



HAL
open science

Travail spontané et oxytocine. Étude quantitative auprès de sages-femmes

Astrid Gisserot

► **To cite this version:**

Astrid Gisserot. Travail spontané et oxytocine. Étude quantitative auprès de sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02171038

HAL Id: dumas-02171038

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02171038>

Submitted on 2 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE**

Travail spontané et Oxytocine

Etude quantitative auprès de Sages-femmes

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Astrid GISSEROT

Sous la direction de Mme Aline DELGRANCHE – Gynécologue obstétricien

Année universitaire 2017-2018

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier les personnes ayant participé à l'élaboration de mon mémoire : Madame Aline DELGRANCHE, directrice de mémoire et Madame Brigitte EMMERY, sage-femme enseignante référente, pour leur disponibilité, leur aide et leur bienveillance durant ces deux années.

Je remercie les professionnels ayant accepté de participer à mon étude.

Je tiens à remercier également ma famille et tout particulièrement mes parents et Xavier pour les relectures du mémoire.

Un grand merci à Thibault et Paul de m'avoir supportée et motivée durant cette épreuve.

Merci à tous les autres : famille, amis, professionnels qui m'ont soutenue par leurs paroles ou amitié.

Table des matières

1.	Introduction	2
1.1.	Contexte.....	2
1.2.	Les recommandations de bonne pratique	3
1.3.	Problématique.....	4
2.	Matériel et méthode.....	5
3.	Résultats	7
3.1.	Description de la population.....	7
3.2.	Connaissance de la parution des RPC sages-femmes.....	8
3.3.	Protocole d'administration d'oxytocine en salle de naissance	9
3.4.	Répercussions sur la pratique clinique	10
3.5.	Point de vue et connaissances des sages-femmes.....	13
3.6.	A propos de l'oxytocine	15
3.7.	La péridurale au cours du travail spontané.....	21
4.	Analyse et discussion	22
4.1.	Choix de la méthodologie.....	22
4.2.	Des protocoles d'administration encore insuffisamment disponibles	23
4.3.	L'intérêt porté aux recommandations.....	24
4.4.	La redéfinition du travail normal.....	24
4.5.	L'oxytocine et l'accouchement normal.....	27
4.6.	Les co-interventions et le travail normal	31
5.	Conclusion.....	33
6.	Bibliographie	34
	Annexes	38

1. Introduction

1.1. Contexte

L'obstétrique en France : une approche fondée sur le risque qui a tendance à entraîner une surmédicalisation

Le passage de l'accouchement à domicile à l'accouchement hospitalier, au XX^{ème} siècle, a marqué l'histoire de l'obstétrique en Occident. Cette évolution s'est accompagnée en France, au fur et à mesure des plans de périnatalité, d'une augmentation spectaculaire de la sécurité des mères et des enfants (1).

Cependant, de plus en plus de patientes et de professionnels considèrent que le modèle français de surveillance périnatale des grossesses et des accouchements eutociques est trop médicalisé (2–4) et remettent ce modèle en question pour deux raisons majeures:

- Premièrement, l'efficacité de certaines pratiques obstétricales est trop rarement démontrée par des études scientifiques (5), ceci entraîne une surmédicalisation avec certains actes réalisés par les sages-femmes qui n'ont à ce jour pas fait la preuve de leur bénéfice pour la santé maternelle et fœtale (6);
- Deuxièmement, cette surmédicalisation de l'accouchement se fait souvent au détriment de l'accompagnement humain et sans toujours être respectueuse des désirs et des besoins de la patiente (7,8). Il y a une forte demande des femmes de se réapproprier leur accouchement et des professionnels d'y répondre, comme en témoignent l'expérimentation des maisons de naissance(9), les recommandations de l'HAS(3), le Collège National des Sages-Femmes (10).

Dans ce contexte, l'adéquation entre justification scientifique et pratiques obstétricales dans les accouchements eutociques est une préoccupation d'actualité pour les sages-femmes et les obstétriciens (11) au regard des nouvelles études publiées chaque mois dans les revues internationales spécialisées.

Pour autant, il subsiste encore des décalages entre les pratiques obstétricales actuelles et celles légitimées par la recherche, qui conduisent souvent à une surmédicalisation des accouchements eutociques (12). Ces décalages semblent surtout dus à une approche de l'obstétrique française considérant historiquement l'accouchement comme une situation à risque vital pour la mère et

l'enfant (13). Cette approche, qui ne considère le travail comme "normal" que rétrospectivement, deux heures après la délivrance, conduit souvent à une prise en charge identique que ce soit en cas de grossesses normales ou en cas de complications (3,8). En France, on considère que le risque zéro n'existe pas et que n'importe quel accouchement peut évoluer vers la pathologie de façon imprévisible : c'est ce que l'on appelle le "*medical model of care*" (14).

A contrario, la plupart des autres pays européens comme l'Angleterre, la Suède et la Suisse optent pour le "*midwifery model of care*" : ce modèle, souvent accompagné d'un raisonnement centré sur la physiologie, part du principe que la grossesse est a priori normale; à ce sujet, l'OMS a déclaré que "*dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel*" (15).

C'est dans ce contexte qu'apparaissent les premières recommandations sages-femmes en France le 17 décembre 2016. Ces premières recommandations pour la pratique clinique (RPC) (10) issues du Collège National des Sages-Femmes (CNSF) s'intéressent à la définition du travail normal et à l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané.

1.2. Les recommandations de bonne pratique

L'objectif de ces RPC est de redéfinir les stades du travail, de préciser les indications, les modalités et l'efficacité de l'administration de l'ocytocine et enfin de décrire les effets indésirables maternels fœtaux et néonataux liés à cette administration. Les sages-femmes ont enfin des bases communes pour les indications et un protocole d'utilisation de l'oxytocine.

« Il ne s'agit pas de "démédicaliser" mais de mieux prescrire, la juste dose, au bon moment », précise le Dr Camille Le Ray, gynécologue-obstétricienne, qui a participé à l'élaboration des recommandations.

Pour contribuer à la diffusion et à la mise en pratique des RPC, le CNSF, en collaboration avec le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) a créé un marque-page comportant d'un côté un rappel des stades du travail physiologique, de l'autre les modalités d'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané [ANNEXE I]. Cet outil est mis à disposition des équipes sur demande.

Le CNSF indique, dans la conclusion du texte court des recommandations que les modalités d'administration d'oxytocine durant le travail spontané doivent faire l'objet d'un protocole de service.

1.3. Problématique

Nous souhaitons étudier l'impact de la parution des RPC, dans le quotidien des salles de naissance dans le cadre du travail physiologique. Il s'agit donc d'une évaluation des pratiques professionnelles.

Notre question centrale de recherche est :

Comment sont accueillies les premières recommandations du CNSF sur l'administration de l'oxytocine en salle de naissance ?

Nos objectifs sont d'évaluer la diffusion des RPC et de relever son impact sur les pratiques obstétricales, dans le cadre du travail physiologique.

Nous nous interrogerons également sur l'existence d'un protocole d'administration d'oxytocine dans les maternités.

Nous présentons ci-après la méthodologie de recherche de cette étude quantitative.

2. Matériel et méthode

Type d'étude

Notre étude est une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), réalisée sur le mode prospectif. C'est une étude quantitative, multicentrique.

Terrain – période

Nous avons ciblé les 34 établissements de santé, publics ou privés, des départements du Nord et du Pas-de-Calais, répartis en quatre réseaux de périnatalité :

- Lille métropole = OMBREL (Organisation Maman Bébé de la Région Lilloise) regroupant 10 établissements de la métropole lilloise
- Artois = BNA (Bien Naître en Artois) secteur d'Arras, Béthune, Douai, 8 établissements.
- Littoral = PAULINE, 7 établissements
- Hainaut = Réseau périnatal Hainaut, 9 établissements

L'étude était programmée sur une durée de deux mois, à l'automne 2017.

Population et critères d'inclusion

La population étudiée regroupe les sages-femmes travaillant en salle de naissance dans ces maternités au moment de l'étude. Il n'y avait pas de condition d'ancienneté dans le poste, ni d'expérience.

Au sein de cette population, aucun critère d'exclusion n'a été spécifié.

Outils et mode de recueil

Nous avons interrogé les sages-femmes par questionnaire en ligne, créé grâce au logiciel SPHINX, qui garantit le stockage des données sur un serveur sécurisé. Afin de toucher la population la plus large possible, nous avons sollicité d'une part les réseaux de périnatalité pour une diffusion sur les boîtes mail des sages-femmes, et d'autre part les sages-femmes cadres des établissements de santé.

Notre questionnaire [ANNEXE II], anonyme, comprenait 33 questions majoritairement fermées et quelques-unes ouvertes.

- Les questions 1, 2, 5, 6 définissent les caractéristiques de la population interrogée.
- Les questions 3 et 4 portent sur l'existence d'un protocole d'administration et sa date de parution.

- Les questions 13, 15, 16, 17, 20, 26, 27, 28, 29, 30, 31 traitent la connaissance des RPC par les sages-femmes.
- Les questions 7, 12, 11, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 28, 32, 33 interrogent les sages-femmes sur leur point de vue concernant ces RPC et leur pratique avant leur parution.
- Les questions 8, 9, 10, 14, 21, 24, 25, 28 portent sur la mise en place, dans la pratique, des RPC.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal est la date de parution du protocole lorsqu'il existe, ou le constat de sa non existence le cas échéant.

Les critères de jugement secondaires sont les connaissances et pratiques des sages-femmes :

- Définition des stades du travail spontané
- Indications de l'oxytocine au cours du premier et du deuxième stades du travail spontané
- Analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine au cours du travail
- Information et recueil du consentement de la patiente
- Notifications dans le dossier obstétrical (prescription, accord de la patiente, dosage)

Méthode d'analyse

Les données fournies par les questionnaires, récupérées sur SPHINX, ont été traitées par le logiciel Excel et son tableau croisé dynamique.

Autorisations

Notre projet, soumis à la commission facultaire, a obtenu un avis favorable (ANNEXE III).

La diffusion du questionnaire a été possible grâce à l'accord des cadres. (ANNEXE IV).

Le traitement des données a été validé par le correspondant informatique et liberté de l'université. (ANNEXE V).

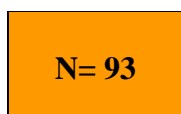
3. Résultats

La présentation de nos résultats ne suivra pas l'ordre chronologique des questions.

3.1. Description de la population

3.1.1. Nombre de réponses

La diffusion en ligne de notre questionnaire s'est déroulée du 20/10/2017 au 20/12/2017. Elle a permis d'obtenir 93 réponses exploitables.



3.1.2. Niveau de maternité

Echantillon N=93

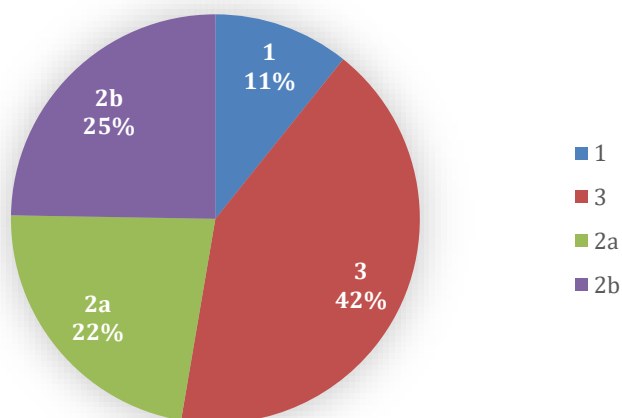
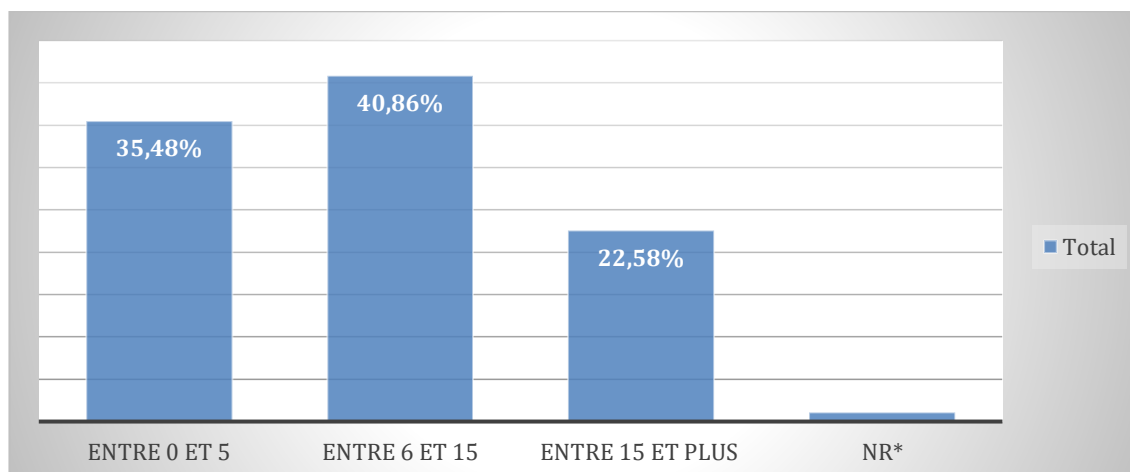


Figure 1 : Répartition des professionnels suivant le niveau de la maternité (Question 2)

3.1.3. Années d'exercice des professionnels en salle de naissance

Echantillon N=93



* Non renseigné

Figure 2 : Nombre d'année d'exercice en salle de naissance (Question 1)

3.2. Connaissance de la parution des RPC sages-femmes

Notre échantillon N=93

Tableau I : Connaissance de la parution des RPC sages-femmes (Question 5)

réponses	Nombre de réponses	% réponses
non	16	17,20%
oui	76	81,72%
NR ¹	1	1,08%
Total général	93	100,00%

3.2.1. Connaissance du contenu des RPC

Echantillon N= 76 ayant répondu « oui » à la question numéro 5 sur la connaissance de la parution des RPC.

Tableau II : En connaissez-vous le contenu ? (Question 6)

réponses	total réponses	total réponses
non	7	9,21%
oui	69	90,79%
Dont oui, correctement	16	21,05%
Dont oui, dans les grandes lignes	53	69,74%
Total général	76	100,00%

¹ Non renseigné

3.2.2. Accord avec le contenu

Echantillon N= 76 ayant répondu « oui » à la question 5 sur la connaissance de la parution des RPC.

Tableau III : Selon vous, ces RPC sont-elles pertinentes dans la pratique actuelle ?
(Question 7)

Réponses	Nombre	%
oui	62	81,58%
Dont d'accord	43	56,58%
Dont tout à fait d'accord	19	25,00%
non	11	14,47%
Dont pas d'accord	10	13,16%
Dont pas du tout d'accord	1	1,32%
NR	3	3,95%
Total général	76	100,00%

3.3. Protocole d'administration d'oxytocine en salle de naissance

3.3.1. Existence d'un protocole d'administration d'oxytocine en salle de naissance

Echantillon N= 93

Tableau IV : Existe-t-il un protocole d'administration en salle de naissance ? (Question 3)

réponses	nombre	%
ne sait pas	11	11,83%
non	45	48,39%
oui	36	38,71%
NR	1	1,07%
Total général	93	100,00%

3.3.2. Date de parution du protocole

Notre échantillon N= 36 ayant répondu « oui » à la question 3 sur l'existence d'un protocole d'administration.

Tableau V : Quelle est la date de parution du protocole ? (Question 4)

Réponses	2000	2012	2014	2015	2016	2017	NR
Nombre de réponses	1	1	1	1	3	16	13

Parmi ce faible échantillon, seules 23 personnes ont répondu.

3.4. Répercussions sur la pratique clinique

3.4.1. Concernant l'ocytocine

Notre échantillon N= 76 ayant répondu « oui » à la question 5 sur la connaissance de la parution des RPC.

Tableau VI : Ces nouvelles recommandations vous ont-elles poussé(e) à changer vos pratiques, concernant l'administration de l'ocytocine ? (Question 9)

réponses	nombre	%
non	34	44,74%
oui	42	55,26%
Total général	76	100,00%

Echantillon N= 42 (ayant répondu « oui » à la question 9)

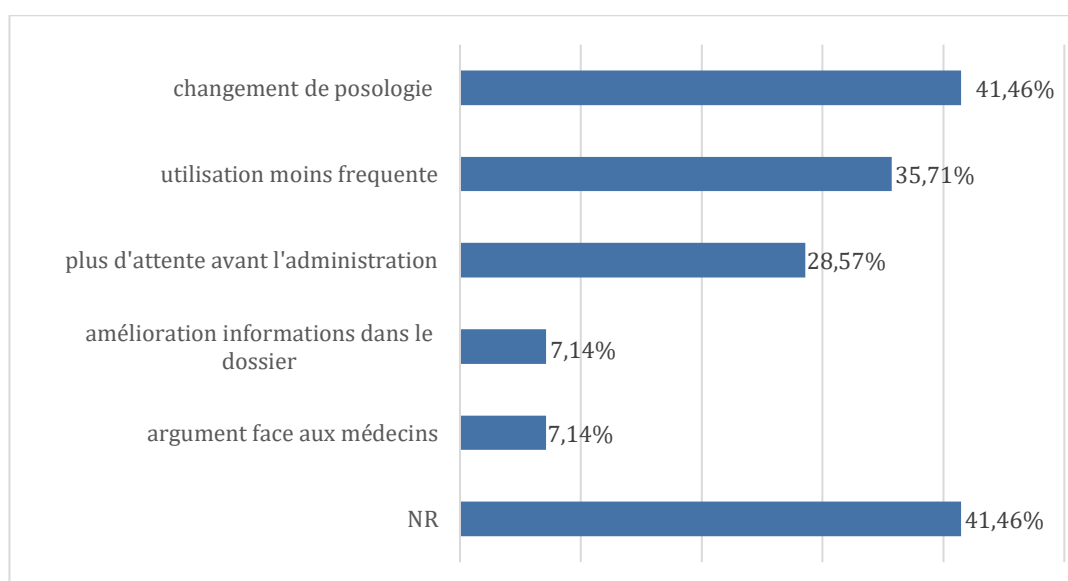


Figure 3: Quels changements dans votre pratique?(question10)

3.4.2. Concernant la redéfinition du travail normal

Notre échantillon N= 76 ayant répondu « oui » à la question 5 sur la connaissance de la parution des RPC.

Tableau VII : Ces nouvelles recommandations vous ont-elles poussé(e) à changer vos pratiques concernant la redéfinition du travail normal ? (Question 8)

Réponses	Nombre	%
non	33	43,42%
oui	43	56,58%
Total général	76	100,00%

Notre échantillon N= 76 ayant répondu « oui » à la question 5 sur la connaissance de la parution des RPC.

Tableau XII : Dans votre pratique, ces recommandations vous ont-elles poussé(e) à allonger la surveillance en salle de pré-travail, permettant de différer l'installation des femmes en salle de naissance ? (Question 14)

Réponses	Nombre	%
Ne sait pas	2	2,63%
Non	45	59,21%
Oui	29	38,16%
Total général	76	100,00%

NB : Selon les RPC, les études récentes montrent clairement que les définitions établies pas Friedman sont aujourd'hui inadaptées et peuvent conduire à un interventionnisme excessif et possiblement iatrogène de la part des professionnels. L'objectif de ces RPC était donc de redéfinir la durée et la structure du travail normal.

Echantillon N= 43 (ayant répondu « oui » à la question 8)

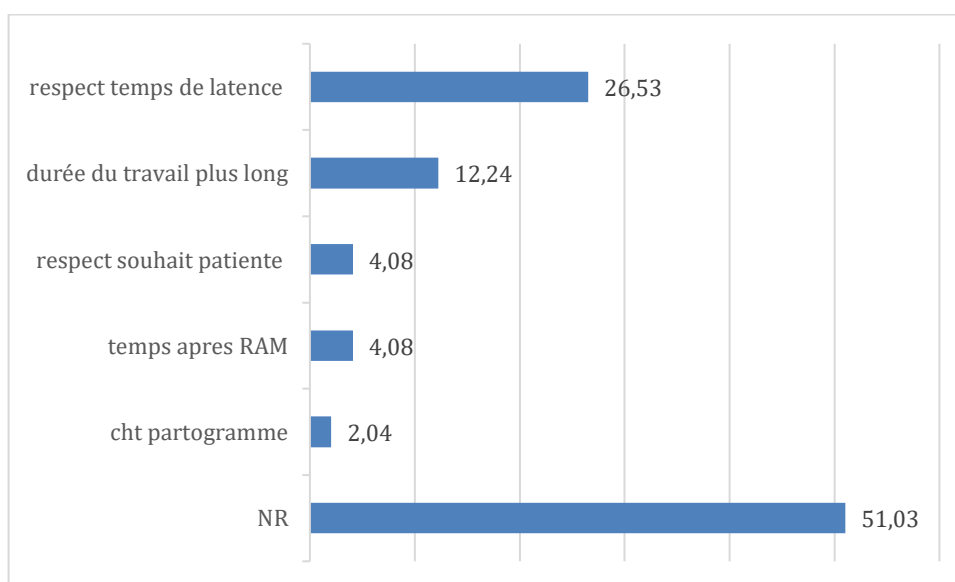


Figure 4 : Quels changements dans votre pratique?(question10)

*RAM : Rupture Artificielle des membranes

3.4.3. Concernant les co-interventions

Fréquence d'utilisation des co-interventions

Echantillon N=93

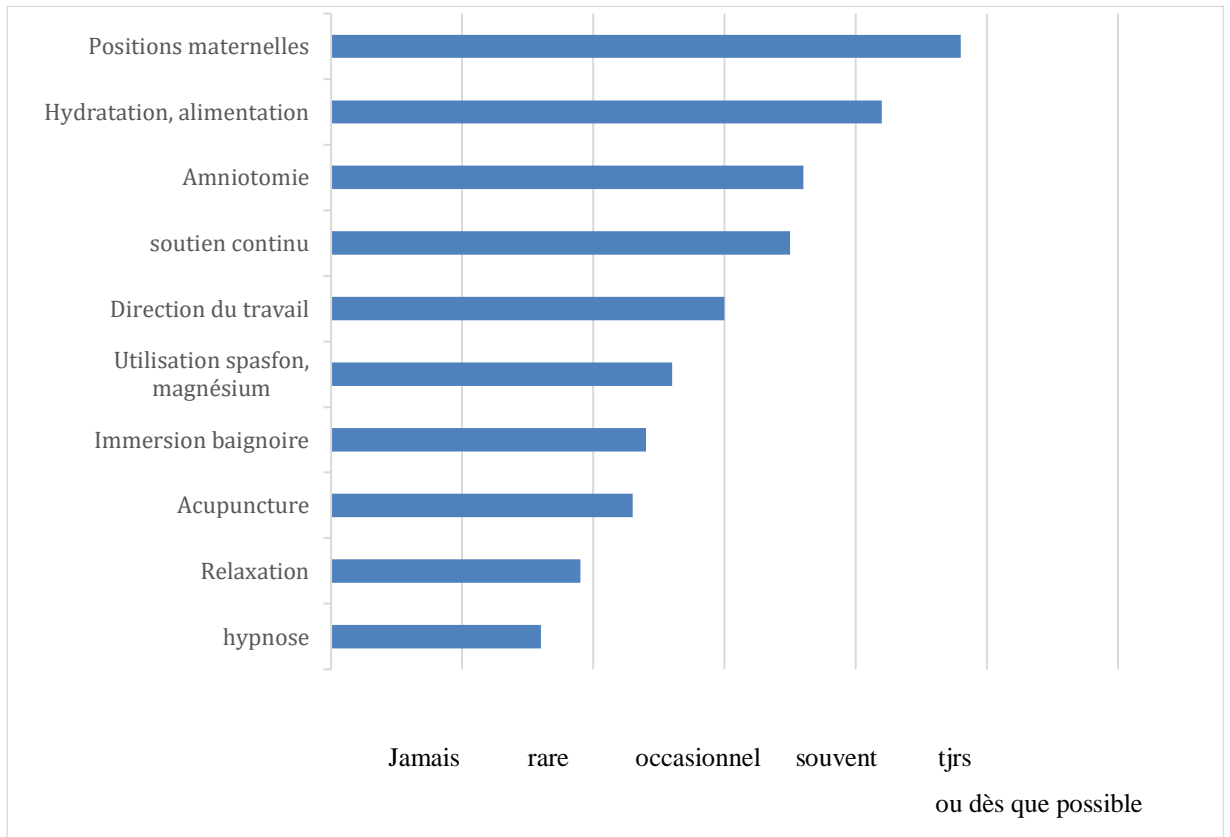


Figure 5 : A quelle fréquence utilisez-vous ces co-interventions ? (Question 19)

3.4.3.1. Fréquence d'utilisation après la lecture des RPC

Notre échantillon N= 76 ayant répondu « oui » à la question 5 sur la connaissance de la parution des RPC.

Tableau VIII : Les utiliserez-vous plus fréquemment après la lecture des recommandations ? (Question 21)

Réponses	Nombre	%
non	25	32,89%
oui	49	64,48%
NR	2	2,63%
Total général	76	100,00%

3.4.3.2. Impact des co-interventions :

Notre échantillon N= 93

Tableau IX : Pensez-vous que ces co-interventions ont un impact sur le déroulement du travail spontané ou sur les dystocies ? (Question 20)

Réponses	Nombre	%
non	2	2,15%
oui	90	96,77%
NR	1	1,08%
Total général	93	100,00%

3.5. Point de vue et connaissances des sages-femmes

3.5.1. Concernant la définition des stades du travail spontané

Notre échantillon N=93

Tableau X : Pensez-vous que les standards du travail spontané devaient être redéfinis ? (Question 11)

Réponses	Nombre	%
non	50	53,76%
oui	43	46,24%
Total général	93	100,00%

3.5.2. Concernant la médicalisation excessive en salle de naissance

Notre échantillon N=93

Tableau XI : Pensez-vous qu'il y a une médicalisation excessive, lors du travail spontané, en salle de naissance ? (Question 12)

Réponses	Nombre	%
ne sait pas	3	3,23%
non	35	37,63%
oui	53	56,99%
NR	2	2,15%
Total général	93	100,00%

3.5.3. Concernant la définition de la phase de latence

Notre échantillon N=93

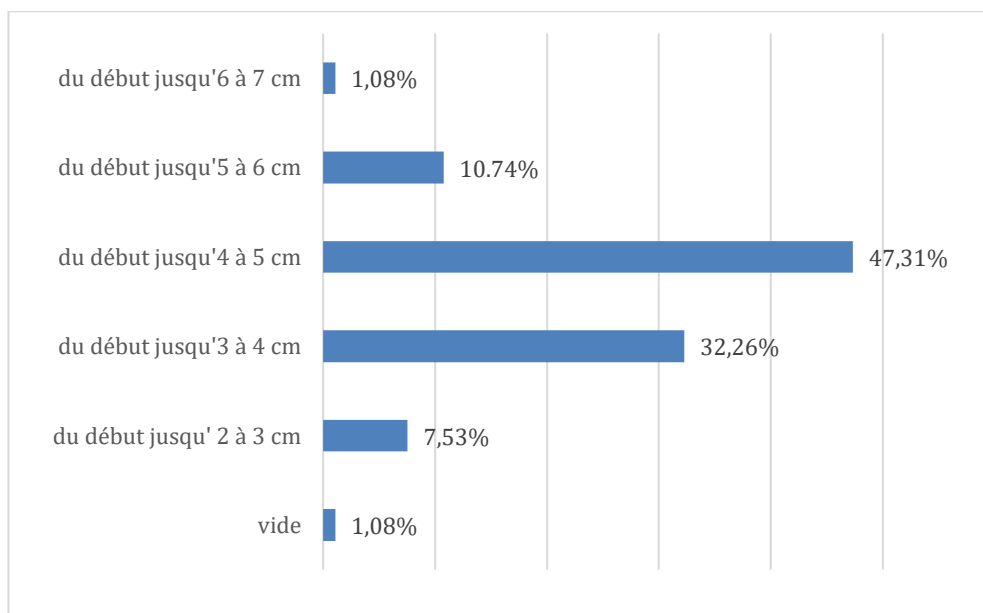


Figure 6 : Quelle définition de la phase de latence utilisez-vous, en termes de dilatation ? (Question 13)

NB : Selon les RPC, il est recommandé de différencier la phase de latence de la phase active du 1^{er} stade du travail (grade B). La phase active débute entre 5 et 6cm de dilatation cervicale (NP2).

Notre échantillon N=93

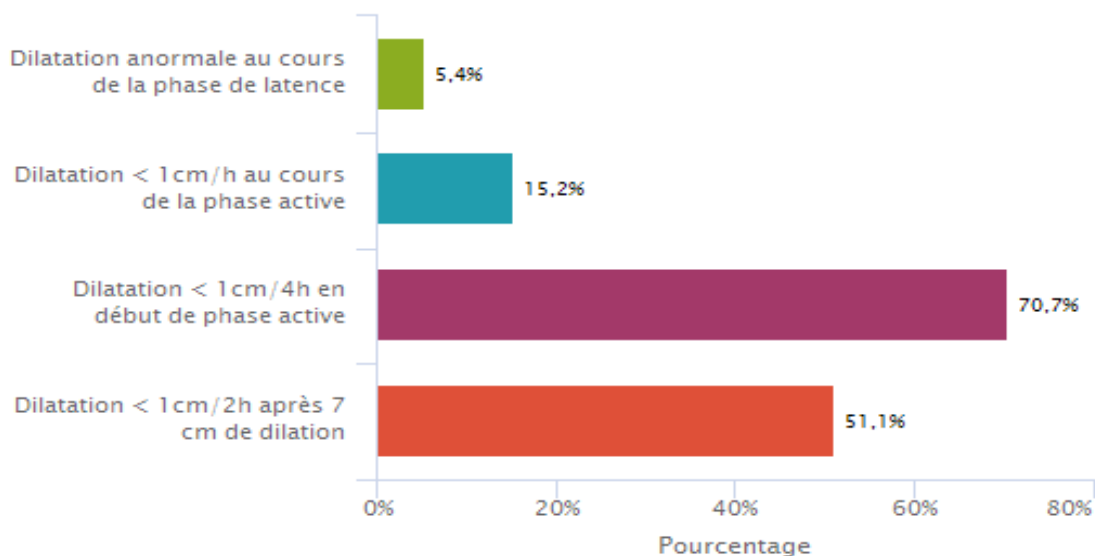


Figure 7 : Quand considérez-vous cette dilatation comme anormale ? (Question 15)

NB : Selon les RPC, il est recommandé de ne pas poser de diagnostic de dystocie avant 5-6 cm de dilatation cervicale (accord professionnel). Il est recommandé de considérer qu'une vitesse de dilatation est anormale si elle est inférieure à 1cm/4h en début de phase active, et inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm de dilatation (Grade B).

3.5.4. Concernant la durée du travail

Echantillon N=93

Tableau XIII : Existe-t-il une durée du travail normal ? (Question 16)

Réponses	Nombre	%
non	88	94,62%
oui	4	4,30%
NR	1	1,08%
Total général	93	100,00%

NB : Selon les RPC, les données de la littérature ne permettent pas de déterminer précisément une durée normale de chacune de ces phases.

3.6. A propos de l'oxytocine

3.6.1. Les indications de l'oxytocine

Echantillon N=93

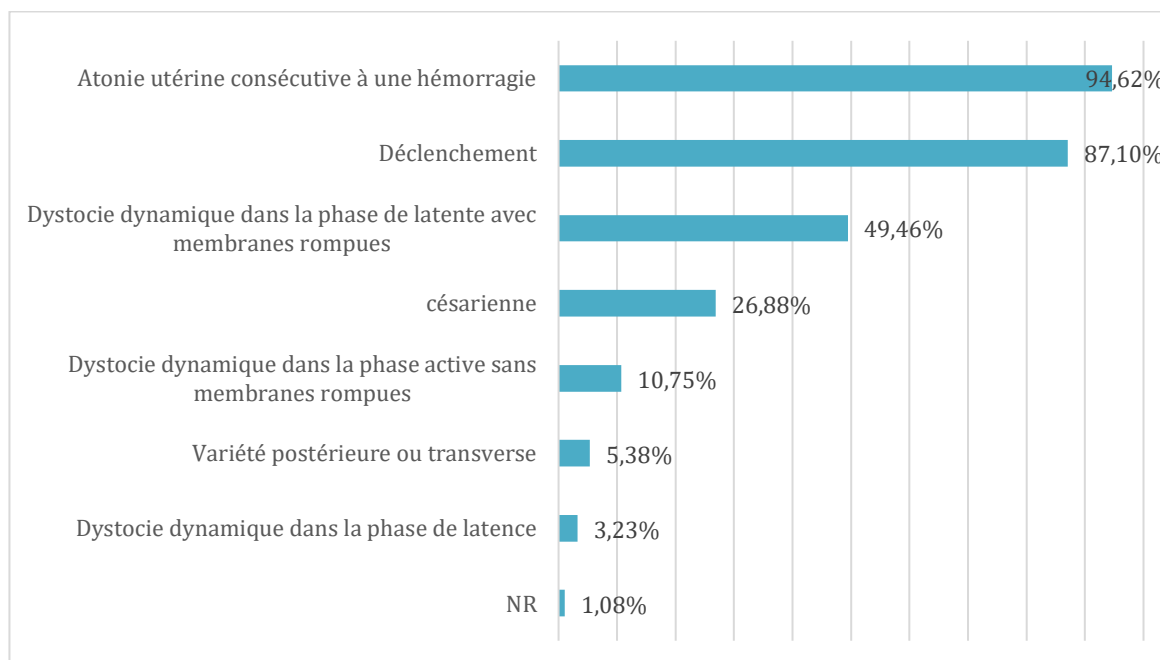


Figure 8 : Quelles sont les Indications strictes de l'Oxytocine ? (Question 17)

NB : Selon les RPC, le service médical rendu est évalué comme important par la commission de transparence de la haute autorité de santé (HAS) pour ces trois indications :

- Insuffisance des contractions utérines en début ou en cours du travail
- Chirurgie obstétricale (césarienne, IMG...)
- Atonie utérine consécutive à une hémorragie du post partum immédiat.

3.6.2. Les intérêts de l'oxytocine

Echantillon N=93

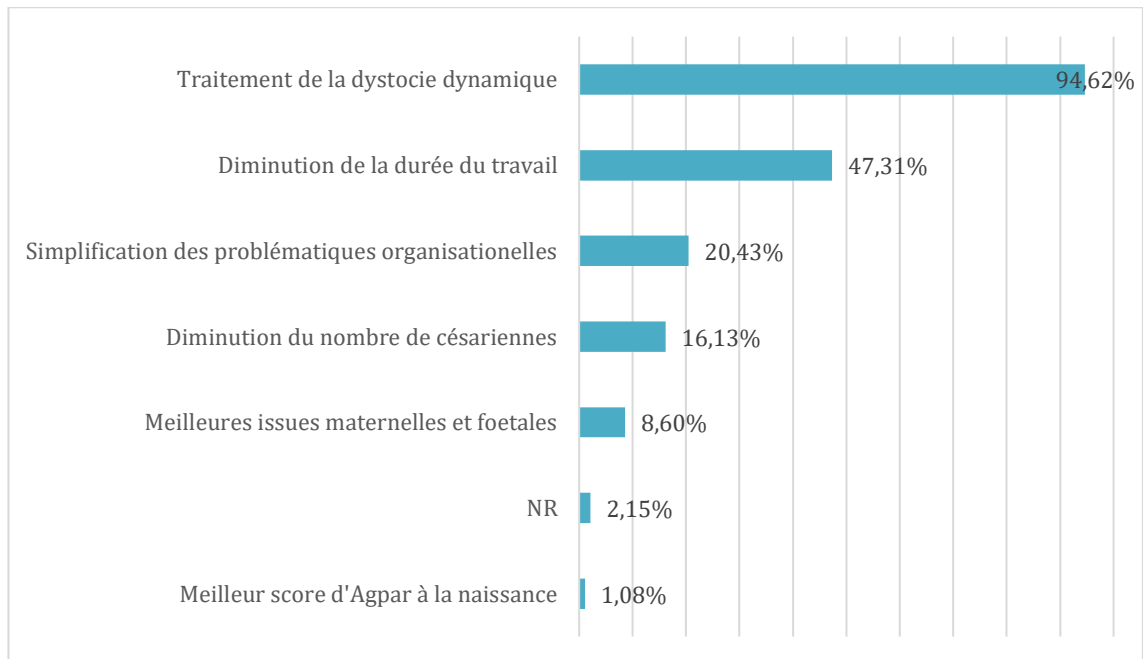


Figure 9 : Quels sont les intérêts de l'administration de l'oxytocine ? (Question 18)

NB : Selon les RPC, il n'est pas recommandé d'utiliser l'oxytocine de façon systématique. En revanche, l'oxytocine peut être utilisée pour corriger une dystocie dynamique à membranes rompues durant la phase active du 1^{er} stade et/ou durant le 2^e stade.

3.6.3. Inscription dans le dossier obstétrical

Echantillon : N= 93

Tableau XIV : Inscrivez-vous dans le dossier médical de la patiente l'administration d'oxytocine ? (Question 22)

Réponses	Nombre	%
non	1	1,08%
oui	92	98,92%
Total général	93	100,00%

Echantillon N= 92 (ayant répondu « oui » à la question 22)

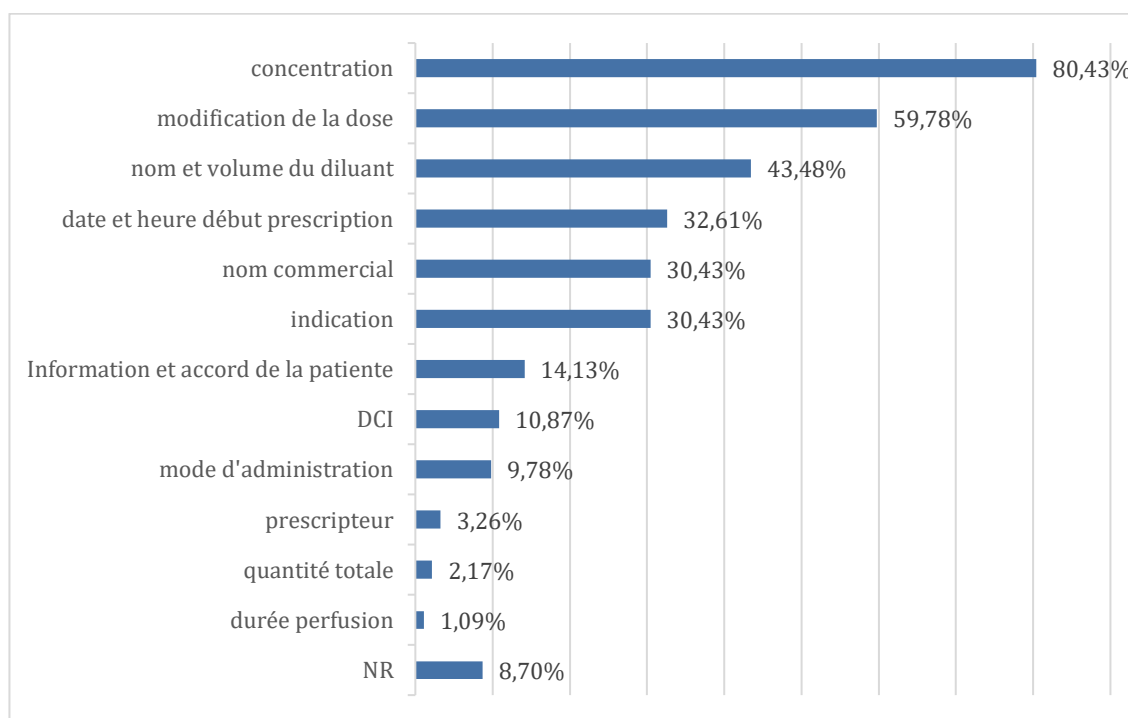


Figure 10 : Que marquez-vous sur le dossier médical concernant l'oxytocine ? (Question 23)

Changement depuis RPC

Notre échantillon N= 76 ayant répondu « oui » à la question précédente numéro 5 sur la connaissance de la parution des RPC

Tableau XV : Y-a-t-il eu un changement depuis les RPC concernant le remplissage du dossier ? (Question 24)

Réponses	Nombre	%
non	51	67,11%
oui	25	32,89%
Total général	76	100,00%

NB : Selon les RPC, l'indication de l'administration de l'oxytocine doit être consignée dans le dossier ainsi que la DCI, le nom commercial, la concentration et la quantité totale du médicament, le nom et le volume du diluant, la durée de la perfusion, la date (voire l'heure) du début de la prescription. Il conviendra de tracer toute modification de la dose ainsi que les intervalles d'augmentation.

Notre échantillon N= 25 ayant répondu « oui » à la question précédente numéro 24 « Y-a-t-il eu un changement depuis les RPC concernant le remplissage du dossier ? »

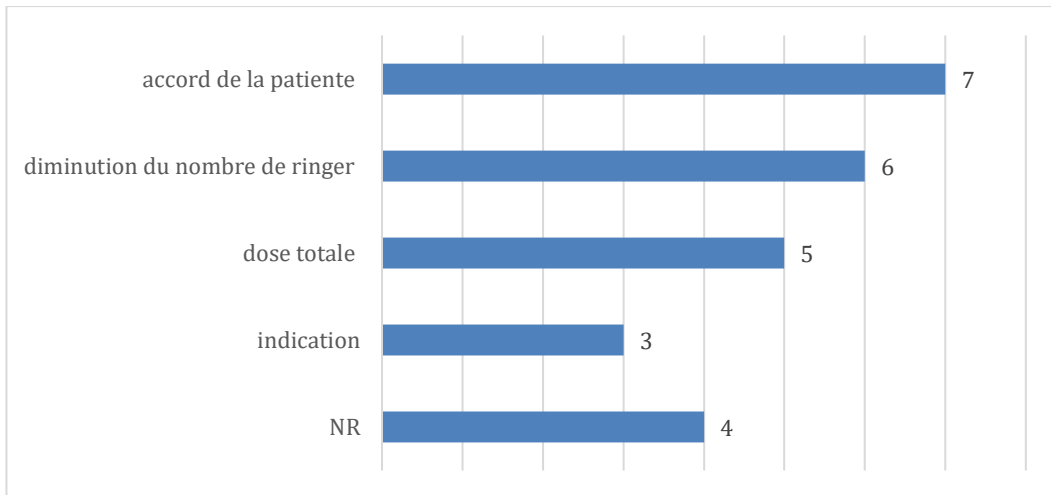


Figure 11 : Si oui, quels changements ? (Question 25)

3.6.4. Information patiente lors de l'administration oxytocine

Echantillon N=93

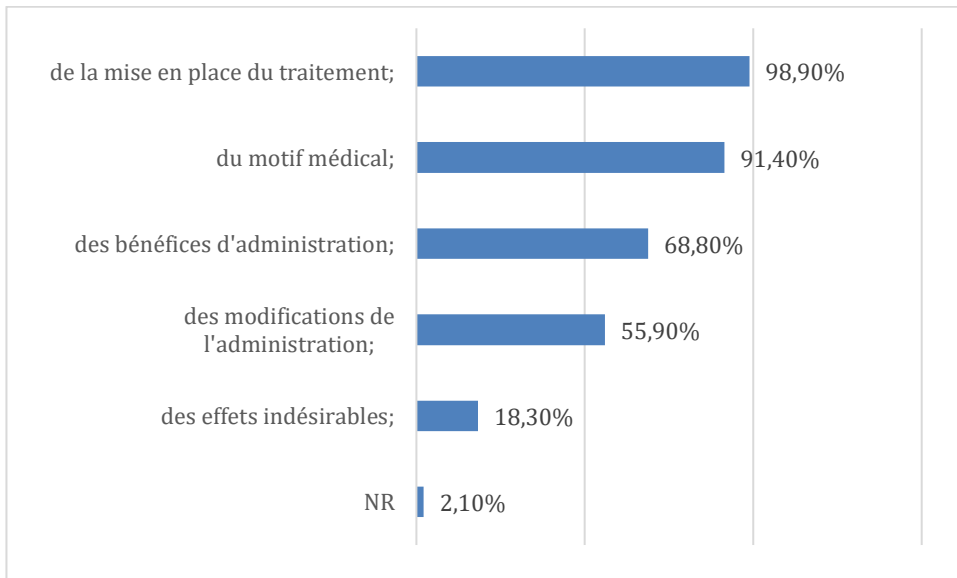


Figure 12 : Lors de l'administration de l'oxytocine, informez-vous les patientes de (plusieurs choix possibles) ? (Question 28)

3.6.5. Effets indésirables de l'oxytocine

Echantillon N= 93

Tableau XVI : Connaissez-vous les effets indésirables, fréquents ou non de l'oxytocine ?
(Question 26)

Réponses	Nombre	%
non	30	32,26%
oui	62	66,66%
NR	1	1,08%
Total général	93	100,00%

NB : Selon les RPC, L'administration d'oxytocine augmente le risque d'hyperactivité utérine selon un effet dose-dépendant (NP3). L'hyperactivité utérine en lien avec l'administration d'oxytocine peut entraîner des anomalies du RCF et être associée à une acidose néonatale. De plus il semble exister une association entre l'administration d'oxytocine et la rupture utérine sur utérus sain. Enfin l'administration d'oxytocine est associée à un risque augmentée d'Hémorragie du post partum.

Echantillon N= 62 (ayant répondu « oui » à la question 26)

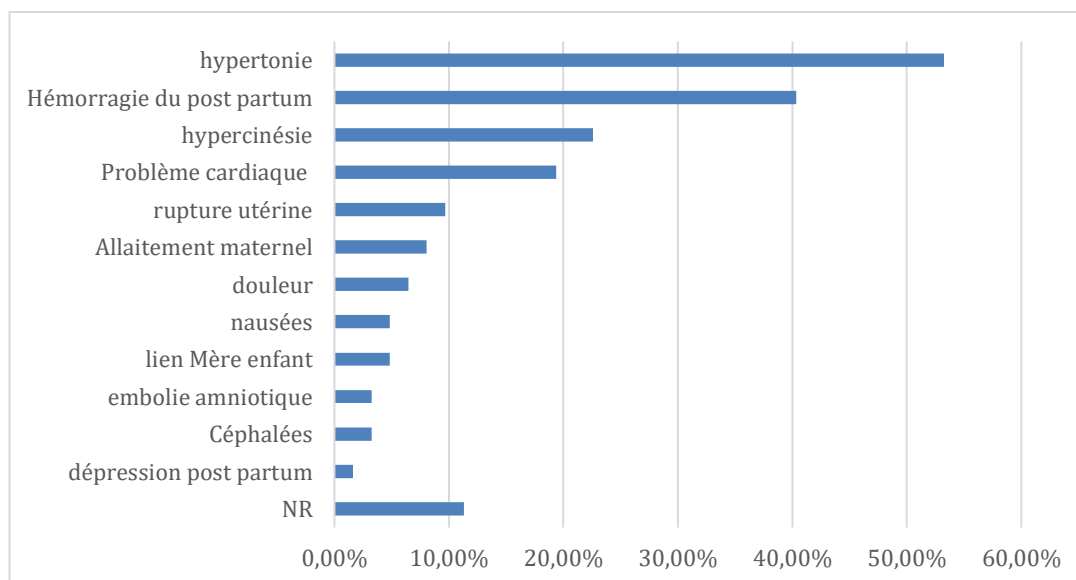


Figure 13 : Citez quelques effets indésirables, fréquents ou non de l'oxytocine ? (Question 27)

Plus particulièrement, risques et effets indésirables pour le fœtus
Echantillon N= 93

Tableau XVII : Pensez-vous qu'il existe des risques et effets indésirables dus à l'administration d'oxytocine pour le fœtus ? (Question 29)

Réponses	Nombre	%
non	13	13,98%
oui	78	83,87%
NR	2	2,15%
Total général	93	100,00%

Echantillon N= 93

Tableau XVIII : Croyez-vous que les effets liés à ces risques puissent aller au-delà de la naissance ? (Question 31)

Réponses	Nombre	%
ne sait pas	48	51,62%
non	18	19,35%
oui	27	29,03%
Total général	93	100,00%

NB : Selon les RPC, il est impossible d'établir un lien causal entre l'exposition à l'oxytocine et les effets indésirables probables. Mais s'ils existent, ils sont globalement de cinq types : difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, ictère néonatal, hyponatrémie, perturbation de la succion, troubles du comportement chez l'enfant.

Echantillon N= 78 (ayant répondu « oui » à la question 29)

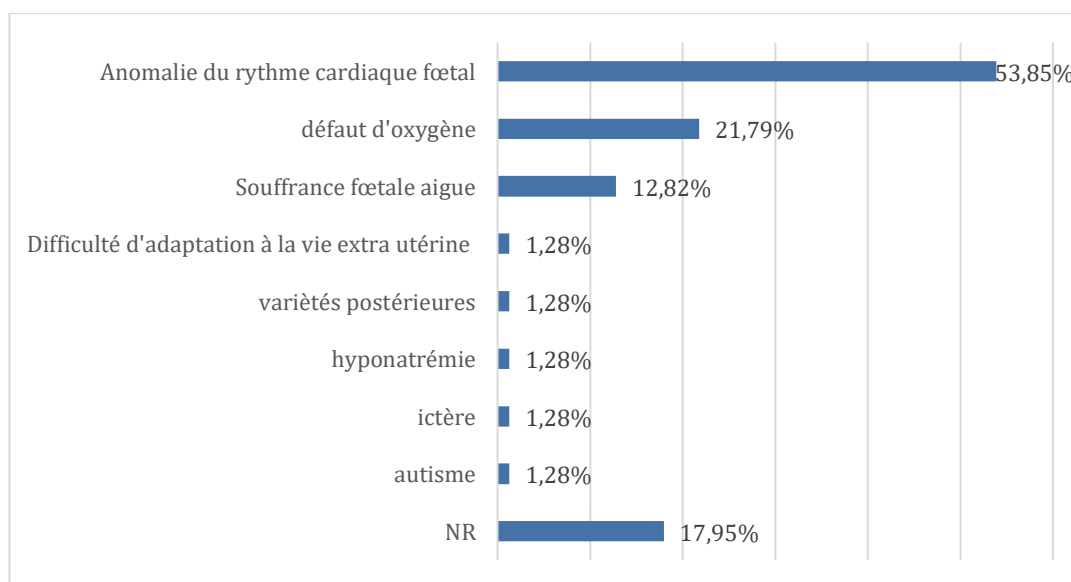


Figure 14 : Citez les risques de l'administration d'oxytocine pour le Fœtus. (Question 30)

3.7. La péridurale au cours du travail spontané

Echantillon N= 93

Tableau XIX : Pensez-vous que la péridurale a un effet sur le travail spontané ? (Question 32)

Réponses	Nombre	%
non	16	17,20%
oui	77	82,80%
Total général	93	100,00%

NB : Selon les RPC, l'APD, avec de faibles doses d'analgésiques locaux associés à des morphiniques, ne modifie pas la concentration d'oxytocine endogène (NP4) et ne diminue pas l'activité utérine (NP3).

Echantillon N= 77 (ayant répondu « oui » à la question 32)

Tableau XX : Si oui, nécessite -t-elle une plus large utilisation d'oxytocine ? (Question 33)

réponses	Nombre	%
non	39	50,65%
oui	37	48,05%
NR	1	1,30%
Total général	77	100,00%

NB : Selon les RPC : La mise en place précoce de l'APD n'augmente pas la fréquence d'administration d'oxytocine au cours du travail (NP2).

Nous allons maintenant discuter et analyser nos résultats.

4. Analyse et discussion

4.1. Choix de la méthodologie

Points forts

Nous avons choisi d'effectuer une étude quantitative pour avoir le meilleur reflet possible des changements de pratique des maïeuticiens en salle de naissance. De plus, interroger des professionnels hospitaliers venant de différents niveaux de maternité permet d'avoir un regard global sur les pratiques de la profession.

Cette étude a été menée via des questionnaires en ligne hébergés par le logiciel SPHINX ; il n'y a donc pas eu de risque de perte de document ni d'erreur de retranscription. Les mesures de sécurité du logiciel ont garanti la confidentialité des données.

Points faibles

Dans cette étude, nous déplorons un faible taux de participation. Seuls 93 questionnaires ont pu être exploités. La diffusion du questionnaire en ligne par les réseaux de santé n'a pas suffisamment porté ses fruits. Nous invoquons deux raisons à ce défaut de participation :

- le grand nombre de sollicitations pour différentes études sur la boîte mail professionnelle et donc la difficulté de donner suite à tous.
- le nonaccès à leur boîte mail professionnelle par les sages-femmes pendant leur temps de travail.

Par ailleurs, on peut supposer que les professionnels ayant pris le temps de répondre au questionnaire, en dehors des salles de naissance, sont davantage sensibilisés à la diffusion des recommandations pour la pratique clinique, ce qui peut biaiser les résultats.

4.2. Des protocoles d'administration encore insuffisamment disponibles

Avant la parution des RPC, il n'existait aucun protocole national ni de recommandations françaises concernant l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail. Selon un mémoire SF de 2016, chaque service mettait en place ou non un protocole concernant l'utilisation de l'oxytocine sans national. Et il existait grande disparités les protocoles établis (16).

Seulement 38% des professionnels interrogés au cours de notre étude répondent qu'il existe un protocole dans la maternité où ils travaillent. Ce qui signifie que dans plus d'un cas sur deux, il n'est pas disponible. Et ce, malgré la recommandation exprimée dans le texte court des RPC : « Son administration doit faire l'objet d'un protocole et les indications clairement définies ». Le court laps de temps entre la parution des RPC et la diffusion de notre questionnaire en est la cause mais nos résultats montrent que le nombre de protocoles d'administration d'oxytocine au sein des salles de naissance reste encore insuffisant. Un autre mémoire écrit dans la région limousin montre que les sages-femmes semblent de toute façon peu se référer aux protocoles mis à leur disposition dans leur service (17).

La mise en place d'un protocole est un principe de base dans la promotion de la qualité des soins. C'est un outil permettant d'harmoniser les pratiques, souvent disparates en fonction des soignants, et de garantir la sécurité des mères et des enfants grâce aux modalités actualisées de prise en charge de l'accouchement. Le protocole permet aussi de mettre à disposition des sages-femmes des repères afin d'utiliser l'oxytocine dans de meilleurs conditions(18) et d'éviter le risque iatrogène de la surmédicalisation et du sur-traitement (19).

Il est important de se rappeler que ces recommandations, synthèse des données scientifiques, constituant une base solide aident les services à établir leur propre protocole en tenant compte du contexte d'organisation des soins. Ces RPC ne sont pas rédigées pour contraindre les sages-femmes et imposer une prise en charge, mais pour assurer la sécurité des patients et leur bonne prise en charge.

4.3. L'intérêt porté aux recommandations

La grande majorité des professionnels interrogés répond avoir eu connaissance de la parution des recommandations sages-femmes. Cependant, 10% d'entre eux ne s'y sont pas intéressés et seulement 20% disent connaître correctement le contenu de ces recommandations. Il s'agit pourtant d'un sujet de préoccupation réelle des sages-femmes, qui soutiennent la demande des femmes : une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie. Et la grande majorité des professionnels interrogés est en accord avec le contenu des RPC, qui leur semble pertinent dans la pratique actuelle.

4.4. La redéfinition du travail normal

Dans notre étude, seulement la moitié des personnes interrogées pense que la redéfinition des stades du travail était nécessaire. On peut se demander alors pourquoi les RPC ont redéfini le travail normal.

Initialement, des normes du déroulement du travail ont été proposées par E. Friedman au milieu du XX^{ème} siècle, pour devenir des règles conditionnant la prise en charge du travail (20,21). Mais l'évolution des populations, l'augmentation du nombre de césariennes et des déclenchements ont poussé à redéfinir un travail normal. Cette étude de la durée du travail normal est d'autant plus nécessaire que celui-ci a évolué. Le recours à l'oxytocine, à la péridurale et probablement une prise en charge différente avec les pratiques modernes sont des causes de cette évolution (5). La difficulté majeure est que cette définition varie selon les auteurs, notamment pour le passage de la phase de latence à la phase active.

On retrouve une évolution de la définition de la phase active au cours du temps : dans les travaux de Friedman en 1955, elle commence lorsque la vitesse de dilatation cervicale s'accélère, alors que pour Zhang en 2010 (22), elle commence à 4cm pour les nullipares et 5 cm pour les multipares. Enfin, en 2017 la définition de la phase active retenue pour les recommandations pour la pratique clinique (10) est un début entre 5 et 6 cm et une fin à dilatation complète.

Ces multiples évolutions sont en cause dans l'hétérogénéité des connaissances des sages-femmes. Phénomène que l'on retrouve lorsqu'on les interroge sur la définition de la phase de latence au cours de l'étude. En effet, peu de sages-femmes sont en accord avec les RPC puisque la grande majorité définit la phase de latence du début jusque 3 à 4 cm ou 4 à 5 cm de dilatation. Cette phase de latence a tout de même tendance à s'allonger dans les mentalités – particulièrement auprès des sages-femmes qui disent avoir changé leurs pratiques (figure 4).

4.4.1. Quelle est la difficulté à définir une durée physiologique du travail ?

La plupart des personnes interrogées au cours de cette étude (95%) pense qu'il n'existe pas de durée du travail normal. Aucune étude n'a réussi à définir une durée physiologique du travail. Pourtant de nombreuses personnes s'y sont investies. L'intérêt est notamment de définir un seuil de durée anormale correspondant à une augmentation du risque materno-fœtal, ainsi qu'un temps nécessaire pour atteindre 1 cm en considérant le 95^{ème} percentile comme anormal (22–24). Ces deux seuils constituent une base importante pour le suivi des femmes en salle d'accouchement. Ils permettent de réduire les risques d'un diagnostic trop rapide, d'erreurs dans la définition du début de travail, ou d'une notion trop subjective de la perception du début de travail par les professionnels. Ce sont donc des éléments importants car cela peut conduire à une durée de travail faussement prolongé, à un excès de risque de césarienne ou encore à une surmédicalisation (5,10).

Cette médicalisation excessive est dénoncée dans notre étude par plus de la moitié des personnes interrogées (57%). C'est une opinion relayée par un article du journal Profession Sage-Femme. Il montrait que les recherches développées ces dernières années dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement physiologique, s'accordaient à remettre en question la surmédicalisation de la naissance (6). On y retrouve les recherches de Rossignol (25) et Petersen (26) ou encore les quatre études scientifiques publiées dans Le Lancet (27) qui prouvent que les interventions (césarienne, entrave à la mobilité pendant le travail, épisiotomie, abus d'anesthésiques, de médicaments déclenchant ou accélérant le travail...) dans le cadre de l'accouchement à bas risque entraînent une cascade d'interventions et que cette surmédicalisation gêne les processus physiologiques de l'accouchement et « menace de plus en plus la vie et le bien être des femmes et de leur famille ». Les attentes des populations, de mieux en mieux informée, sont plus fortes, et demandent « des soins efficaces, sans danger, respectueux et empathiques » (28). L'amélioration de la qualité de la documentation et l'augmentation du nombre de travaux de recherche fiables sur la diminution de la surmédicalisation peuvent être une première réponse des autorités sanitaires.

4.4.2. La prise en charge du travail

Une grossesse à bas risque qui se déroule sans complication peut faire aujourd'hui l'objet de prises en charge différenciées, si la femme souhaite ou non bénéficier d'une péridurale. Il est important de préciser que le niveau d'intervention n'est pas uniquement déterminé par la situation médicale mais aussi par les préférences des femmes. Définir le terme « normal » et « physiologique » est initialement important car l'amalgame peut être source de malentendus.

Selon les RPC issues de l'HAS en décembre 2017 (3): « un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de risques faibles identifiés au début du travail. Cette situation perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère » (3).

La prise en charge de l'accouchement normal peut se faire :

- par un accompagnement de la physiologie de l'accouchement : ce qui exclut la péridurale et l'administration d'oxytocine.
- par un accompagnement comprenant des interventions techniques et médicamenteuses minimales. Destiné à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant, il peut comprendre l'analgésie locorégionale et l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail.

Aujourd'hui, la plupart des accouchements se déroule sous péridurale (29), et de ce fait nous sommes dans un accompagnement comprenant des interventions techniques et médicamenteuses minimales. Les recommandations pour la pratique clinique se sont attelées à redéfinir la structure et la durée du travail normal afin de mieux diagnostiquer les dystocies et mieux définir les critères à respecter pour intervenir sur le travail. Ces critères semblent bien compris par les sages-femmes interrogées dans notre étude. Les réponses à la question « quand considérez-vous ces dilatations comme anormales ? » s'harmonisaient bien avec les recommandations. Depuis longtemps les sages-femmes ont effectivement un regard critique sur le travail dirigé en se rappelant que la stagnation n'est pas synonyme de pathologie et qu'il faut savoir attendre (2).

En sachant que la péridurale est une intervention qui s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge de l'accouchement normal, il nous a semblé intéressant par cette étude de connaître la position des sages-femmes sur les effets de la péridurale en cas de travail spontané. La majorité des sages-femmes interrogées pense que la péridurale a un effet sur le travail spontané. Ce résultat est en contradiction avec les RPC qui réfutent cette hypothèse. Dans le texte des recommandations,

l'APD ne diminue pas l'activité utérine, ne majore pas les situations dystociques et n'a pas d'impact sur le mode d'accouchement. De ce fait, l'administration systématique d'oxytocine n'est pas recommandée lorsque la patiente est sous péridurale (grade C). Pourtant 48 % des personnes interrogées au cours de l'étude pense que la péridurale entraîne une plus large utilisation d'oxytocine.

Cette vision semble perdurer chez les sages-femmes. Cela peut provenir des évolutions rapides des modalités de l'APD ces dernières années, que ce soit au niveau des concentrations, de la nature et des doses d'analgésiques locaux, des adjuvants, des techniques ou des modalités d'entretiens (analgésie autocontrôlée, PCEA, ...). Mais aussi de la divergence entre leurs pratiques et les recommandations. Malheureusement, ces recommandations sont basées sur de faibles niveaux de preuve (NP3). Il serait alors intéressant, compte tenu de la supériorité de la péridurale en termes de qualité d'analgésie, de poursuivre ces efforts afin de mieux connaître les effets de la péridurale sur le travail spontané.

4.5. L'oxytocine et l'accouchement normal

Cette hormone peptidique post hypophysaire, découverte en 1906 puis séquencée et synthétisée en 1953 (Oxytocine), n'a pas tardé à se révéler très intéressante notamment dans le domaine obstétrical. Et dès 1970, le Syntocinon a reçu l'autorisation de mise sur le marché en France (30). Il figure sur la liste des médicaments autorisés aux sages-femmes depuis 1989 (31).

L'intérêt de l'administration d'oxytocine pendant le travail est de stimuler la fréquence et de l'intensité des contractions afin de réduire la fréquence des césariennes pour non progression du travail. Dans le résumé des caractéristiques du produit, les indications de l'autorisation de mise sur le marché sont les suivantes (32) :

- insuffisance des contractions en début ou en cours de travail
- chirurgie obstétricale (césarienne, interruption de grossesse...) ; obtention d'une bonne rétraction utérine.
- atonie utérine consécutive à une hémorragie du post partum immédiat.

Il est intéressant de voir au cours de notre étude, la difficulté pour les sages-femmes d'associer les intérêts de l'oxytocine avec les indications. Par exemple, on remarque que la totalité des participants trouve que l'oxytocine a un intérêt dans le traitement des dystocies dynamiques mais seulement la moitié pense qu'il s'agit d'une indication à son utilisation.

L'oxytocine est une molécule régulièrement utilisée en France en salle de naissance. Avant la parution des RPC, en cas de travail spontané, il était communément admis que l'oxytocine avait

un intérêt dans plusieurs situations qui dépassaient les indications classiques, par exemple : réduire la durée du premier et deuxième stade du travail afin de réduire le risque infectieux, répondre à des contraintes organisationnelles, diminuer le nombre de césariennes ou enfin pour aider les variétés postérieures à tourner (33). On retrouve ces différentes utilisations dans notre étude. En effet la moitié des personnes interrogées pensent que l'oxytocine a pour intérêt de diminuer la durée du travail et un tiers qu'il permet de diminuer le nombre de césariennes et permet de simplifier des problématiques organisationnelles.

Malheureusement, ces effets potentiels ne bénéficient pas de preuves satisfaisantes. Trop peu d'études évaluent clairement l'efficacité de l'oxytocine indépendamment des autres techniques de direction du travail normal. Les recommandations pour la pratique clinique se basent régulièrement sur des accords professionnels ou sur de faibles niveaux de preuve pour définir que :

- l'administration systématique d'oxytocine n'est pas recommandée en cas de variété postérieure (accord professionnel).
- l'utilisation de l'oxytocine n'a pas démontré son effet sur le mode d'accouchement (NP3).
- durant la 2^{ème} phase du travail l'administration systématique n'est pas recommandée (grade B).
- durant la phase de latence il est recommandé de ne pas utiliser l'oxytocine de façon systématique (grade B).

Une partie des sages-femmes interrogées a déclaré avoir changé de pratique clinique suite à la lecture des recommandations. Il est intéressant de constater que ces changements touchent entre autres à l'utilisation de l'oxytocine. Il est souligné une « utilisation moins fréquente et moins systématique ». Il s'agit d'une tendance qui rejoint les données apportées par l'enquête périnatale 2016 montrant que le recours à l'oxytocine pendant le travail a diminué, passant de 57.6% des femmes en travail spontané en 2010 (34) à 44.3% six ans plus tard. L'utilisation de l'oxytocine reste néanmoins plus élevée en France que chez nos voisins européens sans aboutir à de meilleurs résultats en termes de gain pour la santé maternelle et fœtale (35). Par exemple, au Royaume-Uni, une étude de 2008 montrait que 23% des femmes en travail avait reçu de l'oxytocine (36) et aux Pays-Bas, en 2005, 19% des femmes accouchées par un obstétricien avait reçu de l'oxytocine pendant le travail (37).

4.5.1. Un manque d'informations inscrit sur le dossier médical

La formulation « direction du travail » est souvent retrouvée pour justifier de l'usage d'oxytocine, sans que l'on retrouve plus d'explication.

Selon les RPC l'indication, l'information, et le consentement de la patiente doivent être mentionnés dans le dossier médical en plus de : la DCI, le nom commercial de la molécule, la concentration du médicament, le nom et le volume du diluant, la durée de la perfusion, les modifications de la dose et la date du début de la prescription (38).

Dans notre étude la quasi-totalité des participants (99%) inscrivent dans le dossier médical de la patiente l'administration de l'oxytocine mais peu respectent l'ensemble des critères devant figurer sur le partogramme (39,40). Or une faible partie de la population (33%) a changé les termes de remplissage du dossier à la suite de la parution des RPC. Ces résultats rejoignent ceux issus de l'audit dirigé par l'HAS en 2005 où le traitement était noté dans 70% des dossiers et la prescription était conforme dans moins de 50% des cas. Le point intéressant dans cet audit et d'autres audits menés plus récemment (41) est l'évolution vers une information plus complète inscrite dans le dossier médical de la mise en place des thérapeutiques. Il semble intéressant de réaliser des audits au sein des maternités afin d'améliorer le remplissage du partogramme.

Avec l'instauration du dossier informatique associé au dossier papier, la charge de travail assignée à chaque sage-femme a augmenté. Or on sait que l'urgence et la surcharge de travail peuvent être des facteurs défavorables à un remplissage soigneux du partogramme.

4.5.2. Information et bienveillance

L'information délivrée aux patientes est également une donnée importante pour leur permettre de faire un choix éclairé sans compromettre la sécurité et la normalité du travail.

Dans notre étude, la mise en place du traitement et le motif médical semblent être des informations presque toujours rapportées (99% et 91%), contrairement aux effets indésirables, relatés rarement aux parturientes (18%). Cela peut être dû au manque de connaissance des sages-femmes puisque dans notre population, un tiers d'entre elles disent ne pas connaître les effets indésirables fréquents ou non de l'oxytocine ou, bien sûr, parce qu'il n'est pas facile en situation de physiologie d'inquiéter sur les effets indésirables potentiels. Les bénéfices et les modifications de l'administration sont transmises par la moitié des sages-femmes.

Selon l'enquête du CIANE en 2012 (7), 55% des femmes disent avoir reçu de l'oxytocine sans avoir été sollicitées pour exprimer leur consentement et une large majorité des femmes considère qu'elles n'ont pas reçu suffisamment d'information sur l'accélération du travail. Or la loi Kouchner du 4 mars 2002 (42) et le plan périnatalité 2005/2007 (43) ont formulé une exigence d'intégration du point de vue des usagers dans la prise en charge médicale qui leur est proposée. Il s'agit aussi d'un message clé des recommandations de bonne pratique de l'HAS de 2017 « il est nécessaire d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire des choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe soignante permettant de prendre en compte au mieux leurs préférences et leurs attentes [...] et de rendre ainsi la femme actrice de son accouchement. »

La qualité de l'information et de la relation entre la femme et l'accompagnant contribue à la bientraitance des patientes. L'équipe des soignants veille à promouvoir cette bientraitance par un soutien attentif des patientes durant leur séjour, par un respect de l'intimité et de la dignité sur le lieu d'accouchement et par l'acceptation du choix des femmes si celui-ci n'est pas incompatible avec les protocoles du service.

Peut-être serait-il intéressant d'encourager plus les femmes à préparer un projet de naissance ; aujourd'hui, elles sont peu nombreuses à le faire (4% selon l'Enquête nationale périnatale 2016). Il permet aussi de discuter de nombreuses problématiques avant l'accouchement (pendant les consultations par exemple) et peut permettre une meilleure compréhension de l'information, favorisant un consentement oral libre et éclairé, nécessaire pour toutes interventions ou pratiques de soins non urgentes.

4.5.3. Risques et effets indésirables

Dans les chapitres 5 et 6, les recommandations pour la pratique clinique traitent des risques et effets indésirables materno-fœtaux liés à l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. Malgré les limites de la littérature qui ont rendues l'analyse et les conclusions parfois difficiles, les effets secondaires de cette molécule apparaissent non négligeables :

On note une augmentation du risque d'hyper contractilité utérine (NP3) avec des difficultés d'adaptation à la vie extra utérine qui peuvent en découler (NP3) et une augmentation du risque hémorragique du post partum selon un effet dose dépendant (NP3) (44,45).

En France, l'hémorragie du post partum concerne 6% des parturientes et est la première cause de mortalité maternelle (29). Les avantages théoriques d'un travail plus court doivent être mis en balance avec ces risques potentiels. D'après le principe « primum non nocere », l'administration d'oxytocine ne peut plus être considérée comme anodine.

Cependant, il reste un problème majeur de diffusion de l'information, car au vu de notre étude un tiers de la population sage-femme interrogée dit ne pas connaître les effets indésirables fréquents ou non de l'oxytocine. Moins d'une sage-femme sur trois (27%) rapporte les hémorragies de la délivrance comme effet secondaire de l'oxytocine ce qui est peu en comparaison au risque potentiel. Pourtant les sages-femmes ne se désintéressent pas de la question des risques potentiels de l'utilisation de l'oxytocine. En effet la quasi-totalité d'entre elles pense que l'oxytocine peut entraîner des risques et des effets indésirables pour le fœtus. Plus de la moitié cite le risque d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, et une partie les risques de défaut d'oxygène, ou de souffrance fœtale aigue responsable de difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine. Cependant les recommandations pour la pratique clinique concluent que la prescription d'oxytocine n'est pas associée à un excès de pathologie néonatale (NP3). Et ce, si les indications ne dépassent pas celles préconisées.

Il semble donc important de mettre en place des protocoles stricts d'indication et d'administration d'oxytocine avec des doses minimales adaptées selon la réponse utérine.

Il existe depuis peu une réelle prise de conscience due à la sensibilisation des professionnels de santé à l'utilisation anormalement élevée de l'oxytocine pendant le travail en France, et à ses risques pour la santé maternelle et fœtale, qui a conduit à une baisse de son utilisation entre 2010 et 2016 (29,34). Il paraît important de continuer ces efforts et d'améliorer la diffusion de l'information. L'analyse rétrospective et critique des dossiers où l'oxytocine a été utilisé apparaît un bon moyen de sensibilisation et de formation des sages-femmes. Ceci est d'ailleurs suggéré par les RPC lors de réunions collégiales dites de « reprise de cas ».

4.6. Les co-interventions et le travail normal

De nombreuses sages-femmes semblent pratiquer couramment certaines « co-interventions ». Ici le terme « co-intervention » englobe l'ensemble des actes associés à l'administration de l'oxytocine, réalisées pendant la surveillance du travail spontané. Dans notre étude, les sages-femmes pratiquent toujours ou dès que possible les positions maternelles ou l'hydratation et l'alimentation des parturientes au cours de leur suivi. On remarque aussi qu'elles ont souvent recours au soutien continu, à l'amniotomie et à la direction active du travail.

Cette fréquence d'utilisation, a nécessité un chapitre entier des recommandations(46). Malheureusement, le seul objectif des RPC était d'étudier l'impact des co-interventions sur les

dystocies dynamiques et sur le recours à l'oxytocine, sans évaluer leur impact plus global sur le travail et surtout la satisfaction et le bien-être des patientes associées.

Les résultats semblent d'un premier abord décevant car peu d'interventions modulent le recours à l'oxytocine. Mais sont-elles pour autant inutiles ?

Une étude de 2014 (47) démontre que l'immersion en baignoire augmente la satisfaction des parturientes de leur vécu de l'accouchement. On retrouve par exemple, la description de l'effet antalgique de l'eau. L'étude des variations posturales au cours du travail, ne change certes pas notre utilisation de l'oxytocine mais semble satisfaire pleinement les couples et les sages-femmes. Une enquête observationnelle, réalisée en 2014, n'a relevé aucun effet délétère de cette pratique et relevait même une diminution significative du recours à la césarienne (48).

Ces différentes prises en charge semblent avoir leur place dans les maternités. Notre étude révèle que la quasi-totalité des sages-femmes pense que les co-interventions ont un impact sur le déroulement du travail spontané ou sur les dystocies. Il est donc important d'évaluer l'efficacité et la sécurité de ces pratiques, très largement utilisées, en y associant l'avis des parturientes afin d'aboutir à des recommandations pour la pratique clinique.

L'autre message de ce chapitre des RPC est la recommandation d'encourager un soutien continu pendant le travail (grade B). Les sages-femmes, au cours de notre étude, semblent conscientes de l'intérêt de ce soutien continu. Il se définit par une présence permanente d'une tierce personne, apportant un soutien affectif et émotionnel, du confort, en plus d'informations sur la progression du travail et de conseils pour faciliter le travail. Ce soutien, par un professionnel ou non, est associé à moins de complications materno-foetales et correspond à une augmentation du nombre d'accouchements spontanés et une diminution du risque d'Apgar bas.

Ces résultats révèlent l'importance du concept « une femme, une sage-femme », allant à l'encontre des politiques restrictives des hôpitaux et à la demande de baisse du numéris clausus. « La sage-femme n'est pas un service vertical offert comme un segment étroit du système de santé. Les services des sages-femmes constituent un élément essentiel de la couverture sanitaire universelle » (28).

5. Conclusion

Dans la deuxième partie du XX^{ème} siècle, de grands progrès obstétricaux et néonataux ont été possibles. En France, ils se sont accompagnés d'une vision de la grossesse et de l'accouchement basée sur le risque. Mais ce principe a induit une forme de surmédicalisation du suivi des grossesses normales, ainsi qu'une prise en charge obstétricale standardisée.

En 2016, le Collège National des Sages-Femmes a fait paraître les premières recommandations pour la pratique clinique pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Elles ont mis en lumière une nécessaire redéfinition des stades du travail normal, jusqu'alors basée sur celles de Friedman (1956), et pointé la nécessité de contrôler l'usage de l'oxytocine, préconisant la mise en place de protocoles.

Nous avons étudié la diffusion et l'impact de ces RPC dans le suivi du travail physiologique. Nous avons exploité 93 questionnaires de sages-femmes exerçant en salle de naissance.

Nos résultats montrent qu'il existe encore trop peu de protocoles d'utilisation de l'oxytocine au sein des salles de naissance. Nous relevons cependant une évolution dans la prise en charge du travail normal et, notamment une réelle prise de conscience d'un certain excès dans l'utilisation de l'oxytocine. Malgré cela, des progrès restent à faire sur la notification de l'oxytocine dans le dossier et la disponibilité des protocoles dans les services.

Aussi, si ces RPC signent une évolution majeure dans la vision de la naissance et valident l'importance du rôle des sages-femmes, soulignant la valeur ajoutée de l'accompagnement qu'elles peuvent apporter aux femmes, leur mise en œuvre reste corrélée aux questions organisationnelles au sein des établissements et nécessitera un questionnement plus large sur le fonctionnement actuel de nos maternités.

6. Bibliographie

1. Colasse S. La question de l'accouchement extrahospitalier en France de 1974 à 1994. Mém - Éc Sages-Femmes St Antoine - Paris. 2 juin 2016;92.
2. Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. Sociol Trav. avr 2005;47(2):245-62.
3. Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : accouchement normal : Accompagnement physiologique et interventions médicales. déc 2017;47.
4. Giraud A. Accoucher « naturellement » : profils, attentes et motivations des femmes enceintes. Vocat Sage-Femme. 21 nov 2015;14(117):14-7.
5. Kayem G. Déroulement du travail : quelles définitions de la normalité ou de la dystocie ? Rev Sage-Femme. sept 2015;14(4):151-6.
6. Morin C, Leymarie M-C. La sage-femme peut-elle réduire le taux de césariennes ? Prof Sage-Femme. févr 2015;(212):22-9.
7. CIANE. L'enquête: Déclenchement et accélération du travail : information et consentement à revoir ! avr 2012;3.
8. Maria B, Dauplain G. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 9 mars 2008;32(7):606-16.
9. Neyrand G. L'évolution des lieux de naissance. [Httpswww-Em--Prem-Combibliopamuniv-Cathol](https://www-em--Prem-Combibliopamuniv-Cathol) [Internet]. 26 mars 2018 [cité 2 avr 2018]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.bibliopam.univ-catholille.fr/article/1205087/resultatrecherche/7>
10. Dupont C, Carayol M, Le Ray C. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Rev Sage-Femme. févr 2017;16(1):111-8.
11. Le Ray C, Théau A, Ménard S. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. juin 2014;43(6):413-23.
12. Reyat F, Dhainaut C, Poncelet C. Médecine fondée sur les preuves : principes et applications à la chirurgie gynécologique et à l'obstétrique. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 mars 2003;31(3):252-5.

13. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociol Sociétés*. 2007;39(1):123-44.
14. E MBH and van T. Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20719418>
15. World Health Organization. Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique: rapport d'un groupe de travail technique. 1997.
16. Pederoda L. Utilisation de l'ocytocine de synthèse lors d'un travail spontané : état des lieux à la maternité de Chambéry. *Mém - Éc Sages-Femmes Univ Médecine Grenoble-*. 20 juin 2016;48.
17. Sabouret J. L'utilisation de l'ocytocine de synthèse par les sages-femmes en Limousin. [Limoges]: école de sage-femme; 2014.
18. Blanc-Petitjean P. Ocytocine de synthèse et travail spontané. Étude avant-après la mise en place d'un protocole à l'hôpital Louis-Mourier. 4 avr 2013;84.
19. Roland C, Blanchet É, Poumeyrol D. Évaluation des pratiques d'utilisation de l'ocytocine de synthèse pendant le travail. *Vocat Sage-Femme*. 12 mars 2015;14(113):35-9.
20. Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. févr 2003;101(2):216.
21. Friedman EA. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. déc 1956;8(6):691-703.
22. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol*. déc 2010;116(6):1281.
23. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM. Neonatal and Maternal Outcomes With Prolonged Second Stage of Labor: *Obstet Gynecol*. juill 2014;124(1):57-67.
24. Harper LM, Caughey AB, Roehl KA. Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. juin 2014;210(6):536.e1-536.e7.
25. Rossignol M, Chaillet N, Boughrassa F. Interrelations Between Four Antepartum Obstetric Interventions and Cesarean Delivery in Women at Low Risk: A Systematic Review and Modeling of the Cascade of Interventions. *Birth*. mars 2014;41(1):70-8.
26. Petersen A, Poetter U, Michelsen C. The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. *Arch Gynecol Obstet*. août 2013;288(2):245-54.
27. Horton R, Astudillo O. The power of midwifery. *The Lancet*. sept 2014;384(9948):1075-6.
28. Lerberghe WV, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of

midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet*. 27 sept 2014;384(9949):1215-25.

29. Coulm B, Bonnet C, Blondel B. Enquête nationale périnatale, rapport 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. [Internet]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
30. ANSM. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. 2015 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0258013.htm>
31. Les-droits-de-prescription-des-sages-femmes.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Les-droits-de-prescription-des-sages-femmes.pdf>
32. Haute Autorité de Santé - OXYTOCINE MEDAC [Internet]. 2014 [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1719407/fr/oxytocine-medac
33. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 2 : indications de l'oxytocine au cours du premier et du deuxième stade du travail spontané. *Rev Sage-Femme*. 1 févr 2017;16(1):22-35.
34. Belghiti J, Coulm B, Kayem G. Administration d'ocytocine au cours du travail en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale 2010. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. nov 2013;42(7):662-70.
35. INSERM, TNO child health. European perinatal health report : Health ans care of pregnant women ans babies in europe in 2010. 2010.
36. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy: *Obstet Gynecol*. janv 2008;111(1):97-105.
37. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JIP, Bloemenkamp KWM, van Roosmalen J. Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. juill 2009;116(8):1069-78; discussion 1078-1080.
38. HAS guide d'utilisation syntocinon. 22 juillet 2009droit.
39. HAS. Evaluation des pratiques professionnelles rapport de l'expérimentation nationale audit clinique cible appliqué à évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. 2006.
40. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. 2000.
41. Assorin L. Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble. 2012;48.
42. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
43. PLAN PERINATALITE : humanité, proximité, sécurité, qualité. 2005 2007 ;44.

44. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 6 : risques et effets indésirables fœtaux, et pédiatriques de l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. Rev Sage-Femme. 1 févr 2017;16(1):83-98.
45. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 5 : risques et effets indésirables materno-fœtaux liés à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Rev Sage-Femme. 1 févr 2017;16(1):63-82.
46. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 3 : interventions associées à l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané. Rev Sage-Femme. 1 févr 2017;16(1):36-48.
47. Poder TG, Larivière M. Bénéfices et risques de l'accouchement dans l'eau : une revue systématique. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 oct 2014;42(10):706-13.
48. Lepleux F, Hue B, Dugué AE. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. Rev Sage-Femme. 14 oct 2014;13(5):231-141.

Annexes

Annexe 1 : marque page RPC oxytocine et pratique clinique

Logo du diffuseur

5 UI d'oxytocine dans 500 mL de glucose 5%

Administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. Rev. Sage-Femme. Paris; (2017) 16, 111—118.

Débit (mUI/min)	Vitesse (mL/h)
2	12
4	24
6	36
8	48
10	60
12	72
14	84
16	96
18	108
20	120

Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharoux C, Riethmüller D et le groupe RPC.

Recommandation pour la pratique clinique 2016
 Minimum 30 min entre chaque palier
 Ne pas dépasser 20 mUI/min

CNSF Collège National des Sages-Femmes de France

1^{er} stade du travail

Phase de latence
 (contractions régulières et dilatation cervicale)
 Pas d'intervention systématique (si possible, RAM avant oxytocine)

Phase active
 Intervention si vitesse de dilatation <1cm/4h | <1cm/2h

2^{ème} stade du travail

Phase de descente
 Intervention si durée >2h

Phase d'expulsion

0 cm 5 7 10

En collaboration avec le CNOF Collège National des Obstétriciens Français

Annexe II : questionnaire

Nombre d'années en salle de naissance (hors études) :

Niveau de la maternité

Existe-t-il un protocole d'administration de l'oxytocine en salle de naissance ?

oui

non

ne sait pas

Quelle est la date de parution du protocole ?

Savez-vous que des recommandations du CNSF sur l'administration de l'Oxytocine au cours du travail spontané sont parues en décembre 2016 ?

oui

non

En connaissez vous le contenu ?

oui, correctement

oui, dans les grandes lignes

non

Répercussion des RPC sur votre pratique clinique lors du suivi d'un travail spontané

Selon vous, ces RPC sont-elles pertinentes dans la pratique actuelle ?

Tout à fait d'accord

Pas du tout d'accord

Ces nouvelles recommandations vous ont-elles poussé(e) à changer vos pratiques concernant la redéfinition du travail normal ?

oui

non

Ces nouvelles recommandations vous ont-elles poussé(e) à changer vos pratiques, concernant l'administration de l'oxytocine ?

oui

non

Quels changements particuliers dans votre pratique clinique ? (Par exemples concernant l'utilisation du partogramme, l'installation en salle de naissance, l'administration de l'oxytocine ou encore la durée du travail) la définition des stades du travail spontané

Pensez-vous que les standards du travail spontané devaient être redéfinis ?

oui

non

Pensez-vous qu'il y a une médicalisation excessive, lors du travail spontané, en salle de naissance ?

oui

non

ne sait pas

Quelle définition de la phase de latence utilisez-vous, en terme de dilatation ? (une seule réponse possible)

du début jusqu' 2 à 3 cm

du début jusqu'3 à 4 cm

du début jusqu'4 à 5 cm

du début jusqu'5 à 6 cm

du début jusqu'6 à 7 cm

Dans votre pratique, ces recommandations vous ont-elles poussé(e) à allonger la surveillance en salle de pré-travail, permettant de différer l'installation des femmes en salle de naissance?

oui

non

ne sait pas

Quand considérez-vous cette dilatation comme anormale ?

Dilatation anormale au cours de la phase de latence

Dilatation < 1cm/h au cours de la phase active

Dilatation < 1cm/4h en début de phase active

Dilatation < 1cm/2h après 7 cm de dilation

Existe-t-il une durée du travail normal ?

oui

non

De l'indication et de l'efficacité de l'oxytocine au cours du premier stade et du deuxième stade du travail spontané :

Quelles sont les indications strictes de l'oxytocine (service médical rendu important) ?

Dystocie dynamique dans la phase de latence

Dystocie dynamique dans la phase de latente avec membranes rompues

Dystocie dynamique dans la phase active sans membranes rompues

Variété postérieure ou transverse

Déclenchement

Atonie utérine consécutive à une hémorragie césarienne

Glissez-déposez vos réponses ici.

Quels sont les intérêts de l'administration d'Oxytocine ?

Diminution du nombre de césariennes

Diminution de la durée du travail

Meilleur score d'Agpar à la naissance

Meilleures issues maternelles et foetales

Traitement de la dystocie dynamique

Simplification des problématiques organisationnelles

A quel fréquence utilisez-vous ces co-interventions ?

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	souvent	toujours ou dès que possible
direction du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
amniotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soutien Continu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immersion en baignoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relaxation (massage, réflexothérapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation de Spasfon, ou de magnésium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positions maternelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydratation, alimentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensez-vous que ces co-interventions ont un impact sur le déroulement du travail spontané ou sur les dystocies ?

oui

non

Les utiliserez-vous plus fréquemment après la lecture des recommandations ?

oui

non

Modalité d'administration de l'Oxytocine au cours du travail spontané

Inscrivez-vous dans le dossier médical de la patiente l'administration de l'Oxytocine ?

oui

non

Que marquez-vous ?

Y a-t-il eu un changement depuis les RPC concernant le remplissage ?

oui

non

Précisez

Connaissez-vous les effets indésirables maternels, fréquents ou non, de l'Oxytocine ?

oui

non

Pouvez-vous en citer quelques-uns ?

Lors de l'administration de l'oxytocine, informez- vous les patientes ? (Si oui, déplacez la case à droite)

du motif médical

de la mise en place du traitement

des bénéfices d'administration

des effets indésirables

des modifications de l'administration

Risques et effets indésirables foetaux et pédiatriques de l'administration de l'Oxytocine au cours du travail spontané.

Pensez-vous qu'il existe des risques et des effets indésirables dus à l'administration d'oxytocine pour le fœtus ?

oui

non

Citez le(s) risque(s) foetaux de l'administration de l'Oxytocine

Croyez-vous que les effets liés à ces risques peuvent aller au delà de la naissance ?

oui

non

ne sait pas

Analgésie péridurale et utilisation de l'Oxytocine au cours du travail spontané

Pensez-vous que la péridurale a un effet sur le travail spontané ?

oui

non

Nécessite-t-elle, alors, une plus large utilisation d'oxytocine ?

oui

non

Annexe III : Avis favorable CRD2M



Avis de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la FMM

Intitulé de la recherche :

Travail Spontané et Oxytocine : mise en oeuvre des premières
RPC du CNSF

Investigateur principal : GISSEROT Astrid

Mémoire de Maïeutique

Mémoire de DFS

Thèse d'exercice de Médecine

Date de réunion de la CRD2M : 26/09/17

Avis de la CRD2M : FAVORABLE

DEFAVORABLE

Si avis favorable, type d'étude retenu :

- Recherche interventionnelle
- Recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales
- Recherche non interventionnelle relevant de la loi Jado
- Recherche non interventionnelle hors loi Jado
- Recherche rétrospective sur données existantes
- Evaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques
- Recherche bibliographique

Si avis défavorable, justification :

Remarques éventuelles :

Le référent Maïeutique de la CRD2M :

Nom : EMMERY Blaise

Date : 26/09/17

Signature :

Le référent Médecine de la CRD2M :

Nom :

Date :

Signature :

Annexe IV : Accord des cadres pour diffusion du questionnaire



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
 Filière Maïeutique
 56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
 Tél. : 03-20-13-47-36
 firm-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION

pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : GISSEROT - Astud.	Date de la demande : 23 octobre 2017.
---	---------------------------------------

DEMANDE	
Sujet de la recherche : Travail spontané et réflexe : Mise en œuvre des premiers RPE du CNSF	
Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude) Il s'agit d'une évaluation des pratiques professionnelles, grâce à la diffusion d'un questionnaire numérique aux sages femmes travaillant en salle de naissance.	
Lieu	
Service	Salle de Naissance
Période de l'étude	
Modalités de l'étude	Questionnaire <input checked="" type="checkbox"/>
	Entretiens <input type="checkbox"/>
	Recueil de données <input type="checkbox"/>
	Autres (précisez)

Signatures :		
	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	DELGRANCHE Alice	ROUX Christiane
Qualité :	Med. Gynécologie Obstétriciale	Annexe Maïeutique
Signature :		

AUTORISATION		
Nom :	LACQUE Céline	
Qualité :	SF coordinatrice	
Signature :		
Remarques :		

Annexe V : Accord de la CNIL

Traitement n°113	Mémoire– FMM – Gisserot 2017 « Travail spontané et oxytocine : mise en œuvre des premières RPC du CNSF »
Date de mise en œuvre	Octobre 2017
Finalité principale	Inciter les sages-femmes travaillant en salles de naissance à s’informer des nouvelles recommandations. Optimiser leur utilisation de l’oxytocine.
Détails des finalités des traitements	<ul style="list-style-type: none"> - Relever l’existence ou non d’un protocole d’administration de l’oxytocine en salle de naissance - Evaluer les connaissances des SF sur les RPC en elles-mêmes, et évaluer l’impact des RPC sur la pratique courante des SF
Service chargé de la mise en œuvre	FMM département de maïeutique
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s’exerce le droit d’accès	Astrid Gisserot astrid.gisserot@lacatholille.fr Anne Buyssechaert, Correspondante Informatique et Libertés : cil@univ-catholille.fr
Catégories de personnes concernées par le traitement	Des sages-femmes travaillant en salles de naissance au moment de l’étude, dans les maternités du Réseau Ombrel et toutes les maternités du NPDC.
Catégories de données traitées : Identité Coordonnées Réponses aux questions	Détails des données traitées : Identité : nom, prénom des cadres Coordonnées : <ul style="list-style-type: none"> - mail professionnel de la sage-femme Coordinatrice de chaque maternité pour transmission par mail aux sages-femmes. Les mails des cadres sont obtenus par le réseau personnel d’Astrid Gisserot et via les Réseaux Ombrel, Pauline, Réseau Périnatal Hainaut, Bien Naître en Artois. - Adresse IP de l’ordinateur

	<p>Réponses aux questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données professionnelles : durée d'exercice en salles de naissance, niveau de la maternité. - Pratique clinique de la sage-femme. <p>Les données professionnelles et les réponses aux questions sont collectées par le biais du logiciel Sphinx.</p>
<p>Catégories de destinataires : Astrid Gisserot, étudiante ; Sage-femme référente, Brigitte Emmery. Directeur de mémoire, Dr Aline Delgranche Equipe SUN</p>	<p>Données concernées : Astrid Gisserot, étudiante : toutes (sauf adresse IP) Sage-femme référente, Brigitte Emmery : accès aux réponses. Directeur de mémoire Dr Aline Delgranche: accès aux réponses. Equipe SUN : adresse IP et réponses.</p>
Durée de conservation	Durée de l'étude.
Mise à jour (date et objet)	Sans objet
Modalités d'informations	<p>Entête du questionnaire</p> <p>« Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime, et de suppression aux informations vous concernant. Vous pouvez pour ce faire vous adresser à Astrid Gisserot, astrid.gisserot@lacatholille.fr »</p>
Type de formalité	<p>Déclaration normale.</p> <p>Disposer d'un CIL dispense des formalités auprès de la CNIL.</p>

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2018**

<u>Titre</u> : TRAVAIL SPONTANE ET OXYTOCINE
<u>Auteur</u> : Astrid GISSEROT <u>Sous la direction de</u> : Aline DELGRANCHE
<u>Mots-clés</u> : Travail spontané - Oxytocine – Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
<u>Introduction</u> Le Collège National des Sages-Femmes a publié en 2016 ses premières recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané et la redéfinition du travail normal. Nous avons souhaité savoir comment sont accueillies ces RPC dans le quotidien des salles de naissance, en évaluant leur diffusion, notamment par l'existence ou non d'un protocole, et en relevant leur impact sur les pratiques obstétricales. <u>Matériel et méthode</u> Etude quantitative, prospective et multicentrique auprès de sages-femmes travaillant en salle de naissance dans les maternités des départements du Nord et du Pas-de-Calais. <u>Résultats</u> Accessibles d'octobre à décembre 2017, nos questionnaires en ligne ont permis le recueil de 93 questionnaires exploitables. Dans cette population, 76 SF disent avoir eu connaissance de la parution des RPC, dont 69 les ont lues. Une sous-population de 42 SF affirme avoir modifié ses pratiques d'administration de l'oxytocine (posologie adaptée, utilisation différée, moins fréquente), tandis que 43 SF se sont approprié la redéfinition du travail normal, en étant davantage attentives au respect de la phase de latence. L'existence d'un protocole d'administration de l'oxytocine est objectivée par 36 SF. Les intérêts de l'oxytocine apparaissent bien connus des SF, même si leurs réponses sont moyennement exactes concernant ses indications strictes. <u>Conclusion</u> Nous avons observé une évolution dans la prise en charge du travail normal, à la fois par sa redéfinition et par la réelle prise de conscience des sages-femmes de certains excès dans l'utilisation de l'oxytocine, suite à la parution des RPC. Malgré cela, il existe trop peu de protocoles d'utilisation de l'oxytocine au sein des salles de naissance. Touchant à un questionnement plus large sur la prise en charge de l'accouchement normal, la mise en œuvre plus aboutie des recommandations pourrait être corrélée à des questions organisationnelles dans les établissements.