

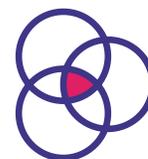
Cheminement clinique pour l'accouchement par césarienne

Récupération optimisée Canada :

une collaboration pour améliorer les soins chirurgicaux



Récupération
OPTIMISÉE
Canada^{MC}



Par Excellence en santé Canada et ses partenaires



CANADIAN ANESTHESIOLOGISTS' SOCIETY
SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSIOLOGISTES

Liste des auteurs

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien d'Excellence en santé Canada (ESC), l'organisme issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme indépendant sans but lucratif financé par Santé Canada.

ESC aimerait remercier le comité de gouvernance de Récupération optimisée Canada (ROC) pour le temps et l'expertise consacrés à la conception et à la présentation de ce travail important.

Comité de gouvernance

Claude Laflamme, président
Carla Williams, gestionnaire de projet
Leah Gramlich
Ahmer Karimuddin
Gregg Nelson
Erin Ballah
Debbie Watson
Melinda Baum
Pascal-André Vendittoli
Gabriele Baldini
Tom Wallace

ESC aimerait remercier tous les membres du groupe d'experts sur les césariennes pour le temps, l'énergie et l'expertise qu'ils ont consacrés à l'élaboration de cette ressource, notamment :

Présidente du cheminement clinique

Jackie Thomas, M. D., M. Sc., FRCSC, Toronto (Ont.)

Responsable de l'obstétrique et de la gynécologie de ROC

Gregg Nelson, M. D., Ph. D., FRCSC, Calgary (Alb.)

Patientes ressources

Erin Ballah, St. John's (T.-N.-L.)
Ruth Tannenbaum, Toronto (Ont.)

Obstétrique et gynécologie

Caitlin Jago, M. D., M. Sc., FRCSC, Calgary (Alb.)
Michael Secter, M. D., M. Sc., FRCSC, Calgary (Alb.)

Anesthésistes

Kelly Au, M. D., FRCPC, St. John's (T.-N.-L.)
Dolores McKeen, M. D., FRCPC, M. Sc., CCPE, Halifax (N.-É.)

Infirmières autorisées

Nancy Watts, ICS, Toronto (Ont.)
Ann-Marie Cloutier, IA, Saint-Georges de Beauce (Qc)
Melanie Singh, IA, IBCLC, Regina (Sask.)

Liste des auteurs

Remerciements

Le groupe d'experts sur les césariennes remercie Naveed Siddiqui, M. D., M. Sc., Toronto (Ont.) d'avoir rédigé le contenu sur l'anesthésie générale, de même que les diététistes Robyn Kelly, Sarah Van Berkel et Tiffany LaFleur de Services de santé Alberta qui ont révisé et bonifié les recommandations sur gestion de la nutrition.

Révision et commentaires par les membres du Comité de surveillance et de gestion des directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)

R. Douglas Wilson, M. D., M. Sc., FRCSC

Diane Francoeur, M. D., FRCSC, Montréal (Qc) (PDG)

Elissa Cohen, M. D., FRCSC, Newtonville (N.-É.) (coprésidente, Comité de pratique clinique – obstétrique)

Michael Helewa, M. D., FRCSC, FACOG, FSOGC, Winnipeg (Man.)

Sebastian Hobson, M. D., Ph. D., MPH, FRANZCOG, FACOG, FRCSC, Toronto (Ont.) (coprésident, Comité de pratique clinique – obstétrique)

Avis de non-responsabilité

Les recommandations émises dans ce document font la synthèse des approches actuellement jugées acceptables, relevées au moyen d'une revue de la littérature scientifique pertinente. ESC n'a l'obligation ni de les mettre à jour ni de fournir un avis sur les développements relatifs aux sujets abordés ici. Les cliniciens qui utilisent la ressource doivent prendre les décisions de traitement en consultation avec le patient, en exerçant leur propre jugement médical et en tenant compte du contexte clinique. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles d'ESC ou de Santé Canada. Le contenu est fourni « en l'état », sans aucune autre déclaration, garantie ou condition de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, y compris, sans s'y limiter, toute garantie ou condition implicite d'adaptation à un usage ou à un but particulier ou d'absence de contrefaçon.

Table des matières

Préambule

À propos du cheminement clinique de ROC	1
Étendue et intention	
Population cible	
Public cible	
Engagement des parties prenantes	
Élaboration	
Indépendance éditoriale	

Cheminement clinique de ROC pour l'accouchement par césarienne

Recommandations globales	3
Engagement des patientes et des personnes de soutien	
Engagement des patientes et des personnes de soutien dans les soins.....	5
Éducation des patientes.....	6
Prise de décisions partagée.....	7
Optimisation du parcours de la patiente	
Visites prénatales.....	8
Comorbidités et tests préopératoires.....	9
Cessation du tabac et de la consommation d'alcool.....	10
Usage chronique d'opioïdes.....	10
Nutrition.....	11
Mobilité et activité physique.....	11
Préopératoire	
Engagement des patientes et des personnes de soutien dans les soins.....	13
Préparation de la peau.....	13
Préparation intestinale.....	13
Jeûne modifié.....	14
Supplémentation en glucides.....	15
Gestion préopératoire de la pharmacothérapie.....	15
Maintien de la normothermie.....	16
Maintien de l'euvolémie.....	16
Peropératoire	
Prise en compte des préférences des patientes.....	17
Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale.....	17
Approche de l'anesthésie.....	17
Prévention de l'hypotension induite par la rachianesthésie.....	18
Cathétérisme vésical.....	19
Prophylaxie des nausées et vomissements.....	19
Maintien de l'euvolémie.....	19
Maintien de la normothermie.....	20
Analgésie multimodale visant à réduire la prise d'opioïdes.....	21
Prophylaxie antimicrobienne et préparation de la peau.....	21

Table des matières

Approche chirurgicale et considérations	22
Prévention de l'atonie utérine et de l'hémorragie de la délivrance	23
Soins du nouveau-né immédiats	24
Promotion du contact peau à peau	25

Postopératoire

Analgsie	26
Engagement des patientes et des personnes de soutien dans les soins	26
Encourager l'allaitement	27
Gestion de la douleur multimodale visant à rduire la prise d'opioïdes	28
Drainage vésical	30
Prophylaxie de la thromboembolie veineuse	30
Traitement de l'anémie	31
Gestion des liquides	32
Reprise de l'alimentation et rétablissement de la fonction gastro-intestinale	32
Mobilisation en milieu hospitalier	33
Sensibilisation aux périodes de repos	34

Congé

Engagement des patientes et des personnes de soutien dans les soins	35
Analgsie	36
Soin des plaies	36
Gestion des symptômes	37
Nutrition	37
Activité physique à la suite du congé	38

À propos des cheminements cliniques de ROC

Étendue et intention

Le but de ce cheminement clinique est de fournir aux professionnels de la santé canadiens des stratégies fondées sur des données probantes pour améliorer les résultats cliniques chez les patientes nécessitant un accouchement par césarienne. Le cheminement clinique repose sur six principes fondamentaux qui s'appliquent à toutes les interventions chirurgicales : l'engagement des patientes et des familles, les pratiques chirurgicales exemplaires, l'Analgésie multimodale visant à réduire la prise d'opioïdes, la gestion des liquides, la gestion de la nutrition, et la mobilité et l'activité physique.

Le cheminement vise à :

- augmenter l'engagement et la satisfaction des patientes et des personnes de soutien¹;
- diminuer la douleur tout en réduisant l'utilisation des opioïdes;
- prévenir les nausées et vomissements;
- réduire les infections et les complications infectieuses;
- augmenter le taux de réussite de l'allaitement;
- favoriser l'attachement entre la patiente et son nouveau-né;
- réduire la durée de séjour;
- garantir l'équité des soins pour toutes les patientes.

Population cible

Toutes les personnes enceintes (ci-après « les patientes ») nécessitant une césarienne devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge en matière de récupération améliorée après la chirurgie (RAAC ou ERAS, pour Enhanced Recovery After Surgery) en utilisant les recommandations formulées dans le présent cheminement clinique. Les césariennes peuvent être des interventions chirurgicales planifiées (par exemple : une césarienne itérative planifiée) et des interventions intrapartum urgentes ou de première urgence non planifiées (par exemple : pour souffrance fœtale ou manque de progression durant le travail), lesquelles seront désignées dans le présent document sous le terme « césariennes intrapartum ». Ces recommandations devraient s'appliquer aux patientes subissant une césarienne planifiée ou une césarienne intrapartum.

En effet, lorsque la prise en charge en matière de RAAC est appliquée aux césariennes intrapartum, il devrait être noté que :

- plusieurs recommandations sont fondées sur des recherches effectuées uniquement lors d'interventions planifiées;
- certains éléments pourraient ne pas être appropriés ou réalisables lors de d'accouchements intrapartum;
- et leur résultat devrait être recueilli, mais analysé séparément des césariennes planifiées en raison de leurs complexités ajoutées – voir l'annexe C.

Public cible

Les obstétriciens et autres chirurgiens réalisant des accouchements par césarienne, les prestataires de soins obstétricaux (comme les sages-femmes, médecins de famille), les anesthésistes, le personnel infirmier, d'autres prestataires (els que les pharmaciens, les physiothérapeutes, et les nutritionnistes) les dirigeants des services de santé fournissant des soins aux patientes nécessitant une césarienne.

À propos des cheminements cliniques de ROC

Engagement des parties prenantes

Ce cheminement clinique a été élaboré par un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé de partout au pays ayant de l'expérience en matière d'accouchement par césarienne. Des patientes ont été incluses dans le groupe de travail du cheminement pour que leur perspective soit intégrée et priorisée.

Élaboration

La Dre Jackie Thomas, M. D., M. Sc., FRCSC, obstétricienne-gynécologue à l'Hôpital Mount Sinai à Toronto a guidé le travail sur le cheminement clinique de concert avec tous les membres du groupe de travail. Le cheminement comprend des approches visant à intégrer les pratiques fondées sur des données probantes dans les cheminements cliniques existants. Pour un récapitulatif complet de la littérature sur la récupération améliorée après une césarienne, veuillez consulter les lignes directrices et les déclarations de consensus de la ERAS Society²⁻⁴, la déclaration de consensus et les recommandations de la Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology⁵ et le National Institute for Health and Care Excellence⁶.

Notes : Lorsque cela est indiqué, les médicaments et les doses sont fournis à titre d'exemples au cours du cheminement clinique. Seules les dénominations communes (noms génériques) sont fournies. Veuillez consulter un pharmacien lors de l'élaboration du cheminement clinique d'un établissement.

Indépendance éditoriale

Tous les membres du groupe de travail ont signé un formulaire d'accord des membres attestant qu'ils n'avaient aucun conflit d'intérêts en lien avec ce projet.

Recommandations globales

- 1.** Six principes de base doivent être promus pour transformer le paradigme des soins chirurgicaux : l'engagement des patientes et des familles, les pratiques chirurgicales exemplaires, l'analgésie multimodale visant à réduire la prise d'opioïdes, la gestion des liquides, la gestion de la nutrition, et la mobilité ainsi que l'activité physique.
- 2.** Les protocoles de récupération améliorée après la chirurgie (RAAC) s'appliquent habituellement aux interventions chirurgicales non urgentes. Toutefois, de plus en plus de spécialités ont mis en place la RAAC dans des contextes d'urgence, et rapporté une mise en œuvre réussie et des résultats positifs. La plupart des recommandations dans ce cheminement peuvent, et devraient, être appliquées autant que possible à tous les accouchements par césarienne.
- 3.** Des champions locaux devraient être désignés dans chaque discipline (tels qu'en en obstétrique, en anesthésiologie, et en soins infirmiers) pour diriger la mise en œuvre et traiter les questions et préoccupations propres à leur discipline. Lorsque c'est possible, une ou des personnes formées en amélioration de la qualité (AQ) devraient aussi contribuer pour faciliter le processus d'AQ. Enfin, on devrait désigner un champion au sein de l'administration de l'hôpital pour optimiser l'adhésion de l'établissement et pour assurer les ressources nécessaires au cheminement.⁷
- 4.** Les ensembles d'ordonnances préétablies devraient être utilisées en tant que composantes des cheminements de RAAC pour favoriser l'efficacité. Un exemple d'ensemble de modèles d'ordonnances est présenté à l'annexe B.
- 5.** Une méthode d'AQ reconnue devrait être employée pour améliorer systématiquement la prestation des soins aux patientes. Pour ce faire, il faut mettre en place une infrastructure de collecte de données. Un cadre de travail pour évaluer l'impact du cheminement sur la qualité des soins est présenté à l'annexe C (Collecte de données et mesure) et à l'annexe D (Indicateurs liés aux processus et aux résultats).
- 6.** Les patientes et les personnes de soutien devraient jouer un rôle actif dans les soins. Ainsi, les patientes subissant une césarienne planifiée devraient pouvoir participer à une discussion préopératoire sur les jalons, les critères de congé et leur rôle dans le processus de rétablissement, avec leurs personnes de soutien, avant l'intervention. Cette conversation devrait débuter et être consignée dans le bureau du prestataire de soins obstétricaux et se poursuivre tout au long du continuum des soins.

Phase **1** Engagement des patientes
et des personnes de soutien

Phase **2** Optimisation du parcours
de la patiente

Phase **3** Préopératoire

Phase **4** Peropératoire

Phase **5** Postopératoire

Phase **6** Congé

1 Engagement des patientes et des personnes de soutien

Engagement des patientes et des personnes de soutien dans les soins

Recommandations

- Pour améliorer l'expérience des patientes et des personnes de soutien avec la RAAC, nous recommandons aux professionnels de la santé^{1, 8-19} :
 - de bien connaître et comprendre le concept de littératie en santé chez les patientes et les personnes de soutien pour évaluer et aborder celle des patientes et de leur famille au besoin;
 - d'utiliser un langage inclusif pour la patientèle transgenre et issue de la pluralité des genres;
 - d'employer des stratégies de communication efficace;
 - d'orienter les patientes et les personnes de soutien vers des sites Internet présentant des renseignements fiables sur la santé.

Outils et équipement

- [Livret sur l'optimisation du parcours de la patiente](#)
- [Guide animé sur la césarienne](#)

1 Engagement des patientes et des personnes de soutien

Éducation des patientes



Recommandations

- Les patientes et les personnes de soutien devraient recevoir de l'information sur la période préopératoire. Le matériel éducatif devrait être offert aux patientes dans leur format de préférence. Les renseignements oraux de professionnels de la santé, les documents écrits et les médias numériques sont tous de bons moyens d'informer les patientes²⁰.
- Les patientes devraient être informées de tous les événements qui surviendront avant, pendant et après la césarienne, et cette information devrait être adaptée selon que la césarienne est planifiée ou intrapartum².
- Les patientes devraient au moins avoir une bonne compréhension des éléments suivants²:
 - raison ou indication de la césarienne
 - type d'anesthésique
 - emplacement et type d'incision et de fermeture
 - complications peropératoires et postopératoires potentielles et stratégies pour les minimiser
 - plans de prise orale ou gastro-intestinale préopératoires et postopératoires
 - traitement de la douleur et attentes postopératoires
 - activités postopératoires prévues (dont l'allaitement) et emplacements de la patiente et de son bébé
 - durée de séjour attendue

Le jour de l'intervention chirurgicale, les patientes – de même que leurs personnes de soutien – devraient se préparer autant que possible pour réduire leur stress au maximum, avoir confiance en leur équipe soignante et savoir de quelle manière on s'attend à ce qu'elles participent à leurs propres soins, dont voici quelques exemples :

- jeûne préopératoire
- nettoyage de la peau avant l'hospitalisation
- contact peau à peau avec le nouveau-né
- tentative initiale d'allaitement
- ambulation précoce
- alimentation préalable des patientes
- administration sécuritaire de médicaments par voie orale
- évitement ou usage minimal des opioïdes
- planification du congé
- renseignements de suivi adéquats et personne à qui s'adresser en cas d'urgence (patiente ou nouveau-né)



Outils et équipement

- [Livret sur l'optimisation du parcours de la patiente](#)
- [Guide animé sur la césarienne](#)
- InfoGrossesse.ca, La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada



Collecte de données

- Éducation des patientes

1 Engagement des patientes et des personnes de soutien

Prise de décisions partagée

Recommandation

Le consentement pour une césarienne ne devrait être sollicité qu'après avoir fourni des renseignements fondés sur des données probantes à la patiente. Veiller à respecter la dignité, la vie privée, les points de vue et la culture de la patiente lors de l'évaluation de sa situation clinique⁶.

2 Optimisation du parcours de la patiente

La période prénatale représente pour les professionnels de la santé une occasion unique de réduire les facteurs de risque des patientes sur une longue période. Il est essentiel d'identifier et de gérer de manière précoce ces facteurs de risque pour optimiser les résultats pour la patiente et son nouveau-né. La section suivante s'applique à toutes les patientes, peu importe le type d'accouchement, et devrait faire partie des soins prénataux habituels.

Évaluation et gestion des risques

Visites prénatales



Recommandations

- La fréquence des visites obstétricales devrait être adaptée aux préférences des patientes et être basée sur une évaluation des risques. Pour une patiente présentant un risque obstétrical moyen, on recommande généralement de 8 à 10 visites²¹. Cette fréquence peut donner une occasion d'optimiser les facteurs de risque liés à l'intervention chirurgicale.
- Lorsqu'elles sont utilisées de façon sélective, les visites prénatales virtuelles semblent aussi sécuritaires que les soins prénataux en personne, sont associées à une satisfaction élevée des patientes et améliorent l'accès à des soins réguliers et spécialisés pour les personnes vivant en région rurale ou éloignée²¹.

2 Optimisation du parcours de la patiente

Comorbidités et tests préopératoires



Recommandations

- Toutes les patientes présentant une comorbidité devraient être optimisées pendant la grossesse. Pour ce faire, l'adoption d'une approche multidisciplinaire comprenant la participation d'autres spécialistes pourrait être nécessaire. La référence et la prise en charge peuvent être basées sur les protocoles institutionnels et les lignes directrices nationales établies.

Voici quelques-unes des principales comorbidités durant la grossesse :

- Hypertension gestationnelle^{2, 22}
 - L'hypertension gestationnelle correspond à une tension artérielle systolique ≥ 140 mm Hg ou à une tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, ou aux deux en même temps, à deux reprises et à au moins quatre heures d'intervalle après 20 semaines de gestation chez une personne enceinte qui avait auparavant une tension artérielle normale²³.
 - On considère qu'une patiente présente une hypertension gestationnelle grave lorsque la tension systolique atteint 160 mm Hg ou que la tension diastolique atteint 110 mm Hg, ou les deux. Ces patientes devraient être prises en charge selon la même approche que celle employée pour les patientes atteintes de prééclampsie grave²³.
- Diabète gestationnel^{2, 24}
 - Les patientes ayant un risque élevé de diabète de type 2 non diagnostiqué devraient subir un dépistage précoce (< 20 semaines) à l'aide d'un test d'hémoglobine glyquée (HbA1c)²⁵.
 - Le diabète gestationnel devrait être diagnostiqué au moyen d'une épreuve de charge en glucose de 50 g, suivie, en présence d'anomalies, d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g. Un diagnostic est posé si une valeur de la glycémie veineuse est anormale (comme une glycémie à jeun $\geq 5,3$ mmol/l, glycémie mesurée 1 heure après $\geq 10,6$ mmol/l, glycémie mesurée 2 heures après $\geq 9,0$ mmol/l)²⁵.
- Anémie^{2, 26}
 - Avant la césarienne, réaliser une formule sanguine complète pour la détection de l'anémie, la détermination du groupe sanguin et dépistage des anticorps ainsi que la récupération du sérum⁶.
 - La ferritine et l'hémoglobine devraient être évaluées systématiquement lors de la première visite prénatale et durant celle de la 28^e semaine²⁶.
 - L'anémie par carence en fer pendant la grossesse est diagnostiquée lorsque le taux d'hémoglobine de la patiente est < 110 g/L et que son taux de ferritine est < 30 ug/L. Un taux d'hémoglobine < 105 g/L au deuxième trimestre pourrait aussi être considéré comme un signe d'anémie²⁶.
- Santé mentale maternelle²⁷
 - Dépister l'anxiété et la dépression.
 - Dépister la dépression et l'anxiété au moins une fois et de manière précoce durant la période prénatale à l'aide d'un outil validé. Il peut être indiqué de référer la patiente vers un professionnel en santé mentale.
- Gain de poids pendant la grossesse – voir les sections Nutrition et Mobilité et activité physique plus bas^{2, 28, 29}

2 Optimisation du parcours de la patiente



Informations supplémentaires

- Un diabète gestationnel non traité augmente la morbidité maternelle et périnatale²⁵.
- L'obésité maternelle (IMC > 40 kg/m²) accroît considérablement le risque de complications maternelles et fœtales².
- [Préparations orales et parentérales à base de fer](#) – incluant les noms, la forme, la voie d'administration, la dose et le coût approximatif²⁶.



Outils et équipement

- [Calculateur de gain de poids pendant la grossesse](#) – Santé Canada
- Outils de dépistage validés de l'anxiété et de la dépression comme l'[Edinburgh Postnatal Depression Scale \(EPDS\)](#) (en anglais) et le [Patient Health Questionnaire \(PHQ-9\)](#)²⁶ (en anglais)
- [Guide de pratique clinique sur le diabète et la grossesse](#), Diabètes Canada
- Renseignements pour les patientes :
 - [You have iron deficiency \(and you're having surgery\)](#) (en anglais), Sinai Health
 - [Intravenous \(IV\) iron infusion](#) (en anglais), Sinai Health



Collecte de données

- Optimisation des comorbidités

Abandon du tabac et de la consommation d'alcool



Recommandations

- Poser des questions à toutes les patientes sur leur consommation de tabac, de nicotine, de cannabis et d'alcool³⁰. La conversation devrait comprendre des questions sur les produits de remplacement de la cigarette comme les cigarettes électroniques, les produits de vapotage, les timbres, les gommes, etc.^{31, 32}
- Encourager l'abandon du tabac, de la nicotine, du cannabis et de l'alcool pendant la grossesse en informant les consommatrices des risques périnataux importants associés à l'usage de ces produits^{2, 31}.
- Adapter les soins en proposant des interventions psychosociales, comportementales et pharmacothérapeutiques³¹.



Outils et équipement

- Des outils de dépistage brefs comme le [T-ARP](#), Meilleur départ, et l'[AUDIT-C](#), National Institute on Drug Abuse (en anglais) peuvent être utilisés si une patiente déclare consommer de l'alcool³¹.

Usage chronique d'opioïdes



Recommandations

- Toutes les patientes devraient faire l'objet d'une évaluation de l'usage de substances psychoactives lors de la première visite prénatale au moyen d'un outil de dépistage validé³³.

2

Optimisation du parcours de la patiente

- Pour les personnes enceintes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes, le traitement par agonistes opioïdes est le type de pharmacothérapie recommandé³⁰; il est préférable au sevrage sous surveillance médicale, qui est associé à des taux de rechute élevés aggravant la situation³³.
- Les patientes devraient avoir accès à des services de soutien psychosociaux adéquats après l'accouchement, notamment au traitement du trouble de l'usage d'une substance psychoactive et à des programmes de prévention des rechutes³³.

Outils et équipement

- Utiliser un outil de dépistage validé comme le [NIDA Quick Screen](#) du National Institute on Drug Abuse (en anglais) ou les 4P³³.

Nutrition

Recommandations

- Discuter avec toutes les patientes de l'importance d'avoir une alimentation équilibrée. Se reporter au Guide alimentaire canadien pour parler des nutriments clés comme le calcium, la vitamine D, le fer, la vitamine A, la vitamine B12, l'acide folique, les acides gras oméga-3, la choline, l'iode et les fibres³⁴.
- Conseiller aux patientes de prendre un supplément minéral multivitaminique contenant 0,4 mg (400 mcg) d'acide folique, de 16 à 20 mg de fer, de la vitamine B12 et 400 UI de vitamine D tous les jours. Les suppléments devraient être pris tout au long de la grossesse et après la naissance, durant les années de reproduction³⁴.
- Peu importe la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse, toutes les patientes devraient recevoir des conseils sur les besoins énergétiques supplémentaires d'environ 350 calories pour le deuxième trimestre et d'environ 450 calories pour le troisième³⁴.
- Il faut mesurer le gain de poids et aborder le sujet avec toutes les patientes dès le début de leur grossesse, et aussi régulièrement que possible par la suite. Les recommandations pour l'intervalle de gains de poids liés à la grossesse devraient être basées sur l'IMC de la patiente avant la grossesse³⁵. Si la patiente est en décalage avec les objectifs d'une alimentation saine, il faut la diriger vers un ou une diététiste.
- Pour les patientes ayant un IMC > 40 kg/m², une attention particulière devrait être accordée à la prise en charge antepartum et intrapartum^{28, 29}.
- Revoir les principes généraux de salubrité alimentaire et les aliments à limiter ou à éviter pendant la grossesse³⁴.

Outils et équipement

- [Guide alimentaire canadien](#), Gouvernement du Canada
- [Nutrition Guideline for Pregnancy](#), Services de santé Alberta

2 Optimisation du parcours de la patiente

Mobilité et activité physique

Recommandations

- Une évaluation clinique minutieuse devrait être effectuée avant de recommander un programme d'exercices pour s'assurer qu'il n'y a aucune contre-indication à l'exercice (comme des membranes rompues, un accouchement prématuré, une prééclampsie, etc.)³⁶.
- Encourager toutes les patientes sans contre-indication à être actives physiquement tous les jours pendant la grossesse³⁷.
- Les patientes devraient faire au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée chaque semaine (accumulées sur un minimum de trois jours par semaine) pour obtenir des résultats pour la santé cliniquement significatifs et réduire le risque de complications de la grossesse³⁷.

3 Préopératoire

Engagement des patientes et des personnes de soutien

Engagement des patientes et des personnes de soutien dans les soins

Recommandations

- Utiliser les principes de l'éducation des adultes en :
 - incluant les personnes de soutien de la patiente dans les discussions;
 - demandant à la patiente de parler de la dernière fois où elle a été hospitalisée, s'il y a lieu.
- Veiller à ce que les patientes et les personnes de soutien reçoivent des renseignements cohérents de la part de tous les membres de l'équipe périopératoire.
- Encourager les patientes et les personnes de soutien à rapporter le [Livret sur l'optimisation du parcours de la patiente](#) le jour de l'intervention chirurgicale et à le consulter durant l'hospitalisation.

Outils et équipement

- [Livret sur l'optimisation du parcours de la patiente](#)
- [Guide animé sur la césarienne](#)

Veille de l'intervention

Pratiques chirurgicales exemplaires

Préparation de la peau

Recommandation

- Toutes les patientes devraient se laver avec un savon antimicrobien (à 2 ou 4 pour cent de gluconate de chlorhexidine aqueuse) la veille ou le matin de l'intervention pour réduire le risque d'infection³⁸. Ce savon peut être fourni à la patiente avant l'intervention avec le reste du matériel éducatif.

Outils et équipement

- Exemple de fiche d'éducation des patientes : [Chlorhexidine Skin Cleaning Before Surgery \(en anglais\)](#), Fraser Health

Préparation intestinale

Recommandation

- Aucune préparation intestinale orale ou mécanique ne devrait être utilisée avant la césarienne^{2, 39}.

3 Préopératoire

Soir avant l'intervention

Gestion des liquides

Jeûne modifié

Recommandation

Le jeûne prolongé préopératoire (NPO après minuit) devrait être aboli. À moins d'une contre-indication, les patientes devraient être encouragées à boire des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant une césarienne planifiée^{2, 5}.

Informations supplémentaires

Un liquide clair est un liquide à travers lequel on peut voir. Pensons à l'eau, aux boissons à base de sucres complexes, aux jus sans pulpes, et au café noir ou au thé (sans lait ni crème).

Jour de l'intervention chirurgicale

Gestion des liquides

Jeûne modifié : Jour de l'intervention chirurgicale

Recommandations

- Les lignes directrices de la Société canadienne des anesthésiologistes concernant le jeûne devraient être respectées. Ces lignes directrices pourraient devoir être modifiées pour tenir compte de problèmes de santé préexistants (comme des affections qui retardent la vidange gastrique), et devraient s'appliquer à toutes les formes d'anesthésie⁴⁰.
- Les accouchements par césarienne intrapartum ne devraient être entrepris qu'après avoir comparé le risque de retarder l'opération au risque d'aspiration du contenu gastrique. La durée minimale du jeûne avant une césarienne planifiée devrait être de^{2, 5}:
 - 8 heures après un gros repas composé d'aliments solides riches en protéines (viande ou aliments gras);
 - 6 heures après un repas léger (un repas non gras comme du pain grillé) ou la consommation de lait;
 - 2 heures après l'ingestion de liquides clairs.

Outils et équipement

- [Guide d'exercice de l'anesthésie – Lignes directrices concernant le jeûne](#), Société canadienne des anesthésiologistes

Collecte de données

- Consommation de liquides clairs

3 Préopératoire

Supplémentation en glucides

Recommandation

- Une période de jeûne plus courte précédée d'un apport en glucides peut améliorer les résultats pour les patientes. Un supplément oral de glucides sous forme liquide et non particulaire peut être offert aux patientes non diabétiques 2 heures avant l'intervention chirurgicale (50 g)².

Informations supplémentaires

- Il n'existe actuellement aucune donnée probante recommandant l'utilisation de maltodextrine chez les patientes devant subir une césarienne.
- Un supplément en glucides peut prendre la forme de 500 ml d'une boisson pour sportifs, d'un jus de pomme clair ou d'un jus de canneberge.

Analgésie

Gestion préopératoire de la pharmacothérapie

Recommandations

- Des antiacides non particuliers et des inhibiteurs du récepteur H2 de l'histamine (PO ou IV) devraient être administrés comme prémédication pendant la période préopératoire pour réduire le risque de pneumonie par aspiration^{2, 40}.
- La sédation préopératoire ne devrait pas être utilisée pour les césariennes planifiées en raison de ses effets néfastes potentiels sur la patiente et le nouveau-né².
- L'administration préopératoire de gabapentine pour le traitement de la douleur postopératoire n'est pas systématiquement recommandée. La gabapentine peut tout de même être envisagée dans le cadre de procédures analgésiques multimodales chez les patientes souffrant de douleur chronique ou de douleur non soulagée par les protocoles de traitement standard^{2, 41}.

Informations supplémentaires

- La sédation peut retarder le contact peau à peau entre la patiente et son nouveau-né et entraîner des effets secondaires².

Collecte de données

- Prémédication

3 Préopératoire

Avant la salle d'opération

Pratiques chirurgicales exemplaires

Maintien de la normothermie

Recommandation

- Des unités chauffantes à air pulsé ou des couvertures chauffantes à placer sous le corps (sans air pour réduire le risque de contamination) devraient être utilisées pour éviter l'hypothermie et les tremblements périopératoires^{5, 42}. Le réchauffement peut débuter avant d'entrer dans la salle d'opération, lors de la préparation de la patiente pour l'intervention.

Gestion des liquides

Maintien de l'euvolémie

Recommandation

- L'euvolémie préopératoire devrait être maintenue durant les soins périopératoires de la patiente³. L'administration intraveineuse excessive de liquide contenant des cristalloïdes est à éviter lorsque la patiente est en attente d'une césarienne.

4 Peropératoire

Engagement des patientes et des personnes de soutien

Prise en compte des préférences des patientes

Recommandations

- Tenir compte le plus possible des préférences de la patiente pour sa césarienne (comme faire jouer de la musique dans la salle d'opération, baisser l'écran pour voir la naissance du bébé ou réclamer le silence pour que la voix de la patiente soit la première entendue par le nouveau-né)⁶.

Pratiques chirurgicales exemplaires

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

Recommandation

- Les prestataires de soins chirurgicaux et leurs établissements devraient adopter l'utilisation d'une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale afin d'améliorer la sécurité des patients. La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale peut être modifiée ou adaptée afin d'être utilisée dans un contexte de chirurgie obstétrique⁴³.

Outils et équipement

- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, N° 286 – Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale en obstétrique-gynécologie⁴³
- [Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS](#), Organisation mondiale de la Santé

Gestion de l'anesthésie

Approche de l'anesthésie

Recommandations

- L'anesthésie neuraxiale est la méthode d'anesthésie privilégiée pour la césarienne dans le cadre d'un protocole de récupération améliorée^{3, 5, 6}.
- L'anesthésie générale joue un rôle limité dans les césariennes planifiées. Toutefois, certaines conditions et situations d'urgence appellent à l'anesthésie générale. Il est donc essentiel de prendre en compte les changements physiologiques de la grossesse et d'administrer une anesthésie générale sûre réduisant au maximum les risques d'aspiration, de désaturation, d'échec de l'intubation et de conscience (voir les informations supplémentaires)^{44, 45}.

4

Peropératoire



Informations supplémentaires

- Environ six pour cent des patientes subissant une césarienne auront besoin d'une anesthésie générale et d'une intubation trachéale⁴⁶.
- Recommandations pour une anesthésie générale sécuritaire :
 - l'aspiration du contenu gastrique est rare (deux cas sur 10 000), l'identification des facteurs de risque et la prise de précautions pour réduire les risques (comme le jeûne, la prophylaxie de l'aspiration, l'induction à séquence rapide, l'extubation et la surveillance attentives lors de la période postopératoire) sont essentielles à la prévention de l'aspiration^{44, 45, 47}.
 - la désaturation durant l'ISR peut être réduite par une technique de préoxygénation efficace, une ventilation par ballon-masque en douceur et des techniques d'oxygénation apnéique^{44, 45, 47}.
 - les vidéo-laryngoscopes devraient servir d'outil de première intention pour les voies respiratoires afin de maximiser le taux de succès de l'intubation durant l'ISR^{47, 48}.
 - en cas d'échec de l'intubation, l'utilisation d'un dispositif supraglottique de deuxième génération pour l'oxygénation et la ventilation est recommandée⁴⁸.
 - l'échec de l'intubation nécessite aussi l'administration de doses supplémentaires d'agents de déclenchement du travail pour réduire le risque de conscience⁴⁹.



Collecte de données

- Utilisation de l'anesthésie neuraxiale

Prévention de l'hypotension induite par la rachianesthésie



Recommandations

- Pour prévenir l'hypotension induite par la rachianesthésie, la tension artérielle maternelle de référence devrait être maintenue à l'aide de vasopresseurs prophylactiques (par exemple : perfusion de phényléphrine ou de noradrénaline) à administrer immédiatement après l'injection de médicaments pour la rachianesthésie⁵. Il faut ajuster la vitesse de perfusion de manière à garder la tension artérielle maternelle à 90 pour cent ou plus de sa valeur de référence et à éviter qu'elle chute à moins de 80 pour cent de celle-ci⁶.
- Lors de l'utilisation d'une perfusion de phényléphrine, des bolus d'éphédrine par voie IV devraient être administrés pour traiter l'hypotension durant la césarienne (par exemple : si la fréquence cardiaque est basse et que la tension artérielle est < 90 % de la valeur de référence)⁶.
- Le coremplissage avec des cristalloïdes (1 L immédiatement et rapidement après une injection rachidienne) est préférable à un préremplissage; en combinaison avec des vasopresseurs, il réduit considérablement le risque d'hypotension induite par la rachianesthésie^{5, 6}.



Informations supplémentaires

- Le schéma posologique des vasopresseurs pourrait devoir être modifié chez les patientes atteintes de prééclampsie, car le degré d'hypotension associé à la rachianesthésie pourrait être moindre que celui qu'on retrouve chez les patientes non prééclamptiques⁵.
- Pour réduire l'hypotension maternelle, appliquer une inclinaison latérale gauche d'un maximum de 15 degrés ou un déplacement utérin approprié une fois la patiente couchée sur le dos sur la table d'opération⁶.

4 Peropératoire

Pratiques chirurgicales exemplaires

Cathétérisme vésical

Recommandation

- Dans le cas des patientes qui recevront une anesthésie neuraxiale, une sonde à demeure devrait être installée pour prévenir la surdistension de la vessie⁶.

Prophylaxie des nausées et vomissements peropératoires et postopératoires (NVPerO ou NVPO)

Recommandations

- Les perfusions prophylactiques de vasopresseurs sont utiles pour réduire les NVPerO ou les NVPO^{4,5}.
- L'extériorisation utérine est associée aux NVPerO⁵. Si cette approche est employée pour réparer l'incision, une stratégie antiémétique proactive devrait être utilisée pour diminuer le risque de NVPerO.
- Une approche multimodale devrait être appliquée pour prévenir et traiter les NVPerO ou les NVPO⁴. Il est recommandé d'administrer au moins deux antinauséux prophylactiques par voie intraveineuse⁵.

Informations supplémentaires

- Voici quelques exemples d'antinauséux ayant différents mécanismes d'action :
 - Antagonistes dopaminergiques (comme 5 à 10 mg de métoclopramide par IV, efficace pour la prévention des NVPerO)
 - Antisérotonines (antagonistes des récepteurs 5-HT₃) (comme 4 mg d'ondansétron par IV)
 - Glucocorticoïdes (comme 4 mg de dexaméthasone par IV, efficace pour la prévention des NVPO)

Collecte de données

- Prophylaxie antiémétique

Gestion des liquides

Maintien de l'euvolémie

Recommandations

- Les euvolémies périopératoire et peropératoire sont d'importants facteurs des soins périopératoires prodigués à la patiente et semblent améliorer les résultats de santé de la mère et du nouveau-né après la césarienne³.
- Même si les objectifs de gestion optimale des liquides pour la césarienne n'ont pas été bien établis, un consensus d'experts recommande de limiter l'administration de liquides par voie intraveineuse à < 3 L pour les cas habituels. L'hémorragie de la délivrance devrait être reconnue très tôt et traitée selon les protocoles d'hémorragie massive de l'établissement⁵.

Collecte de données

- Volume de liquide IV administré

4 Peropératoire

Maintien de la normothermie

Recommandations

- Le réchauffement par air pulsé et le réchauffement des solutés intraveineux (IV) ainsi que et l'augmentation de la température dans la salle d'opération sont toutes des solutions recommandées pour prévenir l'hypothermie durant la césarienne^{3, 5}. Plus précisément⁶ :
 - réchauffer les solutés intraveineux (≥ 500 ml) et les produits sanguins à 37 °C à l'aide d'un dispositif de réchauffement des liquides;
 - réchauffer tous les liquides d'irrigation entre 38 et 40 °C dans un cabinet avec un réglage par thermostat;
 - envisager le réchauffement par air pulsé ou des couvertures chauffantes à placer sous le corps.
- La surveillance de la température appropriée est recommandée pour éviter l'hyperthermie lors de l'utilisation de dispositifs de réchauffement^{3, 5}.



Informations supplémentaires

- Des couvertures à air pulsé devraient être appliquées sur le bas du corps pour faciliter le contact peau à peau avec le nouveau-né.



Outils et équipement

- [Guide de l'exercice de l'anesthésie – Prise en charge périopératoire de la température](#), Société canadienne des anesthésiologistes
- [Hypothermia : Prevention and Management in Adults having Surgery \(en anglais\)](#), National Institute for Health and Care Excellence



Collecte de données

- Réchauffement de la patiente
- Température de la patiente au début et à la fin de l'intervention ou à l'arrivée à la salle de réveil

4 Peropératoire

Analgésie

Analgésie multimodale visant à réduire la prise d'opioïdes

Recommandations

- Une approche d'anesthésie multimodale devrait être adoptée. Il est recommandé d'utiliser au moins deux analgésiques qui ne sont pas contre-indiqués; voici quelques exemples⁵:
 - Opioïdes à action prolongée administrés par voie neuraxiale (par exemple : morphine sans agent de conservation, 50 à 150 mcg injectés en intrathécale ou 1 à 3 mg en péridurale)^{50, 51}
 - Acétaminophène : PO (975 ou 1 000 mg) ou PR avant l'accouchement (20 mg/kg ou 1 300 mg pour > 70 kg) ou par IV après l'accouchement (poids ≥ 50 kg : 1 000 mg toutes les 6 heures; poids < 50 kg : 15 mg/kg toutes les 6 heures)
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (par exemple : kétorolac [15 à 30 mg IV] ou naproxène [500 mg PO] après la fermeture fasciale)
 - Si la morphine neuraxiale n'est pas administrée, envisager des techniques d'anesthésie locale comme le bloc du plan abdominal transverse (TAP), l'infiltration de la plaie par anesthésique local ou le bloc du muscle carré des lombes (ou QL pour quadratus lumborum)

Collecte de données

- Amorce de l'analgésie multimodale avec épargne d'opioïdes

Pratiques chirurgicales exemplaires

Prophylaxie antimicrobienne et préparation de la peau

Recommandations

- Des antibiotiques devraient être systématiquement administrés par voie IV au cours des 15 à 60 minutes précédant l'incision de la peau^{52, 53}. Chez toutes les patientes, on recommande l'utilisation d'une céphalosporine de première génération (par exemple : céfazoline) selon une posologie basée sur le poids (par exemple : 1 g si poids < 50 kg, 2 g si poids > 50 kg).
- Pour les patientes en travail ou dont les membranes ont rompu, l'ajout d'azithromycine (500 mg IV perfusé sur 1 heure) permet une réduction supplémentaire des d'infections postopératoires^{3, 53, 54}.
- Les combinaisons de chlorhexidine et d'alcool sont préférables aux solutions aqueuses de polyvidone iodée pour le nettoyage de la peau de l'abdomen avant la césarienne^{3, 6, 55}.
- Une préparation vaginale contenant une solution de polyvidone iodée devrait être envisagée pour réduire le risque d'endométrite et d'infections après la césarienne chez les patientes aux membranes rompues^{3, 56}. Si aucune préparation vaginale contenant de l'iode aqueux n'est disponible ou si une telle préparation est contre-indiquée, une préparation vaginale composée de chlorhexidine aqueuse peut être utilisée⁶.

4

Peropératoire



Informations supplémentaires

- Pour les patientes ayant un IMC > 40 (ou poids > 120 kg), il est conseillé d'administrer une dose de 3 g d'un antibiotique préopératoire avec de la céphalosporine de première génération^{57, 58}.
- De la clindamycine ou de l'érythromycine peuvent être utilisées pour les patientes gravement allergiques à la pénicilline (comme l'anaphylaxie)⁵².
- Il faut utiliser l'azithromycine avec prudence chez les patientes présentant ou étant à risque de présenter un allongement de l'intervalle QT, dont celles s'étant fait prescrire d'autres médicaments allongeant l'intervalle QT (comme l'ondansétron).
- Si on prévoit que l'accouchement par césarienne sera long (> 3 heures) ou que la perte sanguine sera importante (> 1 500 ml), une dose supplémentaire d'antibiotique peut être administrée de 3 à 4 heures après la première dose⁵².
- Les combinaisons de chlorhexidine et d'alcool nécessitant un temps de séchage d'environ 3 minutes pour réduire le risque d'inflammabilité, elles peuvent être à éviter pour les accouchements urgents par césarienne intrapartum. Elles peuvent être remplacées par de la polyvidone iodée (aucun séchage) comme solution de rechange acceptable.



Outils et équipement

- [Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery](#) (en anglais), American College of Obstetricians and Gynecologists
- [Antibioprophylaxie dans le cadre d'interventions obstétricales](#), Société des obstétriciens et gynécologues du Canada



Collecte de données

- Prophylaxie antimicrobienne

Approche chirurgicale et considérations



Recommandations

- Pratiquer une incision transversale dans l'abdomen (parfois appelée technique de Joel-Cohen dans la littérature) pour réduire la douleur postopératoire et améliorer l'aspect esthétique comparativement à une incision médiane⁶. Pour appliquer cette technique, il faut :
 - faire une incision directe dans la peau, 3 cm au-dessus de la symphyse pubienne;
 - écarter les tissus sous-cutanés manuellement;
 - étendre l'incision avec des ciseaux (et non un scalpel) au besoin.
- Une fois l'hystérotomie réalisée, un élargissement de l'incision effectué de haut en bas permet de limiter les pertes de sang et aide à ne pas allonger la durée de l'intervention³.
- Il n'est pas nécessaire d'utiliser des lames de chirurgie différentes pour inciser la peau et les tissus plus profonds, car cela ne va pas diminuer le risque d'infection de la plaie⁶.
- Informer les patientes que la probabilité de lacérations fœtales pendant la césarienne est d'environ deux pour cent⁶.
- La traction contrôlée du cordon est préférable au retrait manuel du placenta pour réduire le risque d'endométrie⁶.

4

Peropératoire

- Effectuer des mesures appariées de la gazométrie du sang du cordon dans l'artère et la veine ombilicales après la césarienne pour détecter une atteinte fœtale soupçonnée et ainsi évaluer le bien-être du fœtus et orienter les soins continus du nouveau-né.
- Une réparation intrapéritonéale de l'utérus peut être réalisée. L'extériorisation utérine est associée aux NVPerO⁵. Si cette approche est employée pour réparer l'incision, une stratégie antiémétique proactive devrait être utilisée.
- L'utérus peut être fermé en un ou deux plans selon la situation clinique. La fermeture en un plan n'accroît pas le risque de saignement postopératoire ni de rupture utérine pour une prochaine grossesse⁶.
- La fermeture du péritoine n'est pas nécessaire, car elle n'est pas associée à de meilleurs résultats et augmente la durée de l'opération^{3,6}. Les données sur la prévention de la formation d'adhérences sont limitées et non systématiques⁵⁹.
- Si une incision médiane dans l'abdomen est pratiquée, effectuer une fermeture en un plan avec des sutures résorbables continues retardées, puisque cette méthode cause moins de hernies postopératoires et de déhiscences que la fermeture en plusieurs plans⁶.
- À moins que la patiente ait ≥ 2 cm de tissu sous-cutané, il ne faut pas rapprocher systématiquement l'hypoderme, car cela ne réduit pas le risque d'infection de la plaie^{3,6}.
- Dans la plupart des cas, la fermeture de la plaie devrait se faire par surjet intradermique et non avec des agrafes pour empêcher les complications, et surtout diminuer la probabilité de séparation de la plaie^{3,6}.
- La pose de drains superficiels devrait être évitée, car elle n'empêchera pas l'apparition d'une infection de la plaie ou d'un hématome⁶.
- Le traitement préventif des plaies par pression négative sur des incisions fermées peut être utile pour réduire les infections du site opératoire (ISO) chez les patientes atteintes d'obésité de classe III). Son utilisation chez celles-ci devrait être soupesée selon le risque de formation de bulles de succion associé à certains produits offerts⁶⁰.



Collecte de données

- Techniques chirurgicales

Prévention de l'atonie utérine et de l'hémorragie de la délivrance



Recommandations

- Recourir à la plus faible dose efficace d'utérotoniques nécessaire à l'atteinte d'un tonus utérin adéquat et à la réduction des effets secondaires⁵.
 - Césarienne planifiée : bolus de 1 UI d'ocytocine – commencer la perfusion d'ocytocine à 2,5-7,5 UI/h-1 (0,04-0,125 UI/min-1)⁵. Autrement, envisager 100 mcg de carbétocine administrés en bolus IV pendant 1 min^{61,62}.
 - Césarienne intrapartum : 3 UI d'ocytocine pendant ≥ 30 sec – commencer la perfusion d'ocytocine à 7,5-15 UI/h-1 (0,125-0,25 UI/min-1)⁵
- Si une hémorragie est causée par une atonie utérine, passer au protocole de réanimation de l'établissement⁵.
- Un bolus IV de 1 g d'acide tranexamique pendant 10 minutes peut servir d'adjuvant pour traiter l'hémorragie de la délivrance dans les 3 heures suivant l'accouchement^{63,64} et peut être employé comme mesure préventive efficace ayant peu d'effets secondaires⁶⁵.

4 Peropératoire



Informations supplémentaires

- La carbécocine ayant une demi-vie plus longue que l'ocytocine, elle ne requiert pas de perfusion et peut réduire la nécessité de recourir à des mesures utérotoniques supplémentaires.



Collecte de données

- Utilisation optimale d'utérotoniques

Soins immédiats du nouveau-né



Recommandations

- Un clamage retardé du cordon d'au moins 1 min lors d'un accouchement à terme et d'au moins 30 sec lors d'un accouchement prématuré est recommandé s'il ne risque pas de nuire au bien-être du fœtus³.
- La température corporelle du nouveau-né devrait être mesurée et maintenue entre 36,5 °C et 37,5 °C après la naissance pendant l'admission et la stabilisation^{3, 6}.
- L'aspiration systématique des voies respiratoires ou du contenu gastrique devrait être évitée; elle devrait seulement servir à traiter les symptômes d'une obstruction des voies respiratoires (par des sécrétions ou du méconium)³.
- L'apport complémentaire systématique d'air ambiant est recommandé chez les nouveau-nés à terme, car l'utilisation d'oxygène d'appoint durant la réanimation peut être néfaste³.
- Tous les établissements pratiquant des césariennes ont l'obligation de disposer d'une capacité de réanimation néonatale immédiate^{3, 6}.



Informations supplémentaires

- La réanimation des nouveau-nés à ≥ 35 semaines de gestation commence avec 21 pour cent d'oxygène (air ambiant).
- La réanimation des nouveau-nés à < 35 semaines de gestation commence avec un taux d'oxygène situé entre 21 et 30 pour cent⁶⁶.



Outils et équipement

- L'oxymétrie pulsée devrait être employée pour évaluer l'état d'oxygénation du nouveau-né⁶⁶.
- [Prise en charge du cordon ombilical chez le nourrisson prématuré ou à terme](#), Société canadienne de pédiatrie
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Directive clinique n° 424 : Prise en charge du cordon ombilical chez le nourrisson prématuré ou à terme⁶⁷



Collecte de données

4 Peropératoire

- Clampage retardé du cordon

Engagement des patientes et des familles

Promotion du contact peau à peau



Recommandations

- Le contact peau à peau devrait être initié le plus tôt possible dans la salle d'opération selon l'état de la patiente et du nouveau-né. Après la première période de contact peau à peau, les patientes devraient être encouragées à poursuivre ce contact tout au long de leur hospitalisation^{5, 6}.
- Offrir du soutien aux patientes souhaitant allaiter pour les aider à commencer le plus tôt possible après la naissance de leur nouveau-né⁶.



Informations complémentaires

- Le contact peau à peau :
 - soutient l'« heure critique » de l'initiation à l'allaitement dans l'heure suivant la naissance⁵;
 - favorise une transition sécuritaire de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine⁵;
 - facilite l'attachement entre la patiente et le nouveau-né⁵;
 - peut nécessiter des services infirmiers supplémentaires en phase peropératoire (il faut consulter les lignes directrices de l'hôpital pour savoir comment bien placer le nouveau-né durant le contact peau à peau)⁵.
- Voici quelques façons de faciliter le contact peau à peau en phase peropératoire : déplacer les fils d'électrocardiogramme et les électrodes sur le dos de la patiente pour libérer la poitrine; déplacer l'équipement pour permettre au personnel infirmier d'aider la mère de manière sécuritaire avec le contact peau à peau; maintenir les efforts visant à garder la température de la patiente et du nouveau-né constante (par exemple : unité chauffante à air pulsé, couvertures réchauffées)⁵.
- Si la patiente est incapable de prendre part au contact peau à peau, il devrait être initié avec l'une de ses personnes de soutien.



Collecte de données

- Contact peau à peau avec la patiente ou une personne de soutien

5 Postopératoire

Période postopératoire immédiate

Analgesie

Recommandations

- L'intensité, la fréquence et la durée de la surveillance respiratoire devraient être basées sur les facteurs de risques de la patiente et sur l'évaluation périopératoire des risques⁵.
- Avant le transfert à l'étage, le score de Bromage modifié peut être utilisé pour évaluer le rétablissement après le bloc neuraxial.

Outils et équipement

- [Monitoring recommendations for prevention and detection of respiratory depression associated with administration of neuraxial morphine for cesarean delivery analgesia](#), (en anglais) Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Statement
- Mesure du blocage moteur : [Modified Bromage Scale](#) (en anglais), AnesthesiaUK

Soins postpartum

Engagement des patientes et des familles

Engagement des patientes et des personnes de soutien dans les soins

Recommandations

- Employer certains outils (comme un tableau blanc au chevet de la patiente) pour faciliter la communication entre les professionnels de la santé et la patiente et les personnes de soutien^{15, 68}.
- Envisager des transferts de soins permettant à la patiente et à ses personnes de soutien d'améliorer la communication lors des transferts de quart¹⁶.
- Rappeler à la patiente et aux personnes de soutien de consulter le matériel reçu (livret, vidéos) pour savoir quels sont les objectifs de rétablissement quotidiens après l'intervention chirurgicale.

5 Postopératoire

Encourager l'allaitement

Recommandations

- Fournir du matériel éducatif sur l'allaitement et un accès à une consultante en allaitement selon les besoins⁵.
 - le matériel éducatif sur l'allaitement devrait être offert dans différents formats (par exemple : cours à l'unité, documents imprimés et liens vers des vidéos) pour améliorer l'accessibilité et la compréhension.
 - tous les membres du personnel infirmier s'occupant de patientes en postpartum devraient pouvoir fournir un soutien de base pour l'allaitement axé sur le contact peau à peau, ce qui comprend aussi l'établissement de la production de lait de la personne allaitante et la collaboration avec les personnes de soutien afin de formuler un plan d'alimentation pour le congé.
 - l'accès à une consultante en allaitement est idéal pour obtenir une évaluation plus détaillée des problèmes liés à la lactation, un soutien à l'allaitement de qualité et une bonne prise en charge.
- Soutenir et respecter la décision de la patiente sur l'allaitement, sans tomber dans le piège de l'influence commerciale, de la coercition et des préjugés. Les patientes ont le droit de prendre une décision éclairée sur leur choix d'allaiter ou non⁶⁹.
- Les patientes qui choisissent de ne pas allaiter ou qui ne peuvent pas le faire (par exemple : réduction mammaire) et qui souhaitent empêcher la lactation pourraient se faire offrir de la cabergoline (2 x 0,5 mg PO) en une seule dose lors de la première journée postpartum.

Informations supplémentaires

- L'allaitement précoce améliore les résultats de santé du nouveau-né et de la mère, notamment en favorisant l'attachement émotionnel, en réduisant les complications infectieuses chez le nouveau-né et en diminuant le risque de syndrome de mort subite du nourrisson⁵.
- Un système devrait être en place pour identifier les patientes ayant décidé de façon éclairée de ne pas allaiter afin que leur choix ne soit pas continuellement remis en question.

Outils et équipement

- [L'allaitement maternel](#), Agence de la santé publique du Canada
- [Breastfeeding](#), Centers for Disease Control and Prevention [\(en anglais\)](#)
- [Information and Education for Providers and Mothers](#), Academy of Breastfeeding Medicine [\(en anglais\)](#)

5 Postopératoire

Analgesie

Gestion de la douleur multimodale avec visant à réduire la prise d'opioïdes

☰ Recommandations

- Les attentes et les options en matière de traitement de la douleur devraient être abordées avec les patientes, notamment les points suivants⁶ :
 - la douleur peut être traitée par l'administration de médicaments par voie orale ou IV.
 - le choix du médicament dépendra de l'intensité de la douleur et du type d'anesthésie subi par la patiente (rachianesthésie ou épidurale continue).
 - la plupart des médicaments pour le soulagement de la douleur ne nuiront pas à l'allaitement ni aux soins au nouveau-né.
- L'analgesie multimodale incluant l'administration planifiée vs PRN d'AINS et d'acétaminophène est recommandée^{4, 6, 70, 71}.
- L'utilisation d'opioïdes administrés par voie parentérale ou orale devrait être réservée aux patientes souffrant de douleur aiguë⁷⁰. Si la patiente choisit de prendre des médicaments plus forts, il faudrait envisager un traitement par opioïdes (comme la morphine ou l'hydromorphone) le plus court possible et à la dose efficace la plus faible.
- Les thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques sont des éléments importants du traitement de la douleur postpartum⁷⁰.
- Une approche multimodale et progressive en matière d'analgesie est recommandée pour le traitement de la douleur postpartum⁷⁰.
- Les patientes s'étant fait prescrire des analgésiques opioïdes devraient être informées du risque de dépression du système nerveux central, à la fois pour elles-mêmes et pour le nouveau-né allaité.
- Une approche de prise de décisions partagée concernant l'ordonnance d'opioïdes remise au moment du congé peut optimiser la prise en charge de la douleur et réduire le nombre de comprimés d'opioïdes non consommés⁷⁰.
- Les ordonnances d'opioïdes devraient être limitées à la durée raisonnable la plus courte et à la dose efficace la plus faible pour traiter la douleur aiguë, et les patientes ne devraient pas passer plus de 3 jours sans surveillance attentive^{6, 70}.
- Pour les patientes prenant des opioïdes, envisager⁶ :
 - des antinauséux au besoin pour réduire les nausées et les vomissements (comme le dimenhydrinate);
 - des laxatifs pour prévenir la constipation.
- Les patientes souffrant de douleur préopératoire, de douleur chronique et de troubles liés à l'usage d'opioïdes sont susceptibles de moins bien gérer la douleur postpartum. Envisager la création de plans de soins personnalisés en collaboration avec un anesthésiste en obstétrique ou un spécialiste des médicaments antidouleur⁷⁰.
- La codéine n'est pas recommandée comme traitement de premier recours pour la douleur. Les variations pharmacogénomiques et métaboliques potentielles chez la patiente et le nouveau-né peuvent influencer sur l'efficacité et entraîner des effets secondaires dangereux, comme une augmentation du risque de surdose chez le nouveau-né^{6, 72-74}. D'autres d'analgésiques opioïdes devraient être utilisés.

5 Postopératoire

- On devrait montrer aux patientes comment bien évaluer leur douleur. Lorsque la méthode de soulagement de la douleur utilisée n'est pas suffisante pour traiter la douleur intense après un accouchement par césarienne, il faut⁶ :
 - effectuer une évaluation complète pour exclure d'autres causes de la douleur (par exemple : sepsie, hémorragie, rétention urinaire);
 - discuter avec la patiente de l'accès à des médicaments contre la douleur plus forts;
 - s'assurer que la patiente sait que ces médicaments pourraient accroître le risque de sédation néonatale et de dépression respiratoire s'ils sont pris durant l'allaitement.



Informations supplémentaires

- Schéma posologique suggéré pour l'analgésie multimodale postopératoire⁷⁵⁻⁷⁷ :
 - 1 g d'acétaminophène PO toutes les 8 h pendant 48 à 72 h.
 - AINS pendant 48 à 72 h :
 - 600 mg d'ibuprofène PO toutes les 6 h ou 800 mg PO toutes les 8 h;
 - OU 500 mg de naproxène PO toutes les 12 h;
 - OU 10 mg de Kétorolac PO toutes les 6 h.
 - Les opioïdes devraient être réservés au traitement de la douleur aiguë, lorsque l'analgésie ne peut permettre l'atteinte d'objectifs fonctionnels, comme le fait de prendre soin de soi et du bébé, la mobilité et le repos.
 - Exemples :
 - 1 à 2 mg d'hydromorphone PO toutes les 4 h PRN
 - 5 à 10 mg de morphine PO toutes les 4 h PRN
- L'acétaminophène et les AINS ont un effet analgésique cumulatif et, à moins que cette façon de faire soit contre-indiquée, ils devraient être systématiquement pris ensemble de façon régulière plutôt qu'au besoin⁷⁸.



Outils et équipement

- Envisager l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur comme la [Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale](#) (en anglais).



Collecte de données

- Poursuite de l'analgésie multimodale avec visant à réduire la prise d'opioïdes
- Date de cessation des analgésiques IV

5 Postopératoire

Pratiques chirurgicales exemplaires

Drainage vésical

Recommandations

- En fonction du degré de régression de l'anesthésie régionale, il faut faire attention au moment du retrait de la sonde urinaire pour réduire le risque d'infection et augmenter la capacité de la patiente à bouger et prendre soin de son nouveau-né.
- Les recommandations sur la durée du cathétérisme vésical après l'accouchement par césarienne ne sont pas claires. Une ligne directrice clé recommande un retrait immédiat⁴, tandis qu'une autre préconise un retrait de 6 à 12 heures après la naissance⁵.
- Comme la sonde sera retirée tôt, chaque établissement devrait élaborer une politique pour évaluer les patientes pouvant avoir de la difficulté à évacuer leur urine (comme la surdistension de la vessie ou l'inconfort de la patiente). Une échographie de la vessie peut être effectuée chez les patientes n'évacuant pas leur urine dans les 6 à 8 heures suivant le retrait de la sonde. Par exemple, un volume de 400 à 600 ml peut déclencher un cathétérisme intermittent.

Informations supplémentaires

- Le cathétérisme vésical prolongé est associé à un plus grand risque d'infection des voies urinaires, de douleur urétérale, de rétention d'urine, de difficultés de mobilisation et de prolongation de la durée de séjour.
- Une dose d'anesthésie neuraxiale locale et d'opioïdes peut influencer sur le moment de retrait de la sonde⁵.

Collecte de données

- Retrait de la sonde de Foley

Prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV)

Recommandations

- Toutes les patientes devraient subir une évaluation documentée des facteurs de risque de la thromboembolie veineuse durant l'accouchement ou immédiatement après celui-ci pour orienter la prise en charge fondée sur les risques^{6, 79}.
- L'héparine de faible poids moléculaire (HFPM) est préférable à l'héparine non fractionnée comme agent pharmacologique pour la thromboprophylaxie⁸⁰. L'héparine ne devrait pas être systématiquement utilisée pour la prophylaxie de la TEV après un accouchement par césarienne⁴.
- Des bas de compression pneumatique devraient être portés avant l'intervention pour prévenir la maladie thromboembolique chez toutes les patientes ayant une césarienne^{4, 81}. Ces bas devraient être utilisés jusqu'à ce que la patiente soit pleinement capable de se déplacer⁸¹.

5 Postopératoire



Informations supplémentaires

- Le risque de thromboembolie veineuse associé à l'accouchement par césarienne est environ deux fois plus élevé que le risque associé à l'accouchement par voie vaginale; chez les patientes en santé, le risque absolu est toutefois faible⁵.



Outils et équipement

- Les établissements devraient se doter d'une trousse de sécurité des patients contenant un protocole pour la prophylaxie de la thromboembolie veineuse chez les patientes subissant un accouchement par césarienne⁸¹.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – Thromboembolie veineuse et traitement antithrombotique pendant la grossesse⁸².



Collecte de données

- Prophylaxie de la TEV

Traitement de l'anémie



Recommandations

- Les patientes devraient subir un test de dépistage de l'anémie et être traitées au besoin. Envisager de vérifier l'hémoglobine au jour postopératoire 1 ou 2 chez les patientes présentant des saignements peropératoires abondants (par exemple : > 1 L) ou une anémie préexistante⁵.
- Les patientes devant être traitées pour l'anémie devraient recevoir une perfusion IV de fer à l'hôpital⁸³.
- Celles dont les réserves en fer sont basses au moment de l'accouchement et après la naissance devraient être informées du fait qu'elles pourraient ressentir de la fatigue, connaître une perturbation des processus cognitifs ou avoir des symptômes dépressifs⁸⁴.



Informations supplémentaires

- Les patientes à qui on administre du fer par voie intraveineuse présentent des concentrations d'hémoglobine plus élevées 6 semaines après l'accouchement ainsi qu'un risque plus faible d'effets secondaires gastro-intestinaux, comparativement aux patientes prenant du fer par voie orale⁸³.



Collecte de données

- Traitement de l'anémie

5 Postopératoire

Gestion des liquides

Recommandations

- Des glaçons ou de l'eau peuvent être offerts dans les 60 minutes suivant l'admission à la salle de réveil après la césarienne⁵.
- Une fois que la patiente tolère les liquides (par exemple : elle peut boire et garder des liquides sans nausées ou vomissements), que la production d'urine est adéquate et que la perfusion d'utérotoniques est terminée, le cathéter peut être retiré ou verrouillé à l'aide d'une canule héparinée ou sodique⁵.

Collecte de données

- Cessation de l'administration de liquide IV

Gestion de l'alimentation

Reprise de l'alimentation et rétablissement de la fonction gastro-intestinale

Recommandations

- Les patientes devraient reprendre leur alimentation habituelle le plus tôt possible le jour même de l'intervention chirurgicale^{6, 85}.
- La gomme à mâcher semble être efficace et présente peu de risques. Elle ne sera probablement pas nécessaire si une politique de prise orale précoce et de consommation réduite d'opioïdes est appliquée, mais elle devrait être envisagée si une prise orale retardée est prévue^{4, 5}.

Outils et équipement

- [Guide alimentaire canadien](#), Gouvernement du Canada

Collecte de données

- Date de tolérance de la prise orale

5 Postopératoire

Mobilité et activité physique

Mobilisation en milieu hospitalier

Recommandations

- La mobilisation précoce après le rétablissement approprié des fonctions motrices est recommandée à la suite de l'accouchement par césarienne pour plusieurs raisons, notamment pour favoriser le rétablissement du transit intestinal et diminuer l'insulinorésistance, l'amyotrophie, l'hypoxie et la thromboembolie veineuse^{4, 5}.
- Pour évaluer si la patiente pourra se déplacer sans danger, effectuer une évaluation simple comme le test de la montée des marches (voir ci-dessous). Un professionnel de la santé devrait toujours être présent au moment de la première mobilisation.
- Les patientes considérées à risque de chute devraient être évaluées par un professionnel de la santé pour déterminer l'aide dont elles auront besoin pour déambuler.

Informations supplémentaires

- Le test de la montée des marches évalue la force des quadriceps et des muscles ischiojambiers, de même que l'équilibre. Si la patiente est prête à déambuler, ce test pourra être effectué :
 - demander à la patiente de monter sur un escabot, un pied à la fois, puis de redescendre (avec une aide à ses côtés pour la soutenir au besoin). Si la patiente peut effectuer cette tâche seule, elle a réussi le test.
- Approche de mobilisation suggérée après l'opération⁵ :
 - De 0 à 6 heures en phase postopératoire :
 - s'asseoir sur le bord du lit
 - se déplacer du lit à la chaise
 - déambuler si toléré
 - De 6 à 12 heures en phase postopératoire :
 - déambuler si toléré
 - marcher au moins 1 ou 2 fois dans le corridor
 - De 24 à 48 heures en phase postopératoire :
 - marcher au moins 3 ou 4 fois dans le corridor
 - être hors du lit pendant 8 heures

Collecte de données

- Première mobilisation postopératoire

5 Postopératoire

Sensibilisation aux périodes de repos

Recommandations

- Optimiser le sommeil et le repos pour éviter les résultats indésirables liés à la fatigue chez les patientes⁵.
- Encourager les interventions groupées (par exemple : évaluation des signes vitaux coordonnée à l'administration d'un analgésique; prise simultanée des analgésiques oraux)⁵.

Outils et équipement

- Envisager l'utilisation d'affiches plastifiées « Ne pas déranger » que les patientes et les familles peuvent accrocher à la poignée de porte pour se reposer davantage.

6 Congé

Engagement des patientes et des familles

Engagement des patientes et des personnes de soutien dans les soins

Recommandations

- Des instructions écrites normalisées sur le congé devraient être utilisées pour faciliter la consultation au congé⁴.
- La planification du congé lors du J-1 devrait idéalement inclure les équipes pédiatriques et d'allaitement⁵.
- Offrir aux patientes qui se rétablissent bien, qui sont afébriles et qui n'ont pas de complications de recevoir le congé de l'hôpital après 24 heures, car il n'est pas associé à un plus grand nombre de réadmissions chez les nouveau-nés ou les patientes⁶.
- Expliquer aux patientes ayant accouché par césarienne qu'elles ne sont pas plus à risque que les patientes ayant accouché par voie vaginale de souffrir de dépression ou d'incontinence fécale ou d'avoir des symptômes de stress post-traumatique, de la douleur lors de relations sexuelles ou de la difficulté à allaiter⁶.
- Lorsque les patientes restent à l'hôpital après avoir eu une césarienne intrapartum, il faut leur donner l'occasion de discuter avec des professionnels de la santé des raisons de la césarienne, et leur fournir des renseignements verbaux et écrits sur les options d'accouchement pour toute grossesse future. Ces informations peuvent être transmises plus tard si c'est ce que la patiente préfère⁶.
- Tous les nouveau-nés à terme et en santé un plan de congé approprié comprenant l'identification du prestataire de soins primaires du nouveau-né et l'évaluation par un professionnel de la santé entre 24 et 72 heures après le congé⁸⁶.
- Idéalement, la patiente devrait communiquer avec un prestataire de soins maternels dans les 3 à 6 semaines suivant l'accouchement. Cette première évaluation devrait être suivie de soins continus selon les besoins et d'une consultation lors d'une visite globale au plus tard 12 semaines après l'accouchement. Cette visite postpartum globale devrait⁸⁷ :
 - être personnalisée et axée sur la patiente;
 - comprendre une évaluation complète du bien-être physique, social et psychologique.

Informations supplémentaires

- Il faut encourager les patientes et les personnes de soutien à relire la section « À domicile » de leur livret avant le congé et à poser des questions.
- Les patientes devraient être informées des signes avant-coureurs de problèmes de santé après l'accouchement et savoir avec qui communiquer en cas d'urgence.
- Veiller à ce que les membres concernés de l'équipe de soins soient disponibles pour répondre aux questions ou aux préoccupations que les patientes ou les personnes de soutien peuvent avoir au sujet de la planification du congé.

Outils et équipement

- [Livret sur l'optimisation du parcours de la patiente](#)
- [Guide animé sur la césarienne](#)
- [Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé](#), Société canadienne de pédiatrie

6 Congé

Analgésie

Recommandation

- Si, après l'accouchement, la patiente obtient son congé et est toujours sous opioïdes, lui conseiller de communiquer avec son prestataire de soins de santé si elle s'inquiète pour son nouveau-né (par exemple : somnolence, difficultés à respirer, constipation ou difficulté à s'alimenter)⁶.

Collecte de données

- Opioïdes prescrits lors du congé

Pratiques chirurgicales exemplaires

Soin des plaies

Recommandations

- Lors de l'utilisation de pansements standard (sans pression négative), tenir compte des faits suivants⁶ :
 - aucun type de pansement ne vaut mieux qu'un autre pour réduire le risque d'infection de la plaie.
 - il n'y a aucune différence concernant le risque d'infection lorsque les pansements sont retirés 6 heures après l'opération au lieu de 24 heures plus tard.
- Envisager le traitement des plaies par pression négative chez les patientes atteintes d'obésité de classe III pour réduire la probabilité d'infection de la plaie⁶⁰.
- Veiller à ce que le soin des plaies comprenne les actions suivantes⁶ :
 - retirer les pansements standard 6 à 24 heures après l'accouchement.
 - surveiller spécifiquement l'apparition de fièvre.
 - évaluer la plaie pour trouver des signes d'infection (comme une douleur croissante, une rougeur ou des sécrétions), de séparation ou de déhiscence.
 - encourager la patiente à porter des vêtements amples et confortables et des sous-vêtements en coton.
 - nettoyer et sécher doucement la plaie quotidiennement.
 - au besoin, planifier le retrait des sutures ou des agrafes.

6 Congé

Gestion des symptômes

Recommandations

- Pour les patientes ayant des symptômes urinaires, ces diagnostics sont possibles⁶ :
 - infection des voies urinaires
 - incontinence à l'effort
 - lésion des voies urinaires
 - rétention urinaire
- Pour les patientes ayant des saignements vaginaux importants ou irréguliers, déterminer s'il est plus probable qu'ils soient causés par l'endométrite que par des produits de conception en rétention, et les traiter en conséquence⁶.
- En raison du risque accru de maladie thromboembolique (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), porter une attention particulière aux patientes ayant des symptômes respiratoires (comme une toux ou un essoufflement) ou liés aux jambes (comme un mollet enflé douloureux)⁶.
- Examiner les risques de dépressions du postpartum, en particulier chez les patientes qui présentent des symptômes intrapartum.

Nutrition

Recommandations

- Souligner la nécessité d'une alimentation équilibrée pour combler les besoins nutritionnels et ainsi favoriser une santé et une lactation optimales. Les recommandations en matière de lactation insistent sur ces éléments⁸⁸ :
 - inclusion de sources alimentaires d'acide docosahexaénoïque (ADH)
 - évitement ou limitation de certains aliments (comme le mercure, la caféine, l'alcool, les produits à base de plantes médicinales)
 - prise d'un supplément quotidien multivitaminique et minéral contenant de la vitamine D et de l'acide folique
- Encourager la perte de poids graduelle une fois l'allaitement établi. Les besoins énergétiques supplémentaires de 350 à 400 calories par jour sont nécessaires à la lactation et tiennent compte de cette cible de perte de poids⁸⁸.
- Discuter des bienfaits de l'allaitement maternel exclusif pour améliorer les résultats cliniques à court et à long terme à la fois chez la patiente et chez le nouveau-né³⁵.
- La patiente devrait se faire conseiller de boire à sa soif pour rester hydratée, soulager la constipation et favoriser la production de lait.

Outils et équipement

- [Guide alimentaire canadien](#), Gouvernement du Canada
- [Nutrition for Lactation Nutrition Guideline](#), Services de santé Alberta

6

Congé

Mobilité et activité physique

Activité physique à la suite du congé

Recommandations

- Les patientes doivent être encouragées à bouger et à reprendre progressivement les activités de la vie quotidienne (comme les tâches ménagères et les courses) à la suite du congé d'hôpital.
- Les critères de la reprise sécuritaire de l'activité physique doivent être pris en compte. Les patientes doivent d'abord éviter tout effort physique vigoureux (y compris des exercices du tronc, comme des redressements partiels ou assis) et ne rien soulever de plus lourd que leur bébé pendant les 6 premières semaines suivant l'accouchement.

Accouchement par césarienne

1. Agrément Canada. Ensemble de normes : Obstétrique, 2020.
2. Wilson, R. D. et coll. « Guidelines for antenatal and preoperative care in cesarean delivery: Enhanced recovery after surgery society recommendations (part 1) », *Am J Obstet Gynecol*, décembre 2018, vol. 219, n° 6, p. 523.e1-523.e15.
3. Caughey, A. B. et coll. « Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced recovery after surgery society recommendations (part 2) », *Am J Obstet Gynecol*, décembre 2018, vol. 219, n° 6, p. 533-544.
4. Macones, G. A. et coll. « Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations (part 3) », *Am J Obstet Gynecol*, septembre 2019, vol. 221, n° 3, p. 247.e1-247.e9.
5. Bollag, L. et coll. « Society for obstetric anesthesia and perinatology: Consensus statement and recommendations for enhanced recovery after cesarean », *Anesth Analg*, 1er mai 2021, vol. 132, n° 5, p. 1362-1377.
6. National Institute for Health and Care Excellence. « Caesarean birth », NICE guideline, [NG192], 2021.
7. Feldman, L. S. et coll. *The SAGES/ERAS society manual of enhanced recovery programs for gastrointestinal surgery*, 1re éd., Springer International Publishing, 2015.
8. Équipe d'action pour l'engagement des patients. Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité, Institut canadien pour la sécurité des patients. Consulté le 30 septembre 2021. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patient-engagement-in-patient-safety-guide/pages/default.aspx>
9. Bellows, M. et coll. « Meaningful and effective patient engagement: What matters most to stakeholders », *Patient Experience Journal*, 2015, vol. 2, n° 1, p. 18-28.
10. Kessels, R. P. « Patients' memory for medical information », *J R Soc Med*, mai 2003, vol. 96, n° 5, p. 219-222.
11. Wizowski, L., T. Harper et T. Hutchings. Writing health information for patients and families, Hamilton Health Sciences Corporation. Consulté le 30 juillet 2020. https://muhcpatienteducation.mcgill.ca/Writing_HI_Edition4.pdf
12. Roberts, L. « Health information and the Internet: The 5 Cs website evaluation tool », *Br J Nurs*, 11 au 24 mars 2010, vol. 19, n° 5, p. 322-325.
13. Gillis, C. et coll. « Patients as partners in enhanced recovery after surgery: A qualitative patient-led study », *BMJ Open*, 24 juin 2017, vol. 7, n° 6, p. e017002.
14. Houts, P. S. et coll. « The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence », *Patient Educ Couns*, mai 2006, vol. 61, n° 2, p. 173-190.
15. Caligtan, C. A. et coll. « Bedside information technology to support patient-centered care », *Int J Med Inform*, juillet 2012, vol. 81, n° 7, p. 442-451.
16. Mardis, T. et coll. « Bedside shift-to-shift handoffs: A systematic review of the literature », *J Nurs Care Qual*, janvier à mars 2016, vol. 31, n° 1, p. 54-60.

Accouchement par césarienne

17. Dorvil, B. « The secrets to successful nurse bedside shift report implementation and sustainability », *Nurs Manage*, juin 2018, vol. 49, n° 6, p. 20-25.
18. « Health care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, No. 823 », *Obstet Gynecol*, 1er mars 2021 vol. 137, n° 3, p. e75-e88.
19. Agency for Healthcare Research and Quality. Communicate clearly: Tool #4. Consulté le 30 septembre 2021 <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool4.html>
20. Schnitman, G. et coll. « The role of digital patient education in maternal health: A systematic review », *Patient Educ Couns*, 24 juin 2021.
21. Services de santé Alberta, Maternal newborn child & youth strategic clinical network. Alberta Antenatal Pathway, version 2.1. Consulté le 30 septembre 2021. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-mncy-antenatal-pathway.pdf>
22. Magee, L. A. et coll. « Directive clinique n° 426 : Troubles hypertensifs de la grossesse : Diagnostic, prédiction, prévention et prise en charge », *J Obstet Gynaecol Can*, mai 2022, vol. 44, n° 5, p. 547-571.e1.
23. « Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, No. 222 », *Obstet Gynecol*, juin 2020, vol. 135, n° 6, p. e237-e260.
24. Berger, H., Gagnon, R., Sermer, M. « Directive clinique n° 393 – Le diabète pendant la grossesse », *J Obstet Gynaecol Can*, décembre 2019, vol. 41, n° 12, p. 1814-1825.e1.
25. Feig, D. S. et coll. « Diabetes and pregnancy », *Can J Diabetes*, avril 2018, vol. 42, supp. 1, p. S255-S282.
26. Malinowski, A. K. et A. Murji. « Iron deficiency and iron deficiency anemia in pregnancy », *JAMC*, 26 juillet 2021, vol. 193, n° 29, p. E1137-e1138.
27. « ACOG Committee Opinion N°. 757: Screening for perinatal depression », *Obstet Gynecol*, novembre 2018, vol. 132, n° 5, p. e208-e212.
28. Maxwell, C. et coll. « Directive clinique n° 391 – Grossesse et obésité maternelle partie 1 : Préconception et soins prénataux », *J Obstet Gynaecol Can*, novembre 2019, vol. 41, n° 11, p. 1623-1640.
29. Maxwell, C. et coll. « Directive clinique n° 392 – Grossesse et obésité maternelle partie 2 : Planification en équipe de l'accouchement et soins post-partum », *J Obstet Gynaecol Can*, novembre 2019, vol. 41, n° 11, p. 1660-1675.
30. Ordean, A., S. Wong et L. Graves, « N° 349 – Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse », *J Obstet Gynaecol Can*, octobre 2017, vol. 39, n° 10, p. 922-937.e2.
31. Graves, L. et coll. « Directive clinique n° 405 : Dépistage et conseils en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse », *J Obstet Gynaecol Can*, septembre 2020, vol. 42, n° 9, p. 1158-1173.e1.
32. « Committee Opinion No. 722: Marijuana use during pregnancy and lactation », *Obstet Gynecol*, octobre 2017, vol. 130, n° 4, p. e205-e209.
33. « Committee Opinion No. 711: Opioid use and opioid use disorder in pregnancy », *Obstet Gynecol*, août 2017, vol. 130, n° 2, p. e81-e94.

Accouchement par césarienne

34. Services de santé Alberta, Nutrition Services. Pregnancy Nutrition Guideline. Consulté le 30 septembre 2021. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/nutrition/if-nfs-ng-pregnancy.pdf>
35. O'Connor, D. L. et coll. « Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà », *J Obstet Gynaecol Can*, juin 2016, vol. 38, n° 6, p. 508-554.e18.
36. « Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: ACOG Committee Opinion, No. 804 », *Obstet Gynecol*, avril 2020, vol. 135, n° 4, p. e178-e188.
37. Mottola, M. F. et coll. « N° 367-2019 Lignes directrices canadiennes sur l'activité physique durant la grossesse », *J Obstet Gynaecol Can*, novembre 2018, vol. 40, n° 11, p. 1528-1537.
38. Berríos-Torres, S. I. et coll. « Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017 », *JAMA Surg*, 1er août 2017, vol. 152, n° 8, p. 784-791.
39. Ertas, I. E. et coll. « Influence of preoperative enema application on the return of gastrointestinal function in elective Cesarean sections: a randomized controlled trial », *J Matern Fetal Neonatal Med*, juin 2021, vol. 34, n° 11, p. 1822-1826.
40. Dobson, G. et coll. « Guide d'exercice de l'anesthésie de la SCA – Édition révisée 2021 », *J Can Anesth*, janvier 2021, vol. 68, n° 1, p. 92-129.
41. Sutton, C. D. et B. Carvalho. « Optimal pain management after Cesarean delivery », *Anesthesiol Clin*, mars 2017, vol. 35, n° 1, p. 107-124.
42. Sultan, P. et coll. « The effect of patient warming during Caesarean delivery on maternal and neonatal outcomes: a meta-analysis », *Br J Anaesth*, octobre 2015, vol. 115, n° 4, p. 500-10.
43. Singh, S. S., Mehra, N. et Hopkins, L. « N° 286 – Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale en obstétrique-gynécologie » *J Obstet Gynaecol Can*. mars 2018, vol. 40, n° 3, p. :e237-e242.
44. « 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 », *Anesthesiology*, février 2016, vol. 124, n° 2, p. 270-300.
45. Lesage, S. « La césarienne sous anesthésie générale : Développement professionnel continu », *J Can Anesth*, mai 2014, vol. 61, n° 5, p. 489-503.
46. Juang, J. et coll. « Choice of anesthesia for Cesarean delivery: An analysis of the national anesthesia clinical outcomes registry », *Anesth Analg*, juin 2017, vol. 124, n° 6, p. 1914-1917.
47. Kinsella, S. M. et coll. « Failed tracheal intubation during obstetric general anaesthesia: a literature review », *Int J Obstet Anesth*, novembre 2015, vol. 24, n° 4, p. 356-374.
48. Mushambi, M. C. et coll. « Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics », *Anaesthesia*, novembre 2015, vol. 70, n° 11, p. 1286-1306.
49. Pandit, J. J. et coll. « The 5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general anaesthesia: summary of main findings and risk factors », *Anaesthesia*, octobre 2014, vol. 69, n° 10, p. 1089-1101.
50. Sultan, P., M. C. Gutierrez et B. Carvalho. « Neuraxial morphine and respiratory depression: finding the right balance », *Drugs*, 1er octobre 2011, vol. 71, n° 14, p. 1807-1819.

Accouchement par césarienne

51. Palmer, C. M. et coll. « Postcesarean epidural morphine: a dose-response study », *Anesth Analg*, avril 2000, vol. 90, n° 4, p. 887-891.
52. van Schalkwyk, J. et N. Van Eyk. « N° 247 – Antibioprophylaxie dans le cadre d'interventions obstétricales », *J Obstet Gynaecol Can*, septembre 2017, vol. 39, n° 9, p. e293-e299.
53. « ACOG Practice Bulletin N° 199: Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery », *Obstet Gynecol*, septembre 2018, vol. 132, n° 3, p. e103-e119.
54. Tita, A. T. et coll. « Adjunctive azithromycin prophylaxis for cesarean delivery », *N Engl J Med*, 29 septembre 2016, vol. 375, n° 13, p. 1231-1241.
55. Hadiati, D. R. et coll. « Skin preparation for preventing infection following caesarean section », *Cochrane Database Syst Rev*, 25 juin 2020, vol. 6, n° 6, p. Cd007462.
56. Haas, D. M. et coll. « Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections », *Cochrane Database Syst Rev*, 26 avril 2020, vol. 4, n° 4, p. Cd007892.
57. Ahmadzia, H. K. et coll. « Obstetric surgical site infections: 2 grams compared with 3 grams of cefazolin in morbidly obese women », *Obstet Gynecol*, octobre 2015, vol. 126, n° 4, p. 708-715.
58. Maggio, L. et coll. « Cefazolin prophylaxis in obese women undergoing cesarean delivery: a randomized controlled trial », *Obstet Gynecol*, mai 2015, vol. 125, n° 5, p. 1205-1210.
59. Bamigboye, A. A. et G. J. Hofmeyr. « Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section: short- and long-term outcomes », *Cochrane Database Syst Rev*, 11 août 2014, n° 8, p. Cd000163.
60. Gillespie, B. M. et coll. « Closed incision negative pressure wound therapy versus standard dressings in obese women undergoing caesarean section: multicentre parallel group randomised controlled trial », *BMJ*, 5 mai 2021, vol. 373, p. n893.
61. Leduc, D., V. Senikas et A. B. Lalonde. « N° 235 – Prise en charge active du troisième stade du travail : Prévention et prise en charge de l'hémorragie postpartum », *J Obstet Gynaecol Can*, décembre 2018, vol. 40, n° 12, p. e841-e855.
62. Su, L. L., Y. S. Chong et M. Samuel. « Carbetocin for preventing postpartum haemorrhage », *Cochrane Database Syst Rev*, 18 avril 2012, n° 4, p. Cd005457.
63. Organisation mondiale de la Santé. Nouvelle recommandation de l'OMS pour le traitement de l'hémorragie du post-partum par acide tranexamique. Consulté le 30 septembre 2021. <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/03/WHO-TXA-Briefer-A4-FR.pdf>
64. « Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage », *Obstet Gynecol*, octobre 2017, vol. 130, n° 4, p. e168-e186.
65. Sentilhes, L. et coll. « Tranexamic acid for the prevention of blood loss after cesarean delivery », *N Engl J Med*, 29 avril 2021, vol. 384, n° 17, p. 1623-1634.
66. Weiner, G. et J. Zaichkin. *Textbook of neonatal resuscitation*, 8e éd., American Academy of Pediatrics, 2021.
67. McDonald, S. D. et coll. « Directive clinique n° 424 : Prise en charge du cordon ombilical chez le nourrisson prématuré ou à terme », *J Obstet Gynaecol Can*, mars 2022, vol. 44, n° 3, p. 313-322.e1.

Accouchement par césarienne

68. Goodridge, D. et coll. « Building patient capacity to participate in care during hospitalisation: a scoping review », *BMJ Open*, 3 juillet 2019, vol. 9, n° 7, p. e026551.
69. « Barriers to breastfeeding: supporting initiation and continuation of breastfeeding: ACOG Committee Opinion Summary N°. 821 », *Obstet Gynecol*, 1er février 2021, vol. 137, n° 2, p. 396-397.
70. « Pharmacologic stepwise multimodal approach for postpartum pain management: ACOG Clinical Consensus N°. 1 », *Obstet Gynecol*, 1er septembre 2021, vol. 138, n° 3, p. 507-517.
71. Laksono, I. et coll. « Évaluation d'un ensemble d'améliorations de la qualité visant à réduire les ordonnances d'opioïdes après un accouchement par césarienne : une étude de séries chronologiques interrompues », *J Can Anesth*, 8 novembre 2021.
72. National Library of Medicine, Specialized Information Services. « Codeine », LactMed. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501212/>
73. Madadi, P. et coll. « Guidelines for maternal codeine use during breastfeeding », *Médecin Fam Can*, novembre 2009, vol. 55, n° 11, p. 1077-1078.
74. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA restricts use of prescription codeine pain and cough medicines and tramadol pain medicines in children; recommends against use in breastfeeding women. Consulté le 30 septembre 2021. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-restricts-use-prescription-codeine-pain-and-cough-medicines-and>
75. Valentine, A. R. et coll. « Scheduled acetaminophen with as-needed opioids compared to as-needed acetaminophen plus opioids for post-cesarean pain management », *Int J Obstet Anesth*, août 2015, vol. 24, n° 3, p. 210-216.
76. Zeng, A. M. et coll. « The analgesic efficacy of nonsteroidal anti-inflammatory agents (NSAIDs) in patients undergoing cesarean deliveries: a meta-analysis », *Reg Anesth Pain Med*, novembre et décembre 2016, vol. 41, n° 6, p. 763-772.
77. Carvalho, B. et A. J. Butwick. « Postcesarean delivery analgesia », *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, mars 2017, vol. 31, n° 1, p. 69-79.
78. Ituk, U. et A. S. Habib. « Enhanced recovery after cesarean delivery », *F1000Res*, 2018, vol. 7.
79. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. « Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Green-top Guideline No. 37a ». Consulté en septembre 2021. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>
80. « AGOC Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in pregnancy », *Obstet Gynecol*, juillet 2018, vol. 132, n° 1, p. e1-e17.
81. Pacheco, L. D., G. Saade et T. D. Metz. « Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #51: Thromboembolism prophylaxis for cesarean delivery », *Am J Obstet Gynecol*, août 2020, vol. 223, n° 2, p. B11-b17.
82. Chan, W. S. et coll. « Thromboembolie veineuse et traitement antithrombotique pendant la grossesse », *J Obstet Gynaecol Can*, juin 2014, vol. 36, n° 6, p. 527-53.

Accouchement par césarienne

83. Sultan, P. et coll. « Oral vs intravenous iron therapy for postpartum anemia: a systematic review and meta-analysis », *Am J Obstet Gynecol*, juillet 2019, vol. 221, n° 1, p. 19-29.e3.
84. Organisation mondiale de la Santé. Guideline: Iron Supplementation in Postpartum Women. Consulté le 30 septembre 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379991/>
85. Weimann, A. et coll. « ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery », *Clin Nutr*, juin 2017, vol. 36, n° 3, p. 623-650.
86. Société canadienne de pédiatrie. Document de principes : faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé. Consulté le 30 septembre 2021. <https://cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nouveau-ne-a-terme-et-en-sante>
87. « ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care », *Obstet Gynecol*, mai 2018, vol. 131, n° 5, p. e140-e150.
88. Services de santé Alberta, Nutrition Services. Nutrition for Lactation Nutrition Guideline. Consulté le 30 septembre 2021. <https://albertahealthservices.ca/assets/info/nutrition/if-nfs-ng-nutrition-for-lactation.pdf>

Abréviations

- ADH** : acide docosahexaénoïque
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien
AQ : amélioration de la qualité
EP : embolie pulmonaire
EPDS : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg
ESC : Excellence en santé Canada
HFPM : héparine de faible poids moléculaire
IMC : indice de masse corporelle
ISO : infection du site opératoire
ISR : induction à séquence rapide
IV : intraveineux
J : journée post op
NPO : rien par la bouche (nil per os)
NVPerO : nausées et vomissements peropératoires
NVPO : nausées et vomissements postopératoires
PO : oralement, par la bouche (per os)
PR : par voie rectale
PRN : au besoin (pro re nata)
QL : carré des lombes (quadratus lumborum)
QSP-9 : Questionnaire sur la santé du patient-9
RAAC : récupération améliorée après la chirurgie
ROC : Récupération optimisée Canada
TAP : plan abdominal transverse
TEV : thromboembolie veineuse
TVP : thrombose veineuse profonde

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Récupération améliorée après la césarienne –

OPTIMISATION DU PARCOURS DE LA PATIENTE

Nom de la patiente	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Poids :	Taille :	Allergies :
<p>ÉVALUATIONS PRÉOPÉRATOIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation préopératoire éclairée par des données probantes • Toutes les comorbidités et tous les facteurs de risque opératoires des patientes devraient être optimisés, y compris ceux-ci : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hypertension gestationnelle <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Santé mentale maternelle <input type="checkbox"/> Gain de poids pendant la grossesse <input type="checkbox"/> Problème de consommation (cigarette, alcool, drogues) <p>Demandes de consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> • La référence et la prise en charge peuvent être basées sur les protocoles des établissements. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Hématologue <input type="checkbox"/> Endocrinologue <input type="checkbox"/> Diététiste <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p>ÉDUCATION DES PATIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patientes et les personnes de soutien devraient recevoir de l'information en phase préopératoire sur tous les événements qui se produiront avant, pendant et après l'accouchement par césarienne. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Livret pour la patiente (papier et/ou numérique) fourni <input type="checkbox"/> Vidéo Precare fournie • Les patientes devraient savoir de quelle façon on s'attend à ce qu'elles prennent part à leurs soins avant l'opération. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instructions pour le jeûne préopératoire fournies <input type="checkbox"/> Instructions pour le nettoyage de la peau avec de la chlorhexidine avant l'admission à l'hôpital fournies 		

Gabarit pour les ensembles d'ordonnances médicales

Récupération améliorée après la césarienne – PRÉOPÉRATOIRE

Nom de la patiente	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Poids :	Taille :	Allergies :
<p>PRÉPARATIONS PRÉOPÉRATOIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aliments solides jusqu'à 6 à 8 h avant l'intervention chirurgicale et liquides clairs jusqu'à 2 h avant l'intervention chirurgicale <input type="checkbox"/> Supplément oral liquide non particulaire en glucides (50 g, pour les patientes non diabétiques) <input type="checkbox"/> Nettoyage de la peau avec de la chlorhexidine avant l'admission à l'hôpital <p>PHARMACOTHÉRAPIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antiacide non particulaire et inhibiteur du récepteur H2 de l'histamine (PO ou IV) <p>GESTION DE LA NORMOTHERMIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chauffage à air pulsé ou couverture chauffante à placer sous le corps <p>GESTION DES LIQUIDES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maintien de l'euvolémie 		

Gabarit pour les ensembles d'ordonnances médicales

Récupération améliorée après la césarienne – PEROPÉRATOIRE

Nom de la patiente	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Poids :	Taille :	Allergies :
<p>TYPE DE CÉSARIENNE</p> <p><input type="checkbox"/> Planifiée <input type="checkbox"/> Intrapartum</p> <p>GESTION DE LA NORMOTHERMIE</p> <p><input type="checkbox"/> Chauffage à air pulsé ou couverture chauffante à placer sous le corps</p> <p><input type="checkbox"/> Solutés intraveineux et produits sanguins réchauffés</p> <p><input type="checkbox"/> Liquides d'irrigation réchauffés</p> <p><input type="checkbox"/> Surveillance de la température</p> <p>PROPHYLAXIE MÉCANIQUE DE LA TEV</p> <p><input type="checkbox"/> Bas de compression pneumatique</p> <p>PHARMACOTHÉRAPIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 2 antinauséux IV, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Métoproclamide – 5 à 10 mg IV <input type="checkbox"/> Ondansétron – 4 mg IV <input type="checkbox"/> Dexaméthasone – 4 mg IV <input type="checkbox"/> Autre : _____ • Antibiotique IV, 15 à 60 minutes avant l'incision de la peau <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Céphalosporine de première génération (posologie basée sur le poids) ou <input type="checkbox"/> Clindamycine ou érythromycine (allergie à la pénicilline) <input type="checkbox"/> Azithromycine (patiente en travail ou dont les membranes ont rompu) <input type="checkbox"/> Doses supplémentaires : _____ • Anesthésie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anesthésie neuraxiale (préférable) ou <input type="checkbox"/> Anesthésie générale • Vasopresseurs (seulement en cas de rachianesthésie) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Phényléphrine + éphédrine IV ou <input type="checkbox"/> Norépinéphrine • ≥ 2 analgésiques, notamment (à moins de contre-indication) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opioïdes à action prolongée administrés par voie neuraxiale (comme de la morphine sans agent de conservation, 50 à 150 mcg injectés en intrathécale ou 1 à 3 mg en péridurale) <input type="checkbox"/> Acétaminophène : PO (975 ou 1 000 mg) ou PR avant l'accouchement (20 mg/kg ou 1 300 mg pour > 70 kg) ou par IV après l'accouchement (poids ≥ 50 kg : 1 000 mg toutes les 6 heures; poids < 50 kg : 15 mg/kg toutes les 6 heures) <input type="checkbox"/> AINS : comme du kétorolac (15 à 30 mg IV) ou du naproxène (500 mg PO) après la fermeture fasciale <input type="checkbox"/> Autre : _____ 		

Gabarit pour les ensembles d'ordonnances médicales

Récupération améliorée après la césarienne – PEROPÉRATOIRE

Nom de la patiente	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Poids :	Taille :	Allergies :
<p>• Utérotonique et antifibrinolytique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Césarienne planifiée : bolus de 1 UI d'ocytocine – commencer la perfusion d'ocytocine à 2,5-7,5 UIh⁻¹ (0,04-0,125 UImin⁻¹) ou <input type="checkbox"/> Césarienne planifiée : 100 mcg de carbétocine administrés en bolus IV pendant 1 min <input type="checkbox"/> Césarienne intrapartum : 3 UI d'ocytocine pendant ≥ 30 sec – commencer la perfusion d'ocytocine à 7,5-15 UIh⁻¹ (0,125-0,25 UImin⁻¹) <input type="checkbox"/> Acide tranexamique comme adjuvant : bolus IV de 1 g pendant 10 min dans les 3 h suivant l'accouchement <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p>GESTION DES LIQUIDES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Coremplissage avec des cristalloïdes (1 litre immédiatement après une injection rachidienne) <input type="checkbox"/> Solutés intraveineux < 3 L (cas habituels) <p>APPROCHE CHIRURGICALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nettoyage à la chlorhexidine avant l'incision <input type="checkbox"/> Préparation vaginale : <input type="checkbox"/> Iode aqueux (préférable) <input type="checkbox"/> Chlorhexidine aqueuse <input type="checkbox"/> Incision transversale de l'abdomen <input type="checkbox"/> Traction contrôlée du cordon <input type="checkbox"/> Mesures appariées de la gazométrie du sang du cordon dans l'artère et la veine ombilicales (atteinte fœtale soupçonnée) <input type="checkbox"/> Réparation intrapéritonéale de l'utérus <input type="checkbox"/> Péritoine non fermé <input type="checkbox"/> Fermeture de l'hypoderme (≥ 2 cm de tissus adipeux sous-cutanés) <p>• Fermeture de l'utérus : <input type="checkbox"/> Un plan <input type="checkbox"/> Deux plans</p> <p>• Fermeture de la plaie : <input type="checkbox"/> Sutures (recommandé) <input type="checkbox"/> Agrafes <input type="checkbox"/> Traitement des plaies par pression négative (obésité de classe III)</p> <p>SOINS DU NOUVEAU-NÉ</p> <p>• Clampage retardé du cordon : <input type="checkbox"/> ≥ 1 min (accouchement à terme) <input type="checkbox"/> 30 sec (accouchement prématuré)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Initiation du contact peau à peau <input type="checkbox"/> Encourager l'allaitement (si la patiente est d'accord) <p>• Signes vitaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Surveillance de la température (à maintenir entre 36,5 °C et 37,5 °C) <input type="checkbox"/> Surveillance de la saturation en oxygène 		

Gabarit pour les ensembles d'ordonnances médicales

Récupération améliorée après la césarienne – POSTOPÉRATOIRE

Nom de la patiente	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Poids :	Taille :	Allergies :
<p>ÉVALUATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Surveillance respiratoire (basée sur les facteurs de risque et l'évaluation périopératoire des risques de la patiente) <input type="checkbox"/> Mesure du blocage moteur avant le transfert à l'étage (Score modifié de Bromage recommandé) <input type="checkbox"/> Test de la montée des marches <input type="checkbox"/> Évaluation des niveaux de douleur (échelle Wong-Baker FACES® [en anglais] recommandée) <input type="checkbox"/> Facteurs de risque de la TEV <input type="checkbox"/> Dépistage de l'anémie <input type="checkbox"/> Soutien à l'allaitement (consulter une consultante en lactation au besoin) <p>ÉDUCATION</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Offrir du matériel sur l'allaitement dans différents formats (par exemple : cours à l'unité, documents imprimés et vidéo) <p>PHARMACOTHÉRAPIE</p> <p>Analgésie multimodale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 g d'acétaminophène PO toutes les 8 h pendant 48 à 72 h et • AINS pendant 48 à 72 h : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 600 mg d'ibuprofène PO toutes les 6 h ou 800 mg PO toutes les 8 h, ou <input type="checkbox"/> 500 mg de naproxène PO toutes les 12 h ou <input type="checkbox"/> 10 mg de Kétorolac PO toutes les 6 h <p>Note : L'acétaminophène et les AINS devraient être pris ensemble de façon régulière (plutôt que PRN).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut réserver les opioïdes pour la douleur aiguë, lorsque l'analgésie ne peut permettre l'atteinte d'objectifs fonctionnels comme le fait de prendre soin de soi et du bébé, la mobilité et le repos. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 à 2 mg d'hydromorphone PO toutes les 4 h PRN <input type="checkbox"/> 5 à 10 mg de morphine PO toutes les 4 h PRN <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p>Note : Les ordonnances d'opioïdes devraient être limitées à la durée raisonnable la plus courte et à la dose efficace la plus faible pour traiter la douleur aiguë, et les patientes ne devraient pas passer plus de 3 jours sans surveillance attentive.</p> <p>Pour les patientes ayant reçu une ordonnance d'opioïdes</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> Laxatif <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p>Thromboprophylaxie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HFPM (préféré) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p>Inhibition de la lactation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cabergoline (2 x 0,5 mg PO) en une seule dose lors de la première journée postpartum 		

Gabarit pour les ensembles d'ordonnances médicales

Récupération améliorée après la césarienne – POSTOPÉRATOIRE

Nom de la patiente	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Poids :	Taille :	Allergies :
<p>Traitement de l'anémie</p> <p><input type="checkbox"/> Fer IV</p> <p>PROPHYLAXIE MÉCANIQUE DE LA TEV</p> <p><input type="checkbox"/> Bas de compression pneumatique</p> <p>GESTION DES LIQUIDES</p> <p><input type="checkbox"/> Offrir des glaçons ou de l'eau dans les 60 min suivant l'admission à la salle de réveil</p> <p><input type="checkbox"/> Verrouiller rapidement le cathéter à l'aide d'une canule héparinée et sodique (une fois que la perfusion d'utérotoniques est terminée, que la patiente tolère les liquides et que la production d'urine est adéquate)</p> <p>RETRAIT PRÉCOCE DE LA SONDE URINAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> Retirer tôt la sonde urinaire (effectuer une échographie de la vessie si la patiente est incapable d'évacuer son urine dans les 6 à 8 h suivant le retrait; un volume de 400 à 600 ml nécessite un cathétérisme intermittent)</p> <p>ALIMENTATION</p> <p><input type="checkbox"/> Encourager la reprise d'une alimentation normale le plus tôt possible</p> <p><input type="checkbox"/> Gomme à mâcher recommandée si une prise orale retardée est prévue (recommandée si une prise orale retardée est prévue)</p> <p>MOBILITÉ</p> <p><input type="checkbox"/> Encourager la mobilisation précoce dès le rétablissement des fonctions motrices</p>		

Gabarit pour les ensembles d'ordonnances médicales

RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE APRÈS LA CÉSARIENNE – CONGÉ

Nom de la patiente	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Poids :	Taille :	Allergies :
<p>CONTINUITÉ DES SOINS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rendez-vous de suivi <u>pour le nouveau-né</u> 24 à 72 h après le congé <input type="checkbox"/> Rendez-vous de suivi <u>pour la patiente</u> 3 à 6 semaines après l'accouchement <p>ANALGÉSIE, conseils généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si la patiente a obtenu son congé et est toujours sous opioïdes, lui conseiller de communiquer avec un prestataire de soins de santé si elle s'inquiète pour son nouveau-né (par exemple : somnolence, difficulté à respirer, constipation ou difficulté à s'alimenter). <p>ALIMENTATION, conseils généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Souligner la nécessité d'une alimentation équilibrée pour combler les besoins nutritionnels et ainsi favoriser une santé et une lactation optimales. <input type="checkbox"/> Encourager la perte de poids graduelle une fois l'allaitement établi. <input type="checkbox"/> Discuter des bienfaits de l'allaitement maternel exclusif. <p>ACTIVITÉ PHYSIQUE, conseils généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Encourager les patientes à bouger et à reprendre progressivement les activités de la vie quotidienne à la suite du congé d'hôpital. <input type="checkbox"/> Les patientes doivent d'abord éviter tout effort physique vigoureux et ne rien soulever de plus lourd que leur bébé pendant les 6 premières semaines. <p>SURVEILLANCE, conseils généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recommander aux patientes de consulter un médecin en présence de problèmes urinaires, de saignements vaginaux importants ou irréguliers, et de signes ou de symptômes de TVP, d'EP ou d'infection de la plaie. <input type="checkbox"/> Fournir des instructions sur l'endroit où aller et sur la personne à contacter en cas d'urgence. 		

Collecte de données et mesure

Résumé

Cette ressource vise à guider les professionnels de la santé dans le processus de collecte de données et de mesure pour soutenir la mise en œuvre et l'évaluation du cheminement clinique pour l'accouchement par césarienne de Récupération optimisée Canada (ROC). Elle explique entre autres comment identifier votre population cible, comment calculer une taille d'échantillon appropriée et quelles données sur les patientes, les processus et les résultats devraient être recueillies.

Les publications sur l'amélioration de la qualité (AQ) devraient suivre des lignes directrices structurées de la conception à la publication pour assurer la cohérence et la qualité de la recherche, dont la liste de vérification RECOVER (reporting on ERAS compliance, outcomes, and elements research).¹

Population étudiée

Il est dans l'intérêt des équipes de recueillir des données sur des patientes subissant le même type d'accouchement par césarienne pour pouvoir les regrouper et les comparer. Une telle démarche est possible parce que chaque établissement de soins de courte durée au Canada révisé les dossiers des patientes après leur congé de l'hôpital et classe les interventions chirurgicales selon un système de codification universelle.

L'[Institut canadien d'information sur la santé](#) (ICIS) établit la norme nationale pour la déclaration des données sur la morbidité au Canada, et maintient, distribue et appuie la mise en application relative à la CIM-10-CA (la version canadienne de la CIM-10). La Classification canadienne des interventions en santé (CCI) représente la norme nationale pour la classification des interventions en santé.

La CIM-10-CA (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et élargie par l'ICIS pour répondre aux besoins en données canadiennes sur la morbidité. La CCI a été élaborée par l'ICIS pour accompagner la CIM-10-CA. Elle se veut neutre quant au prestataire de services et au milieu, et peut être utilisée globalement dans l'ensemble des systèmes de santé au Canada.

Accouchement par césarienne	Avec forceps	Avec ventouse obstétricale	Sans instrument	Avec ventouse obstétricale et forceps
Césarienne hystérectomie	5.MD.60.RC	5.MD.60.RD	5.MD.60.KE	5.MD.60.CB
Césarienne classique (incision verticale dans le segment supérieur)	5.MD.60.JZ	5.MD.60.KA	5.MD.60.JY	5.MD.60.CC
Incision extrapéritonéale	5.MD.60.KC	5.MD.60.KD	5.MD.60.KB	5.MD.60.CD
Incision en T inversé	5.MD.60.RA	5.MD.60.RB	5.MD.60.KG	5.MD.60.CE
Laparotomie (en cas de grossesse abdominale)	5.MD.60.RE	5.MD.60.RF	5.MD.60.KF	–
Incision transversale du segment inférieur	5.MD.60.JW	5.MD.60.JX	5.MD.60.AA	5.MD.60.CF
Autres types de césarienne NCA	5.MD.60.RG	5.MD.60.RH	5.MD.60.KT	5.MD.60.CG

¹ Elias, K. M. et coll. « The reporting on ERAS compliance, outcomes, and elements research (RECOVER) checklist: a joint statement by the ERAS® and ERAS®USA Societies. *World J Surg.* janvier 2019, vol. 43, n° 1, p. 1-8.

Collecte de données et mesure

Échantillonnage

Un calcul d'échantillon vous est suggéré ci-dessous.² Ce calcul recommande le nombre de dossiers de patientes à réviser au cours de la période de référence sélectionnée et des données à compiler de façon continue au cours de la phase de mise en œuvre. Cet échantillonnage a été déterminé en fonction du nombre mensuel d'accouchements par césarienne. Un échantillonnage aléatoire simple séparé selon les interventions planifiées et intrapartum est recommandé.

Taille moyenne de la population mensuelle « N »	Minimum requis pour l'échantillon « n »
< 20	Aucun échantillonnage : 100 % de la population requise
20 à 100	20
> 100	15 % à 20 % de la taille de la population

Stratégie de collecte de données

Avant de lancer un projet d'amélioration de la qualité (AQ), il est important de déterminer des points de données précis à compiler dans le but de démontrer la réussite du projet. Ces points de données doivent montrer à la fois les changements de processus (indicateurs de processus) et l'incidence de ces changements (indicateurs de résultats). Ils doivent être obtenus avant que tout changement soit effectué, puis à des périodes préétablies tout au long de la mise en œuvre afin de refléter l'évolution du projet.

La collecte de données de la période de référence doit être effectuée sur une période de trois mois pour fournir un portrait exact des soins chirurgicaux prodigués. On recommande d'effectuer une collecte et une transmission de données mensuelles afin de bien représenter les changements de processus et les améliorations en matière de résultats postopératoires sur les patientes. Les données devraient continuer à être recueillies mensuellement jusqu'à ce que l'équipe ait déterminé qu'un niveau de pérennité a été atteint.

Il est recommandé de compiler des données sur les caractéristiques des patientes et des procédures, de même que des indicateurs de processus et de résultats.

² Perla, R. J., L. P. Provost et S. K. Murray. « Sampling considerations for health care improvement », *Qual Manag Health Care*, octobre à décembre 2014, vol. 23, n° 4, p. 268-279.

Collecte de données et mesure

Caractéristiques des patientes et des procédures

Étant donné que les résultats découlant d'un accouchement par césarienne peuvent être influencés par des facteurs médicaux et liés aux patientes, toute évaluation de la RAAC en matière de résultats doit tenir compte de facteurs liés aux patientes et aux procédures pouvant jouer le rôle de facteurs de confusion. Les caractéristiques comprises peuvent être basées sur des connaissances cliniques ou des publications antérieures, mais devront permettre de comparer les patientes recevant des soins selon l'approche de RAAC et celles se faisant prodiguer des soins habituels (avant la mise en œuvre de la RAAC) pour s'assurer que les groupes soient similaires. Grâce à ces connaissances, il est possible de déterminer si des facteurs de confusion ont pu causer des différences dans les résultats et de tenir compte de celles-ci.

Au minimum, nous recommandons de recueillir les données suivantes sur les patientes et les procédures :

- Âge (années)
- IMC (kg/m²)
- Hypertension (chronique ou gestationnelle)
- Diabète (chronique ou gestationnel)
- Hémoglobine (avant et après l'opération)
- Score ASA (American Society of Anesthesiologists)
- Nombre de césariennes antérieures
- Opération planifiée versus opération intrapartum*
- Anesthésie neuraxiale versus anesthésie générale*
- Perte sanguine estimée (ml)

* Les césariennes intrapartum et celles effectuées sous anesthésie générale entraînent, par nature, une certaine complexité susceptible d'influer sur les résultats. Par conséquent, nous recommandons de séparer les résultats des césariennes planifiées de ceux des césariennes intrapartum, de même que ceux des opérations sous anesthésie neuraxiale de ceux des opérations sous anesthésie générale.

Collecte de données et mesure

Indicateurs de processus

Il existe divers indicateurs de processus à compiler tout au long du continuum de soins chirurgicaux afin de veiller au respect des recommandations du cheminement. Les indicateurs de processus évaluent si l'intervention recommandée a été respectée. Par exemple, si un établissement cherche à réduire les cas d'infection des voies urinaires postopératoires, il pourrait mesurer le processus de retrait précoce des sondes urinaires.

On anticipe que ces indicateurs de processus proviendront de l'examen manuel du dossier médical, qu'il soit sous format papier ou électronique. Alors que les initiatives d'AQ sont propres aux besoins et au contexte de chaque établissement, nous recommandons tout de même la collecte des indicateurs de processus énumérés ci-dessous. Une description exhaustive de chaque indicateur se trouve à l'annexe D.

Phase chirurgicale	Indicateur de processus
Préopératoire	Éducation des patientes
	Optimisation des comorbidités
	Consommation de liquides clairs
	Prémédication
Peropératoire	Utilisation de l'anesthésie neuraxiale
	Prophylaxie antiémétique
	Volume de liquide IV administré
	Réchauffement de la patiente
	Température de l'intervention chirurgicale ou à l'arrivée à la salle de réveil
	Amorce de l'analgésie multimodale visant à réduire la prise d'opioïdes Calque. — On écrit plutôt mettre quelque chose en œuvre, commencer quelque chose, entreprendre quelque chose, amorcer quelque chose ou instaurer quelque chose (Antidote)
	Prophylaxie antimicrobienne
	Techniques chirurgicales
	Utilisation optimale d'utérotoniques
	Clampage retardé du cordon
	Contact peau à peau avec la patiente ou une personne de soutien
	Postopératoire
Date d'interruption des analgésiques IV	
Retrait de la sonde de Foley	
Prophylaxie de la TEV	
Traitement de l'anémie	
Interruption de l'administration de liquide IV	
Date de tolérance de la prise orale	
Première mobilisation postopératoire	
Opioïdes prescrits lors du congé	

Collecte de données et mesure

Indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats déterminent si une intervention précise a produit les effets désirés sur le plan clinique, comme la réduction des taux d'infection postopératoire.

Les indicateurs de résultats recommandés sont énumérés ci-dessous, et leur description complète se trouve à l'annexe D.

- Durée du séjour en soins de courte durée
- Taux de complications
- Visites à l'urgence dans les 30 jours suivant le congé d'hôpital
- Réadmission dans les 30 jours suivant le congé d'hôpital

Les dossiers des patientes sont révisés et codifiés au moment du congé. Cette information est consignée dans la Base de données sur les congés des patients (BDGP), y compris les complications postopératoires, la durée du séjour hospitalier en soins de courte durée et les réadmissions à l'hôpital. Il est recommandé de communiquer avec le l'infocentre de votre établissement pour extraire ces données, car cela réduirait considérablement le temps consacré à leur compilation. Si vous fournissez la liste des codes CIM-10-CA/CCI utilisés pour définir la population subissant un accouchement par césarienne à ce service, celui-ci peut déterminer le nombre d'accouchements par césarienne et l'évolution de l'état de santé des patientes à partir des renseignements ayant déjà été compilés au sein de votre établissement.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateurs de processus

Préopératoire

1. Éducation des patientes

Intention de l'indicateur	Déterminer si la patiente a été informée de ce à quoi elle doit s'attendre avant, pendant et après l'accouchement par césarienne.
Définition	L'éducation des patientes concerne la communication de renseignements (verbaux, écrits ou numériques) par des professionnels de la santé avant l'accouchement par césarienne. Ces informations devraient détailler minimalement les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Raison ou indication de la césarienne • Type d'anesthésique • Emplacement et type d'incision et de fermeture • Complications peropératoires et postopératoires potentielles et stratégies de réduction • Plans de prise orale ou gastro-intestinale préopératoires et postopératoires • Traitement de la douleur et attentes postopératoires • Activités postopératoires prévues (dont l'allaitement) et emplacements de la patiente et de son bébé • Durée de séjour attendue
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : la patiente a reçu des renseignements sur son accouchement par césarienne avant son opération. • <u>Non</u> : la patiente n'a pas reçu de renseignements sur son accouchement par césarienne avant son opération. • <u>Données manquantes</u>.
Notes	Les établissements peuvent répondre à ces critères en fournissant le Livret sur l'optimisation du parcours de la patiente de ROC ou les liens de vidéos à consulter sur precare.ca , ou bien en se dotant d'instructions similaires couvrant les éléments décrits dans la définition.

2. Optimisation des comorbidités

Intention de l'indicateur	Savoir si la prise en charge de la patiente a été optimisée de façon à éviter les principales comorbidités liées à la grossesse grossesse.
Définition	Les principales comorbidités sont l'hypertension gestationnelle, l'anémie et le diabète gestationnel.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tension artérielle dans les valeurs normales</u> : oui ou non • <u>Hémoglobine > 110</u> : oui ou non • <u>Ferritine >30 mcg/L</u> : oui ou non • <u>Chez les diabétiques, glycémie dans les valeurs normales</u> : oui ou non • <u>Données manquantes</u>.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

3. Prémédication

Intention de l'indicateur	Déterminer si la patiente a reçu une combinaison d'antiacides non particuliers et d'inhibiteurs du récepteur H2 de l'histamine (PO ou IV).
Définition	Les antiacides non particuliers comprennent les solutions de citrate de sodium, et les inhibiteurs du récepteur H2 de l'histamine incluent la famotidine et la ranitidine.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : la patiente a reçu une combinaison d'antiacides non particuliers et d'inhibiteurs du récepteur H2 de l'histamine. • <u>Non</u> : la patiente n'a pas reçu de combinaison d'antiacides non particuliers et d'inhibiteurs du récepteur H2 de l'histamine. • <u>Données manquantes ou conformité partielle</u>.

4. Consommation de liquides clairs

Intention de l'indicateur	Savoir si la patiente a consommé des liquides clairs dans les 2 h précédant l'accouchement par césarienne, plutôt qu'un jeûne traditionnel après minuit.
Définition	Les liquides clairs sont des liquides transparents faciles à digérer. Ils comprennent l'eau, les boissons à base de sucres complexes, les jus sans pulpes et le café noir ou le thé (sans lait ni crème).
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : un document indique que la patiente a consommé des liquides clairs 2 h avant la césarienne. • <u>Non</u> : aucun document n'indique que la patiente a consommé des liquides clairs 2 h avant la césarienne. • <u>Non, patiente à risque élevé</u> : la patiente a une pathologie préexistante. • <u>Données manquantes</u>.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Peropératoire

5. Utilisation de l'anesthésie neuraxiale

Intention de l'indicateur	Déterminer si une anesthésie neuraxiale a été utilisée.
Définition	Parmi les exemples d'opioïdes à action prolongée administrés par voie neuraxiale se trouve la morphine sans agent de conservation (50 à 150 mcg injectés en intrathécale ou 1 à 3 mg en péridurale).
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : l'anesthésie neuraxiale a été employée. • <u>Non</u> : l'anesthésie générale a été employée. • <u>Données manquantes</u>.

6. Prophylaxie antiémétique

Intention de l'indicateur	Savoir si une prophylaxie antiémétique a été utilisée.
Définition	<p>Utilisation d'au moins 2 antinauséux IV prophylactiques, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antagonistes dopaminergiques (par exemple : 5 à 10 mg de métoclopramide par IV, efficace pour la prévention des NVPerO) • Antisérotonines (antagonistes des récepteurs 5-HT3) (par exemple : 4 mg d'ondansétron par IV) • Glucocorticoïdes (par exemple : 4 mg de dexaméthasone par IV, efficace pour la prévention des NVPO)
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : un document indique que la patiente a reçu au moins 2 antinauséux IV (parmi ceux énumérés ci-dessus) en phase peropératoire. • <u>Non</u> : aucun document n'indique que la patiente a reçu au moins 2 antinauséux IV parmi ceux énumérés ci-dessus) en phase peropératoire. • <u>Données manquantes</u>.

7. Volume de liquide IV administré

Intention de l'indicateur	Évaluer si l'euvolémie a été maintenue.
Définition	Les solutés intraveineux comprennent les solutions cristalloïdes.
Options	<p>Indiquer le volume de soluté intraveineux administré en phase peropératoire versus la perte liquidienne ou sanguine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Volume</u> : • <u>Données manquantes</u>.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

8. Réchauffement de la patiente

Intention de l'indicateur	Savoir si une de maintien de la normothermie a été utilisée.
Définition	La normothermie peut être maintenue à l'aide d'unités chauffantes à air pulsé ou de couvertures chauffantes à placer sous le corps.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : des unités chauffantes à air pulsé ou des couvertures chauffantes à placer sous le corps ont été utilisées. • <u>Non</u> : aucune unité chauffante à air pulsé ou couverture chauffante à placer sous le corps n'a été utilisée. • <u>Données manquantes</u>.

9. Température de la patiente au début et à la fin de l'intervention chirurgicale ou à l'arrivée à la salle de réveil

Intention de l'indicateur	Déterminer si la patiente était normotherme à la fin de l'intervention chirurgicale ou à l'arrivée à la salle de réveil.
Définition	La normothermie correspond à une température centrale $\geq 36,0$ °C.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : la température centrale de la patiente était $\geq 36,0$ °C à la fin de l'intervention chirurgicale ou à l'arrivée à la salle de réveil. • <u>Non</u> : la température centrale de la patiente était $< 36,0$ °C à la fin de l'intervention chirurgicale ou à l'arrivée à la salle de réveil. • <u>Données manquantes</u>.

10. Amorce de l'analgésie multimodale visant à réduire la prise d'opioïdes

Intention de l'indicateur	Savoir si des approches multimodales de traitement de la douleur avec visent à réduire la prise d'opioïdes ont été amorcées en phase peropératoire.
Définition	<p>Une approche d'anesthésie multimodale devrait être adoptée. Il est recommandé d'utiliser au moins deux analgésiques qui ne sont pas contre-indiqués et dont voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opioïdes à action prolongée administrés par voie neuraxiale (voir l'indicateur « Utilisation de l'anesthésie neuraxiale ») • Acétaminophène • Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) • Si la morphine neuraxiale n'est pas administrée, envisager des techniques d'anesthésie locale comme le bloc du plan du plan abdominal transverse (TAP), l'infiltration de la plaie par anesthésique local ou le bloc du muscle carré des lombes (ou QL pour quadratus lumborum)
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : ≥ 2 des analgésiques énumérés ci-dessous ont été administrés en phase peropératoire. • <u>Non</u> : < 2 des analgésiques énumérés ont été administrés en phase peropératoire. • <u>Données manquantes</u>.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

11. Prophylaxie antimicrobienne

Intention de l'indicateur	Déterminer si une prophylaxie antimicrobienne a été utilisée.
Définition	<p>Des antibiotiques prophylactiques devraient être administrés par IV dans les 15 à 60 min précédant l'incision de la peau, dont une céphalosporine de première génération et de l'azithromycine pour les patientes en travail ou dont les membranes ont rompu.</p> <p>De la clindamycine ou de l'érythromycine peuvent être utilisées pour les patientes gravement allergiques à la pénicilline (comme l'anaphylaxie).</p> <p>Pour les patientes ayant un IMC > 40 (ou poids > 120 kg), il est conseillé d'administrer une dose de 3 g d'un antibiotique préopératoire.</p>
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : la patiente a reçu une céphalosporine de première génération (dose : ____). • <u>Oui</u> : la patiente a reçu une céphalosporine de première génération (dose : ____) ainsi que de l'azithromycine. • <u>Oui</u> : la patiente a reçu de la clindamycine ou de l'érythromycine (dose : ____). • <u>Non</u> : la patiente n'a pas reçu de prophylaxie antimicrobienne selon la définition plus haut. • <u>Données manquantes</u>.

12. Techniques chirurgicales

Intention de l'indicateur	Documenter les techniques chirurgicales qui ont été utilisées pour l'accouchement par césarienne.
Options	<p><u>Type d'incision</u> : Transversale basse, verticale basse ou classique</p> <p><u>Fermeture du péritoine</u> : Oui ou non</p> <p><u>Rapprochement du tissu sous-cutané</u> : Oui ou non</p> <p><u>Extériorisation utérine</u> : Oui ou non</p> <p><u>Fermeture de la plaie</u> : Sutures ou agrafes sous-cutanées</p>

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

13. Utilisation optimale d'utérotoniques

Intention de l'indicateur	Déterminer si une dose adéquate d'utérotoniques a été utilisée.
Définition	<p>La plus faible dose efficace d'utérotoniques nécessaire à l'atteinte d'un tonus utérin adéquat et à la réduction des effets secondaires devrait être employée. Exemples :</p> <p><u>Césarienne planifiée</u> : bolus de 1 UI d'ocytocine – commencer la perfusion d'ocytocine à 2,5-7,5 UIh⁻¹ (0,04-0,125 UImin⁻¹). Autrement, envisager 100 mcg de carbétocine administrés en bolus IV pendant 1 min.</p> <p><u>Césarienne intrapartum</u> : 3 UI d'ocytocine pendant ≥ 30 sec – commencer la perfusion d'ocytocine à 7,5-15 UIh⁻¹ (0,125-0,25 UImin⁻¹).</p>
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : la plus faible dose efficace d'utérotoniques a été utilisée. • <u>Non</u> : une dose d'utérotoniques plus élevée que nécessaire a été utilisée. • <u>Données manquantes</u>.

14. Clampage retardé du cordon

Intention de l'indicateur	Savoir si le clampage du cordon été retardé.
Définition	Un clampage retardé du cordon pendant ≥ 1 min lors d'un accouchement à terme et pendant ≥ 30 sec lors d'un accouchement prématuré est recommandé s'il ne risque pas de nuire au bien-être du fœtus.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : clampage du cordon retardé pendant ≥ 1 min lors d'un accouchement à terme et pendant ≥ 30 sec lors d'un accouchement prématuré • <u>Non</u> : clampage du cordon < 1 min lors d'un accouchement à terme et pendant < 30 sec lors d'un accouchement prématuré. • <u>Données manquantes</u>.

15. Contact peau à peau avec la patiente ou une personne de soutien

Intention de l'indicateur	Documenter si un contact peau à peau précoce a eu lieu entre le nouveau-né et la patiente ou une personne de soutien.
Définition	Le contact peau à peau précoce correspond à un contact peau à peau se produisant 60 minutes après l'accouchement.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : un contact peau à peau précoce a eu lieu entre le nouveau-né et la patiente ou une personne de soutien. • <u>Non</u> : l'état de la patiente ou du nouveau-né a empêché le contact peau à peau précoce en salle d'opération entre le nouveau-né et la patiente ou une personne de soutien. • <u>Données manquantes</u>.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Postopératoire

16. Poursuite de l'analgésie multimodale visant à réduire la prise d'opioïdes

Intention de l'indicateur	Savoir si des approches multimodales de traitement de la douleur visant à réduire la prise d'opioïdes ont continué en postopératoire.
Définition	L'analgésie multimodale postopératoire visant à réduire la prise d'opioïdes correspond à l'administration planifiée (et non PRN) et simultanée d'AINS classiques (comme l'ibuprofène, le naproxène, le kétorolac) et d'acétaminophène. Des opioïdes peuvent être offerts aux patientes souffrant de douleur aiguë, mais ne seront pas pris en compte pour cette mesure.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : documents selon lesquels le patient a reçu une dose planifiée et simultanée d'AINS classiques et d'acétaminophène. • <u>Non</u> : pas de documents selon lesquels le patient a reçu une dose planifiée et simultanée d'AINS classiques et d'acétaminophène. • <u>Données manquantes</u>.

17. Date de cessation des analgésiques IV

Intention de l'indicateur	Consigner la date à laquelle la douleur de la patiente a été soulagée à l'aide de médicaments oraux (PO) seulement.
Définition	La première date à laquelle la douleur a été adéquatement soulagée uniquement à l'aide de médicaments oraux contre la douleur pendant 24 heures sans douleur importante (une douleur importante correspond à une note ≥ 4 sur une échelle allant de 0 à 10).
Options	<p>Indiquer la première date à laquelle la douleur de la patiente a été adéquatement soulagée sans administration de médicaments contre la douleur par IV ou en péridurale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Date</u> : jj/mm/aaaa • <u>Heure</u> : hh:mm • <u>Données manquantes</u>.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

18. Retrait de la sonde de Foley

Intention de l'indicateur	Consigner la date et l'heure du retrait de la sonde urinaire après la césarienne.
Définition	Les recommandations sur la durée du cathétérisme vésical après l'accouchement par césarienne ne sont pas claires (certaines préconisent un retrait immédiat, d'autres, un retrait 6 à 12 h après la naissance).
Options	<p>Indiquer la date et l'heure consignées du retrait de la sonde urinaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Date</u> : jj/mm/aaaa • <u>Heure</u> : hh:mm • <u>Autre</u> : par exemple : sonde de Foley non installée, congé de l'hôpital avec la sonde en place. • <u>Données manquantes</u>. <p>Cathétérisme prolongé (par exemple : retrait de la sonde de Foley > 12 h après la naissance)? Oui ou non</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Raison</u> : (par exemple : rétention urinaire) <p>Réinsertion de la sonde de Foley? Oui ou non</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Raison</u> : (par exemple : incapacité à évacuer l'urine)
Notes	Entrer la date et l'heure du retrait de la sonde de Foley, même si la patiente se fait poser un cathéter intermittent par la suite ou que sa sonde est remise en place en raison d'une rétention urinaire.

19. Prophylaxie de la TEV

Intention de l'indicateur	Savoir si la patiente a reçu une prophylaxie de la TEV et, si oui, quel type.
Définition	<p>Des bas de compression pneumatique devraient être portés avant l'intervention pour prévenir la maladie thromboembolique chez toutes les patientes subissant une césarienne.</p> <p>Les patientes présentant des facteurs de risque de TEV connus devraient recevoir une chimioprofylaxie à base d'héparine de faible poids moléculaire (HFPM).</p>
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : la patiente a uniquement reçu une prophylaxie mécanique. • <u>Oui</u> : la patiente a reçu une prophylaxie mécanique et une chimioprofylaxie. • <u>Non</u> : la patiente a uniquement reçu une chimioprofylaxie. • <u>Non</u> : la patiente n'a reçu aucun type de prophylaxie de la TEV. <p><u>Si la patiente a reçu une chimioprofylaxie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Notez l'agent utilisé (par exemple : HFPM).

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

20. Traitement de l'anémie

Intention de l'indicateur	Déterminer si et quand la patiente a reçu un traitement pour l'anémie.
Définition	Des vérifications de l'hémoglobine lors du jour postopératoire J1 ou J2 chez les patientes présentant des saignements peropératoires importants (par exemple : > 1 L) ou une anémie préexistante peuvent orienter la nécessité d'un traitement.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oui</u> : la patiente a reçu du fer par voie intraveineuse. • <u>Non</u> : la patiente a reçu du fer par voie orale. • <u>Non</u> : la patiente n'a pas eu besoin de traitement. • <u>Oui</u> : la patiente a eu besoin d'une transfusion sanguine. • <u>Non</u> : la patiente n'a pas eu besoin d'une transfusion sanguine. • <u>Données manquantes</u>.
Notes	Les patientes à qui on a administré du fer par voie intraveineuse présentent des concentrations d'hémoglobine plus élevées 6 semaines après l'accouchement ainsi qu'un risque plus faible d'effets secondaires gastro-intestinaux, comparativement aux patientes prenant du fer par voie orale.

21. Cessation de l'administration de liquide IV

Intention de l'indicateur	Consigner la date et l'heure de la cessation de l'administration de solutés intraveineux d'entretien après la césarienne.
Définition	Même si les objectifs de gestion optimale des liquides pour la césarienne n'ont pas été bien établis, un consensus d'experts recommande de limiter l'administration IV de liquides à < 3 L pour les cas habituels.
Options	<p>Indiquer la date et l'heure de l'interruption de l'administration de solutés intraveineux d'entretien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Date</u> : jj/mm/aaaa • <u>Heure</u> : hh:mm • <u>Ne s'applique pas</u> : aucun liquide IV administré en phase postopératoire. • <u>Données manquantes</u>.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

22. Date de tolérance de la prise orale

Intention de l'indicateur	Consigner la première date à laquelle la patiente a toléré une prise orale.
Définition	La première date à laquelle la patiente a pu consommer oralement ≥ 1 repas solide et était en mesure de boire des liquides sans avoir besoin d'un soluté intraveineux.
Options	Indiquer la première date à laquelle la patiente a toléré une diète. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Date</u> : jj/mm/aaaa • <u>Données manquantes</u>.
Notes	On parle de nourriture solide pour désigner la nourriture qui n'est pas sous forme liquide ou de purée (par exemple : diète régulière, diète pauvre en résidus, diète pour les cardiaques ou diabétiques). Bien que les vomissements puissent constituer un signe d'intolérance à la diète, ils peuvent être dus à de multiples facteurs, et il n'existe pas de seuil précis définissant les cas où les vomissements indiquent une intolérance à la diète. La documentation de vomissements sans autre précision ne constitue pas une indication que la patiente n'a pas toléré la diète. Toutefois, si elle indique directement que la patiente n'a pas toléré la diète et qu'elle a eu des vomissements, il ne faut pas assigner cet indicateur.

23. Première mobilisation postopératoire

Intention de l'indicateur	Consigner la date et l'heure de la première mobilisation de la patiente à la suite de l'accouchement par césarienne.
Définition	La patiente peut déambuler en toute sécurité.
Options	Indiquer les premières dates et heures consignées de la mobilisation de la patiente. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Date</u> : jj/mm/aaaa • <u>Heure</u> : hh:mm • <u>Données manquantes</u>.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

24. Opiïdes prescrits lors du congé

Intention de l'indicateur	Consigne le nombre et la dose d'opioïdes prescrits à la patiente après le congé à la suite de la césarienne.
Définition	Les analgésiques opioïdes comprennent, entre autres, l'hydromorphone et la morphine.
Options	<p>Indiquer la dose et le nombre de comprimés prescrits après le congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nombre de comprimés</u> : • <u>Dose</u> : • <u>Données manquantes</u>.
Notes	<p>Si la patiente s'est fait prescrire deux médicaments différents (comme en raison d'une allergie ou d'une ordonnance perdue) et qu'elle n'en a pris qu'un, noter celui qui a été utilisé.</p> <p>Consigner le nombre total de comprimés prescrits, en ajoutant les renouvellements au nombre total (par exemple : si la patiente s'est fait prescrire 30 comprimés pour le congé avec 1 renouvellement, il faut inscrire 60 comprimés).</p>

Indicateurs de résultats

Toutes les définitions ci-dessous proviennent des Normes canadiennes de codification et s'appliquent à tous les ensembles de données transmises à la Base de données sur les congés des patients (BDGP).

Indicateur de résultat	Définition
Taux de complications	<p>Complication : un symptôme (ou une affection) post-interventionnel qui n'est pas attribuable à une autre cause survenant au cours d'une période de traitement ininterrompue et continue et qui se manifeste dans les 30 jours suivant l'intervention, ou il y a documentation d'un lien de cause à effet, sans égard à la chronologie. Liste de complications fréquentes à consigner :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problème de soulagement de la douleur • Nausées • Vomissements • Rétention urinaire • Maux de tête • Crise d'épilepsie • Hypotension ou hypertension • Constipation • Œdème • Hématome • Écoulement de la plaie pendant > 3 jours • Chute • TVP • Anémie • Transfusion • ISO (plaie superficielle) • ISO (plaie profonde) • EP • Infection des voies urinaires • Retour non planifié en salle d'opération • Hémorragie de la délivrance • Mortalité • Autre (préciser) : _____ <p>Le taux de complications se calcule de la façon suivante :</p> $\frac{\text{Nombre de patientes ayant subi une complication}}{\text{Nombre total de patientes ayant subi une opération}}$
Gravité des complications	<p>Nous recommandons aux établissements de classer les complications en fonction de leur gravité, par exemple en utilisant le système de classification de Clavien-Dindo.¹ Ils pourront ainsi différencier les taux de complications mineures (grades 1 et 2) des taux de complications modérées ou majeures (grades 3 et 4).</p>

¹ Clavien, P. A. et coll. « The Clavien-Dindo classification of surgical complications », *Ann Surg*, août 2009, vol. 250, n° 2, p. 187-196.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateur de résultat	Définition
Visites à l'urgence dans les 30 jours suivant le congé d'hôpital	<p>Les patientes ayant obtenu leur congé d'hôpital d'un établissement de soins de courte durée à la suite d'une opération, mais qui se sont de nouveau présentées à l'urgence dans les 30 jours suivant le congé.</p> <p>* Veuillez noter qu'il se peut que l'accès aux renseignements sur les patientes ayant visité l'urgence soit limité en dehors de l'autorité régionale de la santé.</p>
Réadmission dans les 30 jours suivant le congé d'hôpital	<p>Les patientes ayant obtenu leur congé d'hôpital d'un établissement de soins de courte durée à la suite d'une opération, mais qui ont été réadmisées à un établissement de soins de courte durée dans les 30 jours suivant le congé.</p> <p>* Veuillez noter qu'il se peut que l'accès à l'information sur les patientes ayant été réadmisées soit limité en dehors de l'autorité régionale de la santé.</p>
Durée du séjour en soins de courte durée	<p>La durée du séjour hospitalier (DDS ou DSH) en soins de courte durée représente la durée du séjour calculée moins le nombre de jours d'hospitalisation à un autre niveau de soins (ANS). Le terme ANS désigne une patiente qui occupe un lit dans un établissement, mais qui ne nécessite pas l'intensité des ressources ou services fournis dans ce contexte de soins.</p>



by Healthcare Excellence Canada and partners

