



HAL
open science

**Analyse des pratiques concernant les nouvelles
recommandations pour l'administration d'oxytocine au
cours du travail spontané: étude rétrospective réalisée
au Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy
du 10 juillet 2019 au 5 août 2019**

Ophélie Vignola

► **To cite this version:**

Ophélie Vignola. Analyse des pratiques concernant les nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané: étude rétrospective réalisée au Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy du 10 juillet 2019 au 5 août 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870471

HAL Id: hal-03870471

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870471>

Submitted on 24 Nov 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Ophélie VIGNOLA

Analyse des pratiques concernant les nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané

*Etude rétrospective réalisée au Pôle de Gynécologie-Obstétrique du
CHRU de Nancy du 10 juillet 2019 au 5 août 2019.*

Soutenu le 29 Mai 2020

Directrice de mémoire : Dr NADJAFIZADEH Marjan

Directrice du Département Universitaire de Maïeutique



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Ophélie VIGNOLA

**Analyse des pratiques concernant les nouvelles
recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours
du travail spontané**

*Etude rétrospective réalisée au Pôle de Gynécologie-Obstétrique du
CHRU de Nancy du 10 juillet 2019 au 5 août 2019.*

Soutenu le 29 Mai 2020

Directrice de mémoire : Dr NADJAFIZADEH Marjan

Directrice du Département Universitaire de Maïeutique

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord le Pr Olivier Morel, chef du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy ainsi que Mme George, Sage-femme coordinatrice des salles de naissance, pour avoir accepté de réaliser ce mémoire au sein de leur service.

Je remercie Mme Nadjafizadeh, Directrice du Département Universitaire de Maïeutique, pour avoir dirigé ce mémoire. De m'avoir épaulée, tout au long de mon travail, de s'être toujours montrée disponible et à l'écoute.

Je souhaite aussi remercier Mme Dumortier, Sage-femme au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy, pour m'avoir encouragée et soutenue tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur écoute et leur soutien apporté.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier Marc pour m'avoir beaucoup aidée et soutenue tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

GLOSSAIRE

Liste des abréviations :

- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
- CNSF : Collège National des Sages-femmes de France
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- HAS : Haute Autorité de Santé
- RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
- SA : Semaines d'Aménorrhées
- DMO : Dossier Médical Obstétrical
- APD : Analgésie Péridurale
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- CU : Contractions Utérines
- SMR : Service Médical Rendu
- APO : Administration Prophylactique d'Oxycocine
- RSM : Rupture Spontanée des Membranes
- RAM : Rupture Artificielle des Membranes
- ENP : Enquête Nationale Périnatale
- HPP : Hémorragie du Post-Partum
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- CTG : Cardiotocographie

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| GLOSSAIRE | 1 |
| SOMMAIRE..... | 2 |
| INTRODUCTION..... | 3 |
| MATERIEL ET METHODE | 9 |
| 1. SCHEMA GENERAL D’ETUDES | 9 |
| 2. RECUEIL DES DONNEES | 10 |
| 3. ANALYSE DES DONNEES | 12 |
| 4. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES | 12 |
| RESULTATS | 13 |
| DISCUSSION | 20 |
| 1. PRINCIPAUX RESULTATS | 20 |
| 2. CONFRONTATION DES RESULTATS A LA LITTERATURE ET IMPLICATIONS | 25 |
| 3. PRINCIPAUX FREINS A L’APPLICATION DE CES NOUVELLES RECOMMANDATIONS..... | 30 |
| CONCLUSION..... | 32 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 34 |
| TABLE DES MATIERES | 38 |
| ANNEXES..... | 39 |

INTRODUCTION

Actuellement en France, l'oxytocine est d'usage courant dans les maternités : d'après l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016, 44,3 % des femmes en travail spontané en ont reçu [1]. Le collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) a mené une enquête, auprès de 4400 femmes, en 2012. Celle-ci nous a révélé que dans près d'un tiers des accouchements non déclenchés, les patientes ne sont pas informées de l'administration de l'oxytocine pour accélérer la progression du travail [2]. Cependant, comme toute substance active, l'oxytocine n'est pas dépourvue d'effets indésirables.

Son administration au cours du travail spontané induit des effets indésirables maternels et augmente le risque d'hyperactivité utérine selon un effet dose-dépendant. Cette hyperactivité utérine peut entraîner des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) et être associée à une acidose néonatale [3].

Une relation dose-effet entre l'administration d'oxytocine pendant le travail spontané et le risque d'hémorragie sévère du post-partum ont été observés. Ce risque est augmenté si la patiente ne bénéficie pas d'administration prophylactique d'oxytocine (APO) au moment de la naissance [4]. Il a également été démontré un risque accru d'hémorragie du post-partum (HPP) chez des femmes primipares en travail spontané qui ont reçu de l'oxytocine avec des intervalles d'augmentation inférieurs à 20 minutes. Cette courte durée des intervalles d'augmentation d'oxytocine avait un impact sur le score d'Apgar (≤ 7 à 5 minutes) et le pH artériel ($\leq 7,10$) du nouveau-né à la naissance [5]. L'association entre utilisation d'oxytocine pendant le travail spontané et HPP serait due à une saturation-désensibilisation des récepteurs à l'oxytocine, engendrant une atonie utérine [6].

Au vu de ces complications, la prescription d'oxytocine doit être raisonnée durant le travail et ne doit pas être considérée comme anodine. Le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) en collaboration avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), a publié en 2016 de nouvelles recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané, issues d'une revue de la littérature internationale sur le sujet [7].

Ces nouvelles recommandations ont pour objectifs de définir les stades du travail spontané, de préciser les indications, les modalités et l'efficacité de l'administration d'oxytocine ainsi que de décrire les effets indésirables maternels, fœtaux et néonataux liés à cette administration. Ces recommandations ont vraisemblablement changé la prise en charge obstétricale.

Tout d'abord, une nouvelle définition des stades du travail spontané est apparue. Depuis les années 1950, les travaux de l'obstétricien américain Emmanuel Friedman concernant les définitions du travail normal ont servi de référence pour guider la pratique obstétricale dans les maternités.

Ces travaux ont permis d'éditer des courbes du travail définissant les diverses phases du travail et la durée considérée comme "normale" pour chacune d'entre elles au niveau international. Il a ainsi divisé le temps de l'accouchement en plusieurs phases (phase de latence, phase active dès 3cm de dilatation et délivrance). Les stratégies d'intervention pour corriger un travail anormalement long ou une dilatation du col de l'utérus interrompue (dystocie du travail) ont longtemps été basées sur ces travaux dans la plupart des maternités à travers le monde [8, 9]. Ces travaux ont conduit également au développement de partogramme du travail (enregistrement graphique du progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus lors de l'accouchement) et à la notion de travail dirigé faisant leur apparition dans le but de réduire la durée du travail et de limiter la fréquence de césariennes lors de travail dystocique. Les équipes obstétricales se sont référées à ce modèle pour le suivi du travail, et leur prise en charge classique était de rompre artificiellement les membranes précocement et/ou d'administrer de l'oxytocine dès que la vitesse de dilatation en phase active passait sous le seuil de 1 cm/h [10]. Étonnamment le déroulement du travail normal a été peu étudié ces soixante dernières années alors qu'il s'agit d'un axe central en obstétrique.

Cependant, plusieurs publications récentes ont remis en cause la pertinence des courbes d'E. Friedman du fait de l'évolution des caractéristiques des populations et des pratiques obstétricales pouvant influencer le déroulement du travail [11]. En effet, depuis les analyses réalisées par Friedman, il a été constaté que l'âge maternel est plus élevé, que la proportion des femmes obèses a été augmentée, tout comme le poids des nouveau-nés à la naissance [12].

De la même façon, concernant les pratiques obstétricales, on note l'augmentation du recours au déclenchement du travail, à l'oxytocine, à l'amniotomie au cours du travail ainsi qu'une augmentation de l'analgésie péridurale (APD). Ces récents travaux menés sur des populations plus contemporaines et utilisant des méthodes mathématiques plus sophistiquées suggèrent une durée normale du travail plus longue que celle rapportée par Friedman. Il s'agit d'une phase active qui débiterait au-delà de 5cm de dilatation [11, 13, 14].

Ainsi, les définitions du travail qui ont été établies par Friedman sont aujourd'hui inadaptées et peuvent conduire à des interventions trop précoces et possiblement iatrogènes de la part des professionnels.

De ce fait, les nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané ont apporté de nouvelles définitions du travail normal, ainsi que des critères permettant de caractériser un travail dystocique.

Concernant les indications, les modalités et l'efficacité de l'administration d'oxytocine, il nous a semblé important d'effectuer quelques rappels. Tout d'abord, l'oxytocine est une hormone polypeptidique produite par des neurones de l'hypothalamus, puis stockée dans l'hypophyse postérieure, avant d'être sécrétée de manière pulsatile dans le sang sous l'effet de stimuli hypothalamiques. C'est en 1909 que les propriétés contractiles de l'oxytocine ont été découvertes. L'oxytocine de synthèse qui est un analogue de l'oxytocine endogène a fait son apparition en 1954. L'oxytocine a pour effet de stimuler les contractions en agissant sur le muscle lisse utérin [15, 16]. L'oxytocine de synthèse est un médicament de la liste II ayant obtenu pour la première fois l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en août 1970. Dans le résumé des caractéristiques du produit, les indications de l'autorisation de mise sur le marché de l'oxytocine de synthèse sont les suivantes [17] :

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

Le service médical rendu (SMR) a été évalué comme important par la Commission de transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant ces trois indications. En France, l'oxytocine se présente sous un seul conditionnement, en ampoule de solution injectable de 5UI/mL appelé Syntocinon [18].

Depuis des années, les sages-femmes utilisent le syntocinon au sein des maternités, mais il a été constaté que dans la littérature il y avait un manque de données disponibles concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané.

Il y a également peu de nouvelles données depuis que le CNGOF spécifiait en 2007 des précisions concernant l'utilisation de l'oxytocine lors des mesures correctives pendant le travail, ainsi : « *en cas d'indication d'un travail dirigé, il est recommandé d'utiliser de faibles doses d'ocytociques en respectant des délais d'augmentation de 30 minutes afin d'éviter la survenue d'une hyperactivité utérine et les troubles du RCF. En cas d'hyperactivité utérine, il convient de réduire les débits d'ocytocine ou d'arrêter la perfusion en cas d'anomalies du RCF* » [19]. Aussi, les sages-femmes n'avaient pas de protocoles ni de recommandations auxquels se référer pour administrer l'oxytocine au cours du travail spontané.

Enfin, concernant les potentiels risques et effets indésirables fœtaux et néonataux, ils sont de plusieurs types : difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, ictère, hyponatrémie, perturbations de la succion, en période néonatale et autisme chez l'enfant (fortement débattu) [20]. Les complications ci-dessus ne seront pas étudiées. Les effets indésirables maternels ont été évoqués en début d'introduction.

Par conséquent, le CNSF a établi des nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané afin d'aider les cliniciens dans leurs décisions et d'optimiser la prise en charge des parturientes. Ces nouvelles recommandations sont définies ainsi [21] :

- Le premier stade du travail correspond à la période de dilatation jusqu'à 10cm, il comprend :
 - Une phase de latence : définie par des contractions utérines entraînant une modification du col jusqu'à 5cm de dilatation.
 - Une phase active : qui débute à 5-6cm de dilatation jusqu'à dilatation complète.
- Le deuxième stade du travail correspond à la dilatation complète jusqu'à la naissance, comprenant :
 - Une phase de descente.
 - Une phase d'expulsion.

En phase de latence, il est recommandé de ne pas intervenir à titre systématique. Une pose précoce d'APD est possible sans attendre la phase active du travail et, dans ce cas, il est recommandé de ne pas associée de façon systématique une administration d'oxytocine.

En phase active du premier stade, une dystocie dynamique est définie par une vitesse de dilatation inférieure à 1cm/4h, de 5cm à 7cm ou inférieure à 1cm/2h, de 7cm à dilatation complète.

En cas de dystocie dynamique en phase active, il est recommandé de pratiquer une amniotomie en première intention. En l'absence d'amélioration une heure après l'amniotomie, une administration d'oxytocine peut être réalisée.

En cas de prolongation du deuxième stade du travail au-delà de 2h, il est recommandé d'administrer de l'ocytocine pour corriger une absence de progression de la présentation. Cette absence de progression peut être due à un défaut d'accommodation du mobile fœtal ou une disproportion fœto-pelvienne, communément appelés en obstétrique les dystocies mécaniques.

Concernant les modalités de l'administration de l'oxytocine, en cas de dystocie dynamique : l'oxytocine doit être administrée à un débit initial de 2mUI/min, augmentée par palier de 2mUI/min en respectant un délai de 30 minutes, et sans dépasser un débit de 20mUI/min.

La prescription d'oxytocine et le consentement de la mère doivent être précisés dans son dossier médical.

Un outil élaboré sous forme de marque-page synthétisant les recommandations a été mit à disposition des équipes dans les maternités. Il comporte au recto une réglette, un outil qui permet une conversion immédiate entre les ml injectés et les micro-unités/ mn. La réglette vise à éviter les surdosages. Au verso est représentée l'iconographie sur les étapes du travail. Elle résume les nouvelles définitions des différents stades du travail et matérialise les critères d'utilisation de l'oxytocine à chacune de ces phases [7].

(ANNEXE I)

Ces recommandations vont faire l'objet de protocoles au sein des maternités afin de définir clairement les indications et les modalités d'administration de l'oxytocine, ayant pour objectif d'augmenter la sécurité et la qualité des soins.

En effet, un protocole a été rédigé au Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Nancy sur l'administration de l'oxytocine lors du travail spontané.

Ce protocole a été soumis à vérification et approbation. Il est affiché actuellement depuis le 16 novembre 2017 en salle de naissance. Ainsi les professionnels de santé peuvent s'y référer à tout moment. (ANNEXE II)

Ce travail avait pour principal objectif l'évaluation des pratiques des sages-femmes du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy concernant l'application des nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Une analyse des résultats obtenus nous a permis, dans un second temps, d'identifier les principaux freins à l'application de ces nouvelles recommandations.

MATERIEL ET METHODE

1. SCHEMA GENERAL D'ETUDES

1.1. Question de recherche

La question de recherche était de savoir dans quelles mesures les recommandations concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané étaient appliquées par les Sages-femmes au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy.

1.2. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était de déterminer le respect des différents critères spécifiques des nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané, sous forme de taux d'application par critère.

1.3. Type d'étude

Notre étude était de type observationnel analytique unicentrique rétrospectif. Cette étude a été réalisée, chez les patientes ayant accouché de Janvier 2018 à décembre 2018 au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy. Le recrutement des patientes a été fait sur la période du 10 juillet 2019 au 5 août 2019. L'année 2018 a été volontairement choisie car elle correspondait à plus d'un an des recommandations nationales du CNSF et deux mois après la mise en place du protocole en salle de naissance. Ainsi les équipes obstétricales ont pu avoir une période d'appropriation de ces nouvelles recommandations, qui ont modifié ou non leurs pratiques quotidiennes.

1.4. Population cible

La population ciblée comprenait principalement l'ensemble des patientes en travail spontané, prises en charge par l'équipe du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy au sein des salles de naissance de l'établissement.

Selon les conseils d'un expert en méthodologie du CHRU de Nancy, le nombre de sujets nécessaires était d'environ cinquante afin de pouvoir répondre à une analyse des pratiques professionnelles.

1.4.1. Critères d'inclusion

- Patientes > 37 Semaines d'Aménorrhées (SA)
- Grossesse monofœtale
- Grossesse à bas risque obstétrical selon la définition de la HAS [22]
- Présentation céphalique
- Travail spontané

1.4.2. Critères de non-inclusion

- Le déclenchement du travail
- Utérus cicatriciel

2. RECUEIL DES DONNEES

2.1. Source de données

Une première sélection des patientes a été faite dans le cahier de recensement des accouchements de l'année 2018 mis à jour quotidiennement par l'équipe, au sein de la salle de garde des salles de naissance. Ce cahier renseignait sur le terme, le mode de travail ainsi que d'autres données administratives et médicales pertinentes pour l'étude. Le recueil des données a été ensuite effectué à partir de l'étude des dossiers médicaux obstétricaux (DMO) en version informatique sur le logiciel DxCare. Ce logiciel nous a permis de recueillir les antécédents et l'évolution de la grossesse des patientes. Enfin, nous avons utilisé le logiciel OB Trace Vue afin de pouvoir analyser les partogrammes et la médicalisation concernant l'administration d'oxytocine des patientes. L'analyse des DMO informatiques a également permis d'exclure les patientes qui ne répondaient pas aux critères d'inclusions ainsi que tout autre critère n'ayant pas été noté dans le cahier de recensement des accouchements.

2.2. Outil de recueil

Une grille d'anonymisation des patientes a été établie, en leur attribuant un numéro d'anonymat. Cette grille sur support papier a été conservée dans une pochette puis dans un casier verrouillé au sein de l'école de Sages-femmes. (ANNEXE III)

Ensuite, l'analyse des DMO informatiques a permis de remplir une grille de recueil, élaborée avec le logiciel *Microsoft® Office Excel® 2007*. Cette grille était basée selon les critères inscrits dans les nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. (ANNEXE IV)

2.3. Variables étudiées

Les variables recueillies étaient :

- Administration d'oxytocine au cours des premier et deuxième stades du travail (Oui/ Non)
- Indication, information et consentement de la patiente mentionnés dans le dossier (Oui / Non)
- Phase de travail au moment de l'administration (Latence/Active/De descente)
- Soluté utilisé (Glucosé 5% / Ringer lactate)
- Volume de dilution (500ml / 1000ml)
- Nombre d'unités d'oxytocine dans le flacon (5UI / 10 UI)
- Débit au démarrage 2mUI/min (Oui / Non)
- Palier de 2mUI/min respecté (Oui / Non)
- Intervalles des administrations ($\geq 30\text{min}$ / $< 30\text{min}$)
- Débit maximum ($\leq 20\text{mUI/min}$ / $> 20\text{mUI/min}$)
- Type de rupture des membranes (Spontanée / Artificielle)
- Amniotomie (Précédent l'administration d'oxytocine / Suivant l'administration d'oxytocine)
- Délai d'administration d'oxytocine suivant amniotomie ($\geq 1\text{h}$ / $< 1\text{h}$)

- Délai d'administration d'oxytocine : 2^{ème} stade du travail : Phase de descente ($\geq 2h$ / $<2h$)
- Enregistrement et analyse de l'activité utérine en continu suivant administration d'oxytocine (Oui / Non)
- Surveillance et analyse du rythme cardiaque fœtal en continu suivant administration d'oxytocine (RCF) (Oui / Non)
- Administration prophylactique d'oxytocine (Oui / Non)

3. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel *Microsoft® Office Excel® 2007*.

4. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES

Afin de respecter le cadre législatif et la réglementation concernant la recherche médicale impliquant la personne humaine, une demande d'exploitation des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) a été faite. Cette demande a été acceptée et signée par le chef du pôle Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy. (ANNEXE V)

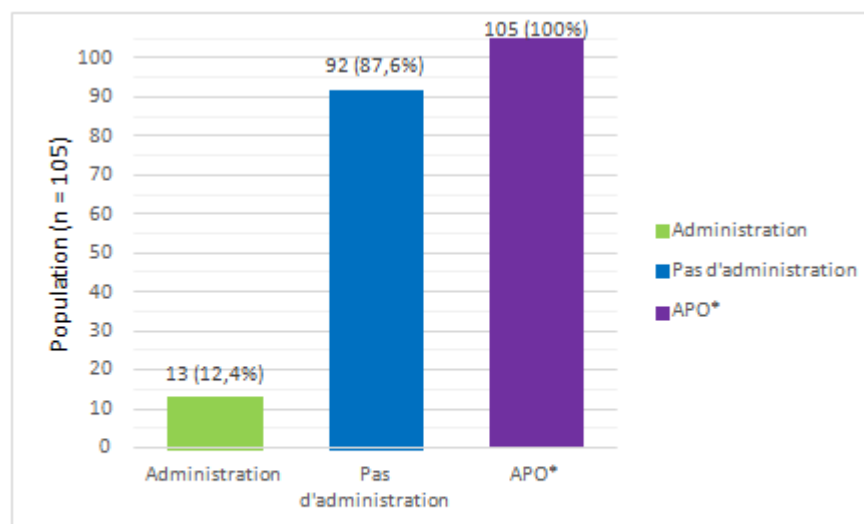
RESULTATS

Cette étude a été réalisée, chez les patientes ayant accouché de Janvier 2018 à décembre 2018 au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy. Durant cette période, 150 patientes en travail spontané ont été analysées dont 105 retenues après avoir exclu celles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusions.

Cette étude avait pour but de savoir si les nouvelles recommandations concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané, cités en introduction, étaient appliquées par les sages-femmes au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy.

Afin de répondre à cet objectif, toutes les variables correspondant aux critères inscrits dans ces nouvelles recommandations ont été étudiées.

Nous avons observé tout d'abord, le taux d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané ainsi que le taux de l'administration prophylactique d'oxytocine (APO), pour les 105 patientes analysées.



* Administration Prophylactique d'Oxytocine

Figure 1. Administration d'oxytocine au cours du travail spontané et APO

Nous avons également recueilli le stade ainsi que la phase du travail au cours desquels a été administrée l'oxytocine. Nous avons pu observer que concernant les 13 patientes ayant reçu de l'oxytocine au cours de leur travail spontané :

- 9 patientes ont reçu de l'oxytocine au cours du 1^{er} stade du travail dont 2 en phase de latence et 7 en phase active.
- 4 patientes ont reçu de l'oxytocine au 2^{ème} stade du travail lors de la phase de descente.

Nous nous sommes intéressés également aux indications, informations et aux consentements des parturientes pour l'administration d'oxytocine au cours de leur travail. Nous avons pu constater que pour ces 13 patientes ayant reçu de l'oxytocine, aucune indication, information et consentement n'ont été renseignés dans les DMO informatiques des parturientes.

Notre étude a également relevé que dès l'administration d'oxytocine, pour ces 13 patientes, l'enregistrement et l'analyse de l'activité utérine ainsi que la surveillance et l'analyse du RCF ont été fait en continu.

De plus, nous avons observé que l'enregistrement et l'analyse de l'activité utérine ainsi que la surveillance et l'analyse du RCF ont été fait en continu pour les 92 autres patientes.

Nous nous sommes intéressés ensuite aux caractéristiques relatives à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané pour les 13 patientes en ayant reçu. Pour cela, nous avons relevé le nombre d'unités d'oxytocine administrées ainsi que le volume de dilution, pour chaque patiente ayant reçu de l'oxytocine.

Tableau 1. Respect du nombre d'unités d'oxytocine administrées et du volume de dilution par rapport aux recommandations CNSF

| Respect du nombre d'unités et du volume de dilution | Patientes n = 13 |
|---|---------------------|
| Nombre d'unités respecté (5UI) | 13 (100%) |
| Volume de dilution respecté (500ml) | 13 (100%) |

Nous avons regroupé sous forme d'un schéma récapitulatif (fig2) les indications et modalités d'administration d'oxytocine pour les 13 patientes concernées.

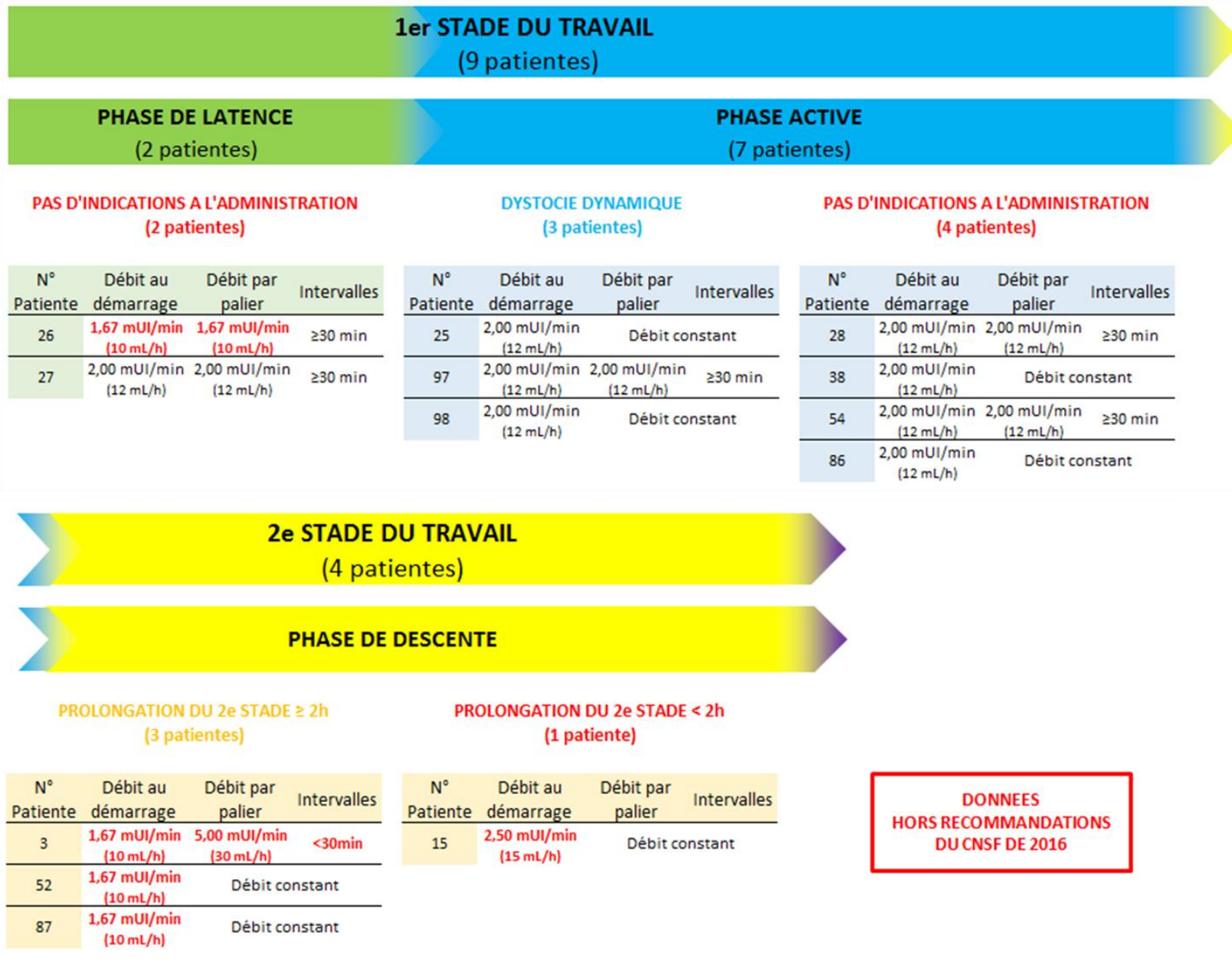


Figure 2. Indications et modalités d'administration pour les 13 patientes concernées

Le respect du débit initial et le débit maximum de l'administration d'oxytocine sont déduits (cf. Figure 2.).

Tableau 2. Respect du débit d'administration d'oxytocine au démarrage et du débit maximum pour 13 patientes

| Respect des débits | Patientes n = 13 |
|--|---------------------|
| Débit au démarrage respecté (2mUI/min) | 8 (61,5%) |
| Débit au démarrage non respecté (\neq 2mUI/min) | 5 (38,5%) |
| Débit maximum respecté (20mUI/min) | 13 (100%) |

Nous avons également déduit le respect d'augmentation du débit d'oxytocine par palier de 2mUI/min ainsi que le respect du délai entre chaque palier pour les 13 patientes (cf. Figure 2.). Nous avons observé que 6 ont reçu de l'oxytocine par palier et 7 ont reçu un débit constant.

Tableau 3. Respect des paliers et des intervalles entre chaque palier d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané pour 6 patientes

| Respect des paliers et intervalles entre chaque palier d'administration | Patientes n = 6 |
|---|--------------------|
| Paliers d'administration respectés (2mUI/min) | 4 (66,7%) |
| Paliers d'administration non respectés (\neq 2mUI/min) | 2 (33,3%) |
| Intervalles respectés (\geq 30min) | 5 (83,3%) |
| Intervalles non respectés (<30min) | 1 (16,7%) |

Conformément à la Figure 2., nous avons remarqué que concernant les 7 patientes ayant eu un débit constant d'oxytocine :

- 4 patientes ont reçu de l'oxytocine au 1^{er} stade du travail lors de la phase active avec un débit initial de 2mUI/min.
- 3 patientes ont reçu de l'oxytocine au 2^{ème} stade du travail lors de la phase de descente avec un débit initial différent de 2mUI/min.

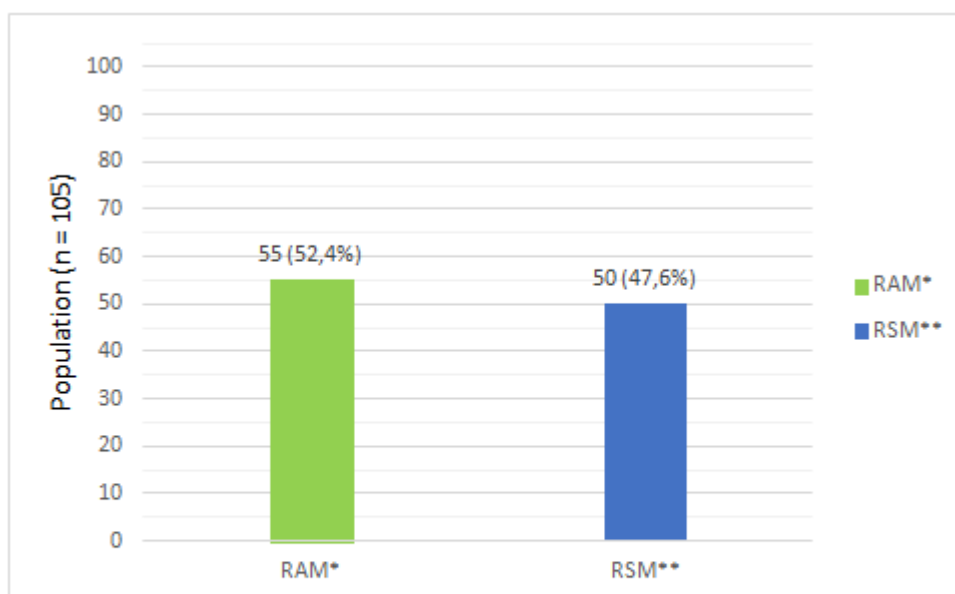
Nous avons également étudié les modalités d'administration d'oxytocine lors du 2^{ème} stade du travail. Nous avons observé que 4 patientes en ont reçu pendant la phase de descente (Cf. Figure 2.). De ce fait, nous avons calculé, grâce à l'analyse des partogrammes, la durée de la phase de descente pour ces 4 patientes et observé à quel moment l'oxytocine a été administrée. Ainsi, nous en avons déduit le respect du délai d'administration d'oxytocine lors du 2^{ème} stade du travail.

Tableau 4. Respect du délai d'administration d'oxytocine : 2^o stade du travail : phase de descente pour 4 patientes

| Respect du délai d'administration | Patientes n = 4 |
|-----------------------------------|--------------------|
| Délai respecté (≥2h) | 3 (75 %) |
| Délai non respecté (< 2h) | 1 (25 %) |

De plus, aucun renseignement n'a été retrouvé dans les DMO des 13 parturientes concernant le soluté qui a été utilisé lors de l'administration d'oxytocine.

Enfin, dans notre recueil de données nous avons également recueilli les types de ruptures des membranes pour les 105 patientes retenues.



* Rupture Artificielle des Membranes

** Rupture Spontannée des Membranes

Figure 3. Type de rupture des membranes pour les 105 patientes

Concernant les 13 patientes ayant reçu de l'oxytocine, les résultats sont les suivants :

- 7 (53,8%) ont eu une rupture artificielle des membranes ou également appelée amniotomie, c'est-à-dire que les membranes ont été rompues par la sage-femme à l'aide d'un amniotome au cours d'un toucher vaginal.
- 6 (46,2%) ont eu une rupture spontanée des membranes, c'est-à-dire que les membranes (l'amnios et le chorion) se sont rompues spontanément sans intervention médicale.

Pour les 7 patientes dont les membranes ont été rompues artificiellement, la réalisation de l'amniotomie en première intention (c'est-à-dire avant l'administration d'oxytocine) et le délai d'administration d'oxytocine suivant l'amniotomie (≥ 1 h) ont été respectés.

DISCUSSION

1. PRINCIPAUX RESULTATS

1.1. Taux d'administration d'oxytocine et APO

Notre étude a révélé que le taux d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané était de 12,4% (soit 13 patientes sur 105 analysées), autrement dit 87.6% des patientes (soit 92 patientes sur 105 analysées) n'ont eu aucune dose d'oxytocine pendant leur travail.

Nous avons également observé que le taux d'administration prophylactique d'oxytocine (APO) était de 100%, c'est-à-dire que toutes les patientes ont reçu l'APO qu'elles aient eu de l'oxytocine durant le travail ou non.

Face à de tels résultats, nous pouvons penser que l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané est raisonnée et n'est pas considérée comme anodine par les sages-femmes de la salle des naissances du CHRU de Nancy.

Concernant les 13 patientes ayant reçu de l'oxytocine au cours de leur travail spontané, nous avons pu constater que 9 patientes en ont reçu au cours du 1^{er} stade du travail dont 2 pendant la phase de latence (cf. Figure 2.).

Pourtant, le CNSF recommande en phase de latence de ne pas intervenir à titre systématique, que soit en provoquant une rupture de la poche des eaux ou bien en administrant de l'oxytocine, puisqu'il n'existe pas de durée limitée entre deux modifications cervicales. Cette nouvelle définition fait disparaître la notion de dystocie de démarrage. En recherchant plus de données dans le dossier médical de ces 2 patientes, nous avons pu constater que la première patiente était restée 4h à 4cm de dilatation et la seconde patiente était restée 5h à 3cm de dilatation. Il y a donc bien eu une administration d'oxytocine trop précoce pour ces 2 patientes et les recommandations du CNSF n'ont pas été respectées.

Les 7 autres patientes ont reçu de l'oxytocine en phase active. Des recherches supplémentaires dans le dossier médical ont révélé que parmi les 7 patientes, 3 ont reçu de l'oxytocine pour une dystocie dynamique en phase active (cf. Figure 2.).

Une dystocie dynamique est définie, par les recommandations du CNSF, par une vitesse de dilatation inférieure à 1cm/4h de 5cm à 7cm ou inférieure à 1cm/2h de 7cm à dilatation complète. En effet, la patiente n°25 était restée 5h à 6cm de dilatation. La patiente n°97 était restée 5h à 5cm de dilatation et la patiente n°98 était restée 3h30 à 9cm de dilatation. Ainsi, les recommandations du CNSF ont été appliquées pour ces 3 patientes. En analysant les partogrammes des 4 autres patientes (n°28, n°38, n°54 et n°86) nous n'avons retrouvé aucune indication justifiant l'administration de l'oxytocine. En effet, la patiente n°28 était restée seulement 2h à 5cm de dilatation, la patiente n°38 1h à 5cm, la patiente n°54 2h à 6cm et la patiente n°86 1h à 6cm. Il y a donc eu également une administration d'oxytocine trop précoce par rapport aux nouvelles recommandations du CNSF.

Ensuite, 4 patientes ont reçu de l'oxytocine au cours du 2^{ème} stade du travail lors de la phase de descente (cf. Figure 2.).

Parmi ces 4 patientes, 3 (n°3, n°52 et n°87) ont reçu de l'oxytocine pour une prolongation du 2^{ème} stade du travail au-delà de 2h afin de corriger une absence de progression de la présentation comme l'indiquent les recommandations du CNSF.

La dernière patiente (n°15) a reçu de l'oxytocine au 2^{ème} stade du travail lors de la phase de descente, alors que la durée de cette phase était inférieure à 2h. Pour cette patiente, l'administration d'oxytocine était trop précoce et donc pas en accord avec les recommandations du CNSF concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané.

Les résultats obtenus ont mis à jour que le taux d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané aurait pu être encore plus faible car 7 patientes sur les 13 ont reçu de l'oxytocine au cours du travail spontané trop précocement par rapport aux nouvelles recommandations du CNSF.

1.2. Indications, informations et consentement de la patiente

Dans notre étude, nous avons pu constater que la prescription d'oxytocine était bien notée dans les DMO informatiques pour les 13 patientes. Cependant, la justification de cette prescription n'était pas mentionnée. Aucune indication n'était écrite alors qu'elles devraient être clairement définies dans les DMO des parturientes comme indiqué dans les recommandations du CNSF et le protocole en salle de naissances. Par conséquent, il nous a été difficile d'étudier l'objectif visé par les sages-femmes lors de l'administration d'oxytocine.

De plus, nous n'avions aucunes données écrites concernant les informations qui ont pu être données aux patientes ainsi que les consentements recueillis lors de l'administration de l'oxytocine. Le consentement de la patiente devrait être précisé dans son DMO comme indiqué par les recommandations du CNSF.

Ces résultats doivent être tout de même nuancés, car les patientes ont peut-être pu recevoir des informations indiquées oralement par les sages-femmes sans que celles-ci soient notées dans les DMO de même pour le consentement recueilli.

Lors de notre recueil de données nous avons remarqué que le logiciel OB Trace Vue n'avait pas d'item concernant le consentement des patientes pour l'administration d'oxytocine. Il n'était donc pas possible d'y indiquer ni consentement de la patiente, ni informations. Ceci pourrait expliquer la raison pour laquelle nous n'avons eu aucune information et consentement écrits dans les DMO informatiques des patientes.

1.3. Analyse et surveillance de l'activité utérine et du RCF

Nous avons observé que l'enregistrement et l'analyse de l'activité utérine ainsi que la surveillance et l'analyse du RCF ont été fait de façon continue dès l'administration d'oxytocine, pour les 13 patientes. Ceci respecte les recommandations du CNSF. En revanche, les 92 autres patientes ont également eu un enregistrement et une analyse de l'activité utérine ainsi qu'une surveillance et une analyse du RCF en continu, malgré qu'elles n'aient pas reçu d'oxytocine lors de leur travail et que ce sont des patientes à bas risque obstétricale.

1.4. Caractéristiques relatives à l'administration d'oxytocine

L'étude des caractéristiques relatives à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané pour les 13 patientes a révélé un certain nombre de points.

Nous avons pu observer un respect du nombre d'unités d'oxytocine administré (5UI), du volume de dilution (500 ml) et du débit maximum d'oxytocine (20mUI/min soit 120 ml/h) par rapport aux recommandations CNSF pour les 13 patientes.

Il est important de souligner qu'en salle de naissances de la maternité du CHRU de Nancy les débits sont toujours mesurés en ml/h sur une pompe volumétrique, ce qui complique la conversion en mUI/min pour les professionnels. Nous avons remarqué que le débit maximum d'oxytocine n'a jamais dépassé les 40ml/h soit 6,67mUI/min au cours du travail spontané pour les 13 patientes (cf. Figure 2.).

Le respect du débit au démarrage de 2mUI/min (soit 12ml/h) n'a pas été retrouvé pour 5 patientes (soit 38,5 %). Nous avons observé que les débits au démarrage étaient en majorité de 10ml/h soit 1,67mUI/min (cf. Figure 2.).

Sur les 6 patientes qui ont reçu de l'oxytocine par palier, ces derniers n'ont pas été respectés pour 2 patientes (soit 33,3%) car l'oxytocine n'a pas été augmentée par palier de 2mUI/min (soit 12ml/h) mais par paliers de 10ml/h soit 1,67mUI/min (cf. Figure 2.).

De plus, les intervalles entre paliers d'administration d'oxytocine n'ont pas été respectés pour la patiente n°3 (cf. Figure 2.). Ils étaient de 15 min.

Pour les 7 autres patientes qui ont eu un débit constant d'oxytocine nous avons pu constater que 3 patientes (n°15, n°52 et n°87) avaient des débits initiaux et constants différents de 2mUI/min (soit 12 ml/h), comme indiqué par les recommandations du CNSF, mais que ces débits étaient majoritairement de 10ml/h (soit 1,67 mUI/min) (cf. Figure 2.).

Les 4 autres patientes (n°25, n°98, n°38 et n°86) avaient des débits initiaux et constants de 2mUI/min. Par déduction, ces patientes ont eu une dose minimale efficace d'oxytocine durant leur travail spontané comme le recommande le CNSF.

Enfin, nous n'avons trouvé aucun renseignement dans les DMO des 13 parturientes concernant le soluté qui a été utilisé lors de l'administration d'oxytocine. Par rapport à ce résultat, nous avons constaté que le logiciel OB Trace Vue ne permettait pas aux sages-femmes lors de la prescription d'oxytocine d'ajouter le soluté utilisé.

1.5. Forces et limites de l'étude

Le nombre de patientes incluses dans l'étude a été satisfaisant afin de pouvoir répondre à une évaluation des pratiques professionnelles.

Un grand nombre de variables a été relevé, ce qui a permis une analyse approfondie de tous les critères inscrits dans les nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané.

L'étude a été réalisée à plus d'un an des recommandations nationales du CNSF et deux mois après la mise en place du protocole en salle de naissance. Ainsi les équipes obstétricales ont pu avoir une période d'appropriation de ces nouvelles recommandations.

Depuis la mise en place des recommandations nationales cette étude a été pionnière au niveau local et a permis d'avoir une représentation des pratiques des sages-femmes de la salle des naissances du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy.

Cette étude pourrait être le point de départ de la mise en place d'un suivi d'indicateurs, au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy, tel que le taux d'administration d'oxytocine durant le travail spontané, comme un indicateur de suivi de la qualité des soins en salle de naissance.

Un biais de sélection est à noter dans cette étude puisque celle-ci est monocentrique. Les résultats ne sont donc pas généralisables en population. De plus, elle a été réalisée dans une maternité de type III, nous pouvons supposer que les données différeraient dans des maternités de type II et I, prenant en charge un autre type de patientèle, moins à risque. Néanmoins, les critères de non-inclusion ont permis d'exclure les patientes à haut risque obstétrical.

Dans la mesure où, les données ont été extraites des DMO en version informatique sur le logiciel DxCare et le logiciel OB Trace Vue, nous avons constaté des données manquantes relatives à l'utilisation de l'oxytocine. Un biais d'exhaustivité de recueil d'information est donc à noter.

De plus, l'échantillon permettant d'analyser les caractéristiques relatives à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané était faible bien que nous ayons multiplié volontairement par trois le nombre de sujets nécessaires.

Il aurait fallu inclure toutes les patientes ayant accouché de Janvier 2018 à décembre 2018 au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy pour augmenter de façon plus significative la taille de l'échantillon.

Les conditions du recueil des données ont été difficiles car le logiciel OB Trace Vue, qui permettait d'analyser les partogrammes et la médicalisation concernant l'administration d'oxytocine, se trouvait que sur les ordinateurs en salle de garde des salles de naissances. Ainsi ces ordinateurs étaient essentiellement occupés par les équipes obstétricales et le recueil des données a été plusieurs fois interrompu afin de ne pas entraver le bon fonctionnement des équipes.

2. CONFRONTATION DES RESULTATS A LA LITTERATURE ET IMPLICATIONS

2.1. Taux d'administration d'oxytocine, APO et HPP

L'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016 a montré une diminution importante de l'utilisation d'oxytocine notamment chez les femmes en travail spontané, dont les taux sont passés de 57,6% en 2010 à 44,3% en 2016 [1] évoquant donc une diminution spontanée de l'administration d'oxytocine. Dans notre étude le taux d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané était de 12,4% il semble donc que le taux d'administration d'oxytocine au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy soit inférieur au niveau national.

Ce taux d'administration plus faible peut être expliqué par le fait que notre étude a été réalisée à plus d'un an des recommandations du CNSF concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané et deux mois après la mise en place du protocole en salle de naissances. Cette hypothèse se confirme car une étude avant-après l'instauration de ce protocole a été réalisée en 2019 par une sage-femme de l'établissement. Cette étude avait pour but principal de comparer les modalités d'utilisation d'oxytocine entre les deux périodes.

Elle a montré que l'instauration du protocole en salle de naissances a permis une diminution significative de l'utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané (43,8% en 2016 versus 21,8% en 2019, $p < 0.01$) [23].

Rappelons tout de même que les patientes ayant un utérus cicatriciel étaient exclues de notre étude, tandis que l'ENP incluait l'ensemble des patientes en travail spontané. Cet élément peut expliquer cette différence puisque l'antécédent de césarienne est associé à un recours plus fréquent à l'oxytocine en cours de travail [24].

Nous avons observé également que le taux d'APO était de 100%.

Depuis 2004, la HAS a diffusé des RPC élaborées par le CNGOF en partenariat avec l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) concernant les hémorragies du post-partum immédiat. Celles-ci recommandent de réaliser systématiquement une APO en prévention d'une hémorragie du post-partum (HPP) au moment de l'accouchement. A savoir que l'APO consiste en une injection par voie intraveineuse directe lente (ou intramusculaire) de 5 à 10UI d'oxytocine.

Cette administration peut être faite soit au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant (délivrance dirigée) soit après l'expulsion du placenta [25].

En 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a également émis des recommandations concernant la prise en charge active de la délivrance. La prise en charge active de la délivrance se définit par l'administration prophylactique d'un utérotonique associée au clampage tardif du cordon ainsi que la traction contrôlée de celui-ci pour expulser le placenta. Ainsi, l'OMS a recommandé pour tous les accouchements, l'utilisation d'utérotoniques en prévention de l'HPP durant la délivrance et que l'utérotonique recommandé en prévention de l'HPP soit l'oxytocine (10UI) [26].

En 2017, de nouveau, la HAS nous indique que « *Par rapport à une délivrance sans recours à l'administration d'agents utérotoniques, l'APO par voie IV ou IM diminue d'environ 50 % le risque d'HPP > 500 ml et > 1000 ml. L'APO est recommandée pour tous les accouchements par voie basse afin de diminuer l'incidence des HPP* ». Et que « *Les autres agents utérotoniques (ergométrine, misoprostol) ne sont pas recommandés dans cette indication si l'oxytocine est disponible* » [27]. Ainsi l'APO est devenue systématique en prévention des HPP.

2.2. Indications, informations et consentement de la patiente

Notre étude a aussi révélé que nous n'avions aucunes données écrites dans les DMO concernant les informations qui ont pu être données aux patientes ainsi que leur consentement lors de l'administration de l'oxytocine. Ceci rejoint les résultats de l'enquête du CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) de 2012, qui a été menée auprès de 4400 femmes.

Le CIANE déclare qu'« *une explication paraît vraisemblable : la plupart des femmes ne sont pas prévenues de l'administration d'oxytocine pendant l'accouchement, administration rendue invisible par la pose systématique d'une perfusion* ». De plus « *parmi les femmes qui disent avoir reçu de l'oxytocine, 39% ont pu exprimer leur consentement, 1% ont exprimé leur désaccord mais ont néanmoins reçu de l'oxytocine, 5% ne savent pas et 56% n'ont pas eu l'occasion d'exprimer leur consentement* » [2].

2.3. Analyse et surveillance de l'activité utérine et du RCF

Concernant la surveillance fœtale durant le travail spontané, les recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané nous indiquent qu'« *en cas d'administration d'oxytocine, la surveillance du RCF est recommandée et, dans le contexte de l'organisation des soins en France, il est recommandé que celle-ci soit continue* » [16]. Nous avons vu précédemment que ceci avait été bien respecté pour les 13 patientes ayant reçu de l'oxytocine.

En revanche, nous nous sommes interrogés sur le fait que les 92 autres patientes ont également eu une surveillance continue du RCF alors que cette pratique n'est pas recommandée en première intention chez les femmes à bas risque obstétricale. En effet, en 2017, suite à une demande croissante des usagers d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance, en particulier dans les situations de bas risque obstétrical, la HAS a émis de nouvelles recommandations concernant l'accouchement normal avec l'accompagnement à la physiologie et les interventions médicales.

Dans ces recommandations il est dit que « *quelles que soient les modalités de prise en charge de l'accouchement, la réalisation d'une surveillance discontinuée du RCF par auscultation intermittente (AI) peut être acceptée sous réserve d'un effectif suffisant (à savoir un praticien par femme) dans le cadre de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement d'une femme à bas risque obstétrical et en dehors de toute anomalie survenue pendant le travail* ». Si une surveillance discontinuée est choisie, la HAS recommande de la réaliser toutes les 15 minutes pendant la contraction et immédiatement après durant au moins une minute (si AI au Doppler) pendant la phase active du 1^{er} stade du travail et toutes les 5 minutes lors du 2^{ème} stade du travail [27].

De ce fait, ces patientes à bas risque obstétrical auraient pu bénéficier d'une surveillance discontinuée du RCF par AI. Cette dernière peut être utilisée dans diverses positions maternelles et donc permettre une liberté posturale comme le souhaitent actuellement les parturientes [27].

Cependant, notre étude a été effectuée dans une maternité de niveau III et les sages-femmes sont tributaires de l'activité en salle de naissances. Ainsi il n'y a pas une sage-femme par parturiente comme le recommande la HAS lors d'une surveillance discontinuée du RCF.

Par ailleurs, dans notre étude nous n'avons pas relevé si les parturientes avaient bénéficié d'une analgésie locorégionale. Dans ce cas, la surveillance du RCF en continu est recommandée [27].

2.4. Amniotomie

Nous nous sommes aussi intéressés aux types de ruptures des membranes pour l'ensemble des parturientes incluses dans l'étude. Le recours à l'amniotomie apparaît plus fréquent au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy (52,4% des patientes) comparativement aux données de l'ENP qui a mis en évidence une diminution importante de l'amniotomie chez les femmes en travail spontané, dont les taux sont passés de 51,1% en 2010 à 41,4% en 2016. Ce résultat va dans le sens des données scientifiques actuelles ayant pour perspective une diminution des interventions médicales réalisées durant le travail. Comme souligné dans les résultats de cette enquête, de par sa fréquence, la pratique de cette intervention semble toutefois toujours s'étendre au-delà du diagnostic de dystocie [1].

Les nouvelles recommandations du CNSF concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané indiquent qu'« *en cas de dystocie dynamique au cours de la phase active, il est recommandé de pratiquer une amniotomie avant l'administration d'oxytocine* » et que « *dès lors que l'amniotomie est réalisée, il est recommandé d'attendre au moins une heure pour évaluer son effet sur la vitesse de dilatation avant d'administrer l'oxytocine* » [15].

Nous avons remarqué dans notre étude que ceci a été respecté pour les 7 patientes sur les 13 ayant reçu de l'oxytocine et ayant eu une amniotomie au cours de leur travail spontané.

2.5. Caractéristiques relatives à l'administration d'oxytocine

Les modalités d'administration d'oxytocine sont bien précisées dans le protocole en salle de naissances. Le but est d'homogénéiser les pratiques pour offrir des soins de qualité. Pourtant, nous avons constaté que plus de la moitié des patientes a reçu de l'oxytocine trop précocement par rapport aux nouvelles recommandations du CNSF. Nous avons également remarqué des débits au démarrage et des paliers entre les différents débits non respectés. En revanche, le nombre d'unités (5UI) d'oxytocine administrée, le volume de dilution (500ml), le débit maximum (20mUI/min) d'oxytocine ainsi que les intervalles (≥ 30 min) entre chaque palier d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané ont fortement été respectés. Il y a également eu pour plus de la moitié des patientes un débit constant d'oxytocine tout au long de leur travail. Cela peut s'expliquer par l'obtention d'une bonne dynamique utérine ou d'une modification cervicale comme précisé dans le protocole. Cependant, les motivations de la modification ou non du débit de la perfusion d'oxytocine n'étaient pas précisées dans les DMO tout comme son indication.

3. PRINCIPAUX FREINS A L'APPLICATION DE CES NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Afin de répondre à notre objectif secondaire, nous avons analysé les principaux freins à l'application de ces nouvelles recommandations.

Tout d'abord, nous avons remarqué que nous n'avions aucunes données écrites dans le logiciel OB Trace Vue concernant l'indication, les informations données aux patientes, le consentement ainsi que le soluté utilisé lors de la prescription d'oxytocine sur ce logiciel. Afin d'améliorer la traçabilité dans les DMO concernant la prescription d'oxytocine, des mesures correctives seraient nécessaires en faveur des pratiques. Nous pourrions proposer de rajouter les items : indication, informations et consentement des patientes pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané, afin que cela devienne systématique pour les professionnels du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy. Cela garantirait peut-être un respect plus important des nouvelles recommandations avec une utilisation à bon escient de l'oxytocine.

Concernant le soluté utilisé, nous nous sommes rendu compte que le logiciel OB Trace Vue ne permettait pas de l'ajouter lors de la prescription d'oxytocine. Nous pourrions également proposer une modification sur le logiciel afin de permettre aux professionnels d'ajouter le soluté utilisé lors de leur prescription d'oxytocine.

Ensuite, dans les recommandations 2016 du CNSF concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané, les doses administrées d'oxytocine doivent être exprimées en micro-unités/mn (mUI/min). Or, actuellement en salle de naissances du CHRU de Nancy, l'oxytocine est administrée en perfusion intraveineuse grâce à une pompe volumétrique permettant de contrôler la dose administrée en ml/h. Certes, nous avons vu précédemment qu'un outil sous forme de marque-page, comportant au recto une règlette permettant une conversion immédiate entre les ml injectés et les micro-unités/mn, avait été mit à disposition des équipes dans les maternités.

Cependant, il faut admettre que cette conversion reste fastidieuse pour les professionnels qui depuis très longtemps expriment les doses administrées d'oxytocine en ml/h. Cela expliquerait également nos résultats sur le non-respect de certains débits au démarrage et paliers entre les différents débits. De plus, le CNSF recommande que la dose totale d'oxytocine administrée durant le travail en mUI soit mentionnée dans le dossier médical. Nous n'avons pas retrouvé cette information dans les DMO.

Enfin, les recommandations du CNSF ont redéfini les différents stades du travail. Nous avons vu que le premier stade du travail se divise en deux phases, la phase de latence et la phase active. Le début de la phase active est désormais repoussé à 5 cm de dilatation contre 3 cm autrefois. Les recommandations nous indiquent de respecter la phase de latence et qu'il est essentiel de savoir attendre et de respecter ce temps. Il est recommandé, en phase de latence, de ne pas intervenir à titre systématique et qu'une pose précoce d'APD est possible sans attendre la phase active du travail. Il est recommandé de ne pas y associer de façon systématique une administration d'oxytocine.

Pourtant, dans notre étude, nous avons pu remarquer que 2 patientes avaient reçu de l'oxytocine durant la phase de latence. Ces patientes ont également été mises sous surveillance continue du RCF et donc privées d'une déambulation largement recommandée durant cette phase [27]. Nous nous sommes interrogés si l'élongation de la phase de latence n'aurait pas un impact sur la gestion hospitalière, en particulier sur l'occupation des salles de naissances dans un niveau III.

Ainsi, le fonctionnement et l'organisation des soins actuels au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy de niveau III pourraient représenter des freins à la mise en application de ces nouvelles recommandations.

CONCLUSION

Notre étude a révélé que sur les 105 patientes analysées au sein de la maternité du CHRU de Nancy de niveau III, le taux d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané était de 12,4% (soit 13 patientes sur 105 analysées), et donc que 87.6% des patientes (soit 92 patientes sur 105 analysées) n'ont eu aucune dose d'oxytocine pendant leur travail.

Cependant, l'enquête a mis en évidence que l'oxytocine était introduite trop précocement par rapport aux nouvelles recommandations pour plus de la moitié des patientes. Plusieurs éléments de prise en charge manquaient dans le dossier médical de la patiente, tels que l'indication, l'information et le consentement de la patiente qui n'étaient jamais mentionnés ainsi que le soluté dans lequel l'oxytocine est diluée. Les débits au démarrage ainsi que les paliers entre les différents débits n'étaient pas toujours respectés.

En revanche, toutes les patientes avaient bénéficié de l'APO. Le nombre d'unités, le volume de dilution, le débit maximum ainsi que les intervalles entre chaque palier d'administration d'oxytocine étaient fortement respectés par rapport aux recommandations du CNSF et du CNGOF.

Ainsi pouvons-nous dire que les nouvelles recommandations concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané ont été globalement appliquées par les sages-femmes du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy.

En guise de proposition d'amélioration, il serait intéressant de trouver un moyen qui permettrait aux sages-femmes d'une part de retranscrire de façon systématique l'indication de la prescription d'oxytocine, le soluté utilisé et de l'autre de renseigner sur le logiciel OB Trace Vue les informations délivrées aux patientes et leur consentement.

Il serait judicieux de reprendre la même population que cette étude et de relever la dose totale d'oxytocine administrée durant le travail spontané. Suivant les doses relevées, il serait alors intéressant d'observer les conséquences sur la voie d'accouchement, sur le RCF, sur la dynamique utérine ainsi que sur les pertes sanguines après la délivrance.

Le CNSF a prévu d'évaluer la diffusion et l'impact de ces recommandations sur les pratiques au sein de plusieurs réseaux de périnatalité. Il recommande à chaque maternité d'évaluer son taux d'administration d'oxytocine durant le travail spontané comme un indicateur de suivi de la qualité des soins en salle de naissance [7]. Notre étude pourrait être le point de départ de la mise en place d'un suivi d'indicateurs au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy concernant le taux d'administration d'oxytocine durant le travail spontané.

BIBLIOGRAPHIE

[1] INSERM, DREES, Blondel B (dir.), Gonzalez L (dir.) , Raynaud P (dir.) , Coulm B, et al. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Les naissances et les établissements Situations et évolutions depuis 2010 [en ligne]. 2017 [cité le 20/02/18]. Disponible sur : <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr>

[2] Collectif interassociatif autour de la naissance. Déclenchement et accélération du travail : information et consentement à revoir [en ligne]. 2012 [cité le 30/10/17]. Disponible sur : <https://ciane.net>

[3] Verspyck E, Sentilhes L. [Abnormal fetal heart rate patterns associated with different labour managements and intrauterine resuscitation techniques]. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008 Feb; 37(1S): 56-64.

[4] Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. BMJ Open. 2011; 21(1): e000514.

[5] Loscul C, Chantry AA, Caubit L, Deneux-Tharaux C, Goffinet F, Le Ray C. [Association between oxytocin augmentation intervals and the risk of postpartum haemorrhage]. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2016 Sep; 45(7): 708-715.

[6] Robinson C, Schumann R, Zhang P, Young RC. Oxytocin-induced desensitization of the oxytocin receptor. Am J Obstet Gynecol. 2003 Feb; 188(2): 497-502.

[7] Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Riethmuller D, le groupe RPC et al. Dossier de Presse [en ligne]. Collège National des Sages-Femmes de France ; 2016 [cité le 28/04/17]. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr>

- [8] Friedman E. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1954 Dec; 68(6): 1568-75.
- [9] Friedman EA. Primigravid labor ; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1955 Dec; 6(6): 567-89.
- [10] Kayem G. Déroulement du travail, nouvelles courbes de définition, lignes d'alerte et gestion de la dystocie. Dans : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [en ligne]. 2014 [cité le 03/02/19] ; 23-37. Disponible sur : <http://www.cngof.fr>
- [11] Béranger R, Chantry AA. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 1 : définition et caractéristiques du travail normal et anormal. *Rev sage-femme.* Fév 2017; 16(1): 6-21.
- [12] Blondel B, Lelong N , Kermarrec M, Goffinet F. Coordination Group of the National Perinatal Surveys. [Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010: Results from the French National Perinatal Surveys]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2012 Feb; 41(2): 151-166.
- [13] Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Oct; 187(4): 824-28.
- [14] Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010 Dec; 116(6): 1281-7.
- [15] Barasinski C, Vendittelli F. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 3 : interventions associées à l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané. *Rev sage-femme.* Fév 2017; 16(1): 36-48.

[16] Coulm B, Tessier V. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 4 : efficacité de l'oxytocine au cours du travail spontané selon les modalités d'administration. Rev sage-femme. Fév 2017; 16(1): 49-62.

[17] Base de données publique des médicaments. Syntocinon 5 U.I./1ml, solution injectable en ampoule-Résumé des caractéristiques du produit [en ligne]. 2019 [cité le 03/02/19]. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

[18] Haute Autorité de santé. Commission de la transparence. Avis. Syntocinon 5 UI/ml, solution injectable en ampoule [en ligne]. 2009 [cité le 12/06/17]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>

[19] Schaal JP. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Dans : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique [en ligne]. 2007 [cité le 15/07/17] ; 371-390. Disponible sur : <http://www.cngof.fr>

[20] Burguet A, Rousseau A. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 6 : risques et effets indésirables foetaux, et pédiatriques de l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. Rev sage-femme. Fév 2017; 16(1): 83-98.

[21] Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Rev sage-femme. Fév 2017; 16(1): 111-118.

[22] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [en ligne]. 2016 [cité le 01/01/19]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>

[23] D'aversi J. Nouvelles recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané : Etude avant-après à la maternité du CHRU de Nancy [mémoire]. Nancy : Université de Lorraine ; 2019. 32 p.

[24] Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharoux C. [Oxytocin administration during labor. Results from the 2010 French National Perinatal Survey]. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2013 Nov; 42(7): 662-670.

[25] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Hémorragies du post-partum immédiat [en ligne]. 2004 [cité le 10/09/19]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>

[26] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum [en ligne]. 2014 [cité le 02/01/20]. Disponible sur : <https://apps.who.int>

[27] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales [en ligne]. 2017 [cité le 30/10/18]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| GLOSSAIRE | 1 |
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION | 3 |
| MATERIEL ET METHODE | 9 |
| 1. SCHEMA GENERAL D'ETUDES | 9 |
| 1.1. QUESTION DE RECHERCHE | 9 |
| 1.2. CRITERES DE JUGEMENT | 9 |
| 1.3. TYPE D'ETUDE | 9 |
| 1.4. POPULATION CIBLE | 9 |
| 1.4.1. Critères d'inclusion..... | 10 |
| 1.4.2. Critères de non-inclusion..... | 10 |
| 2. RECUEIL DES DONNEES | 10 |
| 2.1. SOURCE DE DONNEES..... | 10 |
| 2.2. OUTIL DE RECUEIL | 11 |
| 2.3. VARIABLES ETUDIEES | 11 |
| 3. ANALYSE DES DONNEES | 12 |
| 4. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES | 12 |
| RESULTATS | 13 |
| DISCUSSION | 20 |
| 1. PRINCIPAUX RESULTATS | 20 |
| 1.1. TAUX D'ADMINISTRATION D'OXYTOCINE ET APO | 20 |
| 1.2. INDICATIONS, INFORMATIONS ET CONSENTEMENT DE LA PATIENTE..... | 22 |
| 1.3. ANALYSE ET SURVEILLANCE DE L'ACTIVITE UTERINE ET DU RCF | 22 |
| 1.4. CARACTERISTIQUES RELATIVES A L'ADMINISTRATION D'OXYTOCINE | 23 |
| 1.5. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE..... | 24 |
| 2. CONFRONTATION DES RESULTATS A LA LITTERATURE ET IMPLICATIONS | 25 |
| 2.1. TAUX D'ADMINISTRATION D'OXYTOCINE, APO ET HPP..... | 25 |
| 2.2. INDICATIONS, INFORMATIONS ET CONSENTEMENT DE LA PATIENTE..... | 27 |
| 2.3. ANALYSE ET SURVEILLANCE DE L'ACTIVITE UTERINE ET DU RCF | 27 |
| 2.4. AMNIOTOMIE | 28 |
| 2.5. CARACTERISTIQUES RELATIVES A L'ADMINISTRATION D'OXYTOCINE | 29 |
| 3. PRINCIPAUX FREINS A L'APPLICATION DE CES NOUVELLES | |
| RECOMMANDATIONS | 30 |
| CONCLUSION | 32 |
| BIBLIOGRAPHIE | 34 |
| TABLE DES MATIERES | 38 |
| ANNEXES | 39 |

ANNEXES

ANNEXE I

| Recommandation pour la pratique clinique 2017 | Administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. | |
|--|---|----------------|
| | Débit (mUI/min) | Vitesse (mL/h) |
| 5 UI d'oxytocine dans 500 mL de glucose 5% Minimum 30 min entre chaque palier Ne pas dépasser 20 mUI/min | 2 | 12 |
| | 4 | 24 |
| | 6 | 36 |
| | 8 | 48 |
| | 10 | 60 |
| | 12 | 72 |
| | 14 | 84 |
| | 16 | 96 |
| | 18 | 108 |
| | 20 | 120 |

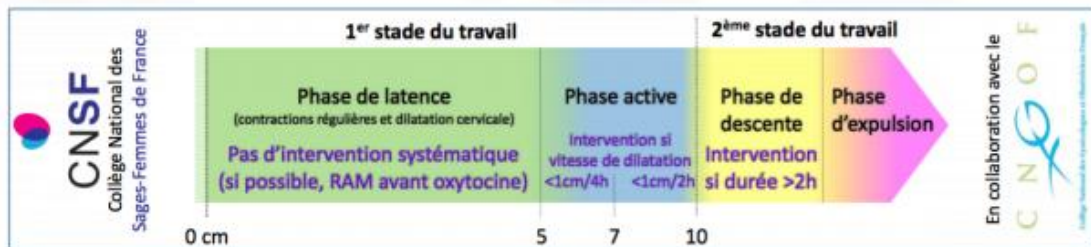
Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Riethmuller D et le groupe RPC.

Gynecol. Obstet. Fertil.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.
Rev. Sage-Femme

Il s'agit d'un outil pratico-pratique qui permet une conversion immédiate entre les ml injectés et les microunités/mn. La réglette vise à éviter les surdosages. Elle rappelle en outre deux recommandations essentielles :


- attendre 30 mn entre deux augmentations de dose ;
- ne pas dépasser la dose de 20 mUI/mn.

Le verso : l'iconographie sur les étapes du travail



Elle résume les nouvelles définitions des différents stades du travail et matérialise en un clin d'œil les critères d'utilisation de l'oxytocine à chacune de ces phases.

ANNEXE II

| | | |
|---|---|----------------------------|
|  | PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DE L'OXYTOCINE LORS DU TRAVAIL SPONTANE | |
| | | Version 1 |
| | | Applicable le : 16 11 2017 |
| Rédaction | Vérification | Approbation |
| Valérie GEORGE | Dr Emille GAUCHOTTE | Pr Olivier MOREL |

Sommaire

| | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Objet..... | 2 |
| 2. Domaine d'application..... | 2 |
| 3. Références..... | 2 |
| Recommandations..... | 2 |
| 4. Définitions et abréviations..... | 2 |
| 5. Indications..... | 2 |
| 6. Processus..... | 3 |
| 6.1. Préparation..... | 3 |
| 6.2. Administration..... | 3 |
| 6.3. Surveillance..... | 3 |

1. Objet

Ce protocole décrit les indications, les modalités d'administration ainsi que les différentes étapes relatives à l'utilisation de l'oxytocine lors du travail spontané à bas risque.

Le 1^{er} stade du travail est défini par la période de dilatation cervicale jusqu'à dilatation complète.

On distingue la phase de latence de la phase active :

- Le début de la phase de latence est défini par la présence de contractions utérines régulières associées à des modifications cervicales.
- Il est recommandé de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique avant le début de la phase active, c'est-à-dire avant 5-6 cm de dilatation.
- On considère ensuite qu'une vitesse de dilatation est anormale si elle est inférieure à 1 cm / 4h entre 5 et 7 cm, et inférieure à 1 cm / 2h au-delà de 7 cm de dilatation.

Le 2^{ème} stade du travail comprend la phase de descente et la phase d'expulsion.

- Selon les recommandations françaises, la phase de descente est inférieure à 2 h et la phase d'expulsion est inférieure à 40 min.

2. Domaine d'application

Ce protocole s'applique au personnel médical et paramédical de la maternité du CHRU de Nancy.

3. Références

Recommandations

Dupont C, Carayol M, Venditelli F, Riethmuller D. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. La revue Sage-Femme 2017;16:111-118

Coulin B, Tessier V. Efficacité de l'oxytocine au cours du travail spontané selon les modalités d'administration. La revue Sage-Femme 2017;16:49-62

4. Définitions et abréviations

CU Contractions Utérines

DC Dilatation Complète

RCF Rythme Cardiaque Fœtal

ARCF Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

5. Indications

- Dystocie de la dilatation pendant la phase active (à partir de 5-6 cm).
- Stagnation de la présentation au-delà de 2 heures à partir de DC pour corriger une absence de progression.

La prescription et l'indication doivent être précisées dans le dossier médical.

Il est recommandé de procéder à une amniotomie et d'attendre une heure avant d'administrer l'oxytocine.

6. Processus

6.1. Préparation

Diluer une ampoule d'oxytocine 5 UI (un ml) dans un flacon de sérum glucosé 5% 500 ml.

Utiliser une tubulure adaptée car l'oxytocine est administrée en perfusion intraveineuse grâce à une pompe volumétrique permettant de contrôler la dose administrée.

Il est par ailleurs recommandé que cette tubulure soit équipée d'une valve anti-reflux.

6.2. Administration

Introduire l'oxytocine par une dose initiale de 2 mUI/min soit 12 ml/h.

Augmenter par palier de 2mUI (palier de 12 ml/h).

Respecter un intervalle d'au moins 30 minutes avant chaque augmentation de dose, jusqu'à obtenir une modification cervicale ou une dynamique utérine de 5 CU par 10 minutes.

Il n'est pas recommandé de dépasser la dose de 20 mUI/min soit 120 ml/h.

6.3. Surveillance

Analyse et surveillance continue des CU et du RCF durant toute la durée de l'administration.

En cas d'hyperactivité utérine et/ou d'ARCF, interrompre l'administration d'oxytocine jusqu'à normalisation.

ANNEXE III

| NUMERO D'ATTRIBUTION | NOM | PRENOM |
|-------------------------|-----|--------|
| 001 | | |
| 002 | | |
| 003 | | |
| 004 | | |
| 005 | | |
| 006 | | |
| 007 | | |
| 008 | | |
| 009 | | |
| 010 | | |
| 011 | | |
| 012 | | |
| 013 | | |
| 014 | | |
| ... | | |
| 094 | | |
| 095 | | |
| 096 | | |
| 097 | | |
| 098 | | |
| 099 | | |
| 100 | | |
| 101 | | |
| 102 | | |
| 103 | | |
| 104 | | |
| 105 | | |

ANNEXE IV

| NUMERO D'ATTRIBUTION | ADMINISTRATION D'OXYTOCINE AU COURS DES PREMIER ET DEUXIEME STADE DU TRAVAIL | INDICATION INFORMATION ET CONSENTEMENT PATIENTE MENTIONNE DANS LE DOSSIER | PHASE DU TRAVAIL AU MOMENT DE L'ADMINISTRATION | SOLUTE UTILISE | VOLUME DE DILUTION | NOMBRE D'UNITE D'OXYTOCINE DANS LE FLACON | DEBIT A U DEMARRAGE 2mU\min | PAUER DE 2mU\min RESPECTE | INTERVALLE DES ADMINISTRATIONS | DEBIT MAX | TYPE DE RUPTURE DES MEMBRANES | AMNIOTOMIE | DELAI D'ADMINISTRATION D'OXYTOCINE SUIVANT AMNIOTOMIE | DELAI D'ADMINISTRATION D'OXYTOCINE: 2ème STADE DU TRAVAIL: PHASE DE DESCENTE | ENREGISTREMENT ET ANALYSE DE L'ACTIVITE UTERINE EN CONTINU SUIVANT L'ADMINISTRATION D'OXYTOCINE | SURVEILLANCE ET ANALYSE DU RCF EN CONTINU SUIVANT ADMINISTRATION D'OXYTOCINE | ADMINISTRATION PROPHYLACTIQUE D'OXYTOCINE (APO) |
|----------------------|--|---|--|----------------|--------------------|---|-----------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------|-------------------------------|------------|---|--|---|--|---|
| 001 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 002 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 003 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 004 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 097 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 098 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 099 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 101 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 102 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 103 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 104 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 105 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANNEXE V



Version n° __

Formulaire de demande d'exploitation des données du PMSI

Date de la demande 30/03/2019

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : NIGOUAN A

Prénom : DANIEL

Fonction : étudiante Sage - Semestre 4^{ème} année

Service hospitalier : Ecole de Sages Femmes

Chef(s) de structures / services : M^{me} GOSSELIN

E-mail* :

(* adresse interne CHU obligatoire du ou des Chef(s) de structure / services)

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX FICHIERS « P.M.S.I » DEMANDES

CHAMPS PMSI : MCO SSR PSY

PERIODES.* (JJ/MM/ANNEE) : Du 01/04/2018 Au 30/09/2018

(*Périodes (<2004) : non exhaustivité des données)

POLE, SERVICE, UM, etc. : l'été... Mère... enfant

OBJET DE LA DEMANDE : (joindre un mail/courrier de la demande détaillée)

OBJECTIF(S) DE LA DEMANDE : Recherche mémoire fin d'étude

Retour au dossier Contact avec le patient

Epidémiologique Médico-économique Autres.....

FINALITE DE LA DEMANDE :

Thèse, Mémoire... Recherche, Article... Administrative Autres

TYPE DE DONNEES :

Données identité Patient Données médicales : (Diagnostic, Actes, etc.)

Données médico-économiques (Valorisation, GHM, etc.) :

Autres.....

DATE D'ENVOI SOUHAITEE : 30/03/2019

AUTORISATION CNIL

Non applicable En cours d'obtention Obtenu sous le numéro :

Signature du demandeur

Signature du chef(s) de structures /services

Professeur Olivier MOREL
Chef du Pôle Gynécologie Obstétrique
CHRU de NANCY (Université de Lorraine)
secrétariat : 03 83 34 43 12

REPONSE DIM

Référence requête : Date limite de traitement / / 201

Requête gérée par :

Requête adressée à la Commission d'Information Médicale

Analyse des pratiques concernant les nouvelles recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané

Etude rétrospective réalisée au Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy du 10 juillet 2019 au 5 août 2019.

Contexte/ Objectif

En 2016, des recommandations sont émises par le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques des sages-femmes en salle de naissances à la maternité du CHRU de Nancy concernant l'application des recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané.

Méthode

L'étude menée était observationnelle analytique unicentrique rétrospective incluant des patientes en travail spontané, > 37 SA, avec une grossesse monofoetale et à bas risque obstétricale. Le critère de jugement principal était de déterminer le respect des différents critères spécifiques des recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané, sous forme de taux d'application par critère. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel *Microsoft® Office Excel® 2007*.

Résultats

105 patientes ayant accouché durant l'année 2018 au sein du Pôle de Gynécologie-Obstétrique du CHRU de Nancy ont été incluses. Le taux d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané était de 12,4% (soit 13 patientes). Toutes les patientes avaient bénéficié de l'APO (100%). Le nombre d'unités, le volume de dilution et le débit maximum d'oxytocine ont été respectés à 100%. L'indication, l'information et le consentement de la patiente n'étaient jamais mentionnés. Les débits au démarrage n'ont pas été respectés pour 5 patientes (soit 38,5%).

Conclusion

Les recommandations concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané ont été globalement appliquées par les SF du secteur périnatal du CHRU de Nancy.

Mots clés : Evaluation des pratiques, oxytocine, travail spontané.