



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Analgésie péridurale pendant le travail et l'accouchement

**Guide pour contrer les difficultés
d'approvisionnement en cathéters**

**Ce guide a été élaboré avec la collaboration de la Table sectorielle mère-enfant (TSME), le 5 août 2022, et avec la collaboration de l'Association des anesthésiologistes du Québec (AAQ), le 10 août 2022.
La révision linguistique du document a été réalisée le 12 septembre 2022.**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN : 978-2-550-93024-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

Depuis le 18 juillet 2022, une pénurie mondiale de cathéters périduraux touche à des degrés divers plusieurs provinces canadiennes (Ontario, Manitoba, Alberta, Saskatchewan, Colombie-Britannique). Au Québec, les difficultés d'approvisionnement concernent Teleflex Medical, Smith Medical et B. Braun, les trois principaux fournisseurs qui approvisionnent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

La péridurale peut être utilisée pour le contrôle de la douleur en postopératoire pour certaines interventions chirurgicales abdominales, thoraciques ou pelviennes majeures pratiquées par laparotomie (ex. : interventions colorectales, hystérectomies, interventions hépatobiliaires et pancréatiques, cystectomies, prostatectomies, néphrectomies, etc.). Cependant, les cathéters périduraux sont utilisés majoritairement en obstétrique. Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent, pour le Québec en 2020-2021, un taux d'anesthésie péridurale pour tous les accouchements de 65,4 %, et de 76,4 % pour les accouchements vaginaux. Au Canada, ces taux sont respectivement de 53,9 % et de 64,8 %. La péridurale demeure la méthode de soulagement de la douleur la plus reconnue et la plus efficace pendant le travail et l'accouchement, y compris pour pratiquer une césarienne.

Ce guide a été créé pour mieux outiller les cliniciens en lien avec une utilisation judicieuse des cathéters périduraux et des méthodes alternatives de soulagement de la douleur.

La disponibilité et le niveau d'approvisionnement des cathéters à péridurale sur les unités de soins doivent être pris en compte dans la mise en place de solutions de rechange.

Une communication étroite entre les différents professionnels impliqués dans les soins obstétricaux est primordiale. Les équipes de soins cliniques (anesthésiologistes, fournisseurs de soins obstétricaux et de soins infirmiers) sont encouragées à se réunir quotidiennement pour évaluer le niveau d'approvisionnement et déterminer les besoins anticipés.

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ANALGÉSIE PÉRIDURALE PENDANT LA PÉNURIE D'APPROVISIONNEMENT

1. Les décisions concernant l'utilisation des cathéters et des kits de péridurales disponibles seront prises en collaboration avec l'équipe de soins cliniques – l'anesthésiologiste, le médecin responsable (obstétricien-gynécologue, omnipraticien en périnatalogie) et l'infirmière. Un lien est établi avec les services de sages-femmes et leur centre hospitalier de référence pour prévoir les potentiels transferts de soins.
2. Chaque unité de soins obstétricaux doit connaître l'étendue des stocks des kits de péridurale, des cathéters et des fournitures alternatives dans leur installation. Les équipes de soins peuvent utiliser la liste de vérification (annexe A) pour établir l'état des lieux. S'assurer que l'information et les équipements sont facilement accessibles.
3. Les prestataires de soins prénataux informent leurs patientes, avant leur admission, sur les autres options disponibles pour la gestion de la douleur en vue de favoriser une prise de décision éclairée. L'annexe B regroupe des références sur les options pour la gestion de la douleur pendant le travail afin de soutenir la discussion.
4. Les établissements doivent s'assurer d'un environnement favorable à un accouchement physiologique et à la mise en place de méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur. Se référer à la directive clinique n° 355 de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, [Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur les données probantes](#) :
 - Encadrer et offrir des techniques non pharmacologiques de gestion de la douleur (ex. : toucher, positionnement, respiration, utilisation de l'eau);
 - Encourager le respect de la présence des accompagnantes à la naissance ou des aides natales;
 - Favoriser un accompagnement individuel infirmière-patiente pendant la phase active du travail. Un soutien insuffisant durant le travail augmente le risque de recevoir une péridurale, notamment chez la femme qui avait choisi initialement de ne pas y avoir recours;
 - Favoriser le respect de la physiologie du travail et de l'accouchement en limitant les interventions non médicalement requises (déclenchement du travail, utilisation de l'ocytocine, etc.).
5. Les établissements doivent s'assurer que les options pharmacologiques alternatives pour soulager la douleur sont disponibles :
 - Augmentation des réserves en médicaments analgésiques, en agents pour renverser l'action des narcotiques et en dispositifs de perfusion;
 - Diffusion des protocoles de surveillance clinique.
6. Si la difficulté d'approvisionnement devenait critique, le MSSS s'engage à transmettre un plan de contingence aux établissements pour préciser les indications primaires et secondaires à prioriser dans l'utilisation des fournitures, ainsi qu'une procédure de reddition de comptes.

ANNEXE A – LISTE DE VÉRIFICATION PÉNURIE DE CATHÉTERS À PÉRIDURALE

(à adapter selon les pratiques en cours et les protocoles existants)

Communication relative à la pénurie d'approvisionnement dans les établissements

- Veiller à ce que les lignes directrices et les outils pour guider l'utilisation de l'analgésie péridurale soient accessibles et affichés au sein de l'unité
- Prévoir des réunions quotidiennes des responsables au changement de garde
- Inclure les potentiels transferts en provenance des services de sages-femmes dans l'anticipation des besoins de péridurale
- Fournir les données ministérielles demandées dans le format et à la fréquence requis

Équipements et fournitures

Assurer un approvisionnement adéquat en :

- Pompes/tubulures pour l'analgésie contrôlée par le patient
- Tubes/masques/bouteilles de protoxyde d'azote
- Ballons de naissance et autres matériels
- Plateaux à bloc honteux
- Plateaux et cathéters pour analgésie rachidienne
- Tubulures d'oxygène
- Seringues/aiguilles unidirectionnelles
- Autre : machine pour la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS), injection intradermique ou sous-cutanée d'eau stérile

Médicaments

Communiquer avec la pharmacie pour assurer un approvisionnement adéquat en :

- Entonox
- Morphine/fentanyl pour injection
- Morphine/fentanyl pour l'analgésie contrôlée par le patient
- Rémifentanyl
- Agents de renversement des opiacés (naloxone)
- Anesthésiques locaux

ANNEXE B – INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS

SOLUTIONS DE RECHANGE POUR LA GESTION DE LA DOULEUR PENDANT LE TRAVAIL

Options non pharmacologiques

Les mesures de confort et les techniques de relaxation non pharmacologiques sont à prioriser : le toucher, le soutien psychologique, les techniques de relaxation, l'hypnose, les massages, les changements de position, la stimulation nerveuse électrique transcutanée, les techniques de respiration, les injections d'eau stérile (papules) et l'hydrothérapie. S'assurer de la disponibilité du matériel requis.

Le choix de la technique d'analgésie utilisée pendant le travail pour une patiente donnée dépend de sa condition clinique, du stade du travail et des stratégies d'adaptation utilisées ainsi que de la décision prise par l'équipe de soins en collaboration avec la parturiente.

Bien comprendre et expliquer le processus de l'accouchement naturel permet de faciliter celui-ci. Pour plus d'informations, consulter la fiche [Travail et accouchement : composer avec la douleur](#), du Portail d'information périnatale de l'Institut national de santé publique du Québec, destinée aux professionnels de la santé.

Les femmes et les familles peuvent être dirigées vers la section « [Comprendre et apprivoiser la douleur de l'accouchement](#) » du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, qui explique comment bien se préparer à l'accouchement.

En cas de pénurie de péridurales, une discussion éclairée avec la patiente doit être faite afin de faire connaître et d'offrir les solutions de rechange disponibles.

Déclenchement et accélération du travail

En comparaison avec l'absence d'intervention dans l'attente du déclenchement spontané du travail ou un placebo, le déclenchement par les méthodes pharmacologiques entraîne des conséquences qui dépendent de l'agent pharmacologique utilisé. Il peut être associé à une augmentation de la césarienne et de l'analgésie péridurale, comme c'est le cas pour la prostaglandine intravaginale utilisée à doses répétées et l'ocytocine par voie intraveineuse, ainsi qu'une augmentation des accouchements instrumentalisés, comme dans le cas du mifépristone par voie orale¹.

Options pharmacologiques

L'approvisionnement en médicaments doit être évalué et une gestion proactive doit être envisagée en partenariat avec la pharmacie de l'établissement afin de garantir un approvisionnement adéquat en fentanyl, en morphine, en naloxone et en entonox pour répondre à l'augmentation potentielle de l'utilisation.

¹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque », *ETMIS*, vol. 8, n° 14, 2012.

Le Programme d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux AMPRO^{OB} fournit des informations complémentaires dans son chapitre « Prise en charge du travail – Soutien et soulagement de la douleur ».

ENTONOX (protoxyde d'azote et oxygène)

- Évaluation quotidienne de l'approvisionnement d'entonox : bouteilles, masques, tubulures pour une utilisation accrue prévue.
- Des outils et des protocoles appropriés d'enseignement, d'évaluation et d'administration aux patientes doivent être en place.

FENTANYL IV et MORPHINE IV ou IM

- L'utilisation de morphine intraveineuse (IV) ou intramusculaire (IM) ou de fentanyl IV doit s'inscrire dans le cadre de l'administration et de la gestion des médicaments décrites dans les monographies parentérales.
- Les équipes d'infirmières qui administrent ou qui surveillent les patientes après l'injection IV de fentanyl ou de morphine doivent fournir des évaluations cliniques selon la procédure, la politique ou la norme de leur l'établissement pour ce médicament.
- Rémifentanyl : le personnel doit être adéquatement formé pour assurer la surveillance et la dispensation des soins.

SOINS AU NOUVEAU-NÉ à la suite de L'USAGE DE NARCOTIQUE

- L'équipe de soins de la patiente et du nouveau-né doit avoir un accès immédiat à la naloxone pour tous les accouchements. Les protocoles d'administration et d'évaluation appropriés doivent être disponibles et facilement accessibles.
- La naloxone IV doit être administrée conformément aux directives d'administration et de surveillance des médicaments contenues dans les monographies parentérales pour tous les âges.
- L'équipe de soins néonataux doit être consciente du potentiel d'utilisation accrue de la naloxone chez le nouveau-né faisant suite à l'administration IV de fentanyl ou de morphine chez la mère.

BLOC HONTEUX

- À la discrétion de l'obstétricien responsable de l'exécution du bloc honteux.
- Surveillance quotidienne des kits de bloc honteux et de l'approvisionnement en anesthésiques locaux.

ANALGÉSIE RACHIDIENNE

- L'obstétricien évalue la possibilité qu'une analgésie rachidienne puisse être faite pour la gestion de la douleur dans certaines situations obstétricales. Après consultation, l'indication et la faisabilité de cette technique sont à la discrétion de l'anesthésiologiste de garde.
- Surveillance et rapport quotidiens des kits rachidiens disponibles et capacité à déterminer les indications pour offrir cette option dans votre centre (annexe A).

