

DOSSIER DE PRESSE

UNE PROFESSION MILLÉNAIRE EN PLEINE RÉVOLUTION.....P. 2

- L'édito de Sophie Guillaume, Présidente du Collège National des Sages-Femmes de France

ADMINISTRATION DE L'OXYTOCINE LORS DU TRAVAIL SPONTANÉ : ADOPTONS LES BONS RÉFLEXES !.....P. 3

- Les points d'alerte et préconisations du CNSF
- Oxytocine ou ocytocine ?
- Un usage excessif ?

LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE.....P.6

- Les enseignements clés de ces RPC
- Vers une meilleure information des femmes sur le déroulement de leur accouchement
 - Interview de Corinne Dupont, Sage-Femme chercheur (PhD), coordinatrice des RPC (Réseau Aurore, Lyon)
- Un outil pour se repérer

ANNEXES.....P.10

- La méthodologie de ces Recommandations pour la Pratique Clinique
- Les principales recommandations en détail
- Les auteurs de ces premières RPC
- À propos du CNSF

Le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) fête ses 15 ans. Reconnaissance du niveau Master 1, intégration dans la filière du PACES, élargissement des compétences, investissement dans le domaine de la recherche sont autant de transformations qui ont scandé ces dernières années. L'élaboration de recommandations officielles pour la pratique clinique (RPC) marque une nouvelle étape. Retour sur une profession en pleine mutation.



« Cela fait 15 ans que le Collège National des Sages-Femmes de France a été créé. En 15 ans, que de chemin parcouru. Si la maïeutique est centrale dans notre pratique, les sages-femmes sont loin d'être seulement des accoucheuses. **Profession médicale depuis 1945**, aux côtés des médecins et des dentistes, nous avons acquis au fil des ans, des responsabilités croissantes en matière de "**santé génésique**" : suivi gynécologique de prévention, dépistage des cancers du sein et/ou du col de l'utérus, contraception, santé sexuelle, font partie du champ d'action des sages-femmes.

Restait un domaine où les sages-femmes n'avaient pas encore pu se faire entendre, celui de la recherche. Les sages-femmes souhaitant s'y consacrer et entamant des doctorats d'épidémiologie, de sociologie, de santé publique, sont de plus en plus nombreuses. Elles ont participé activement aux recommandations publiées ces dernières années par le CNGOF¹.

Un nouveau pas est franchi en 2016 avec **la publication pour la première fois de recommandations issues du CNSF** en partenariat avec le CNGOF, l'Inserm², le CIANE³, un pédiatre et un anesthésiste. Ces recommandations sont véritablement un **acte "fondateur"** pour le collège. Elles le positionnent comme un partenaire incontournable en matière de recherche et de **diffusion de recommandations de pratique clinique**. Elles viennent par ailleurs valoriser les compétences scientifiques et la capacité de certaines sages-femmes à diriger des recherches. Corinne Dupont est ainsi la première sage-femme titulaire d'une HDR (habilitation à diriger des recherches), qui représente le plus haut niveau universitaire. Elle a porté avec Marion Carayol ce projet. C'est une fierté pour le collège de mettre en lumière leur talent et celui des autres sages-femmes titulaires de thèse en santé publique qui ont collaboré à ce travail.

Pour ces premières RPC, nous avons choisi de nous intéresser à l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail spontané. Une étude récente de l'Inserm réalisée à partir d'un échantillon portant sur 106 maternités en France représentant 20 % des accouchements sur le territoire, a montré que l'oxytocine multipliait par 1,8 le risque d'hémorragie grave et que ce sur-risque augmentait avec la dose d'hormone administrée pendant le travail.

Il était logique que les sages-femmes s'interrogent sur cette hormone, qu'elles utilisent quotidiennement pour faciliter le travail.

D'ores et déjà le collège envisage de se pencher sur d'autres pratiques, en vue d'émettre de manière régulière des recommandations : la question de la rééducation périnéale, l'allaitement, l'accueil du nouveau-né... Nous avons encore beaucoup de pistes passionnantes à explorer ! ».

Sophie GUILLAUME, Présidente du CNSF

Le saviez-vous ?

Sage-femme désigne celui ou celle qui "connaît les femmes" (du latin "sapiens", celui qui sait). Le ou la sage-femme est donc l'interlocuteur privilégié de la femme en bonne santé et souhaitant le rester.

¹ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

² Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

³ Collectif interassociatif autour de la naissance. Le CIANE représente les patients et usagers concernés par la grossesse, l'accouchement et la périnatalité.

**ADMINISTRATION DE L'OXYTOCINE LORS DU TRAVAIL SPONTANÉ :
ADOPTONS LES BONS RÉLEXES !**

DANS LE CADRE DE SES PREMIÈRES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE :

LE CNSF ALERTE :

L'oxytocine, hormone couramment utilisée pour favoriser la dilatation du col et accélérer le travail est un outil remarquable dans le suivi d'un accouchement. Toutefois, elle n'est pas sans risque.

LE CNSF PRÉCONISE:

1. Un meilleur accompagnement des praticiens (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) pour une administration raisonnée de l'oxytocine.
2. Une meilleure information du corps médical sur les risques et bénéfices de l'oxytocine lors du travail spontané et les modalités optimales de son administration.
3. Une meilleure information des usagers pour leur offrir la possibilité d'un accouchement le plus physiologique possible.

OXYTOCINE OU OCYTOCINE ?

Découverte en 1909, l'ocytocine est une hormone produite par l'hypothalamus, sécrétée notamment au moment de l'accouchement et pendant l'allaitement. Elle agit sur le muscle lisse utérin pour stimuler les contractions au cours du travail (dilatation du col, expulsion du fœtus) et immédiatement après l'accouchement, pour réduire le risque d'hémorragie du post-partum (HPP).

L'oxytocine est un analogue de synthèse de l'ocytocine naturelle. Mis au point dans les années 50, ce médicament a obtenu son AMM (autorisation de mise sur le marché) en août 1970. Les indications de l'AMM sont les suivantes :

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

Pour ces trois indications **le service médical rendu (SMR) est évalué comme important par la commission de transparence de la HAS** (Haute Autorité de Santé).

En France, l'oxytocine se présente sous un seul conditionnement en ampoule de solution injectable de 5UI/ml (Syntocinon®).

L'oxytocine est d'usage courant en maternité y compris pour les patientes dont le travail est spontané. L'objectif est de **raccourcir la durée du travail dans l'optique de diminuer la morbidité maternelle et fœtale** associée à un travail prolongé. En 2016 sa principale indication est la *dystocie dynamique*⁴.

UN USAGE EXCESSIF ?

L'utilisation de l'oxytocine pendant le travail semble de plus en plus banalisée dans le cadre de la "*direction active du travail*"⁵. Selon les résultats de l'Enquête périnatale en 2010, l'oxytocine était administrée chez 64 % des femmes en travail⁶.

Or comme toutes les substances actives, ce médicament n'est pas dépourvu d'effets secondaires. Aux Etats-Unis, l'oxytocine intraveineuse (Oxytocine IV) a été ajoutée sur la liste des médicaments potentiellement à risque par l'*Institute for safe medication practices, ISMP*⁷. Son utilisation est notamment associée à des événements indésirables graves comme les anomalies de la contractilité utérine entraînant des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF).

⁴ Dystocie : la dystocie désigne les difficultés survenant lors d'un accouchement. La dystocie dynamique est due à des anomalies de contraction de l'utérus.

⁵ Direction active du travail : ensemble des interventions ayant pour but de limiter la durée du travail, afin notamment de réduire le nombre des césariennes. L'amniotomie (rupture des membranes) et la mise en place d'une perfusion d'oxytocine en sont les deux piliers.

⁶ Oxytocin administration during labor. Results from the 2010 French National Perinatal Survey Belghiti J1, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharaux C. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013 Nov;42(7):662-70. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.02.011. Epub 2013 Apr 6.

⁷ https://1q3nfm4evj5z1sgm624e93ka-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2014/11/original_Oxytocin_the_new_high_alert_medication.pdf

Une étude de l'Inserm publiée en 2011 mettait en garde contre le risque d'hémorragie grave du post-partum consécutive à l'administration d'oxytocine pendant le travail⁸. « Le sur-risque observé augmente avec la dose d'hormone prescrite » constate le Dr Catherine Deneux-Tharaux (unité Inserm 1153). L'HPP constitue la principale cause de décès maternel en France⁹.

« On médicalise beaucoup l'accouchement en France. Le déclenchement, la péridurale, l'épisiotomie, l'administration d'oxytocine sont globalement plus pratiqués que dans les autres pays d'Europe. Ces recommandations sont importantes car elles visent à trouver un juste milieu. Il ne s'agit pas de "démédicaliser" mais de mieux prescrire, la juste dose, au bon moment », précise le Dr Camille Le Ray, gynécologue-obstétricienne, CNGOF, AP-HP (Paris).

⁸ www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/hemorragies-apres-l'accouchement-quel-role-pour-l-ocytocine

⁹ www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM

LES ENSEIGNEMENTS CLÉS DE CES RPC

Dans ce contexte il était important que les sages-femmes prennent position. Il a fallu 2 ans de travail pour produire les 200 pages de recommandations que le CNSF publie aujourd'hui.

Ces RPC s'appuient sur une **méthodologie éprouvée** (cf annexes). Différents groupes de travail regroupant des sages-femmes, des obstétriciens, des épidémiologistes, un pédiatre, et un anesthésiste ont procédé à une revue systématique de la littérature (Medline, Cochrane Library) ainsi que des recommandations des principales sociétés savantes, afin d'évaluer l'utilisation de l'oxytocine **dans le cadre du travail spontané**, ses modalités d'administration, ses bénéfices, ses possibles effets secondaires.



« Ces RPC concernent les accouchements de femmes à terme, portant un seul bébé, avec une présentation céphalique, et dans le cadre d'un travail spontané (non déclenché) » rappelle le Dr Camille Le Ray, gynécologue-obstétricienne à la maternité Port-Royal, Paris.

Les conclusions de ce travail ont permis de mettre en avant plusieurs points :

1. **L'importance de redéfinir les différents stades du travail.** Les définitions établies dans les années 50 par E. Friedman servent de référence depuis plus d'un demi-siècle. Des travaux récents remettent en question ces définitions.
 - En pratique : la définition ancienne des phases de travail a conduit à un **interventionnisme excessif de la part des soignants**. Le premier stade du travail (du début de la dilatation jusqu'à dilatation complète) se divise en deux phases, la phase de latence et la phase active. Le début de la phase active est désormais repoussé à 5-6cm de dilatation contre 3-4cm autrefois. D'autre part la vitesse de dilatation est considérée comme anormale si elle est < 1cm/4h en début de phase active et 1cm/2h au-delà de 7 cm de dilatation.
2. **Le nécessaire respect de la phase de latence.** Cette phase qui dure jusqu'au début de la phase active (5-6cm) est cruciale. Il est essentiel de "**savoir attendre**" et de **respecter** ce temps. Les recommandations américaines vont dans le même sens.

« Dans un travail normal, non pathologique, il peut y avoir des phases de stagnation de la dilatation du col », rappelle le Dr Camille Le Ray. « Le recours à l'oxytocine pendant cette phrase de latence doit donc être prudent ».

3. **La hiérarchie des actions à mettre en place.** L'amniotomie, rupture artificielle des membranes, entraîne une augmentation de la dynamique utérine. En cas de dystocie dynamique au cours de la phase active, il est recommandé de pratiquer une amniotomie avant l'administration d'oxytocine.
4. **La péridurale n'est pas une indication pour une administration systématique d'oxytocine.** La péridurale influe peu sur le déroulement du travail et ne diminue pas la synthèse de l'ocytocine endogène ou son efficacité sur l'activité utérine, contrairement à ce que l'on aurait pu croire.

Enfin le **2^e stade du travail**, qui se scinde lui aussi en deux phases (phase de descente et phase d'expulsion) a également été étudié en détail. L'analyse des études a permis de montrer, là encore, la pertinence d'une médicalisation raisonnée.

« Si au bout d'une heure le bébé n'est pas descendu, on peut encore attendre avant d'administrer de l'oxytocine », précise le Dr Le Ray. « En revanche, au bout de 2 heures il faut en administrer car on a montré qu'après la troisième heure à dilatation complète, on observait une augmentation des risques maternels, notamment hémorragique ».

Enfin, dans la continuité de cette démarche scientifique et afin de renforcer la rigueur du travail effectué dans le cadre de ces RPC, fin 2017, le CNSF va évaluer leur diffusion et leur impact sur les pratiques au sein de plusieurs réseaux de périnatalité.

VERS UNE MEILLEURE INFORMATION DES FEMMES SUR LE DÉROULEMENT DE LEUR ACCOUCHEMENT



Interview de Corinne Dupont, coordinatrice du réseau périnatal AURORE (Lyon), docteur en santé publique, première sage-femme titulaire depuis le 28 septembre 2016 d'une HDR (habilitation à diriger des recherches).

Comment avez-vous été amenée à vous intéresser à l'oxytocine ?

Avec une équipe pluridisciplinaire (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes et épidémiologistes) nous avons mis en œuvre un premier travail de recherche (2004) ayant pour objectif de réduire les hémorragies graves du post-partum, l'étude PITHAGORE 6. Il s'agissait d'une étude de recherche financée par le ministère de la Santé pour laquelle nous avons répondu à un appel d'offres dans le cadre d'un PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique). L'investigateur principal était le Pr. RC Rudigoz, obstétricien et coordinateur médical du réseau AURORE. À partir de cette grande base de données (150 000 naissances, 106 maternités, 9 000 cas d'hémorragies dont plus de 2 500 hémorragies graves), des études ont été réalisées. Elles ont permis de mettre en évidence un lien entre les HPP et l'administration de l'oxytocine pendant le travail. L'exposition à l'oxytocine est apparue comme un facteur multipliant le risque hémorragique de 1 à 5 proportionnellement au niveau d'exposition à l'oxytocine pendant le travail.

Les RPC que vous avez dirigées ont intégré le CIANE, qui représente les usagers. En quoi la dimension pluridisciplinaire de ces RPC leur donne-t-elle d'autant plus de force ?

Le CIANE a participé et donné son avis à toutes les étapes de nos recommandations. Une étude réalisée par les représentants des usagers suggérait que près **d'un tiers des femmes n'étaient pas informées qu'on leur avait administré de l'oxytocine durant le travail ou n'avait pas retenu l'information**. Si nos recommandations s'adressent en priorité aux praticiens obstétriciens et sages-femmes, il nous est donc apparu **essentiel de sensibiliser le public afin que les femmes soient mieux informées du déroulement de leur accouchement**. Les recommandations sont quadripartites, elles regroupent outre les usagers, l'INSERM, le CNSF, le CNGOF et intègrent les autres cliniciens intervenant lors d'un accouchement : un anesthésiste (pour l'analgésie péridurale) et un pédiatre. De même, nous avons veillé à réunir des cliniciens proches du terrain dont les profils sont très différents. Les recommandations sont organisées en 7 chapitres. Le comité d'organisation est composé de deux obstétriciens, un de Besançon et un de Paris, deux sages-femmes titulaires d'une thèse de science, et d'un médecin épidémiologiste. Pour les groupes de travail, nous avons composé des « binômes rédacteurs » sage-femme/obstétricien et sage-femme/pédiatre. Dans le groupe des rédacteurs de nos RPC, se trouvent des profils très divers comme celui de Laurent Gaucher, sage-femme avec un profil mixte de recherche et clinique et d'autres comme moi qui sont plus impliquées dans la recherche. La presque totalité des sages-femmes ayant rédigées les RPC ont une thèse ou sont en parcours de thèses. Nous avons aussi sollicité des sages-femmes qui sont de vraies cliniciennes. Elles étaient là pour s'assurer de l'applicabilité de nos recommandations, afin que nous ne soyons pas trop loin de la réalité.

Quels sont pour vous les points saillants de ces recommandations ?

Nous avons redéfini les étapes du travail. Jusqu'à présent, on considérait qu'il y avait tout d'abord une phase de travail plus lente (jusqu'à 3 ou 4 cm de dilatation) et qu'ensuite cela s'accélérait. À partir d'études récentes utilisant des méthodes mathématiques plus sophistiquées, il s'avère que cette phase de dilatation lente est en réalité plus étendue (jusqu'à 5 ou 6 cm). **Il conviendrait donc que les cliniciens soient plus patients pendant toute la phase de latence et moins interventionnistes en l'absence de survenue de pathologie maternelle ou fœtale**. L'autre aspect essentiel concerne les effets secondaires de l'oxytocine sur la mère et sur l'enfant. **Il ne s'agit pas bien entendu de renoncer à ce médicament mais d'apprendre à l'utiliser à la plus juste dose dite « minimale efficace », pour optimiser son efficacité et réduire ses effets secondaires**. Jusqu'à l'étude Pythagore 6, nous n'avions pas de données suffisantes pour mettre en évidence des effets secondaires. Aujourd'hui les risques pour le fœtus et pour la mère sont mieux documentés.

UN OUTIL POUR SE REPÉRER

Un outil élaboré sous forme de marque-page et synthétisant les éléments principaux est à disposition des équipes. Il comporte au recto une réglette, au verso un schéma d'utilisation de l'oxytocine.

LE MARQUE-PAGE

Le recto : la réglette

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

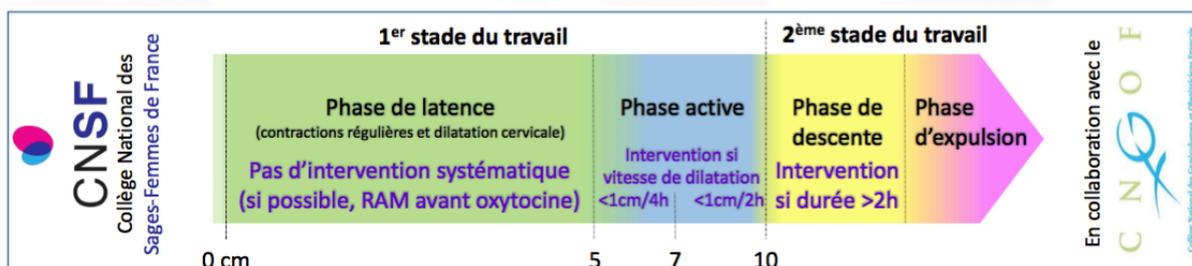
Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Riethmuller D et le groupe RPC.

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

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

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

Le verso : l'iconographie sur les étapes du travail



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

LA METHODOLOGIE DE CES RPC

Nous avons suivi la démarche méthodologique de la Haute Autorité de Santé pour classer les études sélectionnées selon le niveau de preuve scientifique. Cependant, certains niveaux de preuve ont pu être dégradés afin de prendre en considération la qualité des études même s'il s'agissait d'essais randomisés (notamment en cas de faible effectif ou en présence de biais importants).

Six étapes ont permis d'élaborer cette RPC :

- Désignation des membres du Comité d'Organisation (CO) par le promoteur le CNSF (Collège national des sages-femmes de France) en collaboration avec le CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens Français) et l'INSERM (Epopé U1153)
- Élaboration des questions précises et désignation par le CO des experts pour répondre à ces questions selon leur type d'activité (recherche et clinique) et leur lieu d'exercice (type de maternité et statut), en intégrant les associations d'utilisateurs.
- Analyse de la littérature par les experts en indiquant le **niveau de preuve (NP)** pour chaque affirmation importante et rédaction des recommandations avec des **grades**.
- Discussion des NP, grades et rédaction des recommandations en équipe jusqu'à consensus
- Transmission des textes à un grand nombre de lecteurs experts sur le sujet ou praticiens du secteur privé ou public, de maternité de type I, II et III.
- Rédaction d'un texte court avec l'ensemble du groupe (CO et experts) avec des recommandations intégrant les remarques des lecteurs et précisant le grade de chacune.

Les 7 questions ont analysé les aspects suivants :

1. Définition et caractéristiques du travail normal et anormal
2. Indications de l'oxytocine au cours du premier et du deuxième stade du travail spontané
3. Interventions associées à l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané
4. Efficacité de l'oxytocine au cours du travail spontané selon les modalités d'administration
5. Risques et effets indésirables materno-fœtaux liés à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané
6. Risques et effets indésirables fœtaux et pédiatriques de l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané
7. Analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine au cours du travail

Chaque texte fait l'objet d'un article indépendant diffusé. Le texte court a pour objectif de synthétiser chacun de ces chapitres. Le plan a été construit selon une logique chronologique et pragmatique pour les cliniciens.

LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS EN DÉTAIL

1. Une nouvelle définition des stades du travail

Les différents stades du travail ont été redéfinis suite aux publications américaines. La population des femmes a changé (âge du premier enfant, surpoids ou obésité maternels, poids des enfants à la naissance...). L'accompagnement et le suivi du travail (analgésie péridurale, déclenchement) ont également modifié le déroulement des accouchements. Enfin les méthodes de calcul des normes statistiques ont montré que les courbes de référence utilisées pendant un demi-siècle étaient lacunaires.

Le travail est divisé en 3 stades :

- 1^{er} stade : période de dilatation cervicale jusqu'à 10 cm (dilatation complète) comprenant une phase de latence allant de la présence de contractions utérines régulières, associées à des modifications cervicales jusqu'à 5-6 cm de dilatation cervicale (versus 3 cm avant cette RPC) et une phase active période allant de 5-6 cm à 10 cm ;
- 2^e stade : période allant de la dilatation cervicale complète jusqu'à la naissance de l'enfant ;
- 3^e stade : période allant de la naissance de l'enfant jusqu'à la délivrance placentaire.

2. Une administration raisonnée d'oxytocine

Chez des parturientes en travail spontané, à terme, avec présentation céphalique, sans utérus cicatriciel ni retard de croissance, nous recommandons d'administrer de l'oxytocine qu'en cas de :

1. dystocie pendant la phase active, c'est-à-dire si la vitesse de dilatation cervicale est inférieure à 1 cm/4h entre 5 et 7cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm. Il est par ailleurs recommandé de rompre la poche des eaux (amniotomie) et d'attendre une heure avant d'administrer de l'oxytocine.
2. prolongation du 2^e stade au-delà de 2h pour corriger une absence de progression de la présentation.

3. Modalités générales d'administration de l'oxytocine

1. Il est recommandé d'établir au sein de chaque maternité un protocole de service formalisant les principes suivants :
 - l'administration par voie intraveineuse à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose administrée et équipé d'une valve anti-reflux ;
 - la standardisation de la dilution et des débits exprimés en mUI/min ;
 - l'information de la patiente tracé dans le dossier médical.

Tous ces éléments doivent être mentionnés dans le dossier ainsi que la dose totale d'oxytocine administrée durant le travail en mUI.

2. En cas d'administration d'oxytocine pendant le travail, il est recommandé d'enregistrer l'activité utérine et de surveiller le RCF de façon continue.
3. Il est recommandé de débiter à une dose initiale de 2 mUI/min, de respecter des intervalles d'au moins 30 min avant chaque augmentation de dose. Ces augmentations se feront par dose de palier de 2 mUI/min, sans dépasser un débit absolu de 20 mUI/min. L'augmentation des doses sera arrêtée dès l'obtention d'une modification cervicale ou de 5 contractions utérines par 10 min.

4. Risques et effets indésirables maternels liés à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané

- Les effets maternels indésirables concernent l'hyperactivité utérine, et l'hémorragie du post-partum (HPP).

5. Risques et effets indésirables fœtaux, néonataux et pédiatriques lors de l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané

- **Les effets indésirables** rapportés concernent des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) liées à une hyperactivité utérine, la morbidité néonatale, l'hyponatrémie, l'ictère néonatale, et les difficultés néonatales de la succion. La survenue de trouble du comportement de nature autistique chez l'enfant et chez l'adulte liée à la prescription d'oxytocine en périnatal est une donnée actuellement fortement débattue sur laquelle il est impossible de conclure en l'état actuel des connaissances.

Conclusion :

L'administration d'oxytocine durant le travail spontané ne doit pas être considérée comme une prescription anodine. Les données actuelles, telles que rappelées dans ces recommandations, doivent inciter les acteurs de la périnatalité à la plus grande vigilance. L'oxytocine expose la mère et le fœtus à des effets néfastes pouvant avoir des conséquences à court terme et possiblement à long terme. Son administration doit faire l'objet d'un protocole et les indications doivent être clairement définies. **Il est recommandé à chaque maternité de pouvoir évaluer son taux d'administration d'oxytocine durant le travail spontané comme un indicateur de suivi de la qualité des soins** en salle de naissance. Lors des réunions collégiales dites « Revue de morbidité / Reprises de cas » portant d'une part sur des observations maternelles d'HPP sévère ou de rupture utérine sur utérus sain et d'autre part sur des observations néonatales d'anoxo-ischémie, il est recommandé d'analyser les modalités d'administration de l'oxytocine.

Enfin, fin 2017, dans la continuité de cette démarche scientifique et afin de renforcer la rigueur du travail effectué dans le cadre de ces RPC, le CNSF va évaluer leur diffusion et leur impact sur les pratiques au sein de plusieurs réseaux de périnatalité.

Administration de l'oxytocine au cours du travail spontané / Oxytocin administration during spontaneous labour

Corinne Dupont¹, Marion Carayol², Camille le Ray³, Catherine Deneux-Tharoux⁴, Didier Riethmuller⁵ et le groupe RPC.

1. Réseau périnatal Aurore ; Hospices Civils de Lyon, Pôle IMER, Lyon, F-69003, France ; Univ. Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, HESPER EA 7425, F-69008 Lyon, France
2. Service de PMI, Direction des familles et de la petite enfance, Mairie de Paris
3. Maternité Port-Royal, Hôpital Cochin, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris; Inserm U1153, Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (Equipe EPOPÉ), Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistiques Sorbonne Paris Cité (CRESS), DHU Risques et Grossesse, Université Paris Descartes, Paris France
4. Inserm U1153, EPidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (Equipe EPOPÉ), Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistiques Sorbonne Paris Cité (CRESS), DHU Risques et Grossesse, Université Paris Descartes, Paris France
5. Pôle Mère-Femme, CHRU de Besançon, 3, boulevard Fleming, F-25000 Besançon

Auteur correspondant : Dupont Corinne Hôpital de la Croix Rousse Réseau Aurore, Lyon.

Coordonnateurs : Corinne Dupont (Lyon), Marion Carayol (Paris), Camille le Ray (Paris), Catherine Deneux-Tharoux (Paris), Didier Riethmuller (Besançon).

Groupe RPC : Chloe Baranski (Clermont Ferrand), Remi Beranger (Rennes), Antoine Burguet (Dijon), Anne Chantry (Paris), Coralie Chiesa (Paris), Bénédicte Coulm (Paris), Catherine Fischer (Paris), Anne Evrard (CIANE, Lyon), Laurent Gaucher (Lyon), Camille Guillou (Lyon), Fabienne Leroy (Montelimar), Emmanuelle Phan (CIANE, Paris), Anne Rousseau (Paris), Véronique Tessier (Paris), Françoise Vendittelli (Clermont Ferrand).

Groupe de relecteurs : Catherine Balandras (Sage-femme, CHU, Lyon), Catherine Battie (Gynécologue obstétricienne, CHU, Lyon), Laurie Becerra (Sage-femme, CHU, Nîmes), Theodora Bejan-Angoulvant (Pharmacologie clinique, CHRU, Tours), Gael Beucher (Gynécologue obstétricien, CHU, Caen), Pauline Blanc-Petitjean (Sage-femme, CHU, Colombes), Carole Boda (Gynécologue obstétricienne, CH, Issoire), Marie-Pierre Bonnet (Anesthésiste réanimateur, CHU, Paris), Martine Bonnin (Anesthésiste réanimateur, CHU, Clermont-Ferrand), Jeremy Boujenah (Gynécologue obstétricien, CHU, Bondy), Aude Bourtembourg (Gynécologue obstétricienne, CHU, Besançon), Françoise Broisin (Anesthésiste réanimateur, CHU, Lyon), Stéphanie Brun (Gynécologue obstétricienne, CHU, Bordeaux), Gilles Cambonié (Pédiatre, CHU, Montpellier), Bruno Carbonne (Gynécologue obstétricien, CH, Monaco), Marion Chapouly (Sage-femme, CH, Vichy), Anne Lise Chuilon (Sage-femme enseignante, Paris), Rozenn Collin (Sage-femme, Réseau de Nantes), Bernard Coronel (Anesthésiste réanimateur, privé, Lyon), Aurélie de la Calle (Sage-femme, CHU, Paris), Amélie Delabaere (Gynécologue obstétricienne, CHU, Clermont-Ferrand), Michel Dreyfus (Gynécologue obstétricien CHU, Caen), Caroline Dumas-Marchier (Sage-femme, CHU, Clermont-Ferrand), Véronique Equy (Gynécologue obstétricienne, CHU, Grenoble), Frédérique Falchier (Sage-femme, CHU, Brest), Marie-Pierre Fernandez (Gynécologue obstétricienne, CH, Valence), Catherine Foulhy (Sage-femme, CHU, Clermont-Ferrand), Xavier Fritel (Gynécologue Obstétricien, CHU, Poitiers), René Gabriel (Gynécologue obstétricien, CHU, Reims), Denis Gallot (Gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), Pascal Gaucherand (Obstétricien, CHU, Lyon), Adrien Gaudineau (Gynécologue obstétricien, CHRU, Strasbourg), Patricia Giraud (Sage-femme, CHU, Lyon), François Goffinet (Gynécologue obstétricien, CHU, Paris), Pascale Hoffmann (Gynécologue obstétricienne, CHU, Grenoble), Cyril Huissoud (Obstétricien, CHU, Lyon), Gilles Kayem (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), Myriam Kheniche (Sage-femme, CHU, Lyon), Anna Lamela (gynécologue obstétricienne, privé, Lyon), Bruno Langer (Gynécologue obstétricien, CHRU, Strasbourg), Flavie Lepleux (Sage-femme, CHU, Caen), Clémence Loscul (Sage-femme, CHU, Paris), Emeline Maisonneuve (Gynécologue obstétricienne, CHU, Paris), Isabelle Monier (sage-femme, CHU, Clamart), Cécile Moulinier (Sage-femme, CHU, Lyon), Kim-An Nguyen (Gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), Silvio Nicita (Sage-femme, privé, Marseille), Marion Ouidir (Sage-femme, CHU, Grenoble), Olivier Parant (Gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), Elodie Perret (Gynécologue obstétricienne, CHU, Clermont-Ferrand), Franck Perrotin (Gynécologue obstétricien, CHRU, Tours), Marine Pranal (Sage-femme, CHU, Clermont-Ferrand), Marianne Remaud (Sage-femme, CHU, Lyon), Christelle Rolin (Sage-femme, privé, Lyon), Charlotte Roquillon (Sage-femme, CHU, Paris), René-Charles Rudigoz (Obstétricien, CHU, Lyon), Marina Salomé (Sage-femme, CHU, Paris), Nicolas Sananes (Gynécologue obstétricien, CHRU, Strasbourg), Priscille Sauvegrain (Sage-femme, INSERM, Paris), Thomas Schmitz (Gynécologue obstétricien, CHU, Paris), Honorine Schmutz (Sage-femme, CHU, Lyon), Loïc Sentilhes (Gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), Adeline Serventon (Sage-femme, privé, Lyon), Christophe Vayssière (Gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), Florence Verdier (Sage-femme, CHU, Lyon), Philippe Vo-Van (Pédiatre, CHU, Lyon), Norbert Winer (Gynécologue obstétricien, CHU, Nantes).

Mots clés Oxytocine, travail spontané, effets indésirables

Key words oxytocin, spontaneous labour, adverse effects



En 2001, le besoin d'un interlocuteur identifié s'est fait sentir pour construire avec les pouvoirs publics l'évolution du champ de la périnatalité.

À l'initiative d'un groupe de sages-femmes déterminées est né le CNSF, Collège National de Sages-Femmes de France, qui rassemble exclusivement des sages-femmes diplômées et des étudiants sages-femmes.

Le CNSF est ouvert à toutes les sages-femmes de France qu'elles soient étudiantes, en activité ou retraitées et, quel que soit le mode d'exercice : hospitalier, libéral, territorial et enseignant.

Après plus de 10 ans d'existence, le CNSF a grandi grâce à votre engagement.

Le CNSF, pour défendre et affirmer la place de la sage-femme dans le champ de la périnatalité et de la santé génésique des femmes.

Le CNSF, société savante des sages-femmes, est une structure indépendante et ouverte, dont l'objectif est l'amélioration des pratiques professionnelles des sages-femmes en France par :

- la rédaction de recommandations,
- la diffusion des travaux scientifiques spécifiques aux sciences maïeutiques,
- l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le développement et la valorisation de l'expertise sage-femme sont les missions fondamentales du CNSF. Il souhaite réunir la profession des sages-femmes au sein d'une structure unique offrant un cadre aux débats professionnels sur :

- la politique périnatale et de santé publique,
- la qualité de la naissance,
- la recherche en maïeutique et en périnatalité, l'évaluation des pratiques professionnelles et la diffusion de travaux,
- le développement professionnel des sages-femmes.

Les valeurs portées par le CNSF sont :
l'Éthique, l'Expertise, l'Ouverture et le Partage.

Le CNSF reconnu par les pouvoirs publics, les instances nationales et internationales

Le CNSF bénéficie d'une véritable reconnaissance de ses pairs et des pouvoirs publics. À ce titre, le CNSF collabore régulièrement avec différentes instances :

- **Le Ministère de la Santé** : participation à différentes commissions : Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) maisons de naissance, transfert in-utero, prise en charge des grossesses physiologiques, organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité...
- **La Haute Autorité de Santé (HAS)** : travail collaboratif sur les recommandations pour la pratique clinique et l'évaluation des pratiques professionnelles...
- **L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM),**
- **L'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES),**
- **Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF),**
- **L'Institut National du Cancer (INCA),**

- L'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG), Gynécologie Sans Frontières (GSF),
- Les instances internationales : l'European Midwives Association (EMA) et l'International Confederation of Midwives (ICM),
- D'autres associations et syndicats de sages-femmes qui agissent dans le même esprit que le CNSF.

Les Journées du CNSF

En janvier-février : chaque année à Paris les « journées du CNSF » sont l'occasion de riches échanges, au cours desquels différents intervenants (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anthropologues, sociologues, psychologues, ingénieurs de recherche au CNRS, usagers, politiques...) croisent leur regard sur la profession, la maternité, la santé génésique des femmes.

De nombreux thèmes qui suivent l'actualité et l'évolution des compétences des sages-femmes y sont débattus.

Lors de ces journées, dans le cadre de la convention passée avec l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes, les lauréats du prix du CNSF présentent leurs travaux de recherche de fin d'études.

En juin : Le CNSF organise régulièrement des « journées à thèmes » qui traitent d'un point particulier (sexualité et maternité, post-partum, contraception, respect de la physiologie de l'accouchement, rééducation périnéale...).