

MATURATION CERVICALE, INDUCTION OU STIMULATION DU TRAVAIL

Direction(s) responsable(s)	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Approuvé	2018-12-12
	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Révisé	ECMDP 48 ^e séance Pt 8.1.2
Installations / Secteurs visés	Hôpital Anna-Laberge / Pavillon de naissance Hôpital du Suroît / Centre mère-enfant		
Outils cliniques associés	OIPI : ORD-709 Maturation cervicale, induction ou stimulation du travail OIPI : ORD-710 Induction / stimulation du travail – Ocytocine 40 unités / litre Ordonnance collective : OC-6041 Procéder à la réanimation intra-utérine		

Énoncé

Le déclenchement du travail est le fait d'entamer artificiellement le processus de travail avant son déclenchement spontané. « Le déclenchement a pour objectif de donner lieu à un accouchement vaginal réussi de façon aussi naturelle que possible » (SOGC, 2013). Il est indiqué lorsque les risques associés au prolongement de la grossesse, tant pour la mère que pour le fœtus, sont supérieurs aux risques associés au déclenchement et à l'accouchement. L'indication doit être convaincante, incontestable et documentée, et doit faire l'objet d'un consentement. L'indication la plus courante est la grossesse prolongée. (Voir l'annexe I pour les indications acceptables et inacceptables selon SOGC et AMPRO).

Il est important d'envisager la maturation cervicale lorsque le col est non favorable (score de Bishop inférieur à 6, voir annexe II)

La stimulation du travail devrait être décidée selon l'évolution du travail en lien avec le Partogramme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'utilisateur, sa famille et les fournisseurs de soins concernés doivent bien comprendre les risques et avantages potentiels mis en cause lorsque l'on envisage d'avoir recours au déclenchement du travail. La discussion devrait aborder :

- La raison motivant le déclenchement
- La méthode de déclenchement et les risques associés

Parmi les risques associés au déclenchement du travail nous retrouvons : (AMPRO, 2017)

- Tachysystolie utérine accompagnée ou non de variations de FCF;
- Incapacité d'amorcer le travail;
- Risque accru de chorioamnionite;
- Procidence de cordon dans le cadre d'une RAM;
- Rupture utérine (utérus cicatriciel ou non);
- Accouchement vaginal opératoire;
- Hémorragie post-partum;
- Risque accru d'issues néonatales indésirables lorsque le déclenchement est effectué sans indication médicale.

Le but de cette procédure est donc d'assurer des soins sécuritaires en diminuant le risque associé au prolongement de la grossesse.

Champ d'application / Contexte légal

La maturation cervicale, l'induction et la stimulation du travail repose sur une étroite collaboration entre les médecins accoucheurs et les infirmières.

En conformité avec l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, l'infirmière peut, notamment, évaluer l'état de santé d'une personne, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et de fournir des soins palliatifs. La contribution au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi post-natal fait partie des actes réservés aux infirmières selon cette loi.

La présente procédure représente un consensus de l'équipe médicale de l'établissement concernant la maturation cervicale, l'induction ou la stimulation du travail à effectuer et est basée sur les lignes directrices présentes dans la littérature scientifique.

L'infirmière doit appliquer cette procédure en l'absence d'indications contraires données par le médecin accoucheur dans une ordonnance individuelle inscrite au dossier de l'usagère dans les situations cliniques suivantes :

- Femmes enceintes hospitalisées auxquelles une maturation cervicale est décidée par le médecin traitant ou de garde;
- Femmes enceintes hospitalisées auxquelles une prescription individuelle d'ocytocine est demandée par le médecin pour déclencher ou stimuler le travail.

Définitions

Maturation cervicale : Utilisation d'agents pharmacologiques ou d'autres moyens pour ramollir, effacer ou dilater le col utérin, afin d'augmenter la probabilité d'un accouchement vaginal.

Déclenchement du travail : Fait de provoquer des contractions chez une femme enceinte ne se trouvant pas en travail, en vue de l'aider à connaître un accouchement vaginal dans un délai de 24 à 48 heures.

Stimulation du travail : Accroissement de l'intensité des contractions chez une femme qui est déjà en travail.

Travail actif : Contractions régulières d'intensité modérée à intense, chaque 5 minutes ou moins avec changement de dilatation du col utérin.

Activité utérine excessive :

Tachysystolie : Présence de plus de 5 contractions au cours d'une période de 10 minutes, dont la moyenne est établie sur une période de 30 minutes.

Tonus de repos inadéquat : Période de repos entre les contractions inférieures à 30 secondes ou absence de relâchement de l'utérus entre les contractions.

Contractions prolongées : Contraction durant plus de 90 secondes.

Objectifs

Cette procédure clinique comprend trois sections :

Section 1 : Dinoprostone (Cervidil)

Section 2 : Dispositifs à Ballonet

Section 3 : Ocytocine

Les sections 1 (dinoprostone) et 2 (ballonet) ont pour objectif d'entraîner une maturation cervicale en vue d'une induction :

- Parturiente admise pour induction du travail avec un col non-favorable (Score de Bishop inférieur à 6, voir annexe II).

La section 3 : Ocytocine a pour objectif de déclencher ou stimuler les contractions utérines chez une femme afin qu'elle puisse accoucher par voie vaginale :

- Parturiente admise pour induction du travail avec un col favorable (Score de Bishop supérieur ou égal à 6, voir annexe II);
- Parturiente en travail qui nécessite une stimulation pour augmenter l'efficacité des contractions.

Intervenants concernés

Infirmières formées et possédant les compétences requises en obstétrique.

Médecins accoucheurs.

Rôles et responsabilités

Médecin :

- Évaluer le col utérin et détermine le score de Bishop;
- S'assurer de la présentation céphalique du fœtus;
- Discuter avec l'usagère des indications, des avantages et des risques associés au déclenchement;
- Obtenir le consentement éclairé de l'usagère;
- Prescrire la méthode de déclenchement désirée;
- Réévaluer fréquemment la réponse de l'usagère à l'induction/stimulation;
- Effectuer la surveillance fœto-maternelle;
- Être disponible en tout temps pour intervenir ou répondre aux questions au besoin.

Infirmière :

- Connaître les effets souhaités et les effets indésirables en lien avec le mécanisme d'action des traitements utilisés pour la maturation cervicale, l'induction et la stimulation du travail;
- S'assurer que l'examen vaginal ait été effectué par le médecin et documenté avant d'initier la perfusion d'ocytocine;
- S'assurer que l'indication, les avantages et les risques ont été discutés avec l'usagère au préalable;
- Initier le traitement prescrit par le médecin;
- Ajuster l'ocytocine selon l'ordonnance;
- Assurer la surveillance appropriée selon les conditions fœto-maternelles et la procédure en vigueur;
- Se référer au médecin dans les situations suivantes :
 - Activité utérine excessive avec variation de la fréquence cardiaque fœtale;
 - Tracé atypique ou anormal;
 - Absence de contraction efficace et dose maximale d'ocytocine atteinte;
 - Atteinte de la ligne d'action sur le Partogramme de l'OMS;
 - Saignement vaginal anormal.

Procédure

Section 1 : Dinoprostone (Cervidil)

Bandelette de dinoprostone intra-vaginale 10 mg qui libère 0,3 mg/heure, sur une période de 12 heures.

- Le médecin effectue l'évaluation médicale et débute l'ordonnance individuelle pré-imprimée « ORD-709 Maturation cervicale / induction ou stimulation ».
- Il assure la surveillance et est disponible pour intervenir ou répondre aux questions au besoin.
- L'infirmière applique la procédure et assure la surveillance appropriée.

Conditions préalables

- L'âge gestationnel doit être confirmé;
- L'indication doit être connue et documentée au dossier;
- Le score de Bishop doit être évalué par le médecin;
- La présentation fœtale et l'état des membranes doivent être évalués;
- Le bien-être fœtal doit être évalué avec un TRF (Test de réactif fœtal);
- Le consentement verbal de l'usagère doit être obtenu.

Contre-indication dinoprostone (Cervidil)

- Toute contre-indication à l'accouchement vaginal;
- Épreuve de travail après une césarienne (ÉTAC).

Préparation (avant l'insertion)

- Faire un TRF (test de réactivité fœtal) avant l'insertion par le médecin;
- Prendre signes vitaux (TA, FC, Température);
- Demander à l'usagère de faire miction libre;
- Installer un cathéter court salin (salin lock) en effectuant les prélèvements veineux (FSC, code 50) à l'admission.

Surveillance fœtale et évaluation des contractions

- MFÉ (Moniteur fœtal électronique) en continu x 1 heure post insertion puis cesser si le tracé est normal et que le travail actif est non débuté;
- Surveillance sur l'unité avec évaluation et documentation du tracé chaque 30 minutes;
- Demander à l'usagère d'aviser si contractions régulières ou douloureuses débutées;
- Ensuite, surveillance fœtale et évaluation des contractions selon procédure en vigueur (selon facteur de risque et stade du travail).

Signes vitaux (TA, FC, Température)

- Chaque 4 heures, respecter le sommeil;
- Si travail actif, effectuer surveillance usuelle de signes vitaux en travail.

Mobilisation

- L'usagère peut se lever, circuler et aller au bain avec le dinoprostone (Cervidil).

Examen vaginal

- Si rupture spontanée des membranes (RSM);
- Si travail actif : selon évolution du travail.

Diète

- Diète régulière.

Retrait du dinoprostone (Cervidil)

- Si 12 heures et plus sans travail actif;
- Si travail actif avec changement de col;
- Si rupture spontanée des membranes

Complications possibles

- Tracé anormal
- Activité utérine excessive avec variations de la FCF
- Saignement vaginal anormal
- Réaction allergique
- En présence d'une ou plusieurs de ces situations, l'infirmière doit :
 - Retirer le dinoprostone (Cervidil)
 - Aviser le médecin
 - Effectuer MFÉ en continu
 - Initier la réanimation foetale intra-utérine
 - Surveiller le tonus de l'utérus et prendre les signes vitaux de l'usagère

Documentation

L'infirmière doit documenter sur le formulaire « Dossier obstétrical (AH-270) et 6 (AH-271) » :

- Date et heure de l'insertion
- Interprétation du MFÉ
- État de l'usagère
- Évaluation de la douleur
- Date et heure de l'expulsion ou du retrait du dinoprostone (Cervidil)

Note : l'ocytocine peut être débutée 30 minutes après le retrait du dinoprostone (Cervidil)

Maturation cervicale, induction ou stimulation du travail

Section 2: Dispositifs à ballonnet - sonde de Foley/ballonnet de maturation cervicale

- Médecin effectue l'évaluation médicale et débute l'ordonnance individuelle pré-imprimée « Maturation cervicale / induction ou stimulation ». Il assure la surveillance et est disponible pour intervenir ou répondre aux questions au besoin.
- L'infirmière applique la procédure et assure la surveillance appropriée.

Conditions préalables

- L'âge gestationnel doit être confirmé;
- L'indication doit être connue et documentée au dossier;
- Le score de Bishop doit être évalué par le médecin;
- La présentation fœtale et l'état des membranes doivent être évalués;
- Le bien-être fœtal doit être évalué avec un TRF (Test de réactif fœtal);
- Le consentement verbal de l'usagère doit être obtenu.

Contre-indications

- Toutes contre-indications à l'accouchement vaginal;
- Placenta à insertion basse (à moins de 2 cm du col).

Contre-indications relatives

- Rupture des membranes;
- Infection du tractus génital.

Recommandations : *Privilégier le ballonnet plutôt que les prostaglandines chez usagère à risque d'hyperstimulation ou insuffisance placentaire ou poids fœtal estimé inférieur au 10^e percentile*

Préparation (avant l'insertion)

- Faire un TRF avant l'insertion par le médecin;
- Demander à l'usagère de faire miction libre;
- Installer un cathéter périphérique intermittent (type salin lock) avec les prélèvements veineux (FSC, Code 50) lors de l'admission;
- Prendre signes vitaux (FC, TA, Température);
- Vérifier si présence d'allergie au latex, si oui, utiliser une sonde sans latex;
- Préparer le matériel pour l'insertion du ballonnet (Annexe III).

Insertion du ballonnet (sonde de Foley) ou du double ballonnet

(Techniques d'insertion à l'Annexe III).

Surveillance infirmière suite à l'insertion du ballonnet

- Assurer une traction légère en fixant la sonde avec du ruban adhésif sur la cuisse;
- Vérifier la traction de la sonde chaque 30 à 60 minutes, respecter le sommeil;

Maturation cervicale, induction ou stimulation du travail

- Une tension excessive n'est pas nécessaire;
- Il n'est pas nécessaire d'appliquer une traction sur le **double ballonnet**.

Surveillance fœtale

- Effectuer un TRF post insertion, puis cesser si tracé normal et travail actif non débuté;
- Demander à l'usagère d'aviser si contractions régulières ou douloureuses débutées ou si expulsion du ballonnet;
- Effectuer la surveillance fœtale et l'évaluation des contractions selon procédure en vigueur par la suite (selon facteurs de risque et stade du travail).

Signes vitaux (TA, FC, Température)

- Chaque 4 heures et respecter sommeil;
- Si travail actif, effectuer surveillance usuelle de signes vitaux en travail.

Mobilisation

- L'usagère peut se lever, circuler et aller au bain avec le ballonnet.

Examen vaginal

- Si rupture spontanée des membranes;
- Si travail actif et ballonnet expulsé : selon évolution du travail.

Diète

- Diète régulière.

Aviser md

- Si le ballonnet n'est pas expulsé spontanément 12 heures et plus post-insertion;
- Si rupture spontanée des membranes.

Complications possibles

- Tracé anormal
- Activité utérine excessive avec variation de la FCF
- Saignement vaginal anormal
- Réaction allergique
- En présence d'une ou plusieurs de ces situations, l'infirmière doit :
 - Retirer le ballonnet
 - Aviser le médecin
 - Effectuer MFÉ en continu
 - Initier la réanimation fœtale intra-utérine.
 - Surveiller le tonus de l'utérus et prendre les signes vitaux de l'usagère

Maturation cervicale, induction ou stimulation du travail

Documentation

L'infirmière doit documenter sur le formulaire « Dossier obstétrical (AH-270)» :

- Date et heure de l'insertion et du retrait/chute du ballonnet;
- Quantité d'eau stérile utilisée pour gonfler le ou les ballonnets;
- Vérifications de la traction;
- Interprétation du TRF ou MFÉ;
- État de l'usagère;
- Évaluation de la douleur.

Note : Il est possible de débiter l'ocytocine avec le ballonnet en place

Section 3 : Ocytocine

- Le médecin effectue une évaluation médicale et débute l'ordonnance individuelle pré-imprimée « ORD-709 Maturation cervicale / induction ou stimulation »
 - Faible dose avec paliers de 15 ou 30 minutes pour l'augmentation **ou**
 - Haute dose.
- Il assure la surveillance et est disponible pour intervenir ou répondre aux questions au besoin.
- L'infirmière applique la procédure et assure la surveillance appropriée.

Conditions préalables

- L'âge gestationnel doit être confirmé;
- L'indication doit être connue et documentée au dossier;
- L'état du col et des membranes doivent être évalués;
- La présentation fœtale doit être évaluée;
- Le bien-être fœtal doit être évalué avec un TRF;
- Si administration préalable de dinoprostone (Cervidil) un délai de 30 minutes minimum après le retrait doit être respecté;
- Possibilité de débiter l'ocytocine avec le ballonnet en place;
- Le consentement verbal de l'usagère doit être obtenu.

Recommandations

Indications de la faible dose : (selon AMPRO, à titre indicatif seulement, à la discrétion du md)

- Retard de croissance intra-utérin (RCIU);
- Épreuve de travail après une césarienne (ÉTAC);
- Grande multipare (supérieur à 4);
- Activité utérine excessive sous haute dose;
- Stimulation sans péridurale.

Avantage de la faible dose : diminution tachysystolie et plus faibles doses utilisées

Avantage de la haute dose : diminution du temps de travail, pas d'augmentation de morbidité fœtale

Surveillance maternelle et fœtale

- TRF avant le début de l'administration d'ocytocine;
- Surveillance fœtale selon protocole en vigueur.

Fréquence de la documentation du MFÉ

- Avant le début de la phase active : chaque 15 minutes
- En phase active : 1^{er} stade : chaque 15 minutes
2^e stade : phase non expulsive : chaque 15 minutes
Phase expulsive : chaque 5 minutes ou après chaque contraction

Évaluation des contractions

- Chaque 15 minutes;
- Avant chaque changement du débit d'ocytocine.

Examen vaginal

- Si rupture spontanée des membranes
- Si travail actif : selon évolution du travail

Signes vitaux

- TA, FC, Température avant le début de l'administration d'ocytocine
- TA, FC, Température chaque heure par la suite

Surveillance de la diurèse

- Chaque heure lorsque la perfusion d'ocytocine est supérieure ou égale à 40 milliunités/minute
- Aviser médecin si diurèse inférieure à 30 mL/heure

Diète

- Peut s'alimenter, diète légère, sauf si épidurale

Procédure

- Se référer à l'OIPI « ORD-709 Maturation cervicale, induction ou stimulation du travail » (Annexe IV) ET/OU
- Se référer à l'OIPI « ORD-710 Induction / stimulation du travail – Ocytocine 40 unités / litre » (Annexe V)

Complications possibles

- Tracé anormal
- Saignement vaginal anormal
- Réaction allergique
- Activité utérine excessive avec variation du FCF
- Intoxication à l'eau (voir tableau ci-dessous)
- En présence d'une ou plusieurs de ces situations l'infirmière doit :
 - Arrêter la perfusion d'ocytocine
 - Aviser le médecin
 - Débuter la réanimation fœtale intra-utérine selon procédure en vigueur
 - Surveiller la fréquence cardiaque fœtale, le tonus de l'utérus avec la palpation et les signes vitaux de l'usagère

Reprise de la perfusion d'ocytocine : selon directives médicales.

Intoxication à l'eau (Complication rare, dû à l'effet antidiurétique de l'ocytocine, se produit lors de l'administration de forte dose d'ocytocine supérieure à 40 milliunités/minute)
Signes et symptômes Confusion Céphalées Nausées/vomissement Hypotension
Interventions Cesser la perfusion d'ocytocine Aviser le médecin Restriction hydrique Si diurèse inférieure à 30 mL/heure aviser médecin)

Documentation

L'infirmière doit documenter sur le formulaire « Dossier obstétrical (AH-270) et 6 (AH-271) » :

- Date et heure du début de la perfusion
- Chaque changement de débit (mL/heure) et de dose (milliunités/minute) par exemple, si on débute la faible dose, il faut inscrire dans la case dédiée : « 2/6 » qui correspond à 2 milliunités/minute d'ocytocine et 6 mL/heure sur la pompe.
- Évaluer et interpréter le MFÉ chaque 15 minutes
- État de l'usagère
- Évaluation de la douleur

Maturation cervicale, induction ou stimulation du travail

Annexes

Annexe I : Indications pour le déclenchement du travail (selon SOGC, 2013 et AMPRO, 2017)

Annexe II : Tableau AMPRO (score BISHOP)

Annexe III : Technique d'insertion du ballonnet

Références

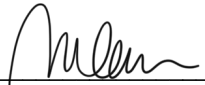
Ampro-ob (2016) *Déclenchement du travail*. Module 1, 16^{ième} éd. Document consulté le 2017 10 01 au : www.amproob.com

SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. September 2013 Induction of Labor :Review. No 296, (Reviewed March 2015)

UpToDate.Induction of labor. Literature review current through :Oct 2015. Last updatedNov 11,2015.

Liston R, Sawchuck D, Young D, FetalHealth Surveillance Consensus Committee. Fetalhealth surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Chapter 2: intrapartumfetal surveillance [SOGC clinical practice guideline no 107]. J ObstetGynaecol Can 2007;29(9 Suppl 4):S26-S44.Available:<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui197CPG0709r.pdf>.

Processus d'élaboration / révision		
Rédigé par	Mélanie Guérin, infirmière support clinique en périnatalité, Hôpital Anna-Laberge Dr Caroline Lavoie, obstétricienne-gynécologue Hôpital Anna-Laberge Catherine Leblanc, ASI, Hôpital du Suroît	2016-07-01
Révisé par		
Personnes consultées	Christelle Robert, conseillère-cadre au développement des outils cliniques	2018-04-18
	Dr Josée Hébert, chef du département de gynécologie et de périnatalité, Hôpital Anna-Laberge	2018-04-18
	Dr Jocelyne Paulin, omnipratricienne, Hôpital du Suroît	2018-04-18
	Marie-Josée Gaboury, chef de programme CME, Hôpital Anna-Laberge,	2018-04-18
	Linda Brabants, coordonnatrice Pavillon de naissance par intérim, Hôpital Anna-Laberge	2018-04-18
	Jessica Despons, infirmière support clinique par intérim, Hôpital Anna-Laberge	2018-04-18
	Dr Josée Tardif, obstétricienne-gynécologue	2018-05-30
	Dr Lisette Haddad, obstétricienne-gynécologue	2018-05-30

Processus de recommandation		
Recommandé par les chefs de départements médicaux (si pertinence seulement)	 Dre Caroline Lavoie chef de département obstétrique-gynécologie (interim)	2018-11-30
Recommandé par des instances distinctives (si pertinence seulement)	 Mélanie Caron, présidente Comité de pharmacologie	2018-11-29

Historique du document		
Approuvé par	 Dr Gaëtan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-12-12

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette procédure clinique vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation

Indications pour le déclenchement du travail (selon SOGC, 2013 et AMPRO, 2017)

Indications à priorité élevée :

- Prééclampsie grave, éclampsie
- Maladie maternelle importante ne répondant pas au traitement
- Hémorragie antépartum (HAP) importante, mais stable
- Possibilité d'une complication fœtale importante
- Rupture prématurée des membranes (RPM) à terme, avec colonisation maternelle par streptocoques du groupe B (SGB)

Autres indications possibles :

- Grossesse prolongée
- Grossesse gémellaire sans complication (grossesse de 38 semaines et plus)
- Diabète sucré (la maîtrise de la glycémie pourrait déterminer l'urgence)
- Maladie auto-immune à terme ou près de celui-ci
- Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
- Oligohydramnios
- Hypertension gravidique (grossesse de 38 semaines et plus)
- Décès fœtal intra-utérin de la grossesse actuelle
- RPM à terme ou près de celui-ci avec absence de SGB
- Problèmes logistiques (ex. antécédents de travail rapide, distance séparant l'usagère de l'hôpital)
- Décès intra-utérin dans le cadre d'une grossesse antérieure (le déclenchement pourrait être mis en œuvre pour atténuer l'anxiété parentale; toutefois, une telle pratique ne confère aucun avantage médical connue pour la mère ou l'enfant.)

Indications inacceptables

- Déclenchement n'étant proposé par le fournisseur de soins ou l'usagère que pour des raisons de commodité
- La présence soupçonnée d'une macrosomie fœtale chez une femme non diabétique, puisque le déclenchement ne diminue alors en rien l'incidence de dystocie de l'épaule, en plus de provoquer le doublement du risque de césarienne

Tableau AMPRO (score BISHOP)

Cotation de Bishop modifiée

	Cotation			
Facteur	0	1	2	3
Dilatation	0	1 à 2 cm	3 à 4 cm	Supérieure à 5 cm
Effacement (%)	0 à 30	40 à 50	60 à 70	Supérieur à 80
Longueur / épaisseur (cm)	Supérieure à 3	1 à 3	Inférieure à 1	
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	
Position	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Station	Ép -3 ou au-dessus	Ép -2	Ép -1 ou 0	Ép +1 ou plus bas

Source: (c) 2018 Salus Global Corporation. AMPRO^{OB} est une marque déposée de la société : Salus Global Corporation. Tous droits réservés | Conditions d'utilisation | Politique de confidentialité

Technique d'insertion du ballonnet

Technique d'insertion du ballonnet (sonde de Foley) :

- Utiliser une sonde avec un ballonnet d'une capacité de 30 mL;
- Vérifier le fonctionnement de la sonde avant l'insertion;
- À l'aide d'une technique stérile, le médecin va insérer le ballonnet au-delà de l'orifice cervical interne;
- Gonfler le ballonnet avec 30 à 60 mL d'eau stérile;
- Assurer une traction légère en fixant la sonde avec du ruban adhésif sur la cuisse;
- Vérifier la traction de la sonde chaque 30 à 60 minutes (respecter sommeil);
- Une traction excessive n'est pas nécessaire.

Technique d'insertion du ballonnet (double ballonnet) :

- Utiliser une sonde à double Ballonnet;
- Vérifier le fonctionnement de la sonde avant l'insertion;
- À l'aide d'une technique stérile, le médecin va insérer la sonde à double ballonnet jusqu'à ce que les deux ballonnets soient entrés dans le canal cervical;
- Gonfler le ballonnet **utérin** avec 40 mL d'eau stérile;
- Gonfler le ballonnet **vaginal** avec 20 mL d'eau stérile;
- Lorsque les 2 ballonnets sont gonflés de chaque côté du col, enlever le spéculum et ajouter jusqu'à 80 mL de eau stérile par ballonnet;
- Ne pas laisser la sonde à double ballonnet en place plus de 12 heures;
- Il n'est pas nécessaire d'appliquer une traction sur le double ballonnet.

MATÉRIELS NÉCESSAIRES POUR INSTALLATION DU BALLONNET (suggestion)

- Bouteille eau stérile 500 mL
- Désinfectant
- Pince hémostatique au besoin
- Seringue de 60 mL
- Compresses 4X4 (4 paquets)
- Hypafix
- Plat stérile
- Spéculum
- Pince Boseman
- Sonde foley ou sonde à double ballonnet