- 2 : Exécutée avec compétence.
- 3 : Maîtrise parfaite.

ETAPES/TACHES	NIVEAU D'EXECUTION DES ETAPES/TACHES		
	1	2	3