

**COMMENTAIRES SUR LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC) (1)**

1/5

**Sur le plan médical :** L’exercice de la médecine repose, entre autres; sur les preuves scientifiques, l’expérience du médecin et le choix du patient.

Les RPC étayent le 1<sup>er</sup> aspect. Sur la base d’une méthodologie rigoureuse, elles guident le médecin en faisant le lien entre la recherche et la pratique. Elles sont basées sur des niveaux de preuves scientifiques (NP) fournis par la littérature, aboutissant à une gradation en 4 catégories :

- Grade A avec “preuve scientifique établie” (NP 1) reposant sur des essais comparatifs randomisés de forte puissance ou des méta-analyses d’essais comparatifs randomisés
- Grade B avec “présomption scientifique” (NP 2) reposant sur des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte
- Grade C avec “un faible niveau de preuve” (NP 3 ou 4) reposant sur des études cas-témoins ou des études comparatives comportant des biais importants, des études rétrospectives, des séries de cas.
- Grade D ou Accord d’experts (ou Accord professionnel) avec “absence de preuve de la littérature” mais préconisation formulée sur l’approbation d’au moins 80% des membres du groupe de travail. La majorité des RPC actuelles repose sur ce niveau de preuve.

**Sur le plan juridique :** Le médecin doit “fournir à son patient le meilleur soin issu des données acquises de la science” (2). Pour le juge, les RPC participent aux données acquises de la science et sont dès lors, de façon ni directe ni automatique mais certaine, juridiquement opposables. Le médecin doit donc les connaître et anticiper le fait d’avoir éventuellement à justifier, de façon étayée et convaincante, la ou les raisons pour lesquelles il n’a pas suivi une recommandation. Les RPC abordent rarement l’obligation d’information or celle-ci est prévue par la Loi (3), le médecin devant à son patient “une information loyale, claire et appropriée sur son état et sur les investigations et les soins qui lui propose” (4) et rechercher “dans tous les cas”, son “consentement” (5).

(1) Grouchka C (2015) *Droit et Recommandations de bonne pratique médicale : Une œuvre commune.*

(2) <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-32-qualite-des-soins-256>

(3) <http://leciss.org/sites/default/files/Consentement-aux-soins.pdf>

(4) <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

(5) <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>

**CES RECOMMANDATIONS (disponibles sur : [http://www.sfmj.org/upload/consensus/rpc\\_oxytocine2017.pdf](http://www.sfmj.org/upload/consensus/rpc_oxytocine2017.pdf)) ONT ÉTÉ ELABORÉES EN DÉCEMBRE 2016 PAR LE COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES DE FRANCE (CNSF) EN COLLABORATION AVEC LE COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS (CNGOF) ET L’INSERM (EPOPÉ U1153). ELLES ONT POUR OBJECTIF DE :**

- Définir les stades du travail
- Préciser les indications, les modalités et l’efficacité de l’administration d’oxytocine
- Décrire les effets indésirables maternels, fœtaux et néonataux liés à cette administration

GRADE	RECOMMANDATIONS	COMMENTAIRES GYNERISQ
GRADE A	Pas de recommandation	
GRADE B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendant le 1<sup>er</sup> stade du travail, il est recommandé de distinguer la phase de latence de la phase active</li> <li>• Pour définir la dystocie dynamique, il est recommandé de privilégier la durée depuis la dernière modification cervicale plutôt que la durée totale depuis le début du travail, quelle que soit l’activité utérine. Il est recommandé de considérer qu’une vitesse de dilatation est anormale si elle est inférieure à 1 cm/4h entre 5 et 7 cm, et inférieure à 1 cm/2h au-delà de 7 cm de dilatation</li> <li>• En l’absence de dystocie dynamique, la direction active du travail n’est pas recommandée</li> <li>• L’administration systématique d’ocytocine n’est pas recommandée compte tenu de ses effets secondaires</li> <li>• Avant 5cm, il est recommandé de ne pas réaliser de façon systématique ni une amniotomie, ni l’administration d’ocytocine, quelle que soit la vitesse de la dilatation</li> <li>• En cas de pose précoce de l’anesthésie péridurale (APD), l’administration de l’ocytocine ne doit pas être systématique</li> <li>• En cas de dystocie dynamique, l’administration doit alors être réalisée sans délai, dès que le diagnostic a été posé</li> <li>• À seule fin de limiter le recours à l’ocytocine pendant le travail, aucun argument scientifique ne permet de recommander l’immersion en baignoire durant le 1<sup>er</sup> stade _ une alimentation solide, une hydratation parentérale ou orale</li> <li>• Il n’est pas recommandé d’administrer l’ocytocine à une dose initiale <math>\geq 4</math> mUI/min</li> <li>• Il est recommandé de respecter des intervalles d’au moins 30 min avant chaque augmentation de dose de l’ocytocine</li> <li>• Aucun argument scientifique ne permet de conclure quant à la dose de palier optimale. Il est recommandé de ne pas augmenter par palier <math>\geq 4</math> mUI/min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>L’administration systématique d’ocytocine, même en cas d’APD, n’est pas recommandée</i></li> <li>• <i>Il n’existe pas d’indication médicale reconnue d’amniotomie ou d’administration d’ocytocine avant 5 cm et ce, quelle que soit la vitesse de dilatation. Il n’est pas interdit de le faire (dans le but en général d’accélérer le travail) mais il est alors indispensable de bien tracer la raison et surtout l’information donnée à la patiente et son accord. En sachant que le texte de ces RPC précise que l’administration d’ocytocine augmente le risque d’hyperactivité utérine (NP3), d’HPP (NP3) et suggère une association avec un risque de rupture utérine (NP4). Il n’y a pas d’argument en faveur d’un effet sur la morbi-mortalité néonatale, sauf en cas d’utérus cicatriciel (NP3).</i></li> <li>• <i>En cas d’administration : la dose initiale doit être <math>&lt;4</math> mUI/min. En l’absence de l’effet souhaité, on peut augmenter les doses de moins de 4 mUI/min et avec de paliers d’au moins 30mn</i></li> <li>• <i>Il est indispensable que ces définitions concernant le travail physiologique soit expliquée de façon homogène par <b>l’équipe soignante</b>, tout au long de la grossesse et notamment, au moment des “cours de préparation à la naissance” pour éviter d’avoir à le faire “en urgence” le jour J, à une patiente “douloureuse” et, absolument pas préparée à ces notions.</i></li> </ul>

GRADE	RECOMMANDATIONS	COMMENTAIRES GYNERISQ
<b>GRADE C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est recommandé d’administrer l’oxytocine selon des indications strictes, à dose minimale efficace, en tenant compte de la réponse utérine et du rythme cardiaque foetal (RCF)</li> <li>• En cas de dystocie dynamique, à membranes rompues, durant la phase active du 1<sup>er</sup> stade du travail, l’oxytocine peut être administrée pour augmenter l’activité utérine</li> <li>• Il n’est pas recommandé d’administrer systématiquement de l’oxytocine lorsque la patiente est sous APD</li> <li>• À seule fin de limiter le recours à l’oxytocine pendant le travail, aucun argument scientifique ne permet de recommander une position maternelle particulière pendant les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> stades du travail plus qu’une autre</li> <li>• En cas d’administration de l’oxytocine pendant le travail, il est recommandé d’enregistrer l’activité utérine et de surveiller le RCF</li> </ul>	<p><i>L’administration d’oxytocine ne peut se faire qu’en surveillant l’activité utérine et le RCF avant et pendant celle-ci</i></p>
<b>ACCORD PROFESSIONNEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le 1<sup>er</sup> stade du travail est défini par la période de dilatation cervicale jusqu’à 10 cm (dilatation complète) et le 2<sup>e</sup> stade du travail par la période allant de la dilatation cervicale complète jusqu’à la naissance du dernier enfant</li> <li>• Le début de la phase de latence est défini par la présence de contractions utérines régulières, associées à des modifications cervicales</li> <li>• Il est recommandé de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique avant 5 – 6 cm de dilatation cervicale, correspondant à la fin de la phase de latence du 1<sup>er</sup> stade du travail. En conséquence, le terme de « dystocie de démarrage » n’est plus à utiliser</li> <li>• Au cours du 2<sup>e</sup> stade du travail, la phase de descente doit être différenciée de la phase d’expulsion. La phase de descente correspond à la descente du mobile foetal dans la filière pelvienne sous l’influence des contractions utérines et la phase d’expulsion aux efforts expulsifs maternels</li> <li>• En cas de dystocie dynamique avérée au cours de la phase active, c’est-à-dire après 4h de stagnation entre 5 et 7cm ou après 2h de stagnation après 7cm, il est recommandé de pratiquer une amniotomie avant l’administration d’oxytocine. Dès lors que l’amniotomie est réalisée, il est recommandé d’attendre au moins 1h pour évaluer son effet sur la vitesse de dilatation avant d’administrer l’oxytocine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ces notions doivent être connues de <b><u>l’équipe soignante</u></b> et alimenter le “langage commun”, reconnu comme un élément essentiel à la bonne communication entre soignants</li> <li>• Elles doivent être également expliquées et commentées aux patientes. <b><u>Cela doit être fait dans le calme, bien avant le jour de l’accouchement.</u></b> Le but n’est pas de les inquiéter mais de les informer loyalement et d’envisager avec elles les différentes solutions pour gérer au mieux les différentes situations possibles.</li> </ul>

GRADE	RECOMMANDATIONS	COMMENTAIRES GYNERISQ
<p><b>ACCORD PROFESSIONNEL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le 1<sup>er</sup> stade du travail est défini par la période de dilatation cervicale jusqu'à 10 cm (dilatation complète) et le 2<sup>e</sup> stade du travail par la période allant de la dilatation cervicale complète jusqu'à la naissance du dernier enfant</li> <li>• En cas de prolongation du 2<sup>e</sup> stade au-delà de 2h, il est recommandé d'administrer de l'oxytocine pour corriger une absence de progression de la présentation.</li> <li>• En cas de variété occipito-postérieure ou transverse, aucun argument scientifique ne permet de recommander l'administration systématique d'oxytocine</li> <li>• À seule fin de limiter le recours à l'oxytocine pendant le travail, aucun argument scientifique ne permet de recommander l'utilisation de molécules à visée myorelaxante</li> <li>• L'indication, l'information et le consentement de la patiente ainsi que les modalités d'administration doivent être mentionnés dans le dossier médical.</li> <li>• Les paliers des débits d'administration d'oxytocine doivent être exprimés en mUI/min et la dose totale d'oxytocine durant le travail en mUI.</li> <li>• Dans le contexte de l'organisation des soins en France, il est recommandé que la surveillance de l'activité utérine et du RCF en cas d'administration d'ocytocine soit continue.</li> <li>• Il n'y a pas d'argument scientifique en faveur de l'utilisation systématique d'une tocométrie interne. L'utilisation d'une tocométrie interne doit être envisagée en cas de mauvaise qualité de l'enregistrement de la contractilité utérine et en l'absence de contre-indication.</li> <li>• Il est recommandé de débiter à une dose initiale de 2 mUI/min</li> <li>• Il est recommandé d'augmenter l'oxytocine par dose de palier de 2 mUI/min, sans dépasser un débit absolu de 20 mUI/min, et d'arrêter l'augmentation des doses dès l'obtention d'une modification cervicale ou de 5 contractions utérines par 10 min</li> <li>• Il est recommandé d'analyser le tocogramme afin de diagnostiquer une hyperactivité utérine définie par une anomalie de la fréquence des contractions utérines (CU) (hypercinésie de fréquence, encore appelée tachysystolie si &gt; 5 CU/10 min), et/ou une anomalie de la durée des CU (hypercinésie de durée si CU &gt; 2 min), et/ou une anomalie de leur amplitude (hypercinésie d'intensité ou encore appelé hypersystolie si amplitude &gt; 80 mmHg mesurée par tocographie interne).</li> </ul>	<p><i>Il est souhaitable que chaque maternité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>dispose d'un protocole "administration ocytocine pendant le travail spontané" précisant les indications et es modalités d'utilisation</i></li> <li>– <i>définisse les modalités de tracer dans son partogramme : Qui fait, pourquoi, quand et comment, ainsi que l'information donnée à la patiente et son consentement.</i></li> </ul>

GRADE	RECOMMANDATIONS	COMMENTAIRES GYNERISQ
<p><b>ACCORD PROFESSIONNEL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'anomalie du RCF à risque d'acidose associée à une hyperactivité utérine, il est recommandé d'arrêter la perfusion d'oxytocine</li> <li>• Il est recommandé à chaque maternité de pouvoir évaluer son taux d'administration d'oxytocine durant le travail spontané comme un indicateur de suivi de la qualité des soins en salle de naissances.</li> <li>• Lors des réunions collégiales dites «Revue de morbi-mortalité/Reprises de cas» portant, d'une part, sur des observations maternelles d'HPP sévère ou de rupture utérine sur utérus sain, et d'autre part, sur des observations néonatales d'anoxo-ischémie, il est recommandé d'analyser l'administration d'une perfusion d'oxytocine et ses modalités d'utilisation</li> </ul>	<p><i>Les situations où l'oxytocine a été administrée sans précision de l'indication, du prescripteur, des modalités d'administration ou du recueil du consentement de la patiente, sont autant "d'événements indésirables" qui devraient faire l'objet d'une analyse.</i></p>