

## PROCOLE MÉDICAL

Code : PRO-2024-101

Date d'émission originale: 2024-01-17

Date de révision prévue : 2027-10-17

Référence à une ordonnance individuelle

OUI  NON

OIS- Analgésie péridurale en obstétrique -  
CN00619

### Objet : Prise en charge de l'analgésie péridurale en obstétrique

	Version antérieure	Dernière version
<b>Recommandé par</b> Le comité directeur des ordonnances collectives et protocoles Le comité de pharmacologie Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers		2023-12-14 2023-11-01 NA 2023-06-01
<b>Adopté par</b> Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		2024-01-17

### PROFESSIONNEL(S) AUTORISÉ(S)

Les infirmières du CIUSSS de la Capitale-Nationale ou d'une agence de personnel exerçant au CIUSSS de la Capitale-Nationale possédant la compétence professionnelle requise, c'est-à-dire les connaissances scientifiques, les habiletés et le jugement clinique inhérent à l'activité exercée dans le lieu suivant :

- Unité des naissances

### SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Usagère enceinte ayant besoin d'une analgésie péridurale lors du travail actif.

### CONDITION D'APPLICATION

Une ordonnance médicale individuelle est requise pour initier le protocole.

Référer à l'OIS : Analgésie péridurale en obstétrique.

### ABBREVIATIONS

AI : Auscultation intermittente

APCP : Analgésie péridurale contrôlée par le patient

CIVP-court : Cathéter intraveineux périphérique court

FC : Fréquence cardiaque

FR : Fréquence respiratoire

FSC : Formule sanguine complète

IMC : Indice de masse corporelle calculé selon la formule : poids (en kilogramme) divisé par la taille<sup>2</sup> (en mètre)

IV : Intraveineux

MFE : Monitoring fœtale électronique

OIS : Ordonnance individuelle standardisée

TA : Tension artérielle

**PERFUSION PÉRIDURALE : BUPIVACAÏNE 0,1 % ET FENTANYL 2 MCG/ML**

<b>Indications</b>	<p>Soulager la douleur pendant le travail actif et l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Bupivacaïne</u> : Anesthésique local qui bloque la conduction des fibres afférentes sensorielles de la racine des ganglions dorsaux à la moelle épinière</li> <li>• <u>Fentanyl</u> : Opioïde qui bloque la transmission des signaux de la douleur au système nerveux central</li> </ul>		
<b>Contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergie ou hypersensibilité à la Bupivacaïne ou au Fentanyl</li> <li>• Anomalie ou chirurgie de la colonne vertébrale</li> <li>• Troubles de la coagulation</li> <li>• Arythmie cardiaque</li> <li>• Hémorragie sévère</li> <li>• Hypotension sévère</li> <li>• État de choc</li> </ul>		
<b>Conditions d'administration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'une pompe volumétrique dédiée à cette voie</li> <li>• Utiliser une tubulure pour pompe volumétrique avec filtre 0,2 micron sans joint de dérivation</li> </ul>		
<b>Présentation</b>	Soluté de 100 ml de Bupivacaïne 0,1 % et Fentanyl 2 mcg/ml <b>prêt à l'emploi</b>		
<b>Administration</b>	Par la voie du cathéter péridural selon <i><b>l'OIS</b> Analgésie péridurale en obstétrique – CN00619</i>		
<b>Effets secondaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausée</li> <li>• Vomissement</li> <li>• Prurit</li> <li>• Hypotension</li> <li>• Rétention urinaire</li> <li>• Douleur lombaire</li> <li>• Céphalée</li> </ul>		
<b>Signes de toxicité</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="440 1171 857 1470"> <p>Analgésique opioïde :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoventilation</li> <li>• Ronflement important</li> <li>• Sommeil profond</li> <li>• Apnée</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul> </td> <td data-bbox="857 1171 1513 1470"> <p>Anesthésique local :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Goût métallique</li> <li>• Audition de bourdonnement</li> <li>• Vision embrouillée</li> <li>• Étourdissement</li> <li>• Dysphasie</li> <li>• Inconscience et coma</li> <li>• Convulsion</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul> </td> </tr> </table>	<p>Analgésique opioïde :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoventilation</li> <li>• Ronflement important</li> <li>• Sommeil profond</li> <li>• Apnée</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul>	<p>Anesthésique local :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Goût métallique</li> <li>• Audition de bourdonnement</li> <li>• Vision embrouillée</li> <li>• Étourdissement</li> <li>• Dysphasie</li> <li>• Inconscience et coma</li> <li>• Convulsion</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul>
<p>Analgésique opioïde :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoventilation</li> <li>• Ronflement important</li> <li>• Sommeil profond</li> <li>• Apnée</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul>	<p>Anesthésique local :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Goût métallique</li> <li>• Audition de bourdonnement</li> <li>• Vision embrouillée</li> <li>• Étourdissement</li> <li>• Dysphasie</li> <li>• Inconscience et coma</li> <li>• Convulsion</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul>		
<b>Antidotes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naloxone</li> <li>• Sulfate d'éphédrine</li> </ul>		

## PERFUSION PÉRIDURALE : ROPIVACAÏNE 0,08 % ET FENTANYL 2 MCG/ML

<b>Indications</b>	Soulager la douleur pendant le travail actif et l'accouchement <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ropivacaïne</u> : Anesthésique local qui bloque la conduction des fibres afférentes sensorielles de la racine des ganglions dorsaux à la moelle épinière</li> <li>• <u>Fentanyl</u> : Opioïde qui bloque la transmission des signaux de la douleur au système nerveux central</li> </ul>				
<b>Contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergie ou hypersensibilité à la Ropivacaïne ou au Fentanyl</li> <li>• Anomalie ou chirurgie de la colonne vertébrale</li> <li>• Troubles de la coagulation</li> <li>• Arythmie cardiaque</li> <li>• Hémorragie sévère</li> <li>• Hypotension sévère</li> <li>• État de choc</li> </ul>				
<b>Conditions d'administration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'une pompe volumétrique dédiée à cette voie</li> <li>• Utiliser une tubulure pour pompe volumétrique <b>avec filtre 0,2 micron sans joint de dérivation</b></li> </ul>				
<b>Présentation</b>	Soluté de 100 ml de Ropivacaïne 0,08 % et Fentanyl 2 mcg/ml <b>prêt à l'emploi</b>				
<b>Administration</b>	Par la voie du cathéter péridural selon <b><i>I'OIS</i></b> <i>Analgesie péridurale en obstétrique – CN00619</i>				
<b>Effets secondaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausée</li> <li>• Vomissement</li> <li>• Prurit</li> <li>• Hypotension</li> <li>• Rétention urinaire</li> <li>• Douleur lombaire</li> <li>• Céphalée</li> </ul>				
<b>Signes de toxicité</b>	<table border="0"> <tr> <td>Analgésique opioïde :</td> <td>Anesthésique local :</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoventilation</li> <li>• Ronflement important</li> <li>• Sommeil profond</li> <li>• Apnée</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Goût métallique</li> <li>• Audition de bourdonnement</li> <li>• Vision embrouillée</li> <li>• Étourdissement</li> <li>• Dysphasie</li> <li>• Inconscience et coma</li> <li>• Convulsion</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul> </td> </tr> </table>	Analgésique opioïde :	Anesthésique local :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoventilation</li> <li>• Ronflement important</li> <li>• Sommeil profond</li> <li>• Apnée</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goût métallique</li> <li>• Audition de bourdonnement</li> <li>• Vision embrouillée</li> <li>• Étourdissement</li> <li>• Dysphasie</li> <li>• Inconscience et coma</li> <li>• Convulsion</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul>
Analgésique opioïde :	Anesthésique local :				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoventilation</li> <li>• Ronflement important</li> <li>• Sommeil profond</li> <li>• Apnée</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goût métallique</li> <li>• Audition de bourdonnement</li> <li>• Vision embrouillée</li> <li>• Étourdissement</li> <li>• Dysphasie</li> <li>• Inconscience et coma</li> <li>• Convulsion</li> <li>• Arrêt cardiorespiratoire</li> </ul>				
<b>Antidotes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naloxone</li> <li>• Sulfate d'éphédrine</li> </ul>				

### DIRECTIVES INFIRMIÈRES

#### À L'INITIATION DU PROTOCOLE

1. Aviser le médecin de garde en obstétrique
2. Avoir en main le résultat des plaquettes de la FSC prélevée à l'admission. Si non fait, faire le prélèvement
3. Aviser l'anesthésiologiste de garde
4. Imprimer tous les formulaires cliniques inclus dans l'onglet « péridurale »
5. Retirer le soutien-gorge de l'usagère et lui mettre une jaquette à bouton à pression
6. Installer un CIVP-court de calibre 18
7. S'assurer que l'usagère ait uriné avant la péridurale
8. Préparer le matériel pour la péridurale :
  - ✓ Sac pour perfusion péridurale prêt à l'emploi et identifié au nom de l'usagère
  - ✓ Pompe volumétrique dédiée à la voie péridurale et identifiée avec l'affiche « Alerte nursing – Voie péridurale uniquement »
  - ✓ **Tubulure avec filtre 0,2 micron, sans joint de dérivation**
  - ✓ Plateau à péridurale

- ✓ Champ stérile troué transparent
  - ✓ Jaquette stérile
  - ✓ Tiges montées de Gluconate de Chlorexidine teinté
  - ✓ Coussin
  - ✓ Pellicule transparente auto-adhésive 10 cm x 12 cm
  - ✓ Couvre pansement auto-adhésif extensible 5 cm x 10 cm
  - ✓ Ampoule de Chlorhydrate de Bupivacaïne (Marcaïne) 0,25 %
  - ✓ Ampoule de Chlorhydrate de Lidocaïne 1 % ou 2 % selon l'anesthésiologiste
9. Garder au chevet de l'usagère :
- ✓ Ampoule de Naloxone 0,4 mg/ml avec une seringue de 10 mL et une fiole de 10 mL de Chlorure de sodium 0,9 %
  - ✓ Ampoule de Sulfate d'Éphédrine 50 mg/ml avec une seringue de 10 mL et une fiole de 10 mL de Chlorure de sodium 0,9 %
  - ✓ Masque d'oxygène à 100 %

### À L'ARRIVÉE DE L'ANESTHÉSIOLOGISTE

1. Mettre un bonnet à l'usagère
2. Mettre un masque à l'usagère et à l'accompagnateur
3. Installer l'usagère en position assise sur le bord du lit, les épaules et la colonne lombaire fléchies vers l'avant, le dos placé vis-à-vis le bord du lit
4. Prendre la TA, la FC, la FR et la saturométrie. Laisser le saturomètre en permanence

### PENDANT L'ADMINISTRATION DE LA PERFUSION D'ANALGÉSIE PÉRIDURALE

1. Assurer une surveillance constante durant les 30 premières minutes
2. Lors d'une analgésie péridurale contrôlée par le patient (APCP), assister l'usagère lors de l'administration des deux premiers bolus  
L'usagère peut s'administrer des bolus seulement lorsqu'elle est en position assise ou allongée
3. Installer le coussin triangulaire sous la hanche droite pendant les 30 premières minutes
4. Encourager la mobilisation debout lorsque toutes les conditions requises sont respectées (Référer à la section **Mobilisation**)  
Si l'usagère ne peut être levée, favoriser le changement de position au lit à toutes les 30 à 60 minutes. Repositionner le coussin sous la hanche droite lorsque l'usagère est en position décubitus dorsal
5. Administrer la perfusion et les bolus d'analgésie selon l'*OIS analgésie péridurale en obstétrique – CN00619*  
La pompe doit être programmée par l'infirmière et l'anesthésiologiste ou par 2 infirmières (double vérification indépendante)
6. Assurer la surveillance de l'usagère selon les paramètres et la fréquence requise au Tableau 1 « Surveillance et interventions requises »
7. Consigner les informations sur le formulaire Surveillance clinique d'un usager sous analgésie opioïde.  
Lors d'une APCP, compléter le formulaire Évaluation de l'analgésie contrôlée par le patient – CN90554 à chaque fin de quart

### FIN DE LA PERFUSION D'ANALGÉSIE PÉRIDURALE

1. Cesser la perfusion péridurale après la délivrance placentaire ou à la suite des réparations du périnée
2. Maintenir le CIVP-court en place jusqu'à la fin du post-partum immédiat et jusqu'à ce que l'usagère ait uriné spontanément
3. Retirer le cathéter péridural pendant le post-partum immédiat **sauf si** :
  - 1) Présence de signes d'inflammation ou d'infection au site d'insertion du cathéter
  - 2) Présence de paresthésie ou de choc électrique à la tentative de retrait du cathéter
  - 3) Présence d'une résistance persistante à la tentative de retrait du cathéter
  - 4) Usagère sous anticoagulant
 et aviser l'anesthésiologiste

### SURVEILLANCE CLINIQUE

Assurer la surveillance de l'usagère :

1. Selon les indications au **Tableau 1 « Surveillance et interventions requises »**
2. Selon la règle de soins infirmiers : *Évaluation et surveillance clinique des usagers recevant un analgésique opioïde*
3. Selon la règle de soins infirmiers : *Surveillance intrapartum du bien-être fœtal*

<b>TABLEAU 1 SURVEILLANCE DE L'USAGÈRE ET INTERVENTION REQUISES</b>		
<b>PARAMÈTRES</b>	<b>SURVEILLER ET DOCUMENTER</b>	<b>INTERVENTIONS</b>
<b>Activité utérine</b>	Aux 30 minutes	Si fréquence ou intensité des contractions diminue après la péridurale : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser le médecin de garde en obstétrique</li> </ul>
<b>TEMPÉRATURE</b>	Aux 4 heures jusqu'à l'arrêt de la perfusion À l'arrêt de la perfusion, poursuivre aux 4 heures x 6	Si température plus grande que 38° : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>
<b>TA, FC, *FR</b>  * Fréquence, rythme et amplitude	À l'initiation de la perfusion et après chaque augmentation de débit ou administration de bolus par l'infirmière : Aux 5 minutes x 3 Aux 15 minutes x 4 Aux 30 minutes x 2 Aux heures jusqu'à l'arrêt de la perfusion À l'arrêt de la perfusion, poursuivre aux 4 heures x 6	Si tension artérielle systolique inférieure aux limites prescrites dans l'OIS associée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installer l'usagère en décubitus latéral gauche</li> <li>• Administrer la médication selon l'OIS associée : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bolus de Lactate Ringer</li> <li>✓ Sulfate d'Éphédrine (Éphédrine)</li> </ul> </li> </ul> Si hypotension persiste malgré l'administration de la médication ou si FR égale ou inférieure à 10/minute : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesser la péridurale et aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>
<b>SATUROMÉTRIE</b>	En continue si perfusion continue jusqu'à l'arrêt de la perfusion À l'arrêt de la perfusion, poursuivre aux 4 heures x 6	Administer l'oxygène par masque 100 % selon l'OIS Analgésie péridurale en obstétrique
<b>DOULEUR</b>	À l'initiation de la perfusion et après chaque augmentation de débit ou administration de bolus par l'infirmière : Aux 5 minutes x 3 Aux 15 minutes x 4 Aux 30 minutes x 2 Aux heures jusqu'à l'arrêt de la perfusion À l'arrêt de la perfusion, poursuivre aux 4 heures x 6	Si douleur non soulagée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier l'emplacement et la perméabilité du cathéter</li> <li>• Vérifier la fréquence des doses d'APCP</li> <li>• Évaluer le bloc sensitif</li> <li>• Évaluer les conditions qui peuvent rendre l'analgésie inefficace (ex. distension de la vessie, travail qui évolue rapidement, rupture utérine)</li> <li>• Ajuster la péridurale selon l'OIS Analgésie péridurale en obstétrique – CN00619</li> </ul> Si douleur non soulagée 30 minutes après le début de la péridurale ou après l'administration de 2 bolus : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>
<b>BLOC SENSITIF</b>	Aux heures jusqu'à l'arrêt de la perfusion À l'arrêt de la perfusion, poursuivre aux 4 heures x 6	Si bloc sensitif inférieur à T10 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuster la péridurale selon l'OIS Analgésie péridurale en obstétrique – CN00619</li> </ul> Si bloc sensitif entre T5 et T6 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer la perfusion de 2 ml/h et réévaluer dans 30 minutes</li> <li>• Évaluer le bloc sensitif aux 15 minutes</li> </ul> Si bloc sensitif supérieur ou égale à T4 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesser la perfusion et aviser l'anesthésiologiste</li> <li>• Évaluer le bloc sensitif aux 15 minutes jusqu'au retour à la normale</li> </ul> Si bloc sensitif unilatérale ou asymétrique d'au moins 4 dermatomes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installer l'usagère en décubitus latéral du côté non anesthésié</li> <li>• Aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>
<b>Bloc moteur</b>	Aux heures jusqu'à l'arrêt de la perfusion À l'arrêt de la perfusion, poursuivre aux 4 heures x 6	Si bloc moteur égale à 1 ou 2 ou persiste 4 heures après l'arrêt de la perfusion : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>
<b>Niveau de sédation</b>	À l'initiation de la perfusion et après chaque augmentation de débit ou administration de bolus par l'infirmière : Aux 5 minutes x 3	Si niveau de sédation à 4 et plus sur l'échelle de Ramsey modifiée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>

**TABLEAU 1 SURVEILLANCE DE L'USAGÈRE ET INTERVENTION REQUISES**

PARAMÈTRES	SURVEILLER ET DOCUMENTER	INTERVENTIONS
	<p>Aux 15 minutes x 4                      Aux 30 minutes x 2                      Aux heures par la suite                      À l'arrêt de la perfusion, poursuivre aux 4 heures x 6</p>	
<b>Élimination vésicale</b>	<p>En per-partum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager l'usagère à uriner aux 2 heures :</li> <li>• Évaluer les signes et symptômes de rétention urinaire aux 4 heures :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à uriner</li> <li>- Jet d'urine lent ou intermittent</li> <li>- Absence d'envie d'uriner</li> <li>- Miction de moins de 200 ml</li> <li>- Globe vésicale à la palpation</li> <li>- Douleur sus-pubienne</li> <li>- Bladder scan plus grand que 350 ml</li> </ul> </li> </ul>	<p>Si présence d'un ou plusieurs signes de rétention urinaire après 4 heures sans miction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer un cathétérisme vésical intermittent</li> </ul> <p>Si un 3<sup>e</sup> cathétérisme est nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installer une sonde urinaire</li> <li>• Retirer la sonde urinaire avant le début du 2<sup>e</sup> stade</li> </ul>
	<p>En post-partum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager l'usagère à uriner dans les 4 heures suivant l'accouchement</li> <li>• En l'absence de miction 6 heures après l'accouchement, évaluer les signes et symptômes de rétention urinaire :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à uriner</li> <li>- Jet d'urine lent ou intermittent</li> <li>- Absence d'envie d'uriner</li> <li>- Miction de moins de 200 ml</li> <li>- Globe vésicale à la palpation</li> <li>- Douleur sus-pubienne</li> <li>- Bladder scan plus grand que 350 ml</li> </ul> </li> </ul>	<p>Si absence de miction spontanée 4 heures après l'accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenter des mesures visant à encourager la miction</li> </ul> <p>Si présence d'un ou plusieurs signes de rétention urinaire 6 heures après l'accouchement ou le retrait de la sonde :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser le médecin de garde en obstétrique</li> </ul>
<b>Effets secondaires et signes de toxicité aux anesthésiques et analgésiques</b>	<p>À l'initiation de la perfusion et après chaque augmentation de débit ou administration de bolus par l'infirmière :</p> <p>Aux 5 minutes x 3                      Aux 15 minutes x 4                      Aux 30 minutes x 2                      Aux heures par la suite                      À l'arrêt de la perfusion, poursuivre aux 4 heures x 6</p>	<p>Si présence de signes de toxicité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesser la perfusion et aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>
	<p><u>Signe d'injection intravasculaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engourdissement péri-buccal</li> <li>- Étourdissement</li> <li>- Goût métallique</li> <li>- Acouphènes</li> <li>- Agitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesser la perfusion et aviser l'anesthésiologiste</li> <li>• Relever la tête du lit à 30°</li> <li>• Prendre les signes vitaux aux 5 minutes jusqu'à stabilisation</li> <li>• Administrer des Intralipides selon ordonnance médicale</li> <li>• Administrer un bolus de Lactate Ringer selon ordonnance médicale.</li> </ul>
	<p><u>Signes pouvant indiquer la présence d'une méningite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mal de dos</li> <li>- Raideur de la nuque</li> <li>- Céphalée</li> <li>- Fièvre et/ou frissons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cesser la perfusion et aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>
	<p><u>Signes pouvant indiquer la présence d'une ponction durale accidentelle :</u></p> <p>Céphalée modérée à sévère qui s'améliore en position couchée et est exacerbée en position debout</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cesser la perfusion et aviser l'anesthésiologiste</li> </ul>

## MOBILISATION

L'infirmière doit encourager la mobilisation si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- Délai d'au moins 30 minutes depuis l'initiation de la perfusion
- Douleur inférieure à 4/10
- Signes vitaux normaux et absence d'hypotension orthostatique
- Supervision constante de l'accompagnateur ou de l'infirmière lors des déplacements et présence de deux intervenants lors des changements de position
- Bloc moteur à 6 et :
  - En position décubitus, l'usagère doit être capable de lever les jambes contre résistance
  - L'usagère doit être capable de se tenir debout au bord du lit sans faiblesse ni vertige
  - En position debout, l'usagère doit être capable de faire une flexion profonde des genoux (squatting)
- Bloc sensitif adéquat
- Sensation normale des pieds
- Aucune administration de bolus par l'infirmière dans les 30 dernières minutes

**NB : L'infirmière doit s'assurer que les conditions sont respectées avant chaque déplacement.**

## PROCESSUS D'ÉLABORATION

---

Le présent protocole respecte les normes de rédaction dictées par l'Institut nationale d'excellence en santé et en services sociaux.

## OUTILS DE RÉFÉRENCE, SOURCES ET EXPERTS CONSULTÉS

---

### **Experts consultés :**

Sylvie Beauchamps, pharmacienne  
Stéphanie Bergeron, conseillère en soins infirmiers  
Marie-Josée Demers, conseillère cadre en soins infirmiers  
Jasmine St-Martin, médecin de famille en obstétrique  
Darius Treigys, anesthésiologiste

ALBERTA HEALTH SERVICES (2021). Labour Epidural Analgesia, Adult – Inpatient Order Set. Repéré <https://www.albertahealthservices.ca/frm-21796-Bond.pdf>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. Obstet Gynecol. 2019 Mar;133(3):e208-e225. doi: 10.1097/AOG.0000000000003132. PMID: 30801474. Repéré à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30801474/>

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (février 2016). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Volume 124, numéro 2. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000935>. Article repéré à <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/124/2/270/12693/Practice-Guidelines-for-Obstetric-AnesthesiaAn>

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (octobre 2021). Guidelines for Neuraxial Analgesia or Anesthesia in Obstetrics. Repéré à [Guidelines for Neuraxial Analgesia or Anesthesia in Obstetrics | American Society of Anesthesiologists \(ASA\)](#)

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES (mars 2020). Role of the Registered Nurse in the Care of the Pregnant Woman Receiving Analgesia and Anesthesia by Catheter Techniques. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, volume 49, numéro 3, page 327-329. doi: 10.1016/j.jogn.2020.02.002; jognn.org. Repéré à [https://www.jogn.org/article/S0884-2175\(20\)30012-5/fulltext](https://www.jogn.org/article/S0884-2175(20)30012-5/fulltext)

BRITISH COLUMBIA PERINATAL HEALTH PROGRAM (octobre 2010). Obstetric Guideline 4, pain management options during labour. Repéré à <http://www.perinatalhealthservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/PainManagementGuideline.pdf>

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICE SOCIAUX DE CHARLEVOIX. (2014). Surveillance clinique reliée à l'administration d'opiacés et d'anesthésiques locaux – Règle de soins infirmiers. Repéré à <http://zoneciuss.r03.rtss.qc.ca/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20%20Règles%20de%20soins/CSSSC-DSI-RSI-08-surveillance-clinique-admin-opiacés-anesthésiques-locaux.pdf>

CHU DE QUÉBEC. (2014). Analgésie périmédullaire lors du travail obstétrical. Repéré à <file:///C:/Users/dual301/Downloads/Analg%C3%A9sie%20p%C3%A9rim%C3%A9dullaire%20travail%20obst%C3%A9trical.pdf>

DOBSON G, CHOW L, FILTEAU L, FLEXMAN A, HURDLE H, KURREK M, MILKOVICH R, PERRAULT MA, SPARROW K, SWART PA, WONG M. Guidelines to the Practice of Anesthesia - Revised Edition 2020. Can J Anaesth. 2020 Jan;67(1):64-99. doi:

10.1007/s12630-019-01507-4. Epub 2019 Nov 27. PMID: 31776895; PMCID: PMC7222867. Repéré à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31776895/>

DOUGLAS, J. & AL. (Octobre 2007). Pain management options during labour. Dans *British Columbia Perinatal Health Program*, Obstetric Guideline 4.

GRAHAM, A. C., MCCLURE, J. H. (2008). Quantitative assessment of motor block in labouring women receiving epidural analgesia. Dans *Anaesthesia*, Vol. 56, numéro 5, p. 470-476. Repéré à : <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2001.01524-6.x>

HALLIDAY L, NELSON SM, KEARNS RJ. Epidural analgesia in labor: A narrative review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 Nov;159(2):356-364. doi: 10.1002/ijgo.14175. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35277971.

IWK HEALTH CENTRE (2019). WOMEN'S & NEWBORN HEALTH PROGRAM Clinical Policy & Procedure. Repéré à [https://policy.nshealth.ca/site\\_published/iwk/document\\_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=73035](https://policy.nshealth.ca/site_published/iwk/document_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=73035)

MÉTHODE DE SOINS INFIRMIERS. (2014). Retrait d'un cathéter épidural. Repéré à [https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/retrait-dun-catheter-epidural?keys=pansement epidurale](https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/retrait-dun-catheter-epidural?keys=pansement%20epidurale)

MÉTHODE DE SOINS INFIRMIERS. (2018). Administration d'un médicament par un dispositif d'accès intrarachidien (DAI). Repéré à [https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administration-dun-medicament-par-un-dispositif-daces-intrarachidien-dai?keys=administration d'un médicament par voie epidurale](https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administration-dun-medicament-par-un-dispositif-daces-intrarachidien-dai?keys=administration%20d'un%20m%C3%A9dicament%20par%20voie%20epidurale)

MYLAN PHARMACEUTICALS ULC. (2014). Monographie de produit - Chlorhydrate de bupivacaïne à 2.5mg/mL et 7.5 mg/mL (sous forme de chlorhydrate de bupivacaïne monohydraté). Repéré à [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00032374.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00032374.PDF)

NOVA SCOSIA HEALTH AUTHORITY (2017). MATERNAL & CHILD HEALTH MANUAL Policy and Procedure. Repéré à [https://policy.nshealth.ca/site\\_published/iwk/document\\_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=72704](https://policy.nshealth.ca/site_published/iwk/document_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=72704)

REGINA QU'APPELLE HEALTH REGION (2019). EPIDURAL & COMBINED SPINAL EPIDURAL ANALGESIA IN LABOUR & BIRTH. Repéré à <https://www.rqhealth.ca/service-lines/clinical-quality-professional-practice/files/E.2.1.pdf>

ROWBOTHAM, D. & AL. (Novembre 2015). Best practice in the management of epidural analgesia in the hospital setting. Dans Faculty of pain medicine of The Royal College of Anaesthetists.

ROYAK CORNWALL HOSPITALS (Décembre 2020). Epidural Analgesia for Labour Pain Clinical Guideline.

SANDOZ CANADA INC. (2018). Monographie de produit avec renseignements destinés aux parents – Citrate de Fentanyl injection SDZ/Citrate de Fentantl injection USP. Repéré à [https://www.sandoz.ca/sites/www.sandoz.ca/files/Fentanyl%20Citrate %20Monographie%20de%20produit.pdf](https://www.sandoz.ca/sites/www.sandoz.ca/files/Fentanyl%20Citrate%20Monographie%20de%20produit.pdf)

SHARMA RM, SETLUR R, BHARGAVA AK, VARDHAN S. Walking Epidural : An Effective Method of Labour Pain Relief. *Med J Armed Forces India*. 2007 Jan;63(1):44-6. doi: 10.1016/S0377-1237(07)80107-9. Epub 2011 Jul 21. PMID: 27407937; PMCID: PMC4921713. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4921713/>

## ■ PÉRIODE DE VALIDITÉ

Non applicable.

## ■ VALIDATION DU PROTOCOLE MÉDICAL



Directrice des soins infirmiers et de la santé physique  
Mme Sandra Racine

2024-01-17

Date

## ■ APPROBATION DU PROTOCOLE MÉDICAL (obligatoire)



Président du CMDP, Dr Yvan Gauthier

2024-01-17

Date