



# RECOMMANDATIONS concernant la pratique de l'analgésie obstétricale

Septembre 1992

## Membres du groupe de travail ad hoc:

Docteur M. PALOT (Reims), Directeur du groupe  
Professeur C. CONSEILLER (Paris)  
Docteur P. DAILLAND (Paris)  
Docteur Y. DELPORT (Arles)  
Docteur D. FILLETTE (Toulouse)  
Docteur F. FRAIOLI (Paris)  
Docteur J. HAMZA (Paris)  
Professeur R. KRIVOSIC-HORBER (Lille)  
Docteur M. MASSON (Colmar)  
Docteur J. SEEBACHER (Paris)  
Docteur R. TORRIELLI (Bordeaux)

## Préambule

Dans le but de contribuer à une sécurité et à une qualité de soins optimales chez une parturiente bénéficiant d'une analgésie obstétricale, en particulier d'une analgésie péridurale, réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur ou sous sa responsabilité, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation fait des recommandations détaillées dans ce document.

Elles ont été établies en fonction des données de la science et des techniques. Elles seront soumises à une révision périodique.

De ces recommandations sont exclus les indications de l'analgésie obstétricale et les soins à administrer au nouveau-né à la naissance.

Dans certains établissements, le manque de personnel et /ou de matériel ne permet pas à l'heure actuelle le respect de l'ensemble de ces recommandations. En pareil cas, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation recommande au médecin anesthésiste-réanimateur de réaliser avec les responsables administratifs de l'établissement un plan permettant à terme et au plus tard le 1.1.1995 la mise à disposition du personnel et /ou du matériel requis.

## 1. CONDITIONS GENERALES

### 1.1. Patientes

Pour toute indication d'analgésie obstétricale en salle de travail, il faut tenir compte de la demande de

la parturiente, de l'avis de l'équipe obstétricale et de celui du médecin anesthésiste-réanimateur.

L'analgésie obstétricale n'est entreprise qu'après la réalisation des démarches suivantes:

### **1.1.1. Information de la patiente**

Elle concerne les modalités et les effets de l'analgésie péridurale obstétricale ou d'autres modes d'analgésie qui pourraient être proposés. Elle devrait être effectuée à distance de la réalisation de l'acte, dans le cadre de réunions d'information collectives et/ou d'une consultation préanesthésique.

Dans le cas où le médecin qui procède à la consultation prévoit de ne pas réaliser lui-même l'analgésie, il est recommandé d'en informer la patiente. Le médecin anesthésiste-réanimateur effectuant l'analgésie prend connaissance du dossier et se présente à la parturiente avant d'effectuer l'acte.

### **1.1.2. Examen clinique de la patiente**

Il est pratiqué lors d'une consultation d'anesthésie préalable ou en salle de travail. Les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique sont colligées dans un document adéquat. Le médecin qui pratique l'analgésie obstétricale en prend connaissance et si nécessaire les actualise.

### **1.1.3. Evaluation de l'état du fœtus et de l'avancement du travail**

Elle est effectuée par un membre de l'équipe obstétricale. Celui-ci surveille la bonne marche du travail. Il peut être souhaitable que l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal soit poursuivi pendant la mise en route de l'analgésie obstétricale.

### **1.1.4. Examens complémentaires**

Ils peuvent être indiqués avant la mise en route de l'analgésie obstétricale. Ils sont prescrits en fonction des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique de la parturiente. La réalisation de l'analgésie est alors soumise à l'obtention des résultats des examens et à leur interprétation par le médecin anesthésiste-réanimateur.

## **1.2. Locaux et équipements**

### **1.2.1. Les locaux du bloc obstétrical**

Ils comportent des salles dites de travail où s'effectue la première partie du travail, des salles dites de naissance pour la dernière partie du travail et l'accouchement, ainsi qu'une ou plusieurs salles d'opération dites salles de césarienne.

L'agencement des salles, leur équipement en prises de fluides et prises électriques, l'emplacement des tables d'accouchement doivent permettre un accès facile à la parturiente et l'installation du matériel requis par la surveillance et le traitement.

Les locaux où sont effectuées les analgésies obstétricales comportent, au minimum, une source murale d'oxygène et une prise de vide, ainsi que du matériel et des médicaments nécessaires à la réanimation, et permettant de traiter sans retard une détresse cardio-respiratoire maternelle.

### **1.2.2. L'équipement minimum comprend:**

Un dispositif d'aspiration, le matériel nécessaire pour assurer une ventilation (ballons, masques,

valves, canules oro-pharyngées), le matériel d'intubation complet, les médicaments de l'urgence.

Le médecin anesthésiste-réanimateur doit toujours pouvoir disposer: d'un appareil de mesure automatique de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, d'un électrocardioscope, d'un oxymètre de pouls.

Ce matériel, dont la liste n'est pas limitative, ainsi que les moyens de surveillance décrits appartiennent en propre aux salles de naissance. Cet équipement est soit fixe dans la salle où se pratique l'analgésie, soit situé sur un chariot mobile; il est en effet requis par un acte et non par un lieu.

Si une anesthésie générale doit être effectuée dans une salle de travail ou de naissance, le médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir disposer de l'équipement minimum recommandé par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

## **2. ANALGÉSIE PÉRIDURALE**

### **2.1. Généralités**

Comme tous les actes d'anesthésie, l'analgésie péridurale obstétricale ne doit être réalisée que par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ou un médecin en cours de spécialisation, remplissant les conditions réglementaires pour effectuer des remplacements. Elle n'est faite par un médecin en cours de spécialisation que sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié et prêt à intervenir sans délai préjudiciable. Elle comporte la mise en place du cathéter péridural, la première injection de l'agent anesthésique, l'évaluation de son efficacité et la surveillance des paramètres vitaux pendant l'installation de l'analgésie. Les données sont consignées par écrit dans le dossier d'anesthésie .

Lors des injections et des réinjections de l'agent anesthésique dans le cathéter péridural, la personne qui les pratique doit rester effectivement présente pendant une durée suffisante pour permettre la détection d'une éventuelle injection intravasculaire ou sous-arachnoïdienne, et l'application du traitement adéquat.

Le médecin anesthésiste-réanimateur doit être aidé par un personnel compétent pendant la réalisation de l'analgésie péridurale, ainsi que pour la prise en charge et le traitement d'une éventuelle complication. Tout événement particulier est consigné dans le dossier d'anesthésie.

### **2.2. Surveillance**

#### **2.2.1. Le matériel**

Pour toute parturiente, la surveillance instrumentale doit comporter au minimum, une mesure automatique de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, et pour le fœtus celle du rythme cardiaque fœtal.

En fonction des antécédents et de l'état clinique de la parturiente, des moyens de surveillance plus importants que le minimum décrit peuvent être mis en œuvre.

#### **2.2.2. Le personnel**

La surveillance ultérieure des paramètres vitaux, de la qualité de l'analgésie, ainsi que l'entretien de l'analgésie péridurale sont assurés par le médecin anesthésiste-réanimateur, ou avec son accord et sous sa responsabilité par un(e) infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat, ou une sage-femme, qui

n'intervient qu'en fonction de sa disponibilité et si elle a reçu une formation adaptée.

Le médecin anesthésiste-réanimateur, lorsqu'il n'assure pas lui-même les réinjections de l'agent anesthésique dans le cathéter péridural, effectue une prescription écrite comportant:

- le nom du prescripteur et l'heure de la prescription;
- le nom de la patiente;
- la nature, la concentration et le volume de l'anesthésique à injecter;
- l'intervalle de sécurité à respecter entre les injections ou le débit du dispositif d'injection automatique dans le cathéter péridural.

Si la réinjection prescrite, est inefficace, le médecin anesthésiste-réanimateur est prévenu. Il en est de même si des réactions anormales apparaissent lors d'une réinjection ou de l'entretien de l'analgésie par dispositif d'injection automatique.

Chaque réinjection ou modification du débit du dispositif d'injection automatique est notée sur le dossier d'anesthésie.

L'ablation du cathéter péridural est effectué par le médecin anesthésiste-réanimateur ou sous sa responsabilité.

Pendant tout le séjour de la parturiente en salle de naissance, le médecin anesthésiste-réanimateur, ainsi que l'obstétricien sont immédiatement disponibles pour faire face à toute complication, maternelle ou fœtale.

Pour tout acte nécessitant le passage de l'analgésie obstétricale à l'anesthésie, la patiente doit bénéficier de l'ensemble des mesures recommandées par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, tant en matériel qu'en locaux, à la fois pour la surveillance des patients en cours d'anesthésie et pour la période de réveil.

## **Bibliographie**

Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)s. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale

Décret n° 88-902 du 30 août 1988 modifiant le décret susvisé. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale

Décret n° 91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes. Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration

Circulaire n° 127 du 5 mai 1988 relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Ministère chargé de la Santé et de la Famille

Circulaire n° 38 du 29 juillet 1992 relative au code de déontologie des sages-femmes. Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire

Anaesthetic Services for Obstetrics - A Plan for the Future. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. London.1987

Guidelines for the Conduct of Epidural Analgesia in Obstetrics. Faculty of Anaesthetists, Royal

Australian College of Surgeons. February 1987

Guidelines for Regional Anesthesia in Obstetrics. Approved by ASA House of Delegates, on October 30, 1991

Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Juin 1989

Recommandations concernant la surveillance et les soins postanesthésiques. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Septembre 1990

Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Septembre 1990

Recommandations concernant la période préanesthésique. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Septembre 1991

Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynakologie und in der Geburtshilfe, der deutschen Gesellschaft für Anasthesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes deutscher Anesthesisten, mit der deutschen Gesellschaft für Gynakologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte  
Anesthesiologie und Intensivmedizin, 29: 143- 146, 1988