



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

## **La direction active du travail**

**Évaluation des pratiques professionnelles au sein des  
maternités des Hôpitaux Universitaires de  
Strasbourg au cours de l'année 2018**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR

Camille HENNI

Née le 13 juillet 1996 à Strasbourg

Directeur de mémoire : Monsieur Georges-Emmanuel ROTH

Co-directrice de mémoire : Madame Henriette WALTHER

## REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenu lors de la réalisation de ce mémoire.

À monsieur Georges-Emmanuel ROTH, sage-femme référent en recherche clinique, pour m'avoir guidé, conseillé et encouragé dans mon projet.

À madame Henriette WALTHER, sage-femme enseignante puis sage-femme cadre, pour sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils tout au long de ce travail et de ces années d'étude.

# SOMMAIRE

I°/ INTRODUCTION .....	3
II°/ MATÉRIELS ET MÉTHODES .....	9
II°/ A. Le choix des critères .....	10
II°/ B. Le choix de la méthode de mesure .....	11
II°/ B. 1) Le type d'étude .....	11
II°/ B. 2) Les critères d'inclusion .....	11
II°/ B. 3) Les critères d'exclusion .....	12
II°/ B. 4) La sélection des dossiers .....	12
II°/ C. Le recueil de données .....	12
II°/ D. L'analyse des résultats.....	14
III°/ RÉSULTATS .....	15
III°/ A. La direction active du travail .....	16
III°/ B. L'audit clinique .....	17
III°/ B. 1) Les écarts .....	17
III°/ B. 2) Les critères qualités .....	18
III°/ B. 2) a. Le critère qualité 1.....	18
III°/ B. 2) b. Le critère qualité 2.....	21
III°/ C. Évolution de la pratique de la direction active du travail entre le mois de janvier et de décembre 2018 .....	30
III°/ D. Différence entre la pratique de la direction active du travail du CMCO et de l'Hôpital de Hautepierre .....	33
III°/ E. Comparaison des issues de l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT » .....	35
IV°/ DISCUSSION .....	38
IV°/ A. Forces et limites.....	39
IV°/ A. 1) Les forces de notre étude.....	39

IV°/ A. 2) Les limites de notre étude.....	39
IV°/ B. La direction active du travail.....	39
IV°/ C. L’audit clinique.....	41
IV°/ C. 1) Les écarts .....	41
IV°/ C. 1) a. Les origines des écarts.....	41
IV°/ C. 1) b. Les écarts des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l’année 2018.....	45
IV°/ C. 2) Les axes d’amélioration.....	47
IV°/ C. 2) a. L’intérêt des axes d’amélioration.....	47
IV°/ C. 2) b. Les axes d’amélioration adaptés aux maternités du CHU de Strasbourg.....	48
CONCLUSION .....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXE I : Référentiel : « Les fondements de la direction active du travail : indications et modalités de réalisation ».	
ANNEXE II : Les variables principales.	
ANNEXE III : Les variables secondaires.	
ANNEXE IV : Les covariables.	

## I°/ INTRODUCTION

Dans les années 1980, une nouvelle forme de médecine est apparue : l'Evidence Based Medicine (EBM). L'EBM conjugue l'expérience des professionnelles à l'utilisation des données de la recherche clinique disponibles dans la littérature scientifique dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

À l'heure actuelle, ces données sont synthétisées de manière critique, par thème, dans les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) (1).

Les RPC occupent une place centrale et grandissante dans notre pratique de l'obstétrique. Notre formation a été particulièrement marquée par l'une d'entre elles : les RPC de 2016 : « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané ». Ces dernières ont été publiées fin 2016 par le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) en partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le Collectif Interassociatif Autour de La Naissance (CIANE), un pédiatre et un anesthésiste, afin d'aider les professionnelles à « mieux prescrire » l'oxytocine chez les femmes enceintes à bas risque obstétrical en travail spontané et à réduire par la même occasion l'« hyper-médicalisation » du travail obstétrical « normal » qui y est associée. Elles reposent notamment dans ce but les fondements de la direction active du travail : indications et modalités de réalisation, en redéfinissant le déroulement du travail obstétrical « normal » (2).

Les femmes enceintes considérées comme étant à bas risque obstétrical sont, d'après les recommandations de bonnes pratiques « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » de la Haute Autorité Sanitaire (HAS) de 2016, des femmes ne présentant ni facteurs de risques généraux, sociaux, environnementaux, médicaux, gynécologiques et obstétricaux, ni pathologies graves préexistantes, ni antécédents gynécologiques notables, ni antécédents obstétricaux défavorables, ni complications au cours de leur grossesse actuelle (3).

Ces dernières sont donc des femmes pour lesquelles « la probabilité d'avoir un accouchement par voie basse sans complication d'un enfant unique vivant et en bonne santé est élevée » (4).

La direction active du travail est l' « ensemble des interventions mis en œuvre pour modifier le déroulement du travail et permettre la normalisation d'un travail dystocique et plus particulièrement d'un travail dystocique d'origine dynamique » (2,5).

La dystocie d'origine dynamique est l'une des trois formes de dystocie du travail (6). Elle est

définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « une progression anormalement lente du travail due à une anomalie de la dynamique utérine de type hypokinésie ou dyscinésie ». Dans la pratique clinique, elle est suspectée lorsqu'une absence de progression du travail pendant un temps donné est associée à une anomalie de la dynamique utérine (6,7).

Cette anomalie du travail, tout comme les deux autres formes de dystocie du travail (« origine cervico-segmentaire » et « origine mécanique »), est à l'origine d'une augmentation de la morbi-mortalité maternelle et fœtale. Selon l'OMS, cette dernière entraîne un allongement du travail, qui peut aboutir en l'absence d'interventions appropriées à un travail prolongé et donc aux complications qui y sont associées : infections intra-utérines, hémorragies du post-partum, ruptures utérines, Lésions Obstétricales du Sphincter anal (LOSA), extractions instrumentales, césariennes mais également états fœtaux non rassurants, détresses respiratoires, infections néonatales et transferts en néonatalogie (6,7).

Les deux principales interventions de la direction active du travail sont l'amniotomie et l'administration d'oxytocine (2). Elles consistent toutes deux à stimuler l'utérus afin d'améliorer la dynamique utérine. Autrement dit, elles permettent de régulariser et d'augmenter la fréquence, la durée et l'intensité des contractions utérines (5,6).

Toutefois, ces deux interventions sont à l'origine d'effets indésirables obstétricaux. L'amniotomie peut entraîner une augmentation des Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF) (ralentissements variables et tardifs), des risques infectieux ainsi que des risques de procidences du cordon et d'hémorragies de Benckiser. Quant à l'administration d'oxytocine, elle peut notamment entraîner des ruptures utérines, des hémorragies du post-partum ainsi que des hyperstimulations utérines (hypercinésies et hypertonies) associées dans certains cas à des états fœtaux non rassurants (8–10).

La direction active du travail a été introduite dans les pratiques obstétricales quotidiennes dans les années 1970 par l'équipe de Kieran (K.) O'Driscoll du National Maternity Hospital de Dublin, à la suite des travaux d'Emmanuel (E.) Friedman sur le déroulement du travail obstétrical « normal ». Ces derniers ont notamment permis de normer la dystocie du travail en définissant différents stades au sein du travail « normal » ainsi qu'une durée considérée comme « normale » pour chacun d'entre eux (11,12).

À l'origine, la direction active du travail reposait sur cinq mesures « essentielles » : diagnostiquer avec certitude le début du travail, soutenir de manière continue la parturiente au

cours du travail, réaliser un partogramme, définir précisément le travail prolongé et corriger précocement et systématiquement la dystocie d'origine dynamique (défini par les travaux d'E. Friedman comme une dilatation cervicale inférieure à un centimètre par heure) par une amniotomie et si besoin, une heure plus tard, par une administration d'oxytocine ou alors par une administration d'oxytocine (13,14).

Dès son introduction, la direction active du travail a été modifiée, systématisée et utilisée de manière excessive, entraînant ainsi une hyper-médicalisation du travail obstétrical « normal » et nécessitant dès lors, de distinguer deux types de direction active du travail: la direction active « thérapeutique » du travail, appliquée en cas de dystocie d'origine dynamique et la direction active « systématique » du travail, utilisée chez toutes les femmes, y compris en l'absence de dystocie (15–17).

Cinquante ans plus tard, en 2016, au vu des résultats des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) de 2010 et de 2016, il semble toujours nécessaire de distinguer ces deux types de direction active du travail. En effet, en 2010 comme en 2016, la pratique semble s'étendre au-delà de sa seule indication « thérapeutique » et ce malgré les effets indésirables incontestables de ces interventions.

En 2010, 51,1% des femmes en travail spontané ont eu une amniotomie et 57,6% une administration d'oxytocine. En 2016, ces taux étaient respectivement de 41,4% et 44,3% (18). En 2010, 45% des femmes à bas risque obstétrical en travail spontané ont eu une administration d'oxytocine. En cas d'analgésie péridurale, cette administration était pratiquée chez 71% d'entre elles. La prévalence de la dystocie d'origine dynamique chez les femmes à bas risque obstétrical en travail spontané n'a quant à elle été estimée qu'à environ 20% des accouchements (16).

Néanmoins, l'ENP de 2016 a tout de même mis en évidence une diminution de la réalisation des interventions de la direction active du travail, entre 2010 et 2016, témoin d'une remise en question des pratiques par les professionnels (18).

Ces dix dernières années, de nombreux travaux dont notamment ceux de Laughton et *al.* et Zhang et *al.*, ont mis en évidence une inadéquation des définitions d'E. Friedman sur le déroulement du travail obstétrical « normal » aux profils actuels des femmes enceintes et des pratiques obstétricales. Ces définitions « inadéquates » ont ainsi également conduit à une utilisation excessive de la direction active du travail et donc par conséquent contribué à l'hyper-médicalisation du travail obstétrical « normal » (2,19).

Ces deux constats sont, pour rappel, à l'origine des RPC de 2016.

En 2018, malgré la publication des RPC de 2016, il nous semble au vu de nos stages en salle de naissances qu'il persiste dans les pratiques obstétricales françaises un usage excessif de la direction active du travail : utilisation « systématique » de la direction active du travail sans aucune raison médicale et utilisation de la direction active du travail sur des arguments largement dépassés depuis la publication des RPC de 2016.

C'est pour cela que nous nous sommes demandé quel impact ont eu les RPC de 2016 sur la pratique de la direction active du travail chez les femmes enceintes à bas risque obstétrical admises en travail spontané au sein des maternités du CHU de Strasbourg (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)), et ce plus d'un an après leur publication, au cours de l'année 2018.

Les maternités du CHU de Strasbourg sont au nombre de deux : le Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical (CMCO) de Schiltigheim de type IIA, où ont eu lieu 3129 accouchements en 2018 et l'Hôpital de Hautepierre de type III dans laquelle ont eu lieu 2839 accouchements en 2018.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les pratiques professionnelles des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 sur la pratique suivante : la direction active du travail chez les femmes à bas risque obstétrical en travail spontané.

Le deuxième objectif était de mettre en évidence l'existence d'une évolution de la conformité de la pratique observé avec les RPC de 2016 au cours de l'année 2018.

Le troisième objectif était de mettre en évidence l'existence d'une relation entre la pratique observée dans les maternités du CHU de Strasbourg et leur nombre d'accouchements annuel.

Le quatrième objectif était de comparer les caractéristiques du travail et de la délivrance ainsi que les caractéristiques fœtales et néonatales entre les femmes ayant eu une direction active du travail conforme aux RPC de 2016, celles ayant eu une direction active du travail non conforme et celles n'ayant pas eu de direction active du travail.

Avant de commencer notre étude, nous avons formulé les hypothèses suivantes:

- Il existe une discordance entre la pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 et celle énoncée dans les RPC de 2016 chez les femmes à bas risque obstétrical en travail spontané.

- L'écart entre la pratique observée et les RPC de 2016 est plus important au début qu'à la fin de l'année 2018 du fait d'une intégration progressive des RPC de 2016 dans les pratiques obstétricales.
- Plus le nombre d'accouchements annuel est important plus l'écart entre la pratique observée et les RPC de 2016 l'est également.
- Il existe une différence entre les caractéristiques du travail et de la délivrance ainsi qu'entre les caractéristiques fœtales et néonatales des femmes ayant eu une direction active du travail conforme aux RPC de 2016, celles des femmes ayant eu une direction active du travail non conforme et celles des femmes n'ayant pas eu de direction active du travail.

Pour répondre à notre problématique, nous réaliserons une évaluation des pratiques professionnelles dont nous détaillerons dans la suite de ce travail : la méthodologie, les résultats ainsi que l'analyse et la discussion de ces derniers.

## II°/ MATÉRIELS ET MÉTHODES

Pour notre étude, nous avons choisi comme méthode d'évaluation des pratiques professionnelles : l'audit clinique. Ce dernier « permet à l'aide de critères de qualité déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer » (20).

Il se déroule en trois phases : l'évaluation de la pratique, la mise en place d'un plan d'amélioration et la réévaluation de la pratique.

Notre travail correspondait à la première phase. Cette dernière comporte cinq étapes : le choix du thème, le choix des critères, le choix de la méthode de mesure, le recueil des données et l'analyse des résultats.

## II°/ A. Le choix des critères

Les critères qualités sont « des signes admis par le plus grand nombre permettant de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique évaluée » (20). Pour notre audit clinique, nous en avons défini deux, que nous avons détaillé conformément au document : « L'Audit Clinique » de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 1999 dans le tableau I et II (21).

Pour définir ces deux critères, nous avons élaboré et rédigé un référentiel énonçant les exigences qualités relatives à la pratique de la direction active du travail : « Les fondements de la direction active du travail : indications et modalités de réalisation » (ANNEXE I).

Tableau I : Le critère qualité 1

Critère qualité 1	
Intitulé	L'indication de la direction active du travail est justifiée. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Éléments mesurables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1. Le diagnostic de dystocie d'origine dynamique est envisageable au cours de cette phase du travail <input type="checkbox"/></li> <li>- 2. La dystocie du travail est avérée au moment de débiter la direction active du travail <input type="checkbox"/></li> <li>- 3. Il existe une anomalie de la dynamique utérine de type hypokinésie ou dyscinésie au début de la direction active du travail <input type="checkbox"/></li> <li>- Exception : la durée totale de la phase de descente du deuxième stade du travail est supérieure ou égale à deux heures <input type="checkbox"/></li> </ul>
Valeur cible	Attendue dans 100% des cas.
Instructions	Répondre « oui » si les trois éléments ou si l'exception sont affirmés. Répondre « non » si au moins l'un des éléments est manquant.

Tableau II : Le critère qualité 2

Critère qualité 2	
Intitulé	Les modalités de réalisation de la direction active du travail sont optimales. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Éléments mesurables	<u>Amniotomie seule</u>
	- 1'. Les modalités générales de la direction active du travail sont optimales <input type="checkbox"/>
	- 2'. Les modalités de l'amniotomie sont optimales <input type="checkbox"/>
	<u>Administration d'oxytocine seule</u>
	- 1'. Les modalités générales de la direction active du travail sont optimales <input type="checkbox"/>
	- 3'. Les modalités de l'administration d'oxytocine sont optimales <input type="checkbox"/>
	<u>Amniotomie et administration d'oxytocine</u>
	- 1'. Les modalités générales de la direction active du travail sont optimales <input type="checkbox"/>
	- 2'. Les modalités de l'amniotomie sont optimales <input type="checkbox"/>
	- 3'. Les modalités de l'administration d'oxytocine sont optimales <input type="checkbox"/>
Valeur cible	Attendue dans 100% des cas.
Instructions	Répondre « oui » si tous les éléments concernés sont affirmés. Répondre « non » si au moins l'un des éléments est manquant.

Ces deux critères ont été validés ou invalidés selon l'affirmation ou l'infirmité de leurs éléments mesurables via un ensemble de variables créées à partir du référentiel: les variables principales (ANNEXE II).

Leur étude a par la suite été complétée par d'autres variables : les variables secondaires et les covariables (ANNEXE III et IV).

## II°/ B. Le choix de la méthode de mesure

### II°/ B. 1) Le type d'étude

Nous avons entrepris un audit clinique rétrospectif et multicentrique.

### II°/ B. 2) Les critères d'inclusion

Les dossiers concernés par notre étude étaient les dossiers des femmes enceintes considérées comme étant à bas risque obstétrical par les recommandations de bonnes pratiques « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » de la HAS de 2016 admises en salle de naissances en travail spontané au sein d'une des maternités du CHU de Strasbourg en 2018.

### II°/ B. 3) Les critères d'exclusion

Les dossiers des femmes enceintes participant à l'étude Partodys<sup>1</sup> ou présentant à leur admission des ARCF à risque d'acidose, un liquide amniotique teinté ou méconial ou des métrorragies étaient exclus de notre étude.

Nous avons également exclu, a posteriori de notre sélection de dossiers, lors de notre recueil de données, les dossiers des femmes enceintes présentant des complications maternelles (métrorragies) ou fœtales (ARCF à risque d'acidose et/ou liquide amniotique teinté ou méconial) au cours du travail et ce avant la présence d'une direction active du travail.

### II°/ B. 4) La sélection des dossiers

Préalablement à notre sélection de dossiers, nous avons créé, au vu de nos objectifs, quatre groupes d'études : « Groupe 1 - CMCO - Janvier 2018 », « Groupe 2 - CMCO - Décembre 2018 », « Groupe 3 - Hôpital de Hautepierre - Janvier 2018 » et « Groupe 4 - Hôpital de Hautepierre - Décembre 2018 ».

Pour notre sélection de dossiers, nous avons réalisé, pour chacun des groupes préalablement créés, un tirage au sort parmi une liste de dossiers (Figure 1).

### II°/ C. Le recueil de données

Pour le recueil de données, nous nous sommes conformés à la procédure « Études de dossiers » du CHU de Strasbourg. Ainsi, nous avons pu étudier, du 01 juin 2019 au 30 novembre 2019, les dossiers papier, en particulier les partogrammes et le tracé cardiotocographique, afin de relever les données nécessaires à notre travail.

Ces données ont été recueillies dans un tableur du logiciel Microsoft Excel® préalablement créé.

---

<sup>1</sup> L'étude Partodys est une étude pilote sur l'utilisation d'un partogramme comportant une ligne d'intervention en cours au sein des maternités des HUS.

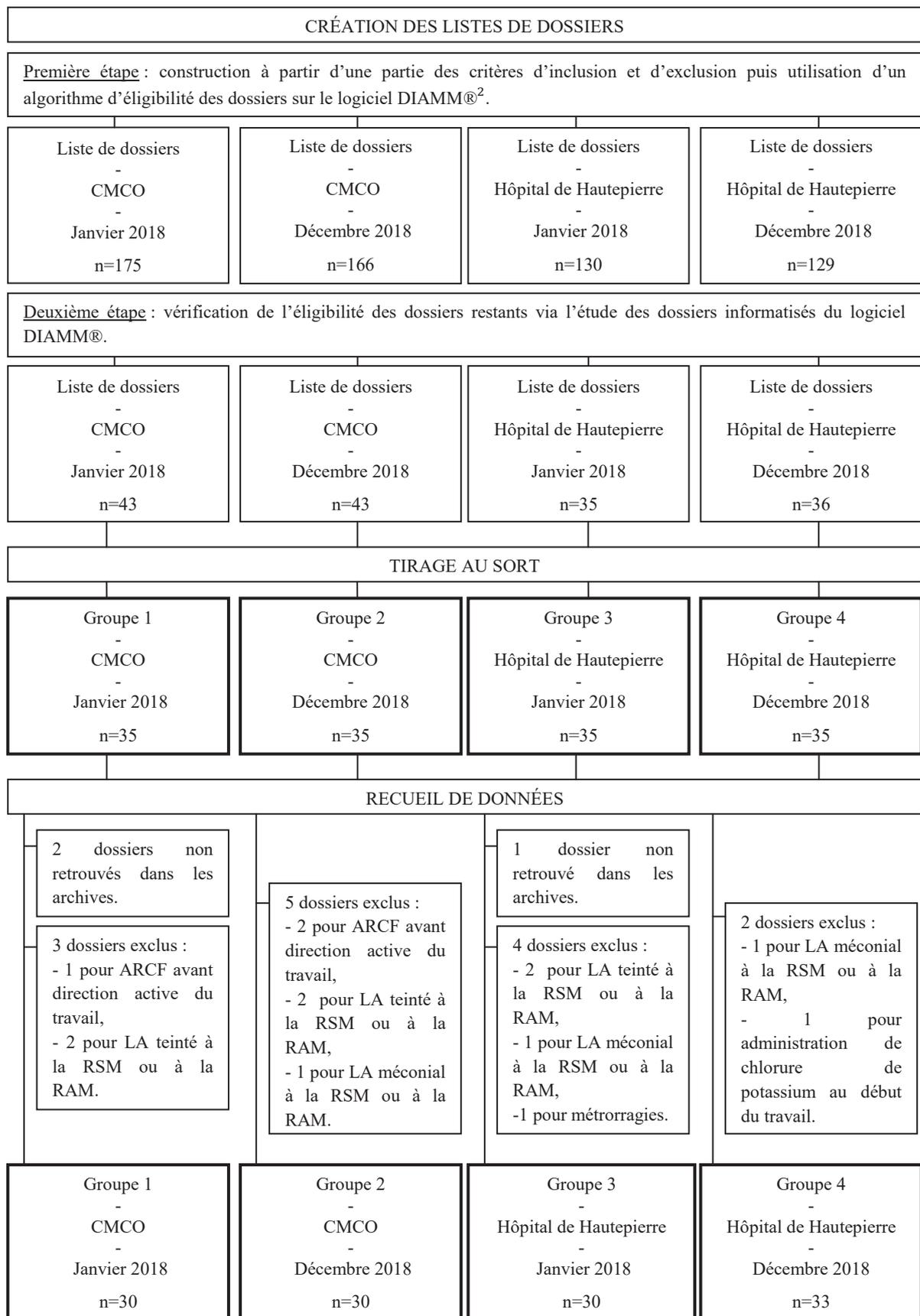


Figure 1 : Diagramme de flux.

<sup>2</sup> Le logiciel DIAMM contient l'ensemble des dossiers obstétricaux informatisés des HUS.

## II°/ D. L'analyse des résultats

Les données recueillies ont été étudiées différemment selon les objectifs (Tableau III).

Tableau III : L'analyse des résultats

	Groupe(s) étudié(s)	Traitement des données			
		Tris à plat	Tris croisés	Tests statistiques de comparaison	
Objectif 1 : « Évaluer les pratiques professionnelles des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 sur la pratique suivante : la direction active du travail chez les femmes à bas risque obstétrical en travail spontané. »	1, 2, 3 et 4 réunis	X	X		
Objectif 2 : « Mettre en évidence l'existence d'une évolution de la conformité de la pratique observé avec les RPC de 2016 au cours de l'année 2018. »	1 et 3 versus 2 et 4	X	X		X
Objectif 3 : « Mettre en évidence l'existence d'une relation entre la pratique observée dans les maternités du CHU de Strasbourg et leur nombre d'accouchements annuel. »	1 et 2 versus 3 et 4	X	X		X
Objectif 4 : « Comparer les caractéristiques du travail et de la délivrance ainsi que les caractéristiques fœtales et néonatales entre les femmes ayant eu une direction active du travail conforme aux RPC de 2016, celles ayant eu une direction active du travail non conforme et celles n'ayant pas eu de direction active du travail. »	1, 2, 3 et 4 réunis	X	X		X

Les tris à plat et les tris croisés ont été effectués à l'aide du logiciel Microsoft Excel®, quant aux tests statistiques de comparaison : test du khi-deux pour les variables qualitatives et test de Student pour les variables quantitatives, ces derniers ont été effectués à l'aide du logiciel GMRC Shiny Stats des HUS.

### III°/ RÉSULTATS

### III°/ A. La direction active du travail

Pour rappel, nous avons sélectionné 123 dossiers de femmes enceintes à bas risque obstétrical admises en travail spontané au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018.

Il a été relevé dans 47% (n=58) de ces dossiers une direction active du travail. Pour rappel, la direction active du travail regroupe l'amniotomie et l'administration d'oxytocine. Il a été relevé dans 28% des dossiers une amniotomie et dans 31% une administration d'oxytocine.

Dans la suite de notre travail, nous avons regroupé les dossiers des femmes ayant eu une direction active du travail dans l'effectif dit « DAT » (Direction Active du Travail), quant aux autres dossiers, nous les avons regroupés dans l'effectif dit « PAS DE DAT » (Tableau IV).

Tableau IV : Description des effectifs dit « DAT » et « PAS DE DAT »

	DAT (n=58)	PAS DE DAT (n=65)	p <sup>1</sup>
	Moyenne (+/- Écart type) [Minimum ; Maximum]		
<i>Âge maternel (années)</i>	28,5 (+/- 3,4) [20,0 ; 34,0]	28,8 (+/- 3,3) [19,0 ; 34,0]	0,53
<i>Indice de masse corporelle au début de grossesse (kg/m<sup>2</sup>)</i>	23,0 (+/- 3,7) [18,1 ; 36,7]	22,8 (+/- 3,4) [17,7 ; 33,9]	0,80
<i>Âge gestationnel à l'accouchement (semaines d'aménorrhées)</i>	40+0 (+/- 1+0) [37+1 ; 41+5]	39+5 (+/- 1+0) [37+3 ; 41+5]	0,11
<i>Poids néonatal (grammes)</i>	3370,9 (+/- 333,9) [2610,0 ; 4095,0]	3347,3 (+/- 387,8) [2240,0 ; 4210,0]	0,73
	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Parité</i>			
Nullipares	38 (66)	23 (35)	<b>0,00</b>
Multipares	20 (34)	42 (65)	
<i>État de la poche des eaux au début du partogramme</i>			
Intacte	42 (72)	33 (51)	<b>0,03</b>
Rompue	16 (28)	29 (44)	
Pas de donnée	0 (0)	3 (5)	
<i>Recours à une analgésie péridurale au cours du travail</i>			
Oui	53 (91)	42 (65)	<b>0,00</b>
Phase de latence	35 (66)	25 (60)	
Phase active 1	14 (26)	9 (21)	
Phase active 2	3 (6)	2 (5)	
Phase de descente	0 (0)	0 (0)	
Pas de donnée	1 (2)	6 (14)	
Non	5 (9)	23 (35)	

Il a été relevé une différence significative entre l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT » en ce qui concerne la parité ( $p^1=0,00$ ), l'état de la poche des eaux au début du partogramme ( $p^1=0,03$ ) et le recours à une analgésie péridurale au cours du travail ( $p^1=0,00$ ) (Tableau IV).

### III°/ B. L'audit clinique

Notre audit clinique portait sur l'effectif « DAT » soit 58 dossiers.

#### III°/ B. 1) Les écarts

Nous avons identifié et regroupé les principaux écarts entre la pratique de la direction active du travail observée et celle énoncée dans les RPC de 2016 (ANNEXE I) dans les tableaux V et VI. Nous avons associé ces derniers à leur taux moyen de non-conformité.

Tableau V : Principaux écarts entre la pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 et celle énoncée dans les RPC de 2016

	Taux de non-conformité %	
<i>Diagnostic erroné de dystocie d'origine dynamique au cours du premier stade du travail entraînant une utilisation de la direction active du travail à mauvais escient.</i>	90	
<i>Phase du travail inadéquate.</i>	47	
<i>Durée depuis la dernière modification de la dilatation cervicale inadéquate.</i>	100	
<i>Dynamique utérine inadéquate.</i>	78	
<i>Utilisation de la direction active du travail au cours du deuxième stade du travail à mauvais escient : durée totale de la phase de descente inadéquate.</i>	50	
<i>Absence de protocole de service sur la direction active du travail.</i>	100	
<i>Absence de l'indication écrite de la direction active du travail dans le dossier.</i>	Amniotomie seule	90
	Administration d'oxytocine seule	91
	Amniotomie et administration d'oxytocine	93
<i>Absence des mentions « information sur la direction active du travail donnée à la patiente » et « consentement de la patiente recueillie pour la direction active du travail » dans les dossiers.</i>	Amniotomie seule	95
	Administration d'oxytocine seule	100
	Amniotomie et administration d'oxytocine	100
<i>Absence d'analyse écrite de la surveillance cardiotocographique, par 30 minutes, dans le dossier.</i>	Amniotomie seule	100
	Administration d'oxytocine seule	100
	Amniotomie et administration d'oxytocine	100

Tableau VI : Principaux écarts entre la pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 et celle énoncée dans les RPC de 2016 (suite)

	Taux de non-conformité %	
<i>Absence de protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine au cours d'un travail spontané.</i>	100	
<i>Absence de valve anti-reflux sur le dispositif médical permettant l'administration de l'oxytocine.</i>	100	
<i>Utilisation d'un autre soluté que le glucosé 5% pour la dilution de l'oxytocine.</i>	100	
<i>Intervalle de temps minimum entre chaque augmentation de débit inadéquat.</i>	Administration d'oxytocine seule	52
	Amniotomie et administration d'oxytocine	53
<i>Absence écrite des horaires de chaque augmentation de débit d'oxytocine dans le dossier.</i>	Administration d'oxytocine seule	100
	Amniotomie et administration d'oxytocine	93
<i>Absence écrite de la dose totale d'oxytocine administrée, en mUI, au cours du travail dans le dossier.</i>	Administration d'oxytocine seule	100
	Amniotomie et administration d'oxytocine	100
<i>Poursuite de l'augmentation du débit d'oxytocine malgré l'obtention d'une modification cervicale au cours du premier stade du travail ou de cinq contractions utérines par 10 minutes.</i>	Administration d'oxytocine seule	69
	Amniotomie et administration d'oxytocine	67
<i>En cas d'amniotomie et d'administration d'oxytocine, réalisation non conforme des interventions de direction active du travail.</i>		
<i>Ordre de réalisation des interventions inadéquate.</i>		20
<i>Délai entre les interventions inadéquat.</i>		33
<i>Motif de la deuxième intervention inadéquat.</i>		93

### III°/ B. 2) Les critères qualités

#### III°/ B. 2) a. Le critère qualité 1

Le critère qualité 1 : « l'indication de la direction active du travail est justifiée » était validé si les trois éléments mesurables suivants : « le diagnostic de dystocie d'origine dynamique est envisageable au cours de cette phase du travail », « la dystocie du travail est avérée au moment de débiter la direction active du travail » et « il existe une anomalie de la dynamique

utérine de type dyscinésie ou hypocinésie au début de la direction active du travail » ou si l'exception suivante : « la durée totale de la phase de descente du deuxième stade du travail est supérieure ou égale à deux heures » étaient affirmés.

Ce critère a été validé dans 10% (n=6) des dossiers de l'effectif « DAT », uniquement via l'affirmation de l'exception (Tableau VII).

Tableau VII : Répartition des dossiers de l'effectif « DAT » en fonction de la validation du critère qualité 1 et de l'affirmation des éléments mesurables le concernant

	DAT (n=58)	
	Effectif n	(Fréquence %)
<i>Critère qualité 1 validé</i>	6	(10)
<i>Élément mesurable 1 affirmé</i>	31	(53)
<i>Élément mesurable 2 affirmé</i>	0	(0)
<i>Élément mesurable 3 affirmé</i>	14	(24)
<i>Exception affirmée*</i>	(n=12) 6	(50)

\* Effectif non exhaustif

- L'élément mesurable 1

L'élément mesurable 1 : « le diagnostic de dystocie d'origine dynamique est envisageable au cours de cette phase du travail » était affirmé si et seulement si la direction active du travail était débutée au cours de la phase active 1 ou de la phase active 2 du premier stade du travail.

Cet élément a été affirmé dans 53% (n=31) des dossiers de l'effectif « DAT » (Tableau VII).

Dans les dossiers de l'effectif « DAT », la direction active du travail a été débutée dans 26% (n=15) au cours de la de la phase de latence, dans 22% (n=13) au cours de la phase active 1, dans 31% (n=18) au cours de la phase active 2 et dans 21% (n=12) au cours de la phase de descente.

- L'élément mesurable 2

L'élément mesurable 2 : « la dystocie du travail est avérée au moment de débiter la direction active du travail » était affirmé si au début de la direction active du travail la durée depuis la dernière modification de la dilatation cervicale était supérieure ou égale à quatre heures au cours de la phase active 1 ou si elle était supérieure ou égale à deux heures au cours de la

phase active 2.

Il était infirmé d'office si la direction active du travail était débutée au cours de la phase de latence du premier stade du travail ou au cours de la phase de descente du deuxième stade du travail.

Cet élément a été infirmé dans 100% (n=58) des dossiers de l'effectif « DAT » (Tableau VII).

Dans la majorité des dossiers de l'effectif « DAT » où l'affirmation de l'élément mesurable 2 était envisageable, c'est-à-dire où la direction active du travail était débutée en phase active 1 ou en phase active 2 du premier stade du travail, la durée depuis la dernière modification de la dilatation cervicale était inférieure à 30 minutes.

- L'élément mesurable 3

L'élément mesurable 3 : « il existe une anomalie de la dynamique utérine de type dyscinésie ou hypocinésie au début de la direction active du travail » était affirmé s'il existait au moment de débiter la direction active du travail une anomalie de la dynamique utérine de type dyscinésie ou hypocinésie.

Il était infirmé d'office si la direction active du travail était débutée au cours de la phase de latence du premier stade du travail ou au cours de la phase de descente du deuxième stade du travail.

Cet élément a été affirmé dans 22% (n=13) des dossiers de l'effectif « DAT » (Tableau VII).

- L'exception

L'exception : « la durée totale de la phase de descente du deuxième stade du travail est supérieure ou égale à deux heures » n'était envisageable que si la direction active du travail était débutée au cours de la phase de descente du deuxième stade du travail.

Elle était affirmée si et seulement si la durée totale de cette phase était supérieure ou égale à deux heures au moment de débiter la direction active du travail et ce quelle que soit la dynamique utérine associée.

Cette dernière a été affirmée dans 50% (n=6) des dossiers de l'effectif « DAT » concernés (Tableau VII).

Dans la majorité des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par l'exception, la durée totale de la phase de descente du deuxième stade du travail était supérieure ou égale à deux heures.

### III°/ B. 2) b. Le critère qualité 2

Le critère qualité 2 : « les modalités de réalisation de la direction active du travail sont optimales » a été invalidé dans 100% (n=58) des dossiers de l'effectif « DAT » (Tableau VIII)

Pour rappel, la validation de ce deuxième critère dépendait de la ou des intervention(s) de direction active du travail réalisée(s) au cours du travail : amniotomie seule, administration d'oxytocine seule ou amniotomie et administration d'oxytocine.

Tableau VIII : Répartition des dossiers de l'effectif « DAT » en fonction de la validation du critère qualité 2 et de l'affirmation des éléments mesurables le concernant

	DAT (n=58)	
	Effectif n	(Fréquence %)
<i>Critère qualité 2 validé</i>	0	(0)
<u>Amniotomie seule*</u>		(n=20)
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0	(0)
<i>Élément mesurable 2' affirmé</i>	20	(100)
<u>Administration d'oxytocine seule*</u>		(n=23)
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0	(0)
<i>Élément mesurable 3' affirmé</i>	0	(0)
<u>Amniotomie et administration d'oxytocine*</u>		(n=15)
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0	(0)
<i>Élément mesurable 2' affirmé</i>	12	(80)
<i>Élément mesurable 3' affirmé</i>	0	(0)

\* Effectif non exhaustif

- Intervention(s) réalisée(s) : amniotomie seule

En cas d'amniotomie seule, le critère qualité 2 était validé si et seulement si les deux éléments mesurables suivants étaient affirmés : « les modalités générales de la direction active du travail sont optimales » et « les modalités de l'amniotomie sont optimales ».

- L'élément mesurable 1'

L'élément mesurable 1' : « les modalités générales de la direction active du travail sont optimales » était affirmé si et seulement si toutes les variables attribuées à l'élément 1' étaient affirmées (ANNEXE II).

Cet élément a été infirmé dans 100% (n=20) des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par la réalisation d'une amniotomie seule (Tableaux VIII).

Nous avons détaillé dans le tableau IX les proportions d'affirmation des différentes variables attribuées à l'élément mesurable 1'.

Tableau IX : Répartition des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par une amniotomie seule en fonction de l'affirmation des variables attribuées à l'élément mesurable 1'

	DAT : amniotomie seule (n=20)	
	Effectif n	(Fréquence %)
<i>Présence d'un protocole de service sur la direction active du travail</i>	0	(0)
<i>Présence écrite de l'indication de la direction active du travail dans le dossier</i>	2	(10)
<i>Présence d'une mention « information sur la direction active du travail donnée à la patiente » dans le dossier</i>	1	(5)
<i>Présence d'une mention « consentement de la patiente recueillie pour la direction active du travail » dans le dossier</i>	1	(5)
<i>Présence d'une surveillance cardiographique fœtale continue à partir du début de la direction active du travail</i>	20	(100)
<i>Présence d'une surveillance tocographique continue à partir du début de la direction active du travail</i>	20	(100)
<i>Présence d'une analyse écrite de la surveillance cardiographique fœtale, par 30 minutes, dans le dossier</i>	0	(0)
<i>Présence d'une analyse écrite de la surveillance tocographique, par 30 minutes, dans le dossier</i>	0	(0)

En ce qui concerne la variable : « Présence écrite de l'indication de la direction active du travail dans le dossier », il a été relevé, les cas échéants, dans les dossiers de l'effectif « DAT », toutes interventions confondues, les indications suivantes : « souhait de la patiente », « dystocie de démarrage » et « variété postérieure ».

En ce qui concerne les variables : « Présence d'une analyse écrite de la surveillance cardiographique fœtale, par 30 minutes, dans le dossier » et « Présence d'une analyse écrite de la surveillance tocographique, par 30 minutes, dans le dossier », il a été relevé dans tous les dossiers de l'effectif « DAT », toutes interventions confondues, une analyse écrite par 60 minutes. L'analyse cardiotocographique était prévue par 60 minutes dans le partogramme utilisé au sein des maternités du CHU de Strasbourg.

- L'élément mesurable 2'

L'élément mesurable 2' : « les modalités de l'amniotomie sont optimales » était affirmé si l'amniotomie était réalisée avant l'administration d'oxytocine. Il était également affirmé d'office en cas d'amniotomie seule.

Cet élément a été affirmé dans 100% (n=20) des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par la réalisation d'une amniotomie seule (Tableau VIII).

- Intervention(s) réalisée(s) : administration d'oxytocine seule

En cas d'administration d'oxytocine seule, le critère qualité 2 était validé si et seulement si les deux éléments mesurables suivants étaient affirmés : « les modalités générales de la direction active du travail sont optimales » et « les modalités de l'administration d'oxytocine sont optimales ».

- L'élément mesurable 1'

L'élément mesurable 1' : « les modalités générales de la direction active du travail sont optimales » a été infirmé dans 100% (n=23) des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par la réalisation d'une administration d'oxytocine seule (Tableau VIII).

Nous avons détaillé dans le tableau X les proportions d'affirmation des différentes variables attribuées à l'élément mesurable 1'.

Tableau X: Répartition des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par une administration d'oxytocine seule en fonction de l'affirmation des variables attribuées à l'élément mesurable 1'

	DAT : administration d'oxytocine seule (n=23)	
	Effectif n	(Fréquence %)
<i>Présence d'un protocole de service sur la direction active du travail</i>	0	(0)
<i>Présence écrite de l'indication de la direction active du travail dans le dossier</i>	2	(9)
<i>Présence d'une mention « information sur la direction active du travail donnée à la patiente » dans le dossier</i>	0	(0)
<i>Présence d'une mention « consentement de la patiente recueillie pour la direction active du travail » dans le dossier</i>	0	(0)
<i>Présence d'une surveillance cardiographique fœtale continue à partir du début de la direction active du travail</i>	22	(96)
<i>Présence d'une surveillance tocographique continue à partir du début de la direction active du travail</i>	22	(96)
<i>Présence d'une analyse écrite de la surveillance cardiographique fœtale, par 30 minutes, dans le dossier</i>	0	(0)
<i>Présence d'une analyse écrite de la surveillance tocographique, par 30 minutes, dans le dossier</i>	0	(0)

- L'élément mesurable 3'

L'élément mesurable 3' : « les modalités de l'administration d'oxytocine sont optimales » était affirmé si et seulement si toutes les variables attribuées à l'élément 3' étaient affirmées (ANNEXE II).

Cet élément a été infirmé dans 100% (n=23) des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par la réalisation d'une administration d'oxytocine seule (Tableau VIII).

Nous avons détaillé dans le tableau XI les proportions d'affirmation des différentes variables attribuées à l'élément mesurable 3'.

Tableau XI : Répartition des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par une administration d'oxytocine seule en fonction de l'affirmation des variables attribuées à l'élément mesurable 3'

	DAT : administration d'oxytocine seule (n=23)	
	Effectif n	(Fréquence %)
<i>Présence d'un protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine</i>	0	(0)
<i>L'administration intra-veineuse d'oxytocine est effectuée à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose d'oxytocine administrée</i>	23	(100)
<i>L'administration intra-veineuse d'oxytocine est effectuée à l'aide d'un dispositif médical équipé d'une valve anti-reflux</i>	0	(0)
<i>La posologie d'oxytocine utilisée est de 5 UI</i>	23	(100)
<i>Le soluté utilisé pour la dilution de l'oxytocine est du glucosé 5%</i>	0	(0)
<i>Le débit d'oxytocine initial est de 2 mUI par minute</i>	23	(100)
<i>Le débit d'oxytocine maximal est inférieur ou égal à 20 mUI par minute</i>	23	(100)
<i>Le débit d'oxytocine est augmenté par palier de 2 mUI</i>	21	(91)
<i>L'intervalle de temps minimum entre chaque augmentation de débit est de 30 minutes</i>	11	(48)
<i>Présence écrite des horaires de chaque augmentation de débit d'oxytocine dans le dossier</i>	0	(0)
<i>Présence écrite des débits d'oxytocine utilisés, en mUI par minute, dans le dossier</i>	22	(96)
<i>Présence écrite de la dose totale d'oxytocine administrée, en mUI au cours du travail dans le dossier</i>	0	(0)
<i>Arrêt de l'augmentation du débit d'oxytocine dès l'obtention d'une modification cervicale au cours du premier stade du travail ou de cinq contractions utérines par 10 minutes</i>	7	(31)
<i>Arrêt de l'administration d'oxytocine en cas d'ARCF évoquant un risque d'acidose associé à la présence d'une hyperactivité utérine*</i>	(n=2) 2	(100)

\* Effectif non exhaustif

En ce qui concerne la variable : « Présence d'un protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine », il n'existait pas de protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine au cours du travail spontané au sein du CHU de Strasbourg (Tableau XI et XVI). La dilution de l'oxytocine était indiquée sur le partogramme utilisé au sein de maternités du CHU de Strasbourg : « 5 UI d'oxytocine dans 50 millilitres de chlorure de sodium (NaCl) ».

Nous avons présenté dans le tableau XII les caractéristiques de l'administration d'oxytocine retrouvées en cas d'administration d'oxytocine seule.

Tableau XII : Les caractéristiques de l'administration d'oxytocine en cas d'administration d'oxytocine seule

	DAT : administration d'oxytocine seule (n=23)
	Moyenne (+/- Écart type) [Minimum ; Maximum]
<i>Débit d'oxytocine initial (en mUI par minutes)</i>	2,0 (+/- 0,0) [2,0 ; 2,0]
<i>Dose palier lors de l'augmentation du débit d'oxytocine (en mUI)</i>	2,0 (+/- 0,0) [2,0 ; 2,0]
<i>Intervalle de temps minimum entre chaque augmentation de débit (en minutes)</i>	22 (+/- 12) [4 ; 60]
<i>Débit d'oxytocine maximal (en mUI par minutes)</i>	3,8 (+/- 1,7) [2,0 ; 6,0]
<i>Dose totale d'oxytocine administrée (en mUI)</i>	733,8 (+/- 1459,5) [80,0 ; 8730,0]

- Intervention(s) réalisée(s) : amniotomie et administration d'oxytocine

En cas d'amniotomie et d'administration d'oxytocine, le critère qualité 2 était validé si et seulement si les trois éléments mesurables suivants étaient affirmés : « les modalités générales de la direction active du travail sont optimales », « les modalités de l'amniotomie sont optimales » et « les modalités de l'administration d'oxytocine sont optimales ».

- L'élément mesurable 1'

L'élément mesurable 1' : « les modalités générales de la direction active du travail sont optimales » a été infirmé dans 100% (n=15) des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par la réalisation d'une amniotomie et d'une administration d'oxytocine (Tableau VIII).

Nous avons détaillé dans le tableau XIII les proportions d'affirmation des différentes variables attribuées à l'élément mesurable 1'.

Tableau XIII : Répartition des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par une amniotomie et une administration d'oxytocine en fonction de l'affirmation des variables attribuées à l'élément mesurable 1'

DAT : amniotomie et administration d'oxytocine (n=15)	
	Effectif n      (Fréquence %)
<i>Présence d'un protocole de service sur la direction active du travail</i>	0 (0)
<i>Présence écrite de l'indication de la direction active du travail dans le dossier</i>	1 (7)
<i>Présence d'une mention « information sur la direction active du travail donnée à la patiente » dans le dossier</i>	0 (0)
<i>Présence d'une mention « consentement de la patiente recueillie pour la direction active du travail » dans le dossier</i>	0 (0)
<i>Présence d'une surveillance cardiographique fœtale continue à partir du début de la direction active du travail</i>	15 (100)
<i>Présence d'une surveillance tocographique continue à partir du début de la direction active du travail</i>	15 (100)
<i>Présence d'une analyse écrite de la surveillance cardiographique fœtale, par 30 minutes, dans le dossier</i>	0 (0)
<i>Présence d'une analyse écrite de la surveillance tocographique, par 30 minutes, dans le dossier</i>	0 (0)

- L'élément mesurable 2'

Pour rappel, l'élément mesurable 2' : « les modalités de l'amniotomie sont optimales » était affirmé si l'amniotomie était réalisée avant l'administration d'oxytocine.

Cet élément a été affirmé dans 80% (n=12) des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par la réalisation d'une amniotomie et d'une administration d'oxytocine (Tableau VIII).

- L'élément mesurable 3'

L'élément mesurable 3' : « les modalités de l'administration d'oxytocine sont optimales » a été infirmé dans 100% (n=15) des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par la réalisation d'une amniotomie et d'une administration d'oxytocine (Tableau VIII).

Nous avons détaillé dans les tableaux XIV et XVI les proportions d'affirmation des différentes variables attribuées à l'élément mesurable 3'.

Tableau XIV : Répartition des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par une amniotomie et une administration d'oxytocine en fonction de l'affirmation des variables attribuées à l'élément mesurable 3'

	DAT : amniotomie et administration d'oxytocine (n=15)	
	Effectif n	(Fréquence %)
<i>Le délai entre l'amniotomie et l'administration d'oxytocine est supérieur ou égal à 1 heure.</i>	10	(67)
<i>Le motif de l'administration d'oxytocine après l'amniotomie est pertinent : « persistance d'une dystocie d'origine dynamique »</i>	1	(7)

En ce qui concerne la variable : « Le délai entre l'amniotomie et l'administration d'oxytocine est supérieur ou égal à 1 heure », nous avons présenté dans le tableau XV les données associées.

Tableau XV : Le délai entre l'amniotomie et l'administration d'oxytocine

	DAT : amniotomie et administration d'oxytocine (n=15)	
	Moyenne (+/- Écart type) [Minimum ; Maximum]	
<i>Délai entre l'amniotomie et l'administration d'oxytocine (en minutes)</i>	217 (+/- 207) [15 ; 720]	

Tableau XVI : Répartition des dossiers de l'effectif « DAT » concernés par une amniotomie et une administration d'oxytocine en fonction de l'affirmation des variables attribuées à l'élément mesurable 3' (suite)

DAT : amniotomie et administration d'oxytocine (n=15)	
	Effectif n      (Fréquence %)
<i>Présence d'un protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine</i>	0 (0)
<i>L'administration intra-veineuse d'oxytocine est effectuée à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose d'oxytocine administrée</i>	15 (100)
<i>L'administration intra-veineuse d'oxytocine est effectuée à l'aide d'un dispositif médical équipé d'une valve anti-reflux</i>	0 (0)
<i>La posologie d'oxytocine utilisée est de 5 UI</i>	15 (100)
<i>Le soluté utilisé pour la dilution de l'oxytocine est du glucosé 5%</i>	0 (0)
<i>Le débit d'oxytocine initial est de 2 mUI par minute</i>	15 (100)
<i>Le débit d'oxytocine maximal est inférieur ou égal à 20 mUI par minute</i>	15 (100)
<i>Le débit d'oxytocine est augmenté par palier de 2 mUI</i>	15 (100)
<i>L'intervalle de temps minimum entre chaque augmentation de débit est de 30 minutes</i>	8 (53)
<i>Présence écrite des horaires de chaque augmentation de débit d'oxytocine dans le dossier</i>	1 (7)
<i>Présence écrite des débits d'oxytocine utilisés, en mUI par minute, dans le dossier</i>	13 (87)
<i>Présence écrite de la dose totale d'oxytocine administrée, en mUI au cours du travail dans le dossier</i>	0 (0)
<i>Arrêt de l'augmentation du débit d'oxytocine dès l'obtention d'une modification cervicale au cours du premier stade du travail ou de cinq contractions utérines par 10 minutes</i>	5 (33)
<i>Arrêt de l'administration d'oxytocine en cas d'ARCF évoquant un risque d'acidose associé à la présence d'une hyperactivité utérine*</i>	(n=2) 2 (100)

\* Effectif non exhaustif

Nous avons présenté dans le tableau XVII les caractéristiques de l'administration d'oxytocine retrouvées en cas d'amniotomie et d'administration d'oxytocine.

Tableau XVII : Les caractéristiques de l'administration d'oxytocine en cas d'amniotomie et d'administration d'oxytocine

	DAT : amniotomie et administration d'oxytocine (n=15)
	Moyenne (+/- Écart type) [Minimum ; Maximum]
<i>Débit d'oxytocine initial (en mUI par minutes)</i>	2,0 (+/- 0,0) [2,0 ; 2,0]
<i>Dose palier lors de l'augmentation du débit d'oxytocine (en mUI)</i>	2,0 (+/- 0,0) [2,0 ; 2,0]
<i>Intervalle de temps minimum entre chaque augmentation de débit (en minutes)</i>	23 (+/- 12) [10 ; 35]
<i>Débit d'oxytocine maximal (en mUI par minutes)</i>	5,0 (+/- 2,8) [2,0 ; 6,0]
<i>Dose totale d'oxytocine administrée (en mUI)</i>	742.2 (+/- 1501,2) [28,0 ; 1050,0]

### III°/ C. Évolution de la pratique de la direction active du travail entre le mois de janvier et de décembre 2018

Au sein de l'effectif « DAT », 28 dossiers étaient issus du mois de janvier 2018 et 30 dossiers du mois de décembre 2018.

Dans la suite de notre travail, nous avons regroupé les dossiers de l'effectif « DAT » issus du mois de janvier 2018 dans le sous-effectif « CHU de Strasbourg - Janvier 2018 » et les dossiers issus du mois de décembre 2018 dans le sous-effectif « CHU de Strasbourg - Décembre 2018 » (Tableau XVIII).

Les dossiers de ces deux sous-effectifs étaient comparables (Tableau XVIII).

Tableau XVIII: Description des sous-effectifs dit « CHU de Strasbourg - Janvier 2018 » et « CHU de Strasbourg - Décembre 2018 »

	CHU de Strasbourg		p <sup>2</sup>
	Janvier 2018 (n=28)	Décembre 2018 (n=30)	
	Moyenne (+/- Écart type) [Minimum ; Maximum]		
<i>Âge maternel (années)</i>	28,5 (+/- 3,3) [21,0 ; 34,0]	28,4 (+/- 3,5) [20,0 ; 34,0]	0,94
<i>Indice de masse corporelle au début de grossesse (kg/m<sup>2</sup>)</i>	22,7 (+/- 3,) [18,4 ; 32,8]	23,4 (+/- 3,2) [18,1 ; 36,4]	0,73
<i>Âge gestationnel à l'accouchement (semaines d'aménorrhées)</i>	40+0 (+/- 1+0) [37+6; 41+5]	40+0 (+/- 1+0) [37+1 ; 41+5]	0,76
<i>Poids néonatal (grammes)</i>	3376,9 (+/- 295,1) [270,0 ; 3770,0]	3365,5 (+/- 370,3) [2610,0 ; 4095,0]	0,93
	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Parité</i>			
Nullipares	17 (61)	21 (70)	0,46
Multipares	11 (39)	9 (30)	
<i>État de la poche des eaux au début du partogramme</i>			
Intacte	21 (75)	21 (70)	0,67
Rompue	7 (25)	9 (30)	
Pas de donnée	0 (0)	0 (0)	
<i>Recours à une analgésie péridurale au cours du travail</i>			
Oui	26 (93)	27 (90)	1,00
Phase de latence	14 (65,4)	21 (78)	
Phase active 1	9 (34)	5 (18)	
Phase active 2	2 (8)	1 (4)	
Phase de descente	0 (0)	0 (0)	
Pas de donnée	1 (4)	0 (0)	
Non	2 (7)	3 (10)	

Nous n'avons observé aucune différence significative entre le mois de janvier et le mois de décembre 2018 au sein des maternités du CHU de Strasbourg en ce qui concerne le critère qualité 1 et 2 ainsi que les éléments mesurables les concernant (Tableaux XIX et XX).

Tableau XIX : Répartition et comparaison des sous-effectifs dit « CHU de Strasbourg - Janvier 2018 » et « CHU de Strasbourg - Décembre 2018 » en fonction de la validation du critère qualité 1 et de l'affirmation des éléments mesurables le concernant

	CHU de Strasbourg	CHU de Strasbourg	p <sup>2</sup>
	Janvier 2018 (n=28)	Décembre 2018 (n=30)	
	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Critère qualité 1 validé</i>	4 (14)	2 (7)	0,42
<i>Élément mesurable 1 affirmé</i>	14 (50)	17 (57)	0,61
<i>Élément mesurable 2 affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<i>Élément mesurable 3 affirmé</i>	4 (14)	10 (33)	0,09
<i>Exception affirmée*</i>	(n=8) 4 (50)	(n=4) 2 (50)	1,00

\* Effectif non exhaustif

Tableau XX : Répartition et comparaison des sous-effectifs dit « CHU de Strasbourg - Janvier 2018 » et « CHU de Strasbourg - Décembre 2018 » en fonction de la validation du critère qualité 2 et de l'affirmation des éléments mesurables le concernant

	CHU de Strasbourg	CHU de Strasbourg	p <sup>2</sup>
	Janvier 2018 (n=28)	Décembre 2018 (n=30)	
	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Critère qualité 2 validé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<u><i>Amniotomie seule*</i></u>	(n=10)	(n=10)	
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<i>Élément mesurable 2' affirmé</i>	10 (100)	10 (100)	1,00
<u><i>Administration d'oxytocine seule*</i></u>	(n=11)	(n=12)	
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<i>Élément mesurable 3' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<u><i>Amniotomie et administration d'oxytocine*</i></u>	(n=7)	(n=8)	
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<i>Élément mesurable 2' affirmé</i>	6 (86)	6 (75)	1,00
<i>Élément mesurable 3' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00

\* Effectif non exhaustif

### III°/ D. Différence entre la pratique de la direction active du travail du CMCO et de l'Hôpital de Haute-pierre

Au sein de l'effectif « DAT », 34 dossiers provenaient du CMCO, maternité de type IIA, où ont eu lieu 3129 accouchements en 2018 et 24 dossiers de l'Hôpital de Haute-pierre, maternité de type III dans laquelle ont eu lieu 2839 accouchements en 2018.

Dans la suite de notre travail, nous avons regroupé les dossiers de l'effectif « DAT » provenant du CMCO dans le sous-effectif « CMCO - 2018 » et les dossiers provenant de l'Hôpital de Haute-pierre dans le sous-effectif « Hôpital de Haute-pierre - 2018 » (Tableau XXI).

Tableau XXI : Description des sous-effectifs dit « CMCO - 2018 » et « Hôpital de Haute-pierre - 2018 »

	CMCO	Hôpital de Haute-pierre	p <sup>3</sup>
	2018 (n=34)	2018 (n=24)	
	Moyenne (+/- Écart type) [Minimum ; Maximum]		
<i>Âge maternel (années)</i>	28,4 (+/- 3,4) [21,0 ; 34,0]	28,6 (+/- 3,4) [20,0 ; 33,0]	0,83
<i>Indice de masse corporelle au début de grossesse (kg/m<sup>2</sup>)</i>	22,6 (+/- 4,0) [18,4 ; 36,7]	23,7 (+/- 3,1) [18,1 ; 29,8]	0,06
<i>Âge gestationnel à l'accouchement (semaines d'aménorrhées)</i>	40+0 (+/- 1+0) [37+1 ; 41+5]	40+1 (+/- 1+1) [37+6 ; 41+5]	0,56
<i>Poids néonatal (grammes)</i>	3366,4 (+/- 350,7) [2610,0 ; 3820,0]	3377,8 (+/- 314,8) [2760,0 ; 4095,0]	0,75
	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Parité</i>			
Nullipares	22 (65)	16 (67)	0,88
Multipares	12 (35)	8 (33)	
<i>État de la poche des eaux au début du partogramme</i>			
Intacte	23 (68)	19 (79)	0,33
Rompue	11 (32)	5 (21)	
Pas de donnée	0 (0)	0 (0)	
<i>Recours à une analgésie péridurale au cours du travail</i>			
Oui	31 (91)	22 (92)	1,00
Phase de latence	23 (74)	12 (55)	
Phase active 1	6 (19)	8 (36)	
Phase active 2	2 (7)	1 (5)	
Phase de descente	0 (0)	0 (0)	
Pas de donnée	0 (0)	1 (4)	
Non	3 (9)	2 (8)	

Les dossiers de ces deux sous-effectifs étaient comparables (Tableau XXI).

Tableau XXII : Répartition et comparaison des sous-effectifs dit « CMCO - 2018 » et « Hôpital de Haute-pierre - 2018 » en fonction de la validation du critère qualité 1 et de l'affirmation des éléments mesurables le concernant

	CMCO	Hôpital de Haute-pierre	p <sup>3</sup>
	2018 (n=34)	2018 (n=24)	
	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Critère qualité 1 validé</i>	6 (18)	0 (0)	<b>0,04</b>
<i>Élément mesurable 1 affirmé</i>	15 (44)	16 (67)	0,09
<i>Élément mesurable 2 affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<i>Élément mesurable 3 affirmé</i>	6 (18)	8 (33)	0,17
<i>Exception affirmée*</i>	(n=11) 6 (55)	(n=1) 0 (0)	1,00

\* Effectif non exhaustif

Tableau XXIII : Répartition et comparaison des sous-effectifs dit « CMCO - 2018 » et « Hôpital de Haute-pierre - 2018 » en en fonction de la validation du critère qualité 2 et de l'affirmation des éléments mesurables le concernant

	CMCO	Hôpital de Haute-pierre	p <sup>3</sup>
	2018 (n=34)	2018 (n=24)	
	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Critère qualité 2 validé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<u><i>Amniotomie seule*</i></u>	(n=12)	(n=8)	
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<i>Élément mesurable 2' affirmé</i>	12 (100)	8 (100)	1,00
<u><i>Administration d'oxytocine seule*</i></u>	(n=15)	(n=8)	
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<i>Élément mesurable 3' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<u><i>Amniotomie et administration d'oxytocine*</i></u>	(n=7)	(n=8)	
<i>Élément mesurable 1' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00
<i>Élément mesurable 2' affirmé</i>	7 (100)	5 (63)	0,20
<i>Élément mesurable 3' affirmé</i>	0 (0)	0 (0)	1,00

\* Effectif non exhaustif

Nous avons observé une proportion de validation du critère qualité 1 significativement plus importante au CMCO qu'à l'Hôpital de Haute-pierre ( $p^3= 0,04$ ). En ce qui concerne le critère qualité 2 ou les éléments mesurables, il n'a été relevé aucune différence significative entre le CMCO et l'Hôpital de Haute-pierre (Tableaux XXII et XXIII).

### III°/ E. Comparaison des issues de l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT »

Pour rappel, nous avons regroupé les dossiers des femmes ayant eu une direction active du travail dans l'effectif dit « DAT » (Direction Active du Travail), quant aux autres dossiers, nous les avons regroupés dans l'effectif dit « PAS DE DAT ».

Au sein de l'effectif « DAT », aucune direction active du travail n'a été conforme au RPC de 2016. Nous avons donc comparé les dossiers des femmes ayant eu une direction active du travail non conforme au RPC de 2016 aux dossiers des femmes n'ayant pas eu de direction active du travail vis-à-vis des caractéristiques du travail, de la délivrance ainsi que des caractéristiques fœtales et néonatales (Tableau XXIV à XXVI).

Tableau XXIV : Les caractéristiques du travail

	DAT (n=58)	PAS DE DAT (n=65)	p <sup>1</sup>
	Moyenne (+/- Écart type) [Minimum ; Maximum]		
<i>Durée du travail (en heures:minutes)</i>	7:10 (+/- 4:12) [0:45 ; 19:45]	3:11 (+/- 2:19) [0:10 ; 9:03]	<b>0,00</b>
	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Mode d'accouchement</i>			
Voie basse	43 (74)	56 (86)	0,20
Voie basse avec extraction instrumentale	12 (21)	8 (12)	
Césarienne	3 (5)	1 (2)	
<i>Déchirures obstétricales</i>			
Périnée intact	12 (21)	23 (35)	0,21
Périnée superficielle	19 (33)	27 (43)	
Périnée simple	18 (31)	12 (18)	
LOSA	2 (3)	1 (2)	
Épisiotomie	4 (7)	1 (2)	
Césarienne	3 (5)	1 (1)	

Il a été relevé une différence significative entre l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT » en ce qui concerne les caractéristiques du travail vis-à-vis de la durée du travail ( $p^1=0,00$ ) (Tableau XXIV).

Tableau XXV : Les caractéristiques de la délivrance

	DAT (n=58)		PAS DE DAT (n=65)		p <sup>1</sup>
	Effectif n	(Fréquence %)	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Types de délivrance</i>					
Naturelle	0	(0)	1	(1)	0,67
Dirigée	53	(91)	59	(91)	
Artificielle	1	(2)	1	(2)	
Césarienne	3	(5)	1	(1)	
Pas de donnée	1	(2)	3	(5)	
<i>Révision utérine</i>					
Oui	2	(4)	1	(2)	0,41
Non	53	(91)	63	(97)	
Césarienne	3	(5)	1	(1)	
<i>Hémorragie du post-partum</i>					
Oui	3	(5)	1	(2)	0,10
Non	55	(95)	64	(98)	

Il n'a pas été relevé de différence significative entre l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT » en ce qui concerne les caractéristiques de la délivrance (Tableau XXV).

Tableau XXVI : Les caractéristiques fœtales et néonatales

	DAT (n=58)		PAS DE DAT (n=65)		p <sup>1</sup>
	Moyenne (+/- Écart type) [Minimum ; Maximum]				
<i>Score d'Apgar</i>	9 (+/- 1)		10 (+/- 0)		0 13
A 5 minutes	[4 ; 10]		[9 ; 10]		
<i>Gaz du sang au cordon (artériel) : pH</i>	7,2 (+/- 0,1) [7,1 ; 7,5]		7,3 (+/- 0,1) [7,0 ; 7,4]		<b>0,04</b>
<i>Gaz du sang au cordon (artériel) : lactates (en mmol/L)</i>	4,4 (+/- 2,0) [1,8 ; 10,5]		3,8 (+/- 2,1) [1,7 ; 12,7]		0,12
	Effectif n	(Fréquence %)	Effectif n	(Fréquence %)	
<i>Anomalies du rythme cardiaque fœtal</i>					
Oui	20	(34)	2	(3)	<b>0,00</b>
Non	38	(66)	63	(97)	
<i>Liquide amniotique secondairement teinté ou méconial</i>					
Oui	7	(12)	2	(3)	0,06
Non	51	(88)	63	(97)	
<i>Appel du pédiatre</i>					
Oui	9	(16)	3	(5)	<b>0,04</b>
Non	49	(84)	62	(95)	
<i>Gestes de réanimation</i>					
Oui	6	(12)	0	(0)	<b>0,01</b>
Non	52	(88)	65	(100)	
<i>Transfert en néonatalogie</i>					
Oui	2	(5)	0	(0)	0,16
Non	56	(95)	65	(100)	

Il a été relevé une différence significative entre l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT » en ce qui concerne les caractéristiques fœtales et néonatales vis-à-vis des anomalies du rythme cardiaque fœtal ( $p^1=0,00$ ), du pH à la naissance ( $p^1=0,04$ ), de l'appel du pédiatre à la naissance ( $p^1=0,04$ ) et des gestes de réanimation à la naissance ( $p^1=0,01$ ) (Tableau XXVI).

## IV°/ DISCUSSION

#### IV°/ A. Forces et limites

##### IV°/ A. 1) Les forces de notre étude

Notre étude présente des points forts. Le thème de notre audit clinique : « la direction active du travail » est un sujet actuel, ancré et indispensable à nos pratiques obstétricales quotidiennes.

Notre trame d'étude était rigoureuse et notre effectif de dossiers, 58 dossiers, était suffisant. En effet, selon le document : « Réalisation pratique de l'audit clinique » de l'ANAES de 2003 : « un effectif de 50 dossiers est habituellement considéré comme nécessaire pour conduire un audit clinique concernant les pratiques de soins » (22). Nous avons donc pu conclure sur la qualité de la pratique de la direction active du travail au sein des maternités du CHU de Strasbourg et émettre des axes d'amélioration adaptés à ces dernières.

##### IV°/ A. 2) Les limites de notre étude

Toutefois, notre étude présente certaines limites, liées essentiellement à notre recueil de données.

Tout d'abord, certaines données se sont révélées manquantes dans les dossiers papiers. Ces dernières n'ont donc pas été étudiées. Nous ne les avons pas substituées par les données des dossiers informatisés DIAMM® car nous avons constaté qu'il existait des discordances entre les données des dossiers papiers et les données des dossiers informatisés. Il est à noter que nous avons utilisé que les dossiers papiers pour notre recueil de données.

Puis, les données ont été recueillies rétrospectivement. Nous n'avons donc pas pu prendre en compte la charge de travail en salle de naissances, l'appréciation clinique du professionnel et les demandes des patientes au moment de la réalisation de la direction active du travail.

Et pour finir, certaines données émanent de notre interprétation du partogramme et du tracé cardiographique. Il existe donc un biais d'interprétation. Nous n'avons pas pu pallier ce biais par la réalisation d'une double saisie dû à un manque de temps.

#### IV°/ B. La direction active du travail

Il a été relevé 47% de direction active du travail au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018.

Pour rappel, les deux principales interventions de la direction active du travail sont l'amniotomie et l'administration d'oxytocine. Il a été relevé 28% d'amniotomie et 31%

d'administration d'oxytocine au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018.

Sophie Renassia dans son mémoire de fin d'étude de sages-femmes en 2017 : « Utilisation du Syntocinon® lors du travail spontané : impact d'une politique d'utilisation raisonnée au Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco (CHPG) » a mis en évidence qu'en 2015, avant la mise en place d'une politique d'utilisation raisonnée de la direction active du travail au CHPG, 85% des femmes enceintes d'un singleton en présentation céphalique en travail spontané à terme ont eu une direction active du travail, contre 59% en 2016, après la mise en place de la politique d'utilisation raisonnée (23). À la différence de notre audit clinique, les dossiers concernés par son étude étaient issus d'une période antérieure à la publication des RPC de 2016. Néanmoins, nous pouvons constater que le taux de direction active du travail est plus faible au sein des maternités du CHU de Strasbourg en 2018 qu'au CHPG en 2016.

D'après les données des ENP, en 2010, 51,1% des femmes en travail spontané ont eu une amniotomie et 57,6% une administration d'oxytocine. En 2016, ces taux étaient respectivement de 41,4% et 44,3% (16,18). Actuellement, il n'existe pas de données nationales sur la direction active du travail. En effet, dans les ENP, les différentes interventions de direction active du travail n'ont été étudiées que séparément.

Néanmoins, nous pouvons constater que les taux d'amniotomie et d'administration d'oxytocine des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 sont plus faibles que les taux nationaux de 2016.

Laura Van Royen dans son mémoire de fin d'étude de sages-femmes en 2018 : « Utilisation de l'oxytocine durant la phase de latence chez les femmes nullipares en travail spontané » a mis en évidence qu'en 2015, au CMCO (maternité du CHU de Strasbourg), 67,9% des femmes enceintes nullipares en travail spontané ont eu une administration d'oxytocine (24). À la différence de notre audit clinique, les dossiers concernés par son étude étaient uniquement des dossiers de femmes enceintes nullipares du CMCO et son étude ne s'intéressait qu'à l'administration d'oxytocine. Néanmoins, nous pouvons constater que le taux d'administration d'oxytocine semble avoir diminué entre 2015 et 2018 au sein des maternités du CHU de Strasbourg.

Ces constats sont-ils liés à la remise en question des pratiques par les professionnels

évoquée dans l'ENP de 2016 ? À une politique de service ? Ou encore à l'intégration progressive des RPC de 2016 dans les pratiques obstétricales strasbourgeoises ?

Dans la suite de ce travail, nous nous sommes intéressées uniquement à notre audit clinique.

#### IV°/ C. L'audit clinique

« Il existe une discordance entre la pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 et celle énoncée dans les RPC de 2016 chez les femmes à bas risque obstétrical en travail spontané ». Notre première hypothèse a donc été validée. En effet, nos critères qualités ont été invalidés soit dans la majorité soit dans la totalité des dossiers de l'effectif « DAT ». Pour rappel, ce sont « les critères qualités qui permettent de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique évaluée » (21).

##### IV°/ C. 1) Les écarts

Pour rappel, nous avons identifié et regroupé les principaux écarts entre la pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg et celle énoncée dans les RPC de 2016 (ANNEXE I) dans les tableaux IV et V.

##### IV°/ C. 1) a. Les origines des écarts

D'après le document : « L'Audit Clinique » de l'ANAES de 1999, il existe quatre origines probables aux écarts entre la pratique observée et celle énoncée : professionnelle, organisationnelle, institutionnelle et personnelle (21).

- L'origine professionnelle

L'origine professionnelle fait référence aux manques de connaissances des professionnels (21).

Barbara Duret-Robert dans son mémoire de fin d'étude de sages-femmes en 2019 : « Comment les nouvelles recommandations pour la pratique clinique sur l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané s'inscrivent dans la pratiques des sages-femmes et des coordinatrices sages-femmes d'Ile-de-France ? » a mis en évidence qu'en 2018, 93,3% des sages-femmes d'Ile-de-France avaient pris connaissance des RPC de 2016 et que 74,7%

d'entre elles en avaient une connaissance considérée comme correcte (25).

Barbara Duret-Robert a également mis en évidence que la majorité des sages-femmes d'Ile-de-France n'avaient pas une connaissance considérée comme correcte de toutes les recommandations des RPC de 2016, malgré le fait que la majorité d'entre elles aient une connaissance correcte des RPC de 2016 (25).

Par exemple, 68% des sages-femmes d'Ile-de-France ne connaissaient pas la définition de la dystocie d'origine dynamique au cours du premier stade du travail et 59,4% d'entre elles ne connaissaient pas l'indication de la direction active du travail au cours du deuxième stade du travail (25).

D'après le code de déontologie des sages-femmes et plus particulièrement de l'article R. 4127-304 du code de la santé publique : « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation du développement professionnel continu ».

Cependant, nous avons constaté, au vu des résultats de Barbara Duret-Robert, que prendre connaissance des RPC de 2016 ne suffit pas à en avoir une connaissance correcte. Selon la pyramide de l'apprentissage du National Training Laboratories, il est nécessaire pour avoir une connaissance correcte d'un sujet d'utiliser une méthode de prise de connaissance de l'information adaptée. Les connaissances d'un individu défini comme le taux de rétention d'une information dépendent en effet de la méthode que l'individu a utilisé pour prendre connaissance de l'information. Par exemple, nous retenons 10% de ce que nous lisons, 20% de ce que nous entendons, 50% de ce que nous entendons et voyons, 90% de ce que nous faisons.

Nous avons également constaté, au vu des résultats de Barbara Duret-Robert, qu'avoir une connaissance correcte des RPC de 2016 ne suffit pas à en connaître toutes les recommandations. En effet, « on ne retient que ce qui nous est utile, intéressant pour soi et objet d'un projet de réutilisation ».

Pour pallier à l'origine professionnelle, il serait nécessaire que les professionnels prennent connaissances des RPC de 2016, participent à une formation sur les RPC de 2016 et appliquent les RPC de 2016 au quotidien.

Cependant, selon Barbara Duret-Robert, il ne suffit pas que les professionnels prennent connaissance et aient des connaissances des RPC de 2016 pour que celles-ci soient appliquées, il faut également que ces derniers y adhèrent (25).

- L'origine organisationnelle

L'origine organisationnelle fait référence aux manques de coordination des équipes dans la prise en charge des patients (21).

Dans le milieu hospitalier, il existe un outil de travail qui permet d'harmoniser le travail des équipes ainsi que d'homogénéiser et d'optimiser la prise en charge des patients : les protocoles de service.

Il est à noter que, dans le cadre de l'EBM, les protocoles de services permettent également de s'approprier localement les RPC afin que ces dernières soient appliquées (1).

Sophie Renassia a mis en évidence à partir d'une étude de type « avant-après » que la mise en place d'un protocole de service diminuait significativement le taux de direction active du travail et en améliorait significativement la pratique : indications et modalités de réalisation (23).

Quant à Barbara Duret-Robert, elle a mis en évidence que la présence d'un protocole de service facilite l'application des RPC de 2016 (25).

Pour pallier à l'origine organisationnelle, il serait nécessaire qu'un protocole de service sur la direction active du travail soit mise en place.

Toutefois Clémence Loscul dans son mémoire de fin d'étude de sages-femmes en 2013 : « Utilisation du Syntocinon® au cours du travail spontané : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité de Port-Royal » a mis en évidence que la présence d'un protocole de service seul ne suffit pas à ce qu'il soit appliqué, il faut également que les professionnels y adhèrent (26).

- L'origine personnelle

L'origine personnelle fait référence aux manques d'adhésion des professionnels de santé (21).

Nous avons vu précédemment que l'adhésion est un élément essentiel. L'adhésion est le fait de faire sienne certaine idée.

Le manque d'adhésion est généralement lié aux convictions, aux motivations et aux habitudes des professionnels (21).

Les convictions font références à des idées considérées comme fondamentales pour un individu. Les motivations se définissent comme les déterminants internes des comportements

d'un individu. Quant aux habitudes, ce sont des comportements créés chez et par un individu par une action répétée.

De nombreux professionnels n'adhèrent pas aux RPC car ils considèrent ces dernières comme une entrave à leur autonomie professionnelle. Nous avons remarqué au cours de nos stages que cette peur de la perte d'autonomie est particulièrement présente dans la profession de sage-femme, qui pour rappel est une profession médicale à compétences définies.

Barbara Duret-Robert a également mis en évidence que de nombreux professionnels n'adhèrent pas aux RPC du fait que leurs pairs n'y adhèrent pas mais aussi du fait que les RPC diffèrent trop de leurs pratiques habituelles et qu'elles ne sont, selon eux, pas compatibles avec leur charge de travail (25).

Pourtant d'après le référentiel métier et compétences des sages-femmes de 2010 : « Les sages-femmes doivent savoir prendre des décisions adaptées à la situation [...] en suivant les recommandations de bonnes pratiques et en respectant, dans la mesure du possible, le rythme physiologique du travail ».

Pour pallier à l'origine personnelle, il serait nécessaire que les professionnels prennent conscience du rôle et de l'intérêt des RPC de 2016.

Julie Sailly dans son mémoire de fin d'étude de sages-femmes en 2015 : « Évaluations des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de l'ocytocine chez les primipares en travail spontané à la maternité de Port Royal » a mis en évidence que des mesures de sensibilisation tels que la présentation de résultats d'audit clinique ou la mise en place de check-list permettent une meilleure adhésion des professionnels aux RPC (27).

Il est à noter que le manque d'adhésion est également lié à l'organisation du service.

- L'origine institutionnelle

L'origine institutionnelle fait référence à l'organisation du service c'est-à-dire aux manques de matériels et de moyens ainsi qu'aux matériels et moyens inadaptés (21).

Par exemple, Laura Van Royen a mis en évidence que l'admission précoce en salle de naissances c'est-à-dire au cours de la phase de latence du premier stade du travail entraînait une augmentation de l'utilisation de l'ocytocine au cours d'un travail spontané (24).

Nous avons remarqué au cours de nos stages en salle de naissances que l'admission précoce est généralement liée à la gestion de la douleur et au souhait de la femme d'avoir recours à une analgésie péridurale. Nous avons également remarqué que l'analgésie péridurale est

associée à tort à un allongement du travail obstétrical, à une « embolisation » des salles de naissances et donc à une utilisation systématique ou injustifiée de la direction active du travail. Il a été relevé dans notre étude une différence significative entre l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT » en ce qui concerne le recours à une analgésie péridurale.

Laura Van Royen avait également mis en évidence que toutes les femmes ayant eu une administration d'oxytocine avait eue recours à une analgésie péridurale. C'est pour cela qu'elle avait envisagé de proposer aux femmes des moyens permettant de retarder l'admission en salle de naissances : bain, déambulation, antalgiques, homéopathie, acupuncture, hypnose, etc. (24).

Cependant, ces alternatives à l'analgésie péridurale sont considérées par de nombreux professionnels comme incompatibles avec leur charge de travail.

Pour pallier à l'origine institutionnelle, il serait nécessaire que chaque service recherche les « besoins » spécifiques de leurs personnels en matière de matériels et de moyens vis-à-vis de l'application des RPC de 2016.

#### IV°/ C. 1) b. Les écarts des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018

Dans cette partie, nous avons étudié chacun de nos principaux écarts afin d'y attribuer son (ses) origine(s) la (les) plus probable(s). Nous avons récapitulé la ou les origine(s) dans le tableau XXVII.

Lors de l'étude de nos différents écarts, nous nous sommes rendu compte que mis à part pour certains écarts où l'origine était évidente, pour la majorité des écarts les quatres origines étaient probables et généralement intriquées.

Tableau XXVII : La ou les origine(s) des principaux écarts entre la pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 et celle énoncée dans les RPC de 2016

	Origine(s)			
	Professionnelle	Organisationnelle	Personnelle	Institutionnelle
<i>Diagnostic erroné de dystocie d'origine dynamique au cours du premier stade du travail entraînant une utilisation de la direction active du travail à mauvais escient.</i>	X	X	X	X
<i>Utilisation de la direction active du travail au cours du deuxième stade du travail à mauvais escient : durée totale de la phase de descente inadéquate.</i>	X	X	X	X
<i>Absence de protocole de service sur la direction active du travail.</i>		X		
<i>Absence de l'indication écrite de la direction active du travail dans le dossier.</i>	X	X	X	X
<i>Absence des mentions « information sur la direction active du travail donnée à la patiente » et « consentement de la patiente recueillie pour la direction active du travail » dans les dossiers.</i>	X	X	X	X
<i>Absence d'analyse écrite de la surveillance cardiotocographique, par 30 minutes, dans le dossier.</i>	X	X	X	X
<i>Absence de protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine au cours d'un travail spontané.</i>		X		
<i>Absence de valve anti-reflux sur le dispositif médical permettant l'administration de l'oxytocine</i>				X
<i>Utilisation d'un autre soluté que le glucosé 5% pour la dilution de l'oxytocine</i>				X
<i>Intervalle de temps minimum entre chaque augmentation de débit inadéquat</i>	X	X	X	X
<i>Absence écrite des horaires de chaque augmentation de débit d'oxytocine dans le dossier</i>	X	X	X	X
<i>Absence écrite de la dose totale d'oxytocine administrée, en mUI, au cours du travail dans le dossier</i>	X	X	X	X
<i>Poursuite de l'augmentation du débit d'oxytocine malgré l'obtention d'une modification cervicale au cours du premier stade du travail ou de cinq contractions utérines par 10 minutes</i>	X	X	X	X
<i>En cas d'amniotomie et d'administration d'oxytocine, réalisation non conforme des interventions de direction active du travail</i>	X	X	X	X

#### IV°/ C. 2) Les axes d'amélioration

##### IV°/ C. 2) a. L'intérêt des axes d'amélioration

Notre seconde hypothèse : « L'écart entre la pratique observée et les RPC de 2016 est plus important au début qu'à la fin de l'année 2018 du fait d'une intégration progressive des RPC de 2016 dans les pratiques obstétricales » a été invalidée. En effet, il n'existe pas de différence significative entre les résultats du mois de janvier et du mois de décembre. La pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg est discordante de celle énoncée dans les RPC de 2016 au cours de ces deux mois.

Marie Nayraguet pour son mémoire de fin d'étude de sages-femmes en 2018 : « Pertinence de la gestion de la dystocie dynamique », a réalisé un audit clinique sur la direction active du travail basé sur les RPC de 2016. À la différence de notre audit clinique, les dossiers concernés par son étude n'étaient pas uniquement des dossiers de femmes enceintes à bas risque obstétrical et étaient issus d'une période antérieure à la publication des RPC de 2016 (28). Néanmoins, nos principaux écarts entre la pratique observée et celle énoncée dans les RPC de 2016 ainsi que nos taux de non-conformité étaient similaires.

Au vu de ces résultats, la pratique observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours du mois de janvier et du mois de décembre 2018 semble correspondre à une pratique antérieure à la publication des RPC de 2016. Il semble donc n'exister aucune intégration des RPC de 2016 dans les pratiques obstétricales strasbourgeoises.

Pourtant, certaines variables notamment celles concernant l'administration d'oxytocine ont été affirmées dans la majorité voir la totalité des dossiers de l'audit clinique de Marie Nayraguet, c'est-à-dire avant la publication des RPC de 2016 ainsi que du notre, c'est-à-dire après la publication des RPC de 2016 (Tableaux XI et XVI).

D'après l'ENP de 2016 : « L'élaboration de recommandations se fait à l'issue d'un processus de remise en question des pratiques existantes à partir des nouvelles données scientifiques, par des groupes de professionnels reconnus comme des leaders d'opinion ; il peut donc se produire des changements de pratiques dans ces groupes avant la publication de nouvelles recommandations » (18).

Il nous semble important de mettre en place des axes d'amélioration afin de changer la pratique de la direction active du travail des maternités du CHU de Strasbourg, en conformité avec les RPC de 2016.

La mise en place de ces axes d'amélioration nous semble d'autant plus importante que notre quatrième hypothèse : « Il existe une différence entre les caractéristiques du travail et de la délivrance ainsi qu'entre les caractéristiques fœtales et néonatales des femmes ayant eu une direction active du travail conforme aux RPC de 2016, celles des femmes ayant eu une direction active du travail non conforme et celles des femmes n'ayant pas eu de direction active du travail » a été validée.

Il existe des différences significatives entre les issues materno-foeto-néonataux de l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT ». Ces différences portent majoritairement sur les caractéristiques fœtales et néonatales suivantes : ARCF, gaz du sang au cordon (artériel) : pH, appel du pédiatre et gestes de réanimations. Il existe également des tendances entre l'effectif « DAT » et « PAS DE DAT » en ce qui l'hémorragie du post-partum.

Pour rappel, l'amniotomie peut entraîner une augmentation des Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF) (ralentissements variables et tardifs), des risques infectieux ainsi que des risques de procidences du cordon et d'hémorragies de Benckiser. Quant à l'administration d'oxytocine, elle peut notamment entraîner des ruptures utérines, des hémorragies du post-partum ainsi que des hyperstimulations utérines (hypercinésies et hypertonies) associées dans certains cas à des états fœtaux non rassurants (8–10).

#### IV°/ C. 2) b. Les axes d'amélioration adaptés aux maternités du CHU de Strasbourg

Les axes d'amélioration que nous avons proposés dans la suite de ce travail s'appliquent aux deux maternités du CHU de Strasbourg.

En effet, il n'existe pas de différence significative entre les résultats du CMCO et de l'Hôpital de Hautepierre. Notre troisième hypothèse : « Plus le nombre d'accouchements annuel est important plus l'écart entre la pratique observée et les RPC de 2016 l'est également » a été invalidée.

Il est à noter, que nous avons relevé une différence significative en ce qui concerne le critère qualité 1. Néanmoins, selon nous, cette différence ne s'explique que par le fait que les professionnels du CMCO agissent plus fréquemment au cours de la phase de descente du deuxième stade du travail. Pour rappel, le critère qualité 1 n'a été validé que par l'affirmation de l'exception et l'exception n'était envisageable que si la direction active du travail était débutée au cours de la phase de descente du deuxième stade du travail.

En 2010, l'étude « Grossesse à bas risque : interventions obstétricales selon les

caractéristiques de la maternité en 2010 » menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a montré que les interventions au cours du travail ne sont pas plus importantes dans les grandes maternités. Les grandes maternités sont des maternités dont le nombre d'accouchement est supérieur à 2000 mais inférieur à 3500. Le CMCO et l'Hôpital de Hautepierre sont toutes les deux des grandes maternités. Il ne doit donc théoriquement pas exister de différence entre elles.

Selon cette même étude, la fréquence des interventions est également la même quel que soit le niveau de spécialisation des maternités (29).

Il est à noter que nous avons élaboré nos axes d'amélioration à partir de nos principaux écarts.

Nos axes d'amélioration sont :

- Mettre en place un protocole de service sur la direction active du travail chez les femmes enceintes à bas risque obstétrical en travail spontané ainsi qu'un protocole de service sur l'administration et la dilution de l'oxytocine au cours d'un travail spontané.

Selon nous, il sera indispensable de réaliser deux protocoles. Ces deux protocoles devront être adaptés aux conditions locales de travail des maternités du CHU de Strasbourg et adaptable à la situation clinique de chaque patiente afin de faire adhérer le plus de professionnels possible.

Le premier protocole porterait sur la direction active du travail chez les femmes à bas risque obstétrical en travail spontané. Son contenu s'apparenterait à la partie « Les indications de la direction active du travail selon les recommandations pour la pratique clinique de 2016 » et à la première sous partie de la partie « Les modalités de réalisation de la direction active du travail selon les recommandations pour la pratique clinique de 2016 » de notre référentiel (ANNEXE I).

Toutefois, il est à noter qu'en conformité aux RPC de 2016, il ne pourrait s'appliquer qu'uniquement aux femmes enceintes à bas risque obstétrical.

Ce protocole permettrait notamment d'améliorer le diagnostic de dystocie d'origine dynamique ainsi que l'utilisation de la direction active du travail.

Le second protocole porterait sur l'oxytocine au cours d'un travail spontané et s'appliquerait à toutes les femmes enceintes. Son contenu s'apparenterait à la partie « Les modalités de

réalisation de la direction active du travail selon les recommandations pour la pratique clinique de 2016 » de notre référentiel (ANNEXE I).

Il permettrait notamment d'améliorer l'utilisation de l'oxytocine : intervalle de temps minimum entre chaque augmentation de débit, arrêt de l'augmentation du débit d'oxytocine, conduite à tenir en cas de poche des eaux intactes, etc..

- Mettre à disposition le matériel adéquat comme par exemple du glucosé 5% et des valves anti-reflux.
- Adapter le matériel existant comme par exemple le dossier d'accouchement et le partogramme

Selon nous, les modifications suivantes du dossier d'accouchement actuel permettront de sensibiliser les professionnels aux RPC de 2016 et les inciteront à les respecter :

- Séparer les rubriques «RCF» et «CU» du partogramme par période de 30 minutes afin de réaliser une analyse écrite de la surveillance cardiotocographique par 30 minutes et non plus par 60 minutes.
- Modifier l'intitulé du partogramme « 5 UI d'oxytocine dans 50 millilitres de chlorure de sodium (NaCl) » par « 5 UI d'oxytocine dans 50 millilitres de glucosé 5% (G5) »
- Ajouter dans le « support unique de prescription et d'administration des médicaments en salle de naissances » de la deuxième page du dossier d'accouchement, une colonne « indication » mais également « information et consentement de la patiente » afin d'avoir une trace écrite de ces derniers.

D'après le document de l'ANAES « Dossier du patient : réglementation et recommandations » publié en 2003 : « Le dossier du patient a un rôle de mémoire du patient et des professionnels, de communication et de coordination ; ses fonctions sont multiples : [...] traçabilité des soins et des actions entreprises vis-à-vis du patient ; [...] lieu du recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices-risques et de la traçabilité de la décision ; [...] ».

Prescription					Administration					
Date/Heure	Nom/Fonction /Signature du prescripteur	Médicament Dosage Posologie Voie d'administration	Indication	Information/ Consentement	Date/Heure	Date/Heure	Date/Heure	Date/Heure	Date/Heure	Date/Heure
				I <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						
Nom/Fonction/Signature de l'administrateur										

Figure 1: Support unique de prescription et d'administration des médicaments en salle de naissances modifié.

- Former les professionnelles (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens mais également étudiantes sages-femmes et internes en gynécologie-obstétrique) sur le thème de la direction active du travail.

Selon Richard (R.) Grol, les quatre étapes suivantes sont nécessaires à l'application des RPC : « S'informer de l'existence de nouvelles RPC », « Comprendre les RPC », « Accepter l'utilité des nouvelles RPC » et « Mettre en pratique les RPC ».

La formation des professionnels consistera à rappeler les RPC de 2016 via la présentation des protocoles de services et à présenter les résultats de notre audit clinique afin que le plus de professionnels possible aient connaissance des RPC de 2016, aient des connaissances sur les RPC de 2016, prennent conscience de l'intérêt des RPC de 2016 et adhèrent aux RPC de 2016.

- Rechercher les freins à l'application des RPC de 2016 spécifiques aux professionnels des maternités du CHU de Strasbourg.

## CONCLUSION

Les RPC de 2016 ne semblent pas avoir eu d'impact sur la pratique de la direction active du travail chez les femmes enceintes à bas risque obstétrical admises en travail spontané au sein des maternités du CHU de Strasbourg (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)), et ce plus d'un an après leur publication, au cours de l'année 2018.

La pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 est discordante de celle énoncée dans les RPC de 2016 et semble même correspondre à une pratique antérieure à la publication des RPC de 2016.

Néanmoins, il semble qu'une remise en question des pratiques par les professionnels ait eu lieu dans les maternités du CHU de Strasbourg en ce qui concerne la direction active du travail.

Nous devrions, sous l'impulsion de cette remise en question, continuer à améliorer notre pratique de la direction active du travail en y intégrant notamment les recommandations des RPC de 2016.

Notre évaluation des pratiques professionnelles nous a permis d'identifier les principaux écarts entre la pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 et celle énoncée dans les RPC de 2016 ainsi que leur(s) origine(s). Elle nous a ainsi permis de proposer des axes d'amélioration adaptés aux maternités du CHU de Strasbourg.

Il serait intéressant de mettre en place ces axes d'amélioration et de réévaluer, à distance, la pratique de la direction active du travail chez les femmes enceintes à bas risque obstétrical admises en travail spontané au sein des maternités du CHU de Strasbourg.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Dupont C, Carayol M, Ray CL, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. La Revue Sage-femme. 2017;16(1):111-118.
2. Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF). Dossier de Presse - Recommandations pour la Pratique Clinique : administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. 2016.
3. Haute Autorité Sanitaire (HAS). Recommandations professionnelles - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016.
4. Compte-rendu. 45<sup>ème</sup> Assises Nationales des Sages-Femmes. 2017.
5. Ricbourg A, Brugier C, Mezzadri M, Desfeux P, Delpech Y, Madzou S, et al. Déclenchement artificiel et direction du travail. 2012.
6. Cabrol D. Dystocie dynamique. 1997.
7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations relatives à l'accélération du travail. 2015.
8. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - OXYTOCINE 5 UI/1 ml, solution injectable.
9. Burguet A, Rousseau A et al. 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. La Revue Sage-femme. 2017; 16(1):83-98.
10. Burguet A, Rousseau A et al. 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. La Revue Sage-femme. 2017; 16(1):63-82.
11. Friedman E. The graphic analysis of labor. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1954 ; 68(6):1568-1575.

12. Friedman E. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1972; 48(6):842-858.
13. O'Driscoll K, Stronge JM, Minogue M. Active Management of Labour. *British Medical Journal*. 1973; 3(5872):135-137.
14. O'Driscoll K, Jackson RJ, Gallagher JT. Prevention of prolonged labour. *British Medical Journal*. 1969; 2(5655):477-480.
15. Ray CL, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014;43(6):413-423.
16. 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. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2013;42(7):662-670.
17. Carbonne B. Indications de césarienne en cas de dystocie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008;29(2):68.
18. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. 2017. 317.
19. Béranger R, Chantry A-A. Recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané. Chapitre 1: définition et caractéristiques du travail normal et anormal. *La Revue Sage-femme*. 2017;16(1):6-21.
20. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. 1999.
21. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. 1999.
22. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Réalisation pratique de l'audit clinique. 2003.

23. Renassia S. Utilisation du Syntocinon® lors du travail spontané : impact d'une politique d'utilisation raisonnée au CHPG de Monaco [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Nice; 2017.
24. Van Royen L. Utilisation de l'oxytocine durant la phase de latence chez les femmes nullipares en travail spontané [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Strasbourg; 2018.
25. Duret-Robert B. Comment les nouvelles recommandations pour la pratique clinique sur l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané s'inscrivent dans la pratique des sages-femmes et des coordinatrices sages-femmes d'Ile-de-France ? [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Baudelocque, Paris; 2019.
26. Loscul C. Utilisation du Syntocinon® au cours du travail spontané : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité de Port-Royal [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Baudelocque, Paris; 2013.
27. Saily J. Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de l'ocytocine chez les primipares en travail spontané à la maternité de Port Royal [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Baudelocque, Paris; 2015.
28. Nayraguet M. Pertinence de la gestion de la dystocie dynamique [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand; 2018.
29. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010. 2014.
30. Fischer C et al. 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. La Revue Sage-femme. 2017; 16(1):99-110.
31. Coulm B, Tessier V et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 4 : efficacité de l'oxytocine au cours du travail spontané selon les modalités d'administration. La Revue Sage-femme. 2017; 16(1):49-62.

32. Barasinski C, Vendittelli F et al. 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. *La Revue Sage-femme*. 2017;16(1):36-48.
33. Gaucher L, Le Ray C et al. 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. *La Revue Sage-femme*. 2017;16(1):22-35.

## ANNEXE I : Référentiel : « Les fondements de la direction active du travail : indications et modalités de réalisation »

Nous avons créé ce référentiel à partir des RPC de 2016 (1,9,10,19,30–33).

I°/ Les indications de la direction active du travail selon les recommandations pour la pratique clinique de 2016

D'après les RPC de 2016, « la direction active du travail n'est pas recommandée en l'absence de dystocie d'origine dynamique »

La dystocie d'origine dynamique, en tant que dystocie du travail, est normée par les définitions des différents stades du travail « normal » ainsi que par la durée considérée comme « normale » pour chacun d'entre eux.

I°/ A. Les stades du travail obstétrical selon les recommandations pour la pratique clinique de 2016

D'après les RPC de 2016, le travail obstétrical « normal » se compose de trois stades. Ils sont nommés respectivement « premier », « deuxième » et « troisième stade du travail ».

Dans la suite de ce référentiel, nous ne nous sommes intéressés qu'aux deux premiers stades (Figure 1). Le troisième stade du travail, de la naissance de l'enfant à la délivrance, n'étant pas concerné par les RPC de 2016.

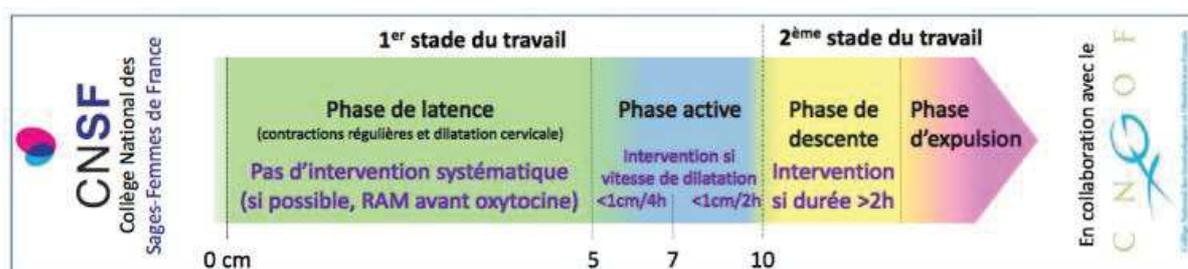


Figure 1 : Marque-page représentant le déroulement du travail obstétrical « normal » selon les recommandations pour la pratique clinique de 2016.

- Le premier stade du travail :

Le premier stade du travail correspond à la période qui s'étend du début du travail à la dilatation complète (10 centimètres de dilatation cervicale).

Il se compose de deux phases : la phase de latence, du début du travail à cinq centimètres de dilatation cervicale et la phase active, de cinq à dix centimètres.

La phase active comporte deux périodes de vitesses de dilatation cervicale différentes : la première de cinq à sept centimètres et la deuxième de sept à dix centimètres, que nous avons respectivement nommé « phase active 1 » et « phase active 2 ».

- Le deuxième stade du travail :

Le deuxième stade se déroule de la dilatation complète à la naissance de l'enfant.

Dans les pratiques obstétricales françaises, ce stade se constitue dans un premier temps d'une phase passive ou phase de descente et dans un deuxième temps d'une phase active ou phase d'expulsion.

I°/ B. La durée du travail « obstétrical » selon les recommandations pour la pratique clinique de 2016

Il est à noter que la durée « normale » de chaque stade du travail correspond en réalité à la durée « normale » maximale. Autrement dit, au-delà de celles-ci, il existe une dystocie du travail.

- Le premier stade du travail :

- La phase de latence :

D'après les RPC de 2016, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de durée « normale » de la phase de latence. Il n'existe donc pas de dystocie du travail au cours de cette phase, au contraire de ces soixante dernières années : « dystocie de démarrage ».

- La phase active :

En ce qui concerne la phase active, « les RPC de 2016 recommandent d'utiliser la durée depuis la dernière modification cervicale pour définir la dystocie du travail ».

Ainsi, au cours de la « phase active 1 », une absence de modification de la dilatation cervicale depuis au minimum quatre heures, soit une vitesse de dilatation inférieure à un centimètre par quatre heures, est dystocique. Au cours de la « phase active 2 », c'est une absence de modification depuis au minimum deux heures, soit une vitesse de dilatation inférieure à un centimètre par deux heures, qui est anormale.

- Le deuxième stade du travail :

- La phase de descente :

Comme pour la phase de latence du premier stade du travail, les RPC de 2016 n'ont pas permis de définir une durée « normale » de la phase de descente.

Cependant, « les RPC de 2016 recommandent pour les pratiques obstétricales françaises que sa durée soit inférieure à trois heures ».

Au vu de ces définitions, il semblerait que la DAT ne soit envisageable qu'au cours de la phase active du premier stade du travail.

Pour rappel, d'après les RPC de 2016, « la DAT n'est pas recommandée en l'absence de dystocie d'origine dynamique ».

Toutefois, dans le cadre de l'EBM, l'emploi du terme « n'est pas recommandée » signifie que les données de la recherche clinique disponibles dans la littérature scientifique n'ont pas permis de démontrer la véracité de ces propos.

Par conséquent, il n'est pas interdit d'utiliser la DAT en l'absence de dystocie d'origine dynamique.

C'est pour cette raison que, d'après les RPC de 2016, la DAT est également envisageable, sous certaines conditions, au cours de la phase de latence du premier stade du travail, ainsi qu'au cours de la phase de descente du deuxième stade.

En 2017, la HAS a repris, dans les recommandations de bonnes pratiques « accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales », les indications des RPC de 2016 en ce qui concerne la DAT, en y apportant néanmoins des précisions, notamment à l'égard de la phase de latence.

Au vu des différents éléments portés à notre connaissance, nous avons considéré dans notre travail que la DAT est indiquée dans les situations suivantes:

- Au cours de la « phase active 1 » (entre cinq et sept centimètres) du premier stade du travail, si la durée depuis la dernière modification de la dilatation cervicale est supérieure ou égale à quatre heures et qu'il existe de manière concomitante une anomalie de la dynamique utérine de type hypokinésie ou dyscinésie.
- Au cours de la « phase active 2 » (entre sept et dix centimètres) du premier stade du travail, si la durée depuis la dernière modification de la dilatation cervicale est supérieure ou égale à deux heures et qu'il existe de manière concomitante une

anomalie de la dynamique utérine de type hypocinésie ou dyscinésie.

Nous avons également considéré que la DAT est indiquée, sous la forme d'une exception, au cours de la phase de descente du deuxième stade du travail, si la durée totale de la phase est supérieure ou égale à deux heures et ce quelle que soit la dynamique utérine associée. Par contre, nous avons considéré que la DAT n'est indiquée dans aucune situation au cours de la phase de latence.

Il est important de souligner que ces indications ne sont pas valables en cas de complications maternelles (métrorragies) ou fœtales (Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF) à risque d'acidose et/ou liquide amniotique teinté ou méconial) au cours du travail.

II°/ Les modalités de réalisation de la direction active du travail selon les recommandations pour la pratique clinique de 2016

II°/ A. Les modalités générales de la direction active du travail

D'après les RPC de 2016 :

Il est recommandé d'établir un protocole de service sur la DAT.

Il est recommandé de mentionner dans le dossier l'indication de la DAT, que l'information vis-à-vis de la DAT ait été donnée à la patiente et que le consentement de cette dernière ait été recueilli.

Il est recommandé, en cas de DAT, de réaliser une surveillance cardiotocographique continue ainsi qu'une analyse écrite, par 30 minutes, de cette surveillance.

II°/ B. Les modalités de l'amniotomie

D'après les RPC de 2016, « il est recommandé, en cas de poche des eaux intacte, de réaliser une amniotomie avant une administration d'oxytocine ».

II°/ C. Les modalités de l'administration d'oxytocine

D'après les RPC de 2016 :

Il est recommandé d'établir un protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine au cours du travail spontané.

Il est recommandé que l'administration intra-veineuse d'oxytocine s'effectue à l'aide

d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose d'oxytocine administrée et est équipé d'une valve anti-reflux.

Il est recommandé que la dilution standardisée utilisée pour l'administration d'oxytocine soit de 5 Unités Internationales (UI) d'oxytocine dans 500 millilitres de glucosé 5% ou son équivalent.

Il est recommandé de débiter l'administration d'oxytocine, en cas de poche des eaux rompue, dès le diagnostic de la dystocie d'origine dynamique et en cas de poche des eaux intacte, une heure minimum après l'amniotomie, si et seulement si les effets de l'amniotomie ont été jugés insuffisants.

Il est recommandé de débiter l'administration d'oxytocine par un débit d'oxytocine initial de deux milli-Unités Internationales (mUI) par minute. Il est recommandé d'augmenter le débit par palier de deux mUI en respectant, entre chaque augmentation, un intervalle de temps minimum de 30 minutes. Il est recommandé de ne pas dépasser le débit d'oxytocine suivant : 20 mUI par minute.

Il est recommandé de mentionner, dans le dossier, les modalités de l'administration d'oxytocine suivantes :

- Débit(s) d'oxytocine utilisé(s) en mUI par minute,
- Horaire de chaque augmentation de débit d'oxytocine,
- Dose totale d'oxytocine (en mUI) administrée au cours du travail.

Il est recommandé d'arrêter l'augmentation du débit d'oxytocine dès l'obtention d'une modification cervicale au cours du premier stade du travail ou de cinq CU par 10 minutes.

Il est recommandé d'arrêter l'administration d'oxytocine en cas d'ARCF évoquant un risque d'acidose associé à la présence d'une hyperactivité utérine.

Il est recommandé d'utiliser une tocométrie interne en cas de mauvaise qualité de la surveillance tocographique.

## ANNEXE II : Les variables principales

	VARIABLES	Réponse(s) possible(s)	Instructions
	Présence d'une direction active du travail au cours du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>	<p>Répondre oui si une amniotomie et/ou une administration d'oxytocine ont été réalisées.</p> <p>Exception : répondre non si l'amniotomie a été réalisée au cours de la phase d'expulsion du deuxième stade du travail.</p>
Élément mesurable 1	Dilatation du col utérin (en centimètres) au début de la direction active du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	
Élément mesurable 2	Durée (en minutes) depuis la dernière modification cervicale au cours du premier stade du travail ou durée totale (en minutes) depuis le début du deuxième stade du travail au début de la direction active du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; à 30 minutes</li> <li>- [de 30 à 60 minutes [</li> <li>- [de 60 à 90 minutes [</li> <li>- [de 90 à 120 minutes [</li> <li>- [de 120 à 150 minutes [</li> <li>- [de 150 à 180 minutes [</li> <li>- [de 180 à 210 minutes [</li> <li>- [de 210 à 240 minutes [</li> <li>- ≥ 240 minutes</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	
Élément mesurable 3	<p>Description des Contractions Utérines (CU) au début de la direction active du travail.</p> <hr/> <p>Durée de la CU (en secondes).</p>	<p>Nombre de CU par 10 minutes.</p> <hr/> <p>Durée de la CU (en secondes).</p>	

Élément mesurable 3	Régularité des contractions utérines au début de la direction active du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Régulières</li> <li>- Irrégulières</li> <li>- Pas de donnée</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	
	La ou les intervention(s) de direction active du travail réalisée(s) au cours du travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Administration d'oxytocine seule</li> <li>- Amniotomie et administration d'oxytocine</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	
Élément mesurable 1'	Présence d'un protocole de service sur la direction active du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui s'il existe un protocole de service sur la direction active du travail.
	Présence de l'indication écrite de la direction active du travail dans le dossier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui si l'indication de la direction active du travail est tracée dans le dossier.
	Présence d'une mention « information sur la direction active du travail donnée à la patiente » dans le dossier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui si une mention « information sur la direction active du travail donnée à la patiente » est tracée dans le dossier.
	Présence d'une mention « consentement de la patiente recueillie pour la direction active du travail » dans le dossier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui si une mention « consentement de la patiente recueillie pour la direction active du travail » dans le dossier.
	Présence d'une surveillance cardiotocographique continue à partir du début de la direction active du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui s'il n'existe pas d'interruption de la trace papier de la surveillance cardiotocographique.

Élément mesurable 1'	Présence d'une analyse écrite de la surveillance cardiotocographique, par 30 minutes, dans le dossier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui s'il existe une analyse écrite de la surveillance cardiotocographique par 30 minutes dans le dossier.
Élément mesurable 2'	Ordre de réalisation des interventions de la direction active du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Amniotomie avant administration d'oxytocine</li> <li>- Administration d'oxytocine avant amniotomie</li> <li>- Administration d'oxytocine seule</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	
Élément mesurable 3'	Présence d'un protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine au cours d'un travail spontané.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui s'il existe un protocole de service formalisant l'administration et la dilution de l'oxytocine.
	L'administration intra-veineuse d'oxytocine est effectuée à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose d'oxytocine administrée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	
	L'administration intra-veineuse d'oxytocine est effectuée à l'aide d'un dispositif médical équipé d'une valve anti-reflux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	

Élément mesurable 3'

La posologie d'oxytocine utilisée est de 5UI.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Amniotomie seule</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>
Le soluté utilisé pour la dilution de l'oxytocine est du glucosé 5%.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Amniotomie seule</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>
Le débit d'oxytocine initial est de 2 mUI par minute.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Amniotomie seule</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>
Le débit d'oxytocine est augmenté par palier de 2 mUI.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Amniotomie seule</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>
L'intervalle de temps minimum entre chaque augmentation de débit est de 30 minutes.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Amniotomie seule</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>
Le débit d'oxytocine maximal est inférieur ou égal à 20 mUI par minute.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Amniotomie seule</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>

Présence écrite des horaires de chaque augmentation de débit d'oxytocine dans le dossier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui si les horaires de chaque augmentation de débit d'oxytocine sont tracés dans le dossier.
Présence écrite des débits d'oxytocine utilisés, en mUI par minute, dans le dossier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui si les débits d'oxytocine utilisés, en mUI par minute, sont tracés dans le dossier.
Présence écrite de la dose totale d'oxytocine administrée, en mUI, au cours du travail dans le dossier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui si la dose totale d'oxytocine administrée, en mUI, au cours du travail est tracée dans le dossier.
Arrêt de l'augmentation du débit d'oxytocine dès l'obtention d'une modification cervicale au cours du premier stade du travail ou de cinq contractions utérines par 10 minutes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui si l'augmentation du débit d'oxytocine a été arrêtée dès l'obtention d'une modification cervicale au cours du premier stade du travail ou de cinq contractions utérines par 10 minutes.
Arrêt de l'administration d'oxytocine en cas d'ARCF évoquant un risque d'acidose associé à la présence d'une hyperactivité utérine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Amniotomie seule</li> <li>- Non concerné</li> <li>- Pas de direction active du travail</li> </ul>	Répondre oui, si l'administration d'oxytocine a été arrêtée en cas d'ARCF évoquant un risque d'acidose associé à la présence d'une hyperactivité utérine.

Élément mesurable 3'

Utilisation d'une tocométrie interne en cas de mauvaise qualité de la surveillance tocographique.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Amniotomie seule</li><li>- Non concerné</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>	Répondre oui si une tocométrie interne a été utilisée en cas de mauvaise qualité de la surveillance tocographique.
En cas d'amniotomie et d'administration d'oxytocine, le délai entre l'amniotomie et l'administration d'oxytocine est supérieur ou égal à 1 heure.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Amniotomie seule</li><li>- Administration d'oxytocine seule</li><li>- Administration d'oxytocine avant amniotomie</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>	
En cas d'amniotomie et d'administration d'oxytocine, pertinence du motif de l'administration d'oxytocine après l'amniotomie.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui</li><li>- Non</li><li>- Pas de direction active du travail</li></ul>	Répondre oui si les effets de l'amniotomie ont été jugés insuffisants : persistance d'une absence de modification de la dilatation cervicale.

### ANNEXE III : Les variables secondaires

	VARIABLES	Réponse(s) possible(s)	Instructions
Caractéristiques du travail	Durée du travail.		Commencer le décompte au début du partogramme.
	Mode d'accouchement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voie basse normale</li> <li>- Voie basse avec extraction instrumentale</li> <li>- Césarienne</li> </ul>	
	Déchirures obstétricales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Périnée intact</li> <li>- Périnée superficiel</li> <li>- Périnée simple</li> <li>- LOSA</li> <li>- Épisiotomie</li> <li>- Césarienne</li> </ul>	
Caractéristiques de la délivrance	Type de délivrance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naturelle</li> <li>- Dirigée</li> <li>- Artificielle</li> <li>- Césarienne</li> <li>- Pas de donnée</li> </ul>	
	Révision utérine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Césarienne</li> </ul>	
	Hémorragie du post-partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>	

Caractéristiques fœtales et néonatales

---

Anomalies du rythme cardiaque fœtal.

- Oui
- Non

---

Liquide amniotique secondairement teinté ou méconial.

- Oui
- Non

---

Apgar à 5 minutes.

---

Gaz du sang au cordon (artériel) : pH.

---

Gaz du sang au cordon (artériel) : lactates.

---

Appel du pédiatre.

- Oui
- Non

---

Gestes de réanimation.

- Oui
- Non

---

Transfert en néonatalogie.

- Oui
  - Non
-

#### ANNEXE IV : Les covariables

VARIABLES	Réponse(s) possible(s)	Instructions
Maternité du CHU de Strasbourg où la patiente a été admise.	- CMCO - Hôpital de Hautepierre	Covariable recherchée et étudiée.
Âge maternel.		Covariable recherchée et étudiée
Indice de Masse Corporel (IMC) au début de la grossesse.		Covariable recherchée mais non étudiée : données manquantes.
Prise de poids au cours de la grossesse.		Covariable recherchée mais non étudiée : données manquantes.
Parité avant l'accouchement.		Covariable recherchée et étudiée.
Âge gestationnel à l'admission en salle de naissances.		Covariable recherchée et étudiée.
Hauteur utérine à l'admission en salle de naissances.		Covariable recherchée mais non étudiée : données manquantes.
Score de Bishop à l'admission en salle de naissances.	Position du col utérin	- Postérieur/Centré/Antérieur
	Longueur du col utérin	- Long/Mi-long/Court/Effacé
	Consistance du col utérin	- Ferme/Ramolli/Mou
	Dilatation du col utérin	- 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
	Positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques	- Mobile/Appliquée/Fixée/Engagée
		Covariable recherchée mais non étudiée : données manquantes.

État des membranes à l'admission en salle de naissances	- Intactes	Covariable recherchée et étudiée.	
	- Rompues		
	- Pas de donnée		
Score de Bishop au début du partogramme.	Position du col utérin	- Postérieur/Centré/Antérieur	Covariable recherchée mais non étudiée : données manquantes.
	Longueur du col utérin	- Long/Mi-long/Court/Effacé	
	Consistance du col utérin	- Ferme/Ramolli/Mou	
	Dilatation du col utérin	- 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10	
	Positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques	- Mobile/Appliquée/Fixée/Engagée	
État des membranes au début du partogramme.	- Intactes	Covariable recherchée et étudiée.	
	- Rompues		
	- Pas de donnée		
Recours à une analgésie péridurale au cours du travail	- Oui	Covariable recherchée et étudiée.	
	- Non		
	- Pas de donnée		



## RÉSUMÉ

*Introduction* - En 2016, les recommandations pour la pratique clinique : « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané » ont reposé les fondements de la direction active du travail : indications et modalités de réalisation. En 2018, selon nous, il existe dans les pratiques obstétricales françaises un usage excessif de cette pratique : utilisation « systématique » de la direction active du travail sans aucune raison médicale et utilisation de la direction active du travail sur des arguments largement dépassés depuis la publication des recommandations pour la pratique clinique de 2016.

C'est pour cela que nous nous sommes demandé quel impact ont eu les recommandations pour la pratique clinique de 2016 sur la pratique de la direction active du travail chez les femmes enceintes à bas risque obstétrical admises en travail spontané au sein des maternités du CHU de Strasbourg, et ce plus d'un an après leur publication, au cours de l'année 2018.

*Matériels et méthodes* - Nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles de type audit clinique, basée sur les « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané ». Les dossiers concernés par notre étude étaient les dossiers des femmes enceintes à bas risque obstétrical admises en salle de naissances en travail spontané au sein d'une des maternités du CHU de Strasbourg en 2018.

*Résultats* - Il existe une discordance entre la pratique de la direction active du travail observée au sein des maternités du CHU de Strasbourg au cours de l'année 2018 et celle énoncée dans les recommandations pour la pratique clinique de 2016.

*Conclusion* - Les recommandations pour la pratique clinique de 2016 ne semblent pas avoir eu d'impact sur la pratique de la direction active du travail chez les femmes enceintes à bas risque obstétrical admises en travail spontané au sein des maternités du CHU de Strasbourg et ce plus d'un an après leur publication, au cours de l'année 2018.

Néanmoins, il semble exister une remise en question de la pratique de la direction active du travail par les professionnels des maternités du CHU de Strasbourg. Dans la continuité de cette remise en question, il serait intéressant de mettre en place les axes d'améliorations élaborés lors de notre audit clinique et de réévaluer, à distance, la pratique.

Mots clés : Guides de bonnes pratiques, travail obstétrical, dystocie, amniotomie, oxytocine.