



HAL
open science

Utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané : état des lieux des pratiques professionnelles au CHRU de Brest du 1er janvier au 30 juin 2018

Aurore Almaza

► **To cite this version:**

Aurore Almaza. Utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané : état des lieux des pratiques professionnelles au CHRU de Brest du 1er janvier au 30 juin 2018. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02179136

HAL Id: dumas-02179136

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02179136>

Submitted on 11 Feb 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Ecole de Sages-femmes
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

Mémoire de fin d'étude
Diplôme d'Etat de Sage-femme
Année 2019

**Utilisation de l'oxytocine au cours du travail
spontané : état des lieux des pratiques professionnelles
au CHRU de Brest du 1^{er} janvier au 30 juin 2018**

Présenté et soutenu par :

Aurore ALMANZA

Née le 05 Février 1995

Remerciements

A Monsieur François ANOUILH, sage-femme enseignant, pour ses conseils et son soutien tout au long de ce travail.

A tous les enseignants et personnels de l'Ecole de Sages-femmes pour leur disponibilité au cours des toutes ces années d'études.

A Madame Florence GOSSELIN, secrétaire aux archives du CHRU, pour sa gentillesse et le temps accordé à mon travail.

A mes parents et ma sœur pour leur affection et encouragements depuis toujours.

A mes camarades de promotion pour tous ces fous rires et bons moments passés ensemble au cours des quatre dernières années.

A Claire et Baptiste, mes plus anciens amis.

A tous mes autres amis pour leur soutien et leur présence.

Glossaire

APD : Analgésie péridurale

APO : Administration prophylactique d'oxytocine

ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

AVB : Accouchement voie basse

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-femmes de France

DA/RU : Délivrance artificielle/Révision utérine

ENP : Enquête Nationale Périnatale

HPP : Hémorragie du post-partum

LAC : Liquide amniotique clair

LAT : Liquide amniotique teinté

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaine d'aménorrhée

SDN : Salle de naissance

RU : Révision utérine

Table des matières

Introduction.....	1
Matériel et Méthode.....	3
1) Objectifs.....	3
2) Étude.....	3
2.1) Type.....	3
2.2) Lieu et période.....	3
3) Population étudiée.....	3
4) Variables recueillies.....	4
5) Stratégie d'analyse.....	4
Résultats.....	5
1) Diagramme d'inclusion.....	5
2) Les caractéristiques de la population étudiée.....	6
2.1) Population maternelle.....	6
2.2) Population néonatale.....	7
2.3) Issues obstétricales.....	9
3) Durée du travail.....	11
4) Indications d'utilisation de l'oxytocine.....	12
5) Modalités d'administration de l'oxytocine.....	15
Discussion.....	18
1) Respect des recommandations.....	18
2) Impact sur l'organisation hospitalière.....	20
3) Prises en charges alternatives.....	21
4) Forces et limites de l'étude.....	22
5) Propositions.....	23
Conclusion.....	25
Références bibliographiques.....	27
Annexes	

Introduction

L'ocytocine est une hormone aux multiples actions dans notre organisme. Son domaine d'application s'étend du domaine de la sexualité, de la confiance en soi, du bonheur jusqu'à celui de l'allaitement maternel [1]. Une de ses actions est d'assurer la contractilité utérine lors du travail du fait de sa fixation sur les récepteurs utérins. Cette hormone est donc nécessaire au déroulement du travail spontané physiologique et de l'accouchement. Son homologue de synthèse au mécanisme d'action identique, l'ocytocine, s'est imposé dans le traitement des situations pathologiques telles que la dystocie de démarrage ou l'hypocinésie utérine au cours du travail spontané [2] [3] [4].

L'administration de l'ocytocine durant le travail est une pratique généralisée dans les pays développés y compris en France. En effet, en 2010, 64 % des femmes en travail ont reçu de l'ocytocine [5]. De nombreuses études ont cependant montré que cette utilisation banalisée n'était pas sans risque et favorisait la survenue de certaines complications. L'utilisation importante chez une parturiente d'ocytocine favorise les hémorragies du post-partum [6] et l'hyperstimulation utérine pouvant provoquer des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) [7] [8].

Les sages-femmes sont en première ligne pour apprécier la nécessité ou non d'y avoir recours car elles réalisent la majorité des accouchements en France. En effet, d'après l'enquête nationale périnatale 2016, 87,4% des accouchements par voie basse non instrumentale seraient réalisés par des sages-femmes [9]. Dans un souci de sécurité des patientes et de diminution des complications, les professionnels accompagnant la naissance tendent aujourd'hui vers un usage plus limité de ce produit [10]. En 2016, seulement 44,3% des femmes en travail spontané ont reçu de l'ocytocine contre 57,6% en 2010 [9]. Il n'existait cependant pas de recommandations pour son administration en dehors des situations de déclenchements [11].

Devant l'utilisation de cette thérapeutique, non dénuée de risques, le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) a travaillé à l'élaboration de recommandations afin de réduire les risques liés à l'administration d'ocytocine et d'uniformiser les pratiques professionnelles.

Cela a abouti à la publication, en décembre 2016, de recommandations sur l'utilisation de l'oxytocine chez les femmes en travail spontané. Elles sont les premières recommandations éditées par des sages-femmes.

Les recommandations redéfinissent les stades du travail spontané, précisent les indications, les modalités ainsi que l'efficacité de l'administration d'oxytocine et enfin décrivent les effets indésirables maternels, fœtaux et néonataux liés à cette administration médicamenteuse [12].

Les recommandations du CNSF sur l'administration de l'oxytocine ont été éditées dans un but de protection des parturientes. Une utilisation plus raisonnée de cette thérapeutique permettrait de réduire les risques de survenue de certaines complications obstétricales [12]. Ce texte appelle à des changements dans la pratique quotidienne des équipes obstétricales. Au CHRU de Brest, un nouveau protocole « *Utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané* » tenant compte des recommandations a été édité en août 2017.

Dans ce travail, nous souhaitons apprécier l'impact des recommandations pour la pratique éditées par le CNSF sur la pratique des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Brest un an après leur parution. A ce jour, les recommandations du CNSF sont-elles appliquées en salle de naissance au CHRU de Brest ?

Notre étude a pour objectif de déterminer dans quelle mesure sont respectées les recommandations sur l'administration de l'oxytocine. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux autres alternatives proposées aux couples afin de favoriser l'avancement du travail.

Matériel et Méthode

1) Objectifs :

L'objectif principal est de mesurer le respect des recommandations du CNSF sur l'administration d'oxytocine.

L'objectif secondaire est de déterminer quelles sont les prises en charges alternatives à l'oxytocine proposées aux couples en salle de naissance.

2) Étude :

2.1) Type :

Notre étude est une étude rétrospective à type d'évaluation des pratiques professionnelles. Dans notre travail, nous réalisons la première étape de cette démarche.

2.2) Lieu et période :

L'étude est réalisée au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest. L'étude intègre des patientes ayant accouché entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 juin 2018 inclus.

3) Population étudiée :

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection de la population de l'étude sont basés sur ceux de la population mentionnée dans les recommandations du CNSF [11].

Les critères d'inclusion sont :

- Grossesse unique
- Travail spontané
- Présentation céphalique
- Grossesse à terme (≥ 37 SA)
- Accouchement au CHRU de Brest entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2018 inclus
- Administration d'oxytocine au cours du travail

Les critères d'exclusions sont :

- Grossesse multiple
- Maturation cervicale
- Déclenchement du travail
- Présentation non céphalique
- Prématurité (< 37 SA)
- Retard de croissance intra-utérin
- Utérus cicatriciel
- Mort foétale in utéro

La sélection des dossiers a été faite à partir des données transmises par le Département des Informations Médicales (DIM). Cette liste de patientes a ensuite été confrontée aux données du cahier d'accouchement. Sur la période étudiée 95 dossiers correspondaient à l'ensemble des critères. Nous n'en avons inclus que 94. En effet un dossier n'était pas disponible aux archives.

4) Variables recueillies :

Les caractéristiques maternelles, néonatales, obstétricales et relatives à la durée du travail ont été recueillies afin de décrire la population étudiée.

Nous avons ensuite recueilli les données nécessaires à l'étude des modalités d'administration de l'oxytocine. Pour cela, nous avons rassemblé les différents éléments se rapportant à l'indication d'introduction de l'oxytocine et à l'attitude du professionnel lors de son utilisation.

L'ensemble des données collectées permettent une vision globale des pratiques en salle de naissance. Les données sont collectées dans les dossiers et entrées dans un tableur Microsoft Office Excel®.

5) Stratégie d'analyse :

Les données recueillies ont été analysées et traitées via le logiciel Excel®. Les résultats sont présentés sous forme de pourcentages de dossiers respectant les recommandations pour chaque item.

Résultats

1) Diagramme d'inclusion :

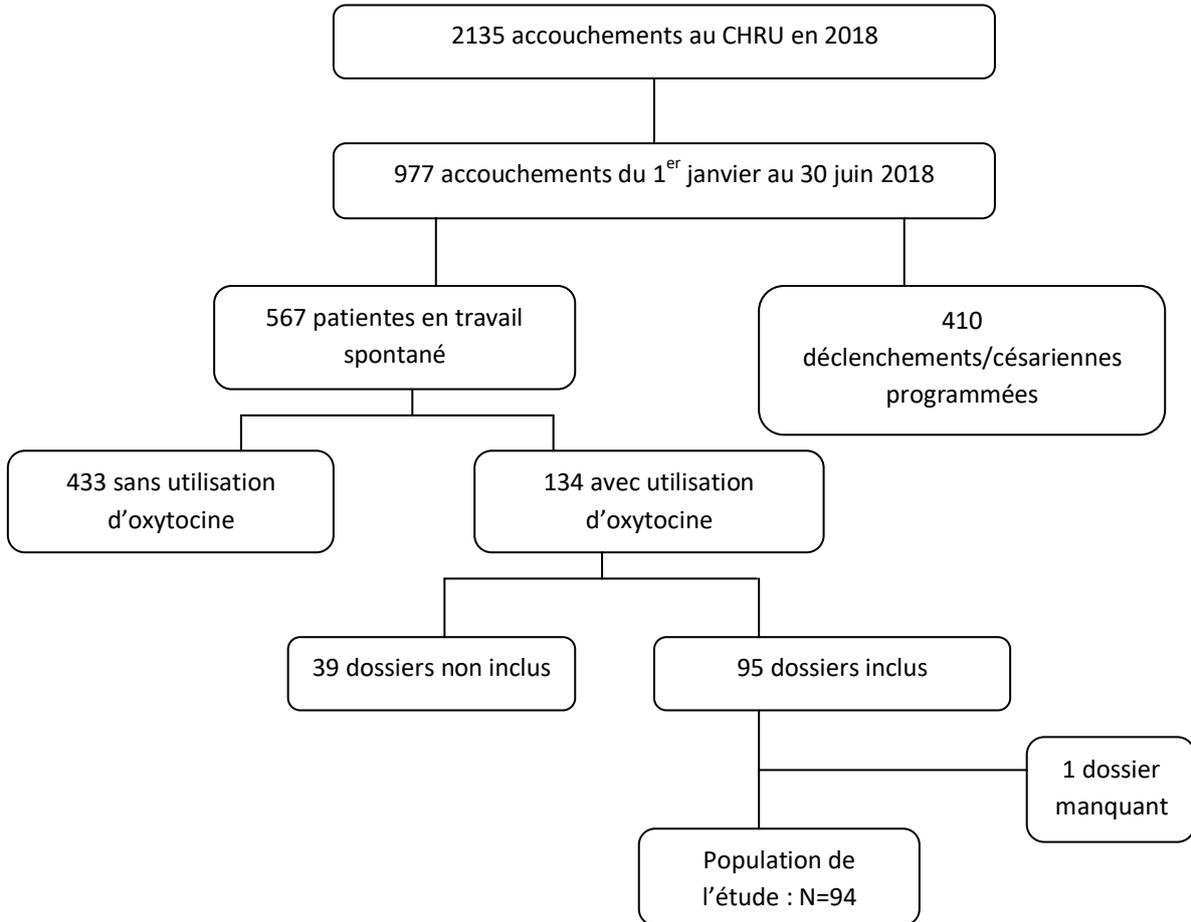


Figure 1 : Diagramme de flux des patientes de l'étude

2) Les caractéristiques de la population étudiée :

2.1) Population maternelle :

La population N est de 94 patientes.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population maternelle

	Moyenne	[min ; max]
Age des patientes	28,2	[17 ; 40]
IMC	24,4	[15,5 ; 48]
Gestité	1,9	[1 ; 6]
Parité	1,4	[1 ; 4]
Terme	39 +2	[37 +1 ; 41 +5]

L'âge moyen des patientes est de 28,2 ans.

L'indice de masse corporelle moyen est de 24,4 kg/m².

La parité moyenne au sein de la population est de 1,4 accouchement.

Les patientes incluses dans l'étude ont accouché à un terme compris entre 37 SA + 1 jour et 41 SA + 5 jours.

Nous détaillons dans le tableau suivant la répartition de la parité des femmes au sein de la population.

Tableau 2 : Répartition de la parité au sein de la population maternelle

Parité	Nombre de patientes	Pourcentage de la population
Primipare	65	69,15%
Deuxième pare	19	20,21%
Troisième pare	8	8,51%
Quatrième pare	2	2,13%
Total	94	100%

Le tableau montre que la majorité des patientes ayant reçu de l'oxytocine sont des primipares. En effet, elles représentent 69,15% de la population étudiée. On constate une décroissance de la proportion d'utilisation en fonction de la parité. Plus les femmes ont accouché et moins elles sont susceptibles de nécessiter de l'oxytocine.

2.2) Population néonatale

Tableau 3 : Caractéristiques de la population néonatale

	moyenne	[min ; max]
Poids de naissance (en grammes)	3430	[2745 ; 4470]
Apgar à 1 minute	9,0	[2 ; 10]
Apgar à 3 minutes	9,8	[5 ; 10]
Apgar à 5 minutes	9,9	[7 ; 10]

Les enfants nés au sein de la population étudiée ont un poids de naissance moyen de 3430 grammes.

La très grande majorité des enfants nés au sein de la population étudiée a présenté une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Quand cela ne fut pas le cas, des mesures de réanimation pédiatrique ont été nécessaires et sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 4 : Alimentation, réanimation néonatale et transfert néonatal

	Nombre	Pourcentage sur la population totale
<u>Réanimation en SDN :</u>		
Aucune	85	90,43%
Par SF	2	2,13%
Par équipe réanimation	7	7,45%
<u>Transfert :</u>		
Aucun	93	98,94%
En réanimation	1	1,06%
En néonatalogie	0	0,00%
<u>Alimentation :</u>		
Maternelle	62	65,96%
Artificielle	32	34,04%

Sur l'ensemble des enfants nés au sein de la population étudiée, neuf ont nécessité une réanimation en salle de naissance soit 9,58% de la population néonatale. Les gestes retrouvés sont l'aspiration, la ventilation au masque, l'utilisation d'une pression expiratoire positive en ventilation spontanée. Il est également retrouvé une aspiration sous contrôle visuel au laryngoscope dans le cadre d'un liquide amniotique méconial. Seul un enfant a nécessité un transfert dans le service de réanimation néonatale, aucun dans le service de néonatalogie et les 93 autres ont pu accompagner leur mère lors de leur passage dans le service de maternité.

L'alimentation choisie par les parents en salle de naissance se répartit de la manière suivante. L'alimentation maternelle représente 65,96% de la population néonatale. Le reste des enfants, correspondant à 34,04% de la population, a bénéficié d'une alimentation artificielle en salle de naissance. Ces données ne se rapportent qu'au choix d'alimentation en salle de naissance et non à celle appliquée lors de la sortie de maternité.

2.3) Issues obstétricales :

Tableau 5 : Etat des membranes à l'entrée en salle de naissance

	Nombre	Pourcentage
Intactes	56	59,57%
Fissurées	8	8,51%
Rompues avec LAC	28	29,79%
Rompues avec LAT	1	1,06%
Rompues avec LA sanguant	1	1,06%

La majorité des patientes sont rentrées en salle de naissance avec des membranes intactes. Elles représentent 59,57% des femmes incluses dans l'étude. Le reste des patientes soit 40,42% de la population présentait une rupture ou une fissuration des membranes.

Tableau 6 : Utilisation d'une analgésie péridurale durant le travail

	Nombre	Pourcentage
<u>Recours à l'APD :</u>		
Oui	93	98,94%
Non	1	1,06%

La quasi-totalité des patientes (98,94%) a eu recours à une analgésie péridurale. La seule patiente qui n'a pas eu d'analgésie péridurale a bénéficié d'un protocole Ultiva® car elle présentait une contre-indication à l'analgésie péridurale. Il n'a pas été étudié la dilatation à laquelle l'analgésie péridurale a été mise en place chez les parturientes.

Le tableau suivant présente les caractéristiques obstétricales et détaille le mode d'accouchement, la couleur du liquide amniotique à l'expulsion, la présence d'éventuelles complications ainsi que les lésions périnéales.

Tableau 7 : Issues obstétricales au sein de la population étudiée

	Nombre	Pourcentage
<u>Mode</u>		
<u>d'accouchement :</u>		
AVB spontané	49	52,13%
Césarienne	13	13,83%
Ventouse	17	18,09%
Spatules	13	13,83%
Forceps	2	2,13%
<u>Couleur LA à</u>		
<u>l'expulsion :</u>		
Clair	73	77,66%
Teinté	16	17,02%
Méconial	5	5,32%
<u>Complications :</u>		
Aucune	80	85,11%
HPP	7	7,45%
Dystocie des épaules	7	7,45%
<u>Délivrance :</u>		
APO	70	74,47%
Manuelle	13	13,83%
DA/RU	3	3,19%
Révision utérine	8	8,51%
<u>Lésions périnéales :</u>		
Aucune	10	12,35%
1^{er} degré	41	50,62%
2nd degré	16	19,75%
Episiotomie	13	16,05%
Périnée complet non compliqué	1	1,23%

Les patientes incluses dans l'étude ont accouché par voie basse spontanée dans 52,13% des cas. On retrouve ensuite l'accouchement voie basse instrumentale (34,05%) et la réalisation d'une césarienne dans 13,83% des accouchements.

Le liquide amniotique était de couleur clair dans 77,66%, teinté dans 17,02% et méconial dans 5,32% des accouchements étudiés.

Aucune complication n'est survenue dans 85,11% des cas. En cas de complications, on retrouve dans la série étudiée la même fréquence de survenue pour les hémorragies du post-partum et pour les dystocies des épaules (7,45%). Pour les dystocies des épaules, toutes sauf une ont nécessité l'utilisation de la manœuvre de McRoberts associée à une pression sus-pubienne. Une des dystocies a nécessité la réalisation de la manœuvre de Jacquemier. Concernant les hémorragies, la majorité a fait suite à une naissance par césarienne (57,14%). On retrouve une utilisation de sulprostone (Nalador[®]) dans 42,86% des dossiers d'hémorragies.

3) Durée du travail

La population N varie en fonction du nombre de patientes concernées par cette étape du travail. Toutes les durées sont exprimées en heures à l'exception de la durée des efforts expulsifs qui est en minutes.

Tableau 8 : Durée moyenne des différentes phases du travail

	Population	Moyenne	[min ; max]
Durée totale du travail	N = 94	10,0	[3,5 ; 17,5]
Durée d'ouverture de l'œuf	N = 94	12,4	[2 ; 120]
Durée de la phase de latence	N = 92	3,4	[0 ; 11,0]
Durée de la phase active (5-7 cm)	N = 94	2,4	[0 ; 9]
Durée de la phase active (7-10 cm)	N = 89	2,5	[0,5 ; 7]
Durée de la phase de descente	N = 86	1,9	[0 ; 4,5]
Durée des efforts expulsifs	N = 84	18	[1 ; 55]

La durée moyenne du travail sur la population étudiée est de 10,0 heures.

Le temps moyen d'ouverture de l'œuf est de 12,4 heures avec des durées allant de 2 heures à 120 heures (cinq jours).

La durée de la phase de latence est en moyenne de 3,4 heures avec des valeurs allant jusqu'à 11 heures.

Le temps moyen de dilatation entre 5 cm et 7 cm est de 2,4 heures et de 2,5 heures en moyenne entre 7 cm et dilatation complète.

La phase de descente a une durée comprise entre 0 heure et 4,5 heures avec une moyenne de 1,9 heure. Les efforts expulsifs ont duré 18 minutes en moyenne avec un intervalle d'une à 55 minutes.

4) Indications d'utilisation de l'oxytocine :

Tableau 9 : Dilatation cervicale et état des membranes lors de l'introduction d'oxytocine

	Nombre	Pourcentage
<u>Dilatation à l'introduction</u>		
<u>d'oxytocine :</u>		
< 5 cm	27	28,72%
≥ 5 cm	67	71,28%
<u>Etat des membranes à</u>		
<u>introduction d'oxytocine</u>		
<u>(RAPDE/RSPDE) :</u>		
Rompues	90	95,74%
Intactes	4	4,26%

L'administration d'oxytocine a été débutée avant 5 cm de dilatation pour 28,72% des patientes.

L'oxytocine a été administrée à des patientes avec des membranes intactes dans 4,26% des cas. On retrouve cette situation à quatre reprises et la décision était argumentée de manière écrite dans 50% de ces cas (présentation trop haute). Seul deux dossiers ne respectent pas la recommandation sur la réalisation d'une amniotomie avant l'introduction d'oxytocine.

Les recommandations du CNSF précisent d'attendre un délai minimal d'une heure entre la rupture de la poche des eaux et l'introduction d'oxytocine en cas de stagnation. Dans tous les dossiers où les membranes étaient rompues lors de l'introduction d'ocytociques (N = 90), ce délai minimum a été respecté.

Dans tous les dossiers, une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal et de l'activité utérine est retrouvée.

Tableau 10 : Traçabilité de l'information des patientes et de l'indication d'utilisation

	Nombre	Pourcentage
<u>Information tracée :</u>		
Oui	6	6,38%
Non	88	93,62%
<u>Indication d'utilisation de l'oxytocine :</u>		
Ecrite	38	40,43%
Non retrouvée	56	59,57%

La traçabilité de l'information préalable et du consentement de la patiente à l'utilisation de l'oxytocine n'est retrouvée que dans six dossiers (6,38%). Les recommandations ne sont pas respectées dans 93,62% des dossiers sur ce point.

L'indication d'utilisation de l'oxytocine est écrite dans 40,43% des dossiers. Dans les dossiers ne respectant pas les recommandations du CNSF (59,57%), les indications ont pu être déduites à la suite de l'étude du partogramme et du l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal sauf pour un dossier où aucune indication n'a pu être retenue.

Les indications retrouvées sont : stagnation de la dilatation (34,79%), hypocinésie utérine (31,30%), non-engagement à dilatation complète (30,43%), variété postérieure (0,87%), début des efforts expulsifs (0,87%) et présentation haute (0,87%).

Le tableau suivant présente les taux de respect des recommandations sur l'introduction de l'oxytocine selon la durée de la stagnation de dilatation. En effet, les durées de stagnation tolérées avant l'introduction d'ocytociques ne sont pas les mêmes en fonction de la dilatation cervicale. La stagnation ou le non engagement à dilatation complète sont retrouvés dans 75 dossiers comme l'indication principale à l'utilisation d'ocytociques dont 63 à partir de cinq cm de dilatation.

Tableau 11 : Respect des recommandations sur les durées de stagnation avant l'introduction d'oxytocine selon la dilatation cervicale

	Nombre de patientes	Pourcentage
<u>Dilatation entre 5-7 cm :</u>		
Respect	0	0,0%
Non-respect	12	100,0%
<u>Dilatation entre 7-10 cm :</u>		
Respect	8	53,33%
Non-respect	7	46,67%
<u>Phase de descente :</u>		
Respect	17	47,22%
Non-respect	19	52,78%

Pour l'introduction de l'oxytocine sur indication de stagnation, les recommandations sont respectées dans 39,68% des dossiers étudiés (25 dossiers sur 63). Pour les femmes qui ont reçu une administration entre 5 et 7 cm, aucun dossier ne respecte les recommandations. Dans tous les cas étudiés, l'introduction de l'oxytocine est faite avant un délai de quatre heures sans évolution de la dilatation.

Pour une stagnation de la dilatation entre 7 et 10 cm, 53,33% des dossiers sont conformes aux recommandations et observent un respect de deux heures de stagnation avant d'introduire de l'oxytocine. A dilatation complète, 47,22% des dossiers respectent un délai de deux heures sans progression du mobile foetal avant toute introduction d'oxytocine.

Avant le recours aux ocytociques, des méthodes non médicamenteuses peuvent être proposées aux femmes par les professionnels accompagnant le travail. Le tableau suivant présente la répartition des alternatives proposées. Certaines femmes ont bénéficié de plusieurs techniques pendant le travail.

Tableau 12 : Prises en charges alternatives aux ocytociques

	Nombre de femmes	Pourcentages
Acupuncture	13	13,83%
Bain	1	1,06%
Mobilisation	65	69,15%
Rotation manuelle (variété postérieure)	2	2,13%
Ballon	3	3,19%
Pas d'alternatives proposées	10	10,64%

La technique la plus utilisée dans la population étudiée est la mobilisation de la patiente (69,15%). On retrouve ensuite l'acupuncture (13,83%), le ballon (3,19%), le bain (1,06%) et la rotation manuelle de la présentation en variété postérieure (2,13%). Les données précédentes ne tiennent pas compte de la réalisation d'une amniotomie comme prise en charge alternative. Dans les cas de rotation manuelle, la dilatation cervicale lors de la réalisation du geste n'a pas été étudiée. On peut remarquer que pour 10,64% des femmes nous n'avons retrouvé dans les dossiers aucune proposition d'alternative à l'oxytocine.

5) Modalités d'administration de l'oxytocine :

La traçabilité de l'administration doit faire apparaître le nom du produit utilisé, la quantité de substance active et sa dilution. Dans 11,70% des dossiers, une ou plusieurs de ces informations sont manquantes. La dilution standardisée n'est pas respectée dans de nombreux cas.

L'unité de débit recommandée est le mUI/min. Cette unité n'est utilisée dans aucun dossier. Les débits sont exprimés en ml/heure.

Le tableau suivant reprend les taux de respect des recommandations sur les modalités d'administration des ocytociques.

Tableau 13 : Recommandations sur les modalités d'administration de l'oxytocine

	Population	Nombre	Pourcentage
<u>Intervalle de 30 min entre deux augmentations de débit :</u>	N = 65		
Respect		50	76,92%
Non-respect		15	23,08%
<u>Augmentation du débit par pallier d'augmentation de 2mUI/min :</u>	N = 65		
Respect		65	100,0%
Non-respect		0	0,0%
<u>Traçabilité des modalités d'administration :</u>	N = 94		
Respect		83	88,30%
Non-respect		11	11,70%
<u>Respect des débits d'administration recommandés :</u>	N = 94		
Respect		94	100,0%
Non-respect		0	0,0%

Un délai de 30 minutes entre deux augmentations de débit est observé dans 76,92% des dossiers où une évolution du débit d'administration est retrouvée. L'évolution se fait toujours par pallier de 2 mUI/min comme préconisé.

L'ensemble des dossiers étudiés respectent les recommandations sur le débit d'administration à savoir un débit initial de 2 mUI/min et un débit maximal de 20 mUI/min. Les recommandations préconisent également d'indiquer la dose totale d'oxytocine reçue par une patiente. Cette donnée n'est retrouvée dans aucun dossier.

Discussion

1) Respect des recommandations :

L'analyse des résultats permet de répondre à l'objectif principal de l'étude qui était de déterminer le taux de respect des recommandations. Nous avons constaté des taux qui diffèrent selon les points étudiés.

Nous retrouvons une adhésion totale sur les points concernant le débit initial et maximal recommandé d'administration de l'oxytocine. Le débit n'est cependant jamais exprimé en mUI/min comme recommandé mais en ml/heure. L'augmentation des doses se fait, dans la totalité des dossiers étudiés, par pallier de 2mUI/min comme spécifié dans les recommandations du CNSF. La surveillance du rythme cardiaque fœtal et de l'activité utérine lors de l'utilisation de l'oxytocine est un autre point toujours respecté. Le dernier point toujours suivi est l'observation d'un délai minimum d'une heure entre l'ouverture de la poche des eaux et l'introduction d'oxytocine.

Il y a quatre dossiers (4,26%) où la rupture artificielle a été réalisée suite à l'introduction d'ocytociques et non avant comme recommandé. Dans deux de ces cas, cette décision du praticien était argumentée et tracée dans le dossier. Ces deux situations sont retenues comme étant en accord avec les recommandations.

Les recommandations ne précisent pas les temps de tolérance sans évolution de la dilatation en phase de latence. Le marque-page élaboré par le CNSF, reprenant les recommandations, précise la présence de contractions régulières, d'une dilatation cervicale durant la phase de latence et l'absence d'intervention systématique. Cependant dans le corps du texte des recommandations, il est seulement dit : « *Avant 5 cm, il est recommandé de ne pas réaliser de façon systématique ni une amniotomie, ni l'administration d'oxytocine quelle que soit la vitesse de dilatation* » [12]. Aucune mention de la dynamique utérine n'est faite. La prise en charge de chaque situation est laissée à l'appréciation des professionnels. Au cours de notre étude, nous retrouvons une administration d'oxytocine avant cinq centimètres de dilatation chez 28,72% des femmes.

Nous avons constaté que les points relatifs à la traçabilité sont les moins respectés. Cependant celle sur les modalités d'administrations de la thérapeutique est présente dans 88,30% des dossiers. Dans les dossiers ne respectant pas ce point, une ou plusieurs informations étaient manquantes. Il a été retrouvé des cas où seul le nom du produit était utilisé sans indication de la dilution utilisée ou encore l'absence d'unité de débit. Enfin, aucun des dossiers ne mentionne la dose totale d'oxytocine reçue par la patiente au cours du travail.

La traçabilité a un rôle primordial dans la sécurité du patient afin d'éviter toute erreur d'administration ou de surdosage du produit particulièrement dans les cas où le suivi n'a pu être effectué par un seul professionnel. Il est également à noter que la traçabilité de l'information et du consentement de la patiente revêt un caractère médico-légal. En effet, la recherche d'un consentement libre et éclairé faisant suite à une information claire, loyale et appropriée est une obligation légale [13]. La loi Kouchner du 4 mars 2002 précise que l'utilisation d'une thérapeutique est soumise au consentement du patient et que celui-ci peut être retiré à tout moment. En 2012, une étude du collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) a révélé qu'un tiers des parturientes disaient ne pas avoir été informées de l'administration d'oxytocine et que 55% des femmes informées ne se sont pas vues demander leur consentement [14]. Notre étude retrouve une traçabilité de ces éléments de 6,38%. En l'absence d'écrits dans le dossier, il est impossible de connaître l'existence de ce dialogue avec la femme. La traçabilité permet donc une protection du patient ainsi que du soignant.

Le second axe des recommandations le moins respecté est celui des temps de stagnation. Nous avons pu constater que le respect de quatre heures sans évolution de la dilatation cervicale en présence d'une dynamique utérine et d'un rythme cardiaque fœtal normal entre cinq et sept centimètres ne se retrouve pour aucune des situations concernées au cours de notre étude. Nous retrouvons une meilleure adhésion à un respect de deux heures de stagnation entre sept et dix centimètres ou lors de la phase de descente à dilatation complète. On peut se demander si cette différence vient d'une méconnaissance des professionnels vis-à-vis des recommandations ou d'un choix de leur part.

On peut s'interroger de l'impact des souhaits de la patiente sur sa prise en charge dans cette situation de non-évolution de la dilatation cervicale. Les patientes sont-elles informées en amont de cette possibilité de stagnation au cours du travail et si oui des délais considérés comme physiologiques ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a formulé des recommandations avec pour finalité une « expérience positive de l'accouchement » pour toutes les femmes [15].

L'OMS recommande d'informer les femmes de la durée moyenne de la phase de latence et de la phase active du travail. Il faut également leur préciser que ces temps sont très variables d'une femme à l'autre. Une méconnaissance des durées de travail peut entraîner un mauvais vécu du travail et de l'accouchement par la création d'un décalage entre les représentations du couple et les événements survenus. Or un mauvais vécu augmente les risques de difficultés d'attachement précoce entre la mère et son enfant [16].

Dans notre étude, les durées de travail n'ont pas été analysées en fonction de la parité. Il n'a pas non plus été réalisé de comparaison des vitesses de dilatation selon la présence ou non d'oxytocine.

2) Impact sur l'organisation hospitalière

On peut également s'interroger de l'impact de ces recommandations sur le temps d'occupation des salles de naissances. En effet, l'allongement des délais de stagnation avant toute administration d'oxytocine est un facteur favorisant l'augmentation de la durée du travail. Cette occupation prolongée des locaux risque de soulever la question des places disponibles en salle de naissance. De plus, l'accompagnement d'une parturiente dans un parcours peu médicalisé nécessite du soutien de la part de l'équipe et du temps afin qu'elle puisse le mener au bout dans les meilleures conditions. Cette augmentation d'activité aurait des conséquences sur la charge de travail de l'équipe obstétricale.

Ces deux éléments tendent à souligner les difficultés matérielles et humaines pouvant être rencontrées lors de l'application des recommandations sur la stagnation.

Le nombre de salle de travail et le personnel affecté en salle de naissance sont fixés par un document réglementaire : le Code de la Santé Publique. Un décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement d'une unité autorisée à pratiquer des activités obstétriques a été publié au journal officiel en 1998 [17]. L'évolution des pratiques professionnelles et du respect de la physiologie impactent les conditions de travail. Il y a un déséquilibre entre les pratiques actuelles et les contraintes en découlant et celles ayant servi de référence à l'élaboration des décrets de 1998.

3) Prises en charges alternatives :

Le second objectif de cette étude était d'étudier les moyens autres que l'oxytocine pouvant être proposés. Les alternatives à l'utilisation d'oxytocine sont nombreuses et variées. Elles peuvent permettre d'éviter l'utilisation d'ocytociques ou être utilisées en complément. On ne retrouve cependant pas d'arguments scientifiques permettant d'attester de l'efficacité de ces méthodes [11]. Nous avons souhaité connaître les alternatives à l'oxytocine utilisées au CHRU de Brest sur la période étudiée.

La mobilisation de la patiente est la technique la plus couramment retrouvée au cours de notre étude (69,15%). Elle est faite de manière horizontale au travers de diverses postures avec le soutien d'un coussin d'allaitement pour le confort et maintien de la patiente. On ne retrouve pas de cas de mobilisation verticale ou de déambulation une fois le travail commencé. La mobilité des femmes à bas risque obstétrical et particulièrement dans une position verticale est recommandée par l'OMS depuis 2014 [19]. La mobilisation permettrait également d'augmenter la satisfaction des couples à l'issue du travail et de l'accouchement [19].

D'après l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, 80,2% des femmes en France sont satisfaites de la prise en charge par l'équipe obstétricale lors de la rédaction d'un projet de naissance ou de l'expression de demandes particulières au cours du travail [9]. Ces résultats bien que prometteurs soulignent la nécessité de poursuivre les actions entreprises afin de répondre davantage aux souhaits des patientes. En France, peu de femmes expriment leurs demandes au cours du travail ou rédigent un projet de naissance. En 2016, seul 3,7% des femmes ont rédigé un projet de naissance [9].

Les recommandations de l'OMS sur l'expérience positive de l'accouchement encouragent la communication entre la parturiente et les professionnels. Des échanges de qualités permettent l'accompagnement de la femme et un respect de ses souhaits [15]. La satisfaction des femmes n'est pas étudiée dans notre étude.

D'autres alternatives non-médicamenteuses sont retrouvées pour favoriser la dilation. La réalisation d'un bain ou l'utilisation d'un ballon ont été proposées lors d'une phase d'expectative pendant les prémices du travail.

L'acupuncture est une autre technique pouvant être proposée aux femmes. Elle représente le second moyen non-médicamenteux le plus utilisé dans notre étude. Sa pratique nécessite

une formation complémentaire validée par l'ordre des sages-femmes [20]. Cette alternative ne peut donc pas être proposée par l'ensemble des sages-femmes exerçant en salle de naissance. On constate également que pour près de 10% des patientes de l'étude aucune alternative non-médicamenteuse n'est retrouvée dans le dossier. Or, il existe une volonté des sociétés scientifiques de diminuer la médicalisation de l'accouchement avec la parution en décembre 2017 de recommandations pour la bonne pratique. Ce texte publié par la Haute Autorité de Santé porte sur l'accouchement normal et l'accompagnement de la physiologie [21]. Cette moindre médicalisation du travail et de la naissance est une évolution internationale comme l'attestent les recommandations de l'OMS de février 2018 [14].

4) Forces et limites de l'étude :

Notre étude dresse un état des lieux des pratiques concernant l'administration d'oxytocine en salle de naissance chez les femmes en travail spontané. Les critères d'inclusions et d'exclusions utilisés sont basés sur ceux des recommandations afin de se rapprocher au maximum des conditions décrites dans le texte du CNSF. Nous avons ajouté comme critère d'inclusion l'administration d'oxytocine au cours du travail. Nous n'avons donc pas conservé l'intégralité des dossiers des patientes en travail spontané répondant à l'ensemble des critères du CNSF sur la période au CHRU de Brest. Cela a créé un biais de sélection pour les indications d'utilisation car les patientes n'ayant pas reçu d'oxytocine en accord avec les nouvelles recommandations ne sont pas représentées dans la population étudiée. Ce travail porte donc davantage sur le respect des modalités d'administration de l'oxytocine en accord avec les recommandations du CNSF.

Le CHRU de Brest est une maternité de niveau III accueillant des patientes avec des pathologies obstétricales diverses. Nous pouvons supposer que la proportion de patientes correspondant aux critères de sélection est plus faible que dans un autre établissement pouvant intervenir sur moins de situations à risques. Les recommandations ont été éditées pour des patientes à bas risque obstétrical lors de leur entrée en salle de naissance. Le CHRU est la seule structure de niveau III du Finistère. Il est donc susceptible d'accueillir une proportion non négligeable de femmes présentant des facteurs de risques les excluant de la prise en charge selon les recommandations du CNSF.

Le recrutement des patientes a été fait en croisant les données fournies par le département d'informations médicales du CHRU et le cahier d'accouchement. Cette méthode de recrutement ainsi qu'une durée de six mois sont les forces de cette étude. La durée choisie permet une représentation de la situation en salle de naissance au moment de l'étude. Près de la moitié des naissances de l'année 2018 au CHRU de Brest ont eu lieu sur la période étudiée.

La réalisation sous forme d'étude rétrospective ne permet pas de connaître la réflexion du praticien lors du suivi des patientes. En effet, les recommandations du CNSF ne visent pas une pratique normative et identique pour toutes les patientes mais à offrir un support de réflexion aux professionnels.

Ce travail ne tient pas non plus compte de l'activité dans le service sur la garde. Une garde chargée avec de nombreuses patientes en travail est-elle un frein à cet accompagnement et donc un facteur favorisant le recours à des moyens médicamenteux ?

5) Propositions :

Au cours de cette étude, nous avons pu constater que les recommandations ne sont principalement pas respectées sur les aspects de traçabilité. Il pourrait être utile de sensibiliser les équipes sur ce point précis de leurs pratiques professionnelles et particulièrement sur la traçabilité des doses utilisées et sur la délivrance de l'information et la recherche du consentement.

La traçabilité des débits doit évoluer du ml/heure vers le mUI/min. Cette modification des pratiques peut être facilitée et accompagnée par l'utilisation des outils créés par le CNSF lors de l'élaboration des recommandations (Annexe III). Ces réglottes de conversion sont un support pour faciliter la transition vers une utilisation du mUI/min comme unité de référence pour le débit d'administration de l'oxytocine. L'affichage en grand format d'une réglotte pourrait faciliter l'évolution des pratiques vers un respect des recommandations.

La réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit dans une démarche qualité des établissements et visent l'amélioration de la sécurité des patients lors des soins [22]. Les pratiques actuellement existantes en salle de naissance suite à la

parution des recommandations du CNSF sont à évaluer de manière plus complète. Cela nécessiterait un travail complémentaire incluant toutes les patientes en travail spontané. Cela permettrait de tenir compte des patientes n'ayant pas reçu d'oxytocine en accord avec les recommandations et de préciser ainsi le respect des recommandations d'indications d'introduction de l'oxytocine dans les cas de stagnation de la dilatation.

Conclusion

La médicalisation des accouchements dans les pays développés est un sujet au cœur des préoccupations des femmes depuis quelques années. Les thérapeutiques utilisées ne sont pas dénuées de risques et peuvent être associées à d'importantes complications en cas d'utilisation excessive. Cette volonté des parturientes à bénéficier d'un accompagnement plus naturel et les risques inhérents à la surmédicalisation ont conduit les professionnels à modifier leurs pratiques et les sociétés scientifiques à travailler sur des recommandations. Le Conseil National des Sages-femmes de France a été la première à émettre des recommandations en ce sens. Celles-ci abordent les indications et l'usage de l'oxytocine chez les femmes en travail spontané.

L'accompagnement des femmes au cours du travail est une compétence des sages-femmes qui sont les professionnels de référence dans le suivi des situations physiologiques. Les recommandations du CNSF ont un impact important sur leurs pratiques quotidiennes.

Notre étude a pour objectif d'évaluer le respect des recommandations et dans un second temps de déterminer les alternatives non-médicamenteuses à l'administration d'oxytocine.

Cet état des lieux des pratiques professionnelles réalisé au CHRU de Brest montre d'importantes variations du respect des recommandations selon les points étudiés. Les modalités d'administrations de l'oxytocine sont respectées dans la grande majorité des cas. La surveillance fœtale et maternelle en continu lors de l'utilisation d'oxytocine est toujours mise en place ainsi que l'observance d'un délai d'une heure entre l'amniotomie et l'oxytocine

En revanche, les traçabilités d'introduction et d'utilisation de ce produit sont insuffisantes. La traçabilité de l'information faite à la patiente au moment de l'introduction est particulièrement peu retrouvée. La tolérance des temps de stagnation est également très inégale selon les stades du travail avec aucun dossier ne respectant une durée de quatre heures entre 5 et 7 centimètre de dilatation.

La plupart des patientes a pu bénéficier de moyens non-médicamenteux tels que la mobilisation en complément d'une administration d'oxytocine. Ces méthodes, bien que non-scientifiquement validées, accompagnent l'avancement du travail et améliorent le vécu du travail et de l'accouchement.

Notre étude ne permet pas d'analyser de façon complète le respect des recommandations sur l'administration de l'oxytocine chez les patientes. Un travail complémentaire semble indiqué. Il permettrait un point de vue global des pratiques des sages-femmes en salle de naissance à travers l'inclusion de l'ensemble des femmes en travail spontané répondant aux critères de sélection même en l'absence d'administration d'oxytocine sur la période précédemment étudiée.

Les processus de questionnement et la réalisation d'évaluations des pratiques professionnelles tendent à une amélioration de la qualité des soins et donc à une augmentation de la sécurité du patient tout au long de son parcours hospitalier.

Références bibliographiques

[1] : Martin-Du Pan RC. L'ocytocine : hormone de l'amour, de la confiance et du lien conjugal et social. Rev Med Suisse. 2012;8:627-630

[2] : VIDAL. Oxytocine. Mise à jour le 16 janvier 2013. [En ligne]. <https://www.vidal.fr/substances/4027/oxytocine/> Consulté le 14 octobre 2018

[3] : Base de données publique des médicaments. Oxytocine. Mise à jour le 03 décembre 2018. [En ligne]. <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60613673> Consulté le 14 octobre 2018

[4] : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. SYNTOCINON 5 U.I/1 ml, solution injectable en ampoule. Mise à jour en 2017. [En ligne]. [https://ansm.sante.fr/searchengine/detail/\(cis\)/63355694](https://ansm.sante.fr/searchengine/detail/(cis)/63355694) Consulté le 14 octobre 2018

[5] : Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants U.953 Inserm. Enquête Nationale Périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mise à jour en mai 2011. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf Consulté le 27 octobre 2018

[6] : Belghiti J, Kayem G, Dupont C et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage : a population-based, cohort-nested case-control study. BMJ Open. 2011. [En ligne]. <https://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000514> Consulté le 22 octobre 2018.

[7] : Simpson KR, James DC. Effects of oxytocin-induced uterine hyperstimulation during labor on fetal oxygen status and fetal heart rate patterns. Am J Obstet Gynecol. 2008 ; 199(1) : 34.

[8] : Bakker PC, Van Geijn HP. Uterine activity : implications for the condition of the fetus. J Perinat Med. 2008 ; 36 :30-37

[9] : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale et Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête Nationale Périnatale Rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Mise à jour en octobre 2017. [En ligne]. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf Consulté le 22 octobre 2018

[10] : Institut National de la santé et de la recherche médicale. La santé des mères et des nouveau-nés : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2016. Mise à jour le 11 octobre 2017. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_communiquee.pdf Consulté le 22 octobre 2018

[11] : Haute Autorité de Santé. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Mise à jour en avril 2008. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf Consulté le 28 février 2019.

[12] : Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Rev sage-femme. 2017;16:111-118 .

[13] : Legifrance. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Mise à jour le 05 mars 2002. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015&categorieLien=id> Consulté le 14 octobre 2018

[14] : CIANE. Déclenchements et accélérations du travail : information et consentement à revoir ! Mise à jour en avril 2012. [En ligne]. <https://ciane.net/2012/04/declenchement-et-acceleration-du-travail-information-et-consentement-a-revoir/> Consulté le 9 février 2019

[15] : Organisation Mondiale de la Santé. Recommandation de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Mise à jour février 2018. [En ligne]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf> Consulté le 28 février 2019.

[16] : Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoce mère-bébé ? Rev. Med. Périnat. 2016 ; 8(4) : 199-206.

[17] : Legifrance. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Mise à jour le 10 octobre 1998. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id> Consulté le 28 février 2019.

[18] : Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations relatives à l'accélération du travail. Mise à jour en avril 2015. [En ligne]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200210/WHO_RHR_15.05_fre.pdf?sequence=1 Consulté le 28 février 2019.

[19] : Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. Rev. Sage-femme. 2014 ; 13(5) : 231-241.

[20] : Conseil National de l'ordre des sages-femmes. Les activités nécessitant des diplômes complémentaires. Mise à jour en 2018. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/formation-complementaire/> Consulté le 14 octobre 2018

[21] : Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Mise à jour en décembre 2017. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf . Consulté le 30 mars 2018.

[22] : Haute autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Mise à jour en Juin 2005. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf Consulté le 28 février 2019.

Annexes

Annexe I : « Utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané », protocole du CHRU de BREST

	PROCEDURE	Réf : GYN-GO-SDN/PRO-00561
	Utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané	Date : 03/07/2017
		Version : 01
Service émetteur : Bloc obstétrique Rédacteur : CAM S.		
Domaine d'application - Personnel concerné : Sages femmes, obstétriciens, internes d'obstétrique		
Références de la (des) procédure(s) associée(s) :		
Validation par : Pr P. MERVIEL, Chef de Service Gynécologie – Obstétrique		Signé le : 03/08/2017

SOMMAIRE GENERAL

1.	OBJET	2
2.	DOMAINE D'APPLICATION – PERSONNELS ET SERVICES CONCERNES	2
3.	RESPONSABILITES	2
4.	REFERENCES INTERNES ET EXTERNES – DOCUMENTS ASSOCIES	2
5.	ABREVIATIONS ET DEFINITIONS	2
6.	DESCRIPTION DE L'OBJET - CONTENU	2
7.	EVALUATION.....	3
	REACTUALISATION – MISE A JOUR.....	3
9.	ANNEXES	3

	PROCEDURE	Réf : GYN-GO-SDN/PRO-00561
	Utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané	Date : 03/07/2017
		Version : 01

1. OBJET

Cette procédure a pour objet de définir les critères d'instauration de l'oxytocine pendant le travail à terme sans utérus cicatriciel et d'en décrire les modalités d'utilisation.

2. DOMAINE D'APPLICATION – PERSONNELS ET SERVICES CONCERNES

Les personnels concernés par cette procédure, exerçant en salle de naissance, sont :

- Gynécologues obstétriciens
- Sages-femmes
- Internes de gynécologie obstétrique
- Anesthésistes réanimateurs

3. RESPONSABILITES

Il convient à tous les professionnels ayant droit de prescription de cette spécialité médicamenteuse d'appliquer cette procédure.

4. REFERENCES INTERNES ET EXTERNES – DOCUMENTS ASSOCIES

- Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie 45 (2017) 56-61. C Dupont et al.
- CIANE4/04/2012communiqué de presse: déclenchements et accélération du travail: informations et consentement à revoir, enquête auprès de 4400 femmes. <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/05/CPResutatsEnquete.pdf>

5. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

- CU : contraction utérine
- RAM : rupture artificielle des membranes
- ARCF : anomalie du rythme cardiaque foetal

6. DESCRIPTION DE L'OBJET - CONTENU

6.1 Généralités pharmaceutiques

- Oxytocine de synthèse, utilisée sous la spécialité Syntocinon ® 5UI/ml, solution injectable en ampoule
- Thérapeutique indiquée dans les troubles de contractilité utérine ; per ou post partum
- Précautions de conservation : à conserver entre +2°C et +8°C

6.2 Modalités de préparation per partum

- Comme toute spécialité médicamenteuse, l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail nécessite une prescription médicale ; son administration doit être horodatée, identifiable et signée. Une information au patient doit être donnée.
- Les paliers des débits d'administration doivent être exprimés en mUI/min et la dose totale d'oxytocine reçue pendant le travail doit apparaître sur le partogramme.
- Nécessité d'une voie veineuse périphérique fonctionnelle, si possible équipée d'une valve anti-reflux
- Diluer 5UI d'oxytocine dans 50ml de G5%.
- Utilisation d'une seringue électrique.
- Débit initial de **2mUI/min** SOIT 1,2ml/h puis augmentation par paliers de 2mUI/min, soit 1,2ml/H, en respectant un délai de 30 minutes entre chaque paliers.
- Dès obtention d'une modification cervicale ou de 5 CU/10 min ; arrêter l'augmentation des doses.
- Ne pas dépasser un débit absolu de 20 mUI/min soit, 12 ml/h.

	PROCEDURE	Réf : GYN-GO-SDN/PRO-00561
	Utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané	Date : 03/07/2017
		Version : 01

6.3 Surveillance paraclinique

En cas d'administration d'oxytocine per partum, la surveillance de l'activité utérine et du rythme cardiaque fœtal concomitant devra être continue.

En cas de mauvaise qualité d'enregistrement de la contractilité utérine et en l'absence de contre indication, l'utilisation d'une tocométrie interne est souhaitée.

6.4 Utilisation de l'oxytocine per partum

6.4.1 1° Stade du travail, phase de latence (jusqu'à 5 cm)

Avant 5 cm, l'administration d'oxytocine n'est pas recommandée de manière systématique quelle que soit la vitesse de dilatation. Si nécessaire et si possible, une RAM doit être privilégiée avant toute administration d'oxytocine.

6.4.2 1° Stade du travail, phase active (de 5 à 10 cm)

La dystocie dynamique se définit à ce stade comme une stagnation de la dilatation de 4 H entre 5 et 7 cm ou de plus de deux heures après 7 cm.

Il est alors recommandé de pratiquer une RAM puis d'évaluer après une heure la nécessité, ou non, d'administrer de l'oxytocine.

En cas de dystocie dynamique à membranes rompues, l'administration d'oxytocine doit être instaurée sans délai.

6.4.3 2° Stade du travail (10 cm jusqu'à expulsion)

En cas de prolongation du 2° stade du travail au-delà de 2 H, une administration d'oxytocine doit être débutée afin de favoriser la progression de la présentation.

A noter : en cas de présentation céphalique transverse ou postérieure, aucun argument scientifique ne permet de recommander l'administration systématique d'oxytocine (accord professionnel).

6.5 Effets indésirables

En cas d'hyperactivité utérine (hypercinésie ou hypertonie) engendrant des ARCF, la perfusion d'oxytocine devra être arrêtée.

La persistance d'une hypertonie associée à des ARCF sévères devra donner lieu à une tocolyse d'urgence par Nitronal® décrite dans le MOP-01893.

7. EVALUATION

Ce changement de pratique sera évalué dernier trimestre 2017 par une évaluation de pratiques professionnelles. Certains dossiers ou prise en charge remise en question pourront faire l'objet d'une analyse en RMM.

8. REACTUALISATION – MISE A JOUR

Cette procédure pourra être mise à jour selon les recommandations professionnelles.

9. ANNEXES

Annexe 1 : Tableau des correspondances mUI/min et ml/h lors d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané

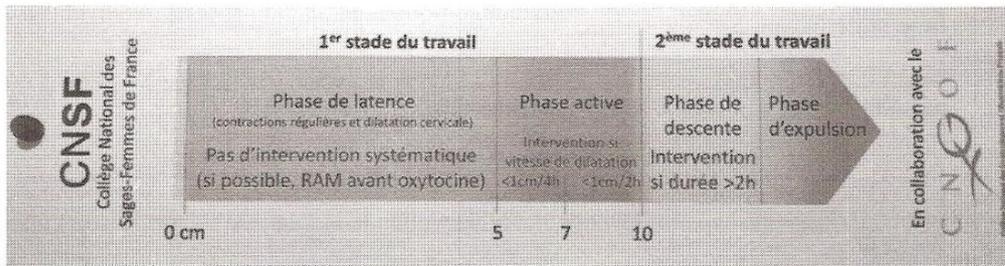
	PROCEDURE	Réf : GYN-GO-SDN/PRO-00561
	Utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané	Date : 03/07/2017
		Version : 01

Tableau des correspondances mUI/min et ml/h

5UI d'oxytocine dans 50 ml de G5%

Débit (mUI/min)	Vitesse (ml/h)
2	1,2
4	2,4
6	3,6
8	4,8
10	6,0
12	7,2
14	8,4
16	9,6
18	10,8
20	12,0
Ne jamais dépasser 20mUI/min	Minimum 30 min entre chaque palier

Annexe 2 : Synthèse schématique des recommandations



Utilisation d'une analgésie péridurale : Oui Non

Mode d'accouchement :

- Voie basse spontanée
- Césarienne (préciser motif)
- Voie basse instrumentale (préciser instrument utilisé)

Couleur du liquide amniotique à l'expulsion :

Complications :

- Hémorragie de la délivrance
- Dystocie des épaules
- Aucune
- Autre (préciser)

Délivrance :

- Administration prophylactique d'oxytocine
- Manuelle
- Révision utérine
- Délivrance artificielle/Révision utérine

Périnée :

- Intact
- Déchirure du 1^{er} degré
- Déchirure du 2nd degré
- Episiotomie
- Périnée complet compliqué
- Périnée complet non compliqué

Pertes sanguines totales (en ml) :

Durée du travail : exprimées en heures sauf pour les efforts expulsifs (en minutes)

Durée totale du travail :

Durée totale d'ouverture de l'œuf :

Durée de la phase de latence (< 5cm) :

Durée de la phase active (5-7 cm) :

Durée de la phase active (7-10 cm) :

Durée de la phase de descente :

Durée des efforts expulsifs :

Indications d'utilisation de l'oxytocine :

Dilatation cervicale à l'introduction :

Etat des membranes lors de l'introduction :

Si rompues : mode de rupture et délai entre rupture et oxytocine

Indication d'introduction de l'oxytocine :

(Si stagnation préciser la durée de la stagnation)

Traçabilité de l'indication : écrite déduite d'après le partogramme

Traçabilité de l'information et du consentement de la patiente : Oui Non

Prise en charge non médicamenteuse proposée :

Traçabilité de la dose totale d'oxytocine administrée : Oui Non

Modalités d'administration de l'oxytocine :

Dilution de l'oxytocine : UI d'oxytocine dans ml de

Unité de débit utilisée :

Débit initial :

Débit maximal :

Délai entre deux augmentations du débit d'oxytocine (en minutes) :

Valeurs des paliers d'augmentation de débit :

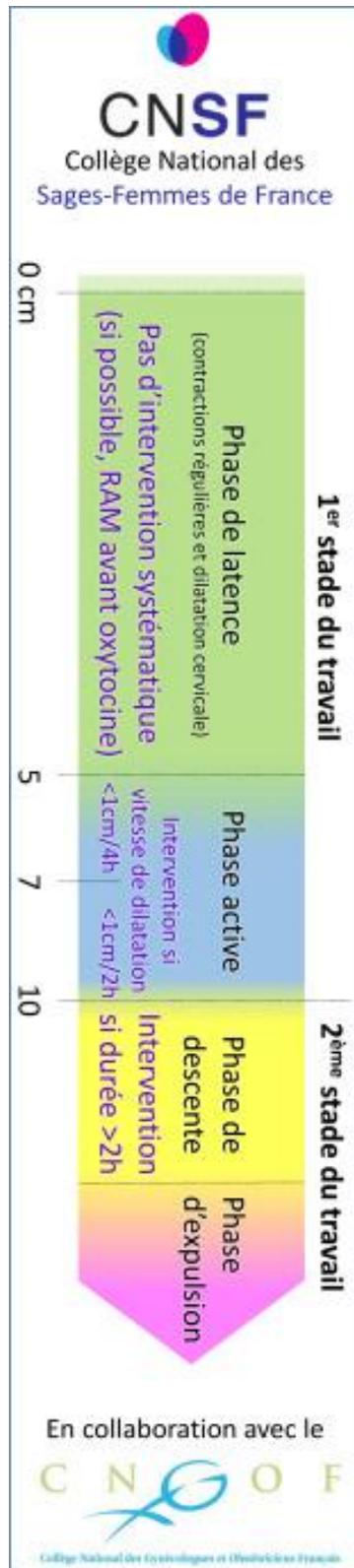
Dynamique utérine avec administration d'oxytocine :

- Normale
- Hypocinésie
- Hypercinésie

Obtention d'une dilatation cervicale avec l'administration d'oxytocine : Oui Non
(sauf si dilatation complète lors de l'introduction)

Surveillance RCF et tocométrie en continu : Oui Non

Annexes III : Marque-page recommandations pour la pratique clinique oxytocine et travail spontané



Logo du diffuseur

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

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

Administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. Rev. Sage-Femme (Paris), 2016, in press.

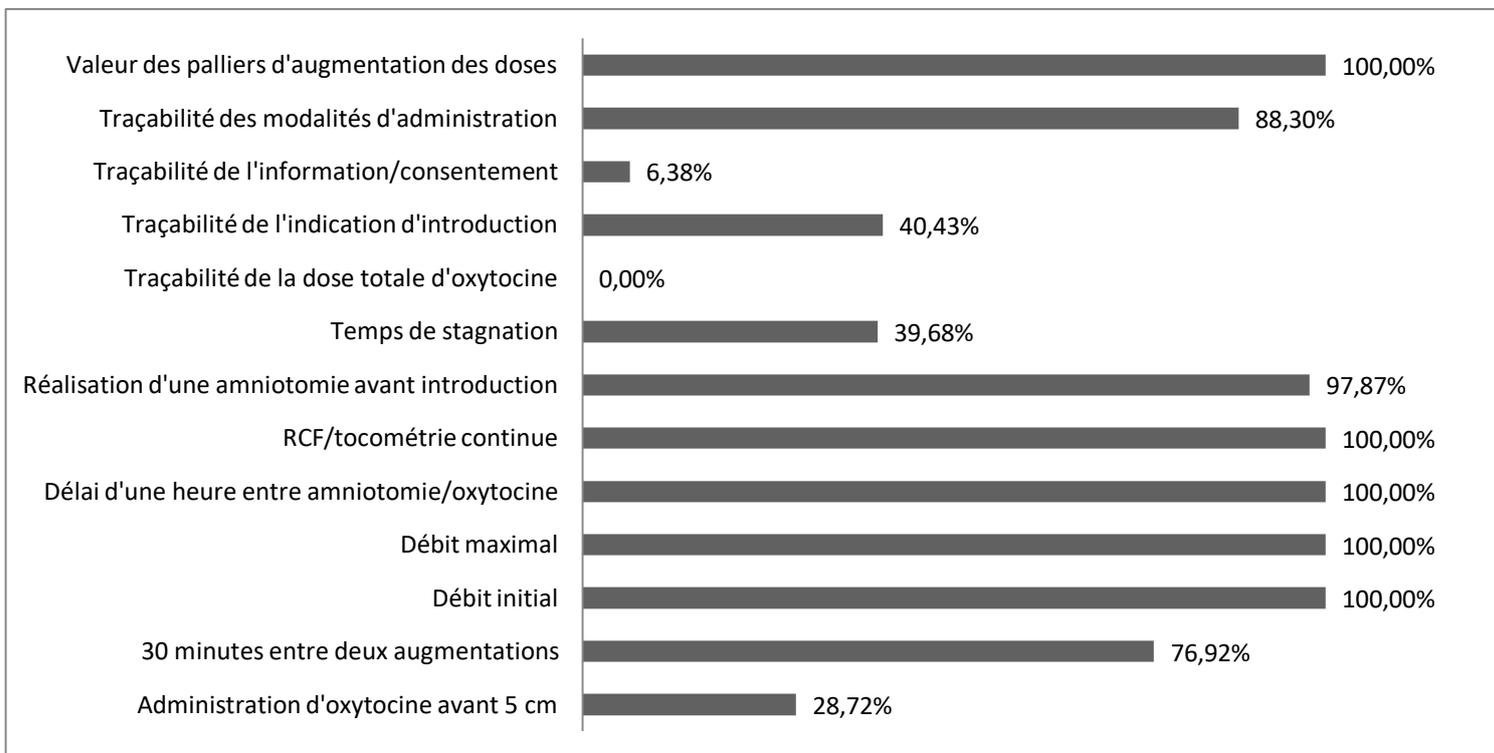
Dupont C, Garayol M, Le Ray C, Derneux-Tharaux C, Riedemann D et le groupe RPOC.

Recommandation pour la pratique clinique 2016

Minimum 30 min entre chaque palier

Ne pas dépasser 20 mUI/min

Annexe IV : Diagramme en barres horizontales des pourcentages de respect des recommandations du CNSF.



Résumé

Objectifs : Evaluer le respect au CHRU de Brest des recommandations sur l'administration d'oxytocine chez les femmes en travail spontané éditées par le Conseil National des Sages-femmes de France (CNSF) en décembre 2016 et identifier les alternatives non-médicamenteuses utilisées.

Matériel et méthode : Une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée au travers d'une étude rétrospective menée au CHRU de Brest. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient identiques à ceux des recommandations. L'étude a été menée du 1^{er} janvier au 30 juin 2018.

Résultats : L'utilisation de l'oxytocine au CHRU de Brest respecte les recommandations du point de vue des modalités d'administration. Il est retrouvé un respect pour toutes les patientes des débits d'administration, des délais entre amniotomie et oxytocine ainsi que sur la surveillance fœtale et maternelle concomitante à l'utilisation de l'oxytocine. Cependant, l'introduction lors d'une stagnation de la dilatation est faite hors recommandations dans 60,32% des dossiers. Particulièrement entre cinq et sept centimètres où aucun dossier ne respecte le texte du CNSF. La traçabilité des informations relatives à l'oxytocine est également insuffisante. Durant le travail, 90% des patientes ont pu bénéficier d'alternatives non-médicamenteuses. La mobilisation de la patiente est le moyen le plus utilisée durant le travail.

Conclusion : Les recommandations du CNSF sont en règle générale respectées en salle de naissance au CHRU de Brest. La traçabilité des modalités d'introduction reste à améliorer. Il apparaît important de réaliser un travail complémentaire pour évaluer le respect des recommandations chez les femmes en travail spontané n'ayant pas reçu d'oxytocine.

Mots clés : oxytocine, travail spontané, pratiques professionnelles, recommandations

Titre : Utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané : état des lieux des pratiques professionnelles au CHRU de Brest du 1^{er} janvier au 30 juin 2018.

Auteur : Aurore ALMANZA