



HAL
open science

Évolution de la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique entre 2016 et 2019

Laura Lebègue

► **To cite this version:**

Laura Lebègue. Évolution de la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique entre 2016 et 2019. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03387955

HAL Id: dumas-03387955

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03387955>

Submitted on 20 Oct 2021

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.



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**EVOLUTION DE LA PERTINENCE DE LA GESTION DE LA
DYSTOCIE DYNAMIQUE ENTRE 2016 ET 2019**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Lebègue Laura

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**EVOLUTION DE LA PERTINENCE DE LA GESTION DE LA
DYSTOCIE DYNAMIQUE ENTRE 2016 ET 2019**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Lebègue Laura

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

Remerciements

A Madame Chloé Barasinski pour avoir acceptée de diriger ce mémoire, pour ses conseils avisés, sa disponibilité, ses encouragements tout au long de ce travail,

A Madame Anne Legrand pour son aide précieuse dans l'élaboration des résultats,

A Madame Michèle Balsan pour avoir co-dirigée ce travail,

A toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes pour m'avoir accompagnée durant ces quatre dernières années,

Aux sages-femmes qui m'ont encadrée lors de mes stages pour leur bienveillance et leurs conseils,

A mes parents, ma sœur Marine et mon frère Quentin pour leurs encouragements, leur affection et leur soutien depuis toujours,

A mes colocataires Emma et Maëlle pour leur soutien et ses 6 années de rires et d'amitiés,

A Alban, et mes amies Alisée, Clémence, Eléonore, Léa, Lucie, Maëlle, Margaux, et Mathilde merci pour tous ses moments passés inoubliables et à tous les souvenirs futurs que l'on va créer ensemble.

ABBREVIATIONS

CNSF : Collège national des Sages-Femmes de France

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du post-partum

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

ENP : Enquête Nationale Périnatale

RSPA : Réseau de santé périnatale d'Auvergne

CNOSF : Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

EBM : Evidence Based Medicine

EIGS : Evénements indésirables graves

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

SOMMAIRE

INTRODUCTION

REVUE DE LITTERATURE

1. Evolution des pratiques obstétricales	4
2. Formations et évaluations des pratiques médicales	7
3. L'evidence-Based Medicine (EBM)	15
4. Utilisation de l'oxytocine et recommandations	20

MATERIELS ET METHODES

1. Population	24
2. Méthodes	25

RESULTATS

1. Population	29
2. Description de la population : Données et caractéristiques médicales, obstétricales et néonatales	30
3. Données cliniques et co-interventions du déroulement du travail	34
4. Résultat de l'audit de pertinence de la gestion de la dystocie dynamique en 2019 et comparaison avec les données de 2016	35
5. Administration d'oxytocine en fonction de la parité et l'indice de masse corporelle .	39

DISCUSSION

1. Les points forts et les points faibles de l'étude	42
2. Analyses des résultats – Comparaisons nationales	43
3. Comparaison des pratiques à l'internationale	44
4. Des facteurs qui impactent l'utilisation d'oxytocine	45
5. Impact de l'implantation d'un protocole	46
6. Projet d'action	48

CONCLUSION	49
-------------------------	----

INTRODUCTION

Les pratiques obstétricales évoluent en raison de plusieurs facteurs comme l'évolution des techniques, les caractéristiques des femmes ou la parution de recommandations. L'« Evidence Based Medicine » joue aujourd'hui un rôle primordial dans les pratiques cliniques visant à améliorer et homogénéiser les pratiques en prenant appui sur la littérature. Les leviers d'évaluation et d'amélioration sont donc de plus en plus nombreux. Par exemple, dans la littérature, on retrouve de nombreuses études concernant l'évolution de la pratique de l'épisiotomie, ou encore des césariennes.

Mais qu'en est-il de l'administration d'oxytocine ? De l'amniotomie ? Les bonnes pratiques de gestion de la dystocie dynamique sont-elles conformes aux recommandations actuelles ?

L'oxytocine est indiquée en cas de dystocie dynamique. Elle est associée à un surrisque de survenue d'hyperactivité utérine pouvant être associée à une hypoxie fœtale et un surrisque d'hémorragie du post-partum immédiat.

L'administration de ce médicament doit être faite en considérant sa balance bénéfice/risque conformément aux recommandations des pratiques de 2016.

Aujourd'hui, l'utilisation de cette hormone de synthèse, de manière quasi systématique lors du travail des femmes il y a encore quelques années, questionne encore dans les services d'obstétrique.

Parallèlement à la parution des recommandations concernant l'administration de l'oxytocine en 2016, une étude a été menée dans le but d'étudier la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique chez les patientes ayant accouché en janvier 2016 dans une maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes.

C'est pourquoi il était intéressant d'effectuer un état des lieux des pratiques actuelles, 3 ans après la parution des recommandations couplée aux données de 2016.

L'objectif de cette étude était de connaître les pratiques actuelles des professionnels concernant la gestion de la dystocie dynamique en salle de naissance.

Dans une première partie, l'évolution et l'évaluation des différentes pratiques médicales ainsi que le rôle de l'Evidence Based Medicine ont été évoqués. Ensuite, les méthodes et la population de l'étude ont été détaillées.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

1. Evolution des pratiques obstétricales

De nombreuses études sont menées constamment dans le but d'évaluer les pratiques cliniques et ainsi d'améliorer ces dernières et de les adapter au mieux à chaque situation et chaque patient. Ces études sont aussi le reflet de l'évolution permanente des pratiques médicales au cours du temps.

1.1 Evolution des techniques au cours du temps

L'évolution des pratiques permet de mettre en évidence une progression constante de nos prises en charge.

Par exemple, l'étude de Ricard et al. en 2011 compare une cohorte de femmes ayant accouché entre 1871 et 1874 à l'hôtel Dieu de Marseille et une cohorte de femmes ayant accouché plus de 130 ans après dans la maternité de niveau 3 de l'hôpital Nord de Marseille soit entre 2005 et 2006. Elle expose l'évolution du devenir materno-fœtal et l'influence des techniques obstétricales employées.

Tout d'abord, l'apparition de la délivrance dirigée par l'administration systématique de 5 UI d'oxytocine à la patiente immédiatement après la naissance a permis de réduire de manière significative le taux d'hémorragie du post-partum et ainsi le taux de mortalité maternelle.

On observe également des progrès concernant le risque infectieux grâce à l'antibioprophylaxie, complétée par la prévention.

De plus, la pratique de la césarienne a été l'un des éléments clés de l'amélioration du pronostic materno-fœtale au cours du siècle dernier.

Le taux de césarienne a alors beaucoup augmenté dans les années 70, les pratiques ont été étudiées et afin de prétendre au meilleur rapport bénéfice risque on tend aujourd'hui à la réduction de ce taux, en raison principalement de l'augmentation des utérus cicatriciels. (1)

Autres exemples d'évolutions de pratiques, dans l'étude de Vendittelli et al. le taux d'épisiotomie était de 56% en 1994 contre 30% en 2006.

Tandis que le taux de corticothérapie chez les femmes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré entre 24 ou 34 semaines était très fluctuant ces dernières années. (2)

L'étude de Wery et al. sur le diabète gestationnel, a permis de mettre en évidence une nette augmentation du taux de dépistage grâce à l'utilisation de nouveaux critères (le taux de dépistage a été multiplié par 2 à 3 selon les centres) . (3)

L'utilisation de la péridurale s'est elle-aussi généralisée passant de 4% à 55% de 1960 à 2002-2008 aux Etats-Unis selon la revue de littérature de LeRay et al.(4) En France en 1995, 48,6% des femmes avaient recours à une analgésie péridurale contre 82,2% en 2016.(5,6)

Concernant l'administration d'oxytocine, on assiste à une diminution importante de son utilisation chez les femmes en travail spontané ou ayant eu un déclenchement du travail, avec 64,1 % des femmes concernées en 2010 vs. 52,5 % en 2016 ; chez les femmes en travail spontané, ces taux sont passés de 57,6 % en 2010 à 44,3 % en 2016. (6)

Toutes ses études permettent de rendre compte à quel point les pratiques évoluent.

Cependant si les pratiques obstétricales et la manière de prendre en charge le travail a beaucoup évolué c'est avant tout dans un souci d'adaptation, afin de s'ajuster au mieux aux femmes et à la situation clinique. C'est pourquoi il est important de prendre en compte l'évolution des caractéristiques maternelles.

1.2 Evolution des caractéristiques culturelles, médicales et socio-démographiques.

La santé des femmes, leurs caractéristiques ainsi que leurs conditions et hygiène de vie évoluent.

Il est tout d'abord intéressant de décrire l'évolution significative du niveau d'étude des femmes ces dernières années qui a beaucoup augmenté. D'après l'Insee en 2018, 36,1% des femmes entre 25 et 34 ans ont un niveau d'étude supérieur ou égal à bac+2 contre 18,3% des femmes de 45-54 ans. On retrouve des données concordantes à travers les enquêtes nationales périnatales de 1995 et de 2016 qui rapportent que 55,4% des femmes en 2016 ont un niveau supérieur au baccalauréat, contre 32,6% en 1995. Le niveau d'éducation peut influencer les attentes des patientes quant à leur prise en charge. (6)

De plus la carrière professionnelle peut avoir entre autres un impact sur l'âge moyen de celles-ci lors de la naissance de leur premier enfant. Selon le rapport de 2020 de l'Insee, l'âge moyen des femmes lors de leur accouchement, est de 30,7 ans en 2019 contre 28,8 ans en 1994. (7)

Selon l'enquête nationale périnatale de 1995 et de 2016, la part de femmes accouchant à 35 ans et plus est passée de 12,5% en 1995 à 21,3% en 2016. Par ailleurs les femmes ont exercé le plus souvent une activité professionnelle pendant la grossesse.(5,6)

L'évolution de l'âge moyen d'accouchement est un paramètre important. Toujours d'après les courbes de l'Insee de 2017, la part de femmes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique ou durable augmente significativement entre la tranche d'âge 25-29 ans et 30-34 ans passant de 21,6% à 24,1%, ces pathologies peuvent alors modifier les prises en charge obstétricales. (8)

Les conduites addictives des femmes sont aussi à prendre compte parmi les facteurs de risques. Les chiffres de l'Insee affirment une baisse du tabagisme pour les femmes entre 2010 et 2017, cependant l'enquête périnatale de 2016 ne mentionne pas de diminution de consommation chez les femmes enceintes entre 2010 et 2016 avec un taux stable à 17%. Cependant, le taux de femmes fumeuses entre le début et la fin de la grossesse baisse d'après les données de l'enquête nationale périnatale de 2016, 30,0% des femmes fumaient avant grossesse en 2016. Parmi elles, 45,8% ont arrêté de fumer avant le 3^e trimestre, 37,2 % ont divisé par 2 leur consommation et 16,9 % ont peu diminué leur consommation. Elles étaient 16,2 % à fumer au 3^e trimestre. (6)

L'augmentation de la prévalence de l'obésité affecte également les femmes enceintes. D'après l'étude de Wery et al., depuis environ 25 ans dans notre pays, l'obésité n'a cessé d'évoluer passant de 6,1 % en 1981 à 12,4 % en 2006. Les femmes sont particulièrement exposées puisque l'obésité a augmenté de 60% chez les femmes contre 40 % chez les hommes. En effet, le poids moyen des femmes avant la grossesse a augmenté de manière continue. La part des femmes en surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m²) était de 20,0 % en 2016 contre 13,8 % en 1998 et la part de femmes obèses (IMC supérieur ou égal à 30 kg/m²) est passée de 6,0 % en 1998 à 11,8 % en 2016.

En parallèle, un diabète gestationnel était plus souvent retrouvé en 2016 qu'en 2010, respectivement chez 10,8 % et 7,2 % des femmes en partie expliquée par l'augmentation

de l'âge et de l'IMC maternel. Cette évolution peut également être en lien avec les recommandations de 2010 relatives au dépistage du diabète gestationnel. (3,5,6)

L'augmentation de ces différents facteurs de risque (âge maternel, tabac, obésité) conduit à l'augmentation des risques de morbi-mortalité materno-fœtale.

Concernant le mode d'accouchement, la pratique de plus en plus fréquente de la césarienne a eu pour conséquence l'apparition d'une nouvelle caractéristique maternelle : l'utérus cicatriciel. Il majore le risque de rupture utérine et doit donc être considéré dans la prise en charge.

Les pratiques dans le domaine périnatal sont en permanente évolution du fait des modifications des caractéristiques maternelles, de l'amélioration des connaissances scientifiques, et des changements dans les recommandations de pratiques et dans l'organisation des soins. (5)

Au vu de tous ces changements, les contenus pédagogiques ont également dû s'adapter.

2. Formations et évaluations des pratiques médicales

Au cours du temps, la médecine et ses bases ont beaucoup évolué et comme dans beaucoup de domaines, la formation est le point de départ des pratiques et influence l'évolution de la spécialité. La formation médicale a été très changeante à travers les siècles et modulée par l'apparition de nombreuses méthodes. Aujourd'hui, elle est constituée de la formation initiale et de la formation médicale continue des professionnels, ces dernières s'appuyant sur l'évaluation des pratiques médicales afin de s'assurer de la bonne prise en charge des patients.

La formation médicale est aujourd'hui largement influencé par la méthode de l'Evidence-Based-Medicine (EBM). Et pour cause, depuis l'époque d'Hippocrate, la médecine a eu du mal à équilibrer les expériences incontrôlées des guérisseurs avec les observations obtenues après des études rigoureuses concernant les impacts de certaines pratiques. C'est à la fin des années 1940 que des groupes de chercheurs ont introduit un nouveau principe

de base appelé randomisation. Puis dans les années 1970 et 1980, Sackett, Eddy et Cochrane ont souligné la nécessité de renforcer la pratique scientifique et ont proposé des méthodes rigoureuses d'analyses de preuves et d'aide aux décisions médicales. Au début des années 1980 naît alors une méthode d'enseignement se basant sur une littérature scientifique riche comprenant des essais cliniques randomisés : l'Evidence Based Medicine (EBM). (9) Nous détaillerons cette méthode dans le 3^{ème} chapitre de notre revue de littérature.

2.1 La formation initiale

Le système d'enseignement médical européen a débuté à la fin du Moyen-Âge dans le nord de l'Italie d'aujourd'hui, ce système ne comportait aucune exigence de performances ou d'objectifs d'apprentissage spécifiques, la formation se basait sur la liberté d'apprendre. Peu de filières médicales exigeaient un diplôme universitaire. A partir du XIX^{ème} siècle, le système d'enseignement médical en Europe a progressivement mais profondément changé, le contrôle de la qualité de formation des médecins a été pris en charge par l'état afin d'améliorer la santé publique. Cependant, très axée sur le plan théorique au départ, ce n'est qu'au début du XX^{ème} siècle que la formation pratique des étudiants a été considérée comme une responsabilité académique. La formation à la médecine scientifique est alors devenue de plus en plus importante et les compétences telles que l'observation ont été de plus en plus mises en avant dans les programmes d'études. (10)

Concernant la formation des sages-femmes, elle fut longtemps absente, la matrone était choisie par la communauté en fonction de la confiance qu'elle inspirait. Elles ne disposaient d'autres formations que celles issues d'observations et des conseils d'anciennes accoucheuses. C'est à partir du XVIII^{ème} qu'on assiste à la mise en place d'une formation pratique grâce à Mme Du Coudray qui crée un mannequin pédagogique afin d'apprendre aux sages-femmes les différentes techniques de manœuvres obstétricales.(11) Elle dispense également des cours théoriques à travers des ouvrages riches en savoir scientifique. C'est à partir de 1807 que les étudiantes sages-femmes reçoivent un enseignement théorique, clinique ainsi qu'une formation pratique. Aujourd'hui la formation des sages-femmes a dans ses objectifs principaux l'acquisition des connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise des savoirs et des savoir-faire

nécessaires, l'acquisition de connaissances pratiques et de compétences au cours de la formation clinique et des stages, une formation à la démarche scientifique. (12)

La formation initiale est le début de l'apprentissage des pratiques cliniques d'où l'importance de l'évolution des techniques pédagogiques.

C'est ainsi que depuis quelques années, afin de parfaire la pratique de la formation, se développe la simulation haute-fidélité. Elle permet aux étudiants de développer des compétences essentielles qui sont souvent difficile à acquérir en stage, se projeter dans des scénarios réels dans un environnement sûr.

L'étude de Vermeulen et al. a décrit en 2017 les expériences d'un groupe de sages-femmes étudiantes avec la simulation périnatale haute-fidélité. Il en résulte une grande satisfaction de la part des étudiantes, en effet la méthode d'apprentissage a été jugé positive, elle a augmenté à la fois leur compétence et leur confiance en comblant le fossé théorie-pratique. Cette méthode semblerait bénéfique dans la formation médicale des sages-femmes. (13)

En outre, l'outil pédagogique a été évalué dans la formation à la réanimation néonatale des étudiants sages-femmes dans le cadre d'un mémoire en 2013.

Les résultats de cette étude ont été très encourageants à propos de ce type de simulation et plutôt en faveur d'une généralisation de cette méthode pédagogique à l'échelon national. Cette dernière favoriserait le maintien des connaissances, améliorerait l'auto-évaluation des compétences et serait essentielle pour l'enseignement des situations d'urgence. (14)

Comme le suggère la HAS, la simulation est un outil à développer : il s'agit non seulement d'un préalable éthique incontournable avant la pratique clinique auprès des patients mais également d'un tremplin majeur vers le début de l'exercice professionnel. Il semblerait en outre plus profitable d'assurer une homogénéité des formations initiales sur l'ensemble du territoire français. Si tous les étudiants étaient familiarisés avec cette technique pédagogique, leur formation continue avec l'usage de la simulation n'en serait que plus pertinente et mieux acceptée.

Cependant, comme tout outil pédagogique, la simulation haute-fidélité présente quelques limites qui sont évoquées dans l'étude de Massoth et al. Effectivement, l'étude met en

exergue l'aspect très couteux de cette méthode pour un résultat en termes de compétence guère plus avantageux en fonction des degrés de réalismes des simulations. De plus, la participation à la simulation haute-fréquence pourrait conduire à des auto-évaluations erronées concernant les capacités réelles et, par conséquent à une exagération de la confiance en soi. (15)

2.2 La formation continue

D'après l'article R4127-304 du code de santé publique, « *La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L. 4153-2* ». (16)

La formation professionnelle a aussi pour but de préparer aux évolutions des métiers. Les modalités de formation médicale continue peuvent prendre différentes formes qui pourront être associées à :

- La participation à des formations « présentiels » congrès, séminaires mais aussi diplômes universitaires, ainsi que des formations organisées par les employeurs comme des formations médico-techniques.
- La formation par nature individuelle, comme le travail sur de sites web médicaux, la lecture de revues reconnues, les tests de lecture, l'utilisation de supports d'aide à la décision...
- La participation à des programmes d'étude, la rédaction de publications dans des revues, les interventions comme formateur, ce qui nécessite un travail personnel de recherche et d'approfondissement. (17)

Depuis quelques années, la HAS prône une nouvelle méthode de formation : le e-learning. Il consiste en « l'utilisation des nouvelles technologies multimédias de l'Internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant d'une part l'accès à des ressources et à des services, d'autre part les échanges et la collaboration à distance » (Commission européenne, 2001). (18)

En outre d'après une étude de 2008, menée par Casebeer et al., comparant des formations en lignes, les formations d'e-learning interactives seraient plus efficaces pour orienter le professionnel vers des décisions fondées sur des preuves. (19)

L'étude de Zimmermann et al. a testé l'acceptabilité de l'e-learning associé à la simulation en échographie focalisée pour la formation continue des sages-femmes en salle de naissance. Pour cela, les résultats d'un test théorique avant et après une formation combinant un e-learning et un simulateur en échographie obstétricale focalisée ont été comparés. Les résultats obtenus à l'examen théorique et le pourcentage de participants ayant réussi les évaluations pratiques étaient plus élevés après la formation en simulation. La formation notamment en échographie obstétricale qui combine un apprentissage en ligne pour acquérir les connaissances théoriques et un atelier de simulation pratique, semble être utile et acceptable pour les sages-femmes en exercice professionnel. L'association des deux outils semble être un bon compromis. (20)

Le dispositif de formation applicable à l'ensemble des professionnels de la santé est le Développement Professionnel Continu (DPC), créé par la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relatives aux patients, à la santé et aux territoires.

Ces objectifs sont les suivants : L'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de la santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC.

Aussi, l'article L.4021-5 du Code de la santé publique prévoit que « *Le contrôle du respect par les professionnels de santé de leur obligation de développement professionnel continu est réalisé par les instances ordinales, les employeurs et les autorités compétentes, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat* ».

La loi n°2016-41 du 26 janvier crée l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), se substituant à l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). L'ANDPC assure le pilotage et contribue à la gestion

financière du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé.

Elle dispose à la fois de missions d'évaluation et de contrôle des organismes souhaitant proposer des actions de DPC aux sages-femmes et à la fois des missions de financement aux actions de DPC (décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé). (21)

Le DPC a donc pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en combinant des actions de formation, des actions de gestion des risques et des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

2.3 Evaluation des pratiques

Certaines méthodes sont mises au point afin de pouvoir évaluer les pratiques. La Haute Autorité de Santé est largement engagée dans cette démarche au niveau national.

De ce fait, on retrouve par exemple la mise en œuvre du recueil d'indicateurs nationaux : les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS). Ces indicateurs sont des outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, de comparaison inter-établissements et d'aide à la décision. Ils sont développés par la HAS avec les professionnels de santé. Ils sont aussi utilisés afin de répondre à l'exigence de transparence des usagers et d'aider à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national.

Les critères de validation des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) développés par la HAS sont : la pertinence clinique, la faisabilité, la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins, les qualités métrologiques et l'ajustement. (22)

Une autre méthode d'évaluation des pratiques est l'audit clinique. Il mesure quant à lui les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée à partir de critères d'évaluation.

En fonction des résultats d'une première évaluation, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des soins.

L'impact de ces actions est évalué par une nouvelle mesure des écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée selon les mêmes critères d'évaluation. (23)

Concernant l'administration de l'oxytocine, l'audit clinique mené en 2016 dans une maternité de niveau III de la région Auvergne Rhône-Alpes a permis d'évaluer les pratiques à ce propos et d'estimer l'écart entre les pratiques attendues suite à la parution des recommandations la même année sur l'administration d'oxytocine pendant le travail spontané et les pratiques réelles. Elle a révélé certains résultats en conformité avec les RPC mais d'autres ont montré des écarts entre la pratique clinique de la maternité et les RPC. En effet, 16,2% des parturientes se sont vues administrer de l'oxytocine de façon pertinente en cas de dystocie dynamique pendant le premier stade et 25% en cas de défaut de progression de la présentation pendant le second stade du travail. (24)

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques on peut également retrouver la revue de pertinence. C'est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsque aucun critère n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons pouvant expliquer la réalisation du soin. (25)

L'étude de Lasnet et al. a décrit l'impact d'un audit médical appréciant la pertinence des indications des césariennes sur le taux final de césarienne d'un service d'obstétrique. Cette revue de pertinence a été conduite sous la forme d'un staff obstétrical quotidien discutant entre autres de la pertinence des indications. L'intérêt était de s'interroger sur l'impact sur le taux global de césarienne d'une équipe obstétricale que pourrait produire le fait que chaque praticien connaisse précisément le taux de césarienne de l'équipe et doive argumenter individuellement au sein de cette équipe, ses propres indications de césarienne. Cette étude a montré que le taux de césarienne a diminué avec la mise en place de ce staff. L'introduction d'un audit semble être efficace pour corriger les pratiques et nécessite de connaître les recommandations des bonnes pratiques, d'être formé pour appliquer au mieux ces dernières. (26)

Les évaluations des pratiques ont pour objectif l'amélioration des pratiques.

2.4 Le rôle des réseaux de santé en périnatalité (RSP)

On relève dans les pratiques professionnelles de nombreuses disparités entre les régions, entre les médecins, entre les niveaux des maternités. Cependant, les pratiques cliniques afin d'être optimales partout, doivent tendre vers une harmonisation. (2)

D'après l'article L6321-1 du code de la santé publique, « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (27)

L'ensemble du territoire national est couvert par des RSP, comme évoqué dans la définition donnée dans le code de la santé publique les RSP ont de nombreuses missions :

- Offrir un appui méthodologique aux acteurs locaux de la périnatalité en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge sur le territoire : Amélioration de la coordination entre les acteurs (staff; RMM;..), Amélioration de l'organisation interne d'une structure (recueil indicateurs , mise en place d'une filière physio.;
- Former les professionnels de la santé périnatale (APP, formations)
- Diffuser des informations ascendantes et descendantes (protocoles, fiches communes ,EIGS) (28)

Ainsi dans le réseau de santé en périnatalité d'Auvergne par exemple, des actions sont menées dans le but de faire évoluer les pratiques de manière homogène : des protocoles applicables à tout le réseau sont rédigés, les déclinaisons des recommandations nationales, des évaluations des pratiques professionnelles sont mises en place (audit oxytocine/ revue pertinence RCF /audit césarienne). On retrouve également des

évaluations sur les données : suivi des indicateurs périnataux de pratiques, des évaluations de la satisfaction des usagers et des professionnels. Des actions d'amélioration sont menées sous forme d'ateliers de formation ou encore des séances de simulations basse et haute fidélités.

Le plan gouvernemental 2005-2007 souligne l'importance de ses réseaux de santé en périnatalité dans notamment l'accessibilité à toutes les modalités d'amélioration des pratiques. Ces réseaux facilitent l'accès des professionnels de terrain aux dernières recommandations et aux dernières données de la littérature scientifique comme l'evidence based medicine.

3. L'evidence-Based Medicine (EBM)

Même si pour de nombreux obstétriciens et sages-femmes, l'obstétrique reste « un art » qui doit être enseigné aux nouvelles générations d'internes et d'étudiants sages-femmes par un compagnonnage en salle de naissance, cet « art » ne peut plus à l'heure actuelle se passer de l'Evidence-based medicine. (4)

En effet, cette méthodologie d'abord conçue pour l'enseignement clinique afin de construire un raisonnement sur des preuves grâce à de multiples sources d'information et afin de compléter ainsi l'enseignement apporté par les cours magistraux, occupe depuis 1990 une place importante dans la pratique médicale quotidienne. (29)

3.1 Définition de l'EBM

Durant les 300 dernières années, il a été exigé que la pratique de la médecine soit fondée sur des preuves scientifiquement fiables pour évaluer et acquérir une meilleure base pour la pratique de la médecine. (9)

L'evidence-based medicine (EBM), qui peut être traduite par médecine factuelle ou médecine fondée sur les niveaux de preuves, est née à l'Université de McMaster dans l'Ontario (Canada) au début des années 1980.

Il était tout d'abord question de développer l'enseignement en introduisant de nouvelles méthodes. L'EBM avait pour but de permettre aux étudiants, autour de cas cliniques, de

rechercher dans la littérature les études concernant le sujet traité et d'en évaluer la pertinence sur le plan décisionnel, grâce notamment à l'évaluation de leur qualité méthodologique.

L'EBM a permis de mettre l'accent sur la compréhension et l'utilisation de la littérature publiée pour optimiser les soins cliniques. (9)

Depuis le début des années 1990, l'EBM ne concerne plus seulement la formation initiale et l'apprentissage, mais également la pratique de la médecine en prenant en compte toutes ses exigences actuelles comme l'évaluation des pratiques médicales et la qualité des soins.

L'EBM se base sur trois grands axes :

Tout d'abord les données de la recherche ont une grande importance , le clinicien doit consulter la littérature scientifique originale et en extraire des preuves valides afin de résoudre les problèmes cliniques et proposer une prise en charge optimale. Seulement cet axe requiert des capacités à évaluer et critiquer la validité des preuves recueillies. Elles reposent sur une méthodologie précise afin de réduire les biais et la subjectivité. Cette méthodologie comporte quatre étapes :

- La formulation du problème médical en une question claire et précise
- La recherche dans la littérature des articles les plus pertinents en rapport avec la question posée
- L'évaluation de la fiabilité et de l'applicabilité des conclusions extraites des articles retenus, la pertinence clinique
- L'intégration des conclusions retenues pour répondre à la question initiale posée

Les preuves de plus haut niveau sont issues d'études cliniques systématiques comme des Essais Cliniques Randomisés. Ces derniers sont à disposition sur des bases de données telles que Cochrane, BMJ Clinical Evidence, Pubmed, Current Contents, Embase..

Ensuite, l'expérience clinique n'est pas à négliger. La connaissance du médecin, son expérience clinique doit se fonder sur une analyse systématique des observations clinique de manière reproductible et non biaisée, en évitant toute subjectivité ou interprétation intuitive de l'information.

Enfin, l'EBM doit prendre en compte les préférences du patient et de son entourage. (29)

L'EBM consiste donc à intégrer à l'expertise clinique et aux caractéristiques du patient les résultats des recherches cliniques les mieux conduites dans le domaine du diagnostic, du pronostic et dans celui des traitements à visée curative ou préventive

EBM a progressé ces dernières années en reconnaissant les limites des preuves seules.

3.2 Des limites, des critiques

Comme toute méthode, l'EBM comporte quelques limites. En effet, il faut d'abord souligner que dans certains cas, certaines pathologies, les preuves sont absentes.

La plus grande critique de l'EBM reste la difficulté d'appliquer à un patient précis les conclusions d'une étude générale. Par exemple, Miles et Andrew reprochent à l'EBM de se concentrer sur la pathologie seulement en ignorant l'impact multidimensionnel des maladies chroniques. C'est une technique très riche techniquement mais pauvre humainement. Les résultats des essais cliniques randomisés et des méta-analyses démontrent l'efficacité comparée d'un traitement pour un patient randomisé « standard ». Ce patient standard ne ressemble pas forcément au patient réel que l'on voit en pratique clinique, en particulier les patients souffrant de polypathologies. Les essais cliniques randomisés (ECR), l'outil méthodologique principal de l'EBM sont insensibles aux données contextuelles se rapportant à l'individualité des patients. Les résultats statistiques sont focalisés sur les résultats de grands groupes de patients. L'EBM accorde plus d'importance au soin des populations qu'aux individus.

Les patients auraient besoin d'une approche plus compréhensive.(29,30)

Cette méthode continue de privilégier les preuves scientifiques aux autres types et sources de connaissance clinique pertinentes pour les soins des patients et cela reste une caractéristique défectueuse de l'EBM.

Les valeurs et les préférences d'un patient font partie des éléments qui le caractérisent et ne doivent pas être perçus seulement comme accessoire sous peine d'atteindre son intégrité. (30)

La recherche de données probantes ne doit donc pas remplacer la capacité de jugement du médecin ou de l'équipe soignante, et ceux-ci doivent relativiser les protocoles d'action clinique par une prise en compte contextualisée du patient. (29)

Pour trouver sa place dans ce mouvement d'amélioration de la médecine, l'EBM doit se nourrir d'une recherche clinique de qualité, centrée sur le patient afin d'éviter que se creuse un trop grand fossé entre la recherche et la pratique clinique.

3.3 Un outil essentiel dans la pratique d'aujourd'hui

Même si l'EBM reste un outil imparfait en lien avec une standardisation des soins, ses préceptes doivent devenir des outils de base pour l'évaluation des pratiques professionnelles. (31)

L'EBM est devenu essentiel pour la formation des jeunes cliniciens aujourd'hui en insistant sur la pensée critique et l'importance de raisonnement statistique et de l'évaluation continue des pratiques médicales.

L'EBM a largement contribué à l'amélioration de la qualité de la recherche en documentant de manière transparente les problématiques avec la recherche existante et pour par la suite élaborer de meilleures normes de recherche.

L'EBM a aussi amélioré la pratique de la médecine en développant des méthodes et des techniques pour générer des revues systématiques et des recommandations pour la pratique clinique. (9)

Dans le domaine de la maïeutique, cette pratique basée sur les preuves répond à l'appellation *Evidence Based Midwifery*. Une étude menée par Kennedy et al. a permis de comprendre le point de vu des sages-femmes sur l'evidence based midwifery. Elle révèle de nombreux défis concernant cette méthode dans la mise en œuvre quotidienne notamment concernant les bases de recherche de données. Mais l'evidence based midwifery reste un objectif dans le domaine de la maïeutique comme dans le domaine de la médecine.(32)

3.4 Les recommandations

L'EBM trouve complètement sa place dans la pratique clinique aujourd'hui, effectivement les axes correspondant à la recherche de preuves validées et l'intégration des conclusions faites des articles, associés à l'expérience des professionnels se traduisent par la mise en place de protocoles de service et de recommandations. Ces derniers sont à adapter, dans la continuité de l'EBM, au contexte clinique et aux préférences du patient.

D'après l'HAS, « les recommandations de bonne pratique » sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »

Ces recommandations sont écrites dans le but de mettre à disposition des différents acteurs du système de santé une synthèse rigoureuse de l'état des données de la science afin d'aider à la prise de décision dans les choix des soins, d'harmoniser les pratiques, de réduire les traitements et actes inutiles ou à risque...globalement afin d'améliorer la prise en charge des patients et les soins apportés. (33)

Pour cela, l'élaboration des « recommandations de bonnes pratiques » doit suivre une méthode rigoureuse qui repose sur le modèle porté par l'EBM avec la mise à disposition des données scientifiques les plus récentes.

Des études sont menées régulièrement afin d'évaluer les rapports bénéfiques-risques de toutes les pratiques qui évoluent en fonction des nouvelles techniques et des caractéristiques de la population. C'est ainsi que les indications de césarienne ont été revues, comme l'administration de l'oxytocine ou encore les indications d'épisiotomie. Ces différents points ont fait l'objet de recommandations pour la pratique clinique. Certains chercheurs se sont intéressés à l'impact des recommandations sur les pratiques. Reinbold et al. se sont concentrés sur une des pratiques qui a beaucoup évolué durant les dernières décennies : l'épisiotomie.

Effectivement, le collège national des gynécologues et obstétriciens de France a publié en 2005 des recommandations pour la pratique clinique relative à l'épisiotomie. Le taux d'épisiotomie en 2004 était de 55,7% contre 20,1% en 2016, cette diminution s'est faite de manière continue au fil des années mais a été beaucoup plus marquée entre 2004 et 2005 avec une réduction de 50% du taux global d'épisiotomies puis plus progressivement. C'est une réduction qui a été plus importante chez les multipares accouchant de manière spontanée. Cependant d'après l'étude de Vendittelli et al. cette diminution est continue et spontanée depuis 1994, elle a commencé avant la parution des recommandations. (2,6,34)

L'étude de Vendittelli et al. « Do perinatal guidelines have an impact on obstetric practices ? » publiée en 2012 montre que l'impact global des recommandations sur les pratiques nationales, à l'exception des recommandations concernant la gestion active de la troisième phase du travail, est faible, car la plupart du temps, les évolutions des pratiques ont lieu avant la publication des recommandations. Cela peut expliquer

pourquoi les publications antérieures n'ont souvent pas trouvé un impact concret sur les pratiques médicales ou ont signalé des effets très variables. De plus, ces recommandations ne sont pas toujours d'un niveau scientifique optimales afin de pouvoir être appliquées (fiabilité, acceptabilité, validité). (2)

Si ces recommandations n'ont pas toujours l'impact espéré, d'autres moyens d'évolutions existent, en effet les pratiques ne changent pas de manière totalement spontanée. Prenons l'exemple encore une fois de l'épisiotomie, d'après Vendittelli et al. De nombreuses interventions hors recommandations ont été mis en œuvre afin de réduire ce taux, elles ont impliqué diverses modalités : des informations et des formations du personnel, la réalisation d'audit, l'examen des dossiers lorsqu'il y a eu recours à l'épisiotomie avec un rapport régulier aux professionnels des résultats.

4. Utilisation de l'oxytocine et recommandations

4.1 Historique, définition

L'ocytocine, hormone de sécrétion hypophysaire, fut découverte en 1906 par Sir Henry Dale et il la nomma ainsi en référence à l'effet qu'il lui avait découvert : celui de contracter les muscles lisses de l'utérus lors de l'accouchement. Cependant, ce n'est qu'en 1954, que l'ocytocine fut décrite par un scientifique américain comme une hormone polypeptidiques formées d'une séquence de 9 acides-aminés. (35)

L'oxytocine est le parfait analogue synthétique de cette hormone naturel post-hypophysaire et trouve son utilité dans de nombreux cas grâce à son effet utéro-tonique. Ce médicament de liste II, soit soumis à prescription médicale et qui ne peut ainsi être obtenus que sur présentation d'une ordonnance rédigée par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme renouvelable sur 12 mois sauf indication contraire du prescripteur, a obtenu son autorisation de mise sur le marché en août 1970. Elle est aujourd'hui utilisée de manière quotidienne dans les services d'obstétriques du monde, son efficacité n'est plus à prouver. Les sages-femmes françaises sont autorisées à prescrire de l'oxytocine.

Les 3 indications thérapeutiques actuelles de l'oxytocine sont d'après l'Haute Autorité de Santé (HAS) :

- Insuffisance des contractions utérines au début ou au cours du travail
- Chirurgie obstétricale (césarienne, interruption de grossesse...) : obtention d'une bonne rétraction utérine.
- Atonie consécutive à une hémorragie de la délivrance. (36)

On retrouve à travers ses 3 indications le déclenchement artificiel du travail à terme et sur un col mature ainsi que la délivrance dirigée qui a pour but d'obtenir une bonne rétraction utérine immédiatement après la naissance de l'enfant par voie basse ou césarienne.

4.2 Recommandations

L'utilisation importante de l'oxytocine notamment lors de dystocie dynamique pendant le travail posent aujourd'hui question. (37) Et pour cause de nombreuses études rapportent une utilisation non dénuée de risques materno-foetaux et d'effets indésirables associés, en effet d'après le chapitre 5 des recommandations de 2016 l'oxytocine peut causer :

- Une hyperactivité utérine associée à des anomalies du rythme cardiaque fœtal et une augmentation du risque d'acidose néonatale. L'hyperactivité utérine peut prendre différentes formes : des anomalies de fréquence (tachysystolie soit plus de 5 contractions utérines par 10 minutes), des anomalies de durée (hypertonie soit une contraction utérine de plus de 120 secondes), des anomalies d'amplitude (hypercinésie d'intensité soit des contractions utérines ayant une amplitude supérieure à 80 mmHg par tocographie interne).
- Une hémorragie du post-partum : augmentation du risque d'HPP sévère et diminution de l'efficacité d'un traitement utérotonique de première ligne en cas de survenue d'HPP. (38)

De surcroît, peu d'études sont retrouvées concernant le vécu des femmes lors de l'administration d'oxytocine, c'est pourtant un élément non négligeable lors de l'accouchement étant donné la dimension émotionnelle du moment. (37)

De plus l'ajout en 2007 de ce médicament par l'ISMP (Institute for Safe Medication Practices) sur sa liste « high-alert medications » ne fait que confirmer cette nécessité de mise en place d'indications plus strictes. (39)

C'est ainsi qu'en 2016 sont parues des recommandations afin d'homogénéiser les pratiques et de réserver cette intervention aux situations où son rapport bénéfice-risque reste favorable. Elles sont parues sous la forme de sept chapitres. (40)

Ainsi les définitions des différents stades et phases du travail ont évolué avec tout d'abord la phase de latence du 1^{er} stade du travail allant jusqu'à 5 cm de dilatation cervicale, c'est une phase où aucune dystocie dynamique ne peut être diagnostiquée puis la phase active de 5 cm à dilatation complète. Lors de cette phase active, un diagnostic de dystocie dynamique peut être posé si de 5 à 7 cm la dilatation cervicale ne progresse pas d'un cm ou plus par 4 heures, et au-delà de 7 cm si la progression de la dilatation est inférieure à 1cm/2h. En ce qui concerne le deuxième stade du travail défini dans les recommandations par les phases de descente et d'expulsion une dystocie dynamique peut être diagnostiquée en cas de prolongation de la phase de descente au-delà de 2 heures. (41)

Le chapitre 2 des recommandations est dédié justement à ces indications d'oxytocine, cependant afin de décrire ces dernières il est important que les phases de travail soient claires.

La durée des différents stades du travail serait corrélée à l'augmentation de la morbidité et mortalité materno-fœtale. Néanmoins d'après la revue de la littérature de Le Ray et al. les résultats de plusieurs études montreraient un allongement de la durée du 1^{er} stade ces 50 dernières années. (4)

Des études randomisées (notamment la méta-analyse de Bugg) ont démontré une efficacité de l'oxytocine dans la réduction de la durée du travail lors d'une administration précoce soit dès le diagnostic de la dystocie dynamique. En effet, l'administration immédiate au diagnostic permet de réduire, d'après cet essai, la durée du travail de 2h de la première phase par rapport à une administration retardée. (40)

C'est pourquoi, d'après les recommandations, il est indiqué de commencer l'administration d'oxytocine dès le diagnostic de dystocie dynamique posé à membranes rompues. (41)

Depuis l'obtention de son AMM en 1970, on peut voir que les pratiques concernant l'administration d'oxytocine ont bien évolué. Et cela, grâce aux nombreuses études menées sur cette utilisation dans le monde entier, concernant les posologies, les moyens d'administration, les indications, etc.

Ces modifications s'inscrivent plus largement dans une évolution des pratiques obstétricales et cliniques globales.

En France, l'utilisation de l'oxytocine fut une pratique très fréquente, d'après les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010, 64% de femmes en travail avait reçu de l'oxytocine. Une situation qui rend nécessaire une évaluation des modalités de son utilisation. (42)

Parallèlement à la parution des recommandations concernant l'administration d'oxytocine en 2016, une étude a été menée dans le but d'étudier la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique chez les patientes ayant accouché en janvier 2016 dans une maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes.

Il serait intéressant d'effectuer un état des lieux des pratiques actuelles, 3 ans après la parution des recommandations. Cette étude, couplée aux données de 2016, permettrait d'observer l'évolution de la gestion de la dystocie dynamique et dans ce sens l'administration d'oxytocine.

MATERIELS ET METHODES

1. Population

1.1 L'échantillon de l'étude

La population de notre étude correspondait aux parturientes à terme (≥ 37 SA) ayant un travail spontané qui ont accouché au sein d'une maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes sur la période du 1er au 31 janvier 2019.

1.1.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'échantillon étaient :

- Parturientes en travail spontané et ayant accouché au sein de la maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes,
- à terme (≥ 37 SA),
- dont la voie basse a été acceptée,
- ayant une grossesse singleton,
- avec un fœtus en présentation céphalique,
- avec ou sans analgésie locorégionale péridurale.

1.1.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de l'échantillon étaient :

- Femme ayant un utérus cicatriciel,
- Femme ayant un fœtus avec un petit poids d'âge gestationnel ou un retard de croissance intra-utérin diagnostiqué pendant la grossesse,
- Femme ayant accouché dans une autre maternité que celle de la maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes,
- Femme ayant accouché à domicile,

- Interruption médicale de grossesse,
- Mort fœtale in utéro.

2. Méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale de type audit clinique.

2.2 Rappel des objectifs

L'objectif principal de l'étude était de décrire l'évolution de la pertinence des pratiques concernant la gestion de la dystocie dynamique entre 2016 et 2019.

L'objectif secondaire était de comparer le pourcentage d'administration d'oxytocine en fonction de la parité et de l'IMC des femmes.

2.3 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était d'évaluer le pourcentage de conformité d'administration d'oxytocine selon les critères 5, 10, 11 et 12 de l'audit avec les bonnes pratiques afin de les comparer avec les résultats obtenus en 2016.

Les critères de jugement secondaires étaient d'évaluer:

- le pourcentage de femmes multipares ayant reçu de l'oxytocine,
- Le pourcentage d'administration d'oxytocine en fonction de la classe d'IMC de la femme avant la grossesse ($<18,5$; entre 18,5 et 24,9 ; entre 25 et 29,9 ; ≥ 30).

2.4 Déroulement de l'étude et le recueil de données

L'étude concerne une période d'un mois du 1^{er} au 31 janvier 2019 au sein de la maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes.

Le recueil de données a été effectué de février 2020 à août 2020 dans les locaux de la maternité de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes afin d'avoir accès au dossier informatisé des femmes incluses ainsi qu'à leur dossier papier.

Une première sélection des dossiers éligibles (cf. critères d'inclusion) à l'étude était faite à partir de la lecture du cahier d'accouchement de la maternité sur le mois de janvier 2019. Les données des patientes incluses étaient ensuite recueillies via les dossiers informatisés de l'établissement de santé (dossier ICOS) et les dossiers papiers, qui avaient été préalablement commandés via le logiciel MOArchives®.

Les données recueillies comprenaient une partie s'intéressant aux données du dossier de la femme (données non retrouvées dans le dossier ICOS) (Annexe I) et une grille d'audit élaborée au sein du RSPA à partir du référentiel national « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané » publié en décembre 2016, par le CNSF (Annexe II).

La grille d'audit comprenait au total 26 critères répartis en 4 parties :

- Modalités générales,
- Indication,
- Modalités générales d'administration d'oxytocine,
- Arrêt de l'administration.

Les différents critères de la grille d'audit étaient explicités dans un lexique.

Trois modalités de réponses étaient possibles : « OUI », « NON », « NA ».

La saisie des données a été effectuée via le logiciel Redcap®. Elle a été vérifiée dans un second temps afin d'avoir un contrôle qualité de la saisie (étudiante sage-femme et sage-femme).

Enfin, des données générales, médicales et obstétricales concernant les femmes (âge, catégorie socio-professionnelle, consommation de produits toxiques, antécédents médicaux et obstétricaux, etc.) ont été extraites à partir du dossier ICOS par le médecin coordinateur de la base informatique régionale du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne.

2.5 L'analyse statistique des données

Des pourcentages simples ont été utilisés afin de décrire les caractéristiques de la population et chaque donnée de l'audit.

L'écart entre les pratiques réelles et les pratiques attendues par les RPC de 2016 a été mesuré. La réponse « NA » n'entrait pas en compte dans le calcul des pourcentages.

Afin de comparer l'évolution des pratiques entre les 2 recueils, le test de Chi2 (ou le test de Fischer si $n \leq 5$) a été utilisé pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives.

Ces analyses ont été effectuées à l'aide du site internet BiostaTGV et du logiciel SAS software (Statistics Program for Public Health on IBM-compatible Microcomputer, version 9.4).

2.6 Les aspects éthiques et réglementaires

2.6.1 Avis de comités consultatifs

L'étude a été enregistrée auprès de la commission d'APP de l'établissement de santé concerné afin d'obtenir les autorisations nécessaires au recueil des données à partir du dossier obstétrical des femmes incluses dans l'étude.

Les autorisations ont été signées par le médecin chef responsable de pôle ainsi que par la sage-femme responsable du pôle pour la réalisation de l'étude et le recueil de données.

2.6.2 Information et consentement

Cette étude a été réalisée selon les règles éthiques exigées en matière de recherche clinique et de protection des données du patient. Aucun consentement des enquêtés n'a été nécessaire puisqu'il s'agissait d'une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles enregistrée au sein de l'établissement concerné.

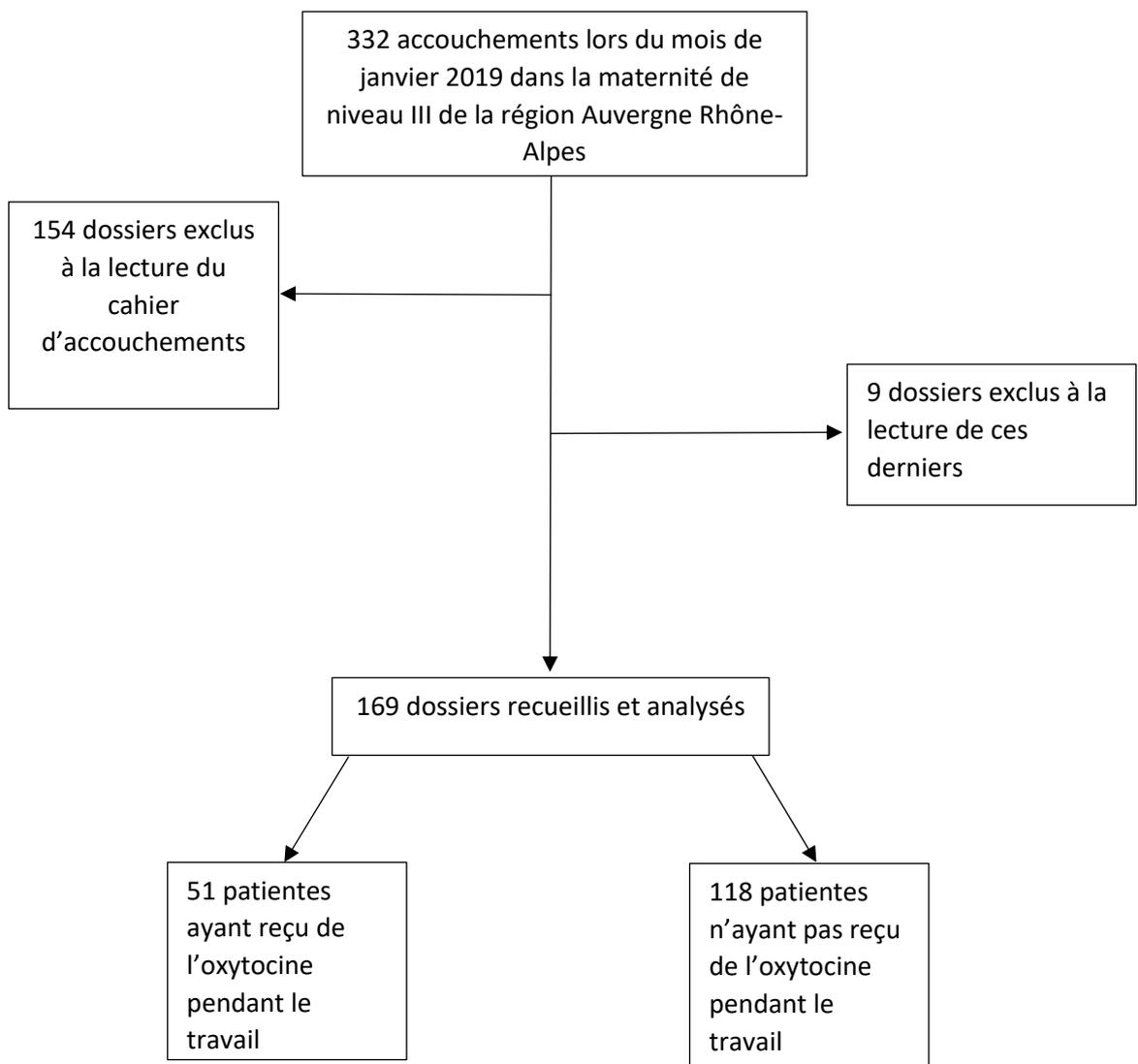
2.6.3 Anonymat

Toutes les données ont été saisies anonymement. Aucune donnée nominative ou indirectement nominative n'a été recueillie.

RESULTATS

1. Population

La sélection des dossiers a été réalisée à l'aide du cahier d'accouchement de janvier 2019 du Centre Hospitalier Universitaire de niveau III de la région Auvergne-Rhône-Alpes selon les critères évoqués. Il y a eu 332 accouchements à l'hôpital sur cette période, 154 ont été exclus à la lecture du cahier puis 9 supplémentaires à la consultation des dossiers. Au total, 169 dossiers ont alors été analysés.



2. Description de la population : Données et caractéristiques médicales, obstétricales et néonatales.

Les données générales et médicales des femmes sont présentées dans le tableau I. L'âge maternel moyen de la population de l'étude était de $30,4 \pm 4,97$ ans. Sur les 169 patientes, 14,8 % avaient entre 18 et 25 ans, 70,4 % entre 26 ans et 35 ans et 14,8% 36 ans et plus.

Concernant l'aspect médical, parmi les 53 femmes ayant des pathologies antérieures à la grossesse, 10 d'entre elles étaient asthmatiques, 7 atteintes d'une pathologie endocrinienne, une avait de l'endométriose et une un syndrome des ovaires polykystiques.

Tableau I- Données médicales des femmes

Données médicales	N=169 n (%) [m±ET]
Addictions :	
Tabac avant la grossesse (n = 92)	36 (39,1)
Nombre de cigarettes/jour	[11,2 ± 8,7]
Tabac au début de la grossesse (n = 92)	25 (27,2)
Nombre de cigarettes/jour	[6,6 ± 6,8]
Indice de masse corporelle (kg/m²) :	
	(n = 167)
IMC moyen	[23,4 ± 4,1]
IMC < 18,5 (dénutrition)	13 (7,8)
18,5 ≤ IMC < 25 (normal)	108 (64,7)
25 ≤ IMC < 30 (surpoids)	34 (20,4)
IMC ≥ 30 (obésité)	12 (7,2)
Pathologies générales antérieures à la grossesse :	
	(n=167)
	53 (31,7)
Parité	
Nullipare	71 (42,0)
Multipare	98 (58,0)

Sur 152 femmes, 44 ont eu des pathologies durant la grossesse soit 29%. On retrouvait 9 femmes avec un diabète gestationnel non insulino-dépendant, 4 femmes ayant eu une menace d'accouchement prématuré, 3 ayant eu une pyélonéphrite et 12 femmes porteuses de streptocoque B.

Les tableaux II et III décrivent respectivement les données de l'accouchement et les données néonatales de la population de l'étude.

Tableau II – Données de l'accouchement

Données de l'accouchement	N=169
	n (%) [m±ET]
Mode de début de travail	(n=165)
Travail spontané, membranes intactes	101 (61,2)
Travail spontané, membranes rompues	64 (38,8)
Anesthésie avant la naissance	(n=164)
	144 (87,9)
Si oui, laquelle	(n=144)
Anesthésie péridurale	144 (100)
Mode d'accouchement	(n=165)
Spontané	135 (81,8)
Intervention voie basse	27 (16,4)
Césarienne pendant travail	3 (1,8)
Durée du travail (minutes) (n=72)	[380,8 ± 209,1]
Durée de l'ouverture de l'œuf	(n=129)
<12h	101 (78,3)
≥12h	28 (21,7)
Lésions des parties molles	(n=168)
Périnée intact	36 (21,4)
Déchirure superficielle (1 ^{er} degré)	64 (38,1)
Déchirure simple (2 ^{ème} degré)	41 (24,4)
Déchirure complète (3 ^{ème} degré)	3 (1,8)
Episiotomie	24 (14,3)

Tableau III – Données néonatales

Données néonatales	N=169
	n (%) [m±ET]
Sexe	
Garçon	95 (56,2)
Fille	74 (43,8)
Apgar à 1 min (n=168)	
10	36 (21,4)
9	97 (57,7)
8	18 (10,7)
7	5 (3,0)
6	3 (1,8)
≤ 5	9 (5,4)
Apgar à 5 min (n=167)	
10	136 (81,4)
9	19 (11,5)
8	6 (3,6)
7	2 (1,2)
≤ 6	4 (2,4)
Sang de cordon – pH artériel (n=156)	
pH artériel moyen	[7,22 ± 0,08]
pH < 7,15	21 (13,5)
Sang de cordon - Lactates (n=154)	
Lactates artériels moyen	[4,48 ± 2,01]
Poids (g)	[3314,64 ± 418,31]

3. Données cliniques et co-interventions du déroulement du travail

Le tableau IV présente les données principales en lien avec la gestion de la dystocie dynamique en 2016 et 2019 et ainsi leurs évolutions.

Les résultats de l'audit clinique révèlent que 30,1 % des femmes incluses dans l'étude ont reçu de l'oxytocine (hors administration prophylactique) contre plus de 45 % en 2016.

L'administration a été débutée à 2,0 mUI/min dans 96 % des cas. Le 1^{er} délai d'augmentation est en moyenne de $93,6 \pm 157,1$ minutes avec un délai médian de 35 minutes (30-87,5) et un palier d'augmentation est de 2,0 mUI/min d'oxytocine dans 94,3 % des cas.

La dose totale d'oxytocine reçue en janvier 2019 par les femmes était en moyenne de $774,8 \pm 874,2$ mUI versus $826,5 \pm 1096,4$ mUI en 2016.

L'analgésie péridurale a été posée dans 56,2 % avant 5 cm.

Au sujet de l'amniotomie, le geste a été réalisé sur 37,9 % de la population.

Sur 168 femmes, 16 femmes ont eu une HPP (9,5% des femmes de notre population) parmi lesquelles 6 avaient reçu de l'oxytocine soit 37,5 % de l'ensemble des cas d'hémorragies du post-partum.

L'administration prophylactique d'oxytocine a été effectuée dans 100 % des situations.

Tableau IV – Données en lien avec la gestion la dystocie dynamique en 2016 et 2019

Données en lien avec l'utilisation d'oxytocine	2016 N=177 n (%) [m ± ET]	2019 N=169 n (%) [m ± ET]	p
Utilisation oxytocine hors délivrance	83 (46,9)	51 (30,2)	0,002
Dose totale (mUI)	(n=83) [826,5 ± 1096,4]	(n=51) [774,8 ± 874,2]	0,30
Analgsie pÉridurale	(n=148)	(n=146)	0,42
Avant 5 cm	91 (61,5)	82 (56,2)	
Amniotomie pendant travail	72 (40,7)	64 (37,9)	0,67
A quelle dilatation ?	[7,1 ± 1,9]	[7,1 ± 2,2]	
Volume des pertes estimées (mL)	(n=177) [226,0 ± 201,6]	(n=168) [196,7 ± 226,4]	1

4. Résultats de l'audit de pertinence de la gestion de la dystocie dynamique en 2019 et comparaison avec les données de 2016

Les tableaux V, VI et VII exposent les différents résultats obtenus de l'audit clinique en 2016 et en 2019. Ils permettent de mettre en exergue une baisse importante des interventions systématiques avec les critères C4 « Amniotomie systématique pendant le 1^{er} stade du travail » et C5 « oxytocine systématique pendant le 1^{er} stade du travail ». La traçabilité concernant l'administration d'oxytocine a moins évolué et l'écart entre les pratiques observées et attendues est important, elle est illustrée par les critères C1, C2, C18, C19, C25.

Tableau V – Données définissant les modalités générales et les indications d'administration d'oxytocine

C	CRITERES D'EVALUATION	2016 OUI n/n (%)	2019 OUI n/n (%)	2019 NA n	Pratique attendue (%)	Ecart pratique observée/ attendue en 2019 (%)
MODALITES GENERALES		N = 177	N=169			
C1	Indication de l'administration d'oxytocine tracée dans le dossier	4/83 (4,8)	3/51 (5,9)	118	100 % de OUI	94,1
C2	Information et consentement de la patiente faits et tracés dans le dossier	0/83 (0)	1/51 (2,0)	118	100 % de OUI	98
INDICATION		N=177	N=169			
C3	Administration d'oxytocine avant 5 centimètres	15/69 (21,7)	12/51 (23,5)	118	100 % de NON	23,5
C4	Amniotomie "systématique" pendant le 1er stade du travail	36/86 (41,9)	12/70 (17,1)	99	100 % de NON	17,1
C5	Oxytocine "systématique" pendant le 1er stade du travail	42/169 (24,9)	16/166 (9,6)	3	100 % de NON	9,6
C6	Diagnostic de la dystocie dynamique pertinent	7/45 (15,6)	11/30 (36,7)	139	100 % de OUI	63,3
C7	Amniotomie réalisée avant l'administration d'oxytocine, en cas de dystocie dynamique	16/32 (50,0)	14/18 (77,8)	151	100 % de OUI	22,2
C8	Délai correct entre l'amniotomie et l'administration d'oxytocine, en cas de dystocie dynamique	9/12 (75,0)	14/14 (100)	155	100 % de OUI	0
C9	Diagnostic d'absence de progression de présentation pertinente durant le 2ème stade du travail	7/27 (25,9)	30/32 (93,8)	137	100 % de OUI	6,2
C10	Oxytocine systématique durant le 2ème stade du travail	13/123 (10,6)	0/145 (0)	24	100 % de NON	0
C11	Administration pertinente d'oxytocine en cas de dystocie dynamique pendant le 1er stade du travail	6/37 (16,2)	8/31 (25,8)	138	100 % de OUI	74,2
C12	Administration pertinente d'oxytocine en cas de dystocie dynamique pendant le 2ème stade du travail	5/20 (25,0)	21/24 (87,5)	145	100 % de OUI	12,5

Tableau VI – Données présentant les conditions d'administration de l'oxytocine

C	CRITERES D'EVALUATION	2016 OUI n/n (%)	2019 OUI n/n (%)	2019 NA n	Pratique Attendue (%)	Ecart pratique observée/ attendue en 2019 (%)
MODALITES GENERALES D'ADMINISTRATION DE L'OXYTOCINE		N=83	N=51			
C13	Enregistrement de l'activité utérine continu	83/83 (100)	51/51 (100)		100 % de OUI	0
C14	Enregistrement du rythme cardiaque fœtal continu	83/83 (100)	51/51 (100)		100 % de OUI	0
C15	Analyse du rythme cardiaque fœtal tracée dans le dossier	48/83 (57,8)	49/51 (96,1)		100 % de OUI	3,9
C16	Analyse de l'activité utérine tracée dans le dossier	59/83 (71,1)	49/51 (96,1)		100 % de OUI	3,9
C17	Utilisation d'une tocométrie interne en cas de mauvaise qualité de l'enregistrement de la contractilité utérine	0	0/1 (0)	50	100 % de OUI	0
C18	Traçabilité dans le dossier des doses d'oxytocine en mUI/min	0/83 (0)	1/51 (2,0)		100 % de OUI	98
C19	Traçabilité de l'horaire dans le dossier des doses d'oxytocine administrée	82/83 (98,8)	42/51 (82,4)		100 % de OUI	17,6
C20	La dose initiale d'administration de l'oxytocine est comprise entre 2 et 4 mUI/min (≥ 2 -<4 mUI/min) quelque soit l'unité utilisée	72/83 (86,7)	49/51 (96,1)		100 % de OUI	3,9
C21	Les paliers d'augmentation du débit d'administration d'oxytocine sont \geq à 30 minutes	41/46 (89,1)	30/35 (85,7)	16	100 % de OUI	14,3
C22	Les paliers d'augmentation des débits d'administration d'oxytocine sont compris entre 2 et 4 mUI/min (≥ 2 -<4 mUI/min)	34/46 (73,9)	33/35 (94,3)	16	100 % de OUI	5,7
C23	La dose maximale d'oxytocine utilisée est celle qui permet d'obtenir une modification cervicale sur une heure et/ou 5 CU par 10 minutes	79/83 (95,2)	48/51 (94,1)		100 % de OUI	5,9
C24	Le débit maximum d'administration d'oxytocine est \leq 20 mUI/min	83/83 (100)	51/51 (100)		100 % de OUI	0
C25	Traçabilité dans le dossier de la dose totale d'oxytocine administrée en UI	1/83 (1,2)	0/51 (0)		100 % de OUI	100

Tableau VII – Données présentant la fréquence d’arrêt de l’oxytocine en cas d’hyperactivité utérine et d’anomalie du rythme cardiaque fœtal

C	CRITERES D’EVALUATION	2016 OUI n/n (%)	2019 OUI n/n (%)	2019 NA n	Pratique Attendue (%)	Ecart pratique observée/ attendue en 2019 (%)
	ARRET DE L’ADMINISTRATION	N=83	N=51			
C26	En cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal évoquant un risque d'acidose associé à la présence d'une hyperactivité utérine, arrêt de la perfusion d'oxytocine	0/2 (0)	8/12 (66,7)	39	100 % de OUI	33,3

Le tableau VIII décrit l’évolution de la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique. Concernant la pratique d’une amniotomie « systématique » pendant le 1^{er} stade du travail, nous retrouvons une différence statistiquement significative avec 41,9% en 2016 contre 17,1% en 2019 (p=0,0009). Concernant l’administration systématique d’oxytocine (critères 5 et 10), on relève une baisse statistiquement significative entre 2016 et 2019 que ce soit pendant le 1^{er} stade du travail (C5) (p=0,0004) ou le 2^{ème} (C10) (p < 0,0001). Concernant la pertinence de l’administration d’oxytocine (critères 11 et 12), nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre 2016 et 2019 pour le 1^{er} stade du travail (C11) (p=0,50) et une amélioration significative de la pertinence durant le 2^{ème} stade (C12) (p<0,0001).

Tableau VIII – Données exposant l'évolution de la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique

Critères choisis afin d'évaluer la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique	2016 n (%)	2019 n (%)	p
C4 - Amniotomie « systématique » durant le 1 ^{er} stade du travail	36/86 (41,9)	12/70 (17,1)	0,0009
C5 - Oxytocine « systématique » pendant le 1 ^{er} stade du travail	42/169 (24,9)	16/166 (9,6)	0,0004
C10 - Oxytocine « systématique » durant le 2 ^{ème} stade du travail	13/123 (10,3)	0/145 (0)	<0,0001
C11 - Administration pertinente d'oxytocine en cas de dystocie dynamique pendant le 1 ^{er} stade du travail	6/37 (16,2)	8/31 (25,8)	0,50
C12 - Administration pertinente d'oxytocine en cas de dystocie dynamique pendant le 2 ^{ème} stade du travail	5/20 (25,0)	21/24 (87,5)	<0,0001

5. Administration d'oxytocine en fonction de la parité et de l'indice de masse corporelle

Le tableau IX décrit les pourcentages d'administration d'oxytocine en fonction de l'IMC et de la parité des femmes, le tableau X décrit les doses totales d'oxytocine administrées selon les différentes catégories d'IMC et la parité.

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre l'administration d'oxytocine et les 4 classes d'IMC des femmes. Nous retrouvons une différence statistiquement significative entre l'administration d'oxytocine et la parité avec 47,9% de femmes nullipares ayant bénéficié d'une administration d'oxytocine versus 17,4% des femmes multipares ($p < 0,0001$) Au contraire, la dose totale d'oxytocine reçue par les femmes multipares est significativement plus importante que celle reçue par les femmes nullipares ($p = 0,0188$).

Si on s'intéresse à l'IMC, on retrouve une différence à la limite de la significativité entre les doses totales moyennes d'oxytocine administrée selon la catégorie d'IMC des femmes ($p = 0,0503$) avec des doses moins importantes chez les IMC $< 18,5$ ou ≥ 30 . Cependant,

ce résultat est à interpréter avec précaution en raison du faible nombre de femmes dans ces catégories d'IMC.

Tableau IX – Données d'administration d'oxytocine en fonction de l'indice de masse corporelle et de la parité

Données médicales	Administration d'oxytocine hors délivrance		p
	Oui	Non	
Indice de masse corporelle (kg/m²)			
IMC < 18,5 (dénutrition) (n=13)	2 (15,4)	11 (84,6)	0,549
18,5 ≤ IMC < 25 (normal) (n=108)	36 (33,3)	72 (66,7)	
25 ≤ IMC < 30 (surpoids) (n=34)	9 (26,5)	25 (73,5)	
IMC ≥ 30 (obésité) (n=12)	4 (33,3)	8 (66,7)	
Parité			
Nullipare (n=71)	34 (47,9)	37 (52,1)	<0.0001
Multipare (n=98)	17 (17,4)	81 (82,6)	

Tableau X – Doses totales d’oxytocine administrées en fonction de la parité et de l’indice de masse corporelle

	Dose totale d’oxytocine reçue N=51 n (%) [m ± ET]	p
Parité		
Nullipare (n=17)	[419,68 ± 509,16]	0,0188
Multipare (n=34)	[952,38 ± 966,79]	
Indice de Masse Corporelle (kg/m²)		
IMC < 18,5 (dénutrition) (n=2)	[98,00 ± 70,71]	0,0503
18,5 ≤ IMC < 25 (normal) (n=36)	[957,99 ± 971,65]	
25 ≤ IMC < 30 (surpoids) (n=9)	[428,22 ± 298,28]	
IMC ≥ 30 (obésité) (n=4)	[244,50 ± 198,19]	

DISCUSSION

1. Les points forts et les points faibles de l'étude

1.1 Les points faibles

Notre étude n'a pris en compte que les dossiers ciblés par les recommandations soit 169 dossiers sur 332 accouchements au mois de janvier ce qui correspond à seulement 50,9 % des patientes ayant accouchées sur la période. De plus, nous n'avons pris en compte qu'un seul mois soit 4,2 % des accouchements de cette année. On peut donc penser que notre population présente un biais de sélection.

Cette étude a été effectuée au sein d'un seul centre hospitalier universitaire, elle n'est donc représentative que des pratiques de ce centre.

De plus, l'audit a été fait a posteriori à partir des dossiers remplis par les différents professionnels, ce n'est pas une analyse de la pertinence en temps réel, cela peut introduire un nouveau biais.

1.2 Les points forts

Si on s'intéresse à la population « habituelle » de ce centre de niveau III de la région Auvergne Rhône-Alpes, le rapport d'évaluation annuel de 2017 indiquait 33,2% de femmes nullipares (42,0 % dans notre population), 77,2 % de femmes âgés de 20 à 34 ans versus 70,4 % entre 25 et 35 ans dans notre étude.

De plus, selon les données du rapport de 2020 de l'Insee, l'âge moyen des femmes lors de leur accouchement est de 30,7 ans en 2019, l'âge moyen des femmes de notre population est de 30,4 ans. (7)

En s'appuyant également sur l'enquête de périnatalité de 2016, on remarque que le taux de femmes en surpoids (20,4 %) dans notre étude coïncide avec la part de femme en surpoids rapportée par l'enquête de 20,0 %. (6)

Ces données nous confortent quant à la représentativité de la population de cette étude.

La grille d'Audit utilisée pour analyser les données était la même que celle utilisée en 2016, cela a permis d'optimiser la comparaison des données recueillies les mois de janvier

2016 et de janvier 2019. De plus, les tailles des échantillons de 2016 et 2019 étaient similaires et permettaient d'effectuer aisément un parallèle.

2. Analyses des résultats – Comparaisons nationales

Si l'administration d'oxytocine semblait avoir des effets positifs sur un travail long avec des contractions peu fréquentes, cette pratique n'a pas prouvé son efficacité quant à la réduction du taux de césarienne. Afin d'assurer la sécurité des patientes, d'uniformiser les soins et d'améliorer les prises en charge, elle a été soumise à des recommandations en 2016. (43) Celles-ci ont inclus toute la gestion de la dystocie dynamique avec ses différentes pratiques. De nombreuses équipes de recherche se sont questionnées sur la portée des protocoles et des recommandations, s'ils étaient réellement la clé d'une évolution.

Dans notre étude, nous avons retrouvé une administration d'oxytocine chez les femmes en travail spontané de 30,2 % dont 47,9 % chez les nullipares et 17,4 % chez les multipares. D'autres études récentes françaises retrouvaient des taux d'administration d'oxytocine plus élevés. Ainsi l'étude Blanc-Petitjean et al. effectuée de 2010 à 2012 dans un CHU de niveau III à Paris incluant les femmes en travail spontané à terme et excluant les patientes ayant un utérus cicatriciel, révèle un taux d'administration d'oxytocine à 35,1 % après l'instauration d'un protocole de service avec une administration chez 54,6 % des nullipares et 21,1 % des multipares. (44)

Si on se réfère à l'enquête nationale périnatale de 2016, 44,3 % des femmes en travail spontané avait reçu de l'oxytocine sur le territoire français. (6)

Plus récemment une étude a été faite auprès des maternités des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg en 2018 soit l'année précédent notre étude, elle retrouvait un taux d'administration d'oxytocine chez 31% des patientes à bas risque obstétrical admises en travail spontané.(45)

Les chiffres de 2016 sont les derniers en date à l'échelle nationale, les résultats de notre étude en 2019 traduisent le pourcentage d'administration d'oxytocine le plus bas en France parmi ceux retrouvés dans la littérature, mais ils sont aussi les plus récents.

Quant à l'amniotomie, dans notre étude, cela concernait 37,9 % des femmes. Ce sont des chiffres assez proches de ceux obtenus au niveau national par l'ENP de 2016 (41,4 %). Une étude effectuée sur le CHRU de Lille en 2018 révèle que parmi les femmes ayant un travail à bas risque et ayant rompu en salle de naissance, 55,7 % ont eu une rupture artificielle des membranes. C'est une pratique encore largement utilisée. (46)

3. Comparaison des pratiques à l'internationale

Si on s'intéresse aux pratiques relatives à l'oxytocine au niveau international, on peut remarquer qu'elles diffèrent selon les pays. En effet, à partir de l'étude suédoise d'Elvander et al. publiée en 2015 sur un échantillon de 113 279 femmes ayant accouché spontanément ou par voie basse spontanée seule (déclenchement et utérus cicatriciel inclus) de janvier 2008 à octobre 2014, les auteurs retrouvaient une administration d'oxytocine chez 61 % des nullipares et 26 % des multipares. De plus, 58 % des femmes ayant un utérus cicatriciel avait reçu de l'oxytocine. Cela correspondait à un taux total de 41 %. Ces taux étaient supérieurs à ceux retrouvés dans notre étude (47,9 % chez les nullipares et 17,4 % chez les multipares) mais elle a aussi été réalisée 5 ans plus tard, il serait judicieux de comparer ces chiffres à ceux obtenus auparavant. Nous savons que le pourcentage de femme qui avait reçu de l'oxytocine en 2016 en France était de 44,3% soit supérieur à celui obtenu en Suède préalablement. (47)

Par ailleurs, une étude de 2020 a recensé parmi 12 pays du monde les différentes modalités d'administration selon les protocoles ou recommandations de chacun ainsi que la dose totale administrée sur 8 heures. Les conditions d'administration varient d'un pays à l'autre ainsi que les définitions. Par exemple celle de l'hyperstimulation variait entre l'Irlande (plus de 7 contractions chez les femmes primipares et 5 chez les femmes multipares dans n'importe quel intervalle de 15 minutes), le Danemark (plus de 5 contractions en 10 minutes chez les femmes primipares), ou la Suède (fréquence des contractions supérieure à 5 pour 10 minutes chez les femmes primipares et multipares). L'Allemagne est l'état où les doses d'oxytocine administrées étaient les plus importantes parmi les pays de l'étude. En effet, la dose de départ était au maximum de 900 mUI/heure versus 120 mUI/heure en France, les paliers de doses et la dose totale administrée étaient aussi plus importants qu'ailleurs : respectivement 0,90 IU/heure versus 0,12 UI/heure en

France et 3,60 IU/heure contre 1,20 IU/heure en France. La dose totale d'administration d'oxytocine sur 8 heures pouvait atteindre 27,0 UI selon certains protocoles. La Belgique semblait suivre les recommandations françaises. Les intervalles d'augmentation les plus courts ont été retrouvés en Italie, en Irlande et en Norvège et étaient de 15 minutes. Cela diffère des recommandations françaises où les intervalles sont de 30 minutes au minimum. L'étude traduit des disparités entre les différents pays mais également à l'intérieur de nombreux pays (l'Allemagne, l'Irlande, la Chypre, l'Autriche, la Pologne) avec plusieurs protocoles applicables qui entraînent des variations considérables de quantités totales d'oxytocine administrées. L'étude cible l'importance d'un protocole généralisé et homogène dans les différents pays et évoque la situation critique dans certains états comme l'Inde où 78,9 % des femmes avaient reçu de l'ocytocine en 2011. (48)

4. Des facteurs qui impactent l'utilisation d'oxytocine

Nous avons retrouvé une différence d'administration d'oxytocine en fonction de l'IMC de la femme avec une dose totale plus faible chez les $IMC < 18,5$ ou > 30 . Toutefois, ces résultats sont à nuancer, une étude menée aux Etats-Unis parue en 2017, a identifié l'obésité comme un élément pouvant rendre nécessaire l'administration d'une dose plus importante d'oxytocine. (49)

D'autres auteurs se sont intéressés aux facteurs influençant l'administration d'oxytocine durant le travail. Dans une étude française publiée en 2018 interrogeant les sages-femmes sur les modalités d'administration d'oxytocine, les auteurs retrouvaient une variation de la définition du travail dystocique entre les différentes sages-femmes, toutes n'avaient pas la même notion de stagnation. (50)

Il était évoqué l'influence d'un service surchargé, retrouvé dans une étude suédoise également « accélérer le travail pour libérer des salles » ainsi que dans la grande enquête lancée en juin 2020 par le CNOSF auprès des sages-femmes dans le but de connaître et comprendre leurs attentes et espoirs. Les résultats étaient très parlants : 55 % des sages-femmes hospitalières estimaient de ne pas avoir le temps de prodiguer des soins de qualité et 67 % des sages-femmes estimaient que les effectifs sont insuffisants en maternité. Le suivi « one to one » pourrait permettre d'améliorer ce point même si cela ne ressort pas dans la méta-analyse de la Cochrane. (50–52)

Les pressions reçues par les jeunes sages-femmes étaient abordées dans l'étude suédoise Ekelin et al. parue en 2014. En effet, les jeunes sages-femmes seraient plus sensibles aux pressions qu'elles peuvent percevoir du reste de l'équipe en estimant que leurs collègues plus expérimentés les observaient et voudraient davantage faire preuve d'efficacité en montrant que le travail de leur patiente avance. De ce fait, elles débutaient l'administration d'oxytocine plus tôt. (51)

Reconnaître les facteurs externes semble alors important pour permettre l'évolution des pratiques.

Par ailleurs, les attentes, projets de naissance des femmes évoluent et correspondraient selon le rapport de l'HAS à entre autres une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement avec davantage de respect du déroulement spontané de l'accouchement. Dans ce sens, l'ENP menée en 2016 révèle que dans la perspective d'une moindre médicalisation des accouchements, 40 % des maternités indiquent qu'elles disposent d'un espace dédié distinct des salles de naissance classiques où sont réalisés les accouchements moins médicalisés. (53) Cela pourrait encourager et alors expliquer la forte diminution de certaines pratiques systématiques comme l'administration systématique d'oxytocine.

5. Impact de l'implantation d'un protocole

Dans notre étude, nous avons retrouvé une différence statistiquement significative d'administration d'oxytocine entre les deux périodes étudiées (2016 = 46,9 %, 2019= 30,2 %, $p= 0,002$). L'étude Blanc-Petitjean et al. a pu comparer les pratiques avant et après la mise en place d'un protocole de service à propos de l'administration d'oxytocine (Novembre 2010-Mai 2011 vs 2012). Cette étude a permis de mettre en évidence, une diminution de l'administration d'oxytocine ($p<0,001$) et une diminution de la dose totale d'oxytocine reçue, en particulier chez les primipares (1016 (412-2070) vs. 708 (300-1600), $p=0,01$). Les débits maximums ont été significativement diminués également. Le but du protocole était d'influer sur ces deux paramètres et ces résultats reflètent une réelle modification des pratiques entre la période avant et après sur l'administration de l'oxytocine. (44)

L'étude norvégienne Rossen et al. parue en 2015 confirmait l'impact d'un protocole sur les pratiques, avec une administration d'oxytocine de 34,9 % en 2009 avant le protocole

de 2010 et de 23,1 % en 2013. Cette étude se basait sur une cohorte de 20227 femmes. (54)

Dans notre étude traduisant un avant-après recommandations, nous avons observé une diminution significative des pratiques systématiques utilisées pour la gestion de la dystocie du travail. L'administration systématique d'oxytocine lors du premier stade du travail était de 24,9 % en 2016 versus 9,6 % en 2019 ($p = 0,0004$), et évoluait significativement aussi lors du deuxième stade (10,3 % versus 0 %, $p < 0,0001$). L'étude de Boujenah et al. parue en 2020 avait parmi ses objectifs d'évaluer l'impact d'un protocole de service pour l'usage raisonné de l'oxytocine dans un maternité de type II à Monaco, le but premier du protocole étant la suppression des pratiques systématiques liées à l'oxytocine. On retrouvait une réduction statistiquement significative de l'administration d'oxytocine (31,9 % en 2017 contre 69,2 % en 2015) avec une conformité au protocole passée de 20,8 % à 91,3 % en l'espace de 2 ans. (55)

Concernant la pertinence de la gestion, dans notre étude de nets progrès en faveur des recommandations ont été faits particulièrement lors du deuxième stade du travail (25,0 % en 2016 versus 87,5 % en 2019), mais c'est loin d'être le cas encore dans la première phase de travail (25,8 % en 2019) et le diagnostic de dystocie dynamique reste encore peu pertinent dans plus de la moitié des cas.

Cependant, cette évolution des pratiques impacte aussi la durée du travail. L'étude Blanc-Petitjean et al. retrouvait un allongement significatif de la durée du travail en particulier chez les primipares après la mise en place du protocole ($4,1 \pm 2,1$ heures versus $4,5 \pm 2,5$ heures, $p < 0,01$) et sans conséquence sur l'état néonatal. (44) Une étude américaine parue en 2015 a relevé d'autres conséquences involontaires de ces protocoles. En effet, l'augmentation de la durée de travail aurait contribué, dans cette étude, à un taux plus élevé de chorioamniotite ainsi que plus d'accouchement par césarienne pour dystocie dynamique. (56) Nous avons eu 3 accouchements par césarienne dans notre étude versus 10 dans l'étude réalisée en 2016.

Cela nous conforterait dans l'idée que la formalisation de protocoles joue un vrai rôle dans l'évolution des pratiques mais il paraît important de connaître et de mesurer les éventuelles conséquences plus négatives que cela peut engendrer.

6. Projet d'action

Les prochaines évolutions qui semblent importantes aujourd'hui sont l'amélioration de la pertinence d'action soit un changement plus en profondeur des pratiques se basant sur les recommandations mais aussi la réflexion du professionnel. Ainsi en agissant sur la justification de l'indication de mise en place de l'oxytocine, une analyse individuelle de la pertinence d'administration sera nécessaire. Il serait également intéressant de réaliser une étude qualitative par observations de terrains et entretiens pour étudier de manière plus approfondie les mécanismes qui freinent ou favorisent l'application des RPC à un moment donné au sein d'une équipe.

Des progrès en ce qui concerne des aspects simples comme le consentement et l'information des patientes paraissent aisés et indispensables afin d'être aussi dans la continuité des politiques obstétricales actuelles. Effectivement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a formulé des recommandations avec pour finalité une « expérience positive de l'accouchement » pour toutes les femmes. C'est pourquoi 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 apporter aux femmes une information claire et loyale leur permettant de choisir les modalités d'accouchement qui leur conviennent. (57)

Or dans notre étude, aucune information à la patiente et aucun consentement n'a été tracé dans 98 % des dossiers. Afin de pallier ce manquement, un pré-remplissage à compléter a été enregistré sur le logiciel ICOS affichant automatiquement les mentions « Consentement/Information : » lors de la traçabilité de l'administration d'oxytocine dans le logiciel au sein du Centre Hospitalier. Il serait intéressant de connaître les chiffres actuellement.

De plus, effectuer un nouvel audit à l'échelle nationale permettrait de connaître les écarts de pratiques d'un centre hospitalier à l'autre, d'une région à l'autre et d'échanger sur certaines pistes d'amélioration.

Enfin, le véritable objectif de connaître l'évolution des pratiques est avant tout d'observer les différentes conséquences sur la santé maternelle et néonatale, il serait intéressant d'étudier le pourcentage de césariennes, la survenue d'hyperthermie et/ou d'infection materno-fœtale, la survenue d'hémorragie du post-partum et l'évolution de l'état néonatal ces dernières années sur des échantillons plus larges.

CONCLUSION

La dystocie dynamique touche de nombreuses femmes pendant leur travail, les deux principales techniques utilisées pour palier à cela sont l'amniotomie et l'administration d'oxytocine.

Ce sont des techniques largement répandues en France et à l'étranger, qui ne sont pas anodines et peuvent faire l'objet d'utilisations excessives parfois. Les protocoles et recommandations ont pour objectif l'homogénéisation de ces pratiques au niveau national et international. Nous avons pu faire un bilan à propos de ces pratiques et particulièrement l'administration d'oxytocine.

Notre étude permet de faire le bilan positif de l'évolution de la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique entre 2016 et 2019 dans ce centre hospitalier universitaire de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Si les pratiques systématiques de gestion de la dystocie dynamique semblent s'abaisser en 2019 par rapport à 2016, il reste des améliorations à prévoir quant à l'évolution de la pertinence et du diagnostic.

L'administration d'oxytocine tend à diminuer en accord avec la politique obstétricale actuelle qui est de limiter les interventions dans cette maternité comme à l'échelle nationale. Cette administration reste tout de même liée à certaines caractéristiques des femmes comme leur parité. L'amniotomie cependant voit son taux rester stable depuis 2016, aucune évolution statistiquement significative étant relevé.

Les recommandations de 2016 du Collège National des Sages-Femmes de France concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané ont eu un réel impact sur les pratiques. Une marge d'amélioration reste cependant présente tout comme une évaluation de l'impact sur la santé des femmes et des nouveau-nés.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ricard É, Carcopino X, Lalys L, Bertrand J, Le Du R, Mancini J, et al. Un regard dans le passé : évolution du devenir materno-fœtal en maternité depuis le xixe siècle. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2011 [cité 8 déc 2019];40(6):549-56. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231511000408>
2. Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Giraud-Roufast A. Do perinatal guidelines have an impact on obstetric practices? *Rev Epidemiol Sante Publique* [Internet]. 2012 [cité 21 nov 2019];60(5):355-62. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.03.002>
3. Wery E, Vambergue A, Le Goueff F, Vincent D, Deruelle P. Impact des nouveaux critères de dépistage sur la prévalence du diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2014 [cité 25 oct 2019];43(4):307-13. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231513000355>
4. Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2014 [cité 27 nov 2019];43(6):413-23. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231514000052>
5. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2012 [cité 25 oct 2019];41(2):151-66. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.11.008>
6. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 [Internet]. 2017 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
7. Insee. Âge moyen de la mère à l'accouchement [Internet]. 2020 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-figure1>
8. Insee. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. Insee. 2019 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781&q=sant%C3%A9#tableau-figure3>
9. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *The Lancet* [Internet]. 2017 [cité 24 mars 2020];390(10092):415-23. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616315926>
10. Custers EJFM, Cate O ten. The History of Medical Education in Europe and the United States, With Respect to Time and Proficiency. *Academic Medicine* [Internet]. 2018 [cité 23 mai 2020];93(3S):S49. Disponible sur: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2018/03001/The_History_of_Medical_Education_in_Europe_and_the.10.aspx
11. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Histoire de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2019 [cité 1 juin 2020]. Disponible

sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>

12. Morin C, Leymarie M-C. Évolution de la formation des sages-femmes. Les DO [Internet]. 2014 [cité 2 mars 2021];5. Disponible sur: http://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2016/01/Evolution-de-la-formation-des-SF-DO-440_MANAGEMENT.pdf
13. Vermeulen J, Beeckman K, Turcksin R, Van Winkel L, Gucciardo L, Laubach M, et al. The experiences of last-year student midwives with High-Fidelity Perinatal Simulation training: A qualitative descriptive study. *Women Birth* [Internet]. 2017 [cité 27 mai 2020];30(3):253-61. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217300884>
14. Coyer. évaluation de la simulation haute-fidélité dans la formation initiale à la réanimation.pdf [Mémoire : sage-femme]. [Angers]: Université d'Angers; 2013.
15. Massoth C, Röder H, Ohlenburg H, Hessler M, Zarbock A, Pöpping DM, et al. High-fidelity is not superior to low-fidelity simulation but leads to overconfidence in medical students. *BMC Medical Education* [Internet]. 2019 [cité 27 mai 2020];19(1):29. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1464-7>
16. Code de la santé publique - Article R4127-304. Code de la santé publique.
17. Formation-medicale-continue-et-evaluation-des-pratiques-professionnelles-des-medecins.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.reseaprosante.fr/files/santepublique/Formation-medicale-continue-et-evaluation-des-pratiques-professionnelles-des-medecins.pdf>
18. Haute Autorité de Santé. Formation en ligne ou e-learning [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807825/fr/formation-en-ligne-ou-e-learning
19. Casebeer L, Engler S, Bennett N, Irvine M, Sulkes D, DesLauriers M, et al. A controlled trial of the effectiveness of internet continuing medical education. *BMC Medicine* [Internet]. 2008 [cité 5 avr 2021];6(1):37. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-37>
20. Zimmermann R, Mousty E, Mares P, Letouzey V, Huberlant S. E-learning et simulation en échographie focalisée pour la formation continue des sages-femmes en salle de naissance. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2019 [cité 13 févr 2020];47(12):836-40. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S246871891930323X>
21. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. La formation continue : le DPC [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2019 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
22. Haute Autorité de Santé. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) [Internet]. [has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). 2017 [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1500957/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss

23. Haute Autorité de Santé. Audit clinique [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807705/fr/audit-clinique
24. Nayraguet M. Pertinence de la gestion de la dystocie dynamique [Mémoire : sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2018.
25. Haute Autorité de Santé. Revue de pertinence de soins [Internet]. 2017 [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/revue_de_pertinence_des_soins.pdf
26. Lasnet A, Jelen A-F, Douysset X, Pons J-C, Sergent F. L'introduction d'un audit obstétrical quotidien : une solution pour diminuer le taux de césarienne ? J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2015 [cité 25 oct 2019];44(6):550-7. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.08.003>
27. Code de la santé publique - Article L6321-1. Code de la santé publique.
28. Criballet G. Rôle de la fédération dans l'animation des RSP [Internet]. 2016. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnnse_22_mars_16_ffrsp_v2_.pdf
29. Université Paris Descartes. Evidence based medicine [Internet]. 2014 [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf>
30. Miles A. Evidence-based medicine - 2018. Quo Vadis? Journal of Evaluation in Clinical Practice [Internet]. 2018 [cité 24 mars 2020];24(1):3-6. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12924>
31. Bizouarn P. Evidence-based medicine: méthodes et critiques. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation [Internet]. 2007 [cité 13 janv 2020];26(4):334-43. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2006.11.012>
32. Kennedy HP, Doig E, Hackley B, Leslie MS, Tillman S. "The Midwifery Two-Step": A Study on Evidence-Based Midwifery Practice. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2012 [cité 1 juin 2020];57:454-60. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1542-2011.2012.00174.x>
33. Haute Autorité de Santé. Elaboration de recommandations de bonne pratique [Internet]. 2020 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf
34. Reinbold D, Éboue C, Morello R, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2012 [cité 25 oct 2019];41(1):62-8. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.08.006>
35. Lane A, Luminet O, Mikolajczak M. Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : revue d'une littérature en pleine expansion. Année psy [Internet]. 2013 [cité 2 avr

2020];113(02):255-85. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2013-2-page-255.htm>

36. VIDAL - Oxytocine [Internet]. [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/4027/oxytocine/#usage>
37. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cité 27 nov 2019];6(CD007123):1-40. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007123.pub3/full?highlightAbstract=withdrawn%7Ctreatment%7Cno%7Coxytocin%7Cversus>
38. Rousseau A. 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. *La Revue Sage-Femme* [Internet]. 2016 [cité 30 mars 2021];20. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sagf.2016.11.003>
39. Simpson KR, Knox GE. Oxytocin as a high-alert medication: implications for perinatal patient safety. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2009;34.
40. Walker KF, Bugg G. Is it time to ban oxytocin for poor labour progress? *Obstet Gynecol Reprod Med* [Internet]. 2019 [cité 25 oct 2019];29(6):175-6. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2019.03.002>
41. Gaucher L. 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. *La Revue Sage-Femme* [Internet]. 2016;14. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sagf.2016.10.002>
42. Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharaux C. Administration d'oxytocine au cours du travail en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale 2010. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2013 [cité 25 oct 2019];42:662-70. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.02.011>
43. 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 | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1637408816301158?token=5C269CC7095A0512182042F115832ED65D28B78D40B123E5E8CE203B14EAB4A72D640069D323E6B2535B7A218624778A>
44. Blanc-Petitjean P, Legardeur H, Meunier G, Mandelbrot L, Le Ray C, Kayem G. Evaluation of the implementation of a protocol for the restrictive use of oxytocin during spontaneous labor. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2020 [cité 4 avr 2021];49(2):101664. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.101664>

45. Henni C. La direction active du travail-Evaluation des pratiques professionnelles au sein des maternités des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg au cours de l'année 2018 [Mémoire : sage-femme]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2020.
46. Peru J, Garabedian C, Drumez E, Ghesquière L. Quel est l'impact de la rupture des membranes amniotiques sur le rythme cardiaque fœtal au cours du travail spontané ? *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2020 [cité 4 avr 2021];48(10):715-21. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718920300726>
47. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 [cité 4 avr 2021];15:252. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0689-7>
48. Daly D, Minnie KCS, Blignaut A, Blix E, Vika Nilsen AB, Dencker A, et al. How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. *PLoS One* [Internet]. 2020 [cité 5 avr 2021];15(7):e0227941. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0227941>
49. Reinl EL, Goodwin ZA, Raghuraman N, Lee GY, Jo EY, Gezahegn BM, et al. Novel oxytocin receptor variants in laboring women requiring high doses of oxytocin. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [cité 4 avr 2021];217:214.e1-214.e8. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.036>
50. Isidore J, Rousseau A. Administration of oxytocin during spontaneous labour: A national vignette-based study among midwives. *Midwifery* [Internet]. 2018 [cité 5 avr 2021];62:214-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.017>
51. Ekelin M, Svensson J, Evehammar S, Kvist LJ. Sense and sensibility: Swedish midwives' ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labour augmentation. *Midwifery* [Internet]. 2015 [cité 5 avr 2021];31(3):e36-42. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.006>
52. Meyer, Curat. Une femme, une sage-femme : le modèle périnatal remis en cause. *Contact Sages-femmes* [Internet]. 2021 [cité 4 avr 2021];(64):4-17. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00512691791ce4d102886?page=3>
53. Haute Autorité de Santé. Recommandation de Bonne Pratique-Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2017 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf
54. Rossen J, Østborg TB, Lindtjørn E, Schulz J, Eggebø TM. Judicious use of oxytocin augmentation for the management of prolonged labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2016 [cité 1 avr 2021];95:355-61. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12821>

55. Boujenah J, Renassia S, Djafer R, Carbonne B. Impact d'une politique d'utilisation raisonnée de l'oxytocine de synthèse lors du travail spontané à terme. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2020 [cité 4 avr 2021];48(9):657-64. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718920301318>
56. Rohn AE, Bastek JA, Sammel MD, Wang E, Srinivas SK. Unintended clinical consequences of the implementation of a checklist-based, low-dose oxytocin protocol. *Am J Perinatol* [Internet]. 2015 [cité 4 avr 2021];32(4):371-8. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387932>
57. Organisation Mondiale de la Santé. Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés [Internet]. WHO. World Health Organization; 2018 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr/>

ANNEXES

Annexe I Données recueillies non présentes dans Icos

Données non présentes dans dossier ICOS

Record ID

Données de croisement

Date de naissance de la femme

_____ (YYYY-MM-DD)

Date d'accouchement

Poids du Nouveau-né

_____ (en g)

Sexe du nouveau-né

Féminin
 Masculin

Pendant le travail

Oxytocine (hors Administration prophylactique d'oxytocine, "délivrance dirigée")

Oui
 Non

Si oui, dose initiale (en mUI/min)

_____ (avec une décimale)

Palier d'augmentation n°1 (en mUI/min)

_____ (avec une décimale. Indiquer la dose du palier (delta) et non la vitesse)

Délai d'augmentation 1 (en min)

Palier d'augmentation n°2 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 2 (en min)

Palier d'augmentation n°3 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 3 (en min)

Palier d'augmentation n°4 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 4 (en min)

Palier d'augmentation n°5 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 5 (en min)

Palier d'augmentation n°6 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 6 (en min)

Palier d'augmentation n°7 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 7 (en min)

Palier d'augmentation n°8 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 8 (en min)

Palier d'augmentation n°9 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 9 (en min)

Palier d'augmentation n°10 (en mUI/min)

Délai d'augmentation 10 (en min)

Dose totale (en mUI)

Analgésie péridurale

- Oui
 Non

Si APD, posée

- Avant 5 cm
 Après 5 cm

Amniotomie pendant le travail

- Oui
 Non

Si oui, à quelle dilatation

Présentation à dilatation complète :

- OP
 OIGA
 OIGT
 OIGP
 OS
 OIDA
 OIDT
 OIDP
 Bregma
 Front
 Face

Accouchement

Présentation à l'accouchement

- OP
 OS
 Autre

Si autre, préciser (en clair)

Délivrance

Administration prophylactique d'oxytocine

- Oui
 Non

Moment de l'administration prophylactique d'oxytocine

- Epaule antérieure
 Immédiatement après la naissance
 Immédiatement après la délivrance
 Non précisée

Dose de l'APO (en mUI)

Volume des pertes estimées (en mL) sur 24h

Nouveau-né

Percentile

pH artériel

lactates pHa

pH veineux

lactates pHv

C7 : Amniotomie réalisée avant l'administration d'oxytocine, en cas de dystocie dynamique

Commentaires C7 :

C8 : Délai correct entre l'amniotomie et l'administration d'oxytocine, en cas de dystocie dynamique

OUI

NON

NA

Commentaires C8 :

C9 : Diagnostic d'absence de progression de présentation pertinente durant le 2ème stade du travail

OUI

NON

NA

C10 : Oxytocine systématique durant le 2ème stade du travail

OUI

NON

NA

C11 : Administration pertinente d'oxytocine en cas de dystocie dynamique pendant le 1er stade du travail

OUI

NON

NA

Commentaires C11

C12 : Administration pertinente d'oxytocine en cas de dystocie dynamique pendant le 2ème stade du travail

OUI

NON

NA

Commentaires C12 :

Modalités générales d'administration de l'oxytocine (arrêt du remplissage si pas d'oxytocine)

C13 : Enregistrement de l'activité utérine continu	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C14 : Enregistrement du rythme cardiaque foetal continu	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C15 : Analyse du rythme cardiaque foetal tracée dans le dossier	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C16 : Analyse de l'activité utérine tracée dans le dossier	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C17 : Utilisation d'une tocométrie interne en cas de mauvaise qualité de l'enregistrement de la contractilité utérine	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	NA <input type="radio"/>
Commentaires C17 :			
C18 : Traçabilité dans le dossier des doses d'oxytocine en mUI/min	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C19 : Traçabilité de l'horaire dans le dossier des doses d'oxytocine administrée	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C20 : La dose initiale d'administration de l'oxytocine est comprise entre 2 et 4 mUI/min (≥ 2 - < 4 mUI/min) quelque soit l'unité utilisé	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C21 : Les paliers d'augmentation du débit d'administration d'oxytocine sont \geq à 30 minutes	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	NA <input type="radio"/>

C22 : Les paliers d'augmentation des débits d'administration d'oxytocine sont compris entre 2 et 4 mUI/min ($\geq 2 < 4$ mUI/min)	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	NA <input type="radio"/>
C23 : La dose maximale d'oxytocine utilisée est celle qui permet d'obtenir une modification cervicale sur une heure et/ou 5 CU par 10 minutes	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C24 : Le débit maximum d'administration d'oxytocine est ≤ 20 mUI/min	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	
C25 : Traçabilité dans le dossier de la dose totale d'oxytocine administrée en UI	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	

Arrêt de l'administration

C26 : En cas d'anomalie du rythme cardiaque foetal évoquant un risque d'acidose associé à la présence d'une hyperactivité utérine, arrêt de la perfusion d'oxytocine	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>	NA <input type="radio"/>
--	------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Commentaires C26 :

Commentaires généraux :

Résumé

Introduction – Cette étude avait pour objectif de décrire l'évolution de la pertinence de la gestion de la dystocie dynamique en janvier 2019 depuis janvier 2016.

Méthodes – Il s'agit d'une étude descriptive transversale de type audit clinique. Les données étaient recueillies via une grille d'audit élaborée au sein du RSPA à partir du référentiel national « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané » publié en décembre 2016, par le CNSF. Le critère de jugement principal était le pourcentage de conformité d'administration d'oxytocine selon 4 critères de l'audit.

Résultats – Nous avons inclus 169 femmes ayant eu un travail spontané sur la période du 1^{er} janvier au 31 janvier 2019. Le taux d'administration d'oxytocine a significativement diminué entre 2016 et 2019 (46,9% vs. 30,2%, $p = 0,002$). L'administration systématique d'oxytocine lors du 1^{er} stade du travail était de 9,6 % contre 24,9 % en 2016 et de 0% contre 10,6 % en 2016 lors du 2^{ème} stade. Même si le taux d'amniotomie est resté stable ($p = 0,67$) nous avons retrouvé une diminution significative de sa pratique systématique ($p = 0,0009$). L'administration pertinente d'oxytocine pendant le 2^{ème} stade du travail était de 25,0 % en 2016 versus 87,5 % en 2019. L'évolution de la pertinence de l'administration d'oxytocine au 1^{er} stade n'est pas statistiquement significative ($p = 0,50$).

Conclusion – Les pratiques systématiques ont beaucoup diminué depuis 2016. Malgré une amélioration de la pertinence d'administration d'oxytocine lors du 2^{ème} stade du travail, ce n'est pas encore le cas lors du 1^{er} stade du travail. Des facteurs externes peuvent impacter les pratiques et sont à prendre en compte.

Mots clés : Oxytocine ; travail spontané ; recommandations ; dystocie dynamique, pratiques maïeutiques

Summary

Objectives – The main objective of this study was to describe the evolution of the relevance of dynamic dystocia management in January 2019 since January 2016.

Method - This is a cross-sectional, clinical audit-type descriptive study. The data was collected via an audit grid developed by the RSPA from the national guidelines "Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané" published in December 2016, by the CNSF.

Results – We included 169 women who had spontaneous labor from January 1st to January 31, 2019. The oxytocin administration rate significantly decreased between 2016 and 2019 (46.9% vs. 30.2%, $p = 0.002$). Systematic administration of oxytocin during the 1st stage of labor was 9.6% versus 24.9% in 2016 and 0% versus 10.6% in 2016 during the 2nd stage. Even if the amniotomy rate remained stable ($p = 0.67$) we found a significant decrease in its systematic practice ($p = 0,0009$). The relevant administration of oxytocin during the 2nd stage of labor was 25.0% in 2016 versus 87.5% in 2019. The evolution of the relevance of the administration of oxytocin at the 1st stage is not statistically significant ($p = 0.50$).

Conclusion – Systematic practices have decreased significantly since 2016. However there is an improvement in the relevance of administration of oxytocin during the 2nd stage of labor, this is not yet during the 1st stage of labor. External factors can impact practices and must be taken into account.

Keywords : Oxytocin ; spontaneous labor ; guidelines ; dynamic dystocia; midwifery practices