HAL open science

État des lieux de l'utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané en accord avec les RPC du CNSF. Étude rétrospective réalisée au CHRU de Brest sur la période du 1 février 2019 au 31 mars 2019

Camille Favreau

To cite this version:

Camille Favreau. État des lieux de l'utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané en accord avec les RPC du CNSF. Étude rétrospective réalisée au CHRU de Brest sur la période du 1 février 2019 au 31 mars 2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03442639

HAL Id: dumas-03442639

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03442639v1

Submitted on 17 Jan 2022

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

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

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

ÉCOLE UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE DE BREST
URF de Médecine et des Sciences de la Santé

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2021

État des lieux de l'utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané en accord avec les RPC du CNSF.
Étude rétrospective réalisée au CHRU de Brest sur la période du 1 février 2019 au 31 mars 2019.

Présenté et soutenu par :

Camille FAVREAU

Née le 19 octobre 1996

Promotion 2016-2021

Remerciements

Un grand merci à Anne Moal, guidante de ce mémoire, pour son soutien et ses nombreux conseils.

Merci à l'équipe pédagogique, enseignants et personnels de l'Ecole de Sages-femmes pour leur disponibilité et leur aide durant ces quatre années d'école.

Je remercie également ma famille pour leur soutien au cours de ces 4 années d'étude mais également pour les nombreuses relectures de ce travail.

Merci à mes amies pour leur entourage et leur bienveillance.

Table des matières

Liste des abréviations *5*

I. Introduction *6*

II. Matériel et méthode *9*

A- Objectif de l'étude : **9**

B- Type : **9**

C- Lieu et période de l'étude : **9**

D- Hypothèses : **9**

E- Population étudiée : **9**

F- Sélection de la population **10**

G- Stratégie d'étude **10**

1- Critères évalués 10
2- Mode d'intervention : grille de recueil 12
3- Phase de test 12

H- Analyse statistique des résultats **12**

III. Résultats *13*

A- Caractéristiques de la population **13**

1- Digramme de flux 13
2- Population maternelle 13
3- Population néonatale 15

B- Issue obstétricale **16**

C- Répartition avec ou sans oxytocine **17**

D- Respect des recommandations **17**

1- Respect des recommandations parmi l'ensemble des femmes de l'étude 17
2- Respect des recommandations parmi les femmes ayant eu recours à l'oxytocine 18
3- Respect des recommandations parmi les femmes n'ayant pas eu recours à l'oxytocine. 18

E- Dossiers ayant eu recours à l'oxytocine **19**

1- Traçabilité de l'information des patientes et de l'indication d'utilisation 19
2- Modalités d'administration 19
3- Dilatation et état des membranes à l'introduction de l'oxytocine 20
4- Non-respect des recommandations concernant l'introduction d'oxytocine parmi la population ayant bénéficié d'oxytocine 21

F- Dossiers n'ayant pas eu recours à l'oxytocine **22**

IV. Analyse *24*

A- Population générale de l'étude **24**

B- Respect des recommandations **24**

1- Population pour qui l'introduction d'oxytocine a été réalisée 24
2- Population pour qui l'introduction d'oxytocine n'a pas été réalisée 29

V- Discussion ***32***
1- Objectifs de l'étude 32
2- Force de l'étude 32
3- Limite de l'étude 33
4- Proposition 34
V. Conclusion ***36***
VI. Bibliographie ***38***
VII. Annexes ***41***

Liste des abréviations

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CPP : Comité de Protection des Personnes

CU : Contraction Utérine

DIM : Département des Informations Médicales

ENP : Enquête Nationale Périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RCP : Recommandations de bonnes Pratiques

RU : Révision Utérine

SDN : Salle De Naissance

I. Introduction

L'ocytocine a démontré un rôle important dans différents domaines tels que la sexualité, le comportement parental (maternel et paternel) ou encore les comportements d'attachement (1).

L'oxytocine est quant à elle, une ocytocine de synthèse, de constitution et de propriété pharmacologique identique à celle de l'hormone ocytocique naturelle sécrétée par la post hypophyse. Le thème oxytocine trouve son origine du grec « okus » signifiant « rapide » et « tokos » « accouchement » (2).

C'est en 1970 que la commercialisation de l'oxytocine fut établie en France. En effet, l'oxytocine obtient son autorisation de mise sur le marché pour les indications suivantes :

- en cas d'atonies utérines consécutives à une hémorragie du post-partum,
- en cas d'induction de la rétractation utérine après chirurgie obstétricale,
- ou encore lors d'insuffisances de contractions utérines en cours de travail.

Cette hormone agit sur le muscle lisse utérin et se présente sous forme d'une ampoule de solution injectable de 5UI/ml à conserver à une température comprise entre +2°C et +8°C (au réfrigérateur) (3)(4).

Inscrit sur la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes depuis 1989 cette hormone de synthèse est depuis fréquemment utilisée par les sages-femmes en salle de naissance grâce à son rôle dans la contraction des muscles utérins lors de l'accouchement (5)(6).

Les résultats de l'Enquête périnatale montrent que l'oxytocine a été administrée chez 57,6 % des femmes en travail spontané en 2010 et chez 44,3% de femmes en 2016 (7). Cet usage commun s'explique car, l'oxytocine est utilisée dans l'objectif de raccourcir la durée du travail dans l'optique de diminuer la morbidité maternelle et fœtale ; ces dernières étant associées à un travail prolongé (8).

Son utilisation excessive a montré des effets néfastes sur le rythme cardiaque fœtal, dans l'hémorragie du post-partum ou encore sur l'activité utérine avec notamment la méta-analyse de la Cochrane réalisée en 2014 (9). Celle-ci a mis en évidence que l'administration précoce d'oxytocine peut entraîner une augmentation de l'hyperstimulation utérine associée à des changements du rythme cardiaque fœtal au cours du travail spontané (10).

Aux États-Unis, l'oxytocine intraveineuse (Ocytocine IV) a été ajoutée sur la liste des médicaments potentiellement à risque par l'Institute for Safe Medication Practices, ISMP (8).

Le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) publie les recommandations de bonnes pratiques (RCP) en 2016 dont le souhait est de mettre en évidence les bénéfices et les risques de l'utilisation d'oxytocine mais également d'uniformiser les pratiques professionnelles. En effet, les RCP insistent sur l'importance de redéfinir les différentes phases du travail afin d'éviter une intervention trop précoce. Elles rappellent également les indications et les modalités d'une administration raisonnée d'ocytocine et cela uniquement dans le cadre du travail spontané. Enfin, le CNSF s'attèle à décrire les effets indésirables maternels, fœtaux et néonataux liés à cette administration (8).

D'après le CNSF, en 2016 la principale indication d'utilisation de l'ocytocine est la dystocie dynamique. Cependant son utilisation semble s'accentuer dans le cadre d'une direction active du travail.

De surcroit, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2017 préconisent des interventions techniques et médicamenteuses minimales. En effet, a émergé de la part des usagers une demande croissante de prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie notamment dans les situations à bas risque obstétrical (11).

Au CHRU de Brest un protocole tenant compte des recommandations a été édité en août 2017.

Une étude réalisée en 2018 au CHRU (12) avait pour objectif principal de mesurer le respect des recommandations du CNSF sur l'administration d'oxytocine au cours du travail. La population concernait les femmes qui avaient bénéficié d'oxytocine au cours du travail spontané. L'étude a permis de mettre en évidence le respect de certains points des recommandations. En effet, elle montre que les modalités d'administration de l'oxytocine semblent être respectées dans la très grande majorité des cas. Le délai minimum d'une heure entre l'ouverture de la poche des eaux et l'introduction d'oxytocine est toujours respecté.

A contrario, elle évoque que l'introduction de l'oxytocine semble plus ou moins bien respectée en fonction des stades d'introduction. Pour les femmes qui ont reçu une administration entre 5 et 7 cm, cette étude met en évidence qu'aucun dossier ne respecte les recommandations. Pour une stagnation de la dilatation entre 7 et 10 cm, 53,33% des dossiers sont conformes aux recommandations. A dilatation complète, 47,22% des dossiers respectent un délai de deux heures sans progression du mobile fœtal avant toute introduction d'oxytocine.

Cette étude conclut que l'utilisation d'oxytocine semble connaitre d'importantes variations. En effet, certains points de ces recommandations semblent bien respectés. Cependant le respect d'autres points semblent insuffisants.

Les conclusions de cette étude ainsi que les potentiels effets néfastes de l'oxytocine et le désir croissant d'accouchements moins médicalisés nous poussent à interroger les pratiques d'utilisation de cette hormone au CHRU afin d'utiliser celle-ci de manière la plus appropriée possible. De ce fait, nous nous sommes interrogés sur l'utilisation courante de l'oxytocine au cours du travail spontané. L'utilisation de l'oxytocine ou non au cours du travail spontané est-il en accord avec les RPC du CNSF ?

II. Matériel et méthode

A- Objectif de l'étude :

L'objectif principal est de réaliser un état des lieux du respect des recommandations sur l'utilisation d'ocytocine au cours du travail spontané publiées en 2016 par le CNSF en collaboration avec le CNGOF, l'INSERM, et le CIANE.

B- Type :

Il s'agit d'une étude impliquant la personne humaine, rétrospective sur dossiers à type d'évaluation des pratiques professionnelles au sein d'une maternité de type III.

Concernant la protection des données personnelles de santé, une campagne d'affichage a été effectuée au sein de l'hôpital à partir de fin 2018 afin de prévenir les femmes de la possibilité de l'utilisation de leurs données personnelles et médicales pour permettre la réalisation d'études issues de leurs dossiers.
Notre étude est exclue des dispositions de demande d'avis au CPP car c'est une étude rétrospective par analyse de dossiers.

C- Lieu et période de l'étude :

Notre étude s'est réalisée au Centre Hospitalier Régional de Brest sur la période du 1 février 2019 au 31 mars 2019. Cette maternité de type III a réalisé 2066 naissances en 2019 dont 333 naissances du 1 février 2019 au 31 mars 2019.

D- Hypothèses :

Nous avons formulé 2 hypothèses :

- Les indications d'introduction ne sont pas bien respectées pour les patientes ayant bénéficié d'oxytocine
- Il est possible que certaines femmes n'aient pas bénéficié d'oxytocine alors qu'elles sont éligibles selon les critères des recommandations et pour autant aucune conséquence obstétricale et néonatale n'a été remarquée.

E- Population étudiée :

Les sujets recrutés pour cette étude sont les femmes ayant accouché suite à une mise en travail spontané sur la période du 1 février 2019 au 31 mars 2019.

De plus les critères d'éligibilité de la population de l'étude sont fondés sur ceux des recommandations de CNSF. En effet le RPC définit des critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion sont :

- Travail spontané
- Grossesse unique
- Présentation céphalique
- Grossesse à terme (≥ 37 SA)
- Accouchement au CHRU de Brest entre le 1 février 2019 et le 31 mars 2019.

Les critères d'exclusion sont :

- Utérus cicatriciel
- Retard de croissance
- Mort fœtale in utéro
- Interruption médicale de grossesse.

F- Sélection de la population

Les dossiers sélectionnés ont été recrutés à partir des données fournies par le Département des Informations Médical (DIM). Cette liste a été par la suite confrontée au registre d'accouchement.

G- Stratégie d'étude

1- Critères évalués

Dans un premier temps l'étude décrit les caractéristiques maternelles néonatales et obstétricales de la population étudiée.

Dans un second temps, nous avons analysé la conformité aux bonnes pratiques sur la gestion de l'oxytocine par les sages-femmes de salle de naissance. Les critères qui définissent le respect ou non de ces recommandations de pratique clinique ont été élaborés à partir du référentiel national sur l'oxytocine au cours du travail spontané du CNSF.

Nous avons considéré que celui-ci était respecté si (annexe I) **:**

1) L'indication d'utilisation de l'oxytocine était justifiée pour les différentes modalités suivantes :

- Pas d'intervention systématique durant la phase de latence si les contractions utérines sont régulières et s'il y a une dilatation cervicale (absence de survenue de pathologie maternelle et fœtale),
- Si possible une rupture artificielle des membranes avant oxytocine durant cette même phase,
- Si les membranes sont intactes à l'introduction de l'oxytocine et qu'une justification est apportée, il est considéré que les recommandations sont respectées.
- Durant la phase active :
  - ⇒ Entre 5-7 cm une intervention si la vitesse de dilatation cervicale <1cm/4h
  - ⇒ Entre 7-10 cm une intervention si la vitesse de dilatation cervicale <1cm/2h
- Il est recommandé de rompre la poche des eaux et d'attendre 1h avant l'administration d'oxytocine au cours de cette phase active,
- Prolonger le 2eme stade (phase de descente à dilatation complète) au-delà de 2h pour corriger une absence de progression de la présentation.

2) Les modalités générales d'administration de l'oxytocine suivent les principes ci-dessous :

- La dilution (selon le protocole du CHRU) : 5Ui d'oxytocine dans 50 ml de G5%,
- La dose initiale recommandée est de 2 mUI/min soit 1,2 ml/h,
- La durée des paliers d'augmentation du débit de l'ocytocine est supérieure ou égale à 30 minutes,
- Les augmentations sont recommandées par dose de palier de 2 mUI/min,
- La dose d'oxytocine à ne pas dépasser est de 20 mUI/min,
- L'augmentation des doses sera arrêtée dès l'obtention d'une modification cervicale ou de 5 contractions utérines par 10 min,
- Il est recommandé d'enregistrer l'activité utérine et de surveiller le RCF de façon continue,
- La standardisation de la dilution et des débits doit être exprimés en mUI/min,
- L'information de la patiente doit être tracée dans le dossier médical,
- L'administration par voie intraveineuse doit se faire à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose administrée et équipé d'une valve anti-reflux.

2- Mode d'intervention : grille de recueil

La grille de recueil utilisée pour réaliser cette étude a été construite à partir de celle qui a servi à mener l'étude réalisée au CHRU de Brest en 2018 (12)(annexe II).

Cette grille a été élaborée en accord avec les « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané » du CNSF. L'étude est réalisée à partir du logiciel Microsoft Excel.
Pour remplir cette grille et afin de faciliter l'analyse des résultats l'unité utilisée pour parler du temps est le centième d'heure.

Heure en centièmes d'heures	Minutes	Heure en centièmes d'heures	Minutes
0.17	10	1	60
0.25	15	2	120
0.30	18	2,5	150
0.32	19	3	180
0.33	20	3,5	210
0.50	30	4	240
0.75	45	4,5	270

3- Phase de test

Une phase de test a été réalisée afin d'évaluer la grille de recueil de l'étude. De plus cette phase a permis de mettre en évidence le temps dédié à l'analyse d'un dossier. Ce test a été réalisé sur 6 dossiers en totalité choisi aléatoirement. Parmi ces 6 dossiers 3 d'entre eux avait bénéficié d'oxytocine et 3 n'en avait pas bénéficié.

De plus, un contrôle qualité est effectué tout au long de l'étude afin de s'assurer de l'absence d'erreur au cours du remplissage de la grille de recueil. Ce contrôle est instauré tous les 30 dossiers. Le dossier est réétudié une deuxième fois avec la grille de recueil.

H- Analyse statistique des résultats

L'analyse des résultats s'est faite à partir du logiciel Microsoft Excel. A la suite de l'élaboration de la grille de recueille et afin d'analyser les résultats nous avons eu recours à l'utilisation de tableaux croisés dynamiques.

III. Résultats

A- Caractéristiques de la population

1- Digramme de flux

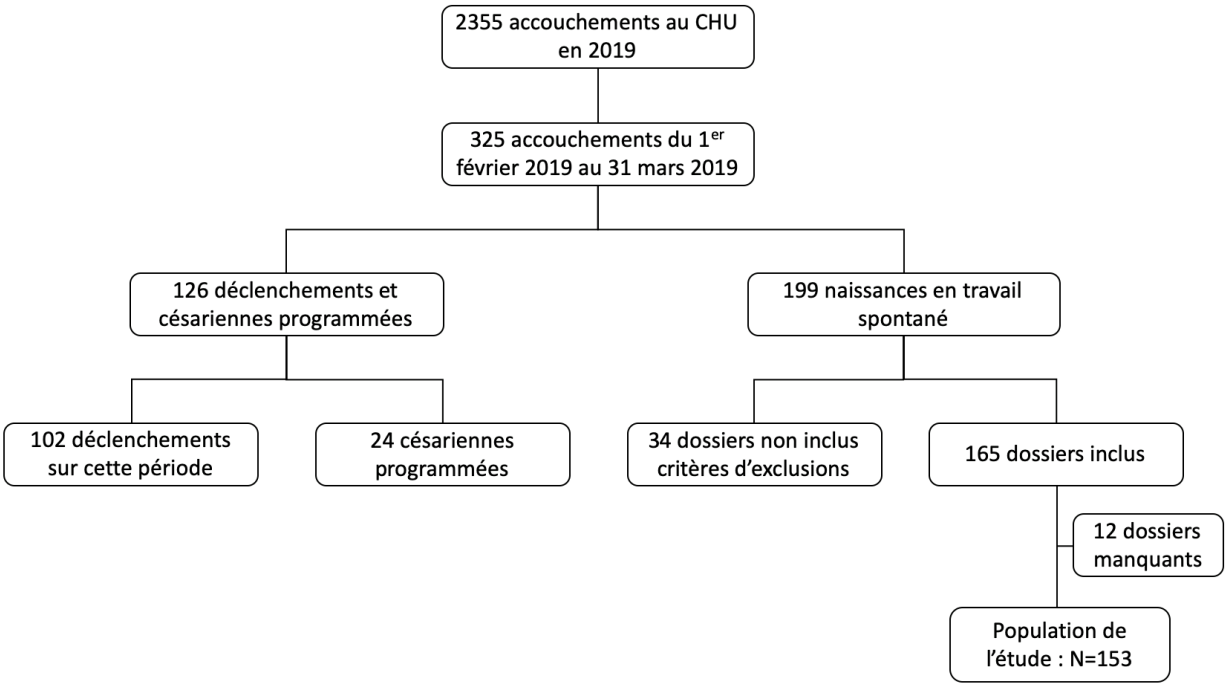


Figure 1 : Diagramme de flux des patientes inclues dans l'étude

2- Population maternelle

Cette étude a été réalisée sur un échantillon de 153 femmes (N=153).
Les caractéristiques générales sont détaillées dans les tableaux suivants.

	Moyenne	Min	Max
Age	30	18	44
Gestité	2	1	9
Parité	2	1	8
IMC	23	17	40
Terme	40	37	41

Tableau I : Caractéristiques générales

L'âge des femmes de cette population était compris ente 18 ans et 44 ans. L'âge moyen des patientes est donc de 30 ans.

L'indice de masse corporelle moyen est de 23.

Concernant la parité des femmes introduites dans l'étude, 41% de celles-ci sont des primipares, 41% sont des 2ème pares, 14% sont des 3ème pares, 3% sont des 4ème pares et 1% des femmes sont des 8ème pares.

Le terme moyen est 40 SA.

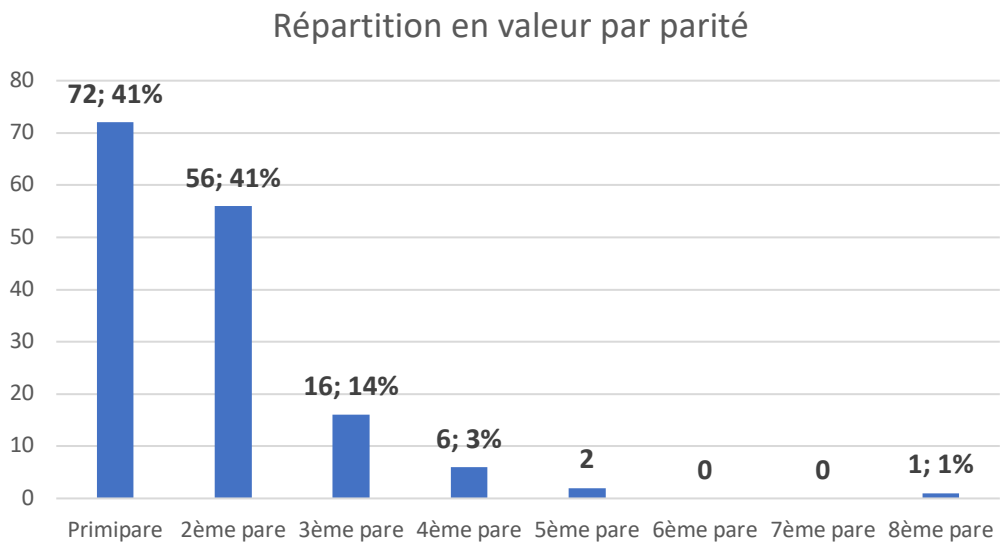


Figure 2 : Répartition en fonction de la parité

3- Population néonatale

L'étude a pris en compte la naissance de 153 enfants (N=153).

Caractéristiques de la population néonatale			
	Moyenne	Min	Max
Poids de naissance (en grammes)	3500	2270	3888
Apgar à 1 minute	9,0	1	10
Apgar à 3 minutes	9,8	6	10
Apgar à 5 minutes	10,0	6	10

Tableau II : Caractéristiques de la population néonatale

Les enfants de cette étude ont dans la majorité présenté une bonne adaptation à la vie extra utérine. Cependant pour les enfants qui ont eu des difficultés d'adaptation une réanimation a eu lieu en salle de naissance par la sage-femme ou par le pédiatre.

	Nombre	Pourcentage sur la population totale
Réanimation en SDN		
Aucune	136	89%
Par SF	9	6%
Par équipe réanimation	8	5%
Transfert		
Aucun	152	99%
En réanimation	1	1%
En néonatalogie	0	0%
Alimentation		
Maternelle	94	61%
Artificielle	52	34%
Mixte	6	4%
Non renseigné	1	1%

Tableau III : Alimentation, réanimation néonatale et transfert néonatal

Parmi cette population néonatale 17 nouveau-nés ont bénéficié d'une réanimation néonatale soit 11% de la population. 6% des nouveau-nés soit 9 d'entre eux ont été réanimés par la sage-femme contre 5% soit 8 nouveaux nés ont bénéficié d'une prise en charge par le pédiatre. Les gestes effectués et retrouvés dans cette étude sont les suivants : aspiration, aspiration + ventilation, aspiration + ventilation + intubation. Le transfert en réanimation n'a concerné qu'un nouveau-né.

B- Issue obstétricale

L'issue obstétricale est étudiée sur l'ensemble de l'échantillon (N=153).

	Nombre	Pourcentage
Mode d'accouchement		
AVB spontané	113	74%
AVB instrumental	26	17%
Césarienne	14	9%
Couleur du LA à l'expulsion		
Clair	126	82%
Rosé	5	3%
Teinté	13	8%
Méconial	7	5%
Citrin	1	1%
NR	1	1%
Complications		
Aucune	128	84%
HPP	7	5%
Dystocie des épaules	3	2%
RU	5	3%
Bradycardie d'expulsion	4	2%
Bradycardie d'expulsion + RU	1	1%
ARCF	5	3%
Délivrance		
APO	137	90%
Artificielle	5	3%
Manuelle	11	7%
Lésions périnéales		
Intacte	37	24%
Éraillure	24	16%
Déchirure du 1er degré	68	44%
Déchirure du 2nd degré	11	7%
Épisiotomies	10	6%
Périnée complet non compliqué	1	1%
Périnée complet compliqué	1	1%
Épisiotomie + Périnée complet non compliqué	1	1%

** Non renseigné*

Tableau IV : Issue Obstétricale

Utilisation d'une analgésie péridurale		
	Nombre	Pourcentage
Oui	125	81%
Non	28	19%

Tableau V : Utilisation d'une analgésie péridurale

C- Répartition avec ou sans oxytocine

Dans cette population on peut étudier d'un côté les femmes pour lesquelles a été introduit de l'oxytocine au cours du travail et d'un autre côté les femmes pour lesquelles le travail n'a pas nécessité l'introduction de celle-ci. (N=153)

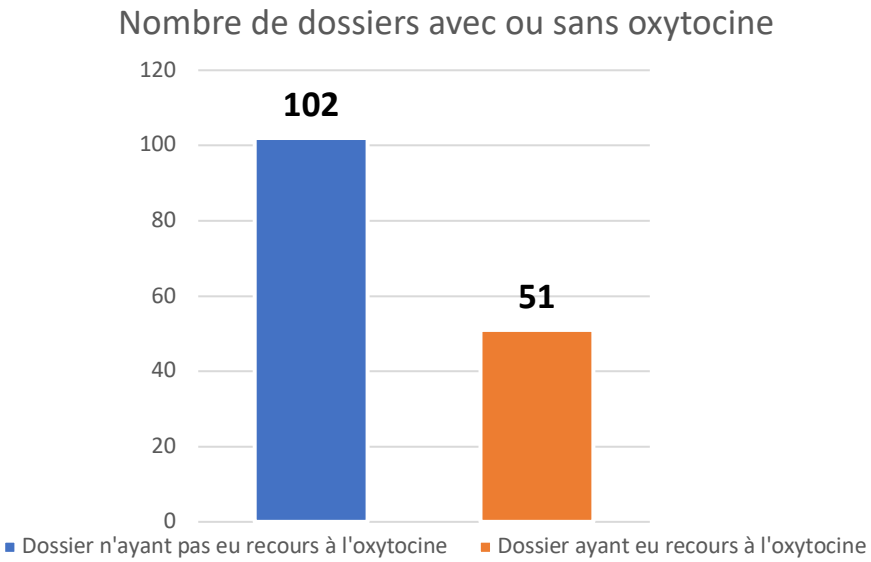


Figure 3: Répartition des avec ou sans oxytocine

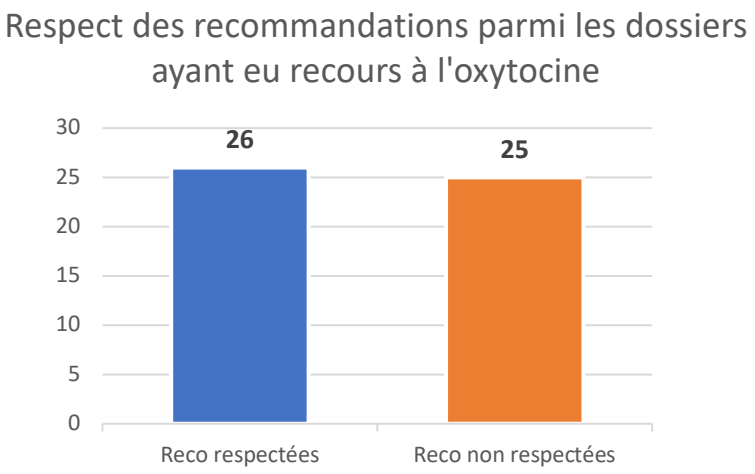
Ainsi on retrouve 67% de femmes qui ont bénéficié d'oxytocine contre 33% qui n'en n'ont pas bénéficié.

D- Respect des recommandations

1- Respect des recommandations parmi l'ensemble des femmes de l'étude

Au travers de cette population nous nous sommes intéressés au respect des recommandations. Le respect des recommandations ici s'intéresse à l'utilisation justifiée d'introduction ou de non introduction de l'oxytocine. On a pu mettre en évidence que 22% soit 34 dossiers, n'ont pas respecté les recommandations contre 78% soit 119 dossiers qui ont respecté (N=153).

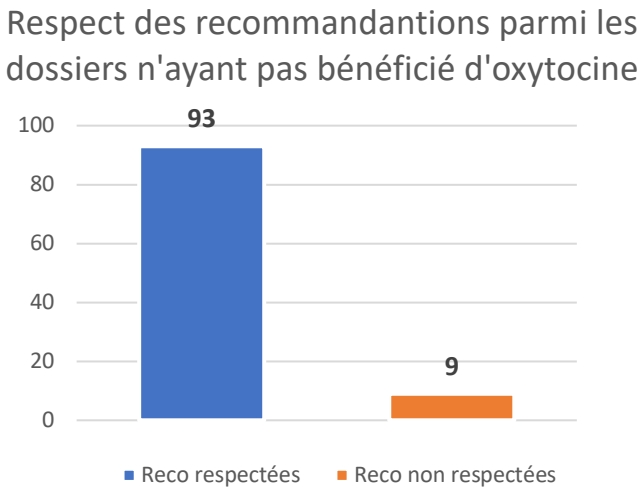
2- Respect des recommandations parmi les femmes ayant eu recours à l'oxytocine



<u>Figure 4 :</u> Respect des recommandations concernant l'introduction d'oxytocine parmi les dossiers ayant eu recours à l'oxytocine (N=51)

Parmi la population de femmes ayant eu recours à l'oxytocine (N= 51) 26 dossiers ont respecté la recommandation soit 51% et 25 dossiers n'ont pas respecté les recommandations soit 49%.

3- Respect des recommandations parmi les femmes n'ayant pas eu recours à l'oxytocine.



<u>Figure 5 :</u> Respect des recommandations parmi les dossiers n' ayant pas eu recours à l'oxytocine (N=102)

Parmi les femmes qui n'ont pas eu recours à l'utilisation d'oxytocine (N=102) 93 dossiers ont bien respecté la recommandation soit 91% contre 9 dossiers soit 9% n'ont pas bénéficié d'oxytocine alors qu'elles auraient dû en avoir selon les recommandations.

E- Dossiers ayant eu recours à l'oxytocine

Les résultats suivants s'intéressent à la population de femme ayant eu recours à l'oxytocine au cours de leur travail. (N= 51)

1- Traçabilité de l'information des patientes et de l'indication d'utilisation

	Nombre	Pourcentage
Traçabilité de l'indication		
Écrite	15	30%
Non écrite	36	70%
Traçabilité de l'information et du consentement de la patiente		
Oui	3	6%
Non	48	94%

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

L'indication d'introduction de l'oxytocine dans 70% des cas n'a pas été écrite sur le dossier mais a pu être déduite d'après la partogramme ou d'après l'analyse du rythme cardiaque fœtal.

2- Modalités d'administration

Les modalités d'administration d'oxytocine ont été étudiées sur 51 dossiers.

Concernant la traçabilité des modalités d'administration de l'oxytocine, elles ont été respectées pour 100% des dossiers. La dilution a également été respectée pour l'ensemble des dossiers.

Pour les dossiers ayant nécessité une augmentation des débits soit 40 dossiers (N=40), seulement 1 dossier n'a pas respecté la dose de palier recommandé. En effet, la dose de palier recommandé est de 2mUI/min, ce dossier a augmenté la dose d'oxytocine de 6mUI/min.

La dose initiale et maximale a été respectée pour l'ensemble des dossiers ainsi que le délai minimum de 30 min entre deux augmentations de palier.

L’unité à utiliser pour la standardisation de la dilution et des débits est à exprimer en mUI/min. Dans 14 dossiers soit 29% on a retrouvé l’utilisation de cette unité. Pour les 37 autres dossiers soit 71% l’unité utilisée est : ml/h.

De plus, les recommandations préconisent d’enregistrer le rythme cardiaque fœtal et l’activité utérine en continu, ce principe est respecté également pour tous les dossiers de l’étude.

3- Dilatation et état des membranes à l'introduction de l'oxytocine

	Nombre	Pourcentage
Dilatation à l'introduction		
Phase de latence <5	4	8%
Phase active ente 5-7cm	15	30%
Phase active entre 7-10cm	14	27%
Phase de descente	18	35%
État des membranes à l'introduction		
Rompues	51	100%
Intactes	0	0%

Tableau VII : dilatation et état des membranes à l'introduction de l'oxytocine

L’introduction d’oxytocine au cours du travail a été réalisé dans 100% des dossiers à membrane rompue. De plus le délai d’attente d’une heure entre la poche des eaux rompue et l’introduction de l’oxytocine a été respecté dans 100% des dossiers.

4- Non-respect des recommandations concernant l'introduction d'oxytocine parmi la population ayant bénéficié d'oxytocine

	Nombre de patientes	Pourcentage
Phase de latence <5cm		
Respect	1	2%
Non-respect	3	6%
Dilatation entre 5-7 cm		
Respect	3	6%
Non-respect	12	24%
Dilatation entre 7-10cm		
Respect	9	17%
Non-respect	5	10%
Phase de descente		
Respect	13	25%
Non-respect	5	10%

Tableau VIII : Respect ou non-respect de la phase d'introduction de l'oxytocine

On s'intéresse ici à la population ayant eu recours à l'oxytocine (N=51). Le non-respect des recommandions concernant l'introduction de l'oxytocine concerne 25 dossiers.

	Nombre de dossiers
Phase de latence <5cm	
Introduction précoce sans pathologie marterno-fœtal	3
Dilatation entre 5-7 cm	
Introduction précoce	12
Dilatation entre 7-10cm	
Introduction tardive	3
Introduction précoce	2
Phase de descente	
Introduction précoce	4
Introduction sans stagnation	1

Tableau IX : Analyse du non-respect de l'introduction d'oxytocine dans chaque phase du travail

Parmi les parturientes pour qui l'introduction d'oxytocine s'est faite à la phase active entre 5 et 7 cm les recommandations n'ont pas été respectées pour 12 parturientes soit 24%. Pour ces 12 parturientes l'introduction a été réalisée de manière trop précoce. C'est-à-dire pour une durée de stagnation de moins de 4h.

Pour les parturientes qui ont bénéficié d'oxytocine à la phase active entre 7 et 10 cm les recommandations n'ont pas été respectées pour 5 d'entre elle soit 10%. Parmi elle, 2 parturientes ont bénéficié d'une introduction trop précoce et 3 parturientes ont bénéficié d'une introduction trop tardive. L'oxytocine a été introduit au bout de 3h de stagnation de la dilatation alors que les recommandations préconisent 2h de stagnation à la même dilatation.

Pour finir, dans la phase descente 5 dossiers n'ont pas respecté les modalités d'introduction d'oxytocine. Parmi eux 4 femmes ont bénéficié d'une introduction trop précoce et une parturiente a eu recourt à l'introduction d'oxytocine sans stagnation du mobile fœtal et aucune justification n'a été apportée.

F- Dossiers n'ayant pas eu recours à l'oxytocine

Parmi les dossiers n'ayant pas eu recours à l'oxytocine, les recommandations concernant l'introduction d'oxytocine n'ont pas été respectées pour 9 dossiers. Les parturientes n'ont pas bénéficié d'oxytocine alors que selon les recommandations ses dossiers auraient dû en avoir.

Dans le tableau suivant nous nous intéressons au moment où aurait dû être introduit l'oxytocine :

N° dossier	Phase active 5-7 cm		Phase active 7-10 cm		Phase de descente		Phase expulsive
	Durée (heure)	Stagnation	Durée (heure)	Stagnation	Durée (heure)	Progression de la présentation	Durée (min)
8	0,3	Non	0,25	Non	2,5	Non	5
28	1	Non	1	Non	3	Non	20
50	0.25	Non	0,25	Non	4,5	Non	15
90	NE	NE	2	Non	3	Non	40
101	0,5	Non	1	Non	3	Non	13
102	0,5	Non	2	Non	3	Non	35
103	1.5	Non	1	Non	3	Non	30
116	2	Non	3,5	Non	3	Non	30
133	1,5	Non	0,5	Non	3	Non	25

** NE : Non évaluable*

Tableau X : phases du travail, parmi la population n'ayant pas eu recours à l'oxytocine et ne respectant pas les recommandations. (N=9)

N° dossier	Mode d'accouchement	Complication obstétricale	Complication néonatale
8	AVB spontané	Aucune	Non
28	AVB spontané	Aucune	Non
50	AVB spontané	Aucune	Non
90	AVB instrumental	Aucune	Non
101	AVB spontané	Aucune	Non
102	AVB instrumental	Aucune	Non
103	AVB instrumental	Aucune	Non
116	AVB instrumental	Aucune	Non
133	VB spontané	Aucune	Non

Tableau XI : mode d'accouchement, complication obstétricale et néonatale, parmi la population n'ayant pas eu recours à l'oxytocine et ne respectant pas les recommandations. (N=9)

Pour ces dossiers, la phase de descente a duré 2h30 ou plus sans progression du mobile fœtal et sans introduction d'oxytocine. Aucune complication obstétricale et néonatale n'a été retenue. Cependant, il est noté un accouchement instrumental pour 4 parturientes. L'utilisation ici de la ventouse ou des spatules est justifiée dans les dossiers par : défaut de progression au détroit moyen pour deux dossiers ou stagnation du mobile fœtal ou encore non progression du mobile fœtal.

IV. Analyse

A- Population générale de l'étude

Notre étude a été réalisée sur un échantillon de 153 dossiers sur une période de 2 mois au CHRU de Brest. Dans cet échantillon 51 femmes sur 153 soit 33% des femmes de notre échantillon ont bénéficié de l'introduction d'oxytocine au cours du travail spontané. L'enquête nationale périnatale de 2016 met en évidence l'utilisation de l'hormone pour 44,3% des femmes en travail spontané (7). Nous considérons donc les résultats de notre étude en accord avec les chiffres nationaux.
Cependant nous rappelons que l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) incluait l'ensemble des patientes en travail spontané. Dans notre étude nous avons exclu les patientes avec un utérus cicatriciel, ce choix a été fait en accord avec les recommandations du CNSF. L'antécédent de césarienne est associé à un recours plus fréquent à l'oxytocine en cours de travail spontané.

B- Respect des recommandations

1- Population pour qui l'introduction d'oxytocine a été réalisée

a- Respect des phases du travail

D'après nos résultats, concernant la population de femmes ayant bénéficié d'oxytocine pendant le travail (N=51) les recommandations ne sont pas bien respectées puisque pour près de la moitié des dossiers (49%) soit 25 parturientes pour lesquelles on a considéré que les recommandations n'ont pas été suivies. En effet, le moment où a été introduit l'oxytocine pour ces dossiers n'est pas approprié.

Le CNSF, dans ses recommandations, évoque des temps de stagnation de la dilatation acceptables en fonction des phases du travail. Il convient de rappeler la définition des différents stades du travail du CNSF (8).
Dans un premier temps, nous avons le premier stade du travail qui se compose de la phase de latence. Cette phase se finit quand le col est ouvert à 5cm. A partir de là, c'est la phase active qui commence et se finit à 10cm.
Puis, nous avons le deuxième stade du travail avec la phase de descente qui commence à dilatation complète jusqu'au début des efforts expulsifs. Vient alors la phase d'expulsion jusqu'à la naissance de l'enfant.
Et enfin, nous avons la troisième phase du travail qui commence à la naissance de l'enfant et se finit à la délivrance.

D'après notre analyse, la majorité des parturientes pour qui l'introduction de l'hormone n'est pas recommandée soit 21 sur 25, bénéficie d'une introduction de l'hormone trop précoce dans toutes les phases confondues. On retrouve seulement 3 dossiers pour lesquelles l'introduction est faite trop tardivement. Pour le dernier dossier nous n'avons pas réussi à identifier une indication d'introduction puisque l'hormone a été introduite à dilation complète sans stagnation.

Phases de latence

Concernant la phase de latence les recommandations restent assez peu précises pour cette phase du travail. En effet, elles précisent que cette phase de dilatation est lente et qu'il faut donc être patient et moins interventionniste en l'absence de survenue de pathologie maternelle ou fœtale. Sur l'outil mis en place par le CNSF soit le marque page sur les étapes du travail, il est inscrit pour la phase de latence : contractions régulières et dilatations cervicale, pas d'intervention systématique et si possible RAM avant oxytocine (annexe IV). Cependant, il n'est pas mentionné une durée de stagnation de la dilatation acceptable et donc elle reste à l'appréciation des professionnels. Nous avons donc considéré que l'introduction était respectée lorsqu'une indication était écrite sur le dossier ou qu'une pathologie materno-fœtale était présente en phase de latence.

De plus, dans notre étude la durée de cette phase est une approximation puisque nous avons considéré les patientes en début de travail à partir de leur admission en salle de naissance et donc avec des stades de dilatation cervicale différents.

Nous avons retrouvé 4 dossiers sur 51 pour qui l'introduction de l'hormone s'est vue réaliser au cours de cette phase ce qui représente 8% des femmes ayant bénéficié d'oxytocine au sein de l'étude. En outre, la phase de latence semble bien respectée car ne représente que très peu de femmes ayant eu recours à l'oxytocine dans notre étude.

Nous pouvons donc estimer que les professionnels sont dans une démarche de moindre médicalisation du travail avec une prise en charge respectueuse à ce stade notamment. L'HAS nous rappelle dans ses recommandations de 2018 que l'introduction d'oxytocine au cours du travail spontané pour une femme à bas risque obstétrical est exclue de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement (11). Autrement dit l'introduction de l'oxytocine au cours du travail doit faire l'objet d'une réelle indication d'introduction puisqu'elle fait sortir la femme d'un accompagnement de la physiologie de l'accouchement.

De surcroit, nous retrouvons dans la littérature une cohorte rétrospective réalisée sur 3 220 femmes en travail spontané qui met en évidence un recours plus important à l'ocytocine de synthèse chez les patientes admises en salle de naissance au cours de leur phase de latence (14). Holmes et Al. mettent également en évidence au travers de cette cohorte une augmentation du taux de césariennes chez les patientes étant admises en travail précocement (14). Nous insistons donc sur la prudence à avoir au cours de cette phase puisque l'intervention précoce par l'administration d'ocytocine semble être associée à une diminution de chance d'accouchement par les voies naturelles.

Phase active entre 5-7cm

La phase pour laquelle la stagnation de la dilatation a été la moins bien respectée est la phase active entre 5-7cm. Les recommandations de 2016 insistent sur l'introduction de l'oxytocine pour une dilatation cervicale >1cm/4h. Pour 15 femmes sur 51 soit 30%, l'oxytocine a été introduit au cours de cette phase et pour 12 d'entre elles l'introduction a été trop prématurée.
Parmi ces 12 femmes, pour 4 d'entre elles, il a été retrouvé une justification écrite dans le dossier « introduction d'oxytocine pour dystocie dynamique ».

Selon l'Américain Collège of Obstétricians and Gynecologists (ACOG) (15) la dystocie dynamique correspond à une stagnation de la dilatation pendant la première phase de travail de 4h ou plus à membranes intactes avec des contractions utérine d'intensité suffisante ou de 6h et plus avec des contractions utérines non suffisantes.

La dystocie est également définie par « une anomalie de la progression du travail dont les étiologies sont multiples et dont la conséquence est une durée de travail excessif, avec risque d'asphyxie foetale, d'extraction instrumentale et / ou de césarienne ». Cette définition appartient à l'ouvrage pratique de l'accouchement de Jacques Lansac, Philippe Descamps, François Goffinet (16).

Ainsi plusieurs définitions de la dystocie dynamique peuvent être retrouvées dans la littérature. Il est donc possible que l'introduction trop précoce de l'oxytocine soit expliquée à ce stade de la dilatation par une définition différente de la dystocie dynamique entre les professionnels de salle de naissance et les recommandations du CNSF.

La durée de stagnation acceptable de 4h par cm peut paraitre longue c'est donc sûrement pour cette raison que cette phase est la moins bien respectée. En effet, l'introduction de l'hormone a pour objectif une augmentation de l'activité utérine et donc une diminution du temps de travail.

Pour des difficultés liées au temps la phases active entre 5-7 cm a pu être amenée à être raccourcie.

Phase active entre 7-10cm

La phase suivante fait également partie de la phase active avec une dilatation comprise entre 7cm et 10cm. Le CNSF décrit une durée acceptable de la stagnation de la dilatation de 2h pour 1cm. Dans cette phase l'introduction d'oxytocine s'est vue réaliser pour 14 femmes sur 51 soit 27% et le non-respect de l'introduction concerne seulement 5 femmes. Pour cette phase le non-respect est caractérisé par une introduction trop précoce pour 2 parturientes et une introduction trop tardive pour 3 parturientes. Cette phase est la seule pour laquelle on retrouve une introduction trop tardive de l'hormone.

Phase de descente

Pour finir la dernière phase étudiée est la phase de descente. Durant cette phase, l'hormone a été introduite pour 18 parturientes sur 51 soit 35%. La prescription de l'oxytocine s'est vue en majorité réalisée au cours de cette phase. Parmi eux, nous avons considéré que seulement 5 dossiers n'avaient pas respecté les recommandations avec un introduction trop précoce pour 4 parturientes c'est-à-dire la mise en place de l'oxytocine à 1h de dilation complète sans descente du mobile fœtal. Cependant les recommandations nous rappellent que l'oxytocine doit être introduite à la deuxième heure si le mobile fœtal n'a pas avancé dans le bassin. Pour la dernière parturiente pour qui nous avons considéré le non-respect nous n'avons pas retrouvé d'indication d'introduction puisque l'hormone a été introduite à dilatation complète et aucune explication n'a été retrouvée dans le dossier.

b- Respect des modalités d'administration de l'ocytocine

Du point de vue des modalités d'utilisation de l'hormone, nous avons retrouvé seulement 1 dossier pour lequel les modalités générales d'administration d'oxytocine n'ont pas été respectées. Le non-respect des recommandations ici s'attachait à l'augmentation des paliers. L'oxytocine avait été augmenté de 6 mUI/min au lieu de 2 mUI/min. Toutes les autres modalités d'administration de l'oxytocine étaient respectées. En effet, la dilution, le débit initial et maximal, l'attente entre 2 augmentations de paliers étaient concluant pour l'ensemble de la population étudiée.

A propos du choix de l'unité, il reste encore beaucoup de dossiers soit 71% pour lesquels l'unité utilisé est le ml/h. Les recommandations préconisent l'utilisation du mUI/min.

Concernant la traçabilité de l'information et du consentement des progrès sont attendus car seulement 3 dossiers sur 51 ont respecté ce point. De même pour la traçabilité de l'indication écrite de l'introduction de l'oxytocine seulement 15 dossiers sur 51 sont en accord avec les recommandations.

L'absence de traçabilité écrite du consentement ne permet pas d'affirmer que les patientes n'ont pas été informées de l'introduction de cette hormone et que le recueil du consentement ne sait pas fait à l'oral au pied du lit. Cependant l'absence de trace écrite sur le dossier nous fait penser et peut être à tort que le consentement n'a pas eu lieu. A l'heure où les femmes revendiquent une place au centre de leur accouchement il semble que ce point doit être amélioré afin de rendre les femme actrices de la naissance de leurs enfants.

De plus, la loi Kouchner de 2002 nous rappelle l'importance du consentement (17). Cette loi insiste sur le fait que le consentement est au centre de la *relation médecin malade et doit faire l'objet d'une obligation pour le médecin*. Le code de santé publique évoque également qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (17). C'est donc un principe essentiel de notre profession de sage-femme, il semble donc important de porter un accent sur cette traçabilité écrite dans les dossiers.

Ces résultats sont en accord avec l'enquête du Ciane de 2012 qui a montré que l'administration d'oxytocine s'est faite sans information de la femme pour 1/3 des accouchements mais que pour l'ensemble des femmes avertie de l'administration de l'hormone, 55% d'entre elles disent ne pas avoir donné leur consentement (18).

Par ailleurs, toutes les femmes qui ont bénéficié d'oxytocine au cours du travail ont bénéficié également d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines en continue. Elles avaient également les membranes rompues à l'introduction de l'oxytocine. Ainsi ces deux points ont parfaitement été respectés.

Les points qui restent à améliorer sont donc l'utilisation appropriée de l'unité, la traçabilité de l'information, du consentement et de l'indication de l'introduction.

2- Population pour qui l'introduction d'oxytocine n'a pas été réalisée

Du point de vue de la population de femmes n'ayant pas bénéficié d'oxytocine, on retrouve seulement 9 femmes sur 102 pour lesquelles l'introduction de l'hormone ne sait pas faite alors que selon les recommandations les parturientes auraient dû bénéficier de celle-ci. On considère que pour cette population les recommandations sont dans l'ensemble bien respectées.

La phase du travail où l'hormone aurait dû être introduite est la même pour les 9 patientes et concerne la phase de descente à dilatation complète. Les recommandations préconisent une introduction de celle-ci au bout de deux heures de dilatation complète sans progression du mobile fœtal. Pour ces 9 dossiers cette phase a duré entre 2h30 à 4h.

Nous avons pour ces 9 femmes étudié l'issue obstétricale, néonatale. Cette analyse nous permet de conclure que le pronostic néonatal était bon puisqu'aucun de ces 9 enfants n'a eu recours à une réanimation néonatale. On ne recense pas non plus de complication obstétricale post accouchement. Cependant, concernant le mode d'accouchement 4 femmes sur 9 ont accouché voie basse avec l'intervention d'un instrument soit une ventouse, soit des spatules. Dans ces dossiers, la principale explication de l'utilisation de l'instrument est : « défaut de progression du mobile fœtal ». On peut donc se demander ici si l'introduction de l'oxytocine aurait pu permettre la progression du mobile fœtal et donc éviter un accouchement instrumental. Cependant pour les 5 autres patientes nous avons recensé aucune complication malgré la non introduction.

On peut se demander également si les extractions ne sont pas dû à la fatigue maternelle. Anne Lecompte a mis en évidence en 2010 dans son étude : « *La fatigue maternelle physique et morale durant le travail et ses conséquences sur l'accouchement »* un lien entre la durée du travail et le mode d'accouchement (22). Plus la durée du travail est longue et plus il y recourt à une extraction instrumentale. Il semble donc primordial de porter une attention particulière à la fatigue psychique et psychologique de la patiente au cours du travail. De ce fait, introduire l'oxytocine au moment où elle doit être introduite selon les recommandations semble une solution afin de réduire la fatigue au cours du travail qui pourrait être à l'origine d'accouchement dystocique.

La non introduction de l'oxytocine nous fait nous interroger. En effet, la majorité du non-respect des recommandations dans cette étude concerne une médicalisation du travail avec une introduction d'oxytocine plus précoce que les recommandations ne le préconisent. Cependant ici nous sommes dans le scénario inverse puisque l'introduction se fait plus tardivement. En effet, nous pouvons remarquer qu'une parturiente de l'étude avait 1 phase de descente de 4h, 7 femmes une phase de descente de 3h et une 1 femme une phase descente de 2h30 et ce sans

l'introduction de l'oxytocine et sans progression du mobil fœtal dans le bassin alors que les recommandations le préconisent au bout de deux heures.

De surcroit, nous savons de la littérature qu'une durée prolongée du travail peut être associée à une hyperthermie au cours du travail. Cécile Liziot met en évidence dans son étude, que le temps de travail d'une parturiente augmente le risque d'hyperthermie au cours de celui-ci. En effet, cette corrélation peut s'expliquer par différents facteurs comme une durée d'ouverture de la poche des eaux augmentée ou encore un nombre important de touchers vaginaux (23).

Rouse et Al. ont étudié les conséquences potentielles de durées de stagnation plus importantes et mettent en évidence une augmentation significative du taux de chorioamniotites parmi les primipares ayant stagné pendant plus de 4 heures (25).
Ici nous n'avons ni étudié l'hyperthermie au cours du travail, ni la mise en place d'une antibiothérapie. Nous ne savons donc pas si pour ces 9 femmes l'augmentation du temps de travail a pu être à l'origine de l'apparition d'un risque infectieux.

Nous savons également qu'une stagnation de la dilatation trop importante à ce stade du travail peut être à l'origine d'une augmentation de la morbidité maternelle notamment concernant une augmentation du risque d'hémorragie de la délivrance. F.fouquet et al dans leur étude : « *Analyse de la morbidité maternelle et fœtal selon la durée de la seconde phase du travail chez la primipare »* mettent en avant l'augmentation de la morbidité maternelle globale qui passe de 5,7 % après une heure passée à dilatation complète à 20,4 % après trois heures. Ils insistent sur le fait que passer deux heures à dilatation complète chaque heure supplémentaire se traduit par une augmentation significative du risque d'hémorragie du post-partum, du risque de déchirure périnéale du troisième ou quatrième degré, du risque de césarienne et d'extraction instrumentale (26).

Il est donc primordial de respecter les recommandations à ce stade du travail et de ne pas introduire l'oxytocine de manière spontanée à dilation complète afin de laisser un maximum de chance à l'enfant de progresser dans le bassin sans intervention extérieure qui pourrait nuire à la physiologie du travail. En revanche, quand cela devient nécessaire c'est à dire à deux heures de dilatation complète sans progression du mobile fœtal le bénéfice est en faveur de l'introduction de l'hormone puisque que l'on sait que la prolongation du stade de descente comme exposée par les arguments précèdent peut-être responsable d'un certain nombre de conséquences néfastes pour la dyade mère-enfant.

Cependant, ces résultats sont faibles puisque ne représentent que 9 patientes sur 153 nous pouvons donc conclure que ce n'est pas une pratique courante des professionnels. C'est pourquoi

ici il est légitime de se poser la question de l'existente d'autres facteurs pouvant influencer ces résultats. Des raisons d'ordre organisationnel ou encore dû à une charge de travail importante pourrait expliquer une telle conduite à tenir.

De plus, notre étude présentant un état des lieux, et donc des résultats descriptifs, la significativité de l'échantillon n'est pas intéressante. Le calcul de l'échantillon n'a donc pas été réalisé au cours de cette étude.

Il aurait pu être intéressant d'évaluer les complications obstétricales et néonatales et de les comparer dans les deux groupes suivants : population sans oxytocine mais qui aurait dû en avoir (n=9), population avec oxytocine (n=51) et de calculer la significativité à l'aide d'un intervalle de confiance. Ce travail n'a pas été réalisé ici, d'une part en raison des faibles effectifs de ces résultats, d'autre part en raison du calendrier de l'étude, mais surtout car les hypothèses de départ n'allaient pas en ce sens.

V- Discussion

1- Objectifs de l'étude

Notre étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux de pratique concernant l'utilisation de l'oxytocine en salle de naissance au CHRU de Brest. Notre question de recherche était la suivante : L'utilisation de l'oxytocine ou non au cours du travail spontané est-il en accord avec les RPC du CNSF ?

Notre première hypothèse de départ était : « Les indications d'introduction ne sont pas bien respectées pour les patientes ayant bénéficié d'oxytocine. » Cette hypothèse a pu être vérifiée et validée par notre étude. En effet, nous avons pu mettre en évidence que près de la majorité des dossiers ayant recours à l'oxytocine dans notre étude n'ont pas respectés les indications d'introduction des recommandations du CNSF.

La deuxième hypothèse était : « Il est possible que certaines femmes n'aient pas bénéficié d'oxytocine alors qu'elles sont éligibles selon les critères des recommandations et pour autant aucune conséquence obstétricale et néonatale n'a été remarquée. ». Cette hypothèse a également pu être vérifiée par l'étude. Cependant, celle-ci n'est pas validée puisque notre étude conclut que pour les 9 femmes pour qui l'oxytocine n'a pas été introduit alors qu'elle aurait dû, il n'existe pas de complication néonatale. Néanmoins l'étude a mit en évidence des complications obstétricale. En effet, on dénombre 4 accouchements dystociques parmi ces femmes. Cependant, la non introduction concerne seulement 9 femmes sur les 153 femmes de l'étude ce qui représente une faible proportion.

Globalement nous estimons que les recommandations sont bien respectées concernant l'introduction d'oxytocine. Nous retrouvons que 22% soit 34 dossiers n'ont pas respecté les recommandations contre 78% soit 119 dossiers sont en accord avec les recommandations.

2- Force de l'étude

Notre étude traite d'un thème important de la pratique clinique de la sage-femme en salle de naissance. En effet, il s'agit des premières recommandations concernant l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané en France.

Un des points forts de l'étude est retrouvé dans la méthodologie de remplissage de la grille de recueil. Non seulement, la grille a été testée sur 6 dossiers afin de permettre une exhaustivité des informations, mais elle a également dans un second temps bénéficié d'un contrôle de remplissage tous les 30 dossiers limitant ainsi les biais de remplissage.

De plus, la sélection des dossiers s'est faite à l'aide du DIM mais a été par la suite corrélée au registre d'accouchement ce qui a permis une exhaustivité des dossiers en fonction des critères inclusion et d'exclusion sur la période choisie.

Également, les critères de sélection des dossiers se sont faits en parfait accord avec les critères exposés dans les recommandations du CNSF. Ces critères sont les suivants : femme en travail spontané, grossesse unique, présentation céphalique, grossesse à terme (≥ 37 SA) et concerne les femmes à bas risque obstétrical.

3- Limite de l'étude

Notre étude est une étude rétrospective et représente un faible niveau de preuve scientifique grade C selon l'HAS (28).

Nous n'avons pas corrélé les résultats à des problématiques et des contraintes rencontrées au cours du travail en salle de naissance. En effet, certains résultats comme l'introduction trop précoce de l'oxytocine peuvent être expliqués par une charge de travail trop importante et donc une nécessité de libérer des salles d'accouchements. En effet on retrouve dans la littérature que l'organisation du temps est un facteur important avec la nécessité pour les professionnels d'organiser les prises en charge des patientes pour ne pas avoir à gérer plusieurs d'accouchements simultanément. Puisqu'en effet la direction du travail par l'introduction de l'oxytocine permet un raccourcissement de la durée du travail.

On retrouve d'autres facteurs influençant l'introduction d'oxytocine, en effet d'après l'enquête de D. Carricaburu réalisée par observations et entretiens auprès de professionnels de l'obstétrique. Les sages-femmes de cette enquête évoquent l'introduction d'oxytocine au cours du travail comme « un coup de pouce » parfois non indiqué « parce que tu es pressée la nuit, des fois, tu as envie que ça aille vite, c'est comme ça... ». Le travail de nuit est mis en évidence dans cette enquête comme un facteur favorisant l'introduction de l'hormone dans le cadre d'un travail dirigé (19).

Une autre limite de l'étude est la période. En effet, cette étude a été réalisée sur deux mois pour lesquels l'équipe de sages-femmes était la même. Il est possible que les résultats aient été différents si nous avions pu réaliser l'étude sur deux autres mois avec une autre équipe de sages-femmes. De plus, la période de l'étude du 1 février 2019 au 31 mars 2019 a été arbitrairement choisie et a été réalisée sur 2 mois, nous pensons que c'est insuffisant.

Notre étude s'est réalisée au CHRU de Brest une maternité de niveau III, il n'est donc pas possible de généraliser ces résultats à l'ensemble des maternités du Finistère. En effet, les pratiques au sein des maternité du niveau III peuvent être différentes des pratiques de maternité du niveau II ou de niveau I puisque la population y est différente avec notamment l'accueil de pathologie au cours de la grossesse. De ce fait, les pratiques peuvent être plus interventionnistes que dans d'autres établissements.

Par ailleurs, une étude rétrospective ne permet pas d'étudier les pratiques professionnelles dans sa globalité puisqu'elle n'analyse qu'un dossier a postériori.

4- Proposition

Cette étude a permis de mettre en évidence un défaut de traçabilité d'information médicale sur les dossiers. En effet, comme évoqué précédemment seulement 3 dossiers sur 51 ont respecté la traçabilité de l'information et du consentement. De même, 15 dossiers sur 51 sont en accord avec les recommandations concernant la traçabilité de l'indication écrite de l'introduction de l'oxytocine.

Nous pensons donc qu'il existe ici un point d'amélioration puisque nous rappelons également que c'est une obligation pour les professionnels de santé qui est régi par le code de santé publique.

De plus une attention particulière doit être apportée car nous savons également que c'est un indicateur de qualité de prise en charge et de bonnes pratiques médicales qui sont évaluées par des certifications qui donnent lieu à des accréditations d'établissement. Tous les établissements de santé privés et publics sont certifiés. Des experts-visiteurs, qui sont des professionnels en établissement de santé sont mandatés par l'HAS pour réaliser ces certifications. L'objectif est une augmentation des bénéfices pour le patient qui se traduit par une prise en charge améliorée, pour les équipes de soins, pour l'établissement de santé (33). L'accréditation d'établissement est une obligation et est régie par un cadre réglementaire (34). Il en devient donc à notre sens un objectif de service.

L'étude au CHRU de Brest en 2019 (12) avait déjà mis en évidence le non-respect de ce point des recommandations du CNSF. En effet, on retrouvait dans l'étude un respect de la traçabilité de ces éléments pour 6,38%.

Ainsi, pour pallier ce déficit de traçabilité de l'information nos proposons une sensibilisation à l'ensemble des sages-femmes avec par exemple un flyer exposé dans l'unité de soin. Nous proposons également de revoir la mise en forme des dossiers avec des phrases pré remplies ou des cases à cocher permettant de faciliter le remplissage des dossiers.

Par exemple : Introduction de l'oxytocine : oui/non si oui pourquoi : Information apportée au patient □ consentement demandé □. Cette phrase pourrait se trouver au dos du partogramme.

V. Conclusion

L'utilisation de l'oxytocine est un sujet important dans notre pratique puisque cette hormone est quotidiennement utilisée par les sages-femmes en salle de naissance.

De plus, la parution des premières recommandations du CNSF en collaboration avec le CNGOF, l'INSERM, et le CIANE concernant l'utilisation de celle-ci en salle de naissance en fait donc un sujet au centre de notre pratique. Ces recommandations ont aussi permis de redéfinir les stades du travail jusqu'alors basés sur les définitions de Friedman (1956).

A cela s'ajoute la mise en évidence par l'enquête périnatale de l'utilisation de l'oxytocine dans le cadre de la direction du travail pour les femmes en travail spontané dont les taux sont passés de 57,6% en 2010 à 44,3% en 2016 avant même la publication des recommandations du CNSF.

L'étude avait pour objectif la réalisation d'un état des lieux au CHRU de Brest du 1 février 2019 au 31 mars 2019. Elle porte sur l'utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané. Cette étude s'est basée sur les RPC du CNSF.

Nous avons pu nous intéresser ici à 153 dossiers dont 102 pour qui l'introduction d'oxytocine n'a pas été réalisée et 51 pour qui l'introduction d'oxytocine a eu lieu.

Les résultats ont permis de mettre en avant que dans près de la majorité des cas l'introduction de l'oxytocine n'a pas été réalisée au bon moment avec en grande partie une introduction trop précoce.

Nous avons à l'aide de l'étude discernée pour les femmes qui ont bénéficié de l'hormone au cours du travail que les différentes phases étaient plus ou moins bien respectées.
La phases de latence est la phase du travail la mieux respectée puisque seulement 3 dossiers soit 6 % des dossiers de l'étude non pas respecter l'indication d'introduction à ce stade. Ce fait est un réel point positif car nous savons de la littérature que cette phase nécessite un respect primordial.
La phase active entre 5-7cm est la phase pour laquelle la stagnation de la dilatation est la moins bien respectée. On a pu mettre en valeur que la définition de la dystocie dynamique semble différente entre les professionnels de salle de naissance et les recommandations du CNSF. C'est aussi au cours de cette phase que le temps de stagnation acceptable est le plus long.
La phase active entre 7-10cm est globalement bien respectée. C'est la seule phase pour laquelle on retrouve une introduction d'hormone trop tardive.
La dernière phase étudiée est la phase de descente, celle-ci représente la phase qui a le plus souvent recours à l'oxytocine avec dans la majorité une introduction adaptée au RCP du CNSF.

Concernant les femmes pour qui l'introduction de l'hormone n'a pas été réalisée alors que selon les recommandations les parturientes auraient dû bénéficier de celle-ci on a retrouvé seulement 9 femmes sur 102. On a considéré que pour cette population les recommandations sont dans l'ensemble bien respectées.

De plus, nous avons pu illustrer le bon respect des modalités d'administration d'oxytocine. Seulement un dossier n'avait pas respecté les paliers d'augmentation sur les 51 dossiers étudiés de l'étude.

Par ailleurs, la traçabilité de l'information et du consentement est peu retrouvée. C'est un point sur lequel nous avons insisté puisqu'il nous semble primordial de l'améliorer. En effet, nous pensons que ce point reste essentiel et souligne l'accompagnement optimal des femmes en salle de naissance.

VI. Bibliographie

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

2. CNRTL. etymologie ocytocine. Centre national de ressource textuelles et lexicales 2012. [En ligne] 2012. http://www.cnrtl.fr/etymologie/ocytocine.

3. VIDAL. Oxytocine. Mise à jour le 16 janvier 2013. [En ligne]. https://www.vidal.fr/substances/4027/oxytocine/

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

5. Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes Janvier 2010 [En ligne]. http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf

6. La ministre des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 4 février 2013 de l'article L.4151-4. Texte n°5. [prod.] modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.

7. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. [En ligne]. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

8. RPC du CNSF. Collège National des Sages-femmes de France. Recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané. 2016. [En ligne]. https://www.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/docs/CNSF-profession-revolution_oxytocine_RPC.pdf

9. BUGG GJ, SIDDIQUI F, THORNTON JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. In: The Cochrane Collaboration editeur, Cochrane Database of Systematic Reviews, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013

10. CIANE. Étude INSERM : l'ocytocine pendant l'accouchement est un facteur de risque indépendant d'hémorragie grave. CIANE. 2012. [En ligne]. https://ciane.net/2012/02/inserm-ocytocine-facteur-d-hpp-graves/

11 HAS. Haute Autorité de Santé, Recommandation de bonne pratique - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales - Argumentaire Scientifique

Décembre 2017. [En ligne].https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf

12. Almanza Aurore. Utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané : état des lieux des pratiques professionnelles au CHRU de Brest du 1er janvier au 30 juin 2018. Mémoire de fin d'étude de sage-femme. Année 2019.

13. 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, Gynécologie Obstétrique Fertilité and Sénologie 2020. [En ligne].
https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2468718920301318?token=A26D93C5977DD54C4EDD09E218C693405546F3A5ABAAA65B48CCB7857F4A11656227445EB5EDCFC39872F21175CF707D

14. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. BJOG. nov 2001;108(11):1120- 1124.

15. American college of obstetricians and gynecologists (ACOG), Society for maternal-fetal medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2014; 123(3):693-711.

16. J.Lansac, C.Berger, G.Magnin. Pratique de l'accouchement, 4ème édition, Elsevier Masson 2006. p. 12-13.

17. Legifrance. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Mise à jour le 05 mars 2002. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972276/2016-02-04

18. Ciane. Déclenchement et accélération du travail : information et consentement à revoir. Communiqué de presse. Avril 2012 https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/05/CPResultatsEnquete.pdf

19. D. Carricaburu. De la gestion technique du risqué à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. Sociologie du travail 47. 2005 245-262

20. D. Riethmuller. Communication sur la dystocie dynamique. 2012 https://www.gynecologie-pratique.com/emaildirect/gop-2012/articles/la-dystocie-dynamique-en-2012

21. Marie Nayraguet. Pertinence de la gestion de la dystocie dynamique. 2018 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01986176/document

22. Anne Lecompte. La fatigue maternelle physique et morale durant le travail et ses conséquences sur l'accouchement. 2010 https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886186/document

23. Cécile Lizot. Impact de la durée du travail sur l'adaptation à la vie extra-utérine d'un enfant né à terme, issu de grossesse physiologique. 2013

24. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La fièvre au cours de l'accouchement. 1996. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1996_GO_057_berland.pdf

25. Rouse DJ, Owen J, Savage KG, Hauth JC. Active phase labor arrest: revisiting the 2-hour minimum. Obstet Gynecol. oct 2001; 98(4):550- 554.

26. F. Fourquet, Naime-Alix A-F, D.Sigue, J Potin. Combien de temps peut-on attendre à dilation complète ? Analyse de la morbidité maternelle et fœtale selon la durée de la seconde phase du travail chez le primiare. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008. p. 268-275

27. J.Lansac, C.Berger, G.Magnin. Pratique de l'accouchement, 4ème édition, Elsevier Masson 2006. p. 12-13.

28. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Avril 2013 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201306/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

29. Henry DEM, Cheng YW, Shaffer BL, Kaimal AJ, Bianco K, Caughey AB. Perinatal outcomes in the setting of active phase arrest of labor. Obstet Gynecol. nov 2008;112(5):1109- 1115.

30. Rouse DJ, Owen J, Savage KG, Hauth JC. Active phase labor arrest: revisiting the 2-hour minimum. Obstet Gynecol. oct 2001; 98(4):550- 554.

31. Rouse DJ, Owen J, Hauth JC. Active-phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least 4 hours. Obstet Gynecol. mars 1999 ;93(3):323- 328.

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

33. HAS. Comprendre la certification pour la qualité des soins. Mis en ligne le 25 nov. 2020 https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins

34. Légifrance. Code de santé publique. Article L6113-3 Évaluation accréditation et analyse de l'activité des établissements. Modifié par ordonnance le 23 février 2010. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021940215/

VII. Annexes

Annexe I : Grille de recueil de l'étude

Grille de recueil utilisée pour l'étude

Caractéristiques maternelles :

Âge :
Indice de Masse Corporelle :
Terme d'accouchement :
Gestité : Parité :

Caractéristiques Néonatales :

Apgar à 1 min : Apgar à 3 min : Apgar à 5 min : Poids de naissance :

Nécessité d'un accueil pédiatrique : Oui / Non
Si oui : Par sage-femme / Par une équipe de réanimation pédiatrique
Gestes effectués :

Transfert : Oui/ Non Si oui : En réanimation néonatale / En néonatalogie

Alimentation en SDN : Maternelle / Artificielle/Mixte

Caractéristiques Obstétricales :

État des membranes à l'admission :

- Intactes
- Fissurées
- Rompues (préciser couleur du liquide amniotique et délai depuis la rupture)

Utilisation d'une analgésie péridurale : Oui / Non

Mode d'accouchement :

- Voie basse spontanée
- Césarienne (préciser le motif)
- Voie basse instrumentale

Couleur du liquide amniotique à l'expulsion :

Complications :

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

Délivrance :

- Manuelle
- Délivrance dirigée
- Délivrance artificielle
- NR

- Administration prophylactique d'oxytocine oui /non/NR

Périnée :

- Intact
- Éraillure
- Déchirure du 1er degré
- Déchirure du 2nd degré
- Épisiotomie
- Périnée complet compliqué
- Périnée complet non compliqué

Pertes sanguines totales (en ml) :

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

Durée totale du travail :
Durée totale d'ouverture de l'œuf :

Phase de latence (< 5cm) :

- Durée de la phase de latence
- Cu régulier oui/non/NE
- Dilatation cervical oui/non/NE
- Pathologie maternel et fœtal oui/non/NE

Phase active (5-7 cm) :

- Durée de la phase active
- Stagnation de la dilatation >1cm/4h : oui/non/NE

Phase active (7-10 cm) :

- Durée de la phase active

- Stagnation de la dilation > 1cm/2h : oui/non/NE

Durée de la phase de descente :

- Durée de la phase de descente
- Progression de la présentation oui/non

Durée des efforts expulsifs :

Ce dossier nécessite d'avoir recours à l'utilisation d'ocytocine : oui/non

<u>Indications d'utilisation de l'oxytocine :</u>

Ce dossier a eu recours à l'oxytocine ? oui/non

Dilatation cervicale à l'introduction :

État des membranes lors de l'introduction : Intacte /Rompues
Si rompues : mode : artificiel/spontané Si membranes intactes : justification apportée oui/non
Délai entre rupture et oxytocine

Indication d'introduction de l'oxytocine :

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

Traçabilité de l'information et du consentement de la patiente : oui/non

Traçabilité de la dose totale d'oxytocine administrée : oui / non

<u>Modalités d'administration de l'oxytocine :</u>

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

Unité de débit utilisée :

Débit initial : Débit maximal :

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

Valeurs des paliers d'augmentation de débit :

Dynamique utérine avec administration d'oxytocine : Normale/Hypocinésie /Hypercinésie

Obtention d’une dilatation cervicale avec l’administration d’oxytocine : Oui / non
(Sauf si dilatation complète lors de l’introduction)

Surveillance RCF et tocométrie en continu : oui / non

L’administration d’oxytocine ou la non administration est en accord avec les recommandations pour ce dossier : oui/non

Annexe II : Grille de recueil de Aurore Almanza : Utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané : état des lieux des pratiques professionnelles au CHRU de Brest du 1er janvier au 30 juin 2018.

Annexe II : Grille de recueil utilisée au cours de l'étude

Caractéristiques maternelles :

Âge : Gestité :

Indice de Masse Corporelle : Parité :

Terme d'accouchement :

Caractéristiques Néonatales :

Apgar à 1 min : Poids de naissance :

Apgar à 3 min :

Apgar à 5 min :

Nécessité d'un accueil pédiatrique : Oui Non

Si oui : Par sage-femme Par équipe de réanimation pédiatrique

Gestes effectués :

Transfert : Oui Non

Si oui : En réanimation néonatale En néonatalogie

Alimentation en SDN : Maternelle Artificielle

Caractéristiques Obstétricales :

Etat des membranes à l'admission :

- Intactes
- Fissurées
- Rompues (préciser couleur du liquide amniotique et délai depuis la rupture)

Utilisation d'une analgésie péridurale : Oui Non

Mode d'accouchement :

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

Couleur du liquide amniotique à l'expulsion :

Complications :

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

Délivrance :

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

Périnée :

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

Pertes sanguines totales (en ml) :

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

Durée totale du travail :

Durée totale d'ouverture de l'œuf :

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

Durée de la phase active (5-7 cm) :

Durée de la phase active (7-10 cm) :

Durée de la phase de descente :

Durée des efforts expulsifs :

Indications d'utilisation de l'oxytocine :

Dilatation cervicale à l'introduction :

Etat des membranes lors de l'introduction :

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

Indication d'introduction de l'oxytocine :

(Si stagnation préciser la durée de la stagnation)

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

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

Prise en charge non médicamenteuse proposée :

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

Modalités d'administration de l'oxytocine :

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

Unité de débit utilisée :

Débit initial :

Débit maximal :

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

Valeurs des paliers d'augmentation de débit :

Dynamique utérine avec administration d'oxytocine :

- Normale
- Hypocinésie
- Hypercinésie

Obtention d'une dilatation cervicale avec l'administration d'oxytocine : Oui Non

(sauf si dilatation complète lors de l'introduction)

Surveillance RCF et tocométrie en continu : Oui Non

Annexe III : Protocole du CHRU de BREST « Utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané»

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

Service émetteur : Bloc obstétrique Rédacteur : CAM S.	
Domaine d'application - Personnel concerné : Sages femmes, obstétriciens, internes d'obstétrique	
Références de la (des) procédure(s) associée(s) :	
Validation par : Pr P. MERVIEL, Chef de Service Gynécologie – Obstétrique	Signé le : 03/08/2017

SOMMAIRE GENERAL

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

Ce document est propriété du CHRU de Brest – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

1. OBJET

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

2. DOMAINE D'APPLICATION – PERSONNELS ET SERVICES CONCERNES

Les personnels concernés par cette procédure, exerçant en salle de naissance, sont :
-Gynécologues obstétriciens
-Sages-femmes
-Internes de gynécologie obstétrique
-Anesthésistes réanimateurs

3. RESPONSABILITES

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

4. REFERENCES INTERNES ET EXTERNES – DOCUMENTS ASSOCIES

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

5. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

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

6. DESCRIPTION DE L'OBJET - CONTENU

6.1 Généralités pharmaceutiques

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

6.2 Modalités de préparation per partum

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

Ce document est propriété du CHRU de Brest – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

6.3 Surveillance paraclinique

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

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

6.4 Utilisation de l'oxytocine per partum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5 Effets indésirables

En cas d'hyperactivité utérine (hypercinésie ou hypertonie) engendrant des ARCF, la perfusion d'oxtyocine devra être arrêtée.
La persistance d'une hypertonie associée à des ARCF sévères devra donner lieu à une tocolyse d'urgence par Nitronal® décrite dans le MOP-01893.

7. EVALUATION

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

8. REACTUALISATION – MISE A JOUR

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

9. ANNEXES

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

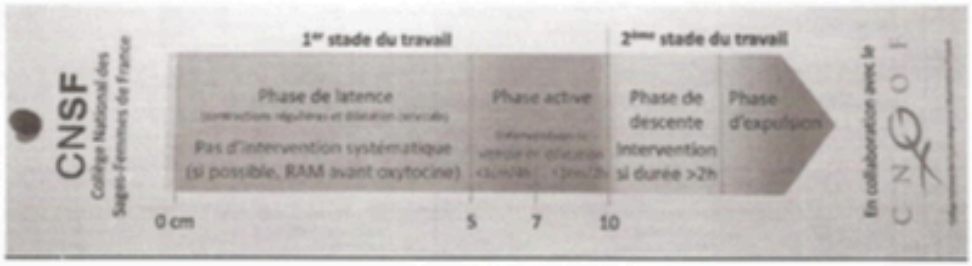
Ce document est propriété du CHRU de Brest – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

Tableau des correspondances mUI/min et ml/h

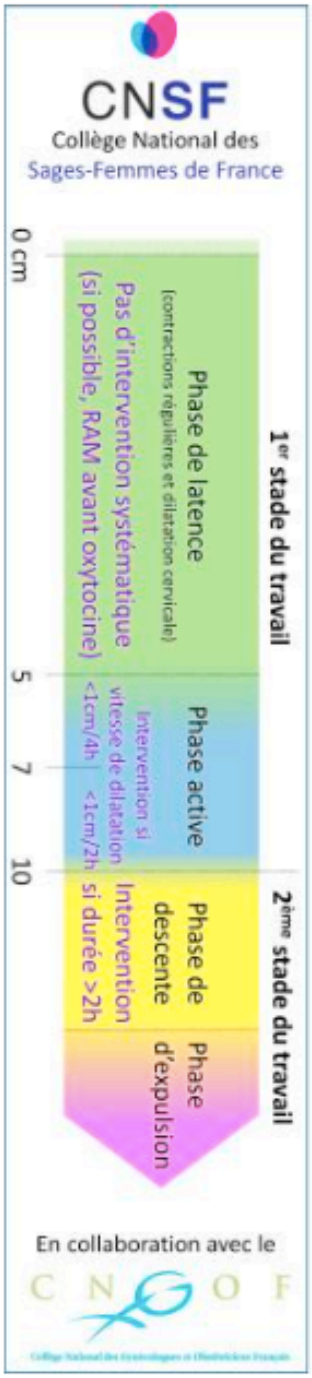
5UI d'oxytocine dans 50 ml de G5%

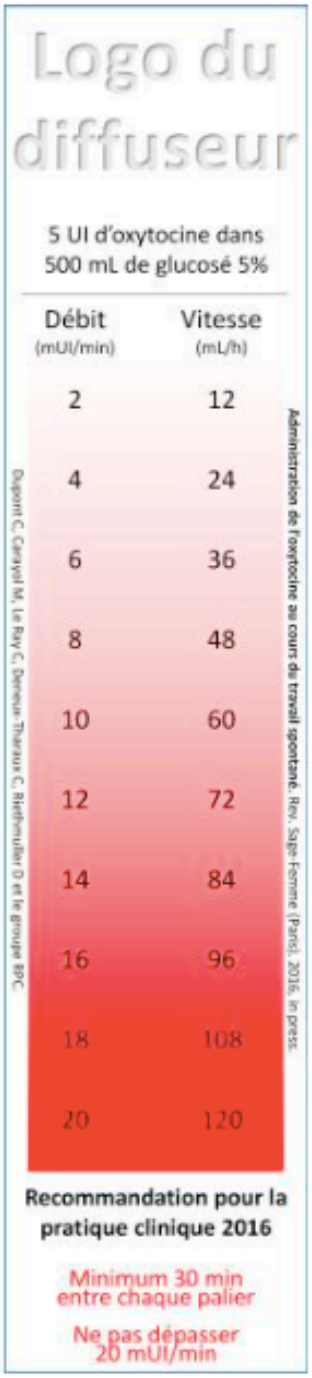
Débit (mUI/min)	Vitesse (ml/h)
2	1,2
4	2,4
6	3,6
8	4,8
10	6,0
12	7,2
14	8,4
16	9,6
18	10,8
20	12,0
Ne jamais dépasser 20mUI/min	**Minimum 30 min entre chaque palier**

Annexe 2 : Synthèse schématique des recommandations



Annexes IV : Marque-page des recommandations pour la pratique cliniquedu CNSF sur l'oxytocine et travail spontané





Résumé

Titre : État des lieux de l'utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané en accord avec les RPC du CNSF. Étude rétrospective réalisée au CHRU de Brest sur la période du 1 février 2019 au 31 mars 2019.

Objectif : Réaliser un état des lieux du respect des recommandations sur l'utilisation d'ocytocine au cours du travail spontané publiées en 2016 par le CNSF en collaboration avec le CNGOF, l'INSERM, et le CIANE.

Matériel et méthode : Étude rétrospective sur dossiers à type d'évaluation des pratiques professionnelles au CHRU de Brest sur la période du 1 février 2019 au 31 mars 2019.

Résultats : Étude sur 153 dossiers dont 102 n'ont pas bénéficié d'oxytocine et 51 en ont bénéficié. Les résultats ont permis de montrer que dans près de la majorité des cas l'introduction de l'oxytocine n'a pas été réalisée au bon moment avec en grande partie une introduction trop précoce. La phase de latence est la phase du travail la mieux respectée. La phase active entre 5-7cm est la phase pour laquelle la stagnation de la dilatation est la moins bien respectée. La phase active entre 7-10cm est globalement bien respectée. La phase de descente représente la phase qui a le plus souvent recours à l'oxytocine avec dans la majorité une introduction adaptée au RCP. Concernant les femmes pour qui l'introduction de l'hormone n'a pas été réalisée on a considéré que les recommandations sont dans l'ensemble bien respectées.
Les modalités d'administration d'oxytocine sont bien respectées au sein de l'étude. Par ailleurs, la traçabilité de l'information et du consentement est peu retrouvée.

Conclusion : Certains points des recommandations sont parfaitement respectés. Cependant, il faudrait porter une attention plus particulière à la phases active entre 5-7cm. De plus, il faudra améliorer la traçabilité de l'information et du consentement car peu retrouvée jusque-là.

Mots-clés : Oxytocine – Travail spontané - Phase de travail

Auteur : Favreau Camille

Diplôme d'État de sage-femme, Brest, 2021