



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



## MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard– Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

---

### ADMINISTRATION D'OXYTOCINE PENDANT LA PHASE DE LATENCE : AUDIT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE

---

Laura Quentin

Née le 14 novembre 1997

Corinne Dupont, sage-femme coordinatrice du réseau périnatal Aurore      Directrice de mémoire  
Myriam Michel, sage-femme enseignante, école de sage-femme de Bourg-en-Bresse      Enseignante

# Remerciements

*Je tiens tout d'abord à remercier Corinne Dupont qui a parfaitement rempli son rôle de directrice de mémoire. Vous avez su me donner les clefs me permettant d'arriver au bout de ce travail et vous avez su me remonter le moral grâce à vos topos téléphoniques.*

*Mes remerciements vont ensuite à mes formatrices et plus particulièrement Myriam et Bérengère pour leur soutien.*

*Je remercie évidemment Manon pour sa collaboration. Je savais dès le début que nous ferions une bonne équipe.*

*Pour finir, je tiens à remercier mes proches : Nicolas, maman, papa, Mathilde, Inès et Tom ; mais aussi mes amies : Amandine, Anissa et Melody ; et mes deux coloc's. Merci de m'avoir fait confiance. Ma réussite est en fait la vôtre.*

# Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	3
Lexique	4
Introduction	1
Première partie : Matériel et méthode	3
Deuxième partie : Résultats	9
Troisième partie : Discussion	17
1. Qualité des soins	17
2. Pertinence des soins	18
3. Forces et limites	21
4. Implications pratiques	22
Conclusion	23
Références bibliographiques	24
Annexes	
Résumé	

# Lexique

AVB : accouchement(s) par voie basse

CHB : centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

CU : contraction(s) utérine(s)

DIM : département d'information médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : indice de masse corporelle

PME : pôle mère-enfant

RAM : rupture artificielle des membranes

RCF : rythme cardiaque fœtal

RCIU : retard(s) de croissance intra-utérin(s)

RPC : recommandations pour la pratique clinique

SA : semaines d'aménorrhée

TV : toucher vaginal

# Introduction

La physiologie de l'accouchement fait partie des interrogations actuelles des professionnels de la périnatalité. L'obstétrique et la maïeutique, par extension, visent à une pratique professionnelle toujours plus juste. Si bien que l'Enquête nationale périnatale de 2016 a montré que 44,3% des parturientes ont reçu de l'oxytocine lors de leur travail spontané (1), soit une diminution de 13,3% par rapport à 2010 (2).

En effet, bien qu'il fasse partie des médicaments essentiels selon l'Organisation Mondiale de la Santé (4), utilisé au cours du travail, le Syntocinon® augmente les risques pour la mère, le fœtus et le nouveau-né (5,6). Grâce notamment à l'étude Pythagore 6 (7) qui a été la première à évaluer ses risques, les effets indésirables tels que l'hémorragie sévère du post-partum, l'hyperactivité utérine et les anomalies du rythme cardiaque fœtal ont été mis en évidence. La prescription d'oxytocine est donc sous surveillance dans certains pays. Au Canada, elle fait partie de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'Institut pour l'Utilisation Sécuritaire des Médicaments (11).

En France, en 2017, un groupe de travail national a publié de nouvelles Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) sur le sujet (3). L'objectif était de proposer une utilisation de l'oxytocine plus raisonnée contrairement aux pratiques du début de sa commercialisation, dans les années 1970. Elles précisent que : « En cas de dystocie dynamique durant la phase active du 1<sup>er</sup> stade du travail, l'oxytocine peut être utilisée pour augmenter l'activité utérine (Grade C) bien que son effet sur le mode d'accouchement ne soit pas démontré (NP3). »(9). Or, en phase de latence, la revue de la littérature n'a pas permis de mettre en évidence d'indication spécifique.

En effet, les travaux d'Emmanuel Friedman (10), établis en 1954 et portant sur la définition des différentes phases du travail, ont été remplacés par l'étude mathématique de Zhang (11) (Annexe 1). La limite entre phase de latence et phase active est désormais placée entre 5 et 6 cm de dilatation contre 3 cm auparavant

(Annexe 2). La cinétique du travail a elle aussi évolué. Ainsi, les études n'ont pas permis de montrer qu'il existait, dans les premiers centimètres d'ouverture du col, une norme concernant la vitesse de dilatation (12). Selon un accord professionnel, le terme de dystocie de démarrage n'est plus à utiliser (12).

Nous nous sommes donc interrogés sur les pratiques concernant l'oxytocine lors du travail spontané en phase de latence au centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB). L'objectif principal de notre travail était d'évaluer la pertinence de l'indication de l'oxytocine pendant la phase latence au regard des RPC. L'objectif secondaire était d'évaluer la conformité de sa traçabilité.

# Première partie : Matériel et méthode

## 1. L'étude

Cette étude est un audit de pratiques du Pôle Mère-Enfant (PME) du CHB réalisée sur la période du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 30 juin 2019.

## 2. Population et méthode

La maternité dans laquelle la population a été étudiée est une maternité de niveau IIB caractérisée par la présence d'un service de néonatalogie avec une unité de soins intensifs. Il s'agit de la maternité de plus gros niveau de l'Ain. Elle a pratiqué, en 2017, 1981 accouchements.

Pour notre étude, nous avons, dans un premier temps, sélectionné les patientes à bas risque ayant eu un travail spontané. Ensuite, nous avons extrait 256 patientes qui avaient reçu l'oxytocine dont 55,86% d'entre elles qui en avaient reçu en phase de latence (Figure 1).

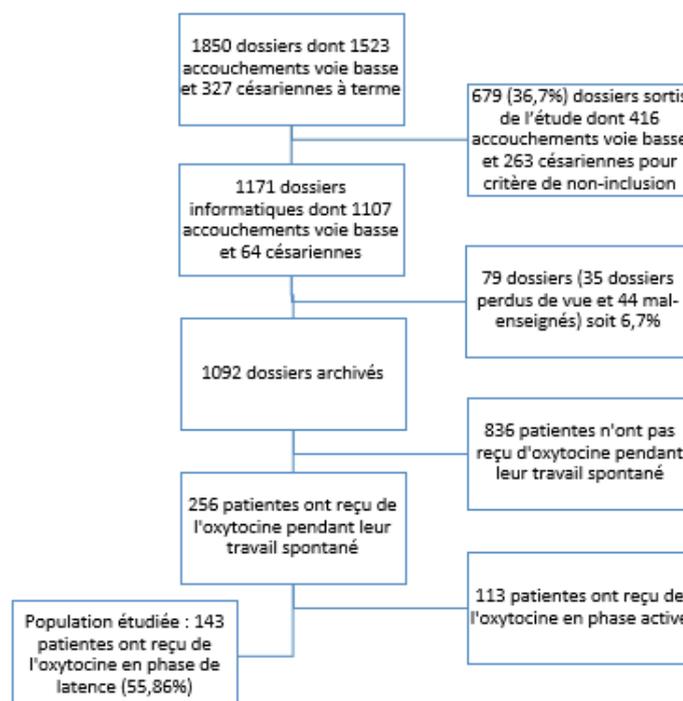


Figure 1 : Flow chart de la population

## 2.1. La population

### 2.1.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient ceux utilisés dans les RPC de 2017 (13). Étaient donc inclus dans l'étude les patientes avec un travail spontané et ayant eu une grossesse à bas risque avec les critères suivants :

- Utérus sain
- Grossesse simple
- Grossesse à terme (> 37 semaines d'aménorrhée (SA))
- Fœtus eutrophe
- Présentation céphalique

A cela, nous avons ajouté deux critères nécessaires à l'étude :

- Arrivée de la patiente à la maternité en phase de latence
- Administration d'oxytocine lors du travail

### 2.1.2. Critères d'exclusion

Pour les critères d'exclusion, nous nous étions référés aux situations particulières non retenues dans les RPC (13) telles que :

- L'utérus cicatriciel
- La grossesse multiple
- Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou le petit poids pour l'âge gestationnel
- La présentation du siège à terme
- L'accouchement prématuré

Nous avons exclu aussi :

- Les déclenchements du travail quel que soit le mode
- Les césariennes programmées

## 2.2. Méthode

### 2.2.1. Recueil de données

Il s'agissait d'un recueil de données collaboratif avec Manon VIAUD dont l'étude portait sur les modalités d'utilisation de l'oxytocine lors du travail spontané.

Les étapes du recueil de données étaient les suivantes :

- Liste de patiente comportant tous les accouchements par césarienne et par voie basse à terme ( $\geq 37$  SA) donnée par le Département d'Information Médicale (DIM) du CHB. Le terme était alors le seul critère qui pouvait être filtré par le DIM.
- Exclusion par informatique des dossiers avec les critères suivants :
  - o Pour les césariennes : césarienne programmée, césarienne en urgence avec présence d'un utérus cicatriciel, présentation du siège, RCIU et déclenchement du travail
  - o Pour les accouchements par voie basse : utérus cicatriciel, présentation du siège, RCIU et déclenchement du travail
- Ouverture des dossiers Audipog® aux archives :
  - o Dossiers perdus de vue et dossiers mal renseignés par informatique (dont déclenchements du travail, utérus cicatriciels, RCIU)
  - o Sortie d'étude des patientes n'ayant pas reçu d'oxytocine pendant leur travail (information non renseignée informatiquement)
- Recherche en salle de naissance des dossiers perdus de vue

L'étude a été étendue afin d'augmenter le nombre de dossier à analyser. Le recueil de données a donc eu lieu en deux temps avec une période de 6 mois pour chaque temps.

### 2.2.2. Tableau de recueil

Le tableau de recueil a été établi pour répondre à des principes de praticité lors du recueil aux archives. Il incluait toutes les données utiles retenues par les critères de

jugement dont nous avons besoin mais aussi ceux nécessaires à l'étude de Manon VIAUD. Quelques critères ont aussi été **utiles de manière commune**.

Les paramètres recueillis concernaient :

- **Parité**
- **Mois d'accouchement**
- **Utilisation de l'oxytocine lors du travail**
- Dilatation de la patiente à l'arrivée en salle de naissance (en centimètres)
- Rupture spontanée des membranes
- Rupture artificielle des membranes (RAM) avant l'utilisation de l'oxytocine
  - o Dilatation au moment de la RAM (en centimètres)
  - o Délai entre la RAM et le démarrage de l'oxytocine (en minutes)
- Dilution de l'oxytocine
- Unité utilisée pour tracer dans le dossier obstétrical la dose administrée d'oxytocine
- Vitesse de démarrage de l'oxytocine (en mL/h)
- Traçabilité de l'indication
- Indication d'utilisation de l'oxytocine (hypocinésie de fréquence, contractions irrégulières, stagnation de la dilatation, post RAM, autres)
- Traçabilité concernant l'information donnée à la patiente sur l'intérêt de l'oxytocine et de son fonctionnement
- Traçabilité concernant le consentement de la patiente pour l'administration de l'oxytocine
- Dilatation à laquelle l'oxytocine est démarrée (en centimètres)
- Présence de touchers vaginaux (TV) donnant une même dilatation avant le démarrage de l'oxytocine
  - o Durée entre deux TV pendant laquelle la dilatation est restée identique (en minutes)
- Traçabilité concernant l'interprétation du rythme cardiaque fœtal (RCF) au moment du démarrage de l'oxytocine
- **Dynamique utérine (en contractions utérines (CU)/10min)**
- Régularité des CU au moment du démarrage de l'oxytocine

- Palier d'augmentation de l'oxytocine (en mL/h)
- Délai d'augmentation de l'oxytocine (en minutes)
- Vitesse maximale administrée (en mL/h)
- Dose de reprise de l'oxytocine en cas d'arrêt (en mL/h)

L'information pouvait être retranscrite de façon numérique ou sur le mode binaire ; excepté la colonne « indication d'utilisation de l'oxytocine » pour laquelle l'information portée était manuscrite dans la section « autres ».

Pour la dilatation cervicale à l'arrivée en salle de naissance, au moment de la RAM et du démarrage de l'oxytocine, il a été inscrit dans le tableau de recueil :

- « 2,5 » lorsqu'il y avait notion de « 2 doigts larges » dans le dossier
- « 3,5 » lorsqu'il y avait notion de « 3-4cm » dans le dossier

De plus, les RPC mettent la limite de la phase de latence entre 5 et 6 cm de dilatation (12). Pour l'étude, il a été considéré que la phase de latence se termine à 5 cm inclus de dilatation.

Nous avons considéré que la traçabilité de l'indication était conforme lorsqu'elle a été explicitement écrite dans le dossier obstétrical. L'indication de l'oxytocine, quant à elle, était considérée comme conforme lorsqu'elle répondait au cadre fixé par les RPC (9). Les RPC stipulent, dans un premier temps, que l'utilisation de l'oxytocine en phase de latence ne doit pas être systématique quel que soit la vitesse de la dilatation. De manière générale, l'oxytocine est utilisée à membranes rompues pour traiter une dystocie dynamique en augmentant l'activité utérine. Pour certains auteurs, elle permet de faire tourner les variétés postérieures ou transverses mais les RPC ne recommandent pas d'utiliser l'oxytocine de cette manière de façon systématique.

### 2.2.3. Analyse des données

Les critères étudiés ont été analysés en comparant des pourcentages à partir de tableaux Excel, version 2016. Pour comparer deux pourcentages, nous avons utilisé

le logiciel BiostaTGV afin d'évaluer s'il existait une différence significative entre les périodes ou populations étudiées. Parmi les critères comparés, nous avons analysé :

- Pour l'étude de la population : l'exposition à l'oxytocine selon la parité et par rapport à la moyenne française
- Pour la traçabilité : la traçabilité de l'indication, la traçabilité selon les phases du travail, la traçabilité complète de l'indication et la traçabilité complète dans le partogramme
- Pour la pertinence de l'indication : l'indication principale, la pluralité de l'indication, la véracité de l'indication dans le partogramme, la réévaluation du col avant le diagnostic de stagnation de la dilatation, le temps de stagnation avant la mise en place de l'oxytocine et le moment de la RAM par rapport à l'oxytocine.

Nous avons eu recours au test du Chi<sup>2</sup>, sauf lorsque les effectifs attendus étaient faibles ( $\leq 5$ ), auquel cas la correction de Yates a été appliquée. La différence observée était considérée comme significative lorsque le résultat obtenu était inférieur à 0,05.

#### 2.2.4. Aspects éthiques et réglementaires

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'un projet de service et a été validé par la cadre de la salle de naissance du CHB, Mme L. FERLAY, et le médecin chef du PME du CHB, Dr C. TAQUET-AMBRUNN. Les dossiers Audipog<sup>®</sup> utilisés ont été anonymisés et le principe du secret professionnel a été respecté.

# Deuxième partie : Résultats

## 1. Caractéristiques de la population

L'information concernant la parité a été recherchée. L'administration de l'oxytocine en phase de latence était significativement supérieure chez les primipares, 19,17%, que chez les multipares, 8,26% ( $p\text{-value} < 0,01$ ).

De plus, le pourcentage d'utilisation de l'oxytocine au CHB lors du travail spontané est de 23,44% ce qui est significativement inférieur à la moyenne nationale de l'Enquête nationale périnatale de 2016 (1) ( $p\text{-value} < 0,01$ ). Pour autant, aucun chiffre national ne concerne l'exposition des femmes à l'oxytocine en phase de latence. Dans notre étude, 999 patientes étaient arrivées à la maternité en phase de latence et 143 d'entre elles, soit 14,31%, avaient reçu de l'oxytocine durant cette phase (Figure 2).

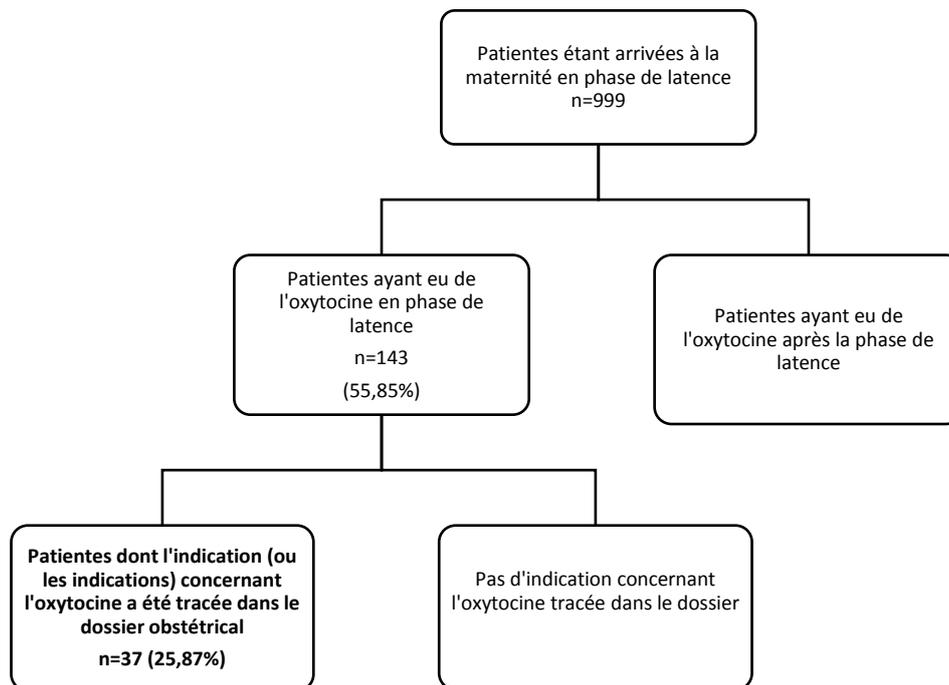


Figure 2 : Administration de l'oxytocine pendant le travail spontané

On ne pouvait pas conclure à une tendance significative concernant des taux d'utilisation de l'oxytocine en phase de latence contenu des intervalles de confiance

pour chaque mois (Figure 3). Cependant, l'administration de l'oxytocine en phase de latence était significativement supérieure en octobre 2018 qu'en décembre ou mars 2019 ( $p\text{-value} < 0,01$ ). Ces mois sont respectivement : le mois où le taux d'oxytocine était le plus important, 22,99%, contre ceux où le taux était le plus faible, 8,66% (Figure 3). Nous n'avons pas observé de variation du taux les mois de plus forte activité.

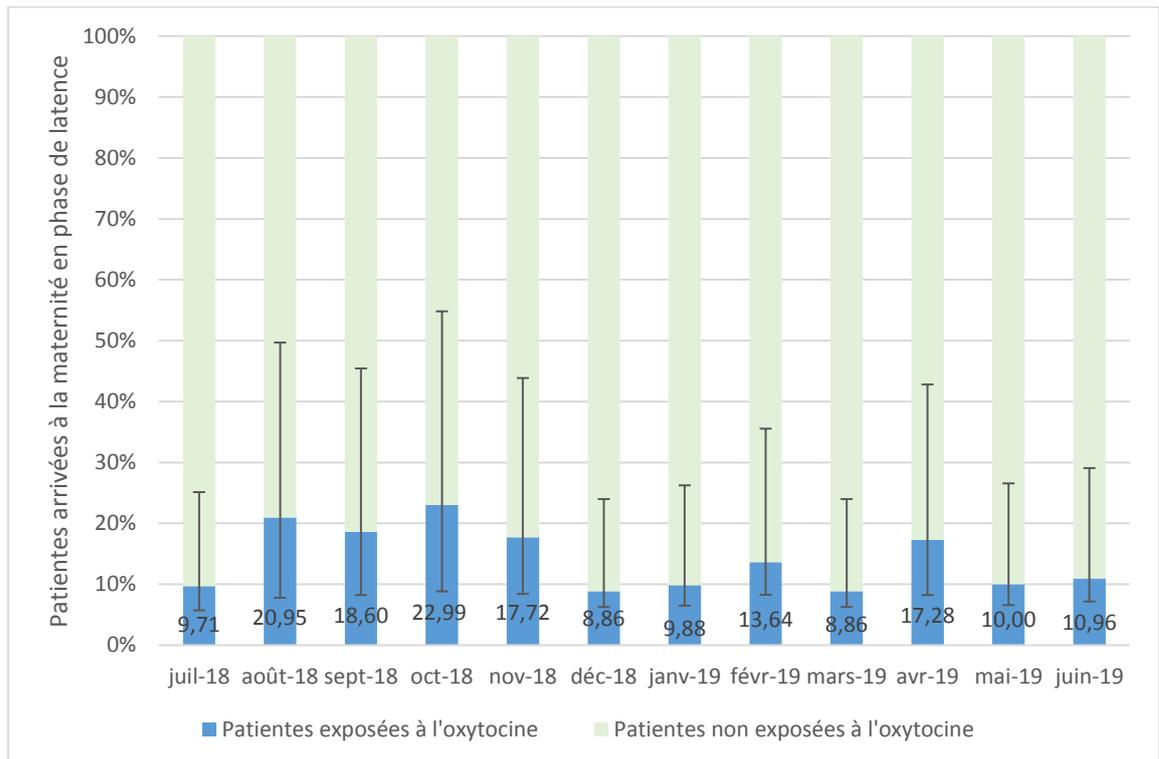


Figure 3 : Répartition du pourcentage de patientes exposées à l'oxytocine en phase de latence

Pour finir, chez les patientes exposées à l'oxytocine en phase de latence, l'oxytocine était significativement administrée après trois centimètres ( $p\text{-value} < 0,01$ ) (Figure 4).

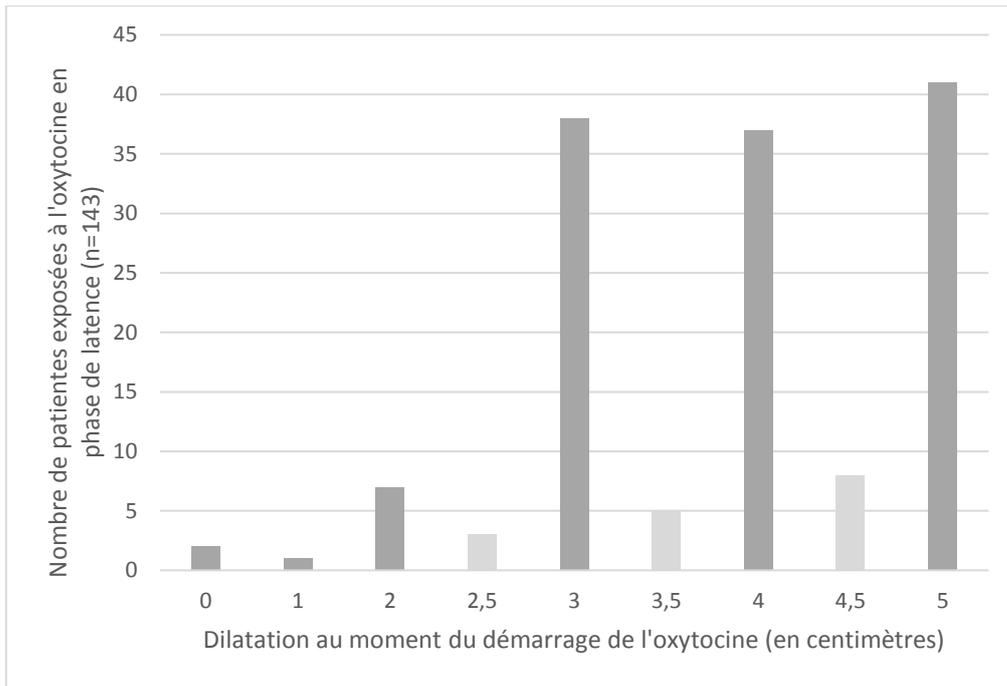


Figure 4 : Répartition de la dilatation au moment du démarrage de l’oxytocine

## 2. Traçabilité de l’indication

L’indication était significativement non tracée dans le dossier médical ( $p\text{-value} < 0,01$ ) puisqu’elle l’était seulement dans un quart des cas (Figure 2). Elle n’était pas significativement plus tracée en phase active (20,72%) qu’en phase de latence ( $p\text{-value} = 0,41$ ). Lorsque l’indication n’était pas tracée, nous pouvions retrouver dans le partogramme des éléments en faveur de l’utilisation de l’oxytocine comme c’était le cas pour l’hypocinésie de fréquence par exemple (Tableau 1). Et, lorsqu’elle était tracée, parfois des éléments supplémentaires auraient pu intervenir dans l’argumentaire de la prise de décision d’utilisation de l’oxytocine (Tableau 1). Globalement, tous les éléments étaient significativement présents dans l’indication tracée par la sage-femme ( $p\text{-value} < 0,01$ ). Les données du partogramme étaient également significativement toutes tracées ( $p\text{-value} < 0,01$ ). Il pouvait parfois manquer : l’analyse des CU et du RCF ainsi que le délai entre la RAM et le début de l’oxytocine (Tableau 1). Ces informations sont nécessaires à la prise de décision concernant une prise en charge du travail.

Tableau 1 : Traçabilité dans le partogramme

	n	% / Oxytocine en phase latence (N = 143)
<b><u>Indication non tracée</u> : éléments pouvant argumenter la décision d'administration de l'oxytocine</b>		
- Hypocinésie de fréquence	60	41,95
- CU irrégulières	46	32,16
- Stagnation de la dilatation	69	48,25
<b><u>Indication tracée</u> : éléments manquant à l'argumentaire de la décision d'administration de l'oxytocine</b>	<b>N= 37</b>	
- Hypocinésie de fréquence	1	2,70
- CU irrégulières	1	2,70
- Stagnation de la dilatation	6	16,21
<b>Informations non tracées dans le partogramme</b>		
- Dynamique utérine	28	19,58
- Régularité des CU	23	16,08
- Interprétation du RCF	12	8,39
- Délai entre RAM et administration oxytocine	11	7,69

### 3. Indications de l'oxytocine en phase de latence

Nous avons pu, sur les 37 dossiers où l'indication de l'oxytocine a été tracée, faire émerger cinq indications principales : hypocinésie de fréquence, irrégularité des CU, stagnation de la dilatation, post-RAM et RCF intermédiaire (Tableau 2). En effet, parmi la section « autres », la cinquième indication principale était le RCF intermédiaire.

L'indication la plus retrouvée était la stagnation de la dilatation mais nous ne pouvions pas conclure qu'elle était significativement majoritaire ( $p$ -value = 0,06).

Tableau 2 : Indications tracées de l'oxytocine en phase de latence dans le dossier obstétrical

	n	%/ Indication tracée (N = 37)
Hypocinésie de fréquence	17	45,94
Contractions utérines irrégulières	16	43,24
Stagnation de la dilatation	20	54,05
Post RAM	5	13,51
Autres	11	29,72
RCF intermédiaire	6	16,21

L'oxytocine avait une indication significativement multiple ( $p$ -value <0,01) en phase de latence et ce dans 80,08% des cas. La stagnation de la dilatation a été retrouvée de façon dominante en association avec l'hypocinésie de fréquence (Tableau 3). De surcroît, dans un cinquième des cas, plus de deux indications ont été inscrites dans le dossier.

Tableau 3 : Double indication tracée de l'oxytocine en phase de latence dans le dossier obstétrical

n (% / indication tracée N=37)	CU irrégulières n (%)	Stagnation de la dilatation n (%)	Post-RAM n (%)	Autres n (%)
Hypocinésie de fréquence	5 (13,51)	<b>9</b> <b>(24,32)</b>	1 (2,70)	5 (13,51)
CU irrégulières		6 (16,21)	2 (5,40)	4 (10,81)
Stagnation de la dilatation			4 (10,81)	5 (13,51)
Post-RAM				3 (8,10)

Parfois, l'indication qui avait été posée ne se vérifiait pas dans les données inscrites dans le partogramme (Tableau 4). C'était le cas de la dynamique utérine où le diagnostic d'hypocinésie de fréquence ou d'irrégularité des CU a été posé alors que la dynamique était normale. Ces deux indications étaient tout de même significativement bien utilisées ( $p\text{-value} > 0,01$ ). Cette situation se présentait aussi pour l'indication de stagnation de la dilatation (Tableau 4). La sage-femme faisait significativement deux TV avant de poser le diagnostic de stagnation de la dilatation ( $p\text{-value} = 0,02$ ) mais parfois elle n'avait pas réévalué le col avant de poser ce type de diagnostic.

D'autres fois, ce que la sage-femme a utilisé pour justifier l'utilisation de l'oxytocine, comme l'hypertonie ou anomalies du RCF, était en fait l'une de ses contre-indication (Tableau 4). Nous avons également des prises en charge inadaptée. Par exemple, lorsque, pendant un travail spontané, la rupture de la poche des eaux avait lieu après la pose de l'oxytocine (9). La RAM était tout de même faite significativement au bon moment ( $p\text{-value} < 0,01$ ). L'oxytocine a pu, de la même façon, être utilisée pour « descente de la présentation » comme l'ont formulé les sages-femmes.

Aussi, certaines indications ne correspondaient pas aux RPC comme c'était le cas de l'indication post RAM ou de la demande de la patiente (Tableau 4). En effet, après la RAM, l'évolution de la dilation doit être évaluée pour juger de la nécessité d'une administration d'oxytocine.

Pour finir, la prise en charge du travail n'est pas une indication de l'oxytocine, comme nous avons pu le voir dans un dossier. Il s'agit d'une action menée face à un travail dystocique (Tableau 4). Dans le même sens, l'oxytocine permet d'augmenter l'activité utérine et de régulariser les CU mais l'hypocinésie de fréquence et l'irrégularité des CU ne sont pas des indications selon les RPC (9).

Tableau 4 : Non-pertinence de l'indication de l'oxytocine en phase de latence

		% /N
<b>Diagnostic d'hypocinésie de fréquence</b>	<b>N = 17</b>	
Hypocinésie avérée	14	82,35
Hypocinésie non avérée	3	17,64
<b>Hypercinésie de fréquence en phase de latence (N=143)</b>	1	0,69
<b>Diagnostic de contraction irrégulières</b>	<b>N = 16</b>	
CU irrégulières avérées	15	93,75
CU irrégulières non avéré	1	6,25
<b>Diagnostic de stagnation de la dilatation</b>	<b>N = 20</b>	
2 TV ou plus à la même dilatation	16	80,00
Pas de réévaluation avant le diagnostic de stagnation de la dilatation	4	20,00
<b>Autres indications</b>	<b>N = 11</b>	
- RCF intermédiaire	6	54,54
- Hypertonie	1	9,09
- Prise en charge du travail	1	9,09
- Liquide amniotique teinté	1	9,09
- Descente de la présentation	1	9,09
- Demande de la patiente	1	9,09
<b>Rupture de la poche des eaux</b>	<b>N = 143</b>	
Avant l'utilisation de l'oxytocine	127	88,81
Après le démarrage de l'oxytocine	16	11,18
<b>Analyse du RCF avant l'utilisation de l'oxytocine</b>	<b>N = 129</b>	
RCF normal	112	86,82
RCF intermédiaire ou pathologique	17	13,17

En moyenne, le diagnostic de stagnation de la dilatation était posé à 3,5cm (Tableau 5). La sage-femme attendait en moyenne deux heures avant de démarrer de l'oxytocine pour cette indication. Dans un seul dossier, la sage-femme a attendu plus de quatre heures avant de poser le diagnostic de dystocie dynamique. Nous pouvons

donc dire qu'en générale les sages-femmes attendent significativement moins de quatre heures avant d'administrer de l'oxytocine pour stagnation de la dilatation (*p-value* < 0,01).

Pour la RAM, celle-ci était pratiquée en moyenne à 3,2cm de dilatation (Tableau 5). Nous avons remarqué que de manière générale, lorsqu'une patiente avait une RAM, elle a été pratiquée en phase active soit 6,19cm en moyenne. Or, lorsque la patiente avait reçu de l'oxytocine pendant son travail, ce chiffre descendait à 4,63cm. Le délai entre la RAM et l'oxytocine était, quant à lui, respecté puisqu'il était de minimum une heure.

Tableau 5 : Délai et dilatation moyenne au moment de l'indication de la stagnation de la dilatation et de la RAM

	Moyenne
<b>Indication de stagnation de la dilatation</b>	
Délai entre deux TV (en minutes)	121,87 [60 ;250]
Dilatation moyenne au moment du diagnostic de stagnation de la dilatation (en centimètres)	3,52 [0 ;5]
<b>Indication post-RAM</b>	
Délai entre RAM et administration de l'oxytocine (en minutes)	150 [60 ;360]
Dilatation moyenne au moment de la RAM (en centimètres)	3,2 [3 ;4]

Pour finir, concernant la pertinence de l'indication de l'oxytocine, tous les éléments n'étaient pas à notre disposition pour pouvoir conclure à ce sujet. Néanmoins, 12 dossiers ont été jugés comme non-pertinents, soit 32,43 %. En effet, les RPC n'admettent pas d'indication systématique en phase de latence mais l'oxytocine peut être utilisé en cas de stagnation de la dilatation selon le contexte. Or, dans ces 12 dossiers, 11 d'entre eux ne présentent pas de stagnation de la dilatation et un dossier a une contre-indication de l'oxytocine (hypertonie).

# Troisième partie : Discussion

Notre étude a permis de mettre en évidence que les indications de l'administration de l'oxytocine étaient présentes que dans un quart des dossiers. Parmi ces dossiers, dans 32,43% des cas, les indications ne justifiaient pas son utilisation. Nous nous attacherons donc dans cette partie à discuter de la qualité et la pertinence du soin. Puis, nous considérerons les forces et les limites de l'étude. Nous finirons par envisager ses implications pratiques.

## 1. Qualité des soins

Les RPC mentionnent selon un accord professionnel que « l'indication, l'information et le consentement de la patiente ainsi que les modalités d'administration doivent être mentionnés dans le dossier médical » (3). Un soin de qualité doit être réalisé dans son entièreté et implique une traçabilité complète afin de conserver en mémoire les décisions et les soins réalisés (14). Il s'agit d'une obligation conditionnant la continuité et la coordination des soins (15). Pour le patient, elle permet d'établir la confiance soignant-soigné et de répondre aux exigences de la loi Kouchner sur le droit du patient (16). Pour rappel, cette loi impose que les examens et les actions menées soient expliqués et consentis par les patients. Pour le soignant, la traçabilité est la preuve que son travail a été correctement fait car il ne suffit pas de bien faire, il faut pouvoir le montrer (17).

L'amélioration de la traçabilité passe donc, tout d'abord, par la communication des chiffres qui ont été trouvés dans l'étude. La diffusion à toute l'équipe permettrait une première prise de conscience (18). L'intérêt de la traçabilité doit aussi être compris de manière à ce qu'elle devienne une pratique habituelle pour le soignant.

De plus, dans la pratique professionnelle, il est important de savoir comment et quand tracer. Au CHB, les dossiers sont au format papier. Ils pourraient ainsi être amenés au lit des patientes afin de retranscrire immédiatement toutes les informations nécessaires. L'indication pourrait être écrite avec une courte phrase comme : « Xh : pose d'un pousse-seringue d'oxytocine pour ... (voir modalités

dans partogramme) ». Le reste des informations de la surveillance, comme l'analyse des CU et du RCF par exemple, à l'instar des modalités d'administration, seraient écrits sur le partogramme (19). Il n'est pas utile d'écrire deux fois la même information mais l'indication doit apparaître de façon claire et précise.

D'une autre manière, une feuille de prescription pourrait être mise à la disposition des professionnels afin de s'assurer de l'exhaustivité des renseignements nécessaires à la prescription (Annexe 3). Cette feuille serait en mesure d'être utilisée pour la prise en charge du travail que ce soit pendant le déclenchement ou le travail spontané. Elle ne substituerait en aucun cas à l'élaboration du partogramme et viendrait seulement aider à la prescription de l'oxytocine. Elle serait utilisée sous forme d'étiquettes à insérer dans les transmissions du travail et il serait fait mention de son utilisation dans le partogramme.

L'informatisation des dossiers de soins pourrait aussi être une solution. Bien qu'elle soit très coûteuse, l'utilisation de l'informatique accroît de plus en plus dans le milieu hospitalier. Nous pouvons prendre l'exemple du logiciel Easily® utilisé par plusieurs maternités des Hospices Civiles de Lyon. L'informatisation permet au soignant de gagner du temps et d'acquiescer de la précision sur la traçabilité des soins (20).

La meilleure solution sera celle choisie par l'équipe. Il conviendrait donc de communiquer à ce sujet à travers des réunions de service afin de choisir la meilleure option ou de parfaire celles qui ont déjà été mises en avant. Dans tous les cas, l'appropriation de l'outil sera fondamentale (21).

## 2. Pertinence des soins

La Haute Autorité de Santé (HAS) s'attache à ce que les soins soient, non seulement de qualité, mais aussi pertinents. Cela correspond à « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient. » (22). Depuis 2019, la Stratégie de Transformation du Système de Santé en fait l'un de ses « 5 chantiers » principaux (23) afin de répondre aux enjeux d'efficacité, de sécurité et d'équité des soins (24). Les outils de la pertinence sont de trois ordres : les recommandations, l'évaluation des

pratiques et l'analyse des parcours du point de vue des professionnels et des patients (25).

Dans ce sens, pendant la phase de latence, les RPC ne mettent pas en évidence d'indications systématiques de l'oxytocine (9). Pour autant, malgré un taux d'exposition à l'oxytocine significativement bas, au CHB, la majorité des patientes exposées l'étaient en phase de latence. La prise en charge était précoce et le terme de dystocie de démarrage était encore utilisé. Une analyse qualitative permettrait de comprendre pourquoi l'oxytocine était mise aussi tôt pendant le travail. En effet, la sage-femme ayant une autonomie de prescription, elle peut prescrire en dehors du cadre des RPC (26) et nous serions donc en mesure d'en comprendre les raisons.

Néanmoins, sur le terrain, les équipes auraient besoin de se fixer une limite avant de prendre en charge le travail. En effet, l'activité ne permettra pas toujours de laisser faire. En phase active, entre 6 cm et 7 cm de dilatation, le travail est dystocique après quatre heures de stagnation. Une fois le diagnostic posé, il est recommandé de procéder, en première intention, à une amniotomie. La sage-femme doit ensuite attendre une heure avant de réévaluer la dilatation et d'ensuite administrer l'oxytocine si nécessaire (27). Il paraîtrait donc pertinent de procéder par les mêmes étapes et d'attendre au minimum ce délai, d'autant plus que le travail s'accélère jusqu'à dilatation complète. Cette réflexion sera à mettre en parallèle avec le reste des données cliniques, paracliniques et le projet de naissance de la patiente.

Aussi, il est important de discuter de la stagnation de la dilatation avant 3 cm, lorsqu'il est difficile de diagnostiquer le travail, qui réunit la présence de CU régulières avec une modification cervicale (12). La question alors n'est pas de faire avancer le travail. Les soignants doivent aider la patiente avec ce qu'elle est en train de vivre. Cela passe par un accompagnement (27,28) et une prise en charge de la douleur que ce soit par les moyens non médicamenteux (exemples : bain, massage, mobilisation, hypnose...) ou par la décision d'une pose d'analgésie péridurale précoce si la patiente le désire (29). Il semble aussi que la Préparation à la Naissance et à la Parentalité soit un bon outil pour les patientes afin de se préparer à ce moment et d'acquérir les ressources nécessaires pour gérer ces sensations (30).

En outre, nous nous sommes aperçus que l'indication de l'oxytocine était souvent multiple. Lorsque le travail est dystocique, il l'est sur différents plans, les CU et la dilatation cervicale. Pour les sages-femmes, il était alors parfois difficile de rassembler tous les éléments en faveur de l'utilisation de l'oxytocine. Certains n'étaient pas tracés ce qui pouvait faire perdre en pertinence son utilisation.

Pour finir, dans notre étude, nous avons pu retrouver des indications non retrouvées dans les RPC telles que RCF intermédiaire, hypertonie, liquide amniotique teinté, descente de la présentation fœtale et demande de la patiente. Pour certaines, l'objectif était alors de réduire le temps du travail pour des causes fœtales. Or, les études montrent que, même si l'oxytocine réduit le premier et le deuxième stade du travail, elle ne change pas significativement le mode d'accouchement (9). Dans les RPC, le bien-être fœtal conditionne son utilisation (5). D'autres, contre-indiquait son utilisation (hypertonie) (5). Le but est alors que ce type de situation puisse être discuté à posteriori dans les équipes à travers les staffs journaliers ou des revues de morbi-mortalité afin d'obtenir une amélioration de la culture de l'erreur au sein de l'hôpital (5). La formation continue par des actions de sensibilisation et d'information permettrait également de mettre à jour les connaissances des professionnels (25) et les aiderait à mieux appréhender les nouveaux protocoles (32). Une fiche format « mémo » sur l'utilisation du Syntocinon® à adapter aux fonctionnements du service sera à disposition de la cadre de service afin d'être diffusée dans le service et d'améliorer les pratiques (Annexe 4). La formation initiale, quant à elle, devrait inciter les étudiantes sages-femmes à cultiver l'analyse de la pertinence et faire croître leur culture de l'erreur (25).

### 3. Forces et limites

Jusqu'à-là, aucune étude n'avait été réalisée sur la traçabilité et l'indication de l'ocytocine en phase de latence pendant le travail spontané. On relève plutôt des audits sur l'ocytocine pendant le travail spontané en général<sup>12345678</sup>.

De plus, l'équipe du CHB n'avait encore pas été évaluée sur ses pratiques concernant l'ocytocine. Il s'agissait d'une thématique, avec le parcours de soin et l'accouchement physiologique, qui intéressait le service pour être étudiée. Cet audit leur permettra de mettre en place des solutions immédiates aux problèmes spécifiques rencontrés sur le site.

Pour autant, comme l'indication était peu tracée dans les dossiers, nous avons un effectif faible et donc une puissance faible. En comparaison avec les audits sur le sujet, le CHB avait le taux le plus bas de traçabilité de l'indication. Cependant, il n'existait pas de biais d'observation alors que ça a pu être le cas dans certains audits où les objectifs étaient différents<sup>25</sup>. Il existait, en revanche, un biais d'évaluation avec la subjectivité des TV. Le suivi de la patiente effectué par plusieurs personnes fait apprécier difficilement les évolutions de la dilatation et change le diagnostic de stagnation. Pour finir, pour cette étude, d'autres paramètres auraient pu être pris en

---

<sup>1</sup> P Blanc-Petitjean. Ocytocine de synthèse et travail spontané. Étude avant-après la mise en place d'un protocole à l'hôpital Louis-Mourier [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Paris Descartes; 2013

<sup>2</sup> J Saily. Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de l'ocytocine chez les primipares en travail spontané à la maternité de Port Royal [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Paris Descartes; 2015

<sup>3</sup> M Polaniok. Pratiques professionnelles concernant l'utilisation du syntocinon® lors du travail spontané. Étude rétrospective unicentrique [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université Catholique de Lille; 2015

<sup>4</sup> L Pederoda. Utilisation de l'ocytocine de synthèse lors d'un travail spontané : état des lieux à la maternité de Chambéry [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Grenoble Alpes; 2016

<sup>5</sup> S Midy. Utilisation de l'ocytocine au cours du travail spontané chez les patientes à bas risque obstétrical : étude des pratiques des sages-femmes du CHU d'Angers [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université d'Angers; 2017

<sup>6</sup> S Renassia. Utilisation du Syntocinon® lors du travail spontané : impact d'une politique d'utilisation raisonnée au CHPG de Monaco [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Nice; 2017

<sup>7</sup> M Escudier. Utilisation de l'ocytocine au cours du travail spontané : étude avant-après la mise en place d'un protocole de service : étude rétrospective de type avant-après au CHU de Grenoble [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Grenoble Alpes; 2018

<sup>8</sup> E Charvoz. Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de l'ocytocine lors d'un travail spontané à l'Hôpital Couple-Enfant Grenoble Alpes [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Grenoble Alpes; 2019

compte afin de mieux comprendre la prescription d'oxytocine en phase de latence comme l'indice de masse corporel (IMC) de la patiente. L'obésité est un facteur augmentant la phase de latence (12).

#### 4. Implications pratiques

Dans les mois à venir, il sera aussi nécessaire de faire une analyse qualitative afin de comprendre les pratiques des sages-femmes et de cibler les axes d'amélioration. De plus, ce travail est intervenu dans un but d'amélioration des pratiques à travers un modèle de roue de Deming. Des solutions ont été proposées afin de répondre aux défauts de traçabilité et d'utilisation de l'oxytocine dans les dossiers. Dans un second temps, il sera donc nécessaire de pouvoir réévaluer la situation afin de continuer à perfectionner nos pratiques.

De plus, il serait intéressant, pour aller plus loin, de connaître les variations d'utilisation selon les équipes, la charge de travail et la semaine ou le week-end, donnerait une analyse plus fine des résultats déjà obtenus. Nous pourrions aussi nous pencher sur les pratiques en dehors du CHB, en France ou à l'international, pour peut-être trouver de nouveaux outils concernant la traçabilité (24). Il faudrait également voir la suite du travail sur les dossiers étudiés pour connaître les conséquences lorsque l'indication de départ était non-pertinente.

# Conclusion

Notre audit a montré que plus de la moitié des patientes exposées à l'oxytocine, l'ont été dès la phase de latence. Or, les RPC de 2017 ne recommandent pas d'indications systématiques pendant cette phase. L'indication de cette prescription était présente seulement dans un quart des dossiers. Au regard des éléments disponibles dans le dossier médical et de la RPC 2017, 32,43% des situations ne justifiaient pas l'administration d'oxytocine. Une action de sensibilisation et d'information auprès des équipes de sages-femmes pourrait être mise en œuvre en leur restituant ces résultats d'une part et en leur proposant d'autre part deux outils spécifiques, une fiche de prescription au format étiquette et une fiche format « mémo » à adapter à leur fonctionnement.

Pour compléter ce premier audit, et afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles l'indication est insuffisamment tracée et non conforme aux RPC, une étude qualitative auprès des sages-femmes permettrait de cibler les axes d'amélioration. Une réévaluation devrait être proposée dans un second temps à distance de cette première évaluation afin d'apprécier la pertinence des actions mises en œuvre. Ce nouvel audit pourrait intégrer d'autres éléments du contexte impliqués dans la direction du travail spontané, notamment les caractéristiques des équipes présentes, l'activité du service et le taux d'occupation de la salle de naissance.

# Références bibliographiques

1. Bénédicte Coulm, Camille Bonnet, Béatrice Blondel. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. 2017.
2. Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharaux C. Administration d'ocytocine au cours du travail en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale 2010. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013.
3. 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 Sci*. 1 févr 2017;16(1):111.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels. 2019.
5. Rousseau A, Burguet A. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 5 : risques et effets indésirables materno-fœtaux liés à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. *Rev Sage-Femme Sci*. 1 févr 2017;16(1):63.
6. Burguet A, Rousseau A. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 6 : risques et effets indésirables fœtaux, et pédiatriques de l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. *Rev Sage-Femme*. 1 févr 2017;16(1):83-98.
7. Deneux-Tharaux C., Dupont C., Colin C., Rabilloud M., Touzet S., Lansac J., and al. Educational multifaceted intervention to decrease the rate of severe postpartum haemorrhage – the Pithagore6 cluster-randomized controlled trial. *BJOG*. 2010.
8. Institut pour l'Utilisation Sécuritaire des Médicaments. Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé. 2012.
9. Gaucher L, Le Ray C. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 2 : indications de l'oxytocine au cours du premier et du deuxième stade du travail spontané. *Rev Sage-Femme Sci*. 1 févr 2017;16(1):22.
10. Friedman EA. The graphic analysis of labor. *Am J Obst Gynecol*. 1954.
11. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with norm. 2010.
12. Béranger R, Chantry A-A. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 1: définition et caractéristiques du travail normal et anormal. *Rev Sage-Femme Sci*. 1 févr 2017;16(1):6.
13. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Riethmuller D. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Introduction et méthodologie. *Rev Sage-Femme Sci*. 1 févr 2017;16(1):3.
14. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? 2008;20.
15. Phaneuf M. Conférence d'ouverture du 8ème symposium de l'Hôpital Universitaire de Coimbra « A Pessoa no processo de cuidados : qualidade e continuidade » (Portugal). 2005.
16. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

17. Code de la santé publique - Article R1112-2.
18. Bertillot H. Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur. Premier prix. Sociol Trav. 30 sept 2016;58(Vol. 58-n° 3):227-52.
19. Lansac J, Carbonne B, Pierre F. Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. [Internet]. 10 mars 2008 [cité 6 février 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/118023>
20. Claire G. Avantages et inconvénients du dossier médical informatisé dans le cadre de l'odontologie médico-légale [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Université de Nates; 2017.
21. Grimand A. L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences. Manag Avenir. 27 juin 2012;n° 54(4):237-57.
22. Haute Autorité de Santé. Pertinence des soins – Les professionnels en action. Haute Aut Santé [Internet]. 16 févr 2020 [cité 25 févr 2020]; Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action)
23. Agence Régionale de Santé. Les 5 chantiers pour transformer le système de santé [Internet]. [cité 25 février 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-5-chantiers-pour-transformer-le-systeme-de-sante>
24. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. Améliorer la pertinence des parcours de santé. 16 févr 2020 [cité 25 févr 2020]; Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/ameliorer-la-pertinence-des-parcours-de-sante>
25. Michel P, Grenier C. « Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût ». Rev Francaise Aff Soc. 1 déc 2019;(3):135-7.
26. Cloarec P. Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle. Rech Soins Infirm. 2008;N° 93(2):28-31.
27. 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 Sci. 1 févr 2017;16(1):36.
28. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Le soutien continu pour les femmes pendant l'accouchement [Internet]. Cochrane; 2017 [cité 3 février 2020]. Disponible sur: [/fr/CD003766/PREG\\_le-soutien-continu-pour-les-femmes-pendant-laccouchement](/fr/CD003766/PREG_le-soutien-continu-pour-les-femmes-pendant-laccouchement)
29. Fischer C. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 7 : analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané. Rev Sage-Femme Sci. 1 févr 2017;16(1):99.
30. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles pour Préparation à la Naissance et à la Parentalité. 2005.
32. Protocole Oxytocine pendant le travail spontané [Internet]. Aurore réseau périnatal. 2017 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.aurore-perinat.org/wp-content/uploads/2017/09/OXYTOCINE\\_PENDANT\\_TRAVAIL\\_SPONTANE\\_Valid\\_2.03.2017.pdf](https://www.aurore-perinat.org/wp-content/uploads/2017/09/OXYTOCINE_PENDANT_TRAVAIL_SPONTANE_Valid_2.03.2017.pdf)



# Feuille de prescription du Syntocinon®

## Prescription

Heure :                      Prescripteur :

Information et consentement de la patiente

**Indication(s) :**

### **Modalités :**

Pousse-seringue avec 5UI Syntocinon® (1ampoule) dans 49mL de sérum glucosé à 5%

Débit initial :            mUI/min

## Suivi de la prescription (augmentation, diminution du débit ou arrêt du PSE)

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

Heure :

**Action** : Débit :            mUI/min     PSE n°2

**Indication(s) :**

**Commentaires (appel médecin...) :**

# Fiche Mémo sur le Syntocinon® pendant le travail spontané (RPC 2017)

PSE 49mL G5% et 1 ampoule Syntocinon® (5UI dans 1mL) démarré à vitesse 2mUI/min (1,2mL/h)  
Augmentation après 30 minutes, vitesse maximum de 20mUI/min (12mL/h)

## Utilisation à dose minimale efficace

### TRACABILITE DANS LE DOSSIER AUDIPOG® : au lit de la patiente

Pages 26 et 27 : tracer l'indication « Xh : pose PSE Syntocinon® pour ... (voir modalité p28-29) », l'information et le consentement de la patiente

Pages 28 et 29 : partogramme

- Dynamique utérine (fréquence, régularité)
- Analyse RCF (CI relative oxytocine : RCF intermédiaire ou pathologique)
- Modalités : préparation pousse seringue, doses en mUI/min, heure de début et de fin

Débit (mUI/min)	Vitesse (mL/h)
2	1,2
4	2,4
6	3,6
8	4,8
10	6
12	7,2
14	8,4
16	9,6
18	10,8
20	12

## Indications du Syntocinon®

AVANT 5CM (phase de latence)	<p>Pas de vitesse de dilatation définie donc pas de terme de « dystocie de démarrage »</p> <p><b>Pas en systématique</b></p> <p><b>Après 4h à la même dilatation</b>, selon charge de travail et avec accord de la patiente, utilisation du Syntocinon® envisageable</p> <p>→ <u>Accompagnement et prise en charge de la douleur</u> (bain, massages, postures, hypnose, protoxyde d'azote, antalgiques, péridurale précoce ...)</p>
ENTRE 6-10 CM (phase active)	<p><b>Dystocie dynamique</b> à membranes rompues</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 6 et 7cm : &gt;1cm/4h</li> <li>- Entre 8 et 10cm : &gt;1cm/2h</li> </ul> <p>± <b>Tourner les variétés postérieures ou transverses</b> (pas systématique)</p> <p>Attention : l'oxytocine réduit le temps de travail mais ne change pas significativement le mode d'accouchement</p>
A DILATATION COMPLETE	<p><b>Progression de la présentation après 2h à DC</b> (accord professionnel)</p>



# PROTOCOLE DE RECHERCHE

## Résultat de l'enquête exploratoire



Diplôme d'Etat de Sage-Femme  
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux  
Site Bourg en Bresse

<b>AUTEUR</b> : Laura QUENTIN
<b>DIRECTEUR DE RECHERCHE</b> : DUPONT Corinne
<b>TITRE</b> : Administration de l'oxytocine pendant la phase de latence : audit des pratiques professionnelles au centre hospitalier de Bourg-en-Bresse
<b>CONSTAT / JUSTIFICATION / CONTEXTE</b> : Publication, en février 2017 dans la revue sage-femme puis en décembre 2017 par l'HAS, des recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant l'accouchement physiologique <ul style="list-style-type: none"><li>- Redéfinition de la phase de latence : elle concerne désormais les cinq premiers centimètres de la dilatation cervicale contre trois centimètres auparavant</li><li>- Le terme de dystocie de démarrage n'existe plus</li><li>- Redéfinition des indications sur l'utilisation de l'oxytocine : elle ne doit plus être utilisée en phase de latence de façon systématique</li><li>- De plus, « L'indication, l'information et le consentement de la patiente ainsi que les modalités d'administration doivent être mentionnés dans le dossier médical (accord professionnel). » (Texte court p10)</li></ul>
<b>OBJECTIFS</b> : Objectif principal : évaluer la pertinence de l'indication concernant l'utilisation de l'oxytocine en phase de latence Objectif secondaire : évaluer la traçabilité de l'indication concernant l'utilisation de l'oxytocine en phase de latence lors d'un travail spontané en présentation céphalique
<b>METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE</b> : Sélection informatisée des dossiers Audit à partir des dossiers médicaux Audipog Recueil de données collaboratif avec Manon VIAUD
<b>CRITERES DE JUGEMENT</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Traçabilité concernant l'indication</li><li>- Rupture artificielle des membranes</li><li>- Dynamique utérine</li><li>- Dynamique de la dilatation cervicale</li><li>- Traçabilité de la normalité du rythme cardiaque fœtal</li></ul>
<b>POPULATION CIBLE</b> : Patientes ayant accouchées au CHB à la suite d'un travail spontané et arrivée en phase de latence
<b>CRITERES D'INCLUSION</b> : Grossesses à bas risque : <ul style="list-style-type: none"><li>- Utérus sain</li></ul>

- Grossesse simple
- Grossesse à terme (> 37SA)
- Fœtus eutrophe
- Présentation céphalique
- Travail spontané

Mais aussi :

- Arrivée en phase de latence
- Patiente ayant reçu de l'oxytocine lors de son travail

**CRITERES DE NON-INCLUSION :**

Les situations particulières non retenues dans les recommandations telles que :

- L'utérus cicatriciel
- La grossesse multiple
- Le retard de croissance ou le petit poids pour l'âge gestationnel
- La présentation du siège à terme
- L'accouchement prématuré

Mais aussi :

- Le déclenchement
- La césarienne programmée

**CRITERE DE SORTIE D'ETUDE :**

Dossiers manquants ou mal renseignés

**NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES :**

Dossiers sur la période étudiée

**DUREE DE L'ETUDE :**

Du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 31 juin 2019

**LIEU DE LA RECHERCHE :**

Salle de naissance du CHB

**RETOMBEES ATTENDUES :**

Amélioration des pratiques professionnelles

**ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES :**

Utilisation des dossiers Audipog anonymisés et principe du secret professionnel  
Mémoire dans le cadre d'un projet de service, validé par la cadre de la salle de naissance  
Mme L. FERLAY et le médecin chef du PME Dr C. TAQUET-AMBRUNN

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

Les RPC sur l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané (février 2017) et le protocole « Oxytocine pendant le travail spontané » du réseau périnatal Aurore (22 mars 2017)

**MOT-CLES :** Phase de latence, indication, oxytocine, recommandations, physiologie, dystocie de démarrage



<b>Auteur :</b> Quentin Laura	Diplôme d'Etat de sage-femme
<b>Titre :</b> Administration d'oxytocine pendant la phase de latence : Audit des pratiques professionnelles au centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB)	
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Contexte. – L'oxytocine fait partie de la liste des médicaments essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé. Pour autant, utilisé pendant le travail spontané, ses effets indésirables sur la mère et le fœtus le classe comme un médicament de niveau d'alerte élevé au Canada. En France, il a fait l'objet en 2017 de Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) afin de redéfinir ses indications et faire un rappel sur ses risques. En phase de latence, les RPC ne recommandent pas d'indications systématiques.</p> <p>Objectif. – L'objectif principal est d'évaluer la pertinence de l'indication de l'oxytocine en la phase latence au regard des RPC. L'objectif secondaire est d'évaluer la conformité de sa traçabilité.</p> <p>Méthode. – Audit de pratiques sur des patientes à bas risque en travail spontané du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 30 juin 2019</p> <p>Résultats. – Au CHB, 55,86% des 256 patientes ayant reçu de l'oxytocine pendant leur travail spontané l'ont reçu en phase de latence. Parmi ces patientes, 25,87% ont une indication tracée dans leur dossier médical. Il s'agit principalement d'une stagnation de la dilatation. L'indication posée a été considérée comme non-pertinente dans 32,43% des cas.</p> <p>Conclusion. – La traçabilité et la pertinence de l'indication n'était majoritairement pas conforme aux RPC. Une recherche qualitative permettrait de comprendre ce que nous avons constaté et une étude avec un plus grand effectif de vérifier nos chiffres. Une prochaine évaluation de la situation au CHB devra aussi être envisagée dans les mois à venir.</p>	
<b>Mots clés :</b> oxytocine, phase de latence, indication, pertinence, traçabilité	

<b>Title:</b> Oxytocin administration during latent phase: Audit of professional activities at the Bourg-en-Bresse Hospital Center	
<p><b>Abstract:</b></p> <p>Context. – Oxytocin is part of the list of crucial medicines of the World Health Organization. Still, when used during the spontaneous labour phase, its undesirable effects over the mother and the foetus made Canada class it as a high alert level medicine. In 2017, it was subject to recommendations for clinical practices (RCPs) in France, in order to redefine its indications and to remind of its risks. During the latent phase, the RCPs do not recommend systematic indications.</p> <p>Objectives. – The main goal is to study the relevance of indicating oxytocin during the latent phase regarding RCPs. The secondary goal is to evaluate the conformity of its traceability.</p> <p>Method. – Audit of activities over low-risk patients in spontaneous labour, from the 1<sup>st</sup> of July 2018 to the 30<sup>th</sup> of June 2019.</p> <p>Results. – At the Bourg-en-Bresse Hospital Center, 55.86% of the 256 patients who were given oxytocin during their spontaneous labour received it during the latent phase. Among them, 25.87% had this indication tracked in their medical record, mainly because of a stagnation of dilatation. The indication applied was viewed as irrelevant in 32.43% of cases.</p> <p>Conclusion. – The traceability and relevance of indication was not predominantly true to RCPs. A qualitative research would help to understand our observations, and a study with a greater headcount would help to check our figures. A further evaluation of the situation at the Bourg-en-Bresse Hospital Center will also have to be considered in the upcoming months.</p>	
<b>Key words:</b> oxytocin, latent phase, indication, relevance, traceability	