

Département de
médecine de famille et
de médecine d'urgence
Faculté de médecine

Université 
de Montréal
et du monde.

GUIDE DES PROCÉDURES ET HABILETÉS TECHNIQUES



TABLE DE MATIÈRES

MODULE 1	8
CRYOTHÉRAPIE DES LÉSIONS CUTANÉES	9
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	9
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	9
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	9
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	10
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	10
FROTTIS CERVICO-VAGINAL	11
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	11
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	11
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	11
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	12
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	12
INJECTIONS IM, S/C, SOUS-DERMIQUES	13
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	13
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	13
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	14
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	15
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	15
INFILTRATION D'ANESTHÉSIQUE LOCAL	16
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	16
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	16
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	17
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	18
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	18
EXERSE DE CERUMEN OU CE OREILLE	19
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	19
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	19
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	20
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	20
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	20
REPARATION DE LACERATIONS :	21
SUTURES SIMPLES	21
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	21
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	21
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	22
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	23
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	24

REPARATION DE LACERATIONS :	25
COLLE ADHÉSIVE	25
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	25
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	25
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	25
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	26
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	26
DEFIBRILLATION CARDIAQUE CARDIOVERSION	27
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	27
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	27
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	27
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	28
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	29
VENTILATION PAR MASQUE ET BALLON	30
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	30
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	30
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	30
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	31
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	31
MODULE 2	32
INCISION ET DRAINAGE D'UN ABCES ET PANARIS	33
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	33
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	33
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	34
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	38
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	39
ACCOUCHEMENT VAGINAL NORMAL	40
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	40
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	40
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	40
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	41
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	41
RÉPARATION DE LA LACÉRATION	42
PÉRINÉALE SUIVANT UN ACCOUCHEMENT VAGINALE	42
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	42
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	42
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	42
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES	44
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER	44
GESTION INITIALE DE LA DYSTOCIE DES EPAULES	45

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	45
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	45
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	45
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	45
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	46
MASSAGE UTERIN POUR L'HEMORRAGIE.....	47
DU POST PARTUM.....	47
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	47
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	47
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	48
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	49
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	49
BIOPSIE CUTANÉE	50
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	50
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	50
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	51
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	52
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	52
EXCISION DE LÉSIONS DERMIFIQUES DONT LE KYSTE SEBACE	53
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	53
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	53
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	54
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	54
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	54
DÉBRIDEMENT D'UNE PLAIE	56
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	56
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	56
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	56
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	57
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	57
BLOC DIGITAL	59
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	59
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	59
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	59
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	60
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	60
POSE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN.....	63
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	63
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	63
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	63

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	65
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	65
INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF	68
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	68
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	68
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	68
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	70
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	70
RETRAIT D'IMPLANT CONTRACEPTIF	71
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	71
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	71
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	71
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	72
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	72
BIOPSIE DE L'ENDOMETRE	73
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	73
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	73
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	74
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	76
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	77
INSTALLATION D'UNE SONDE NASO-GASTRIQUE	78
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	78
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	78
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	78
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	80
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	80
INSTALLATION D'UNE SONDE URINAIRE	81
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	81
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	81
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	81
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	82
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	82
INJECTION DANS L'ARTICULATION (GENOU)	83
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	83
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	83
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	83
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	84
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	84
INJECTION DANS L'ARTICULATION (ÉPAULE)	85
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	85

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	85
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	85
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	86
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	86
MODULE 3	87
ONYCECTOMIE PARTIELLE OU COMPLETE	88
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	88
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	88
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	89
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	90
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	90
EXERESE D'UN CORPS ETRANGER DE L'ŒIL	91
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	91
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	91
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	91
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	92
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	93
INTUBATION ENDOTRACHEALE.....	94
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	94
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	94
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	95
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	96
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	96
INSERTION D'UNE VOIE PERIPHÉRIQUE, CENTRALE OU INTRA-OSSEUSE.....	97
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	97
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	97
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	99
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	104
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	104
RÉDUCTION D'UNE FRACTURE OU LUXATION.....	105
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	105
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	105
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	105
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	107
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	108
POSE D'UNE ATTELLE/POSER ET ENLEVER UN	109
PLÂTRE.....	109
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	109
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	109
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	109

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	110
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	110
DÉCOMPRESSION D'UN PNEUMOTHORAX À	111
L'AIGUILLE.....	111
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	111
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	111
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	111
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	112
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	112
PONCTION LOMBAIRE.....	113
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	113
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE	113
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE	113
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	116
RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER.....	116
RÉFÉRENCES SUPPLÉMENTAIRES.....	117
REMERCIEMENTS	118

MODULE 1

PROCÉDURES ET HABILETÉS TECHNIQUES

Période de la résidence | 4-6 mois

Temps jalon | 0-7

➔ [Table des matières](#)

CRYOTHÉRAPIE DES LÉSIONS CUTANÉES

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les indications et les contre-indications à la cryothérapie
- Déterminer l'équipement nécessaire afin de réaliser la cryothérapie
- Connaître la technique de cryothérapie et l'adapter en fonction du type de lésion
- Connaître les possibles complications et les conseils post procédure

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Azote liquide avec cryopistolet ou tige montée
- Matériel pour désinfection
- Pansement
- Pince griffe PRN

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Émonder s'il s'agit d'une verrue (grattage avec lame 15 ou curette dermique)
- Temps de congélation = temps de blanchissage et non temps d'application de l'azote:

Tableau 1

Temps de congélation, marge et nombre de cycles gel-dégel selon le type de lésion^{2,5,6}

Lésion	Temps de congélation	Marge	Nombre de cycles de gel-dégel
Verrue plantaire	20 s – 30 s	1 mm – 2 mm	2
Verrue vulgaire	10 s	1 mm – 2 mm	1
Condylome	10 s	1 mm – 2 mm	1
Kératose actinique	5 s – 10 s	1 mm – 2 mm	1
Kératose séborrhéique mince	10 s	1 mm – 2 mm	1
Kératose séborrhéique épaisse	20 s – 30 s	1 mm – 2 mm	1
Acrochordon	5 s – 10 s	1 mm – 2 mm	1
Lentigo solaire	5 s	1 mm – 2 mm	1
Molluscum contagiosum	5 s – 10 s	1 mm – 2 mm	1

- Appliquer directement sur la lésion ou tremper pince griffe dans l'azote PRN puis appliquer aux bases des lésions pour des lésions pédiculées.

- Il est aussi possible d'utiliser un spéculum d'otoscope pour concentrer sur une petite région, en pulvérisant à travers le cône de l'otoscope.
- Refaire q 2-3 semaines PRN. Pour les verrues, si pas d'effet après 4 traitements, envisager une autre méthode et envisager un traitement d'acide salicylique 27% en goutte à appliquer DIE entre les traitements (N.B. il est important d'appliquer l'acide salicylique, le soir, après le bain, après avoir émonder la lésion verruqueuse avec une pièce ponce pour améliorer la pénétration de l'acide salicylique).

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Possible douleur ou sensation de brûlure post procédure.
- Il est possible qu'il y ait un œdème localisé.
- Possible phlyctène hémorragique.
- Possibilité d'appliquer compresses humides fraîches 10 à 15 minutes 3 fois par jour.
- L'infection locale peut aussi se manifester. Possible d'utiliser un onguent antibiotique, comme la bacitracine ou la polymyxine B.
- Complications rares : hypopigmentation ou nécrose (souvent si azote liquide a été appliquée trop longtemps).

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Article : [La cryothérapie pour le meilleur et sans le pire](#), Le Médecin du Québec, volume 48, numéro 5, mai 2013

FROTTIS CERVICO-VAGINAL

➔ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Revoir les indications et les contre-indications d'un frottis cervico-vaginal
- Reconnaître les indications de référer en spécialité lors d'un examen anormal ou d'un résultat anormal

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

Matériel requis :

- Gants non stériles
- Lumière fonctionnelle pour examen gynécologique
- Spéculum vaginal
- Gel Lubrifiant (sans carbomère) au besoin
- Matériel de prélèvement (à adapter selon le test fait dans votre milieu)
 - Prélèvement VPH : balai endocervical + milieu de transport liquide
 - Prélèvement test Pap : cytobrosse + spatule de bois + lame de microscope (double identification requise) + fixatif (pour pap test)
- Requête pour accompagner le prélèvement avec la date et l'heure du prélèvement

Matériel suggéré, à utiliser selon la situation :

- Tige montée
- Tige de culture
- Milieu de transport pour la culture
- Compresses de gaze si saignement

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Pour le prélèvement VPH, s'assurer de l'absence de contre-indications (risque faux négatifs) : utilisation de gel avec carbomère, crème, lubrifiant vaginal ou douche vaginale dans les dernières 24h.
- Obtenir le consentement de la patiente pour procéder à l'examen des organes génitaux
- Demander à la patiente de se coucher sur la table d'examen et lui demander d'avoir les fesses le plus près du bord possible et de mettre les pieds dans les étriers

- Examiner l'anatomie des organes génitaux externes
- Expliquer les gestes techniques à la patiente pendant l'examen
- Insérer délicatement le spéculum vaginal (utilisation d'eau tiède (à préconiser) ou de gel lubrifiant sur les lames extérieur du speculum au besoin seulement de la grosseur d'un pois, puisque le lubrifiant peut résulter en un spécimen insatisfaisant). Malgré cela, il faut s'assurer de veiller au confort de la patiente.
- Repérer le col utérin (demandez à la patiente de mettre ses poings sous ses fesses ou de relever les cuisses sur l'abdomen si le col est difficile à trouver)
- Éliminer l'excès de mucus ou autre écoulement présent au niveau du col
- Procéder au prélèvement selon le test fait dans votre région
 - Prélèvement VPH : Insérez le balai endocervical dans l'ostium du col et faire 5 rotations complètes dans le sens des aiguilles d'une montre en s'assurant que les plus petits poils touchent au col. Rincer le balai le plus rapidement possible dans le contenant comprenant le milieu de transport liquide poussant 10 fois le balai au fond du flacon, puis en tournant vigoureusement le balai dans le flacon de prélèvement. Vous devez par la suite jeter le balai et fermer le flacon de prélèvement.
 - Pap test : faire un tour complet avec la spatule de bois puis un tour complet avec la cytobrosse inséré dans l'ostium du col. Étaler les prélèvements sur la lame de microscope et appliquer le fixatif
- Identifier le prélèvement (double identification)
- Compléter le formulaire de la requête avec les informations cliniques demandées
- Placer le flacon dans un sac à échantillon avec la requête pour que celui-ci soit envoyé au laboratoire

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Aidez la patiente qu'elle pourrait avoir des pertes sanguines légères dans les prochaines heures
- Reconsulter si les saignements sont plus importants ou prolongés

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/depistage-et-offre-de-tests-de-porteur/depistage-du-cancer-du-col-uterus>
- <https://www.youtube.com/watch?v=4PspyytNe3E> (vidéo de la compagnie Hologic, fournisseur des milieux de transport pour le VPH)
- [ENA Provincial](#) (formation « L'examen gynécologique » et « [Prévention clinique: Module – Dépistage du cancer du col de l'utérus par test VPH](#) »)

INJECTIONS IM, S/C, SOUS-DERMIQUES

➔ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Le résident sera capable de :

- Identifier les indications et contre-indications des injections IM, SC et SD
- Énumérer la liste d'équipement nécessaire pour chaque type d'injection, incluant le type et la grosseur de seringue et d'aiguille.
- Choisir la voie d'administration appropriée selon :
 - Le médicament (vaccin, corticostéroïde, insuline, anticoagulant, anesthésique local)
 - L'âge, l'IMC et la condition clinique du patient
- Décrire les **repères anatomiques sécuritaires** pour les principaux sites :
 - Deltoïde, vaste latéral, ventro-glutéal (IM)
 - Abdomen, cuisse, bras (SC)
 - Avant-bras (SD)
 - Adapter le **choix de l'aiguille** (calibre, longueur, angle)
- Comprendre l'impact de la voie d'administration sur :
 - L'absorption
 - Le délai d'action
 - Les effets indésirables
- Reconnaître les situations nécessitant une adaptation de la technique (enfant, personne âgée, patient anticoagulé, obésité, atrophie musculaire)
- Expliquer les risques de complications et conseils post-opératoire.
- Effectuer chaque type d'injection de manière adéquate.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Gants
- Tampon aseptisant (ex. Alcool, chlorhexidine, etc.)
- Aiguille de la bonne longueur et du bon calibre (cf. liste ci-dessous)
- Seringue du bon calibre (cf. liste ci-dessous)
- Médicaments à injecter (ex. Vaccins, insuline, fragmin, tuberculine, etc.)
- Pansement

Intramusculaire (IM) • Seringue : 1–5 ml • Aiguille : 21–23 G • Longueur : 1 à 1½ po (jusqu’à 3 po si obésité) • Angle : 90° • Sites : deltoïde, cuisse, ventro-glutéal • Exemples : vaccins	Sous-cutanée (SC) • Seringue : 1 ml ou stylo • Aiguille : 23–25 G (30 G si injections répétées) • Longueur : 3/8 à ½ po • Angle : 45–90° • Sites : abdomen, cuisse, deltoïde • Exemples : vaccins, insuline, héparine	Sous-dermique / intradermique (SD) • Seringue : 1 ml tuberculine • Aiguille : 26–27 G • Longueur : 3/8 à ½ po • Angle : 5–15° • Site : avant-bras • Exemples : PPD, tests allergiques
--	---	---

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Vérifier : bon patient, bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon site
2. Expliquer le geste et obtenir le consentement
3. Hygiène des mains et préparation du matériel
4. Préparer le médicament (reconstitution, purge d’air, changer l’aiguille si nécessaire)
5. Installer le patient confortablement et repérer le site anatomique
6. Désinfecter le site et laisser sécher
7. Insérer l’aiguille au bon angle : • IM 90° • SC 45–90° • SD 5–15°
8. Injecter lentement (sans aspiration sauf indication spécifique)
9. Retirer l’aiguille, compresse si nécessaire (ne pas masser SC/SD)
10. Éliminer le matériel, surveiller et documenter

Sous-cutanée L’aiguille est insérée à un angle d’environ 45° dans la couche de tissus sous-cutanée située immédiatement sous la peau.	Intradermique L’aiguille est insérée en angle entre les couches de la peau.	Intramusculaire L’aiguille est insérée à un angle de 90° dans la couche musculaire, sous la peau.
Technique • Procéder à l’asepsie; • Tendre fermement ou pincer la peau • Enfoncer l’aiguille et aspirer en retirant légèrement le piston pour s’assurer qu’il n’y a pas de retour de sang (aiguille dans un vaisseau); • Injecter lentement;	Technique • Asepsie; • Étirer la peau de la région de l’injection avec l’index et le pouce • Ne faire pénétrer que le biseau; • Retirer le piston pour s’assurer qu’il n’y a pas de retour de sang; • Injecter lentement (risque	Technique • Asepsie; • Tendre fermement la peau ou, si la masse musculaire du patient est réduite, saisir le corps du muscle entre le pouce et les autres doigts • Insérer l’aiguille; • Retirer le piston pour s’assurer qu’il n’y a pas de

• Retirer l'aiguille rapidement; • Masser pour faciliter l'absorption.	de réaction anaphylactique grave si le médicament pénètre trop rapidement dans la circulation); • Ne pas masser.	retour de sang; • Injecter le médicament et attendre 10 secondes après l'injection avant de retirer l'aiguille • Retirer rapidement l'aiguille en conservant l'angle d'insertion afin de ne pas blesser les tissus; • Appliquer une légère pression sur le site d'injection en massant.
---	---	--

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

1. Une douleur légère, rougeur ou enflure au site est normale pendant 1 à 3 jours
2. Appliquez une compresse froide 10 à 15 minutes au besoin
3. Vous pouvez utiliser le membre normalement, sans forcer
4. Évitez les efforts intenses avec le muscle injecté pendant 24 heures
5. Ne massez pas le site d'injection
6. Gardez la zone propre et sèche
7. Prenez de l'acétaminophène si nécessaire pour la douleur
8. Surveillez le site pendant les 48 à 72 heures suivantes
9. Consultez si la douleur, rougeur ou enflure s'aggravent, s'il y a fièvre ou écoulement
10. Consultez en urgence en cas de réaction allergique (difficulté à respirer, enflure du visage, urticaire généralisée)

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/techniques-d-administration/?utm_source=chatgpt.com
- <https://youtu.be/iJcEANlqrUw>

INFILTRATION D'ANESTHÉSIQUE LOCAL

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier l'anesthésique local approprié
- Effectuer une anesthésie locale per-opératoire

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- **Gants**
- **Aiguilles** (Principe de leur taille : plus le nombre est grand, plus l'aiguille a un petit calibre)
 - Ex : Une aiguille de calibre 30G est plus petite qu'une aiguille de calibre 18G
- **Choix des aiguilles :**
 - Prélèvement : calibre 18G
 - Injection de produits : 25G, 26G ou 30G (selon disponibilité du milieu)

Seringue de 1 à 10mL

Tampons d'alcool (pour désinfecter le vial et la peau)

Solution anesthésiante (ci-bas) : privilégier l'utilisation d'épinéphrine, réduit saignement, augmente drastiquement la durée de l'anesthésie

Tableau solutions anesthésiantes :

Agent	Concentration	Début de l'effet*	Durée d'action	Dose max (mg/kg)	Dose max (ml)
Lidocaïne (Xylocaïne)	1% ou 2%	Rapide : 2 min	30 – 60 min	4 (jusqu'à 300 mg / dose)	1% : 30 2% : 15
Lidocaïne avec épinéphrine°	1% ou 2%	Rapide : 2 min •	1 – 4 heures	7 (jusqu'à 500mg/dose)	1% : 50 2% : 25
Bupivacaïne (Marcaïne)	0,25% ou 0,5%	Lent : 5 min	2-4 heures	2 (jusqu'à 175mg/dose)	0,25% : 70 0,5% : 35
Procaïne (Novocaïne)	1% ou 2%	Modéré : 2-5 min	15-60 min	7 (jusqu'à 600 mg /dose)	1% : 60 2% : 30
Tétracaïne (Pontocaïne)	0,5%	Lent : 5-10 min	2 – 3 heures	1,4 (jusqu'à 120 mg /dose)	24

*similaire pour toutes les concentrations de tous les agents

° la concentration d'épinéphrine peut être de 1 :100 000 ou 1:200 000

- l'épinéphrine peut prendre 5 min pour être efficace

Tableau adapté de Latham JL, Marin SN. Infiltrative anesthesia in office practice. Am Fam Physician. 2014 Jun; 89(12) 956-62. Table 2, Commonly used infiltrative anesthetic agents: p. 958

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

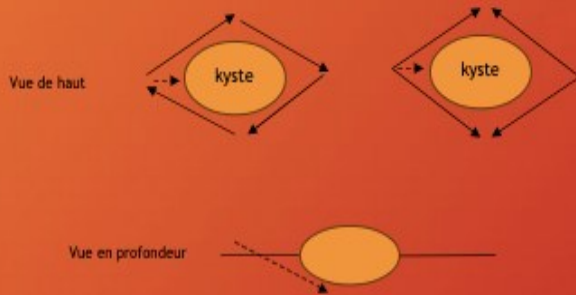
Principes de base :

1. Choisir l'aiguille du plus petit calibre nécessaire (ex : 30G)
2. Vérifier qu'il n'y ait pas d'allergie
3. Choix de l'agent anesthésiant:
 - 3.1. Sans épinéphrine le plus souvent pour les extrémités avec facteurs de risque (MVAS, Raynaud sévère, vasculite des petits vaisseaux, diabète), bloc cervical (col utérus)
4. Positionner le patient confortablement, bien éclairer le champ de travail
5. Désinfecter la peau avec de l'alcool
6. Étirer la peau avant d'injecter loin de la zone stérile, 15 à 30 degrés d'inclinaison
7. Aviser le patient que vous allez injecter.
8. Percer la peau rapidement et superficiellement, puis prenez une pause. Il est souvent moins douloureux de transpercer la peau rapidement initialement, que de traverser lentement l'épiderme. L'objectif est uniquement de passer le biseau ouvert de l'aiguille à travers la peau assez profondément pour qu'il n'y ait pas d'injection rétrograde accidentelle vers vous. Injecter de façon lente, continue et contrôlée mais toujours de manière bien appuyée et stable.
9. Respecter la stérilité du champ (éviter que la seringue touche la peau)
10. Suivre un schéma d'injection précis (cf ci-bas : point dermique vs infiltration en losange)
11. Injecter suffisamment dans le plan profond par la suite (souvent zones moins bien anesthésiées)
12. Vérifier que l'anesthésie est efficace en demandant au patient s'il ressent la piqûre (ressentir une pression est normale). Conseils :

Éviter d'injecter dans la lésion à retirer (ex : kyste). L'anesthésie se fait en périphérie et diffuse suffisamment. Dans le cas d'une plaie à réparer, injecter directement dans les berges de la plaie. Ne jamais recapuchonner l'aiguille. Toujours jeter l'aiguille dans le bac des objets coupants

Pattern d'injection

En losange



En sous dermique, pour un rasage



1. Lorsque la peau blanchit, l'anesthésie est alors atteinte
2. On doit alors la vérifier par la suite
3. Attention de ne pas perforer le kyste

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Complications possibles :
 - Saignement et formation d'hématome

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

EXERESE DE CERUMEN OU CE OREILLE

➔ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Effectuer l'examen clinique de l'oreille avec l'otoscope
- Évaluer l'intégrité du conduit auditif et du tympan
- Identifier une impaction de cérumen / un corps étranger
- Connaître les contre-indications à la procédure
- Connaître le matériel nécessaire à la procédure
- Effectuer la procédure de manière adéquate et sécuritaire
- Connaître les complications potentielles
- Reconnaître ses limites et référer en spécialité au besoin

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Otoscope fonctionnel
- Spéculums auriculaires
- Source de lumière adéquate
- Curette
- Aspiration (si disponible)
- Pince crocodile
- Petit crochet à corps étranger
- Pince à baïonnette

Pour l'irrigation :

- Haricot / Bassin de vomissement
- Linge ou champ barrière
- Seringue de 30 à 60 ml
- Embout pour irrigation de l'oreille ou cathéter de calibre 16, 18 ou 19 avec plusieurs cm de tube (Ex. cathéter papillon dont l'aiguille a été retirée)
- Solution d'irrigation : eau ou solution physiologique à température corporelle ou légèrement supérieure

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- S'assurer la collaboration du patient / immobilisation adéquate
- Choisir la procédure et l'instrument le plus sécuritaire et le plus approprié à la situation clinique
- Visualisation constante de la pointe de l'instrument
- Mouvements lents, contrôlés, jamais à l'aveugle
- Retirer le corps étranger
- Cesser la procédure si douleur importante, saignement, coopération insuffisante
- Faire une otoscopie de contrôle
- Complications recherchées : lésion du conduit, perforation tympanique

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Éviter coton-tige
- Signes d'alarme nécessitant de reconsulter (douleurs sévères, saignement persistant, sx infectieux, auditifs ou vestibulaires)

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Comment enlever le cérumen manuellement et par irrigation :
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/affections-de-l-oreille-du-nez-et-de-la-gorge/comment-effectuer-des-proc%C3%A9dures-auriculaires/comment-enlever-le-c%C3%A9rumen-manuellement-et-par-irrigation>
- Comment enlever un corps étranger de l'oreille externe :
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/affections-de-l-oreille-du-nez-et-de-la-gorge/comment-effectuer-des-proc%C3%A9dures-auriculaires/comment-enlever-un-corps-%C3%A9tranger-de-l-oreille-externe>
- Vidéo exérèse de CE oreille :
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm1207469>
- Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction) Executive Summary
<https://aao-hnsfjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0194599816678832>
- Foreign Bodies in the Ear, Nose, and Throat
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2007/1015/p1185.html>

REPARATION DE LACERATIONS : SUTURES SIMPLES

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les indications et les contre-indications de réparation d'une laceration CI à une fermeture primaire : plaie infectée, plaie sale++, morsure humaine ou morsure animale (sauf au visage)
- Évaluer adéquatement la plaie : identifier le type de plaie, le type de réparation nécessaire, nettoyer la plaie et débrider au besoin
- Identifier le matériel nécessaire à l'anesthésie et à la réparation
- Connaître les indications des différents types de fils (absorbables et non absorbables, taille du fil) et le temps de retrait selon le type de plaie
- Effectuer l'anesthésie du site de laceration et la réparation avec sutures simples
- Connaître les complications possibles et donner les conseils de départ appropriés
- Penser à vérifier le statut vaccinal tétanos : [Aide à la décision pour la prophylaxie anti-tétanique](#)

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Tampon d'alcool
- Anesthésie (lidocaïne 2% avec épi ou lidocaïne 1% ou lidocaïne 2%)
- Aiguille
- Seringue
- Pince Adson
- Porte-aiguille
- Suture absorbable ou non-absorbable
- Bâtonnet de chlorhexidine
- Champ stérile
- Compresses sèches
- Gants stériles
- Compressions 4' x 4'

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Évaluer le type de plaie, revoir l'anatomie neuro-vasculaire des différents types de laceration, revoir la technique à utiliser selon le résultat recherché
2. Anesthésie selon le site (se référer aux procédures : "Anesthésie locale" et "Bloc digital")
3. Désinfection avec chlorhexidine
4. Irrigation abondante de la plaie
5. Installer un champ stérile si désiré
6. Entrer l'aiguille de la suture verticalement d'un bord de la plaie et le sortir verticalement également
7. Des quantités symétriques de tissu provenant de chaque bord de la plaie doivent être incluses dans le passage de la suture. Des prises de tissu inégales en distance par rapport au bord ou en profondeur de tissu dans le passage produisent une fermeture avec des bords inégaux
8. Le trajet correct de l'aiguille pour produire une éversion des bords de la plaie a la forme d'une fiole. Il existe plusieurs techniques permettant d'obtenir cet effet :
 - a. La première méthode consiste à utiliser la main non dominante pour pincer ensemble les bords cutanés, donnant au tissu l'apparence d'une éversion exagérée. Lorsque la main non dominante se relâche et revient à sa position naturelle, le trajet de la suture est en forme de fiole et, lors du nouage, la suture produit l'éversion.
 - b. La méthode suivante utilise la main non dominante ou une pince (forceps) pour appuyer vers le bas sur chaque bord de la plaie, ce qui amène le tissu de la portion profonde de la plaie à se déplacer vers le centre de celle-ci. L'aiguille pénètre la peau verticalement et ressort verticalement. Lorsque la main non dominante se relâche, le tissu revient à sa position naturelle. Le trajet de la suture est en forme de fiole et, lors du nouage, la suture produit une éversion.
9. Fermeture de suture avec nœud instrumental
 - a. Pour préparer fil à être attaché, tirer l'extrémité courte du fils avec la main non-dominante jusqu'il reste seulement 2cm de fil
 - b. Placer le porte-aiguille parallèle à et directement au-dessus de la plaie. La main dominante tient le porte aiguille et la main non-dominante tient la partie du fil où l'aiguille est attachée
 - c. Sans déplacer la main dominante ou le porte aiguille, enrouler le fil 2 fois autour du porte-aiguille
 - d. Saisir la queue de la suture avec le porte-aiguille
 - e. Tirer la main dominante et porte-aiguille vers le côté non-dominant, en tirant simultanément la main non-dominante et l'extrémité du fils où l'aiguille est attachée vers le côté dominant afin de faire le 1^{er} nœud instrumental
 - f. Puis placer le porte-aiguille parallèle à et directement au-dessus de la plaie comme dans l'étape b. Enrouler 1 fois autour de porte-aiguille.
 - g. Saisir la queue de la suture avec le porte-aiguille. Tirer la main dominante et porte-aiguille vers le côté non-dominant, en tirant simultanément la main non-dominante et l'extrémité

du fils où l'aiguille est attachée vers le côté dominant afin de faire le 2^{ème} *nœud instrumental*

- h. Répéter l'étape b à e, afin de faire 3-4 *nœuds instrumental*
- i. Couper la suture avec ciseau en laissant environ 0.5-1cm
- j. S'assurer la plaie est réparé complètement
- k. Nettoyer avec NaCl et placer un pansement sec

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

1. Enlever le pansement dans 24-48h
 2. Mettre un pansement propre ou sec si la plaie risque de salir ou changer le pansement une fois par jour minimum
 3. Premières 24 heures : NE PAS MOUILLER LA PLAIE
- Douche permise après 48 heures
 - Après 48 heures, nettoyer la plaie à chaque jour avec un savon doux, non parfumé, bien assécher sans frotter. Pas d'alcool, ni peroxyde
4. Garder la plaie sèche, car risque de s'infecter plus facilement
 5. Bain et baignade permis après 10 jours
 6. Si cheveux pris dans les sutures, ne pas essayer de les démêler ou les enlever, car risque d'arracher les sutures
 7. Consulter son médecin si signe et symptômes d'infection
 8. Si douleur légère, tenter acétaminophène ou ibuprofen au besoin selon directives du médecin
 9. Retirer les points de sutures non-absorbable au moment conseillé par le médecin selon le site de la lésion (via infirmière auxiliaire de la clinique ou au CLSC)
 10. Temps de résorption complet pour le fil de vicryl rapide=35-42 jours et le vicryl 56-70 jours. Généralement pour le vicryl rapide, les fils tomberont à l'intérieur de 2 semaines. C'est le fil à privilégier si des points résorbables sont utilisés pour la fermeture superficielle.

Table 2. Timing for suture or staple removal

Wound Location	Suture Size	Timing of Removal
Face	5-0, 6-0	5 days
Scalp	3-0, 4-0	7-10 days
Arms	4-0	7-10 days
Trunk	3-0, 4-0	10-14 days
Hands	4-0, 5-0	10-14 days
Feet	3-0, 4-0	10-14 days
Palms/Soles	3-0, 4-0	10-14 days
Legs	3-0, 4-0	10-14 days

- 11. Une plaie laissée ouverte pour une fermeture en seconde intention doit être débridée et nettoyée adéquatement.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- E.J.Mayeaux, Jr. (2009). *The Essential Guide to Primary Care Procedures*
- <https://www.urgencehsj.ca/protocoles/laceration/>
- <https://lacerationrepair.com>

REPARATION DE LACERATIONS : COLLE ADHÉSIVE

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Dans le cas d'une plaie, identifier indications et contre-indications de réparer une laceration et évaluer adéquatement la plaie (identifier le type de plaie et le type de réparation nécessaire, nettoyer, débrider au besoin)
- Connaître les indications et contre-indication de réparation avec colle
- CI : allergie au produit, plaie de plus de 5 cm, plaie infectée ou souillée, plaie avec perte de substance, plaie avec tension importante, plaie avec saignement actif, brûlure, morsure, plaie sur les yeux ou muqueuse, région à mobilité importante (articulation).
- Effectuer la réparation avec la colle

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Tampon d'alcool
- Bâtonnet de chlorhexidine
- Champ stérile
- Gants stériles
- Compressions 4' x 4'
- Colle adhésive

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Anesthésie topique au besoin
2. Préparer la plaie en irrigant et nettoyant
3. Positionner le patient en horizontal ou incliné à l'opposé des structures adjacentes (ex. : les yeux) pour minimiser les fuites d'adhésif
4. S'assurer l'hémostase complète avant de procéder car le sang peut interférer avec l'adhérence de la colle à la peau
5. Retirer tout tissu adjacent qui fait saillie à travers la plaie ou tout poil qui recouvre la plaie.
6. S'assurer que la peau adjacente à la plaie est sèche
7. Repousser ou éverser légèrement les bords de la plaie avec les doigts

8. Retirer le flacon de colle. Tenir le flacon vers le haut, éloigné du patient
9. Pousser les ailes de l'applicateur avec l'index et le pouce jusqu'à temps qu'on entend un « crack »
Toujours en gardant le crayon vers le haut, pousser les ailes de l'applicateur à plusieurs reprises jusqu'à temps qu'on voit apparaître un liquide mauve sur l'embout du flacon (indiquant la colle est imbibé à l'embout.
10. Rapprocher les bords de la plaie à l'aide d'une main gantée ou d'une pince à tissus. Appliquer la colle depuis l'embout. Déposez la colle en petites gouttes le long du bord de la plaie ; une seule application est nécessaire. Il est aussi possible d'appliquer trois couches très minces à environ 60 secondes d'intervalles d'un seul trait fluide. La clé ici est "less is more". Après environ 60 secondes, retirer brièvement la main de la peau. Polymérisation de peau est complète une fois que la colle n'est plus collante
11. Si votre doigt reste collé sur la plaie, ne pas tirer, appliquer un corps gras comme la vaseline ou eau savonneuse et attendre quelques minutes, le doigt décollera seul.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

1. Pas nécessaire de mettre un pansement
2. Peut prendre une douche pendant que l'adhésif est sur la peau, mais ne doivent pas faire tremper ni frotter la zone pendant 7 à 10 jours
3. Si plaie mouillée, l'assécher délicatement
4. Peut prendre le bain à condition que le bain n'entraîne pas l'immersion de la zone affectée

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Uptodate : "Minor wound repair with tissue adhesive"
- Dermabond: <https://www.youtube.com/watch?v=eykhzO15OpY>
- GluStich : <https://www.youtube.com/watch?v=yM96t8KVtEo>

DEFIBRILLATION CARDIAQUE | CARDIOVERSION

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les indications et contre-indications à la défibrillation cardiaque chez les patients souffrant d'arrêt cardiaque.
- Identifier les rythmes cardiaques qui nécessitent une défibrillation cardiaque dans le cadre de la gestion de l'arrêt cardiaque.
- Identifier les indications et contre-indications à la cardioversion électrique chez les patients souffrant d'arythmie.
- Identifier les rythmes cardiaques qui nécessitent une cardioversion électrique dans le cadre de la gestion de l'arythmie cardiaque.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Défibrillateur externe automatisé ou moniteur cardiaque / défibrillateur
- ECG à 12 dérivations
- Chariot à code comprenant la médication nécessaire aux soins cardiaques avancés
- Voie veineuse
- Oxygène
- Appareil à succion
- Masque de ventilation
- Matériel de sécurisation des voies respiratoires

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

Arrêt cardiaque =Défibrillation :	Tachyarythmie=cardioversion synchronisée :
• Évaluation clinique, comprenant l'évaluation ABCD (Voies aériennes, respiration, circulation, défibrillation) • Identifier l'arrêt cardiaque et débiter rapidement les compressions thoraciques	• Évaluation de la situation clinique et du diagnostic de tachyarythmie • Évaluation des voies aériennes et assistance ventilatoire si besoin • Administrer de l'oxygène si hypoxie

• Installer le défibrillateur externe automatisé dès que possible • Cesser les compressions thoraciques pendant l'analyse de rythme • Délivrer le choc (200 J pour Défibrillateur biphasique= standard) et 360J pour un monophasique) selon le rythme identifié, puis recommencer les compressions thoraciques • Répéter l'analyse de rythme chaque 2 minutes • Après la première analyse : • Administrer épinéphrine 1 mg IV chaque 3 à 5 minutes • Après la 2ième analyse • Administrer amiodarone (si indiqué selon protocole ACLS) • Rechercher les causes possibles	• Continuer le monitoring du rythme cardiaque et des signes vitaux • Installer une voie veineuse • Obtenir un ECG 12 dérivation • Évaluer l'atteinte d'organes cibles (hypotension, altération de l'état de conscience, état de choc, douleur thoracique ischémique, insuffisance cardiaque congestive aigue) • Selon protocole ACLS, procéder à la cardioversion électrique sous sédation ou administrer les manœuvres vagales et/ou la médication antiarythmique • Appuyer sur le bouton SYNC sur le défibrillateur. • QRS étroit et régulier : 50-100 J • QRS étroit et irrégulier : 120-200J • QRS large et régulier : 100 J-200J • QRS large et irrégulier= Cesser le mode sync et Défibrillation 200J • Considérer consultation en cardiologie
--	--

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

Soins post-arrêt cardiaque • Évaluer le retour à la circulation spontanée • Évaluer les voies aériennes, et sécuriser si nécessaire • Ventiler avec oxygène à 100% jusqu'à l'obtention d'une lecture fiable de PaO2 ou SpO2, puis titrer selon algorithme ACLS • Évaluer la tension artérielle et traiter selon la cible de traitement • Obtenir ECG 12 dérivation	Soins post-cardioversion • Évaluer le rythme post-cardioversion, refaire ECG • Réévaluation continue des signes vitaux • Monitoring cardiaque continu • Consultation en cardiologie • Poursuivre la recherche d'étiologie
---	--

• Considérer scan et/ou échographie selon indications • Traiter les étiologies et complications • Consultations médicales spécialisées • Considération de coronarographie • Essai de sevrage de sédation et évaluation	
--	--

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Manuel de formation et algorithmes de l'ACLS.
- <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/algorithms>

VENTILATION PAR MASQUE ET BALLON

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Reconnaître les indications ainsi que les contre-indications pour une ventilation par masque et ballon.
- Identifier le matériel requis ainsi que les rôles pour les membres de l'équipe multidisciplinaire pour la ventilation par masque et ballon.
- Identifier les techniques possibles ainsi que le positionnement du patient afin d'optimiser la technique de ventilation par masque et ballon.
- Identifier les étapes de vérification lors d'une ventilation inefficace.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Soutien d'oxygène
- Appareil de ventilation masque et ballon
- Masques de ventilation
- Saturomètre

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Vérifier le matériel et brancher l'oxygène
2. Installer le patient adéquatement
3. Ouvrir les voies respiratoires
4. Appliquer le masque avec une bonne étanchéité

Technique de tenue en C-E (C-E Grip)

Technique C-E

Cette méthode permet de plaquer le masque tout en maintenant la mâchoire du patient relevée (libération des voies aériennes).

1. Le "C" (Pouce et Index) : Placez le pouce et l'index autour du col du masque (partie rigide) pour former un « C ». Appuyez le masque fermement sur le visage, le sommet du triangle sur le nez et la base sur le menton en faisant attention de bien libérer les tissus mous
2. Le "E" (3 autres doigts) : Placez le majeur, l'annulaire et l'auriculaire le long de la mâchoire inférieure (mandibule) pour former un « E ».

3. **Action** : Le « E » sert à tracter la mâchoire vers le haut (vers le masque) et en arrière, assurant l'ouverture des voies aériennes.
4. Ventiler lentement en observant l'élévation thoracique
5. Surveiller la saturation, la coloration et la réponse clinique
6. Ajuster la technique au besoin

Technique à 4 mains :

- Une première personne tient le masque avec ses deux mains en employant la technique C-E avec chaque main afin d'assurer une meilleure étanchéité.
- Une deuxième personne ventile

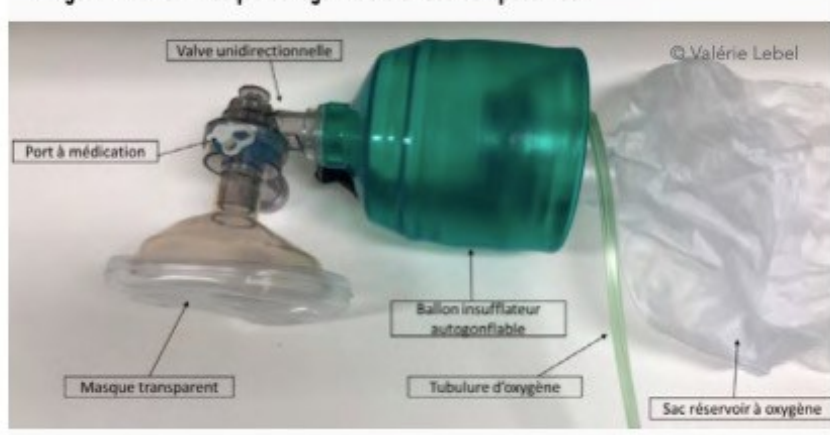
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Surveillance continue de la saturation en oxygène
- Évaluation de l'efficacité respiratoire
- Surveillance des complications :
 - Distension gastrique
 - Vomissements
 - Aspiration
- Documentation de la procédure
- Préparation à une prise en charge ventilatoire avancée si nécessaire

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441924/>

Image 2 – Ballon-masque autogonflable et ses composantes.



MODULE 2

PROCÉDURES ET HABILETÉS TECHNIQUES

Période de la résidence | 12 mois

Temps jalon | 8-13

➔ [Table des matières](#)

INCISION ET DRAINAGE D'UN ABCÈS ET PANARIS

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Connaître les indications de drainage et les contre-indications
- Connaître le matériel nécessaire
- Connaître la technique d'incision et drainage
- Connaître le suivi post procédure

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

<u>Pour drainage d'abcès</u>	<u>Pour drainage de paronychie</u>
• Gants stériles et non-stériles • Solution désinfectante de chlorhexidine (ex: tige montée) ou NS • Lame bistouri 11 • Pince courbe • Matériel pour anesthésie locale (1 ou 2 seringues 10cc xylocaïne 1-2% avec épi-aiguille 25 ou 30 un pouce) • Compresses stériles grandes (minimum 10 si gros abcès) • Matériel de pansement (doit pouvoir absorber) : compresses stériles 2 x 2 ou 4x4 et pansement adhésif type hypafix pour fixer • Pansement mepore sur des compresses est une bonne option pour l'absorption • Facultatif : • Seringue NS 10 cc x 2 -ou petites fioles de NS -pour irrigation • Champs fenestré • Préparer en dehors du plateau la mèche ¼ ou ½ pouces seulement si grosse cavité (ex : plus de 4-5 cm diamètre ou si hémostase nécessaire) • Pour la technique du drainage en boucle :	• Bol avec eau tiède • Anesthésique local : lidocaïne 1-2% sans épinéphrine (ou avec épinéphrine selon préférence) • Seringue 3-5 ml avec aiguille 25-27G • Aiguille 18G mousse ou élévateur de Freer • Scalpel #11 ou #15 • Pince hémostatique fine (type mosquito) • Compresses stériles • Solution antiseptique (ex : chlorhexidine) • Fiole de NS • Pansement non adhérent

drain Penrose (une section de gant stérile découpé transversalement peut remplacer) • Piqués • Matériel de protection • Lunettes • Blouse • Culture bactérienne si indiquée (immunosupprimé, possible SARM, infections résistantes, pied diabétique)	
---	--

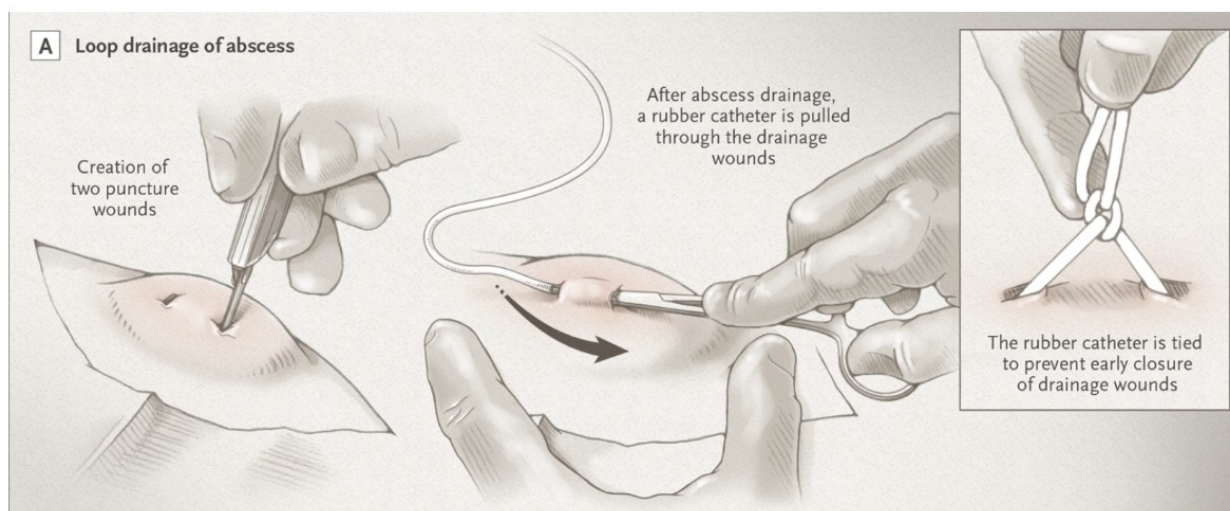
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

Pour drainage d'abcès

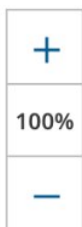
1. Revoir les indications :
 - Abcès cutané fluctuant avec collection purulente pour laquelle un traitement conservateur n'est pas indiqué
 - Kystes épidermoïdes infectés (attention le plus souvent non nécessaire car seulement inflammatoire¹)
2. Revoir les contre-indications :
 - Abcès situés sur des structures critiques (mains, visage) sans expertise appropriée
 - Abcès profonds ou complexes nécessitant une prise en charge spécialisée ou une anesthésie procédurale ou imagerie
 - Abcès dans le contexte d'une hydradénite suppurée
3. Préparer le patient
 - Obtenir le consentement éclairé en expliquant risques et bénéfices et l'évolution escomptée avec ou sans traitement chirurgical
 - Complications possibles : Drainage incomplet nécessitant une réintervention-Récidive de l'abcès-Cellulite -Bactériémie (rare) Lésion de structures adjacentes (nerfs, vaisseaux)
 - Expliquer la procédure et aviser qu'elle peut être douloureuse malgré l'anesthésie (efficacité partielle des produits dans les tissus infectés)
 - Positionner le patient confortablement avec accès optimal à la zone affectée, installer des piqués de façon stratégique pour contenir les liquides drainés
4. Mettre lunettes et blouse. Se ganter de façon stérile ou non et préparer le matériel. Technique propre plutôt que stérile.
5. Nettoyer la zone avec solution antiseptique ou du NS en mouvements circulaires du centre vers la périphérie.
6. Faire une anesthésie locale :

¹ Pour les kystes en phase inflammatoire, possibilité d'injection intra-lésionnel de kenalog (technique et information disponible ici : <https://dermnetnz.org/topics/intralesional-steroid-injection>)

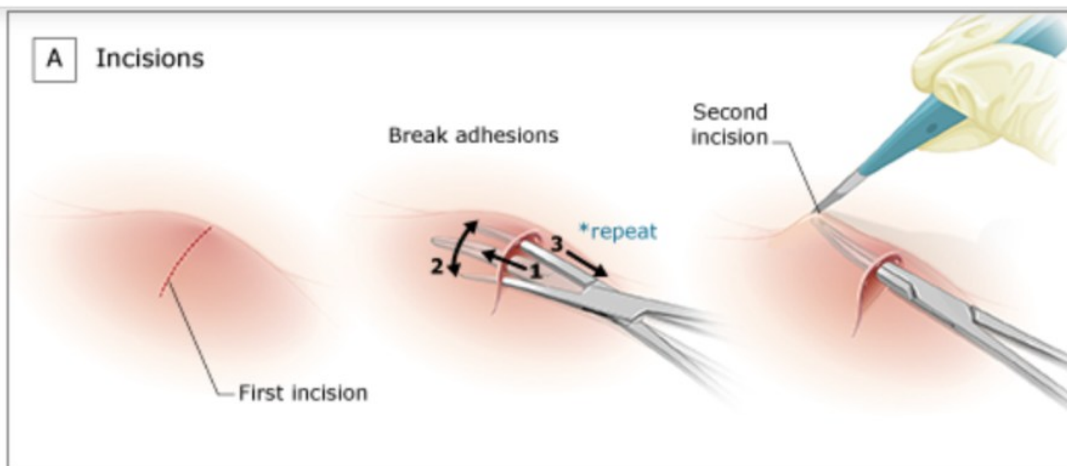
- Infiltrer l'anesthésique autour de l'abcès en créant un anneau d'anesthésie dans les tissus sains périphériques et superficiellement à l'endroit que l'on souhaite inciser
 - Éviter l'injection directe dans la cavité de l'abcès (pH acide réduit l'efficacité de l'anesthésique)
 - Attendre 3-5 minutes pour permettre l'effet anesthésique complet
7. Réaliser une incision unique dans la zone où l'abcès est le plus superficiel, suffisamment longue pour assurer un drainage complet.
 - Orientation : si possible suivre les lignes de tension cutanée pour minimiser les cicatrices
 - Profondeur : suffisante pour atteindre et ouvrir complètement la cavité de l'abcès
 8. Évacuer le pus et les débris en appliquant une pression douce sur les bords de l'abcès-il est non nécessaire d'appuyer très fortement.
 9. Lyser les lobulations avec une pince hémostatique courbe : insérer la pince fermée dans la cavité et ouvrir délicatement les branches pour rompre les septums, ceci est plus important que la pression forte.
 10. Explorer la cavité pour assurer un drainage complet avec la pince ou au doigt
 11. Facultatif : Irriguer la cavité avec du sérum physiologique (seringues de NS ou fiole)
 12. Prélever une culture du pus si indiqué (abcès récurrents, échec thérapeutique, immunosuppression. Rappel : la culture se fait après l'évacuation du pus dans la cavité vide, puisque le matériel purulent représente majoritairement des neutrophiles et des débris cellulaires plutôt que des bactéries accolées aux parois.
 13. Pour les très grands abcès :
 - Envisager un drain en boucle plutôt qu'une mèche selon disponibilité (voir figures et liens YouTube)
 - Si une mèche est utilisée : la tremper dans le NS et paqueter de façon lâche (si le paqueter est trop compressé, le patient aura beaucoup de douleur lorsque l'anesthésie sera terminée)
 14. Appliquer un pansement sec stérile simple



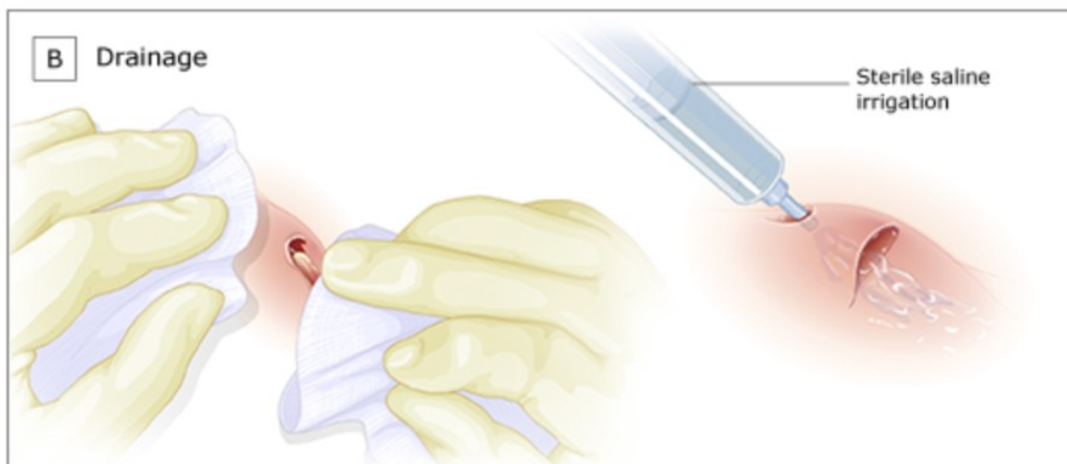
Loop drainage technique for cutaneous abscesses



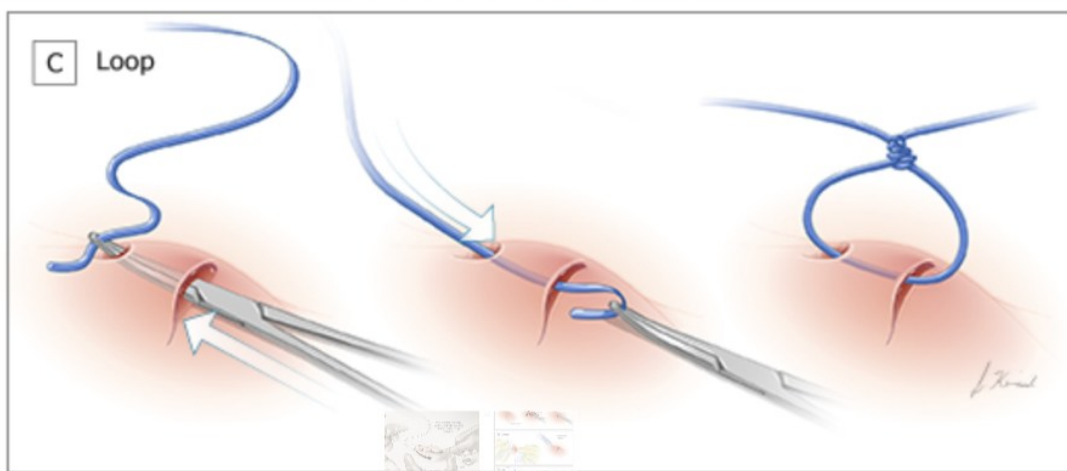
A Incisions



B Drainage



C Loop



Pour drainage de paronychie

7. Revoir les indications

- Paronychie aiguë avec abcès visible ou fluctuant avec échec du traitement conservateur (bains tièdes, antibiotiques topiques)
- Collection purulente sous le repli unguéal proximal ou latéral

8. Revoir les contre-indications

- Suspicion de panaris herpétique (vésicules en nid d'abeille, liquide clair) – contre-indication absolue au drainage chirurgical
- Paronychie chronique sans abcès (traitement médical privilégié)

9. Obtenir le consentement éclairé et expliquer les complications potentielles : récurrence, extension de l'infection, dystrophie unguéale, lésion de la matrice unguéale (si technique agressive)

10. Positionner le patient et faire tremper le doigt dans l'eau tiède 10 minutes pour amollir la peau

11. Préparer le matériel

12. Porter le matériel de protection et se ganter

13. Nettoyer le doigt avec solution antiseptique

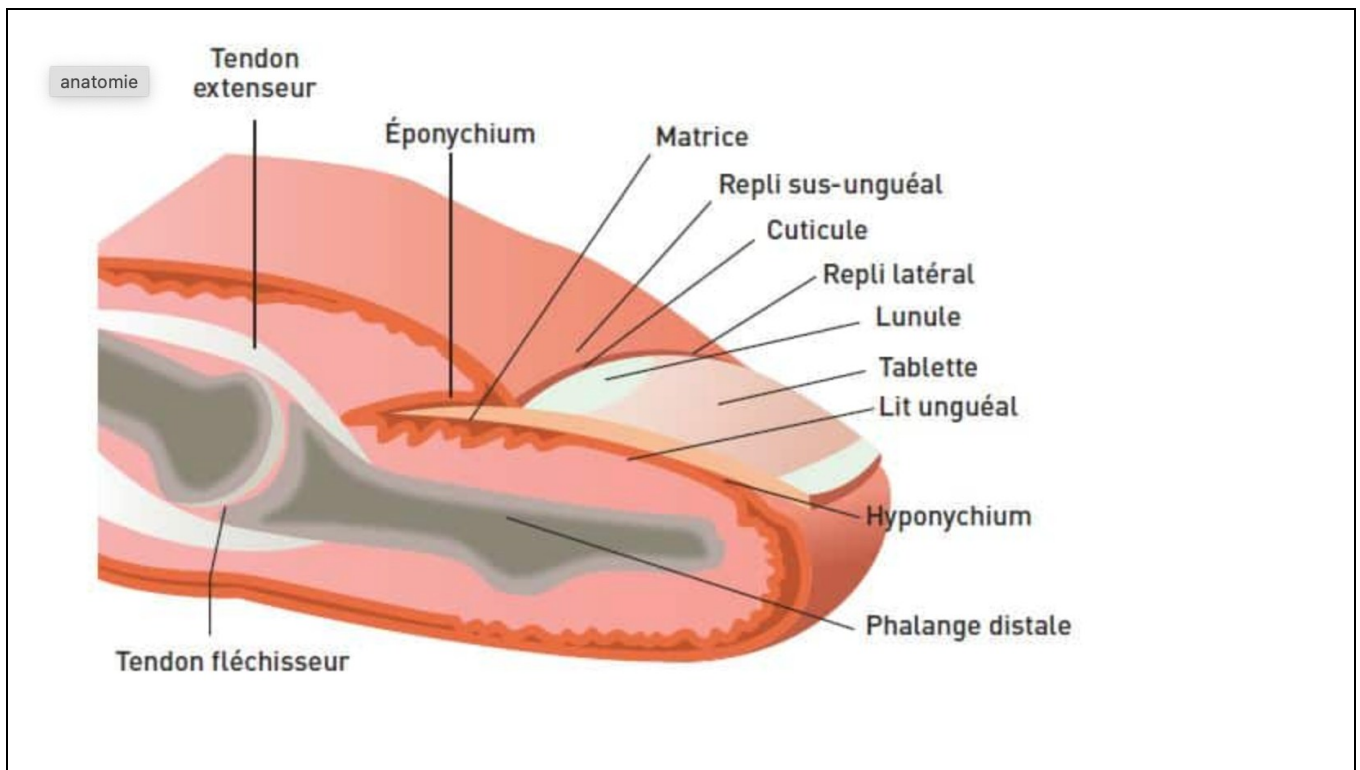
14. Réaliser un bloc digital, peut être omis si lésion très superficielle et patient collaborant (technique parfois moins douloureuse que le bloc lui-même)

- Attendre 5-10 minutes pour effet anesthésique complet

TECHNIQUE CHIRURGICALE :

Technique d'élévation simple du repli unguéal :

- Insérer délicatement une aiguille 18G (mousse ou tranchante) ou un élévateur de Freer entre le repli unguéal et la tablette de l'ongle (un scalpel posé à plat sur l'ongle avancé très doucement peut aussi convenir)
- L'idée est de séparer la peau du repli de la tablette de l'ongle
- Soulever doucement le repli pour permettre l'évacuation du pus
- Éviter d'inciser si le drainage est adéquat par cette technique
- Si drainage insuffisant, réaliser une incision simple :
 - Inciser parallèlement au bord de l'ongle, le long du repli latéral ou proximal
 - Longueur : 3-5 mm, suffisante pour permettre le drainage
 - Profondeur : superficielle, juste assez pour ouvrir la collection
 - Évacuer le pus par pression douce sur les tissus environnants
 - Irriguer la cavité avec du sérum physiologique
 - Appliquer un pansement non adhérent (type Adaptic ou Jelonet)
 - Recouvrir d'un pansement sec protecteur



CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

Pour drainage d'abcès :

- Envisager la prescription d'antibiotiques
- Prescrire l'analgésie
- Conseils au patient
 - Maintenir la plaie propre et sèche
 - Changer le pansement chaque 24-48h selon écoulement, quotidiennement si drain en place
 - Technique du drain en boucle ; bouger quotidiennement légèrement le drain
 - Surveiller les signes d'aggravation : fièvre, érythème progressif, douleur croissante
 - Retourner si absence d'amélioration dans 48-72 heures
- Suivi :
 - Réévaluation à 24-72 heures selon taille et écoulement attendu ou si retrait de mèche nécessaire (téléphonique ou en personne selon la sévérité)
 - Suivi clinique à 7-10 jours selon les besoins (utile si drain en boucle)

Pour drainage de paronychie

- Considérer les antibiotiques oraux (généralement pas nécessaires sauf cellulite extensive, immunosuppression...)
- Prescrire l'analgésie
- Instructions au patient :
 - Trempette tiède quotidienne (eau tiède) pendant 10-15 minutes, 1-2 fois par jour
 - Maintenir le pansement propre et sec entre les bains (diachylon régulier)
 - Surveiller les signes d'aggravation : fièvre, érythème progressif, douleur croissante
 - Guérison attendue en 1-2 semaines

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

Pour drainage d'abcès :

- [Management of Skin Abscesses in the Era of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus. N Engl J Med. 12 mars 2014.](#)
- **Used under license from The New England Journal of Medicine.**
- <https://www.youtube.com/watch?v=PtlcL7PbR18>
- <https://lacerationrepair.com/other-topics/soft-tissue/incision-loop-drainage/>
- https://www.uptodate.com/contents/techniques-for-skin-abscess-drainage?search=abcess%20loop§ionRank=2&usage_type=default&anchor=H2026436202&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H2026436202
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41420370/>

Pour drainage de paronychie :

- <https://www.youtube.com/watch?v=0d-OukB7L5I>
- https://www.google.com/search?sca_esv=df52ca8c294ba93d&rlz=1C5CHFA_enCA1166CA1169&sxsrf=ANbL-n6f0ViEB2kKttelLnJ1MTDeQ5zxw:1769777056006&udm=7&fbs=ADc_l-bpk8W4E-qsvIOvbGJcDwpnalVKHqWfdTd3PgWWIOso-mjc3p1Ak_XcbEJrGJm9iAoRQg7P8JDa0sadVr41nnYWi8cXnRIElfDSKHUORO1zjqiyhdH6Y9W8Ya_sng7PFqYQnun9jQ8IMm8w_DZAv1NebpvndNjQqIF8TNZ6ulxuo468lvQ6ciOCk1PWGqNwZMSvsz_pZX5aVS9Se7EUBr433mRHn8Q&q=paronychia+drainage+technique&sa=X&ved=2ahUKEwjZ3YSmpbOSAxUAGFkFHTJrMZ4QtKgLegQIFhAB&biw=1470&bih=798&dpr=2&aic=0#fpstate=ive&ip=1&vld=cid:5e78304c,vid:b43S20Jkfes,st:0
- Drainage par incision si échec : <https://www.youtube.com/watch?v=Br-CIRvOwpE>

Pour injection intra-lésionnel de corticostéroïde :

- <https://dermnetnz.org/topics/intralesional-steroid-injection>

ACCOUCHEMENT VAGINAL NORMAL

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Période intra-partum

- Prendre en charge le déroulement du travail dans ses différentes phases en collaboration interprofessionnel en prenant en considération les facteurs de risques connus de la patiente.
- Assurer la surveillance fœtale par monitoring externe et interne, interpréter et gérer un tracé anormal
- Intégrer la patiente et son partenaire ou accompagnateur dans le déroulement du travail et de l'accouchement
- Maîtriser les gestes techniques de l'accouchement et connaître les indications des mesures d'intervention plus invasives ainsi que leurs complications potentielles
- Reconnaître les situations dans lesquelles une consultation en spécialité est nécessaire pour prévenir les complications maternelles et fœtales.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Moniteur fœtal externe ou auscultation intermittente selon indication
- Lit ou autre situation physique ou positionnement désiré par la patiente pour le confort de son accouchement
- Gants et lunettes de protection.
- Table de matériel pour l'accouchement qui inclut : compresses, haricot, ciseaux, seringue pour prélèvement de gazométrie du sang de cordon, pinces Kelly, matériel de suture.
- Médication : ocytocine, misoprostol (gestion active du 3e stade)
- Pour le bébé : pince à cordon, couvertures

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Reconnaître un travail actif et effectuer l'évaluation de la dilatation cervicale lorsque pertinent pour évaluer la progression de la patiente.
- Évaluation du bien-être fœtal et réanimation fœtale en cas de tracé atypique ou anormal pendant le stade 1 et 2.
- Accompagner activement la patiente et son accompagnant dans les phases du travail et de la naissance.
- Offrir des méthodes de soulagement de la douleur concordants aux souhaits et aux conditions de la patiente.
- Accompagner la naissance :
 - Protéger le périnée de la patiente en appliquant une légère pression à l'aide d'une compresse chaude qui peut augmenter le confort de la mère à la fin du 2e stade.
 - Contrôler la sortie de la tête du bébé en appliquant délicatement les doigts ou la main sur celle-ci et éviter une sortie trop expulsive.

- Vérifier la présence d'une circulaire. Libérer le circulaire lâche avant la sortie de l'épaule du bébé ou effectuer la manœuvre de la bascule si le circulaire est serré. Ne pas couper le cordon avant la sortie des épaules.
- Normalement, la restitution de la tête se fera naturellement ensuite (rotation de 90 degrés).
- Reconnaître une dystocie de l'épaule (signe de la tortue) et amorcer les manœuvres initiales. Demander de l'aide à un collègue plus expérimenté ou un MD spécialiste.
- Attendre la présence d'une contraction avant d'extraire les épaules, qui devrait d'abord être l'épaule antérieure du bébé avec une poussée de la mère, puis la postérieure ensuite. Ne pas tirer sur la tête du bébé pendant la sortie des épaules, simplement orienter le mouvement afin de faciliter la sortie des épaules suivant la séquence décrite (antérieure puis postérieure).
- S'assurer d'avoir un bon contrôle de la sortie du bébé afin de l'accompagner sécuritairement vers sa mère.
- Évaluer rapidement le bien-être global du bébé : est-il à terme ? Est-il tonique ? Pleure-t-il / respire-t-il ? Et amorcer les étapes initiales de réanimation si nécessaire : assécher (≥ 32 semaines), fournir de la chaleur, stimuler, positionner la tête et le cou pour la respiration et dégager les sécrétions. Selon la réponse, décider si le bébé peut être déposé en peau à peau avec un clampage retardé du cordon, ou si le clampage du cordon doit être effectué immédiatement afin que le bébé soit réanimé au dôme.
- Évaluer simultanément les critères d'APGAR (**A**pparence (coloration) / **P**ouls / **G**rimace (pleurs) / **A**ctivité (tonus) / **R**espiration) à 1 et 5 minutes de vie.
- Appliquer une pince Kelly entre 3 et 5 cm de l'abdomen du nouveau-né et une autre pince Kelly près de celle-ci, et couper le cordon entre les deux (souvent une personne accompagnant la patiente souhaitera faire cette étape)
- Une fois le cordon clampé et coupé, prélever le sang du cordon.
- Gestion active du 3e stade incluant l'administration d'une dose de pitocin (IM / IV) en prévention de l'hémorragie post-partum, et l'évaluation des saignements de la mère en identifiant la nécessité d'une intervention supplémentaire si présence d'hémorragie du post-partum.
- Assister l'expulsion placentaire spontanée.
- Évaluer la présence de lacérations (périnéales 1e et 2e degré / péri-urétrales / vaginales) et effectuer les réparations.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Surveillance active des saignements et aviser si > 1 serviette / h.
- Surveillance active de l'état hémodynamique de la mère.
- Surveillance des comorbidités connues pendant la période du post-partum chez la mère et périnatale pour le bébé (HTA, PE, DG, hémorragie sous-galéale).

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Mémorisation périnatalité
- Manuel GESTA —> atelier accouchement vaginal simple
- Recommandations SOGC

RÉPARATION DE LA LACÉRATION PÉRINÉALE SUIVANT UN ACCOUCHEMENT VAGINAL

➔ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Standardiser l'évaluation et la prise en charge des lacérations périnéales.
- Développer les habiletés techniques sécuritaires pour la réparation.
- Nommer les repères anatomiques du bassin, du vagin et du périnée
- Réduire les complications maternelles (douleur, infection, dyspareunie, incontinence).
- Favoriser une pratique fondée sur les données probantes et le travail interdisciplinaire.

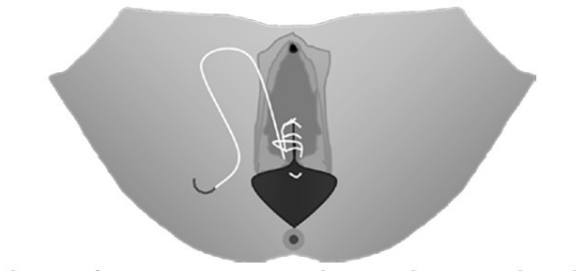
MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Gants stériles, eau stérile et champs pour s'assurer que la technique soit dans une condition propre
- Seringue et anesthésique local
- Porte-aiguille, pinces, ciseaux
- Fils de suture appropriés (résorbables)
- Éclairage adéquat

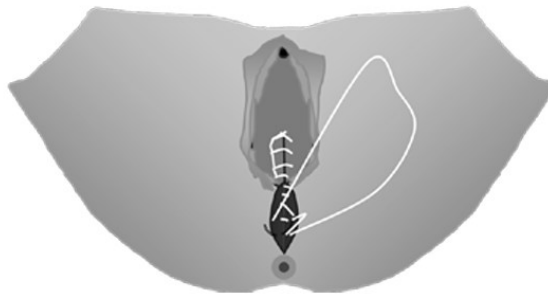
ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Inspection systématique du périnée, du vagin et du col
- Examen digital vaginal et rectal (au besoin)
- Classification précise de la lacération
 - 1^{er} degré : peau et muqueuse vaginale
 - 2^e degré : muscles périnéaux (sans atteinte du sphincter anal)
 - 3^e degré : atteinte du sphincter anal (3a, 3b, 3c)
 - 4^e degré : atteinte du sphincter anal et de la muqueuse rectale
- Évaluation de la douleur et du saignement
 - Selon la quantité saignement, prendre les mesures nécessaires si une hémorragie post-partum est suspectée, en plus des étapes suivantes pour la réparation
- Consentement éclairé et explication de la procédure
- Procéder à une analgésie adéquate (locale ou régionale par un bloc honteux si péridural non obtenu ou inefficace)

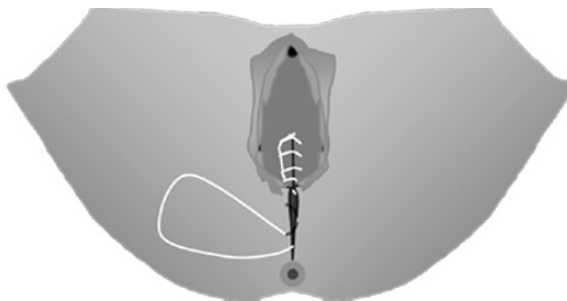
- S'assurer de la propreté de la lacération en nettoyant avec de l'eau stérile et en mettant des champs sous la patiente
- Si une lacération de 3^e ou 4^e degré est suspecté, demandé l'avis du spécialiste afin de confirmer ou infirmer la présomption clinique de ce type de lacération. Au besoin, aider le spécialiste dans l'exposition, l'identification et la réparation des lacérations de 3^e ou 4^e degré.
- Procéder aux étapes de la réparation tel que décrit ci-bas lors d'une lacération de 1^{er} et 2^e degré :
 - Débuter par la muqueuse vaginale en plaçant un point de départ 0,5 – 1 cm au-dessus de la lacération, continuer jusqu'au vestibule avec un surjet (croisé ou pas selon les préférences, croisé dans l'illustration qui suit)



- Réparer les plans musculaires du périnée en un ou deux plans selon la profondeur de la lacération ; prendre soin d'éliminer tout espace mort avec points séparés PRN



- Terminer par la réparation de la peau à l'aide d'un surjet simple sous-cuticulaire ou de points séparés



- Faire une révision finale des structures réparées
- Faire un décompte des compresses et des instruments
- Documentation complète au dossier de l'accouchement et de la lacération réparée

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Conseils d'hygiène périnéale (Bains de siège au besoin)
- Analgésie et laxatifs au besoin
- Surveillance des signes d'infection ou de déhiscence
 - Antibiotrophylaxie dans le contexte de lacérations périnéale de 3^e ou 4^e degré
- Aviser la patiente des complications possibles selon le degré de lacérations
 - Douleur périnéale persistante
 - Hématome
 - Dyspareunie
 - Incontinence anale ou urinaire (lacérations sévères) et méthode de prévention (Physiothérapie périnéale)
- Plan de suivi postnatal (6-8 semaines post-partum) pour vérification de la guérison de la lacération périnéale

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Mémo-périnatalité
- Document CISSS de Chaudière-Appalaches :
https://www.cisssca.com/clients/CISSSCA/Emplois_et_stages/Enseignement_et_Stages/Guide_Residents/Lac%C3%A9rations_p%C3%A9rin%C3%A9ales.pdf
- Vidéo explicative pour mieux imager la réparation périnéale :
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/multimedia/video/comment-r%C3%A9parer-une-lac%C3%A9ration-vaginale-du-deuxi%C3%A8me-degr%C3%A9>
- Vidéo youtube sur les réparations périnéales : <https://www.youtube.com/watch?v=teukCoeaDgo>
- Vidéo Youtube de *nœud à 1 main*, du GICUM :
<https://www.youtube.com/watch?v=CFor4CkE7W4>

GESTION INITIALE DE LA DYSTOCIE DES EPAULES

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Maîtriser les étapes d'un accouchement vaginal non compliqué
- Définir la dystocie des épaules et son incidence
- Énumérer les facteurs de risques de la dystocie des épaules et les complications associées (fœtales et maternelles)
- Reconnaître les signes cliniques d'une dystocie des épaules
- Énumérer les étapes initiales de la prise en charge de la dystocie des épaules
- Effectuer les premières étapes de la prise en charge de la dystocie des épaules (demander de l'aide, Manoeuvre de Mc Roberts, pression sus-pubienne, rotation des épaules et épisiotomie au besoin)

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Matériel identique à celui de l'accouchement vaginal spontané

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

Se préparer à une dystocie des épaules à chaque accouchement : prévoir des tabourets au chevet et une 2e infirmière à la naissance

Lors de la pause entre l'expulsion de la tête et celle du corps, attendre la prochaine contraction utérine

En présence d'une dystocie des épaules (rétraction de la tête près du périnée après sa sortie), débiter la prise en charge initiale dans l'ordre suivant après avoir obtenu le consentement des parents

- Demander de l'aide (Faire signaler l'obstétricien et l'équipe de réanimation néonatale)
- Lever les jambes et les hyperfléchir (Manoeuvre de Mc Roberts)
- Dégager l'épaule antérieure (Pression sus-pubienne, manœuvre de Rubin)
- Faire une rotation de l'épaule postérieure
- Extraire manuellement le bras postérieur
- Pratiquer une épisiotomie au besoin
- Retourner la patiente à quatre pattes, et répéter les étapes jusqu'à l'arrivée de l'obstétricien, revenir en décubitus dorsal après une série complète au besoin.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Procéder à l'examen du nouveau-né
- Rechercher la présence de lacérations vulvo-vaginales et périnéales et effectuer les réparations

nécessaires

- Effectuer un retour/débriefing avec les parents et répondre à leurs questions
- Documenter l'évènement au dossier de la patiente

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Manuel GESTA
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2025). *Manuel du cours Gestion du travail et de l'accouchement* (GESTA), 32e édition, Ottawa (Ontario) : SOGC
- Vidéos des manœuvres :
 - <https://www.youtube.com/watch?v=1LejepxMMTQ&list=PL6ShoiJMrpsfxVAy3N4vSnRqpMCA4raM3&index=3>
 - <https://www.youtube.com/watch?v=5frKVmIftXw&list=PL6ShoiJMrpsfxVAy3N4vSnRqpMCA4raM3&index=4>
 - <https://www.youtube.com/watch?v=gQ9vPZdcm2E&list=PL6ShoiJMrpsfxVAy3N4vSnRqpMCA4raM3&index=6>
 - https://www.youtube.com/watch?v=YO_GsWS8M7Y&list=PL6ShoiJMrpsfxVAy3N4vSnRqpMCA4raM3&index=5
 - https://www.youtube.com/watch?v=YO_GsWS8M7Y&list=PL6ShoiJMrpsfxVAy3N4vSnRqpMCA4raM3&index=5

MASSAGE UTERIN POUR L'HEMORRAGIE DU POST PARTUM

➔ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Savoir appliquer une pression directe sur l'utérus (externe et / ou interne) en cas d'hémorragie post-partum. Le but est de stimuler l'utérus à se contracter pour ralentir les pertes sanguines.

Indications :

- Atonie utérine = absence de contraction utérine suffisante suivant la délivrance placentaire. Peut résulter de :
 - Surdistension utérine : polyhydramnios, grossesse multiple, macrosomie
 - Épuisement musculaire utérin : travail rapide, travail prolongé, grande multiparité, utilisation d'ocytocique, déclenchement du travail
 - Infection intra amniotique : fièvre, rupture prolongée des membranes, chorioamnionite
 - Distorsion fonctionnelle ou anatomique de l'utérus : fibromes, placenta previa, anomalies utérines, insertion vélamenteuse du cordon
- Médicaments : anesthésiques halogénés, tocolytiques dont la nitroglycérine
- Vessie pleine
- Anémie

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

Préparer le matériel nécessaire en cas d'urgence (pas nécessaire pour la manœuvre)

- Gant stérile (court et / ou long)
- Injections ocytociques
- Matériel pour soluté
- Canules, aiguilles
- Ruban adhésif
- Sonde urinaire droite
- Appareil à TA et stéthoscope
- Chariot de code
- Chronomètre ou horloge
- Transport d'urgence (selon l'endroit)

1. Préparation de la mère

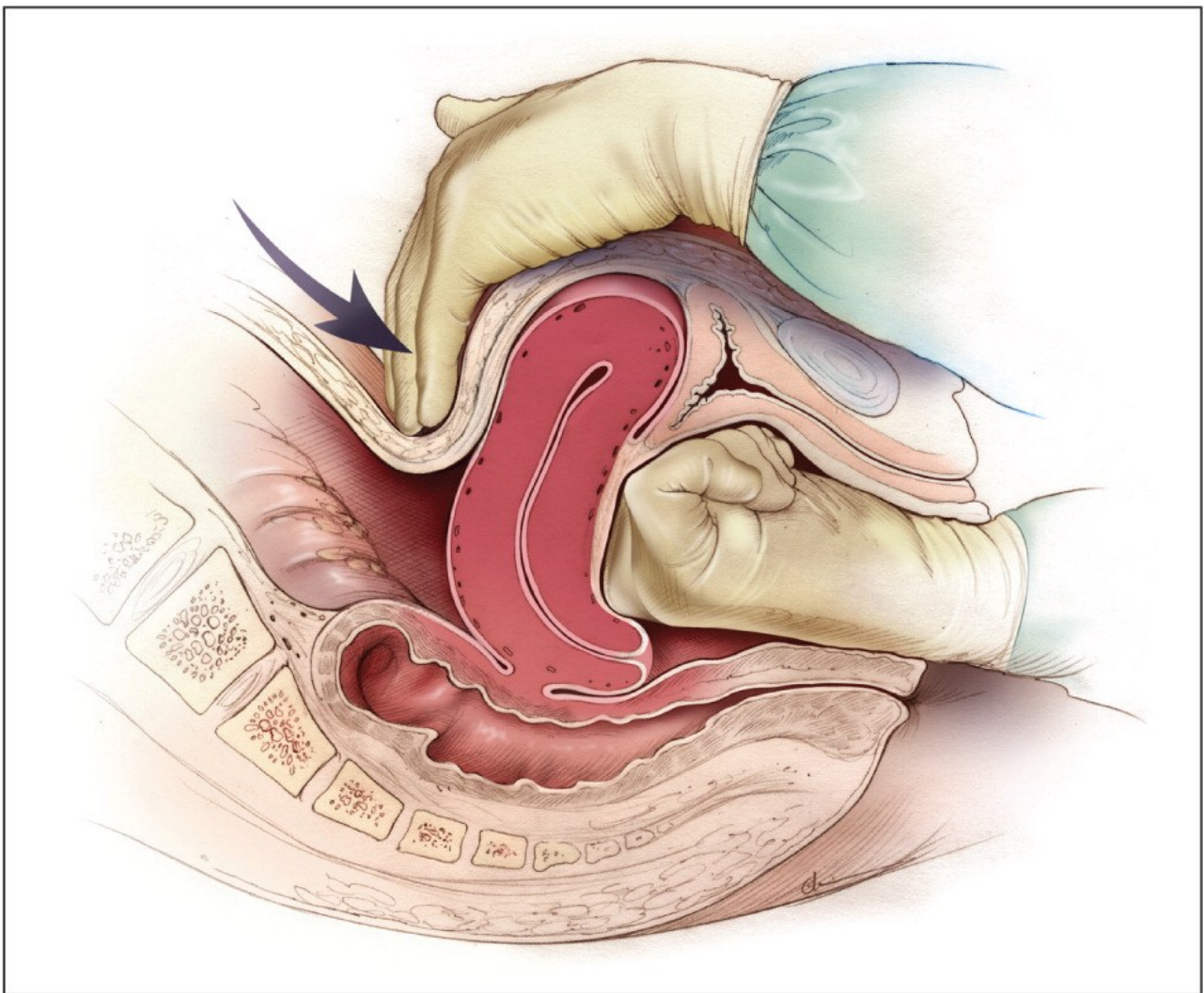
- Expliquer le saignement à la mère et que la manœuvre provoquera de l'inconfort
- S'assurer d'une vessie vide
- Précautions aseptiques
- S'assurer d'un bon éclairage et d'intimité
- Placer le bébé au sein (si désiré et que l'état de la mère le permet) afin de stimuler l'ocytocine naturelle
- En prévention, donner bolus ocytocine 10U IM ou 3U IV flush (en 30 secondes ou plus) au moment de la sortie de l'épaule du bébé
- Si saignement abondant, changer le soluté pour 20-40U ocytocine dans 1L NS en flush ou 120 cc/h et appeler à l'aide

2. Débuter par la compression externe

- Placer la patiente en position dorsale
- Placer une main sur la paroi utérine, juste au-dessus de la symphyse pubienne, afin de maintenir l'utérus en place
- Placer l'autre main sur le fundus utérin
- Faire de doux mouvements rotatoires sur le fundus utérin, en direction de la symphyse pubienne (rapprocher les deux mains)
- Peut être fait de façon intermittente ou continue
- Administrer 10 unités IM ou IV d'un agent ocytocique
- Si le saignement cesse : prendre les signes vitaux, surveiller la patiente
- Si le saignement continue : se préparer pour la compression bimanuelle interne

3. Compression bimanuelle interne

- Débuter une perfusion d'un agent ocytocique
- Monitorer les signes vitaux
- Insérer la main droite dans le vagin, en formant un poing avec la main en plaçant la partie plate du poing vers la partie inférieure de l'utérus
- Placer la main gauche sur l'abdomen et agripper le fundus utérin. Rapprocher les deux mains et appuyer fermement.
- Garder la compression au moins 5 minutes, et / ou jusqu'à la contraction de l'utérus.
- Si l'utérus ne se contracte pas après 10 minutes, déplacer les mains et procéder à une extraction manuelle du placenta



CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Monitorer la patiente, prendre les signes vitaux régulièrement, et procéder aux autres étapes de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, selon la situation

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Vidéo de Merck Manuals démontrant très bien la technique :
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/multimedia/video/compression-ut%C3%A9rine>

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les indications et contre-indications de chaque type de biopsie cutanée selon la lésion, la localisation et l'objectif de la procédure.
- Être capable de procéder aux gestes techniques suivants :
 - Biopsie cutanée :
 - Par rasage (lame rasoir jetable ou équivalent, ex : dermablade)
 - Par punch
 - ex : pour une lésion ronde correspondant à une taille de punch disponible
 - ou pour une lésion dermatologique inflammatoire d'étiologie indéterminée; on préleva alors uniquement une partie de la lésion qu'on suspecte active
 - Par excision par ellipse (ex : lésion suspecte)
- Nommer le matériel nécessaire pour réaliser la procédure technique.
- Connaître les complications et les conseils post intervention.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Gants
- Règle
- Désinfectant Baxedin ou tampon d'alcool
- Fiole de Xylocaïne 2% ou 1%, avec épi
- Aiguilles #18 Aiguilles #25
- Seringues 3-10 ml
- Hémostase électrique ou chimique
- Pince
- Ciseaux
- Compresse
- Pansement adhésif
- Pot de solution pour pathologie **identifiée avec le patient et le site de prélèvement**
- Ensemble matériel pour sutures
- Lame de rasage, punch ou lame 15 pour ellipse

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Prise de la taille de la lésion et examen physique en lien avec la lésion.
- Asepsie cutanée : Badigeons avec chlorexidine
- Anesthésie locale avec épinéphrine (pour l'effet hémostatique)

Punch biopsie :

- Étirer légèrement la peau avec deux doigts de part et d'autre de la lésion
 - Apposer perpendiculairement le punch pour couvrir la lésion
 - Appliquer une force verticale vers le plan profond avec un mouvement de rotation jusqu'à ce que le punch abute contre la peau (les punches utilisés pour les biopsies ont tous un aboutement sur l'extrémité distale du dispositif qui empêche d'enfoncer trop loin le punch)
 - Retirer le punch, puis avec une pince, venir soulever la partie cylindrique du morceau tissulaire et le couper à sa base. En théorie, cette base correspond à la couche graisseuse (tissu jaunâtre)
 - Fermeture de la plaie en 1 plan superficiel avec un ou deux points simples avec de préférence du fil résorbable de type vicryl rapide 4-0 13 ou 19 mm.
 - Appliquer un pansement

Biopsie en ellipse :

- Installation du champ stérile troué
- À l'aide d'un scalpel lame # 15
- Avec précaution incision en ellipse répétée jusqu'à visualisation du kyste
- avec pince et scalpel soulevons la pointe de l'ellipse et retirons la portion cutanée et le kyste

Retirons le spécimen

- Hémostase satisfaisante avec cautère monopolaire puissance 8.5
- Fermeture en 1 plan / en 2 plans
- Plan profond : 2 points de suture dermiques profondes, vicryl 4-0
- Plan superficiel : 3 point de suture simple interrompu, avec prolène fil 4.0
- Dimension de la plaie suturée: 1.5 cm
- Stéri-strips installés
- Pansement compressif + mepore appliqué

Biopsie par rasage

- Anesthésie locale sous forme de point dermique. Objectif : surélever la lésion avec un volume d'anesthésie suffisant pour pouvoir la raser à sa base
- Rasage lésion avec lame rasoir courbe

Retirons le spécimen complètement

- Dimension de la plaie: 0.5 x 0.5 cm
- Hémostase satisfaisante avec cautère monopolaire puissance 8.5
- Pansement mepore appliqué
- Envoyer les spécimens de biopsie dans un contenant avec formol

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Retrait du pansement dans 24-48h selon la taille de la lésion
- Douche habituelle après retrait du pansement et laisser la plaie à l'air libre ensuite sauf si patient qui travaille en milieu sale : pansement simple alors.
- Pas de baignade (spa, piscine, lac) jusqu'au retrait des sutures ou 10-14 jours.
- Remise de pamphlet avec les consignes et les indications de consulter si signes d'infection.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Mémento Chirurgie, par X Ricaud, aux Éditions Maloine
- Surgical recall, par Lorne H. Blacbourne, Édition Wolters Kluwer

EXCISION DE LÉSIONS DERMIFIQUES DONT LE KYSTE SEBACE

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier indications et contre-indications
- Connaitre les complications possibles et les expliquer au patient
- Préparer le matériel nécessaire
- Effectuer l'exérèse d'un kyste sébacé
- Donner les conseils à la suite de la chirurgie

MATÉRIEL NÉCESSAIRE   LA PROCÉDURE

1. Désinfectants pour la peau en solution: Chlorhexidine gluconate ou Povidone-iodine, Alcool
2. Solution d'un agent pour anesthésie locale avec épinéphrine (par ex.: Lidocaine 1 ou 2 %, dose maximale 7mg/kg)
3. Aiguille de calibre 18 G pour remplir une seringue avec un agent anesthésiant
4. Aiguille de 25 à 30 G
5. Seringue 1 à 10 ml
6. Gants stériles
7. Stylo chirurgical
8. Trousse chirurgicale :
 - Champ stérile trou 
 - Scalpel
 - 2 Ciseaux chirurgicaux pour tissus fins /courbés et droits /
 - 2 Pinces à dissection fines / avec et sans griffes /
 - 2 Pinces hémostatiques / droit et courbé /
 - Porte-aiguille
 - Compresses stériles : (2x2 cm) x 2 et (4 x 4 cm) x 3
9. Fil de suture /selon localisation et grandeur de la plaie /
10.  lectrocaut re*/souhaitable, non-obligatoire/
11. Bande adhésive flexible
12. Contenant pour l'analyse en pathologie

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Vérifier l'indication de l'exérèse (infections à répétitions, douleur/inconfort, détresse psychologique)
2. Vérifier la présence des contre-indications (infection locale active ou drainage récent non-guéri, anticoagulation, allergie aux produits utilisés (n'oubliez pas le latex))
3. Expliquer les complications possibles de la chirurgie au patient (récurrence de kyste, infection, saignement, cicatrisation pathologique, réaction allergique aux produits utilisés)
4. Bien positionner le patient sur la table procédurale
5. Asepsie à la Chlorhexidine / 3 fois /
6. Tracer une ligne d'incision à l'aide d'un stylo chirurgical stérile
7. Anesthésie locale : Lidocaïne 1-2% avec épinéphrine 1/100000 (*l'utilisation d'épinéphrine est préférable en absence des contre-indications)
8. Installation d'un champ stérile et vérification de l'anesthésie
9. Incision à l'aide d'un scalpel lame #15 au-dessus du kyste (*si kyste est assez volumineux, il est préférable de faire une incision en ellipse et de l'utiliser pour mobiliser le kyste durant l'exérèse)
10. Effectuer l'exérèse d'un kyste en disséquant les adhérences entre sa capsule et les tissus autour à l'aide de ciseaux/scalpel et/ou d'un hémostat (*si le kyste est volumineux, il est parfois souhaitable de le vider pour faciliter l'exérèse)
11. S'assurer que la capsule a été complètement retirée et que l'hémostase est adéquate
12. Fermeture de la plaie avec points cutanés ;Fermeture en 1 plan / en 2 plans
 - a. Plan profond : 2 points de suture dermiques profondes, Vicryl 4-0
 - b. Plan superficiel : 3 points de suture simple interrompu, avec prolène fil 4.0
13. Stéristrips et Pansement sec compressif
14. Envoyer le spécimen en pathologie dans du formol

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Garder le pansement x 48 H à sec
- Douche permise après 48 H (éviter bain, sauna, piscine ad exérèse des points de suture)
- Éviter les sports de contact, l'exercice physique intense pendant 2 semaines
- Utiliser acétaminophène/ibuprofène (si absence de contre-indications) pour soulagement de la douleur
- Exérèse des points dans 7 à 14 jours selon la localisation
- Surveiller les signes d'infection et reconsulter rapidement si c'est le cas

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Brunicardi, F.C., et al. (2014) Schwartz's Principles of Surgery, 10th Edition (p.486), McGraw-Hill Education, New York.
- Saint-Jean C. (février 2005). La petite chirurgie de grand art. *Le Médecin du Québec*, 40(2), 37-43.

- Laplante F. (février 2005). L'anesthésie locale à l'urgence. *Le Médecin du Québec*, 40(2), 45-49.
- Bellemare B. (février 2005). Je vais avoir combien de points docteur ? *Le Médecin du Québec*, 40(2), 61-62.
- Labrèche J. (février 2005). Petit atlas de chirurgie mineure. *Le Médecin du Québec*, 40(2), 75-76.
- Jochen, Timothy. (2020). *Sebaceous Cyst Extraction*, [Video file]. Contour Dermatology. <https://youtu.be/qfFqCqX05L4?si=UX1R-rvDMYlvQd30>
- Labrèche Jacques. (2012). Kyste épidermoïde de la région cervicale, [Video file]. FMOQ. <https://youtu.be/3jK5OIfcct0?si=Ez-7a2fKijuEotxU>

DÉBRIDEMENT D'UNE PLAIE

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Définir le débridement d'une plaie et expliquer son rôle dans le processus de cicatrisation.
- Identifier les indications et les contre-indications du débridement en soins primaires.
- Reconnaître les différents types de débridement.
- Préparer le patient, le matériel et l'environnement de soins de manière sécuritaire.
- Réaliser le débridement simple (débridement mécanique ou débridement chirurgical superficiel).
- Identifier les complications et savoir quand référer à un spécialiste
- Donner les conseils clairs et adaptés pour le suivi et les soins post-procédure.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

Protection individuelle :	Instruments de base :	Fournitures complémentaires :
• Gants (stériles ou propres selon contexte). • Masque et protection oculaire si risque d'éclaboussures.	• Ciseaux stériles • Bistouri (lame no10 ou 15) • Pincés (avec ou sans dents) • Curette au besoin	• Champs de protection • Solution antiseptique pour la peau péri-lésionnelle • Solution saline (NaCl 0,9%) pour irrigation • Anesthésique local si nécessaire (ex: lidocaïne) • Compresses stériles • Matériel de pansement adapté • Contenants pour objets tranchants et déchets biomédicaux

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

Préparation avant la procédure :	Étapes du débridement simple :
1. Évaluation du patient : • Antécédents : diabète, maladie vasculaire, anticoagulants • Évaluation de la douleur et du risque	1. Hygiène des mains et port des gants. 2. Nettoyage de la peau autour de la plaie et irrigation de la plaie. 3. Identification du tissu non viable (jaune, gris, noir, non sensible, ne saigne pas).

hémorragique 2. Évaluation de la plaie • Localisation, taille, profondeur • Présence de nécrose, d'infection ou d'exsudat 3. Consentement éclairé • Expliquer l'objectif, les bénéfices, les risques et les alternatives 4. Analgésie • Anesthésie locale ou analgésie orale selon le cas 5. Installation et asepsie • Position confortable du patient. Préparation et protection du site	4. Retrait délicat du tissu nécrotique superficiel à l'aide de ciseaux, bistouri ou compresses. 5. Progression graduelle sans atteindre les tissus viables 6. Contrôle du saignement par pression locale si nécessaire. 7. Nouvelle irrigation de la plaie. 8. Évaluation du lit de la plaie (tissu sain rosé ou rouge). 9. Application d'un pansement approprié.
--	--

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

Soins de la plaie : • Garder le pansement propre et sec • Respecter la fréquence des changements de pansement • Surveiller les signes d'infection : rougeur, chaleur, douleur croissante, écoulement, fièvre	Suivi et prévention : • Éviter les pressions répétées sur la zone • Favoriser une bonne nutrition et hydratation • Optimiser le contrôle des maladies chroniques (ex : glycémies) • Planifier un suivi régulier
Gestion de la douleur : • Utiliser les analgésiques recommandés • Consulter si douleur devient importante ou inhabituelle	Consulter rapidement si : • Saignement persistant • Aggravation rapide de la plaie • Signes systémiques d'infection

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- INESS. Soins des plaies : évaluation, prise en charge et usage optimal des traitements.
- Armstrong, D.G, Boulton, A.J.M (2020). Chronic wounds: Evaluation and management. American Family Physician
- <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0201/p159.html>
- StatPearls Authors (2025). Wound Debridement. StatPearls Publishing
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507882/>
- Guide des soins des plaies. Université de Saskatchewan

- Vidéos pédagogiques:
- Wound Care Education (2021). Introduction to Wound Debridement. YouTube.
- <https://www.youtube.com/watch?v=BqsnUgwgSe4>
- Wound Care Education. (2019). *Sharp Debridement Demonstration* [Vidéo]. YouTube.
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0201/p159.html>
- <https://www.youtube.com/watch?v=KVgZ-i3UGG4>
- Symposium on Advanced Wound Care. (2020). *Complex Wounds: Sharp & Enzymatic Debridement* [Vidéo]. YouTube.
- <https://www.youtube.com/watch?v=z18rllLx7Mo>

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Effectuer un bloc digital (main ou pied)

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Désinfectant au choix (ex : bâtons de chlorhexidine)
- Agent anesthésique (ex : lidocaïne 1-2% avec ou sans épinéphrine). NB : Si la blessure est particulièrement douloureuse, un mélange moitié moitié avec la marcaïne est possible (effet anesthésique qui dure plus longtemps). L'utilisation de lidocaïne avec épinéphrine est sécuritaire.
- Seringue 3-5cc selon la taille du doigt ciblé
- Aiguille 18G 1 pouce pour prélever
- Aiguille 25G 1 ½ pouce pour injecter

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

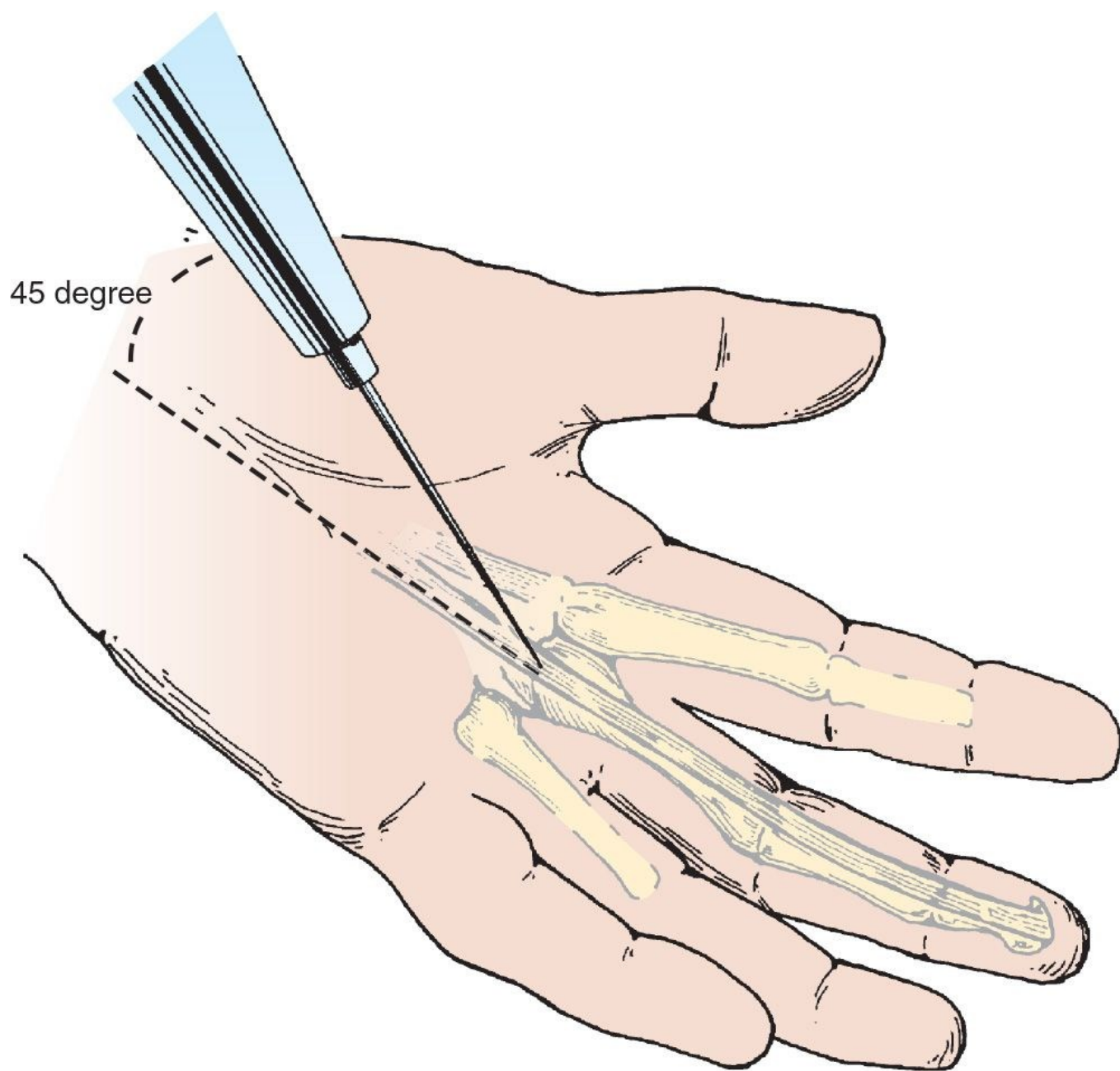
Technique du bloc digital traditionnel :	Technique alternative : bloc digital transthécal :
• Positionner la main du patient à plat en position de supination. • Nettoyer avec le désinfectant la base du doigt ciblé par le traitement. • Insérer l'aiguille dans le tissu sous-cutané à la base de la phalange proximale en médial, légèrement distalement à la tête métacarpienne, de manière perpendiculaire. • Commencer à injecter l'anesthésique (1-2 cc) puis continuer à avancer l'aiguille tout en injectant. • Répéter cette étape au niveau de la face latérale du doigt. • Les mêmes étapes s'appliquent pour un bloc au niveau d'un orteil.	• Position la main du patient à plat en position de pronation. • Nettoyer avec le désinfectant la base du doigt ciblé par le traitement. • Repérer le tendon fléchisseur du doigt au niveau de la face palmaire, proche de l'articulation métacarpo-phalangienne. • Insérer l'aiguille à un angle de 45 degrés, proximement à l'articulation métacarpo-phalangienne, et l'avancer jusqu'à la gaine du tendon fléchisseur. • Injecter lentement 2mL d'anesthésique (il ne devrait pas y avoir de résistance si l'aiguille se trouve dans la gaine du tendon). • Retirer l'aiguille. Appliquer de la pression proximement au site de la pique pour diffuser l'anesthésiant.

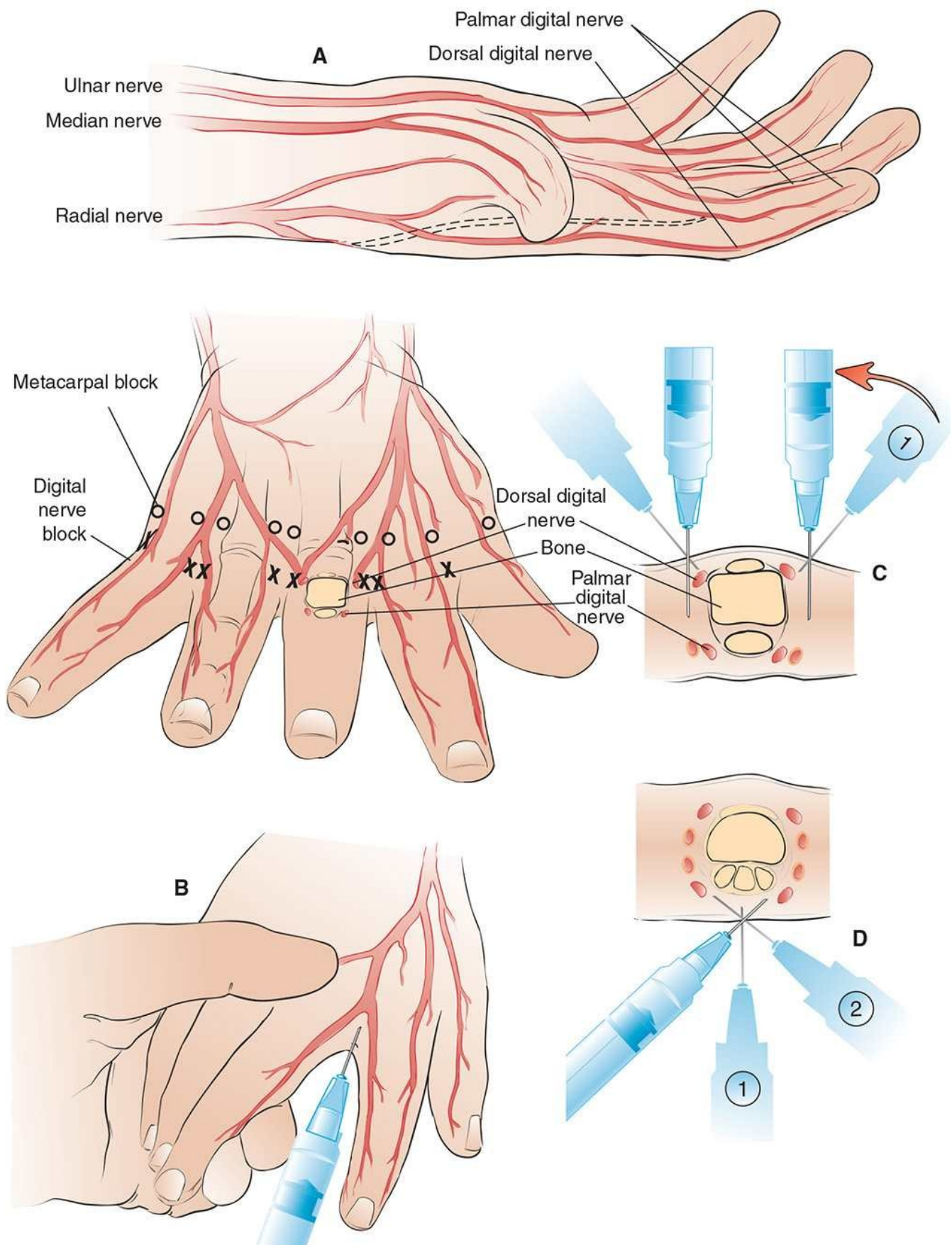
CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Risques de la procédure : infection, saignement, exacerbation de la douleur, injection d'anesthésiant dans les vaisseaux, atteinte nerveuse, paresthésie. Atteinte tendineuse pour la technique Trans thécale.
- Avantage de la technique traditionnelle : plus facile d'injecter au niveau des doigts par la voie dorsale, moins douloureux pour les patients. Désavantage : 2 piqûres nécessaires.
- Avantage de la technique transthécale : une seule injection nécessaire. Désavantage : injection possiblement plus douloureuse pour le patient, car la peau de la face palmaire est plus dure. Risque d'atteinte du tendon.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Digital nerve block – UpToDate
- Comment effectuer un bloc du nerf digital – Merck Manual
- Hart RG, Fernandes FA, Kutz JE. Transthecal digital block: an underutilized technique in the ED. Am J Emerg Med. 2005 May;23(3):340-2. doi: 10.1016/j.ajem.2003.12.024. PMID: 15915410.
- Napier A, Howell DM, Taylor A. Digital Nerve Block. 2024 Feb 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 30252367.
- Guide préparé par Dre Rose Trévisan R2 GMF-U Notre-Dame sous la supervision de Dr C. Pless
- <https://aneskey.com/digital-nerve-block/> (voir les 2 images ci-dessous tirées de ce lien)





POSE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Être en mesure de déterminer les indications et contre-indications à la pose d'un dispositif intra-utérin ;
- Connaître les types de dispositifs intra-utérins ainsi que les avantages et inconvénients de chacun ;
- Procéder à la pose d'un dispositif intra-utérin de cuivre ou hormonal ;
- Fournir des conseils post-insertion adéquats

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Éclairage adéquat
- Stérilet de cuivre ou hormonal stérile
- Spéculum vaginal - idéalement métallique
- Solution antiseptique (providine ou chlorhexidine)
- Gants non stériles
- Gants stériles
- Plateau d'insertion de stérilet :
 - Pince en cœur
 - Pince de Pozzi/ténaculum
 - Long ciseau
 - Plat pour solution désinfectante
 - Compresse de gaze stériles
 - Hystéromètre

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Préparation à l'insertion du dispositif intra-utérin
 - a. Confirmer l'absence de grossesse (test de grossesse urinaire fortement recommandée, période de faux négatifs = 3 semaines après la dernière relation non protégée)
 - b. Vérifier les contre-indications
 - c. Informer des effets secondaires possibles

- d. Obtenir le consentement éclairé et informer la patiente du déroulement attendu de la procédure
- e. Avoir suggéré la prise naproxen 500mg PO BID à prendre 2h avant l'installation (aucun effet durant l'installation, mais diminue significativement les crampes post-installation)
- f. Installer la patiente en position gynécologique et s'assurer de son confort. Offrir une couverture pour la couvrir en attendant de préparer le matériel. Réaliser un examen bimanuel PRN (souvent non nécessaire, afin d'éviter toute manipulation excédentaire) Identifier la position et la taille de l'utérus et noter toute anomalie pelvienne
2. Insérer le spéculum vaginal et visualiser le col utérin. Bien positionner la lumière. (Il faut éviter d'insérer le spéculum trop profondément car les deux lames du spéculum vont aller comprimer l'entrée de l'utérus et diminuer la mobilité du col lors du passage de l'hystéromètre et du spéculum) Procéder à l'anesthésie au besoin, selon votre préférence (bloc cervical ou 10 sprays de xylospray) N.B. les études restent divergentes sur l'efficacité des blocs cervicaux et est très dépendante de l'installateur, à effectuer uniquement après avoir été formé par un mentor, fortement suggéré.
3. Changer les gants pour des gants stériles. (Non nécessaire si capable de procéder à une technique propre : c'est-à-dire, ne jamais toujours les embouts des instruments qui arrivent en contact avec la patiente)
4. Procéder à la désinfection à l'aide de compresses stériles, de solution antiseptique et de la pince en cœur.
5. Saisir la lèvre antérieure du col utérin (à midi) à l'aide de la pince de Pozzi (très doucement, un seul clic est nécessaire d'une largeur d'environ 0.5-1 cm. Il est très faisable d'éviter à ce que la patiente ressente cette étape, il faut uniquement y aller très lentement.)
6. Effectuer une légère traction pour redresser le col
7. Réaliser l'hystérométrie à l'aide d'un hystéromètre souple Insérer doucement l'hystéromètre à l'entrée du col utérin
 - a. Attendre quelques secondes avant de pousser l'hystéromètre jusqu'au relâchement de la résistance du col
 - b. Enfoncer lentement l'hystéromètre vers le fond utérin jusqu'à sentir une légère résistance sur le fond utérin
 - c. Retirer l'hystéromètre et noter la profondeur de l'utérus (Nullipare 6-7cm et Multipare 6-9 cm)
8. Insertion du dispositif intra-utérin
 - a. Charger le dispositif selon les recommandations du fabricant
 - b. Insérer l'applicateur jusqu'à la profondeur souhaitée
 - c. Déployer le dispositif au niveau du fond utérin
 - d. Retirer l'applicateur
9. Couper les fils du dispositif intra-utérin à environ 3 cm du col
10. Retirer la pince de Pozzi, s'assurer de l'absence de saignement anormalement abondant puis retirer le spéculum

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

1. Des crampes utérines légères à modérées sont normales pendant 72h après l'insertion
 - a. Utiliser un analgésique en vente libre (AINS fortement suggéré avec prise régulière) ou de la chaleur au niveau de l'abdomen au besoin
2. Ne rien insérer dans le vagin pendant 24 heures suivant l'installation
3. Aviser la patiente de la présence de fils au niveau du vagin. Ne pas tirer sur les fils. Aviser la patiente de la présence de fils au niveau du vagin. Ne pas tirer sur les fils. Les fils sont gardés délibérément longs ; ils se ramolliront pour s'entourer autour du col. Des fils trop courts causeront souvent de l'inconfort pour le partenaire et risque de s'enfoncer dans le col et de rendre le retrait plus difficile.
4. Éviter l'utilisation de coupe menstruelle ou privilégier une coupe sans succion (de type Nixit ou équivalent)
5. En cas de stérilet hormonal, poursuivre une double contraception pour 7 jours suivant l'insertion
6. En cas de stérilet de cuivre, une double contraception n'est pas nécessaire puisque l'effet contraceptif est immédiat
7. Reconsulter si signes d'atteinte inflammatoire pelvienne (PID)/perforation/expulsion
 - a. Fièvre ou frissons
 - b. Douleur pelvienne sévère ou persistante
 - c. Saignements abondants ou dépassant le flot menstruel usuel
 - d. Leucorrhée anormale ou nauséabonde
 - e. Suspicion d'expulsion ou impossibilité de toucher les fils

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_cccg_chapter_4_contraception_a7.pdf
- Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, Mirosh M, Norman W, Pymar H, Reid R, Roy G, Varto H, Waddington A, Wagner MS, Whelan AM, Mansouri S. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Can. 2016 Feb;38(2):182-222. English, French. doi: 10.1016/j.jogc.2015.12.002. Epub 2016 Feb 26. PMID: 27032746.
- <https://www.acog.org/programs/long-acting-reversible-contraception-larc/video-series/insertion>
- Stérilet au lévonorgestrel : <https://www.youtube.com/watch?v=aVZoH0Pda-4>
- Stérilets au cuivre, selon le modèle choisis :
 - <https://www.youtube.com/watch?v=115PdkY9gYY>

- <https://www.youtube.com/watch?v=by-3LIDnzdo>
- <https://www.youtube.com/watch?v=2cVBpPOjEbo>

- Tableau INSPQ, comment s'assurer qu'une patiente n'est pas enceinte

Y a-t-il eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) depuis la DDM?		
NON, pas de RSNP :	OUI, il y a eu une ou plusieurs RSNP :	
1. Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section). 2. Si le test de grossesse est négatif, insérer le stérilet au cuivre le jour même. 3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.	1) Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section) et s'il est négatif, informer la personne qu'une grossesse précoce est possible et qu'il faudra retirer immédiatement le stérilet si une grossesse se présente. 2) Vérifier quand la personne veut débiter le stérilet au cuivre :	
	La personne veut débiter le stérilet au cuivre immédiatement :	La personne Ne veut PAS débiter le stérilet au cuivre immédiatement :
	Si RSNP ≤ 5 derniers jours :	
	Voir : Si RSNP ≤ 7 derniers jours.	1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA selon le délai depuis la dernière RSNP. 2. Proposer le début rapide, immédiat ou 5 jours plus tard selon le type de COU, d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation. 3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA (+ 5 jours pré COU pour COU-UPA). 4. Revoir pour l'insertion du stérilet au cuivre dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation. 5. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.
	Si RSNP ≤ 7 derniers jours :	
	1. Insérer le stérilet au cuivre qui devient, alors, une méthode d'urgence, en plus d'une méthode régulière de contraception (voir section 4.5.1 du chapitre sur la contraception d'urgence). 2. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du stérilet au cuivre.	Voir : Si RSNP ≤ 5 derniers jours.
Si RSNP > 7 jours :		Si RSNP > 5 jours :
1. Reporter l'insertion du stérilet dans 7 jours. 2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours. 3. Faire un test de grossesse en clinique et s'il est négatif, insérer le stérilet au cuivre. 4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du stérilet au cuivre.		1. Proposer le début rapide d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation. 2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA (+ 5 jours pré COU pour COU-UPA). 3. Revoir pour l'insertion du stérilet au cuivre dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation. 4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.

Note : le test de grossesse peut rester positif jusqu'à 6 semaines après un accouchement, un avortement spontané, une grossesse extra-utérine ou un avortement médicamenteux ou chirurgical. Dans ces situations cliniques, il doit être expliqué à la personne que le test de grossesse est peu utile. Six semaines après la résolution d'une grossesse, le test de grossesse devra être négatif.

○

Y a-t-il eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) depuis la DDM?		
NON, pas de RSNP :	OUI, il y a eu une ou plusieurs RSNP :	
1. Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section). 2. Si le test de grossesse est négatif, insérer le SIU-LNG le jour même. 3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours. 4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.	1) Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section) et s'il est négatif, informer la personne qu'une grossesse précoce est possible et qu'il faudra retirer immédiatement le stérilet si une grossesse se présente. 2) Vérifier quand la personne veut débiter le SIU-LNG :	
	La personne veut débiter le SIU-LNG immédiatement :	La personne Ne veut PAS débiter le SIU-LNG immédiatement :
	Si RSNP ≤ 5 derniers jours :	
	1. Donner la COU-LNG. 2. Insérer le SIU-LNG immédiatement. 3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours. 4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.	1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA selon le délai depuis la dernière RSNP. 2. Proposer le début rapide, immédiat ou 5 jours plus tard selon le type de COU, d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation. 3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA (+ 5 jours pré COU pour COU-UPA). 4. Revoir pour l'insertion du SIU-LNG dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation. 5. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.
	Si RSNP ≤ 7 derniers jours :	
	1. Proposer l'insertion immédiate d'un stérilet au cuivre d'urgence. Le stérilet au cuivre pourra être remplacé par un SIU-LNG lors de la prochaine menstruation, si désiré. 2. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du stérilet au cuivre.	1. Proposer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence. Le stérilet au cuivre pourra être remplacé par un SIU-LNG lors de la prochaine menstruation, si désiré. 2. Faire un test de grossesse urinaire, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du stérilet au cuivre.
	Si RSNP > 7 jours :	
	1. Reporter l'insertion du SIU-LNG dans 7 jours. 2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours. 3. Faire un test de grossesse en clinique et s'il est négatif, insérer le SIU-LNG. 4. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours. 5. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du SIU-LNG.	1. Proposer le début rapide d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation. 2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours. 3. Revoir pour l'insertion du SIU-LNG dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation. 4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.

Note : le test de grossesse peut rester positif jusqu'à 6 semaines après un accouchement, un avortement spontané, une grossesse extra-utérine ou un avortement médicamenteux ou chirurgical. Dans ces situations cliniques, il doit être expliqué à la personne que le test de grossesse est peu utile. Six semaines après la résolution d'une grossesse, le test de grossesse devra être négatif.

○

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Connaître les indications et les contrindications de cette méthode contraceptive.
- Connaître les risques associés à la technique ainsi qu'à l'implant lui-même.
- Connaître les repères anatomiques permettant d'effectuer la technique d'insertion de l'implant contraceptif de façon sécuritaire.
- Connaître les étapes techniques reliées à l'insertion de l'implant contraceptif (Nexplanon disponible au Québec)

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Ruban à mesurer
- Marqueur cutané (style permanent)
- Tampons pour aseptie
- Matériel pour anesthésie locale (seringue > 3 mL, aiguille faible G x 2po, suggérons Xylocaïne 2% + épinéphrine)
- Dispositif d'insertion pour l'implant contraceptif (Nexplanon disponible au Québec)
- Compresses
- Pansement sec
- Matériel pour bandage compressif, Ruban adhésif médical

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

Préparation à la technique :

- Vérifier l'absence de contre-indications : cancer du sein ou cancer hépatocellulaire, hépatome, insuffisance hépatique, MVAS, MCAS, saignement utérin anormal non-investigué, grossesse, porphyrie.
- Discuter des effets secondaires possibles : saignements irréguliers fréquents (normal les 3-6 premiers mois), céphalées, gain pondéral (1,7kg moyenne), acné, sensibilité aux seins, labilité émotionnelle
- Complications possibles discutées : érythème, hématome, ecchymose, douleur, oedème, expulsion, infection, insertion / migration profonde (ad muscle / fascia ou intravasculaire ad embolisation) (1 à 30 / 1 000 000)

Technique d'insertion :

1. Repérer le point d'insertion de l'implant sous-cutané :
 - a. Positionner la patiente en décubitus dorsal, le bras non-dominant exposé, épaule en abduction et rotation externe, avec main sous la tête.
 - b. Identification et marquage au feutre des points de repères, sur le bras non dominant
 - Site d'insertion : face interne de la partie supérieure du bras non dominant, à 8-10 cm proximale à l'épicondyle médial de l'humérus, et à **3-5 cm** en postérieurement au sillon bicipital médial.
 - Point guide : à 5 cm vers l'épaule depuis le point d'insertion, parallèlement à l'axe de l'humérus.
2. Effectuer une asepsie :
 - a. Utiliser les tampons de chlorhexidine pour effectuer une asepsie autour du point du point d'insertion. Répéter 3 à 4 fois.
 - b. Technique propre ensuite (éviter de toucher avec les gants la zone d'insertion de l'implant)
3. Effectuer l'anesthésie locale :
 - a. Injection de Xylocaïne 2% avec épinéphrine 2 à 3 ml en sous-cutané dans la voie d'insertion prévue
 - b. Attendre 3 à 5 minutes avant d'effectuer l'insertion afin de permettre une anesthésie locale efficace.
4. Effectuer l'insertion de l'implant contraceptif (Nexplanon) :
 - a. Ouvrir l'emballage contenant le dispositif d'insertion de l'implant contraceptif (vérifier la date d'expiration et vérifier que l'implant est bien positionné dans l'aiguille).
 - b. L'efficacité de l'anesthésie locale peut être testée en appuyant légèrement l'aiguille sur la peau de la patiente au site d'insertion. Si la patiente ressent un inconfort, il est recommandé d'attendre encore quelques minutes avant de procéder à l'insertion.
 - c. Avec votre main non-dominante, appliquer une légère traction de la peau de la patiente du point d'insertion vers l'épicondyle médial.
 - d. Tenir l'applicateur en pince pouce-index, la paume au-dessus de l'applicateur. En aucun temps il devrait y avoir un contact entre votre main maintenant l'applicateur et la peau de la patiente.
 - e. Insertion de l'aiguille au point d'insertion à un angle d'environ 30 degrés d'angle avec la peau, jusqu'à ce que le biseau de l'aiguille ne soit plus visible. Puis abaisser l'aiguille en position parallèle à la peau.
 - f. Faire avancer l'aiguille sous la peau vers le point guide tout en maintenant un léger soulèvement de la peau. Observer la progression de l'aiguille afin qu'elle reste dans le plan sous-cutané.
 - g. Lorsque l'aiguille est entièrement insérée en sous-cutané, abaisser le curseur violet de l'applicateur, puis retirer l'applicateur ensuite.
 - h. Confirmer la présence de l'implant sous-cutané en palpant l'implant tout en préservant la stérilité du point d'insertion.
5. Appliquer un pansement sec sur le site d'insertion ainsi qu'un bandage compressif autour du bras de la patiente.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Retirer le pansement compressif en prévention d'hématome après 24h.
- Retirer le pansement sec après 3 à 5 jours.
- Recommander l'utilisation d'une contraception d'appoint pour 7 jours.
- Recommander de limiter l'effort physique pour 24h, puis retour aux activités usuelles selon tolérance ensuite.
- Recommander de consulter si saignement, douleur progressive, symptômes infectieux locaux ou intolérance au contraceptif
- Recommandons de palper l'implant au moins tous les mois et de reconsulter si doute sur migration de celui-ci
- Identifier et remettre la carte du produit à la patiente, pour référence
- Recommander un changement d'implant après 3 ans (ou ad 5 ans si la patiente a un IMC < 30)

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Tableau INSPQ, comment s'assurer qu'une patiente n'est pas enceinte. Voir p67 et 68 de ce guide
- Vidéo ACOG :
<https://www.acog.org/programs/long-acting-reversible-contraception-larc/video-series/insertion/implant-insertion>

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Connaître les risques associés à la technique.
- Connaître les étapes techniques reliées à l'insertion de l'implant contraceptif (Nexplanon disponible au Québec)

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Tampons pour aseptie
- Matériel pour anesthésie locale (seringue (environ 2 mL), suggérons Xylocaïne 2% + épinéphrine)
- Table d'instruments stériles comprenant un hémostat courbe, un bistouri (pointe fine par exemple no3 ou no15) et des compresses.
- Drap stérile
- Gants stériles
- Règle
- Éclairage adéquat
- Pansement sec +/- stér strips
- Pansement compressif, ruban adhésif médical

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Revoir les risques de la procédure :
 - Risques infectieux, saignement mineur, échec de retrait.

Technique de retrait :

- Positionner la patiente en décubitus dorsal, le bras exposé avec l'épaule en abduction et rotation externe, la main sous la tête
- Palper et marquer au feutre l'extrémité distale de l'implant.
- Effectuer une aseptie locale afin d'effectuer une anesthésie locale (environ 1 à 2 ml au point marqué au feutre en sous-cutané (et même sous l'implant))
- Aseptie en vue de la technique stérile avec chlorhexidine (3 à 4 fois)
- Appliquer le champ stérile sur le bras de la patiente et mettre les gants stériles tout en préservant l'aseptie.
- Appliquer pression sur l'extrémité proximale de l'implant avec votre main non-dominante tout au long de la procédure afin de bien visualiser l'extrémité distale.

- Effectuer une incision longitudinale, parallèle à l'implant, d'environ 2 à 5 mm de longueur au niveau de l'extrémité distale de l'implant.
- Il faudra souvent effectuer une dissection minutieuse des tissus sous-cutanés dans cette incision afin de parvenir à l'extrémité distale de l'implant.
- Lorsque l'extrémité distale de l'implant est visualisée, la saisir avec l'hémostat courbe, et disséquer délicatement les tissus adhérents autour
- Retirer l'implant avec une traction douce et vérifier qu'il est entier (4 cm), et le montrer à la patiente
- Appliquer un pansement sec +/- stéristrips au point de retrait de l'implant ainsi qu'un bandage compressif autour du bras de la patiente.

**** si l'insertion d'un nouvel implant est prévue le même jour, l'implant peut-être réinséré au même site s'il est conforme aux repères anatomiques. Cf. guide pour le geste technique insertion de l'implant pour la suite en reprenant la technique à partir de l'étape 'Effectuer l'insertion de l'implant contraceptif (Nexplanon)'*

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Retirer le bandage compressif après 24h
- Retirer le pansement sec après 3 à 5 jours.
- Recommander de consulter si saignement, douleur progressive, symptômes infectieux locaux

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Vidéo ACOG :
<https://www.acog.org/programs/long-acting-reversible-contraception-larc/video-series/removal/easy-implant-removal>

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Revoir les facteurs de risque du cancer endométrial et sa physiopathologie.
- Identifier les indications et contre-indications de la biopsie endométriale.
 - CI absolue : grossesse/ CI relatives : infection pelvienne (vaginite ou PID), trouble de la coagulation, sténose col
- Identifier les cas spécifiques où une référence à un spécialiste est nécessaire.
- Lister l'équipement nécessaire pour effectuer une biopsie endométriale.
- Réaliser la biopsie de manière adéquate.
- Lister les complications possibles et les instructions appropriées pour les soins post-procédure.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

Plateau non stérile pour l'examen de la position de l'utérus

- Gants non stériles
- Gel lubrifiant
- Compresse absorbante ou piqué à placer sous le patient sur la table d'examen
- Nitrate Ag
- Xylocaïne en spray
- Spéculum vaginal

Plateau stérile pour la procédure

Placez les éléments suivants sur une drap stérile :

- Gants stériles
- Matériel à bloc cervical au besoin
- Hystéromètre ou curette souple à biopsie
- Bassin en métal stérile contenant des boules de coton stériles imbibées de solution de povidone-iode ou de chlorhexidine
- Canule de succion endométriale
- Pince à col
- Pinces à anneau (pour essuyer le col avec les boules de coton)
- Gazes stériles 4 x 4 (pour essuyer les gants ou les instruments)
- Ciseaux stériles (si le médecin choisit de couper l'extrémité du cathéter pour transférer l'échantillon endométrial dans le récipient contenant du formol)
- Dilatateur cervical
- Xylocaïne 1 % sans épinéphrine, seringue de 5 cc, aiguille 25 1 ½ po

****À noter que tous les instruments qui rentrent en contact avec l'utérus doivent être stériles****

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Revoir l'anatomie reproductive féminine.
- Expliquer comment effectuer la biopsie, y compris la préparation adéquate de la patiente et le consentement.
- Mettre la patiente en position gynécologique.
- Examiner (technique non stérile) la patiente pour déterminer la taille et la position de l'utérus et déterminer s'il y a une angulation importante de l'utérus.
- Placer le spéculum avec les gants.
- Nettoyer le col avec la solution antiseptique
- Injecter 3-5 cc de xylocaïne 1% dans la lèvre antérieure du col utérin ou utiliser le xylospray
- Stabiliser le col avec la pince à col et *si nécessaire*, placer sur la lèvre antérieure du col, en saisissant suffisamment de tissu (1 cm) pour éviter que le col ne se lacère lorsque la traction est appliquée.
- Mesurer la taille de l'utérus avec l'hystéromètre ou avec la canule de succion endométriale si marquage inclut.
- Tirez doucement sur la pince à col, en redressant l'angle utéro cervical pour réduire le risque de perforation postérieure. Essayez d'insérer la sonde utérine jusqu'au fond. Parfois, une pression modérée et constante est nécessaire pour insérer la sonde à travers l'orifice cervical interne fermé.
- Si la sonde utérine ne passe pas à travers l'orifice interne, envisagez l'utilisation du dilateur à col utérin. La distance du fond à l'orifice cervical externe peut être mesurée par les graduations sur la sonde utérine, qui sera généralement de 6 à 8 cm.
- Insérer l'extrémité du cathéter de biopsie endométriale dans le col, en évitant la contamination sur les tissus voisins. L'extrémité du cathéter est ensuite insérée dans le fond utérin ou jusqu'à ce qu'une résistance soit ressentie. Une fois le cathéter dans la cavité utérine, le piston interne du cathéter est complètement retiré, créant ainsi une succion à l'extrémité du cathéter. L'extrémité du cathéter est déplacée par un mouvement de va-et-vient, mais l'extrémité ne sort pas de la cavité endométriale par le col, ce qui maintient l'effet de vide. Utilisez un mouvement de torsion à 360 degrés pour déplacer le cathéter entre le fond utérin et l'orifice cervical interne (figure 1). Effectuez au moins quatre mouvements de haut en bas pour vous assurer qu'un tissu adéquat est présent dans le cathéter (compter environ 10 secondes au total) selon la tolérance de la patiente.
- Une fois le cathéter rempli de tissu, le retirer et placer l'échantillon dans le récipient contenant du formol, en prenant soin de ne pas toucher au formol ni au récipient. Pour retirer l'échantillon du cathéter endométrial, le piston peut être réinséré doucement, forçant le tissu à sortir de l'extrémité du cathéter. Certains médecins préfèrent effectuer un deuxième passage dans l'utérus avec le cathéter pour optimiser l'échantillonnage des tissus. Si un second passage doit être effectué, le cathéter ne doit pas être contaminé lors de l'évacuation du premier échantillon.
- Retirer la pince à col doucement. Une pression peut être appliquée avec des tampons de coton si les sites de la pince retirée saignent après son retrait. Au besoin, utiliser du nitrate Ag pour s'assurer d'une coagulation adéquate. Essuyer l'excédent de sang et la solution de povidone-iode et retirer le spéculum vaginal.

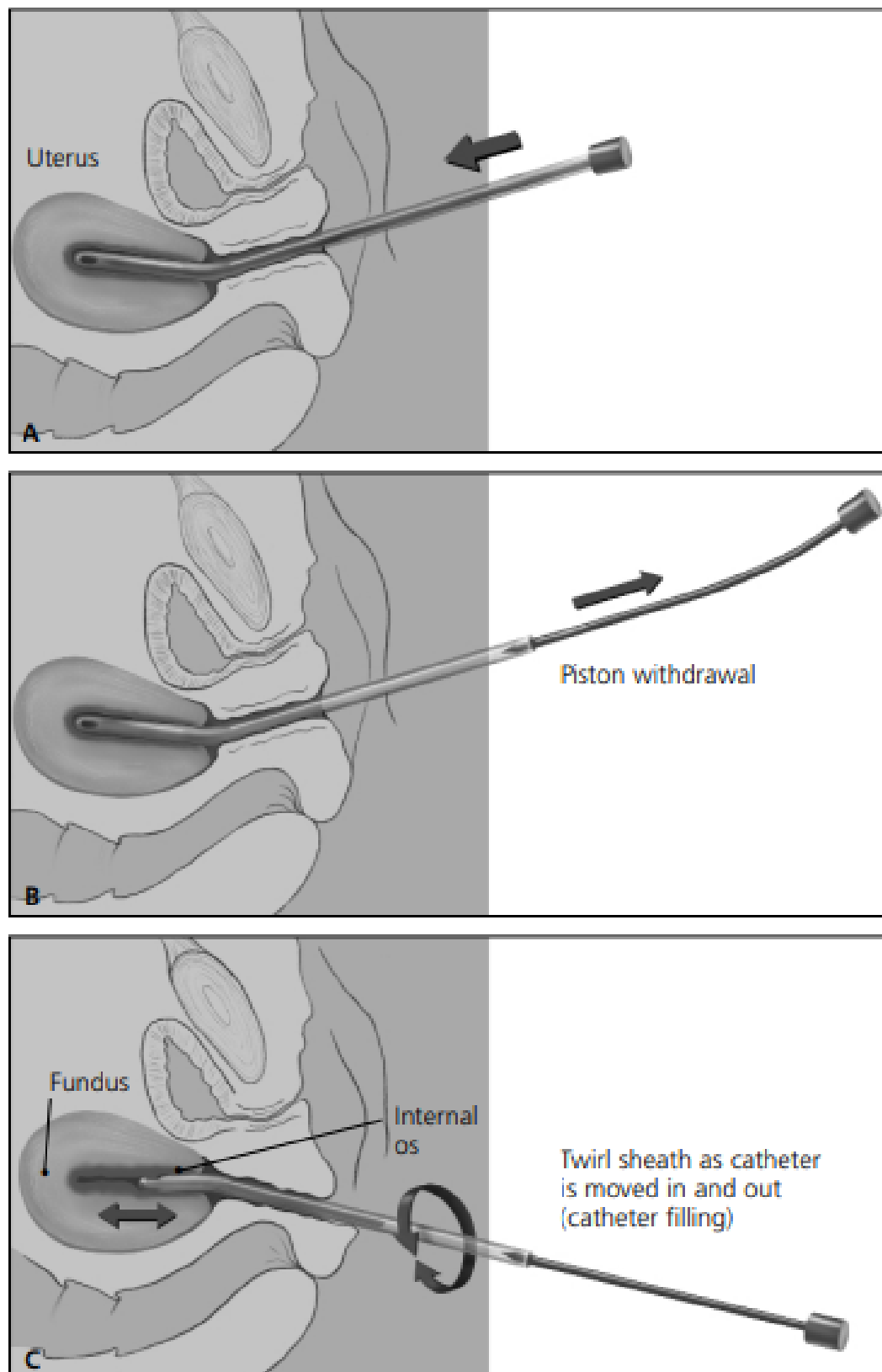


FIGURE 1. Endometrial suction catheter. (A) The catheter tip is inserted into the uterus fundus or until resistance is felt. (B) Once the catheter is in the uterus cavity, the internal piston is fully withdrawn. (C) A 360-degree twisting motion is used as the catheter is moved between the uterus fundus and the internal os.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- **Les patientes rapportent des crampes associées à la procédure.**

Les crampes peuvent survenir pendant l'intervention et après celle-ci. Les crampes accompagnent fréquemment l'instrumentation de la cavité utérine. Des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens oraux, comme l'ibuprofène, peuvent réduire de manière significative les crampes induites par les prostaglandines.

- **La procédure ne doit pas être réalisée chez les patientes enceintes.**

La biopsie endométriale ne doit pas être effectuée en présence d'une grossesse normale ou ectopique. Toutes les patientes ayant un risque de grossesse doivent être testées pour la grossesse avant la réalisation de la procédure.

Table 4. Excluding pregnancy before inserting an IUC

You can be reasonably certain a woman is not pregnant if she has no signs or symptoms of pregnancy and meets any of the following criteria¹²⁰:

1. Is ≤ 7 days after the start of a normal menses
2. Has not been sexually active since her last normal menses
3. Is consistently and correctly using an effective method of contraception
4. Is ≤ 7 days of a spontaneous or induced first or second trimester abortion
5. Is within 4 weeks postpartum
6. Is fully or nearly fully breastfeeding,* amenorrheic, and < 6 months postpartum

If any of the above criteria are met, a pregnancy test is not required. In most other cases, a negative high sensitivity urine pregnancy test will reasonably exclude pregnancy.

IUC: intrauterine contraceptive; WHO: World Health Organization; CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

*Exclusively breastfeeding or $\geq 85\%$ of feeds are breastfeeds (CDC 2013). Exclusive breastfeeding means that the infant receives only breastmilk and no other solids or liquids (not even water) with the exception of oral rehydration solution, or drops/syrups of vitamins or medications (WHO 2004).

(tableau tiré de la SOGC)

- **Infection après la procédure.**

Une bactériémie, une septicémie et une endocardite bactérienne aiguë ont été rapportées après une biopsie endométriale. En raison de la bactériémie post-procédure observée, certains auteurs recommandent de considérer l'utilisation d'antibiotiques chez les femmes post-ménopausées à risque d'endocardite, selon les recommandations du cardiologue de la patiente.

- **Le pathologiste signale un échantillon insuffisant pour le diagnostic.**

Certains médecins sont moins vigoureux dans l'obtention des échantillons, et un seul passage du cathéter peut ne pas fournir un tissu adéquat. Un deuxième passage peut être effectué avec le cathéter de succion s'il n'est pas contaminé lorsqu'il est vidé après le premier passage. Le second passage évite presque toujours d'avoir un échantillon insuffisant.

- **La pince à col provoque de l'inconfort lorsqu'il est appliqué sur le col.**

L'anesthésie topique par bloc cervical peut réduire l'inconfort causé par la pince à col. Sa mise

rend la procédure plus sûre pour la patiente. Elle stabilise le col et permet au médecin de redresser l'angle utéro cervical. Son usage peut également réduire les risques de perforation postérieure lorsque le cathéter plastique est inséré à travers le col et ensuite dans le segment inférieur de l'utérus, dont la paroi est mince.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Zubet JT. [Endometrial Biopsy - American Family Physician](#) 2001 Mar;63(6): 1131-5.
- Gordon P. Endometrial biopsy. [Endometrial Biopsy | New England Journal of Medicine](#) 2009 Dec 24 (cited 2019 Oct 24); 361:(3p.)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les indications et contre-indications de l'installation du TNG.
- Rassembler le matériel nécessaire
- Réaliser l'insertion de la sonde en respectant un protocole sécuritaire
- Évaluer la position et le fonctionnement de la sonde après insertion.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Voici quelques Indications :
- Protection des voies respiratoires chez le patient intubé
- Administration d'alimentation entérale ou de médication.
- Sub-occlusion intestinale
- Sonde nasogastrique de diamètre approprié selon le patient : (8-18 Fr)
 - Lubrifiant (gel hydrosoluble)
 - Une Seringue (de 20 ml ou plus pour confirmer la position)
 - Un Stéthoscope** (pour vérifier les bruits gastriques)
 - Une compresse stérile
 - Ruban adhésif hypo allergène ou un fixateur standard pour maintenir la sonde en place
 - Gants jetables et masque
 - Verre d'eau et paille (si technique sur patient éveillé et eau permise)
 - Solution saline ou eau (pour la vérification de la position)
 - Tubulures de décompression (si nécessaire) + sac à sonde ou raccord sous succion.

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

Chez Patient conscient et collaborateur :

1. Préparation du patient : Installer le patient en position assise ou semi-assise pour réduire le risque d'aspiration.
2. Hygiène : Se laver les mains, porter des gants et un masque.
3. Évaluation : Vérifier les antécédents médicaux et les allergies du patient.
4. Mesure de la sonde : Mesurer la distance entre le nez et l'oreille, puis jusqu'à la pointe du sternum pour déterminer la longueur de la sonde à insérer. Bien noter la longueur à insérer.
5. Lubrification : Appliquer du lubrifiant sur l'extrémité de la sonde.

6. Insertion : Insérer doucement la sonde dans la narine choisie (idéalement celle qui est le plus perméable), en orientant la sonde vers l'arrière et le bas. Poursuivre l'insertion jusqu'à atteindre la longueur mesurée, en demandant au patient de boire des gorgées d'eau afin de faciliter le cheminement de la sonde.
7. Vérification de la position : Utiliser une seringue pour aspirer un peu de contenu gastrique ou injecter de l'air tout en écoutant avec un stéthoscope pour détecter des bruits gastriques. Une RX abdomen doit être faite ensuite ou une vérification au nasolaryngoscope.
8. Fixation : Une fois la position confirmée, fixer la sonde sur le nez avec du ruban adhésif hypo allergène ou un fixateur spécial.
9. Surveillance : Surveiller le patient pour détecter tout signe de complication (toux, détresse respiratoire, etc.).

Chez patient intubé et installation de la sonde par voie orale :

1. Positionnement du patient :
 - Placer le patient en position latérale de sécurité ou en position semi-assise pour réduire le risque d'aspiration.
2. Hygiène :
 - Lavez-vous les mains et portez des gants et un masque.
3. Préparation de la sonde :
 - Mesurer la longueur requise pour l'insertion de la sonde : de la commissure labiale à l'oreille, puis jusqu'à la pointe du sternum.
4. Lubrification :
 - Appliquer un lubrifiant sur l'extrémité de la sonde.
5. Insertion de la sonde :
 - Ouvrir doucement la bouche du patient avec un abaisse-langue ou en utilisant vos doigts, en veillant à ne pas provoquer de réflexe nauséeux.
 - Introduire la sonde dans la bouche et la guider délicatement vers l'œsophage. La sonde doit être orientée vers le bas et l'arrière.
 - Continuer l'insertion jusqu'à atteindre la longueur mesurée.
6. Vérification de la position :
 - Utiliser une seringue pour aspirer un peu de contenu gastrique pour confirmer la position de la sonde.
 - Alternativement, injecter de l'air et écouter les bruits gastriques avec un stéthoscope.
 - Une RX abdomen peut aussi être faite ou une vérification au nasolaryngoscope.
7. Fixation de la sonde :
 - Une fois la position confirmée, fixer la sonde avec du ruban adhésif sur le visage du patient.
8. Surveillance :
 - Un Rx de l'abdomen doit être fait pour s'assurer du positionnement
 - Continuer à surveiller le patient pour détecter tout signe de complication, tel que des difficultés respiratoires ou une détresse.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Surveillance des réactions indésirables, Dyspnée, toux, désaturation
- Documenter la procédure, la tolérance et ou les complications
- Enseignement au patient et à sa famille selon l'indication. (NPO, ne pas tirer sur le tube)

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- <https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2019/04/APC-11TNG-avril-2019.pdf>
- (Installation TNG pédiatrie) :
[https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/Autoformations-\(e-Learning\)/Liste-des-cours-offerts/Tube-naso-gastrique-\(1](https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/Autoformations-(e-Learning)/Liste-des-cours-offerts/Tube-naso-gastrique-(1)
- (Installation TNG adulte avec vérification avec nasolaryngoscope):
<https://www.youtube.com/watch?v=FcdhIjrZS5E>

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les indications et contre-indications du cathétérisme vésical intermittent et de l'insertion d'une sonde urinaire.
- Identifier le matériel nécessaire au cathétérisme vésical.
- Réaliser la technique de manière adéquate et sécuritaire.
- Reconnaître les complications possibles et transmettre les conseils appropriés suite à la réalisation de la technique.
- Réviser les cathétérismes difficiles chez l'homme, la femme et l'enfant.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Sonde urinaire (Robinson, Foley ou coudée).
- Lubrifiant.
- Champ stérile.
- Gants stériles.
- Solution de désinfection chirurgicale.
- Seringue avec eau stérile pour gonflement du ballonnet.
- Système de drainage urinaire (sac et tubulure).
- Diachylon ou autre système de fixation cutanée.
- Lidocaïne visqueuse.

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Préparer le champ stérile et vérifier le bon fonctionnement de l'équipement
- Administrer l'anesthésie locale si souhaité (urogel par exemple)
- Désinfecter la région génitale avec une solution de désinfection appropriée
- Chez l'homme, maintenir le pénis en position droite pendant toute la durée de la procédure
- Insérer doucement le cathéter urinaire dans l'urèthre, en prenant soin de ne pas forcer contre résistance
- Évaluer le positionnement du cathéter en vérifiant l'écoulement d'urine dans la tubulure
- Gonfler le ballonnet pour sécuriser l'extrémité interne du cathéter
- Sécuriser la tubulure externe avec le dispositif approprié

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Indications de reconsulter (obstruction, hématurie, fièvre).
- Ressources communautaires disponibles.
- Enseignement sur le changement de sac collecteur.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

Vidéos du NEJM (disponibles sur YouTube) :

- Male urethral catheterization: <https://www.youtube.com/watch?v=V2NApvhoWh4>
- Female urethral catheterization: <https://www.youtube.com/watch?v=JaT3ZWB2OHw&t=486s>

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Connaître les indications et contre-indications de la ponction / infiltration du genou
- Connaître l'équipement nécessaire pour procéder à la technique
- Connaître les repères anatomiques ou échographiques nécessaires à la technique
- Connaître les complications potentiels et conseils post-infiltration à donner aux patients

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Désinfectant de type chlorhexidine ou iodine
- Gants stériles, gelée stérile en écho guidance
- Agent de dilution, idéalement NaCl 0,9% (xylocaïne 1 ou 2% acceptable)
- Aiguille de 1 ½ po de calibre 22-25 pour infiltration ou 18-21 pour ponction
- Seringue de 3 ou 10 ml pour infiltration et de 10-30 ml pour ponction
- Corticostéroïdes (ex : 40 mg de triamcinolone(Kenalog) ou de Depo-Medrol) ou produit commercial de viscosuppléance
- Gaze non stérile
- Pansement sec
- Boîte pour déchets biomédicaux

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Revoir avec le patient les indications (ex : épanchement, douleur, arthrose) et les contre-indications (absolue = infection cutanée au site d'infiltration/refus du patient/fracture) et relatives (anticoagulation, HTA et diabète non maîtrisée, autre infiltration cortisonée récente) à la procédure et obtenir un consentement éclairé.
2. Installer le patient confortablement les jambes en extension avec une flexion d'environ 10 degrés du genou
3. Repérer le 1/3 supérieur de la rotule et l'espace avec le condyle fémoral sous-jacent (sillon fémoro-patellaire). En repérage échographique repéré le récessus supra-patellaire
4. Insérer l'aiguille dans le site anatomique et procéder à l'aspiration du liquide synovial ou à l'injection de l'agent. Il ne devrait y avoir aucune résistance.
5. Retirer l'aiguille en appliquant une légère pression au site avec une gaze propre, appliquer un pansement sec et disposer de l'ensemble seringue/aiguille dans un contenant biomédical sans recapuchonner.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Informer le patient qu'une légère douleur au site d'injection est attendu dans les prochains jours, il peut utiliser de la glace, de l'acétaminophène et éventuellement des AINS s'il n'a pas de Contre-indication pour ces produits.
- Informer le patient qu'il est attendu que ces glycémies et ses TA soit légèrement augmentés dans les prochains jours. Les femmes non ménopausées pourraient avoir un léger saignement utérin.
- Informer le patient de se présenter rapidement dans une salle d'urgence s'il présente des signes d'infection tels que rougeur/chaueur/douleur importante limitant le mouvement ou fièvre.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Béliveau, Pierre et Parent, René. Infiltrations de corticoïdes 2^e edition. Béliveau éditeur. 2007. P.88-89.
- <https://www.redsonoguide.com>. Section Guide/Ponction/genou. Site consulté le 22 janvier 2026.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Infiltration de la bourse sous-acromiale de l'épaule

- Identifier indications et contre-indications infiltration épaule
- Connaître l'équipement nécessaires pour procéder à la technique
- Connaître les repères anatomiques ou échographiques nécessaire à la technique
- Connaître les complications potentiels et conseils post-infiltration à donner aux patients

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Désinfectant de type chlorhexidine ou iodine
- Gants stériles / gelée stérile en écho guidance
- Agent de dilution, xylocaïne 1 ou 2%
- Aiguille de 1 ½ po de calibre 22-25
- Seringue de 3 ou 10 ml
- Corticostéroïdes (ex : 40 mg de triamcinolone(Kenalog) ou de Depo-Medrol)
- Gaze non stérile
- Pansement sec
- Boîte pour déchets biomédicaux

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Revoir avec le patient les indications (ex : bursite/tendinite coiffe rotateur) et les contre-indications (absolue = infection cutanée au site d'infiltration/refus du patient/fracture) et relatives (anticoagulation, HTA et diabète non maîtrisée, autre infiltration cortisonnée récente) à la procédure et obtenir un consentement éclairé.
2. Installer le patient confortablement le bras le long du corps et le dos dégagé pour approche anatomique ou allongé à environ 30 degrés pour approche échographique (main sous la fesse, paume vers le bas)
3. En approche par repérage anatomique, localiser la pointe de l'acromion, descendre le doigt sous cette pointe et se déplacer dans le sillon sous-acromiale derrière le muscle deltoïde (diminution de la douleur). Laisser le pouce sur l'acromion, déposer l'index sur l'apophyse coracoïde et avancer l'aiguille en visant l'index sous l'acromion. Injecter le médicament lorsque l'aiguille est passé d'au moins 1 cm sous votre pouce. Il ne devrait y avoir aucune résistance.

4. En approche échographique, déposée la sonde de surface sur la grande tubérosité de l'humérus et repérer le tendon du sus-épineux sous le deltoïde, la bourse se situe entre ces 2 structures. Injecter le médicament qui se diffusera aisément.
5. Retirer l'aiguille en appliquant une légère pression au site avec une gaze propre, appliquer un pansement sec et disposer de l'ensemble seringue/aiguille dans un contenant biomédical sans recapuchonner.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Informer le patient qu'une légère douleur au site d'injection est attendu dans les prochains jours, il peut utiliser de la glace, de l'acétaminophène et éventuellement des AINS s'il n'a pas de Contre-indication pour ces produits.
- Informer le patient qu'il est attendu que ces glycémies et ses TA soit légèrement augmentés dans les prochains jours. Les femmes non ménopausées pourraient avoir un léger saignement utérin.
- Informer le patient de se présenter rapidement dans une salle d'urgence s'il présente des signes d'infection tels que rougeur/chaueur/douleur importante limitant le mouvement ou fièvre.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Béliveau, Pierre et Parent, René. Infiltrations de corticoïdes 2^e édition. Béliveau éditeur. 2007. P.88-89.
- <https://www.redsonoguide.com>. Section Guide/Ponction/genou. Site consulté le 22 janvier 2026.

MODULE 3

PROCÉDURES ET HABILETÉS TECHNIQUES

Période de la résidence | 20-24 mois
Temps jalon | 21-26

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Reconnaître les indications et contre-indications de l'onycectomie en soins primaires.
- Identifier le matériel requis
- Décrire et effectuer la technique sécuritaire d'onycectomie (partielle ou totale).
- Assurer la prévention des complications et l'enseignement post-procédure.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Gants propres
- Solution antiseptique (chlorhexidine) et alcool
- Seringue, aiguilles et anesthésique local (lidocaïne 1 % avec ou sans adrénaline)
- Garrot
- Pince hémostatique x 2 +/- élévateur unguéal
- Ciseaux droits
- Compresses stériles
- Solution phénol (souvent à 88% ou 95%) ou à l'acide trichloracétique (TCA) pour matricectomie
- Solution normal salin ou eau stérile pour rinçage
- Cotton tige pour application matricectomie chimique
- Pansements, adhésifs, bandage tubulaire
- Gel petrol
- Contenant analyse de culture si nécessaire
- Pantoufle de plastique

Indications :

- Ongle incarné grade 3
- Ongle incarné avec douleur et réfractaire aux soins conservateurs
- Onychodystrophie significative entraînant douleur ou atteinte des fonctions du pieds

Contre-indications

- Patient qui ne coopère pas
- Infection du site
- Allergie à un des produits utilisés

Contre-indications (relatives)

- Diabète
- Maladie vasculaire périphérique
- Coagulopathie ou diathèse hémorragique

Préparation • Expliquer la procédure et obtenir le consentement. • Vérifier l'absence de contre-indications. • Positionner le patient en décubitus dorsal avec les genoux fléchis et les pieds supportés sur la table. Sinon, avec le membre inférieur en extension et le pied suspendu sur le bout de la table.	Anesthésie • Réaliser un bloc digital à la base de l'orteil + anesthésie dos de l'orteil (pour s'assurer d'anesthésier des branches du nerf dorsal) • Attendre l'effet anesthésique complet (3-5 minutes habituellement si anesthésie bien faite) • Installer le garrot digital (par expérience, la procédure est plus propre et saigne moins ; obligatoire pour matricectomie chimique). Faire le vide de l'orteil et mettre le garrot à la base. Mettre un minuteur à 10 minutes.
---	---

Avulsion de l'ongle	
Onyctomie partielle : • Décoller délicatement le bord de l'ongle à retirer à l'aide de la pince hémostatique ou de l'élévateur de l'ongle • Couper la portion affectée jusqu'à la matrice. • Tirer le fragment avec une pince.	Onyctomie totale (si indiquée) : • Décoller l'ongle de la matrice. • Tirer l'ongle en un seul bloc. <i>(Option médicale : destruction chimique de la matrice – TRAITEMENT DE CHOIX selon disponibilité du produit et des compétences du professionnel qui fait la procédure ; électrocautère entraîne plus de complications)</i>

Matricectomie chimique • Appliquer avec coton-tige, le produit pendant la durée recommandée du produit utilisé. • Rincer avec normal salin
Hémostase et pansement • Assurer que les plis latéraux sont libres et examiner l'ongle afin de s'assurer un retrait complet. • Appliquer un pansement stérile avec du gel de pétrole. • Retirer le garrot. • Compléter le pansement compressif
Complications possibles • Infections • Dystrophie de l'ongle • Récidive de l'ongle incarné • Atteinte chimique des tissus avoisinants

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Garder le pansement sec pendant 24–48 h
- Élever le membre les premières heures (12-24 h)
- Analgésie au besoin (acétaminophène et AINS PRN)
- Éviter les bains publics, les saunas, les spas
- Exsudat du lit d'ongle peut persister pendant plusieurs semaines
- Surveiller les signes d'infection : rougeur, chaleur, douleur, écoulement, fièvre et reconsulter rapidement si infection suspectée
- Respecter les conseils généraux pour ongle incarnés
- Revoir en suivi selon l'évolution

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Mayeaux, E. J., Jr. *The Essential Guide to Primary Care Procedures*. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- Heidelbaugh JJ, Lee H. *Management of the ingrown toenail*. Am Fam Physician 2009;79(4):303–308

EXERESE D'UN CORPS ETRANGER DE L'ŒIL

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier indications et contre-indications au retrait de corps étranger dans l'œil.
- Rassembler l'équipement nécessaire à la procédure
- Procéder au retrait
- Donner les conseils appropriés post-intervention
- Connaître et prévenir les complications

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Anesthésique topique oculaire, type tétracaïne
- Antibiotique topique oculaire
- Lampe de Wood ou appareil grossissant (type loupe) si disponible
- Lumière avec filtre bleu cobalt
- Fluorescéine topique
- Appliqueurs à bout de coton (coton-tige)
- Aiguille #25 ou 26
- Eau stérile
- Ophtalmoscope

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- Obtenir une histoire détaillée incluant le mécanisme de blessure
- Examiner l'œil sous lumière oblique avec une lampe grossissante ou lampe à fente
- Éverser la paupière supérieure pour rechercher un corps étranger tarsal
- Appliquer de la fluorescéine et examiner avec une lumière bleu cobalt pour identifier les abrasions cornéennes associées qui apparaissent en vert (la lumière ultraviolette de la lampe de Wood est une alternative moins sensible)
- Appliquer une anesthésie topique (contre indiqué si trauma pénétrant) si un corps étranger doit être retiré ou si l'inconfort empêche l'examen
- Évaluer les indications et contre-indications de retirer un corps étranger :

Indications pour le retrait en première ligne :

- Corps étranger superficiel conjonctival ou cornéen identifié

Contre-indications (référence immédiate requise):

- Acuité visuelle significativement diminuée
- Forme pupillaire anormale, perte de réflexe.

	• Suspicion de perforation du globe oculaire • Chambre antérieure anormale (hyphema, hypopion) • Corps étranger intraoculaire suspecté (histoire de métal volant nécessitant des radiographies) • Brûlure chimique (irrigation immédiate puis référence)
--	---

Procéder au retrait du corps étranger :

- Obtenir le consentement
- Installer le patient : position assise en vis-à-vis du médecin ou en position allongée
- Faire une Irrigation comme traitement de première intention : utiliser 500 mL de solution saline normale ou d'eau du robinet avec la tête en position déclive pour éliminer les corps étrangers superficiels.

Pour les corps étrangers cornéens ou conjonctivaux persistants :

- Positionner le patient assis avec les mains stabilisées sur le visage du patient
- Utiliser un coton-tige stérile humidifié avec de l'eau stérile
- Approcher tangentiellement le bout et rouler doucement le coton-tige sur le corps étranger. Le mouvement devrait débiter de la périphérie vers le centre
- Ne pas frotter vigoureusement
- Pour les corps étrangers métalliques ou anneaux de rouille, **si confortable avec la technique**, utiliser une fraise d'Alger en regardant avec la lampe à fente.
- Après le retrait : appliquer un antibiotique topique

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Ne pas frotter l'œil
- Retirer les lentilles cornéennes si portées (risque d'ulcère cornéen)
- Utiliser des analgésiques oraux en vente libre (acétaminophène, ibuprofène) pour la douleur
- Éviter les anesthésiques topiques
- Un anti inflammatoire topique type diclofénac peut être utilisé pour quelques jours

Signes d'alarme nécessitant un retour immédiat :

- Aggravation de la douleur oculaire, irritation ou rougeur
- Diminution de l'acuité visuelle
- Écoulement purulent

Suivi : Pour les blessures non compliquées, planifier un suivi à 1-3 jours

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- <https://www.youtube.com/watch?v=NtH9myhBR-A>
- https://medicine.usask.ca/familymedicine/documents/surgical-skills-and-clinical-procedures-curriculum-2023secure.pdf?utm_source=chatgpt.com
- https://www.uptodate.com/contents/corneal-abrasions-and-corneal-foreign-bodies-management?search=eye%20injury&topicRef=104455&source=see_link#H7154907
- Atelier optionnel sur la lampe à fente à l'école d'optométrie

NB : L'intubation endotrachéale est une technique avancée qui nécessite des connaissances théoriques en pharmacologie, physiologie et anatomie entre autres. Il s'agit d'une procédure complexe et les gestes associés doivent être pratiqués en laboratoire de simulation sous la supervision d'un professionnel expérimenté. Ce guide révisé les bases théoriques et sert d'aide-mémoire.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les indications d'intubation endotrachéale (IET)
- Se familiariser avec les agents de sédation et les curares
- Se familiariser avec la technique d'IET en laryngoscopie directe et en vidéolaryngoscope
- Savoir comment confirmer le positionnement du TET
- Sédationner adéquatement son patient après la procédure

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

1. Laryngoscope - vidéo laryngoscope ou laryngoscope directe
 - a. Vidéo laryngoscope (avec écran) préférée si disponible
 - b. Laryngoscope direct : si habitué et plus à l'aise avec cette option
 - c. Lame de Macintosh (courbée - 1^{er} choix pour la plupart) ou Lame de Miller (droite)
 - d. Plan B : bougie, masque laryngé et autres
2. Succion - vérifie que ceci fonctionne avant de procéder à l'intubation. Dans le contexte d'intubation en situation d'urgence il est impossible de s'assurer que le patient soit à jeun, donc les risque de vomissement, régurgitation sont élevés.
3. Choix de tube : femme 7.0, homme 8.0, enfants selon Brazelow (la taille du petit doigt du patient peut servir de guide si ruban de Broselow non disponible) avec guide seringue pour gonfler le ballon (vérifier ballon)
4. O₂ (via lunette nasale, ventimasque ou VNI)
5. Ballon-masque pour pouvoir ventiler
6. Inhalothérapeute
7. Infirmiers : voie IV (de préférence 2 voies si possible). Préparer les médicaments avec des étiquettes sur les seringues

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

La décision d'intuber est critique : si un patient a déjà un airway adéquat (combitube, masque laryngée, etc) il faut être certain de pouvoir réussir l'intubation et la faire dans les conditions les plus optimales (dans les circonstances) par le praticien le plus expérimenté. Ce n'est jamais une décision à prendre à la légère. Il est recommandé d'annoncer à haute voix les étapes critiques de la procédure pour se rappeler de bien les exécuter et de donner du feedback à l'équipe.

1. Préparation du matériel et de l'équipe (voir section ci-dessus) et évaluer la difficulté anatomique et physiologique
2. Pré-oxygénation - 3 minutes O₂ à 100% avec PEEP au besoin
3. Physiologie à optimiser : évaluer la volémie et débiter des vasopresseurs au besoin
4. Pré-médication si indiqué selon la situation clinique: Analgésie
 - a. Fentanyl 3 mcg/kg (70 kg :100-200 mcg).
5. Induction et paralysie – La personne qui administre les médicaments les annonce à voix haute à l'équipe
 1. Induction (choisir une option)
 - Propofol 1.5 mg/kg IV : éviter en trauma ou hypovolémie (patient de 70kg: 100 mg)
 - Etomidate 0.3 mg/kg IV (70kg: 20mg ou 10 cc de 2mg/cc)
 - Kétamine 1,5 mg/kg IV : éviter si SCA (70kg : 150-200 mg)
 2. Paralysie
 - Succinylcholine 1.5 mg/kg (courte action ad 9 min) (si pas de CI : hyperK, brûlures plus de 24-48h, bradycardie,neurolésé plus de 24h) (70kg : 100 mg)
 - Rocuronium 1 mg/kg (longue action ad 45 min)
6. Positionner le patient
 1. Positionner le patient avec un coussin sous sa tête (« sniffing ») et proche de la tête de la civière
 2. Régler la hauteur de la civière
 3. +/- prendre appui à la gauche de la tête du patient
7. Placement du tube et confirmation
 1. Tenir le laryngoscope de la main gauche
 2. Entrer dans la bouche via le côté droit
 3. Pousser la langue vers la gauche et glisser vers le fond
 4. Soulever la mâchoire en tirant le laryngoscope En laryngo directe, viser le coin supérieur de la pièce en tirant et ce, sans faire de bascule du poignet. Alors qu'avec un lame hyperangulée (GlideScope ou D-Blade du C-MAC), faire un mouvement de bascule du poignet pour dégager les cordes vocales.
 5. Visualiser les cordes vocale (obligatoire avant d'intuber) : la personne qui intube annonce 'je vois les cordes vocales'
 6. Passer le tube entre les cordes vocales et retirer le guide, jusqu'à ce que le ballon dépasse les cordes. On annonce : 'je passe le tube entre les cordes vocales'
 7. Vérifier le positionnement par capnographie et auscultation. On annonce 'capnographie vérifié; j'entends les bruits aux deux plages'
 8. Gonfler le ballon
 9. Fixer le tube
8. Prescription post-intubation

1. Paramètres de ventilation (généraux – à adapter selon la réponse clinique et la pathologie)
 - Mode VAC ou VCRP
 - FiO2 100%, à titrer selon la réponse du patient
 - Volume courant 6-8 ml/kg du poids idéal
 - Rythme respiratoire 12
 - Peep 5
2. Radiographie des poumons pour vérifier le positionnement du tube et l'ajuster au besoin
3. Monitoring cardiovasculaire
4. Sédation continue par perfusions (options)
 - Propofol 20-50 mg/kg/min (1 mg/ml)
 - Kétamine 0.5 mg/kg/h
 - Versed 0.025 mg/kg/h
5. Analgésie : Fentanyl 0.5-1 mcg/kg/h (10 mcg/ml)
6. Curarisation au besoin
7. Insérer une sonde urinaire et un TNG
9. Debriefing avec l'équipe

Dans une situation d'urgence, l'intubation endotrachéale est presque toujours faite dans des conditions sous-optimales de soins critiques. Il arrive parfois que la procédure ne se déroule pas de manière idéale. Il est important de se donner quelques minutes en équipes pour discuter de comment la procédure s'est déroulée et voir où on peut améliorer les processus.

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Selon l'indication - normalement il s'agit d'un transfert au soins intensifs ou en spécialité et il faut communiquer les informations pertinentes.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- <https://litfl.com/rapid-sequence-intubation-rsi/>

INSERTION D'UNE VOIE PÉRIPHÉRIQUE, CENTRALE OU INTRA-OSSEUSE

→ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Insertion d'une voie périphérique

- Connaître les indications et contre-indications de l'insertion d'une voie intraveineuse
- Rassembler le matériel et démontrer les étapes nécessaires à l'insertion d'une voie intraveineuse
- Nommer les complications possibles

Insertion d'une voie centrale

- Connaître les indications (réanimation liquidienne, incapacité de trouver accès périphérique etc.) et les contre-indications à l'insertion d'une voie centrale (relatives : coagulopathie sévère, sepsis au site d'insertion, incapacité d'identifier les repères anatomiques et absolue : thrombose de la veine)
- Connaître le matériel et les étapes nécessaires (technique de Seldinger) à l'insertion d'une voie centrale
- Identifier ses repères anatomiques pour le placement au niveau sous-clavière, jugulaire ou fémoral
- Nommer les complications possibles

Insertion d'une voie intra-osseuse

- Connaître les indications et contre-indications à l'insertion d'une voie intra-osseuse
- Rassembler le matériel et démontrer les étapes nécessaires à l'insertion d'une voie intra-osseuse
- Nommer les complications possibles

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

Insertion d'une voie périphérique

- Aiguille 14 à 20 selon la situation
- Seringue de 10cc NS pour flush
- Tampon alcool ou chlorhexidine
- Tourniquet
- Boules de coton et tape

- Intra-catheter and needle for intravenous use

Table 8. Peripheral intravenous catheters

Catheter size	Flow rate	Examples
14 G	240 mL/min	Trauma, rapid blood transfusion, surgery
16 G	180 mL/min	Trauma, rapid fluid replacement, rapid blood transfusion
18 G	90 mL/min	
20 G	60 mL/min	Most blood transfusions, rapid fluid replacement, routine blood transfusion
22 G	36 mL/min	Most blood transfusions (neonate, pediatric, older adult), routine blood transfusion
24 G	20 mL/min	
26 G	13 mL/min	Most blood transfusions (neonate, pediatric)

Insertion d'une voie centrale

- Technique stérile : gants, jaquette, masque, lunettes
- Chlorhexidine, proviodine ou alcool
- Solution pour anesthésie locale (xylocaïne ou autre)
- Kit d'insertion d'une voie centrale :
 - Cathéter central de 5-8 Fr, 15-20cm
 - Fil-guide
 - Dilatateur de peau
 - Aiguille introductrice
 - Seringues de 5-10cc pour localiser la veine et introduire le guide (bleue)
 - Clip d'attachement
 - Scalpel chirurgical
 - Plateau
 - Fil de soie 3-0 pour suturer le cathéter en place
- Compresses 4X4
- Ciseaux
- Seringue 10cc NS pour le flush
- Poche de soluté
- Machine à échographie avec gaine stérile et gelée stérile

Insertion d'une voie intra-osseuse

- Technique stérile : gants, masque, lunettes
- Désinfectants : chlorhexidine, proviodine ou alcool
- Seringue de 5 ml
- Drill EZ-IO
- Aiguilles : Rose (15mm) =nourrisson, bleue (25 mm) = la plupart des patients, jaune(45mm) =surpoids
- Collant pour fixer l'aiguille en place

Insertion d'une voie périphérique

- Choisir une veine distale au niveau des mains ou des bras de préférence
- Appliquer le tourniquet
- Localiser la veine, puis la désinfecter la peau
- Maintenir la veine en place en appliquant de la pression en distal
- Ponctionner la peau avec l'aiguille ayant le biseau vers le haut
- Lorsqu'il y a un retour de sang, avancer l'aiguille de 1mm, stabiliser l'aiguille et glisser le cathéter en place
- Retirer le tourniquet et l'aiguille, attacher la tubulure et appliquer un pansement stérile

Insertion d'une voie centrale (fémorale, jugulaire ou sous-clavière)

Principes généraux : utiliser l'échographie pour identifier les repères anatomiques, distinguer veine et artère

- Vérifier INR, PTT et plaquettes avant l'insertion si la situation le permet
- Patient sous moniteur cardiaque
- Technique stérile : gants, masque et jaquette
- Désinfection avec désinfectant choisi 3X
- Installer champ stérile sur le patient au site choisi
- Anesthésie locale au site de ponction et sur le chemin de la veine avec aiguille 22 ou 25
- Étapes de la technique de Seldinger classique :
 - Monter l'aiguille 18 sur la seringue
 - Ponction : Introduction d'une aiguille (trocart) dans la veine doucement en aspirant jusqu'à un retour de sang.
 - Lorsque le sang revient, stabiliser l'aiguille, retirer la seringue en bloquant le trou avec le doigt pour éviter l'embolie gazeuse
 - Insertion du fil-guide : Introduction d'un fil souple à travers l'aiguille jusqu'à la position souhaitée. Il devrait avancer facilement. Bien le tenir en position. Attention aux arythmies.
 - Confirmer la bonne position du fil-guide à l'EDU
 - Ouvrir la peau avec le scalpel, glisser le dilateur, puis passer le cathéter sur le fil-guide jusqu'à la position désirée. Pour la majorité des adultes : insertion de 12-15cm est adéquate. 17,5 cm pour sous-clavière G et jugulaire interne G, 15 cm pour sous-clavière D, 12,5cm pour jugulaire Int D). **Bien tenir le fil-guide tout du long.**
 - Retirer le fil-guide et attacher la tubulure
 - Attacher à la peau avec fil de soie 3,0 ou ethilon 3,0
 - Recouvrir d'un pansement
- Voie jugulaire interne :
 - La ponction se fait de préférence à droite pour des raisons anatomiques
 - Utiliser l'échographie pour le repérage anatomique et pour se guider de façon dynamique. Tenir la sonde de sa main non dominante et la seringue avec l'aiguille de sa main dominante. S'assurer de toujours voir la pointe de l'aiguille à l'écran tout au long du trajet.
 - Approche centrale :
 - Localiser le triangle formé par les deux branches du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) et la clavicule

- Insérer l'aiguille 22 à l'apex du triangle formé par les 2 branches du SCM
- Pointer l'aiguille parallèle à la tête de la clavicule et vers le mamelon ipsilatéral à un angle de 45-60 degré jusqu'à la ponction veineuse
- Si l'aiguille est poussée ad 3cm sans retour veineux, changer de position
- Approche postérieure : insérer l'aiguille le long du bord postérieur du SCM à trois travers de doigts au-dessus de la clavicule visant antérieurement la fourchette sternale à 45 degrés
- Faire un RxP
- Voie sous-clavière :
 - La veine sous-clavière est antérieure et inférieure par rapport à l'artère sous-clavière
 - Tourner la tête du patient du côté opposé à la ponction
 - Site de ponction : jonction du 1/3 médial et 2/3 externe de la clavicule environ 1 cm en dessous du bord inférieur de la clavicule
 - Insérer l'aiguille sous la clavicule et entrer en contact avec l'os. Puis se rediriger derrière la clavicule et vers la fourchette sternale
 - Orientation de l'aiguille : face postéro supérieure de la jonction sterno-claviculaire, aiguille 20-30 degré de la peau, la veine est à 3-5cm environ
 - Faire un Rx pms
 - Attention : plus grand risque de pneumothorax avec une voie sous-clavière par rapport à la voie jugulaire interne
- Voie fémorale
 - IVAN (interne-veine-artère-nerf)
 - MID en légère rotation externe
 - Repérer la veine fémorale avec l'échographie (rester distal au ligament inguinal)
 - Palper l'artère fémorale ou la localiser à l'échographie
 - Insérer l'aiguille 1cm médial à l'artère fémorale, près du ligament inguinal sous guidance échographique
 - Quand l'aiguille est dans la veine, on avance le fil-guide de 5 cm, pas plus
 - Enlève l'aiguille, glisse la voie centrale, le guide sort par la voie brune.
 - Retirer le guide
 - Suturer à la peau

Complications générales des voies centrales : varient selon le site : tôt= arythmies, trauma vasculaire, pneumo ou hémithorax, chylothorax, tamponnade cardiaque, trauma au nerf, embolisation et les complications tardives : infection, thrombose, embolisation, érosion ou perforation des vaisseaux, tamponnade cardiaque

Insertion d'une voie intra-osseuse

Indications : état de choc et incapacité de trouver une voie veineuse ou tout autre urgence vitale tel status épilepticus, hémorragie massive, trauma etc

CI : Infection au site de ponction, fractures de l'os visé, prothèse genou, voie IO moins de 24h au même endroit

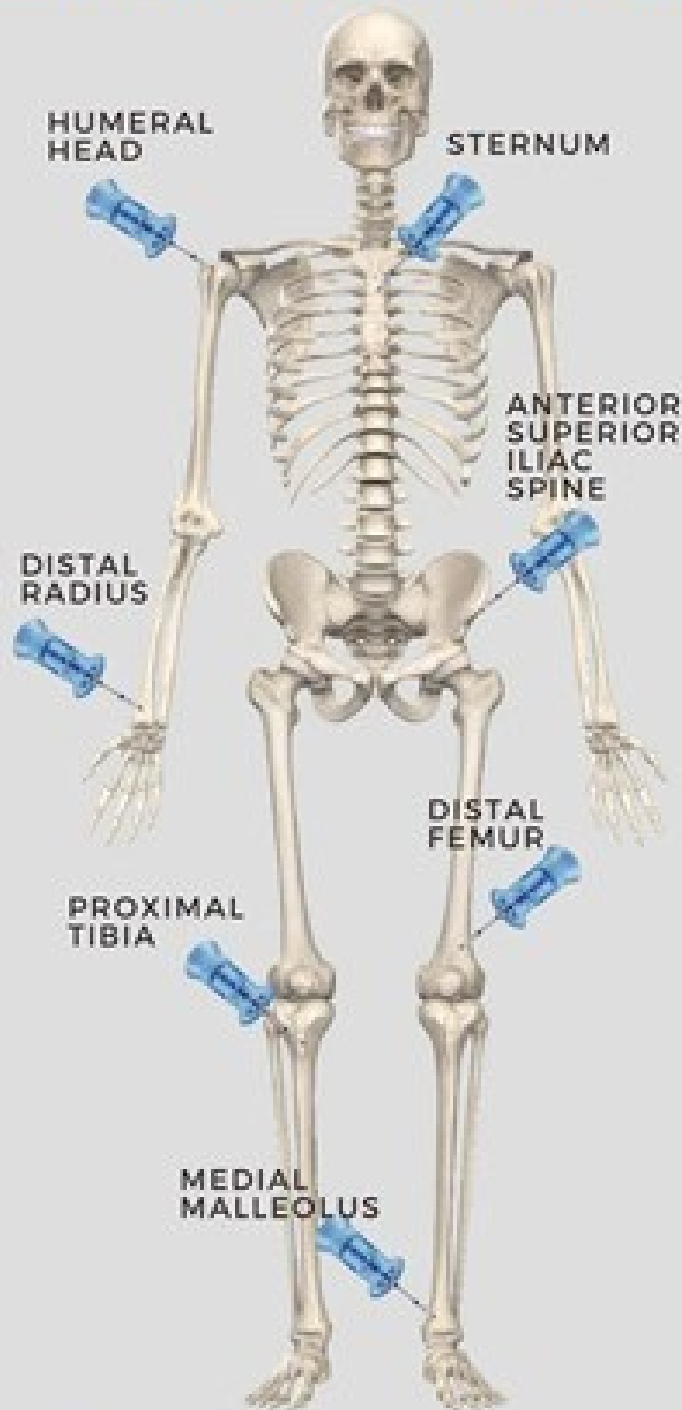
Sites en ordre de préférence : tibia proximal ou humérus proximal, fémur distal, épine iliaque

antérosupérieure

- Technique propre: gant, chlorhexidine
- Vérifier le matériel
- Localiser le site: privilégier le tibia proximal ou la tête humérale
- Désinfecter



INTRAOSSUEOUS LINES AND ACCESS SITES



YELLOW - (45 MM) FOR LARGE PATIENTS OR DENSE BONE SITES

BLUE - (25 MM) FOR PATIENTS 40 KG AND GREATER

PINK - (15 MM) FOR PATIENTS 3 - 39 KG



www.student.org
[twitter: iem_student](https://twitter.com/iem_student)

- Immobiliser jambe (ne pas mettre les doigts sous le site): on peut utiliser un rouleau sous la jambe
- Déposer l'aiguille sur la partie la plus centrale et plate de la surface osseuse à percer soit 1cm sous la TTA et 1cm médial Au niveau du tibia proximal, percer perpendiculairement la peau jusqu'à l'os: pour s'assurer d'être sur une surface plane avant de débuter l'insertion dans l'os



- Transpercer la peau
- Insérer l'aiguille de l'intra-osseuse dans l'os
 - Si dispositif EZ-IO®: démarrer la perceuse («drill») en appuyant doucement
 - Si aiguille intra-osseuse manuelle: faire un mouvement de vrillage/de «va et vient» doux et ferme en tenant le bout de l'aiguille: pour éviter qu'elle ne se plie ou de passer à travers l'os
- Une fois inséré, arrêté le mouvement et retirer stylet
- Aspirer la moëlle si possible pour prélever du sang pour faire des examens de laboratoire
- Injecter 5 à 10 ml de NaCl 0.9% pour rincer (+/- lidocaïne 2% sans préservatif (lidocaïne cardiaque))
 - Fixer :
 - Si dispositif EZ-IO®: utiliser fixateur inclus avec l'aiguille
 - Pour les deux types: La fixation de l'intra-osseuse se fait par fixation de la tubulure avec « ponts » de bandage adhésif et une attelle pour transport aux articulations au-dessus et en-dessous.
 - Mettre le connecteur

- La surveillance de l'intra-osseuse inclut la recherche d'œdème ou d'infiltration après chaque injection. Les complications possibles sont:
 - Extravasation des liquides injectés
 - Syndrome du compartiment (rare)
 - Ostéomyélite (extrêmement rare)
 - Fracture tibia
 - Embolies graisseuses microscopiques (pas d'incidence clinique décrite)
 - Les complications augmentent avec la durée d'utilisation de l'intra-osseuse, en particulier si >24h.
 - On retire l'intra-osseuse dès qu'un accès veineux est disponible (ou avant 24h) par mouvement de rotation et traction. On peut recouvrir l'orifice par une compresse stérile

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Surveiller les complications nommées ci-dessus

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- [Life in the fast lane : centra venous catheters](#)
- [Life in the fast lane : intraosseous access](#)
- [Voie intra-osseuse urgence HSJ](#)
- Vidéo de EMRAP : <https://www.youtube.com/watch?v=KHXSfh2ZRDM>
- Vidéo du Tintinalli :
<https://accessmedicine.mhmedical.com/MultimediaPlayer.aspx?MultimediaID=17964682>
- <https://accessmedicine.mhmedical.com/MultimediaPlayer.aspx?MultimediaID=17950420>
- <https://accessmedicine.mhmedical.com/MultimediaPlayer.aspx?MultimediaID=17950427>
- <https://accessmedicine.mhmedical.com/MultimediaPlayer.aspx?MultimediaID=17950432>

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les fractures et les luxations pouvant être réduites par un médecin de première ligne ;
- Reconnaître les indications et contre-indications d'une réduction fermée ;
- Procéder à une évaluation neurovasculaire du membre atteint ;
- Maîtriser les techniques de réduction des fractures et des luxations

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

4. Gestion de la douleur
 - Analgésie
 - Matériel pour sédation procédurale selon protocole local
 - Matériel pour bloc local/digital
 - Lidocaïne 1 ou 2%, seringue, aiguille
5. Gants non stériles
6. Radiographies pré et post-réduction
7. Piège à doigts ("finger traps") pour les fractures du radius distal

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Étapes préparatoires • Procéder à l'examen physique de la région affectée • Réaliser une évaluation neuro-vasculaire avant la réduction • En l'absence de compromis neuro-vasculaire nécessitant une réduction urgente, faire une imagerie pré-réduction • Procéder à une anesthésie locorégionale adéquate ou une sédation	
2. Techniques spécifiques :	
a. Fracture distale du radius - avec angulation dorsale (Fx de Colles) <u>Technique manuelle classique :</u> 1. Appliquer une traction longitudinale sur la main pendant 2-3 minutes afin de relâcher les muscles et déloger le fragment impacté. Ne pas faire de traction brusque. 2. Accentuer brièvement la déformation dorsale en maintenant la traction	c. Luxation antérieure de l'épaule <u>Technique de Cunningham (sans sédation) voir le vidéo</u> 1. Le patient est assis, le dos bien droit sur une chaise ou un lit, sans s'appuyer. 2. Le praticien s'assoit face au patient. Le bras du patient (côté luxé) est en adduction (collé au corps), le coude fléchi à 90°. 3. La main du patient est placée sur l'épaule du praticien. Le praticien soutient le coude du patient avec son propre avant-bras,

3. Appliquer une pression en direction palmaire sur le fragment distal tout en maintenant la traction
4. Fléchir légèrement le poignet et faire une petite déviation ulnaire
5. Maintenir la position pendant l'application de plâtre

Technique avec pièges à doigts (si disponible)

1. Mettre un bandage tubulaire au niveau de l'avant-bras en prévision de l'immobilisation plâtrée
2. Suspendre le bras avec pièges à doigts (pouce, index et majeur) avec le coude fléchi à 90°
3. Appliquer une contre-traction en suspendant un poids de 5-10 lbs sur le bras.
4. Maintenir une traction pendant 10-15 minutes.
5. Appliquer le plâtre sous traction

b. Fracture distale du radius – avec angulation palmaire (Fx de Smith)

- Les étapes sont les mêmes que pour la fracture de Colles mais la pression doit être appliquée au niveau palmaire en direction dorsale.

appliquant une très légère traction vers le bas (juste le poids de l'avant-bras).

4. Le praticien masse vigoureusement le biceps, le deltoïde et le muscle trapèze du patient pendant 1 à 2 minutes.
5. Le patient doit se détendre, garder le dos droit, et essayer de ramener ses omoplates en arrière ("faire se toucher les omoplates").

Technique FARES

1. Placer le patient en décubitus dorsal
2. Saisir le poignet et le coude du côté atteint et appliquer une traction
3. Faire des mouvements oscillatoires légers antéro-postérieurs tout en gardant la traction et en créant une abduction progressive de l'épaule jusqu'à 90°
4. Faire une rotation externe progressive et poursuivre l'abduction jusqu'à la réduction (sensation de clunk), habituellement vers 120°

Technique Spaso

1. Placer le patient en décubitus dorsal
2. Saisir le poignet du côté atteint
3. Élever verticalement le bras à 90° de flexion
4. Faire une traction vers le plafond
5. Faire une rotation externe progressive jusqu'à la réduction (sensation de clunk)

Technique de Stimson avec manipulation scapulaire

1. Placer le patient en décubitus ventral en faisant pendre le bras dans le vide
2. Suspendre un poids de 2 à 5 kg au poignet du côté atteint
3. Pousser la pointe de la scapula médialement et vers le haut pour entraîner une rotation
4. En cas d'échec de réduction, une rotation externe de l'épaule peut être réalisée par un second intervenant pendant que la scapula est maintenue dans la position précédente

d. Luxation des doigts <u>Luxation dorsale de l'IPP ou de l'IPD</u> 1. Appliquer une traction douce longitudinale 2. Faire une hyperextension légère puis appliquer une pression dorsale à la base de la phalange luxée <u>Luxation de la MCP</u> 1. Faire une flexion du poignet du côté atteint pour relâcher le tendon fléchisseur 2. Appliquer une pression dorsale sur la base de la phalange proximale en direction palmaire	e. Subluxation de la tête radiale (pulled elbow) <u>Manoeuvre d'hyperpronation</u> 1. Supporter d'une main le coude atteint en appliquant une pression avec le pouce sur la tête radiale 2. Effectuer une pronation complète de l'avant-bras <u>Manoeuvre supination/flexion</u> 1. Supporter d'une main le coude atteint en appliquant une pression avec le pouce sur la tête radiale 2. Effectuer une supination de l'avant-bras 3. Fléchir le coude
f. Luxation patellaire • Fléchir la hanche du côté atteint pour relâcher le quadriceps • Faire lentement une extension du genou en appliquant simultanément une pression sur la patella afin de la remettre en position anatomique	
3. Procéder à l'immobilisation post réduction et répéter l'examen neurovasculaire	
4. Imager à nouveau le site atteint afin de confirmer l'alignement adéquat post réduction	

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

1. Reconsulter en présence des signes ou symptômes suivants :
 - a. Douleur sévère
 - b. Paresthésies
 - c. Froideur distale
 - d. Difficulté à bouger les doigts ou la partie distale du membre atteint
 - e. Changement de coloration distale (pâleur, cyanose)
 - f. Gonflement important sous l'attelle
 - g. Signes d'infection : fièvre, rougeur progressive, écoulement
2. Maintenir l'attelle en place pour la durée recommandée
3. Utiliser l'analgésie prescrite ou en vente libre en cas de douleur

En fonction du type d'atteinte, il est important d'informer le patient du temps de guérison nécessaire avant la reprise des activités sportives et/ou professionnelles.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- Réduction d'une fracture du radius distal:
<https://youtu.be/cy6f7he2e4w?si=gzAbI9LF8XQvUR8V>
- Réduction d'une luxation dorsale d'une phalange:
<https://www.youtube.com/shorts/eGxIJBp5Acs>
- Réduction d'une subluxation de la tête radiale chez l'enfant (pulled elbow):
<https://youtu.be/5y3SUt7JJAw?si=JO0oycH2SezwlbHz>
<https://youtu.be/bmzCwmWAfu0?si=6VMFZjbaVSFq2mHL>
- Réduction d'une luxation antérieure de l'épaule:
<https://litfl.com/fares-method-for-shoulder-reduction/>
https://youtu.be/HMXZyYqsS_E?si=jbRBU-9DaaTGVwE9
- Réduction d'une luxation antérieure de l'épaule par la méthode de Cunningham sans sédation:
<https://litfl.com/cunningham-shoulder-technique/>
- (2020). Notice. Tintinalli J.E., & Ma O, & Yealy D.M., & Meckler G.D., & Stapczynski J, & Cline D.M., & Thomas S.H.(Eds.), *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 9e. McGraw-Hill Education. Chapitres 141, 268 à 271.
- <https://surgeryreference.aofoundation.org>
- <https://www.aofoundation.org/what-we-do/education/topic-areas/publishing-and-faculty-support-media/casts-splints-and-support-bandages>

POSE D'UNE ATTELLE/POSER ET ENLEVER UN PLÂTRE

➔ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Identifier les indications et contre-indications d'une pose d'attelle ou de plâtre
- Reconnaître les types d'attelle associés à chaque fracture ou indication d'immobilisation
- Déterminer l'équipement nécessaire pour réaliser une attelle ou un plâtre
- Être en mesure d'effectuer une attelle ou un plâtre
- Déterminer les complications possibles et connaître les soins post-procédures

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Bandes de plâtre de Paris ou attelle en fibre de verre si non dispo
- Eau tiède
- Ouate en rouleau
- Stokinette de coton
- Bandage élastique (pour l'attelle)
- Ruban adhésif
- Écharpe
- Ciseaux
- Scie à plâtre (pour retirer seulement)

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Mesurer la stokinette et dérouler sur le membre à immobiliser
2. Immobiliser le membre dans la position désirée
3. Dérouler la ouate, généralement de distale à proximale en chevauchant de 50% de la surface. Utiliser une légère tension sans créer de garrot
4. Mesure les bandes de plâtre ou d'attelle en fibre de verre et les tremper dans l'eau tiède
5. Essorer avec les mains
6. Appliquer autour du membre à immobiliser ou installer en bonne position
7. Lisser le plâtre pour ensuite le mouler avec les paumes. Mouler la fibre de verre
8. Dérouler le bandage élastique avec un légère tension, généralement de distale à proximale.
9. Coller l'extrémité avec le ruban adhésif. Éviter d'utiliser les agrafes inclus dans le kit.
10. Vérifier si neurovasc est encore normal après l'attelle

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Ne pas faire de mise en charge sur l'attelle ou plâtre
- Ne pas mouiller
- Essayer de garder le membre élevé au-dessus du cœur le plus possible pendant le premier 24h pour diminuer œdème
- Suivi en clinique de fracture ou md traitant selon les modalités locales
- Reconsulter si bris de l'attelle, signe d'ischémie, douleur disproportionnée

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- <https://www.aofoundation.org/what-we-do/education/topic-areas/publishing-and-faculty-support-media/casts-splints-and-support-bandages>
- Site de l'urgence HSI : <https://www.urgencehsj.ca/protocoles/fractures-attelles-et-platres/>
- [Techniques d'Atelles](#)

DÉCOMPRESSION D'UN PNEUMOTHORAX À L'AIGUILLE

➔ [Table des matières](#)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Reconnaître rapidement un pneumothorax sous tension nécessitant une décompression immédiate.
- Identifier les repères anatomiques et les indications de la décompression à l'aiguille.
- Effectuer la technique de façon sécuritaire avec le matériel approprié.
- Intégrer le geste dans la prise en charge globale d'une urgence respiratoire.
- Assurer la stabilisation et l'orientation du patient vers une prise en charge définitive

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Cathéter IV 14G (≥ 5 –8 cm)
- Gants
- Antiseptique
- Compresses
- Ruban adhésif
- Oxygène

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

1. Préparer le matériel requis :
 - a. Cathéter IV 14–16 G (≥ 5 cm idéalement 8 cm)
 - b. Antiseptique
 - c. Seringue $\pm$ valve
2. Identifier les sites anatomiques sécuritaires :
 - a. 4e–5e espace intercostal ligne axillaire antérieure ou moyenne (recommandé)
 - b. Ou 2e espace intercostal ligne médio-claviculaire (moins privilégié)
3. Repérer correctement l'espace intercostal au-dessus de la côte inférieure pour éviter le paquet vasculo-nerveux.
4. Effectuer la technique étape par étape :
 - a. Identifier le site
 - b. Désinfection
 - c. Insertion perpendiculaire au thorax
 - d. Avancer jusqu'au passage pleural
 - e. Retirer l'aiguille et laisser le cathéter

- f. Observer l'amélioration clinique
- 5. Stabiliser le cathéter en attendant la mise en place d'un drain thoracique

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Surveillance des signes vitaux et saturation.
- Réévaluation fréquente de la respiration et du murmure vésiculaire.
- Oxygène si nécessaire.
- Vérifier la perméabilité et la fixation du cathéter.
- Rechercher amélioration clinique immédiate.
- Faire une radiographie pulmonaire rapidement.
- Prévoir drain thoracique si indiqué.
- Surveiller les complications (récidive, emphysème, saignement).
- Donner analgésie appropriée.
- Organiser transfert ou prise en charge spécialisée.

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- <https://www.topspu.ca/courses/thoracostomie-a-laiguille/>

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Nommer les indications et les contre-indications à la ponction lombaire
- Être en mesure de réussir une ponction lombaire
- Savoir interpréter les analyses laboratoires d'une ponction lombaire

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA PROCÉDURE

- Gants stériles, masque et blouse
- Chlorhexidine (ou autre antiseptique disponible dans votre milieu)
- Kit à ponction lombaire incluant 4 tubes, champs stériles
- Sucrose chez le nourrisson (moins de 6 mois)
- Anesthésique topique (ex. crème EMLA, lidocaïne 4%) et/ou anesthésique local (lidocaïne 1% sans épinéphrine)
 - Seringue 3 ml + aiguille 26-30 G pour point dermique
- Agent sédatif-analgésique prn (ex. protoxyde d'azote (Nitronox) inhalé)
- Aiguille 22 G ou 24-25 G avec stylet de 1.5 pouces (3.5+ cm) chez les < 2 ans environ, et de 2.5 pouces (6+ cm) chez les plus âgés
- Manomètre et robinet 3 voies si une mesure de la pression d'ouverture est indiquée
- Gazes stériles
- Diachylon

ÉTAPES DE LA TECHNIQUE

- S'assurer que le patient est stable hémodynamiquement, réviser l'indication et l'absence de contre-indications
- Obtenir un consentement éclairé de la part du parent de l'enfant ou du patient et expliquer la procédure
- Préparer le matériel
- Décider de la position
 - Position couchée ou assise en collaboration avec préposé ou autre personne disponible
 - *La réussite de la PL dépend grandement du bon positionnement du patient*

Position couchée (position utilisée si on veut effectuer une mesure de la pression d'ouverture)

- Patient placé au bord du lit, dos bien arrondi, genoux relevés sur la poitrine et épaules recourbées
- Pour un médecin droitier, le patient est placé en décubitus latéral gauche



Position assise (cette position semble augmenter l'espace inter-épineux)

- Patient placé au bord du lit, les hanches et le tronc fléchis, pour avoir un dos arrondi
- La flexion du cou n'est pas nécessaire ni désirée (augmente le risque de compromis respiratoire chez les enfants)
- Chez le bébé : l'assistant maintient la position en empoignant le coude et le genou gauches dans sa main droite, ainsi que le coude et le genou droits dans sa main gauche



Identification du site de ponction

- Ligne médiane, au niveau des crêtes = L4-L5
 - Chez le bébé, la moelle épinière se termine à L3 donc il est suggéré d'utiliser l'espace L4-L5
 - Chez l'enfant et l'adolescent, la moelle épinière se termine à L2, donc la ponction peut se faire à L3-L4 ou L4-L5
 - Chez l'adulte, la procédure se fait à L4-L5

Analgésie

- Pour les enfants: Penser aux méthodes physiques et psychologiques de réduction de la douleur (explication aux enfants plus âgés, distraction ex. musique, présence parentale)
 - Analgésie locale **À PRIORISER**
 - Moins de PL traumatiques et d'échecs avec anesthésie locale
 - Anesthésique topique (crème lidocaïne 4% pour 30 minutes ou EMLA 60 minutes avant la procédure)
 - Point dermique avec lidocaïne 1% sans épinéphrine au site de ponction
 - Max 0.4 ml/kg de 1% (4 mg/kg) mais généralement 0.5-1 ml nécessaire
 - Les deux méthodes peuvent être combiné
 - **Sucrose À PRIORISER chez le nourrisson**, particulièrement chez < 1 mois
 - Agent sédatif-analgésique dans certaine situation si les outils ci-haut sont insuffisants (ex. **Nitronox**® si plus de 3 ans)

Technique stérile : masque, blouse, lavage des mains, gants stériles, désinfection x3 en cercles assez larges, application de champs stériles

PROCÉDURE

- **Revérifier** espace intervertébral, revérifier positionnement en s'assurant qu'il n'y a pas de rotation, que hanche en ligne avec épaule et que patient à 90° avec le lit.
- **Introduction de l'aiguille**
 - Avec un angle de 10-30° vers l'ombilic
 - Selon l'avis d'expert, éviter d'anguler chez le nourrisson
- Biseau de façon à séparer les fibres nerveuses parallèlement à l'axe de colonne
- Méthode *stylet-in*
 - On avance lentement en retirant régulièrement le stylet puis en le remplaçant, vérifiant ainsi si la dure mère a été traversée – chez les petits, la traversée du ligamentum flavum est subtile
- Méthode *early stylet removal*
 - On insère l'aiguille avec le stylet pour traverser la peau puis on retire le stylet et on continue à avancer lentement
 - On remet le stylet avant de ressortir l'aiguille

Mesure de la pression intracrânienne

- Le patient doit être en position couchée
 - Idéalement avec les jambes en extension
 - Normale entre 5 et 20 cm H2O

Récolte du LCR (Utilisation d'habituellement 4 tubes)

- 3 avec 10 gouttes (jusqu'à environ 1 ml) et le dernier avec 1.5 ml si possible
- 1- biochimie, 2- bactériologie, 3- décompte cellulaire, 4- virologie
- Si on cherche une HSA, on envoie les tubes 1 et 4 pour un décompte cellulaire. S'il s'agit d'une HSA, le nombre de GR devrait être similaire entre les tubes, contrairement à la PL traumatique.

Retrait de l'aiguille avec stylet, allonger le patient si ce n'est pas déjà le cas

- Vérifier que le saignement se tarisse et qu'il n'y ait pas de fuite de LCR avant d'appliquer le diachylon

- Coucher le patient quelques minutes pour récupération

POST PROCÉDURE

- Documenter la procédure et donner les résultats aux parents ou au patient

CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

- Réexpliquer les symptômes possibles après une PL tels douleur au site de ponction, nausées, céphalées et irritabilité chez le jeune enfant
- Encourager une bonne hydratation
- Avisé de consulter si apparition de fièvre, si céphalée intense persistante, si altération de l'état de conscience

RÉFÉRENCES ET MATIÈRE À RÉVISER

- <https://www.urgencehsj.ca/savoirs/ponction-lombaire-analgesie-par-lidocaine-sous-cutane/>
- Technique pour le point dermique: <https://vimeo.com/1059720955/2bea2b4443?share=copy>
- Technique pour PL chez l'enfant: <https://vimeo.com/279865714>
- Technique pour PL chez l'adulte: <https://www.youtube.com/watch?v=WpXGUn7eGZE>

RÉFÉRENCES SUPPLÉMENTAIRES

→ [Table des matières](#)

- <https://apps.apple.com/ca/app/paratus-m%C3%A9dical/id1667317861?l=fr-CA>
- <https://accessmedicine.mhmedical.com/multimedia.aspx#367>
- <https://www.youtube.com/channel/UCxwzhuYyeejWW1MlwIXi1lw>

REMERCIEMENTS

[→ Table des matières](#)

Au nom du programme, la direction tient à remercier chaleureusement chaque membre de l'équipe pour son implication et sa contribution essentielle à la conception de ce guide. Grâce à leur expertise et à leur collaboration, ce guide constituera un outil précieux pour les résidents, leur permettant d'enrichir leurs connaissances.

L'équipe de la direction du programme de résidence en médecine de famille de l'Université de Montréal.