UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2015 - 2019

# Audit de l'utilisation de l'oxytocine dans les accouchements physiologiques à début spontané au CHU de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par :

Marjorie GEMON

Née le 26 Février 1995

Directeur de mémoire : Dr Julie ESBELIN

# Remerciements

A Julie ESBELIN pour ses nombreux conseils et ses relectures.

A Pascale GARNIER pour son encadrement et sa disponibilité.

A Simon TELLIER, pour sa patience et ses conseils en informatique.

A mes parents, pour leur soutien tout au long de mes études.

# Abréviations

CNSF = Collège national des sages-femmes de France

CNGOF = Collège Nationale des gynécologues et obstétriciens Français

HAS = Haute autorité de santé

AMM = autorisation de mise sur le marché

SA = semaines d'aménorrhée

APD = analgésie péridurale

CU = contractions utérines

LA = liquide amniotique

APO = Administration préventive d'oxytocine

ERCF = Enregistrement du rythme cardiaque fœtale

RCF = rythme cardiaque fœtal

UI = unité internationale

mUI/min = mili unité internationale par minute

cc = centimètre cube

h = heure

min = minutes

# Tables des matières


I. Introduction : ....1
II. Objectif de l'étude : ....3
III. Matériel et méthode : ....3
1. Critères d'inclusion et d'exclusion : ....3
2. Type d'étude : ....4
3. Période de l'étude : ....4
4. Recueil de données : ....4
IV. Analyse des données : ....4
1. Population de l'étude : ....5
2. Données générales : ....6
3. De l'admission à la maternité jusqu'à la pose de l'oxytocine : ....7
4. La pose de l'oxytocine : ....9
- Dilatation du col au moment du début de l'oxytocine : ....9
- Doses initiales de Syntocinon® : ....9
- Indications Syntocinon® : ....10
5. De la pose de l'oxytocine jusqu'à l'accouchement : ....11
- Déroulement jusqu'à l'accouchement : ....11
- Durée Syntocinon® en heures : ....11
- Nombres de paliers : ....12
- Paliers < 20 min : ....12
- Diminution de l'oxytocine en cas de contractions utérines ≥ à 4/10 min : ....13
- Débit maximal : ....13
- Anomalies pendant le travail : ....13
- Issue de l'accouchement : ....13
- Administration préventive d'oxytocine : ....14
6. Le post partum : ....14
- Risque hémorragique : ....14
- Les nouveau-nés : ....14
7. Comparaison des résultats avec les années 2013 et 2015 : ....15
V. Discussion : ....16
VI. Axes d'amélioration : ....20
VII. Conclusion : ....21
Bibliographie : ....22
Annexe 1 : Marque page recommandations pour la pratique clinique oxytocine et travail spontané ....24
Annexe 2 : questionnaire ....25
Annexe 3 : Fiche indicateurs ....29
Annexe 4 : Check-list « Utilisation du Syntocinon® » de la maternité de Port Royal ....30

# I. Introduction :

C'est en 1906 qu'Henry Dale découvre une hormone post-hypophysaire permettant la stimulation des contractions utérines pendant le travail et l'accouchement. Il l'appellera l'ocytocine. En 1953, le biochimiste américain V. Du Vigneaud réussit la synthèse chimique de cette hormone. L'oxytocine (Syntocinon®) fût créée, de constitution et de propriétés pharmacologiques identiques à celles de l'hormone naturelle [1]. Le Syntocinon® est alors commercialisé, il obtient une autorisation de mise sur le marché en 1970 pour les indications suivantes : une insuffisance de contractions utérines au début ou en cours de travail, une chirurgie obstétricale en vue d'une bonne rétraction utérine ou une atonie utérine consécutive à une hémorragie du post partum immédiat [2]. À la suite de cette AMM son utilisation en salle de naissance pour la direction du travail a augmenté. Une enquête périnatale nationale faite en 2010 relève que 57.4% des femmes en travail spontané ont bénéficié d'une administration d'oxytocine.

Cependant ce médicament, qui est très efficace dans la diminution du temps de travail (réduit de deux heures selon la méta-analyse réalisée en 2013 par G. J. *Bugg et al.*) [3] et la prévention de l'hémorragie de la délivrance [4] lorsqu'il est administré en préventif juste après l'accouchement n'est pas sans conséquence puisque de nombreuses études ont montré la présence d'effets indésirables en cas de mésusage. Les effets indésirables principaux sont liés à l'hyperactivité utérine pouvant induire un risque de rupture utérine pour la mère et l'apparition ou l'aggravation de troubles du rythme cardiaque pour le fœtus associé à un risque d'acidose néonatale. Une étude menée par l'INSERM a également mis en évidence une augmentation significative des hémorragies du post-partum graves (x1.8) lorsqu'on administre de l'oxytocine pendant le travail. Ce risque augmente proportionnellement avec la quantité administrée [5].

Après connaissance de ces risques il parut évident de mettre en place des recommandations de bonnes pratiques de l'oxytocine. En 2007 le CNGOF recommande dans le cadre du travail dirigé *« d'utiliser de faibles doses d'ocytociques en respectant des délais d'augmentation de 30 minutes »* et de *« réduire les débits d'ocytocine ou d'arrêter la perfusion en cas d'anomalies du RCF »* [6]. En 2008 la HAS rédige les premières recommandations nationales de l'utilisation de l'oxytocine en conseillant notamment de commencer par une dose de 1-2 mUI/min, *« d'augmenter*

*progressivement la dose toutes les 30 minutes ou plus »* et de ne pas dépasser la dose de 20 mUI/min. Cependant ces recommandations ont été rédigées dans le cadre des déclenchements [7].

Une nouvelle enquête périnatale nationale réalisée en 2016 met en avant une diminution de l'utilisation de l'oxytocine lors du travail quand le début de celui-ci était spontané puisque 44.3% des femmes ont bénéficié d'une administration du produit [8]. Malgré cette amélioration le pourcentage reste élevé.

En 2017, le collège national des sages-femmes de France [9] en partenariat avec le collège national des gynécologues et obstétriciens français préconise une utilisation raisonnable du Syntocinon®. Ils donnent une nouvelle définition des stades de travail et créent une iconographie résumant les critères d'utilisation de l'oxytocine pour chacun de ces stades (Annexe 1). Un article sur ce sujet est également publié dans La Revue Sage-Femme [10]. En Décembre 2017, la Haute Autorité de Santé publie des textes de recommandations de bonne pratique pour l'accompagnement de l'accouchement physiologique [11]. Elle reprend les écrits du CNSF et clarifie les indications de l'oxytocine. Aujourd'hui ce médicament ne doit être utilisé qu'en cas de :

- Dystocie pendant la phase active, c'est-à-dire une dilatation cervicale inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm
- Prolongation au deuxième stade au-delà de 2 heures pour corriger une absence de progression de la présentation

La HAS précise aussi que *« l'administration systématique d'oxytocine en cas de présentation occipito-postérieure ou transverse n'a pas prouvé son efficacité »*. Il est ainsi *« recommandé de ne pas administrer d'oxytocine en l'absence de stagnation de la dilatation, même si la fréquence des contractions utérines est inférieure à trois par dix minutes ».*

En parallèle de la rédaction des nouvelles indications de l'oxytocine et suite aux audits de 2013 et 2015 évaluant la bonne utilisation de l'oxytocine, des modalités générales d'administration sont aussi définies dans le but d'uniformiser les pratiques. Il est donc dans un premier temps recommandé de pratiquer l'amniotomie avant l'instauration de l'oxytocine. Le médicament, sous forme d'ampoule de 1ml contenant 5UI de Syntocinon®, doit être dilué dans 500 cc de soluté glucosé. Son administration doit débuter à 2mUI/min et doit être augmentée de 2mUI/min en 2mUI/min. Par voie

intraveineuse il faut 20 à 40 min pour que la réponse utérine soit maximale. Si l'augmentation du débit de l'oxytocine est trop rapide, dans un délai inférieur à 20 minutes entre chaque augmentation, les récepteurs à l'oxytocine sont plus rapidement saturés, pouvant entraîner des hypercinésies ou des hypertonies et donc des anomalies du rythme cardiaque fœtal [12]. Il est donc recommandé d'attendre au moins 20 minutes entre chaque augmentation. Le CNSF, après avoir repris les recommandations de la HAS recommandera d'attendre minimum 30 minutes. Ce rappel sur le délai minimum entre deux augmentations ainsi que les différentes modalités d'administration sont présents sur les « marques pages », outils élaborés et distribués suite notamment aux audits de 2013 et 2015 (Annexe 1).

# II. Objectif de l'étude :

Face aux nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé, nous avons décidé de réaliser un nouvel audit, comparable à ceux réalisés en 2013 et 2015, n'ayant pas pour but d'étudier les risques liés à l'utilisation de l'oxytocine dans le travail physiologique mais d'évaluer la pertinence et la traçabilité de l'utilisation de l'oxytocine ainsi que l'uniformisation des pratiques au CHU de Nantes lors du travail spontané sur la grossesse à bas risque.

# III. Matériel et méthode :

## 1. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Sont inclus dans cette étude les femmes primipares ou multipares avec une grossesse unique et un fœtus en position céphalique, dont le début de travail fut spontané à terme (>37SA) et ayant bénéficié d'une administration per-partum de Syntocinon®.

Sont exclus les maturations et déclenchements, les femmes ayant accouché spontanément sans utilisation per-partum de Syntocinon® et les différentes pathologies pouvant interférer avec les données de l'étude, à savoir :

- Les pathologies obstétricales telles que la pré-éclampsie ou l'utérus cicatriciel
- Les pathologies fœtales telles que l'hydramnios, la suspicion de macrosomie ou de retard de croissance intra utérin, les différentes malformations fœtales ou les anomalies du rythme cardiaque fœtal lors de l'admission à la maternité.

## 2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive.

## 3. Période de l'étude :

Le premier jour du recueil des dossiers fut le 1er Mars 2018. Ce recueil s'est poursuivi jusqu'à ce que 30 dossiers avec utilisation d'oxytocine per-partum, possédant tous les critères d'inclusion et aucun critère d'exclusion, soient trouvés. Le recueil s'est donc terminé le 13 Avril 2018.

## 4. Recueil de données :

Les mêmes grilles de recueil que celles utilisées lors des audits de 2013 et 2015 ont permis de réaliser le recueil de données pour cette étude pour permettre de comparer les différents résultats avec les années précédentes. Cette grille comportait une partie à remplir pour chaque dossier de l'étude (Annexe 2) et une fiche indicateurs (Annexe 3).

# IV. Analyse des données :

**Tableau 1 : résultats de la fiche indicateurs**

| | Nombre de patientes | Pourcentage |
|---|---|---|
| Accouchements totaux | 389 | - |
| Accouchements voie basse | 309 (12 IMG) | 79.4% |
| Césariennes | 80 | 20.6% |
| Maturations/Déclenchements | 84 | 21.6% |
| Travails spontanés sans utilisation de Syntocinon® | 216 | 55.5% |
| Travails spontanés avec direction du travail | 48 | 12.3% |

La fiche indicateurs recense 389 accouchements sur la période de l'étude. Sur ce nombre d'accouchements total, 309 accouchements ont eu lieu par voie basse (dont

12 interruptions médicales de grossesse) et 80 accouchements par césarienne, soit un taux de 20.6%.

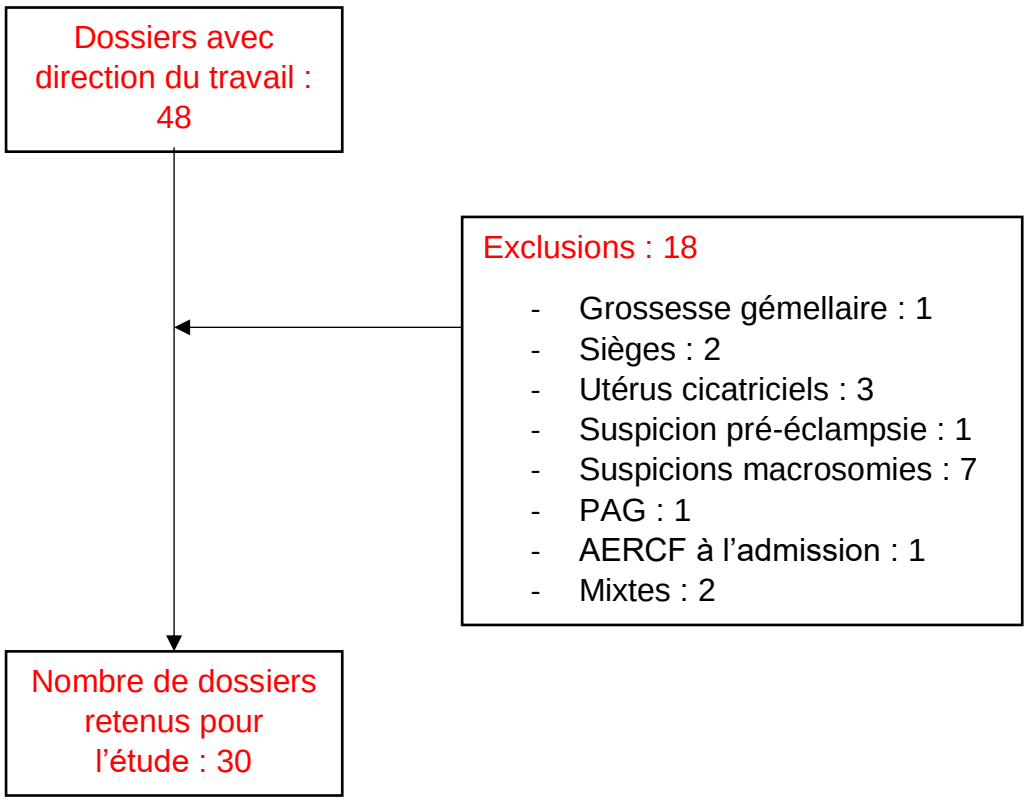
Sur cette période on trouve également 84 déclenchements ou maturations (21.6%). 216 patientes ont eu un travail spontané sans utilisation de Syntocinon® per-partum, soit 55.5%.

Le nombre de dossiers avec une direction du travail est de 48, soit 12.3% des accouchements totaux et 18.2% des accouchements avec un début de travail spontané.

## 1. Population de l'étude :

La population de cette étude a été déterminée selon le diagramme suivant :

**Figure 1 : Diagramme de flux**




Après l'exclusion de 18 dossiers selon les critères précédemment définis, 30 dossiers ont été retenus pour cette étude.

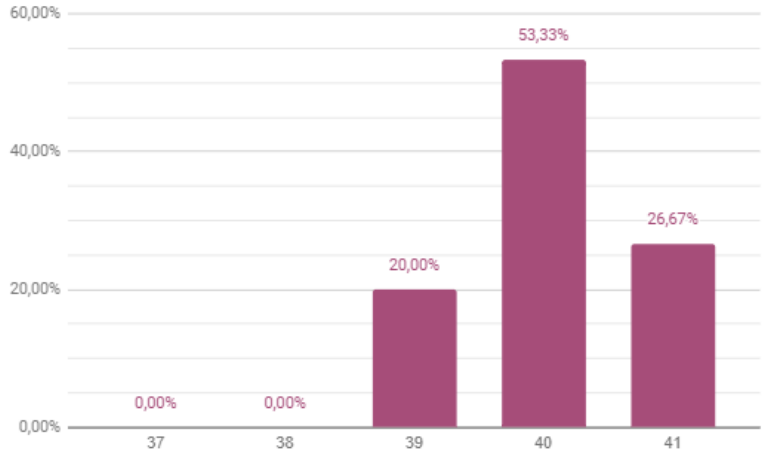
## 2. Données générales :

L'âge moyen des patientes de cette étude est de 31.6 ans avec un étendu de 22 à 42 ans.

L'indice de masse corporelle moyen est de 24.30 avec 10% (n = 3) de patientes en surpoids, c'est-à-dire avec un indice de masse corporelle entre 25 et 29.9, et 20% (n = 6) de patientes obèses avec un indice de masse corporelle supérieur à 30.

80% des patientes de l'étude sont des primipares.

**Diagramme 1 : l'âge gestationnel**




L'âge gestationnel moyen est de 40.1 semaines d'aménorrhée.
Dans cette étude aucune femme n'était dans la 37ème ou 38ème semaines d'aménorrhée. Nous retrouvons 20% (n = 6) des patientes entre 39 et 39+6 semaines d'aménorrhée, 53.3% (n = 16) des patientes entre 40 et 40+6 semaines d'aménorrhée et 26.7% (n = 8) des patientes entre 41 et 41+6 semaines d'aménorrhée.

## 3. De l'admission à la maternité jusqu'à la pose de l'oxytocine :

**Tableau 2 : l'admission à la maternité, le début du travail, l'anesthésie péridurale et la rupture artificielle des membranes**

| | Moyennes | Pourcentages |
|---|---|---|
| **Admission à la maternité :**<br>- **Dilatation du col**<br>- **Score de Bishop**<br>- **Ruptures spontanées des membranes** | <br>3 cm<br>7.1 | <br><br><br>26.7 |
| **Début du travail :**<br>- **A l'admission**<br>- **Après l'admission** | | <br>63.3<br>36.7 |
| **Anesthésie péridurale :**<br>- **Dilatation du col au moment de la pose d'APD** | <br>3.8 cm | 96.7 |
| **Rupture artificielle des membranes** | | 60 |

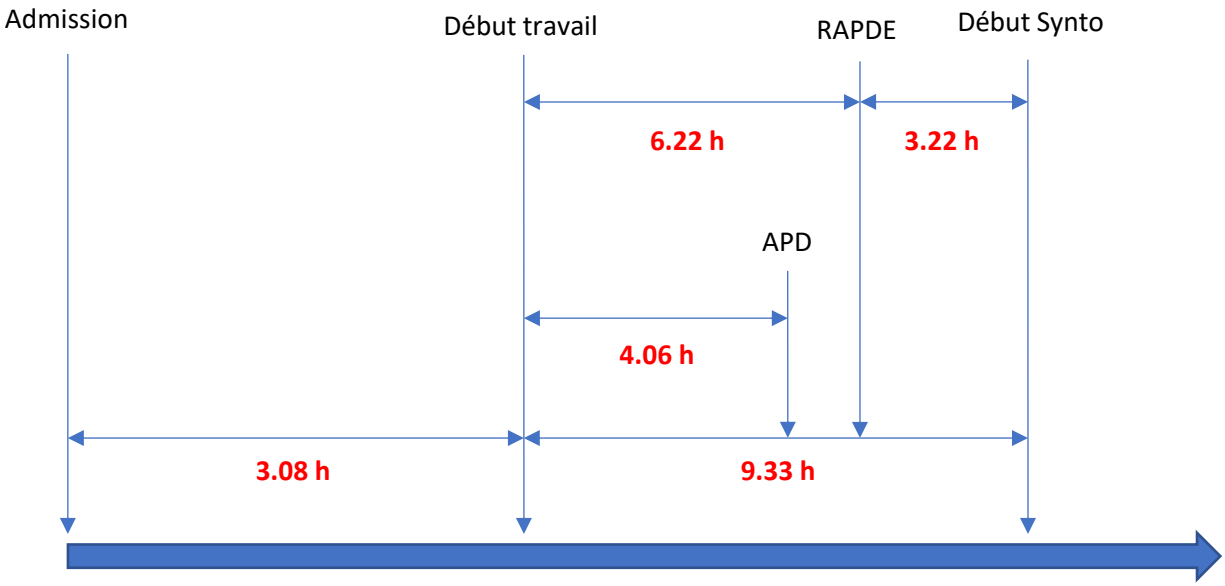
Lors de l'admission à la maternité on retrouve une moyenne de la dilatation du col à 3 centimètres, l'écart étant d'un doigt jusqu'à 6 centimètres. Le Bishop moyen est de 7.1 (de 3 à 10).
Dans 26.7% (n = 8) des cas les patientes avaient déjà rompu la poche des eaux en se présentant aux urgences gynéco-obstétriques de la maternité.

Le début du travail étant défini dans cet audit comme le moment où il y a instauration de contractions utérines régulières et douloureuses, 63.3% (n = 19) des femmes étaient déjà en travail lors de l'admission à la maternité tandis que 36.7% (n = 11) se sont mises en travail après leur entrée. Pour ces dernières, le délai moyen de mise en travail après leur admission était de 8.33 heures (de 3h à 21h et 15min).

96.7% (n = 29) des femmes ont eu recours à une anesthésie péridurale. La dilatation du col au moment de la pose de cette anesthésie était d'en moyenne 3.8 centimètres.

60% (n=18) des femmes ont bénéficié d'une rupture artificielle de la poche des eaux, les autres patientes ayant rompu soit avant leur admission soit spontanément après leur entrée à la maternité.

**Schéma 1 : déroulement du travail**




Le temps moyen écoulé entre l'admission et le début du travail, regroupant les patientes déjà en travail lors de leur arrivée à la maternité et les patientes dont le début du travail s'est fait après leur entrée, est de 3h et 8min.

L'anesthésie péridurale est posée en moyenne 4h et 6min après le début du travail.

Pour les femmes n'ayant pas rompu spontanément lors de leur arrivée ou lors de leur travail, la rupture artificielle de la poche des eaux est pratiquée 6h et 22min en moyenne après le début des contractions régulières et douloureuses.

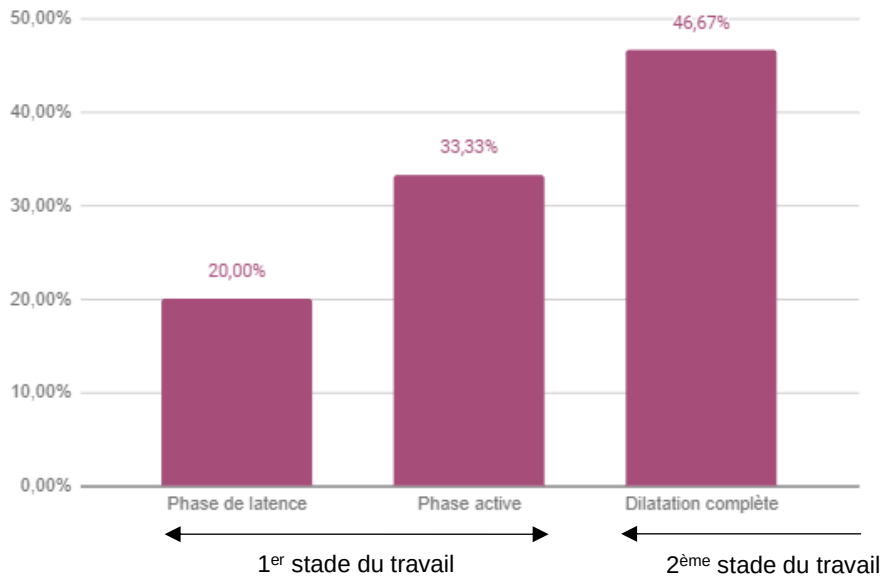
Le Syntocinon® est mis en place en moyenne 9h et 33min après le début du travail.

Dans un dossier nous retrouvons une rupture artificielle de la poche des eaux réalisée 2h et 5min après la pose du Syntocinon®. Dans les autres dossiers l'oxytocine a été débutée après l'amniotomie.

## 4. La pose de l'oxytocine :

- Dilatation du col au moment du début de l'oxytocine :

**Diagramme 2 : pose du Syntocinon® selon les différents stades du travail**




La pose de l'oxytocine a été réalisée à différents moments du travail : 20% (n = 6) durant la phase de latence, commençant pour 6.67% des patientes à 2 doigts. 33.3% (n = 10) des poses d'oxytocine ont été initiées durant la phase active. L'instauration du Syntocinon® s'est faite pour près d'une femme sur deux, soit 46.7% (n = 14), à dilatation complète (c'est-à-dire à 10 centimètres).
On ne remarque aucune pose d'oxytocine en phase d'expulsion.

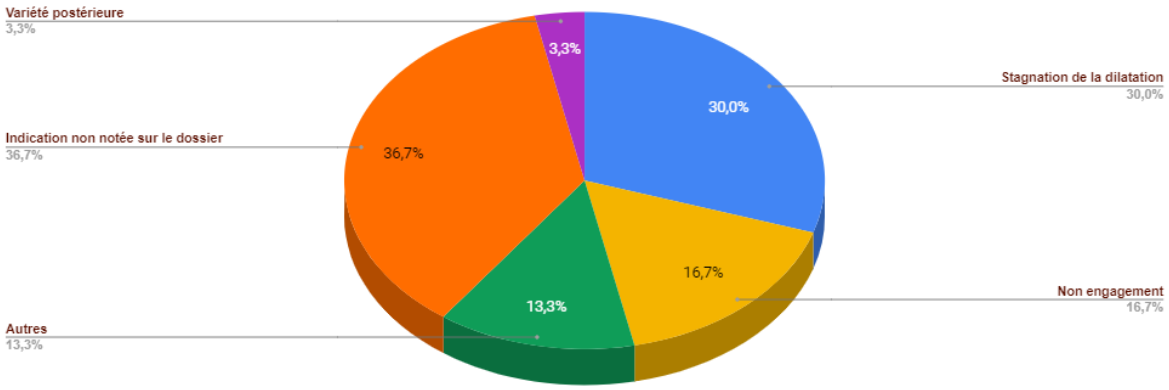
- Doses initiales de Syntocinon® :

Dans tous les dossiers la dilution de l'oxytocine est de 5UI dans un soluté de 500cc. Cette dilution s'est faite à 46.7% (n = 14) dans un soluté glucosé (G5%) et à 3.3% (n = 1) dans du Chlorure de Sodium (NaCl). 50% des dossiers ne contenaient pas de précision au sujet du soluté.

Le débit initial de l'oxytocine était de 2mUI/min dans 96.7% (n = 29) des cas et 2.5mUI/min dans 3.3% (n = 1) des cas.

- Indications Syntocinon® :

**Diagramme 3 : indications du Syntocinon®**




Au niveau des indications à l'instauration de l'oxytocine on retrouve dans 30% (n = 9) des cas la notion de **stagnation de la dilatation**.

On retrouve ensuite l'indication de **non engagement** dans 16.7% (n = 5) des cas.

On retrouve dans un dossier l'indication « Présentation dystocique et CU peu efficaces cliniquement », que nous avons classée dans variété postérieure après étude de partogramme.

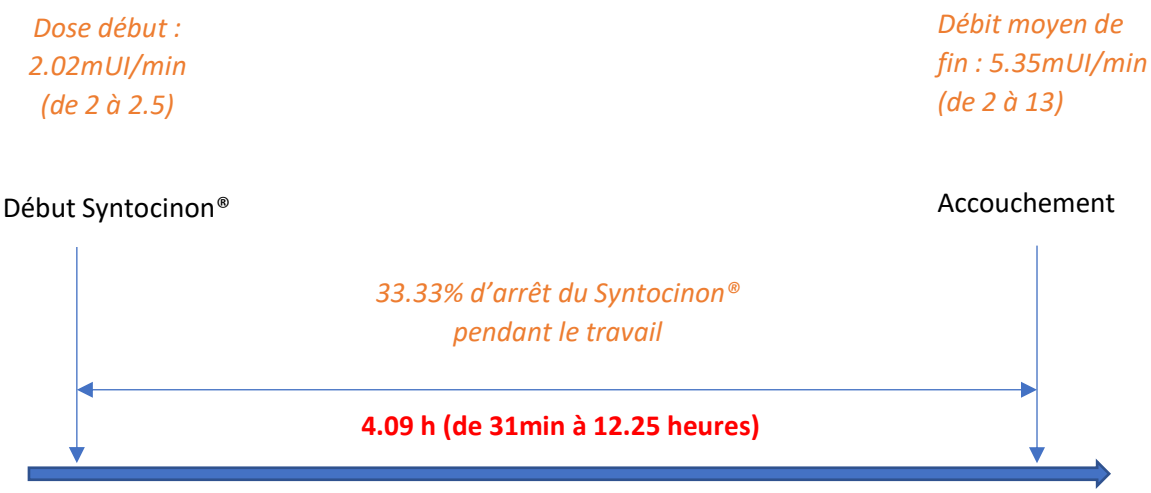
Dans 13.3% (n = 4) des cas les indications semblaient non appropriées tel que « hypocinésie », « direction du travail » ou « direction du travail pour LA teinté ».

Dans 36.7% (n = 11) des cas aucune indication n'a été retrouvée dans le dossier.

## 5. De la pose de l'oxytocine jusqu'à l'accouchement :

- Déroulement jusqu'à l'accouchement :

**Schéma 2 : déroulement du Syntocinon® de la pose jusqu'à l'accouchement**



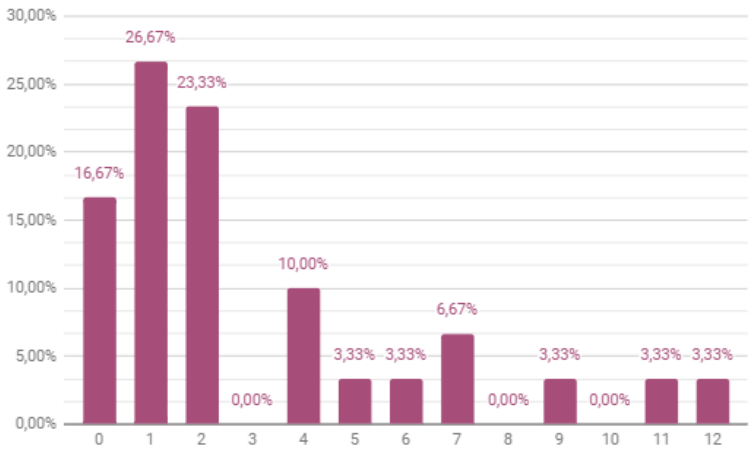

La moyenne d'heures entre la mise en place de l'oxytocine et l'accouchement est de 4h et 9 min avec une durée minimale de 31 minutes et une durée maximale de 12h et 25 min.

Dans 33.3% (n = 10) des cas le Syntocinon® a été arrêté avant l'accouchement.

Pour les patientes dont la perfusion d'oxytocine a été poursuivie jusqu'à l'accouchement, le débit moyen de fin était de 5.35mUI/min, allant de 2mUI/min à 13mUI/min.

- Durée Syntocinon® en heures :

**Diagramme 4 : durée du Syntocinon® en heures**

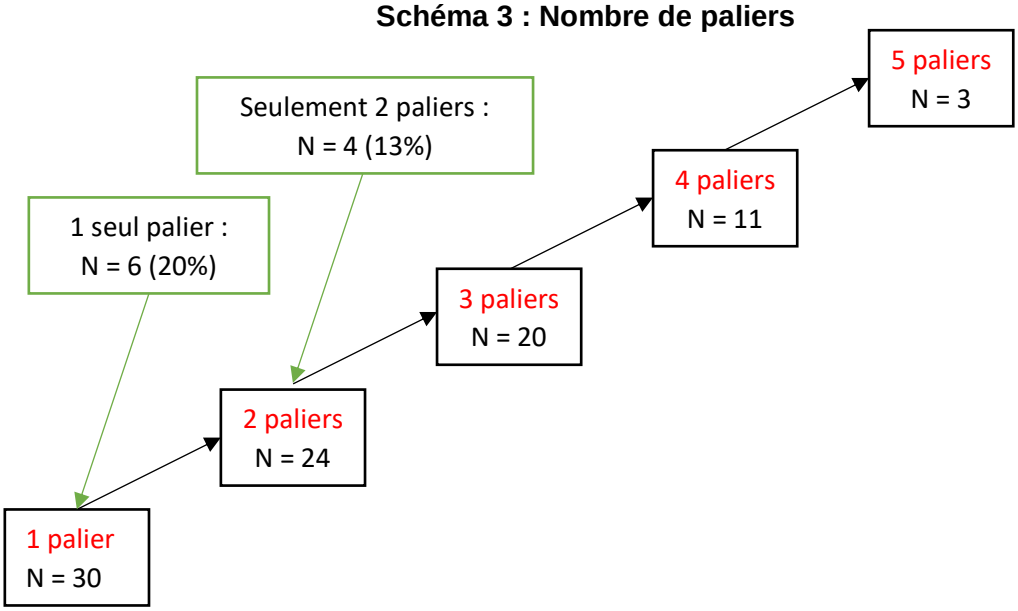



*Durée en heures. 0 = durée < à 1 heure*

Concernant la durée du Syntocinon®, la majeure partie des patientes ont reçu cette hormone de synthèse pendant moins de trois heures, avec 16.7% (n = 5) de mise en place inférieure à une heure avec un minimum de 10 minutes, 26.7% (n = 8) inférieure à deux heures et 23.3% (n = 7) inférieure à trois heures. 3.33% (n = 1) des patientes ont reçu de l'oxytocine pendant plus de douze heures (12h et 25min).

- Nombres de paliers :

**Schéma 3 : Nombre de paliers**




20 % (n = 6) des patientes pour lesquelles le Syntocinon® a été mis en place n'ont eu aucune augmentation de celui-ci. Pour 13% (n = 4) des patientes le Syntocinon® a été augmenté une seule fois, elles ont donc eu deux paliers.
Le nombre maximum de paliers observés est de onze.

- Paliers < 20 min :

93.3% (n = 28) des dossiers ne présentent aucune durée inférieure à 20 minutes entre deux augmentations de l'oxytocine.
Dans un des dossiers on retrouve deux augmentations à un intervalle de cinq minutes. Dans un autre on retrouve deux fois ce phénomène avec des intervalles de dix minutes et treize minutes.

- Diminution de l'oxytocine en cas de contractions utérines ≥ à 4/10 min :

Dans 16.7% (n = 5) des dossiers on retrouve une activité utérine supérieure ou égale à 4 contractions par 10 minutes lorsque l'oxytocine a été administrée.

La moitié des dossiers ont obtenu 4 contractions utérines par 10 minutes à la suite de l'administration du Syntocinon®. Parmi ces dossiers là on retrouve 53.3% de diminution ou d'arrêt de l'oxytocine après l'obtention d'une activité utérine supérieure ou égale à 4 contractions par 10 minutes. Les 46.7% restant ont gardé le même palier ou ont augmenté l'oxytocine malgré une fréquence de contractions satisfaisantes. Les 33,3% des enregistrements du rythme cardiaque fœtal restant possédaient une activité utérine inférieure à 4 contractions par 10 minutes.

- Débit maximal :

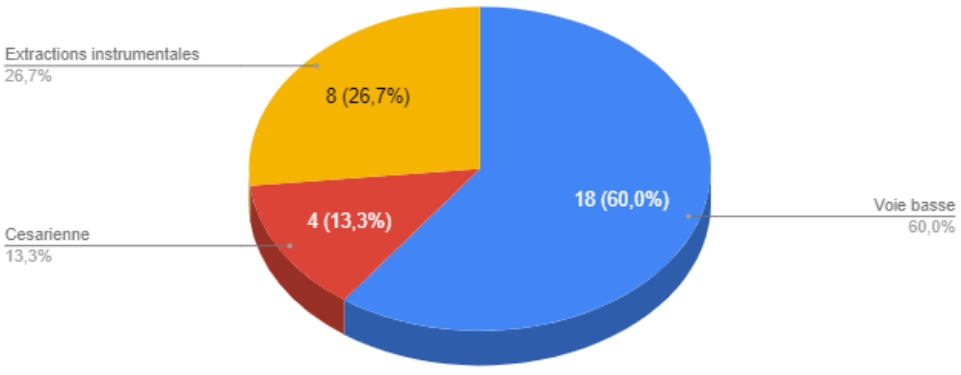
Le débit maximal retrouvé dans cette étude est de 14mUI/min.

- Anomalies pendant le travail :

100% d'enregistrements du rythme cardiaque fœtal étaient en cours lors du début de l'oxytocine.
On retrouve 53.3% d'anomalies du rythme cardiaque fœtal dont 30% étaient transitoires et 23.3% ont persisté jusqu'à l'accouchement.

- Issue de l'accouchement :

**Diagramme 5 : issue de l'accouchement**



60% (n = 18) des patientes ont accouché par voie basse.
26.7% (n = 8) ont eu besoin d'une aide instrumentale, que ce soit une ventouse ou un forceps.
13.3% (n = 4) des naissances ont eu lieu par césarienne, trois pour motif obstétrical et une pour motif obstétrical et fœtal.

- Administration préventive d'oxytocine :

100 % d'administration préventive d'oxytocine ont été réalisées dont 73.3% avec une dilution de 5UI dans 20cc de Nacl. Pour les 26.6% restant la dilution n'était pas précisée dans le dossier.

## 6. Le post partum :

- Risque hémorragique :

On retrouve 23.3% (n = 7) d'hémorragies du post partum avec une moyenne des pertes sanguines de 890 ml, le minimum étant de 550 ml et le maximum de 1680 ml.
Deux de ces hémorragies du post partum ont nécessité une injection de Nalador et une d'un capitonnage utérin selon la méthode B-Lynch.

- Les nouveau-nés :

Le poids de naissance moyen des nouveau-nés est de 3468g. Le poids le plus faible est de 2780 grammes et le plus élevé, de 4235 grammes.

13.3% (n = 4) des enfants avaient un apgar inférieur à 7 à une minute de vie mais aucun n'avait un apgar inférieur à 7 à cinq minutes de vie.

Concernant les pH, 86.7% (n = 26) ont été réalisés en artériel, le pourcentage restant étant des pH réalisés en veineux. On retrouve trois nouveau-nés avec un pH inférieur à 7.10 dont un avec un pH inférieur à 7.

Deux dossiers retrouvent des lactates supérieurs à neuf.

Dans 13.3% (n = 4) des cas un pédiatre était présent à la naissance : appel anticipé en prénatal pour trois nouveau-nés ou en post-natal dans le cas d'un nouveau-né pour lequel le pédiatre avait été appelé pour mauvaise adaptation à la vie extra utérine.

Trois enfants ont nécessité d'une ventilation au masque et un enfant fut transféré avec comme indication : « oxygènodépendant à deux heures de vie ».

## 7. Comparaison des résultats avec les années 2013 et 2015 :

**Tableau 3 : Comparaisons des résultats des années 2013, 2015 et 2018 [13][14]**

| | 2013 | 2015 | 2018 |
|---|---|---|---|
| Nombre de dossiers | 27 | 16 | 30 |
| Indications tracées dans les dossiers | | 43.7% | 63.3% |
| Débit initial du Syntocinon® en mUI/min | 1.9 | 2 | 2 |
| Palier unique | 22.2% | 37.7% | 20% |
| Aucun palier avec une durée < 20 min | 70.4% | 56.3% | 93.3% |
| Diminution ou arrêt du Syntocinon® si CU ≥ 4/10 minutes | | 100% | 53.3% |
| Débit maximal > 20mUI/min | 0% | 0% | 0% |
| APO | 92.6% | 100% | 100% |

Cette étude en 2018 a été faite après analyse de 30 dossiers. En 2013, 27 dossiers avaient été analysés au CHU de Nantes. En 2015, seulement 16 dossiers avaient été pris en compte pour l'audit.

Concernant **les indications** de mise en place de l'oxytocine nous ne pouvons pas prendre en compte l'étude de 2013 car elle regroupait les indications écrites sur les dossiers mais aussi les indications supposées par la personne qui analysait les dossiers. En 2015, 43.7% des indications de mise en place du Syntocinon® avaient été retrouvées tracées dans les dossiers. En 2018, 63.3% des indications ont été écrites.

Concernant le **débit initial du Syntocinon®**, il était de 1.9mUI/min en 2013 et de 2mUI/min en 2015 et 2018.

En 2013, 22.2% de **palier unique** avait été retrouvé, c'est-à-dire que l'oxytocine n'avait pas été augmentée une fois commencée. 37.7% des femmes avaient eu un palier unique en 2015 et 20% en 2018.

70.4% des dossiers en 2013, 56.3% des dossiers en 2015 et 93.3% des dossiers en 2018 ne comportaient **aucun palier d'augmentation inférieur à 20 minutes**.

Dans les trois années d'études le **débit maximal** de 20mUI/min n'a jamais été atteint.

En 2013, 92.6% des femmes ont bénéficié d'une **administration prophylactique d'oxytocine**. Toutes les femmes ont eu cette administration en 2015 et 2018.

# V. Discussion :

Nous pouvons remarquer, depuis les audits de 2013 et 2015 une amélioration dans pratiquement tous les résultats, que ce soit pour les indications tracées dans les dossiers, pour le débit initial du Syntocinon®, le pourcentage de palier unique, le nombre de paliers de durée < 20 minutes et la réalisation de l'APO. Par contre, contrairement à 2015, on observe une moins bonne utilisation de l'oxytocine dans le cadre de la diminution ou l'arrêt du Syntocinon® lorsqu'une dynamique utérine satisfaisante (≥ 4CU/10min) est atteinte.

Cet audit comporte un biais de recueil de l'information puisque le début du travail a été défini comme le moment où, dans le dossier, il était notifié que les contractions utérines étaient régulières et douloureuses. Dans les audits de 2013 et 2015 le début du travail avait été défini par l'ouverture du partogramme. De plus, pour les 63% des femmes qui étaient déjà en travail lors de leur admission à la maternité, il était impossible de définir précisément avec les données présentes dans les dossiers, depuis combien de temps leur travail avait commencé. Ce biais a un impact sur le schéma 1 (déroulement du travail) mais ne change en rien les autres résultats de l'audit.

Trente dossiers ont été analysés pour la réalisation de cette étude. Ce faible nombre, qui est un choix stratégique du réseau pour que toutes les maternités participent, ne nous permet pas d'étudier des données épidémiologiques comme le risque de survenue d'anomalies du RCF lors de l'administration d'oxytocine (les ECRF n'ont donc pas été analysés), le risque d'hémorragies du post-partum ou l'état des nouveau-nés à la naissance. Ces questions étaient pourtant présentes dans le questionnaire utilisé par le réseau, peut-être plus par l'habitude d'analyser les différents risques que pour avoir de réelles données exploitables.

Selon les enquêtes périnatales nationales, en 2010, 57.4% des patientes en travail spontané ont bénéficié d'une administration d'oxytocine. Elles étaient 44.3% en 2016. On observe une nette diminution puisque dans notre audit, en 2018, seulement 18.2% des femmes en travail spontané ont vu leur travail dirigé avec du Syntocinon®. Cette diminution est probablement en lien avec l'amélioration des pratiques.

Pour rappel il est recommandé de **commencer d'abord par l'amniotomie avant d'instaurer l'oxytocine**. Cette recommandation a été bien appliquée dans 97% des cas (n=29) malgré un dossier où la rupture de la poche des eaux a été faite plus de deux heures après la mise en place du Syntocinon®. Nous pouvons comparer ce résultat avec celui du mémoire de Julie Sailly : « Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de l'ocytocine chez les primipares en travail spontané à la maternité de Port Royal » réalisé en 2014 [15]. Son audit faisait suite à deux phases de mesures de prévention réalisées après deux audits sur le même thème. Il a également l'avantage d'utiliser les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion et d'avoir une population comparable à celle de notre audit. Ses résultats montrent que 98.3% des professionnels avaient réalisé l'amniotomie avant de débuter l'oxytocine. Nous pouvons aussi comparer ce résultat avec celui du mémoire, plus récent, de Marie Escudier réalisé en 2017 « Utilisation de l'oxytocine 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 » [16]. Dans son groupe 3, correspondant à l'analyse des dossiers de Juillet-Aout 2017 après mise en place d'un protocole de service, elle observe 95.2% de membranes rompues au démarrage de la perfusion d'oxytocine. Cette recommandation est donc globalement bien respectée, que cela soit à la maternité de Port Royal, au CHU de Grenoble ou au CHU de Nantes.

Nous nous intéressons ensuite au **protocole de dilution**, qui est bien appliqué par les sages-femmes du service. Cependant, dans la moitié des cas, la dilution n'est pas précisée dans les dossiers. La **dose initiale** de 2mUI/min est bien respectée par les sages-femmes.

On note une amélioration de la traçabilité des **indications de mise en place du Syntocinon®** dans les dossiers depuis 2015 (43.7% en 2015 contre 63.3% en 2018). L'indication fait partie, avec le consentement de la patiente et les modalités d'administration, des données qui doivent être mentionnées dans le dossier médical

[10]. Cependant on remarque que dans 13.3% (n = 4) des cas les indications sont non conformes aux recommandations, c'est-à-dire différentes des indications de « stagnation de la dilatation » ou de « non engagement » (ou « variété postérieure »). A la maternité de Port Royal on remarque une meilleure traçabilité puisque 96.1% des indications sont précisées avec seulement 3.9% d'indications non conformes aux recommandations. A l'inverse, au CHU de Grenoble, seulement 57% des indications sont explicitement mentionnées dans les dossiers et l'indication la plus fréquemment retrouvée est une anomalie de la dynamique utérine sans mention d'une anomalie de progression de la dilatation. Il est important de rappeler ici que la HAS recommande de ne pas administrer de l'oxytocine en l'absence de stagnation de la dilatation.

On remarque également, en 2018, que quasiment la moitié des patientes sont à dilatation complète lors de l'instauration de la perfusion d'oxytocine contre 26.1% en 2013. Marie Escudier fait la même remarque au CHU de Grenoble, elle note une augmentation de l'utilisation de l'oxytocine à dilatation complète dans son 3ème groupe. Alors que le Syntocinon® est moins utilisé pendant le travail on peut supposer qu'il est de plus en plus utilisé pour favoriser l'engagement du mobile fœtal.

Le pourcentage de **palier unique** a diminué depuis 2015, passant de 37.7% à 20% en 2018. Nous pouvons nous demander si la faible dose d'oxytocine reçue par ces femmes a contribué à l'avancée de leur travail ou si ces patientes auraient eu un travail similaire sans Syntocinon®. Ce questionnement est d'autant plus important lorsque ces mêmes patientes ont reçu cette hormone synthétique pendant moins d'une heure (16.7%), voir pendant 10 minutes comme cela a été le cas dans un dossier. Cependant *« Aucun argument scientifique ne permet de conclure précisément sur les doses optimales en termes d'efficacité de l'oxytocine »* [10].

Concernant le respect de la **durée minimale entre deux augmentations** d'oxytocine on observe une nette amélioration puisqu'en 2018, 93.3% des dossiers ne comprenaient aucun palier avec une durée inférieure à 20 minutes, contre 56.3% en 2015. Sur ce point nous observons un meilleur respect de cette recommandation au CHU de Nantes par rapport à la maternité de Port Royal puisque dans l'audit de Julie Sailly 78.5% des dossiers ne comprenaient aucun palier < 20 minutes.

Le **débit maximal** a lui toujours été respecté dans les différentes années d'études au CHU de Nantes. Il en va de même pour le CHU de Grenoble. A la maternité de Port

Royal nous savons que les débits utilisés allaient de 2.5mUI/min jusqu'à 25mUI/min, donc que le débit maximal a été dépassé mais nous ne connaissons pas le pourcentage de patientes ayant reçues un débit > 20mUI/min.

Toutes les femmes ont bénéficié d'**un ERCF en continu** lors de l'administration de l'oxytocine comme le préconise en 2016 le CNSF en collaboration avec le CNGOF puis la HAS en 2017. Même si les ERCF n'ont pas été analysés pour cette étude on notera tout de même une mauvaise traçabilité dans les dossiers du risque d'acidose lors de l'analyse des RCF par les professionnels.

Concernant la **diminution ou l'arrêt de l'oxytocine lorsqu'une dynamique utérine satisfaisante est atteinte** (au minimum 4 contractions par 10 minutes), on observe une moins bonne pratique qu'en 2015 puisqu'en 2018 53.3% des professionnels ont diminué ou arrêté le Syntocinon® contre 100% en 2015. Nous pouvons émettre quelques doutes face à ce résultat car nous ne savons pas exactement si l'oxytocine a été diminuée parce qu'une dynamique utérine satisfaisante a été atteinte ou parce que des anomalies du RCF sont survenues. Les différentes causes d'une diminution ou d'un arrêt de Syntocinon® ne sont pas proposées dans le questionnaire du réseau, celui-ci n'est donc peut être pas assez précis sur le sujet.

**L'administration prophylactique d'oxytocine** est, comme c'était déjà le cas en 2015, bien respectée par tous les professionnels puisque toutes les femmes en ont bénéficié. Sur ce point les recommandations sont mieux respectées qu'à la maternité de Port Royal (98.7%) et qu'au CHU de Grenoble (95%).

Dans cette étude le nombre d'hémorragies du post partum semble plus élevé que la moyenne. Cette différence est sûrement liée au faible effectif de l'étude. De même nous ne pouvons pas conclure sur l'état des nouveau-nés à la naissance du fait de ce faible effectif. De plus ces renseignements ne faisaient pas partie des objectifs de cet audit.

Depuis 2013 cette étude est faite sous forme d'audit clinique ciblé qui *« a pour modèle princeps l'audit clinique qui, après une phase d'évaluation et de diagnostic de la situation, permet de mettre en place des actions d'amélioration puis d'en mesurer les effets par une seconde étape de mesure »* [17]. C'est un bon outil d'amélioration de la qualité puisqu'il est facilement réalisable du fait de son questionnaire simple et de sa faible population (doit comprendre au minimum une dizaine de dossiers selon la

HAS [18]). Puisque les audits de 2013 et 2015 ont été réalisés avec différentes maternités des Pays de la Loire, la faible population permettait aux maternités avec un nombre d'accouchements réduit d'y participer. L'audit clinique ciblé comporte quatre étapes. La première étant la préparation avec le choix du thème. La deuxième étape est l'évaluation, ici ce sont les audits réalisés en 2013 et 2015. Puis vient l'étape des actions d'améliorations qui, dans les Pays de la Loire, étaient caractérisées principalement par le développement du CNSF en collaboration avec le CNGOF de nouvelles recommandations de l'utilisation de l'oxytocine et d'un marque page à destination des professionnels de santé reprenant ces différentes recommandations. Cet outil simple, pertinent et facilement transportable a largement contribué à l'amélioration de l'utilisation de l'oxytocine en salle de naissance comme le montre la quatrième étape, la réévaluation, c'est-à-dire la réalisation de ce nouvel audit. D'autres outils d'amélioration des pratiques concernant l'utilisation de l'oxytocine sont utilisés en France, par exemple à la maternité de Port Royal une « check-list » (Annexe 4) avait été développée. Du fait d'un manque de participation des sages-femmes, cet outil n'a pas eu l'impact espéré sur l'utilisation du Syntocinon®.

# VI. Axes d'amélioration :

Nous pouvons dégager des axes d'amélioration des pratiques :

- Veiller à ce que tous les professionnels utilisant l'oxytocine en vue d'une direction de travail aient reçu une information claire sur l'utilisation du produit et possèdent l'iconographie du CNSF. Ce marque page doit être distribué à tous nouveaux professionnels venant travailler au CHU de Nantes ainsi qu'à tous les étudiants de l'école de sages-femmes de Nantes.
- Rappeler qu'il est important que tout soit écrit dans les dossiers, notamment la dilution du Syntocinon® et le soluté utilisé. Il pourrait être également intéressant de tracer la dose totale d'oxytocine utilisée lors du travail en mUI comme le recommande le texte court des recommandations pour l'administration d'oxytocine en cours du travail spontané [10].
- Améliorer la traçabilité des indications et rappeler que seuls une stagnation de la dilatation ou un non engagement (ou à discuter, une variété postérieure) peuvent représenter une indication à l'instauration de l'oxytocine pendant le travail.

- Diminuer ou arrêter l'oxytocine lorsque la dynamique utérine est supérieure ou égale à 4 contractions par 10 minutes, lorsque le col se dilate ou lorsque le fœtus descend dans le bassin.

Pour la réalisation d'un prochain audit sur le même sujet il faudrait penser à améliorer le questionnaire. Celui-ci devrait être ciblé sur la bonne pratique de l'oxytocine en supprimant les questions d'ordre épidémiologique et en améliorant la question sur la diminution ou arrêt de l'oxytocine lorsqu'une dynamique utérine satisfaisante est atteinte afin de savoir si cette diminution ou cet arrêt est en lien avec l'obtention de 4 contractions par 10 minutes, avec l'apparition ou l'aggravation d'anomalies du RCF ou une autre raison.

# VII. Conclusion :

Cet audit montre que les professionnels du CHU de Nantes ont globalement un meilleur respect des pratiques d'utilisation de l'oxytocine lors du travail dirigé. Ce meilleur respect s'observe à travers les différents audits réalisés au CHU de Nantes mais aussi à travers les différentes études menées dans d'autres maternités. Un effort doit cependant être fait sur la traçabilité dans les dossiers médicaux, sur **les indications de mise en place de l'oxytocine** et sur **l'adaptation du Syntocinon®** après obtention d'une dynamique utérine satisfaisante.

Pour poursuivre cette dynamique d'amélioration des pratiques, ces résultats devront être communiqués et un nouvel audit programmé afin que les changements positifs observés soient pérennes et pour objectiver l'amélioration des critères non conformes en 2018.

Puisque les bonnes pratiques d'utilisation de l'oxytocine semblent acquises il serait maintenant intéressant de développer un outil d'évaluation sur la prise en charge du travail physiologique faisant suite aux recommandations 2017 de la HAS en intégrant notamment le respect des indications de direction du travail.

Cette recherche constante d'utilisation raisonnée et conforme aux recommandations du Syntocinon® est dans l'intérêt des patientes et de leur nouveau-né.

Bibliographie :


[1] GRICOURT Claire. « Le travail dirigé par ocytocine de synthèse au CHU de Rouen. Étude rétrospective et unicentrique. À propos de 169 cas », s. d., 80.

[2] « VIDAL - Oxytocine ». https://www.vidal.fr/substances/4027/oxytocine/.

[3] BUGG GJ, SIDDIQUI F, THORNTON JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. The Cochrane Collaboration editeur, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013

[4] HAS. « Commission de transparence ». 22 Juillet 2009. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/syntocinon_-_ct-5833.pdf

[5] CIANE. « Etude INSERM : l'ocytocine pendant l'accouchement est un facteur de risque indépendant d'hémorragie grave ». *CIANE* (blog), 7 février 2012. https://ciane.net/2012/02/inserm-ocytocine-facteur-d-hpp-graves/.

[6] CNGOF. « Recommandations pour la bonne pratique ». 2007. http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252Frpc_surv-foet_2007.pdf&i=465

[7] HAS. « Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée ». Avril 2008. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_argumentaire.pdf

[8] L'INSERM et la DRESS. « Enquête nationale périnatale rapport 2016 – Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010 ». Octobre 2017. http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

[9] CNSF. « Dossier de presse ». https://www.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/docs/CNSF-profession-revolution_oxytocine_RPC.pdf

[10] DUPONT C [et al]. « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations ». La revue Sage-Femme. 2017. http://www.sfmu.org/upload/consensus/rpc_oxytocine2017.pdf

[11] HAS. « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Décembre 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf

[12] LE RAY Camille. « Ocytocine et accouchement voie basse ». MAPAR 2015. http://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/fyoxivjp/Oxytocine%20et%20accouchement%20par%20voie%20basse.pdf

[13] COLLIN R, BRANGER B, DE LA BOUDONNAYE A. « Audit de l'utilisation de l'ocytocine dans les accouchements physiologiques à début spontané ». 2013

[14] RICHARD S, SORIN L, ADJAOUD C, ESBELIN J. « Résultats audit utilisation ocytocine au cours du travail spontané à terme > 37SA dans une population à bas risque obstétrical ». Réseau sécurité naissance.

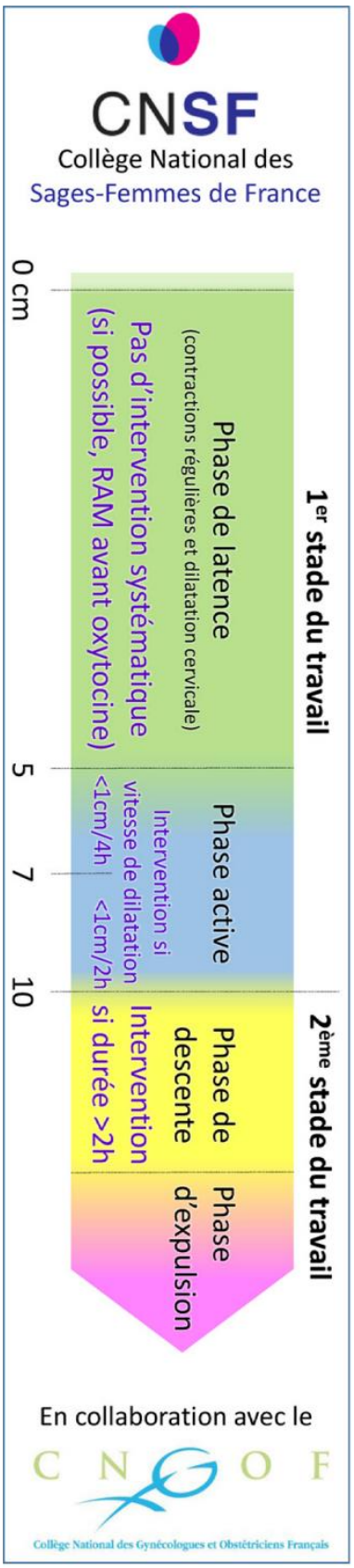
[15] SAILLY Julie. « Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de l'ocytocine chez les primipares en travail spontané à la maternité de Port Royal ». 2015. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195772/document

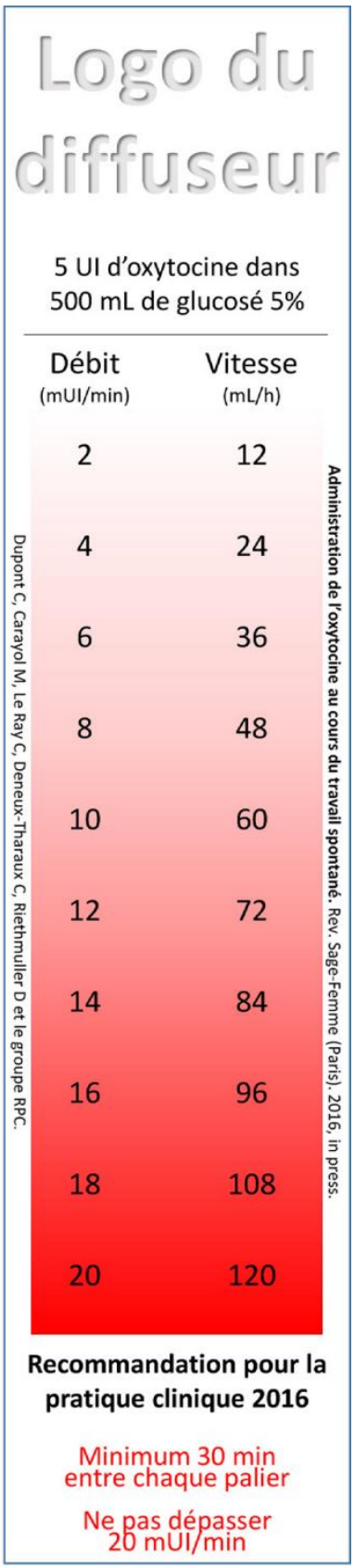
[16] ESCUDIER Marie. « Utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané : étude avant-après la mise en place d'un protocole de service : étude rétrospective de type avant-après au CHU de Grenoble ». 2018. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878919/document

[17] HAS. « Audit clinique ciblé – Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel » https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf

[18] HAS. « Audit clinique ». Juin 2017

Annexe 1 : Marque page recommandations pour la pratique clinique oxytocine et travail spontané



## Annexe 2 : questionnaire

Nb : celui qui remplit la fiche ne doit noter QUE ce qui est tracé dans le dossier (pas de « suppositions »)

Age mère /___/___/

Gossesse actuelle

DDG /___/___/_____/ Parité |__| (0 pour nullipare) Gestité |__|__|

Poids en début de grossesse |__|__| kg Taille de la mère |__|__|__| cm ou à défaut BMI |__|__|

Admission à la maternité (si différent de l'admission en salle d'accouchement)

Date admission /___/___/_____/ Heure d'admission |__|__| h |__|__|

min Terme |__|__| SA + |__| jours

Si rupture des membranes à l'admission : date /___/___/_____/ heure |__|__| h |__|__| min

Couleur LA : 1. Clair □ 2. Teinté □ 3. Méconial □ 4. Autre□…… 9. Inconnu □

Dilatation du col |__|__| en cm Bishop admission |__|

Fréquence des CU /10mn |__|__|

Intensité des CU ressenties par la patiente :

faible □ moyenne □ forte □ non retrouvée dans le dossier □

EVA : |__|__| non retrouvée dans le dossier □

Admission en salle d'accouchement

Date admission /___/___/_____/ Heure d'admission |__|__| h |__|__| min

Terme (SA + jours) |__|__| SA + |__| jours

Si rupture des membranes à l'admission en salle d'accouchement,

Date /___/___/_____/ Heure |__|__| h |__|__| min

Couleur LA : 1. Clair □ 2. Teinté □ 3.Méconial □ 4. Autre…… 9. Inconnu □

Dilatation du col |__|__| en cm Bishop admission |__|

Fréquence des CU /10mn |__|__|

Intensité des CU ressenties par la patiente :

faible □ moyenne □ forte □ non retrouvée dans le dossier □

EVA : |__|__| non retrouvée dans le dossier □

Anesthésie
0- Aucune □ 1- APD □ 2- Rachi □ 3- Autre □ …….. 9- Non retrouvé/ inconnu □
Heure de pose |__|__| h |__|__| min
Dilatation du col au moment de la pose |__|__| en cm

Rupture des membranes/poche des eaux pendant le W
Date de la rupture /___/___/_____/ Heure de la rupture |__|__| h |__|__| min
1-Spontanée□ 2-Artificielle □

Début du synto
Heure début Syntocinon® |__|__| h |__|__| min

Dilatation à ce moment-là |__|__| en cm

Dilution effectuée : |__|__| UI dans |__|__|__| cc de G5% □ Nacl □ Autre □…….

Débit initial : |__|__|__| ml/h soit |__|__| mUI/min (voir fin document p.10)

Indication du Syntocinon® (telle que retrouvée écrite dans le dossier):

Hypocinésie □ Stagnation de la dilatation □□

Accélération du travail □ Flexion-rotation de la présentation □

Phase d'expulsion □ Indication non notée sur le dossier □

Autres □ ……..…….

Enregistrement RCF en cours au moment de la pose du Syntocinon® : 1. Oui □ 2. Non □

Anomalies RCF présentes avant la pose du Syntocinon® : 1. Oui □ 2. Non □

Description des anomalies du rythme cardiaque fœtal :
.....……
…….

Anomalies survenant dans les 30 mn suivant l'induction du Syntocinon® : 1. Oui □

2. Non □

ARCF transitoire □

ARCF persistant jusqu'à l'accouchement □

Anomalies de la contractilité utérine □

Description des anomalies du rythme cardiaque fœtal :
.....……
…….

Tableau paliers à compléter à chaque modification de dosage (↑ ou ↓ ou arrêt ou reprise)

| | Heure | Débit* oxytocine en mUI/min | Débit* oxytocine en mL/h | Dilatation (En cm) | Modification débit (↑ ou ↓ ou arrêt ou reprise) | Nb de CU / 10 mn |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pose oxytocine | | | | | | |
| Palier 1 | | | | | | |
| Palier 2 | | | | | | |
| Palier 3 | | | | | | |
| Palier 4 | | | | | | |
| Palier 5 | | | | | | |
| Palier 6 | | | | | | |
| Palier 7 | | | | | | |

* Noter le débit tel que écrit dans le dossier ou sur ERCF

Durée totale du travail |__|__| heures |__|__| minutes

Durée calculée de la phase de latence (du début des contractions régulières et douloureuses jusqu'à 4 cm) |__|__| heures |__|__| minutes

Durée calculée phase ACTIVE (de 4 cm à l'expulsion) |__|__| heures |__|__| minutes

Durée DILATATION COMPLETE avant le début des efforts expulsifs |__|__| heures |__|__| minutes Durée

Efforts Expulsifs |__|__| heures |__|__| minutes

Accouchement

Date /___/___/_____/ Heure accouchement |__|__| h |__|__| min

Mode : 1. VB spontanée □ 2. Ventouse □ 3. Forceps ou spatules □ 4. Césarienne □

Si césarienne, motifs : 1. Maternelle □ 2. Obstétricale □ 3. Fœtale (ARCF) □ 4. Mixte □

Délivrance dirigée Syntocinon® □ Dose (en UI) |__|__|

Perfusion d'entretien de Syntocinon® en post-partum □

Nombre d'ampoule (s) de Syntocinon® ajoutée (s) dans la perfusion |__|

Complications

HPP > 500 mL □ Evaluation des pertes……|__|__||__|__| ml.

Nalador® □ CG (nbre) |__|__|

Autres prises en charge à noter ……

Nouveau-né

Poids en g : |__|__|__|__| Apgar 1 min |__|__| Apgar 5 min |__|__|

pH artériel |__|, |__|__| BE|__|__|mEq Lactates :|__|__|, |__|

Présence du pédiatre (ou d'un autre professionnel) pour la prise en charge du nouveau-né

Anticipée en prénatal □ En post natal □ Motif …….

Ventilation au masque □ Intubation □ Aucun geste □

Transfert □ Motif du transfert ……

Commentaires éventuels sur le maniement de l'oxytocine au cours du travail

## Annexe 3 : Fiche indicateurs

NB : fiche à ne remplir qu'une seule fois au moment de l'envoi groupé de toutes les fiches accouchement

Période de l'étude dans votre maternité : du /___/___/2018 au /___/___/2018

Ex : le début de l'étude choisi par le RSN est le 1er juin et le premier dossier retenu dans votre maternité est le 4 juin et le dernier dossier retenu est le 10 juillet  période étude = 1er juin-10 juillet minuit

Nombre d'accouchements totaux sur la période (voie basses + césariennes) |__|__|__|

Nombre total d'accouchements voie basse sur la période (spontané ou instrumental) |__|__|__|

Nombre de déclenchements et/ou maturations sur la période |__|__|__|

Nombre de travail spontané sans utilisation de Syntocinon® perpartum sur la période |__|__|__|

Annexe 4 : Check-list « Utilisation du Syntocinon® » de la maternité de Port Royal

Etiquette patient

Date : _ _ /_ _/2013

**Merci de remplir cette fiche si vous débutez du Syntocinon® chez une patiente :**

Primipare, en travail spontané, Singleton, > 37SA, Présentation céphalique

Indication de mise sous Syntocinon® (précisez : durée de la stagnation, ARCF (Type)…) :

……

……

……

Dilatation au moment de la pose du Syntocinon®: _ _ cm

Les membranes sont-elles rompues au moment de la pose du Syntocinon®: oui / non, si oui : RAM / RSM

Durée entre RAM et début du Syntocinon®: _ heures _ _ minutes

Si vous n'avez pas réalisé de RAM avant de débuter le Syntocinon®, merci de préciser pourquoi ?

……

……

Merci de remplir le tableau suivant pour chaque modification du débit du Syntocinon®:

| Heure | Débit de perfusion | Motif de la modification du débit (hypocinésie, hypertonie, anomalies du RCF …) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Dernière « petite » question : Quelle est votre année de diplôme ? _ _ _ _

## Résumé :

Depuis la création de l'oxytocine son utilisation a augmenté dans les maternités afin de réduire le temps de travail des femmes. Mais la découverte des risques liés à une utilisation excessive de cette hormone de synthèse a soulevé certaines questions. Aujourd'hui, de nombreuses recherches prônent une utilisation raisonnée du Syntocinon® et des recommandations de bonnes pratiques ont été mises en place. Au CHU de Nantes, pour évaluer le respect de ces recommandations, des audits cliniques ont été réalisés en 2013 et 2015. En 2018 nous réalisons un nouvel audit clinique ciblé afin de savoir si les indications, la dilution du Syntocinon®, le débit initial, le temps entre deux augmentations, la diminution ou l'arrêt lors de l'obtention d'une dynamique utérine satisfaisante, le débit maximal et la réalisation de l'administration prophylactique d'oxytocine sont conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Nous comparerons ensuite nos résultats avec ceux des anciens audits réalisés afin de visualiser l'amélioration des pratiques de l'utilisation du Syntocinon®.

**Mots clés :**

Oxytocine, Syntocinon®, CHU de Nantes, travail dirigé, recommandations de bonne pratique