

# Administration de l'oxytocine pendant le travail spontané

Recommandation pour la Pratique Clinique 2016

Présenté par Laurent GAUCHER

Corinne DUPONT, Didier RIETHMULLER, Marion CARAYOL,  
Catherine DENEUX-THARAUX, Camille LE RAY  
et le Groupe RPC

# Liens d'intérêt

- Enseignant-chercheur HEdS-Genève - Suisse
- Chercheur associé - Inserm U1290 – Lyon - France
- Sage-Femme Hospices Civils de Lyon - France
- Trésorier Collège National des Sages-Femmes de France
- Aucun lien avec les industriels  
<https://www.transparence.sante.gouv.fr/>

# Contexte social (2012-2016)



Corse

## A Bastia, les sages-femmes durcissent la grève et quittent les maternités

Par: Morgane Quilichini (mquilichini@nicematin.fr)

Publié le: 21 mars 2014 à 07:03

Dans: Société



Hier à l'hôpital de Falconaja, il n'y avait que deux sages-femmes présentes à la maternité. Océane Baldocchi

Les évolutions proposées par le ministre de la Santé n'ont convaincu personne au sein de la profession. Lassées d'être « prises pour des pigeons », elles se sont donc toutes mises en arrêt maladie

On craque. On est toutes au bout du rouleau. » Marie-cadre sage-femme à l'hôpital de Bastia-Falconaja le re

Cinq mois d'un conflit sourd et stérile avec le gouverne

**corse matin**  
OGHJE IN CORSICA

# Contexte social (2012-2016)

- Travaux mené entre 2014 et 2016
- CNSF présidé par Sophie GUILLAUME
- Emergence de la recherche en maïeutique (1 HDR, 15 PhD, 80 MSc)
- Maïeutique / salutogénèse peu étudiée en France

**Table 1**

Characteristics of respondents, *n* = 146, SMIRF, 2016, France.

Population characteristics, <i>N</i> = 146	<i>N</i> or median	% or IQR
<b>Gender female</b>	134	91.8
<b>Age, in years</b>	41	32–50
<b>Years since midwifery graduation, in years</b>	16	7–26
<b>Current education status</b>		
PhD holders	15	10.3
PhD students	26	17.8
Master's degree (M2) holders	80	54.8
Midwifery, studying for M2 or having published	25	17.1
<b>Doctorates, <i>n</i> = 15</b>		
Public health – epidemiology	6	40.0
Sciences education	4	26.7
Anthropology	1	6.7
Psychology – psychopathology	1	6.7
Sociology	1	6.7
Fundamental sciences	2	13.3
PhD experience, in year	2	1–8
<b>PhD students, <i>n</i> = 26</b>		
Public health	9	34.6
Sociology	7	26.9
Sciences of education	3	11.5
Anthropology	2	7.7
Fundamental Sciences	2	7.7
Politics	1	3.8
Psychology – psychopathology	1	3.8
Unknown	1	3.8
<b>Current professional status</b>		
Full time midwifery position	115	78.8
Part-time midwifery position	25	17.1
Looking for a job in midwifery	2	1.4
Not working in midwifery*	4	2.7
<b>Type of main current job in midwifery, <i>n</i> = 140**</b>		
Clinical practice	52	37.1
Teaching, managing a midwifery school	79	56.4
Management, coordination	13	9.3
Research	27	19.3
Public health	7	5.0
<b>Affiliation to a professional association**</b>		
National College of Midwives Teachers in Midwifery (CNEMA)	28	66.7
National College of Midwives (CNSF)	21	50.0
National association of private midwives	5	11.9
Trade unions	6	4.1

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.021>

# Contexte scientifique (2014)

- 1<sup>ère</sup> cause de décès des mères = hémorragie
- Un facteur de risque de l'hémorragie = administration d'oxytocine
- France (ENP2010) : entre 58 à 80% des femmes à bas risques reçoivent de l'oxytocine
- UK, Norvège, Suède : entre 25 à 30% des femmes à bas risques reçoivent de l'oxytocine
- Ciane => 1/3 des femmes ne seraient pas informées de l'administration d'oxytocine

# Objectifs des 1ères RPC du CNSF

1. Définir le travail spontané normal
2. Préciser les indications, les modalités et l'efficacité de l'administration d'oxytocine
3. Décrire les effets indésirables maternels, foetaux et néonataux liés à cette administration

# Matériel et Méthodes

- Recommandation basées sur

- Revues de la littérature
- Accords d'experts

- Sages-Femmes



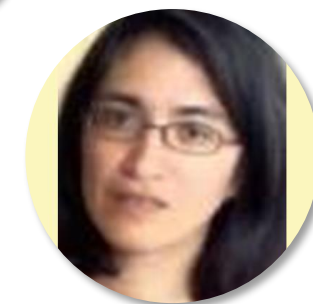
- Epidémiologiste



- Obstétriciens



- Usagères



- Population

- Grossesse mono foetale
- Sans utérus cicatriciel
- À terme
- Présentation céphalique
- Sans RCIU /PAG connu
- **Travail spontané**

# Matériel et Méthodes

Comité de pilotage

- Définie les champs à traiter
- Définie la méthode

Groupe de rédacteurs

- Effectue les recherches de la littérature
- Classe le niveau de preuve
- Grade les recommandations

Groupe de relecteurs

- 67 relecteurs
- Corrections avant publication



# Matériel et Méthodes

Niveau	Définition	Grade des recommandations
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de forte puissance.</li><li>• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li><li>• Analyse de décision basée sur des études bien menées</li></ul>	Preuve scientifique établie <b>A</b>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de faible puissance.</li><li>• Études comparatives non randomisées bien menées</li><li>• Études de cohorte</li></ul>	Présomption scientifique <b>B</b>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Études cas-témoins</li></ul>	Faible niveau de preuve <b>C</b>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Études comparatives comportant des biais importants</li><li>• Études rétrospectives</li><li>• Séries de cas</li></ul>	<b>Accord professionnel</b>

## Définitions

Définition et caractéristiques du travail normal et anormal

## Interventions

Indications de l'oxytocine

Interventions associées à l'administration de l'oxytocine

## Risques

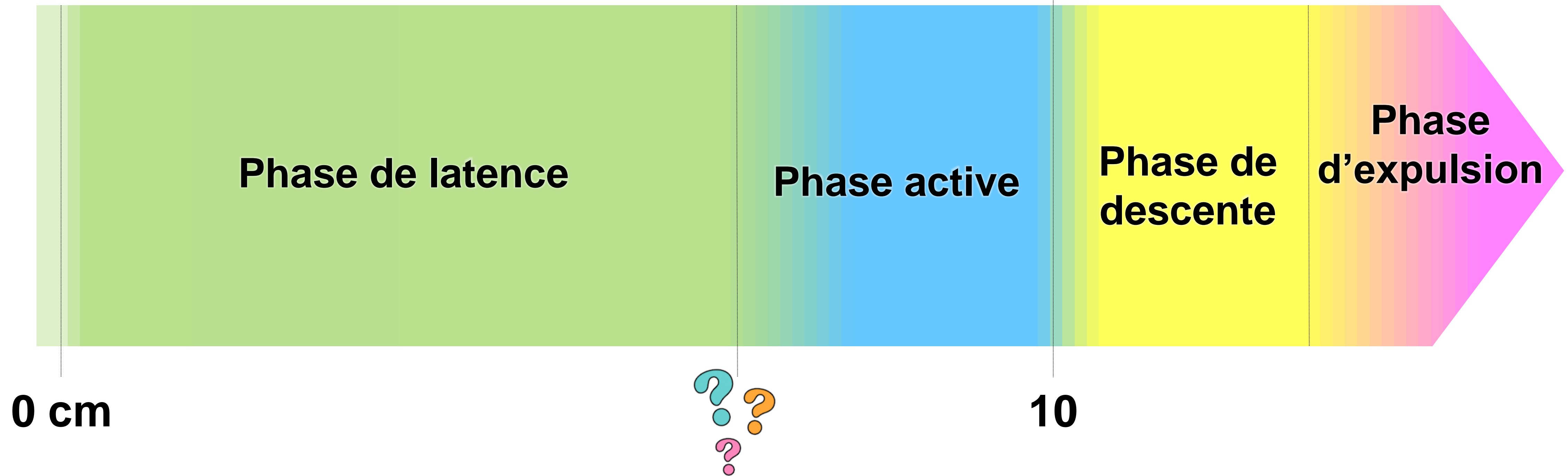
Risques et effets indésirables maternels, fœtaux et néonataux

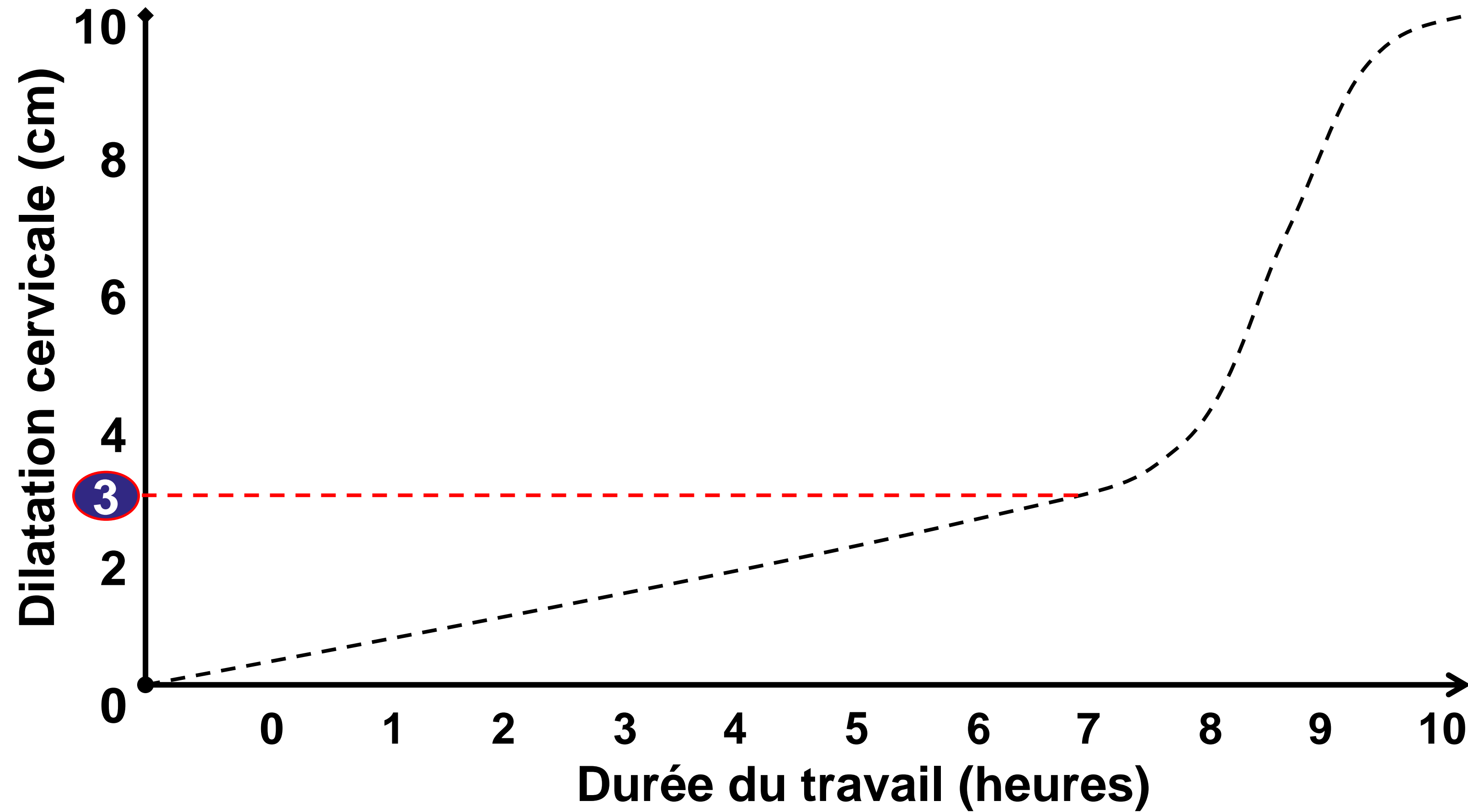
## Modalités

Modalités d'administration

1<sup>er</sup> stade du travail

2<sup>ème</sup> stade du travail





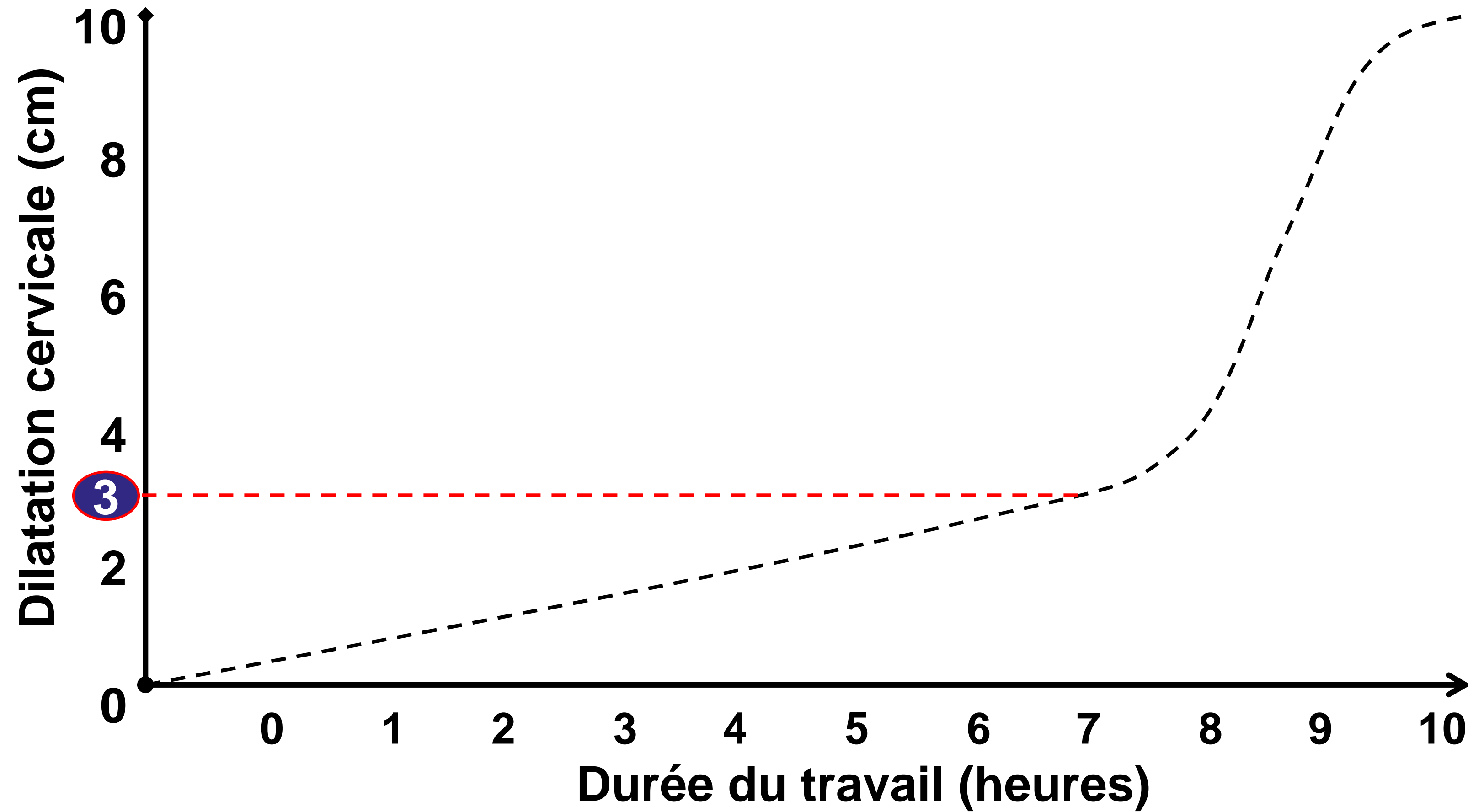
Friedman, 1955  
(n= 500)

# Début de la phase active

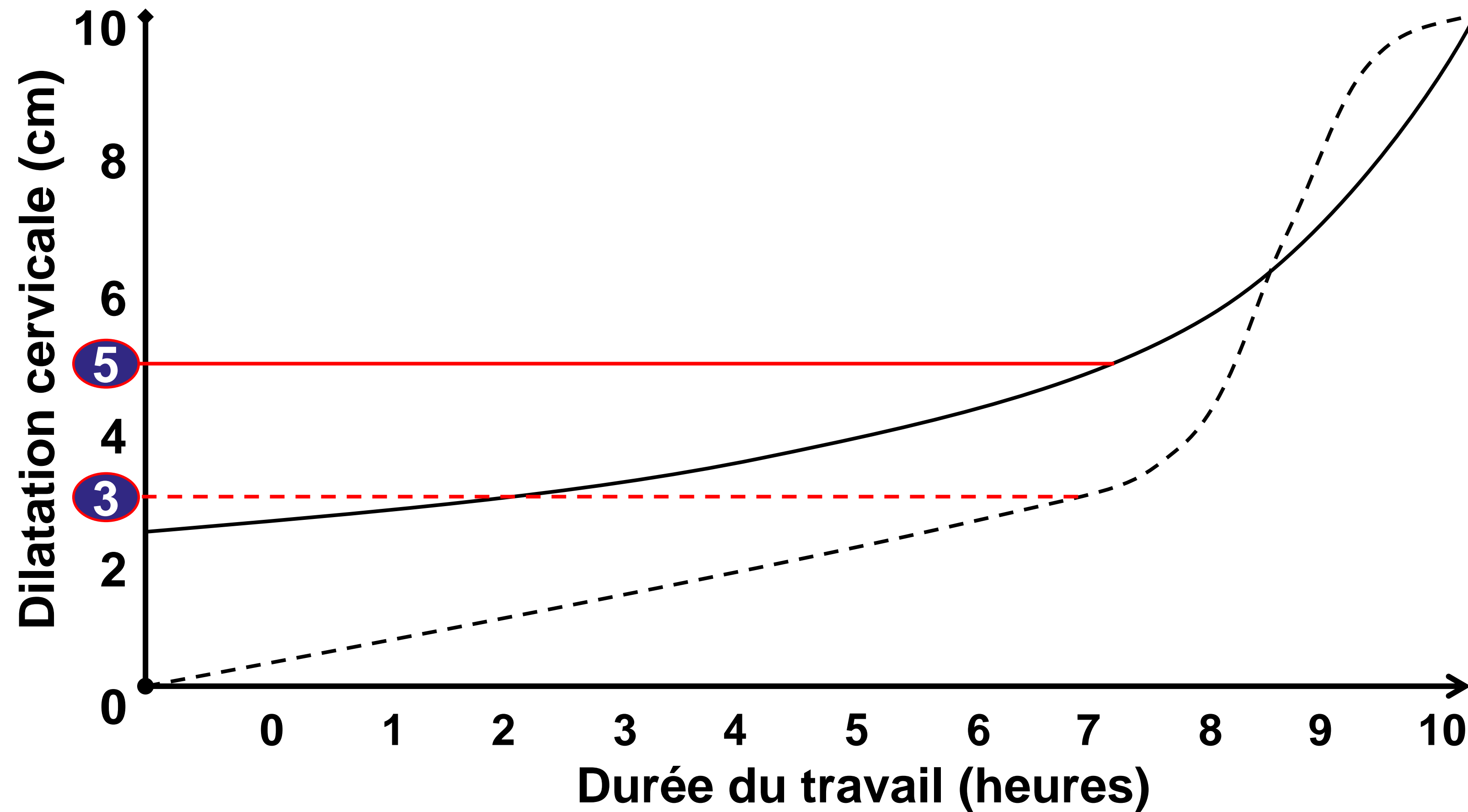
Dilatation du col	Durée médiane, en h (95 <sup>ème</sup> percentile)		
	Parité 0 (n=25 624)	Parité 1 (n=16 755)	Parité 2 et plus (n= 16 219)
3-4 cm	1,8 (8,1)	-	-
4-5 cm	1,3 (6,4)	1,4 (7,3)	1,4 (7,0)
5-6 cm	0,8 (3,2)	0,8 (3,4)	0,8 (3,4)
6-7 cm	0,6 (2,2)	0,5 (1,9)	0,5 (1,8)
7-8 cm	0,5 (1,6)	0,4 (1,3)	0,4 (1,2)
8-9 cm	0,5 (1,4)	0,3 (1,0)	0,3 (0,9)
9-10 cm	0,5 (1,8)	0,3 (0,9)	0,3 (0,8)



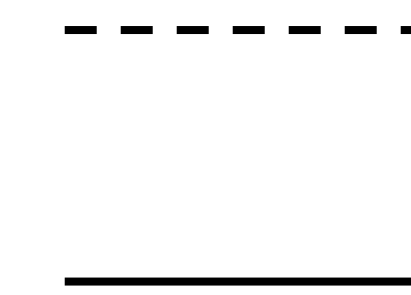
**Zhang, 2010**  
**(n= 62 415)**



Friedman, 1955  
(n= 500)



**Friedman, 1955**  
(n= 500)



**Zhang, 2010**  
(n= 62 415)



Définitions

Interventions

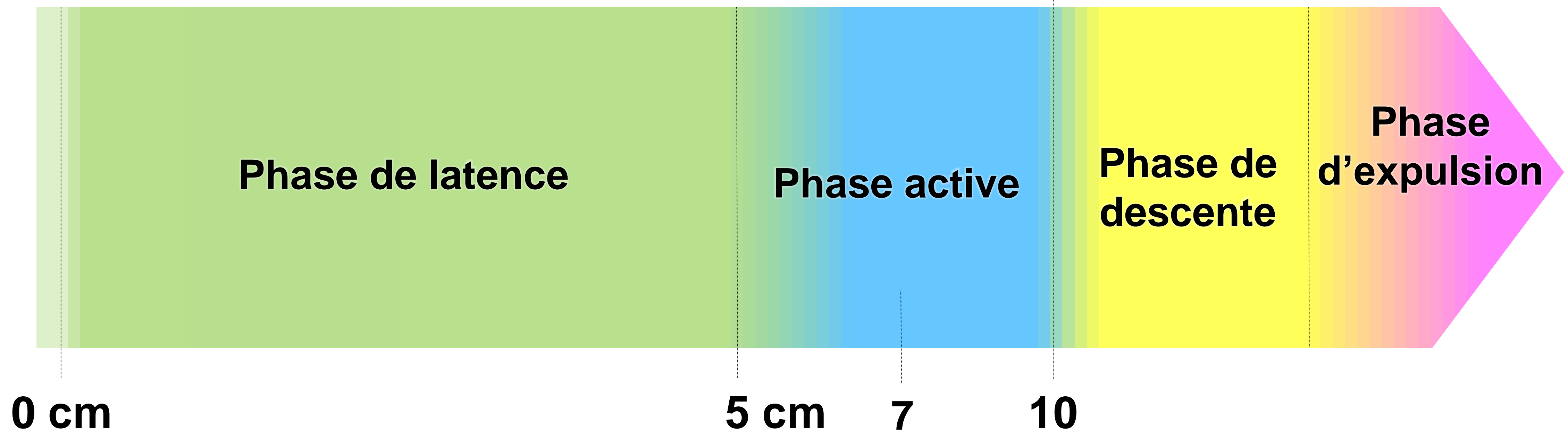
Risques

Modalités

Recommandations

1<sup>er</sup> stade du travail

2<sup>ème</sup> stade du travail





**Avant 5-6 cm** de dilatation cervicale,  
Il est recommandé de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique  
*Accord professionnel*

**Après 5-6 cm**, il est recommandé de considérer qu'une vitesse de dilatation est anormale si

- < 1 cm/4 h entre 5 et 7 cm
- < 1 cm/2 h au-delà de 7 cm

**GRADE B**



## Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)

**Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG**

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

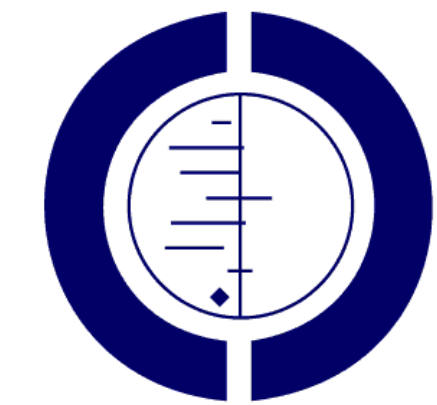


- Méta-analyse à partir de 3 essais
- Oxytocine versus placebo
- n=138
- NP2

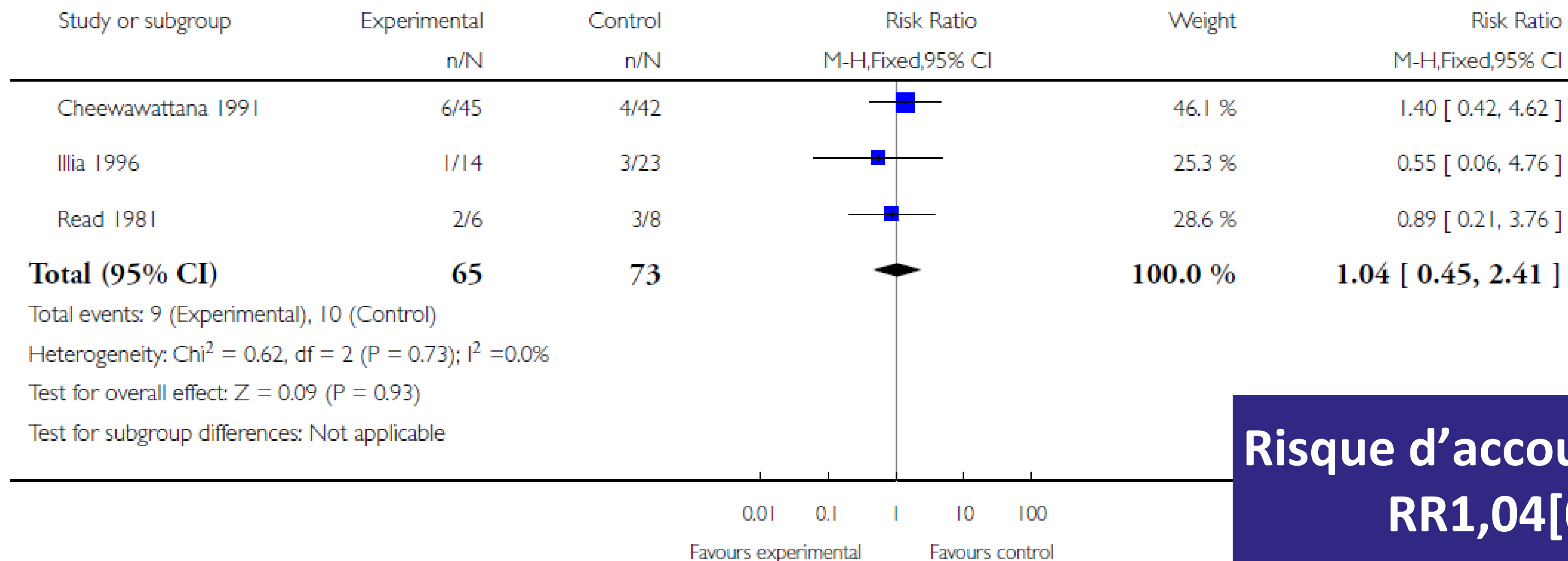
**Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)**

**Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG**

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



THE COCHRANE COLLABORATION®

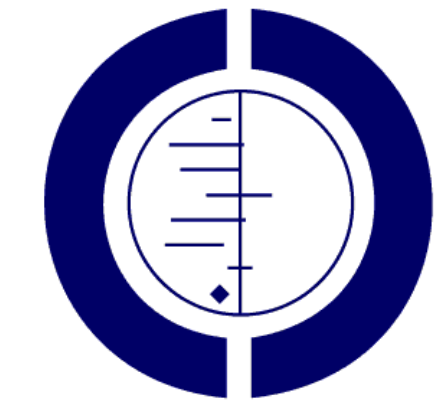


**Risque d'accouchement instrumental  
 RR1,04[0,45-2,41] n=138**

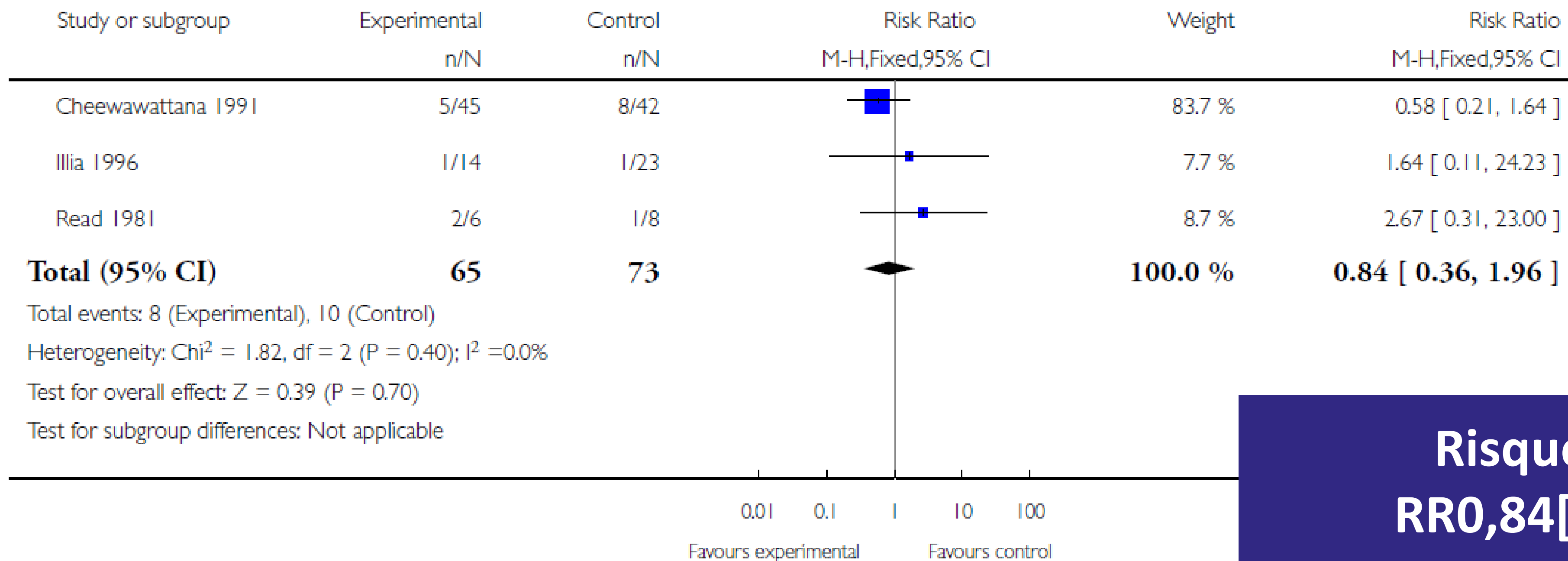
**Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)**

**Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG**

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



THE COCHRANE COLLABORATION®

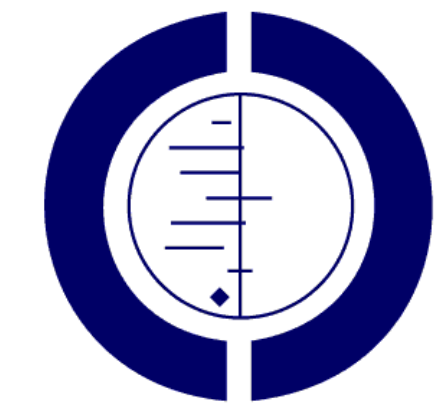


**Risque de césarienne  
 RR0,84[0,36-1,96] n=138**

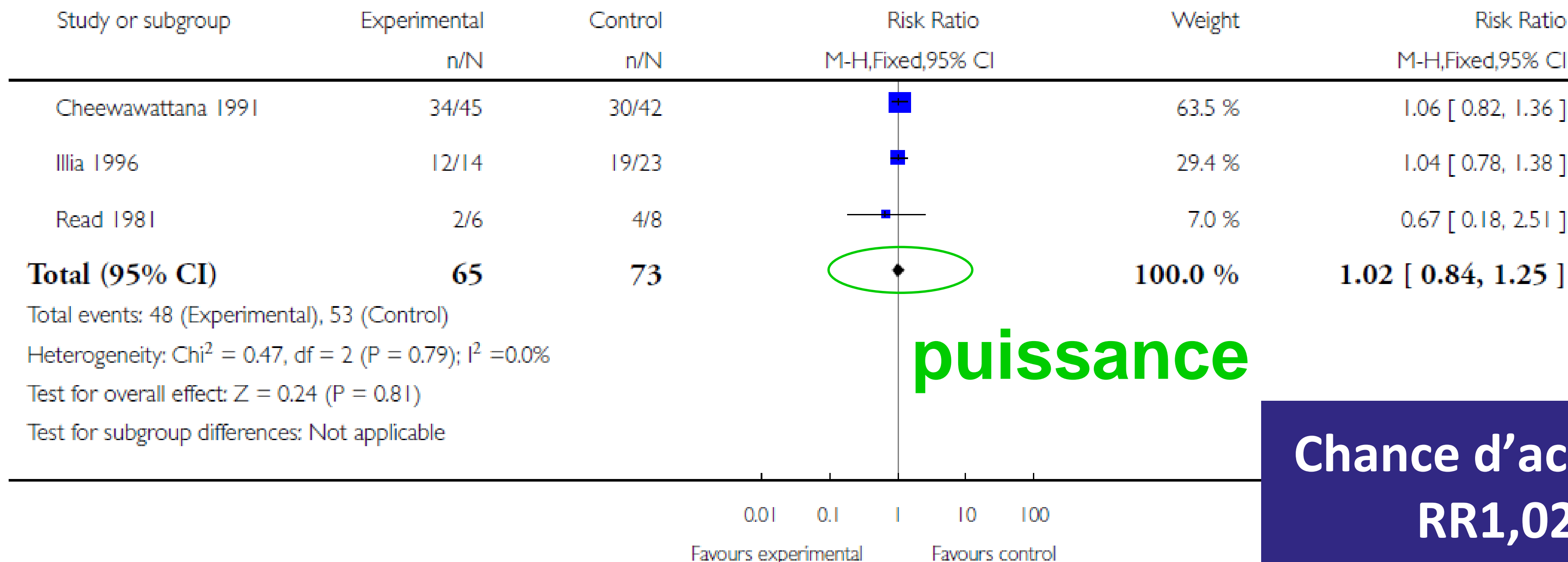
**Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)**

**Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG**

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



THE COCHRANE COLLABORATION®



**Chance d'accouchement voie basse  
 RR1,02[0,84-1,25] n=138**



- Il est recommandé :
- de ne **pas** réaliser une **amniotomie**
  - de ne **pas** administrer d'**oxytocine**

**Grade B**

La mise en place précoce de l'analgésie péridurale (APD) n'augmente pas la fréquence des indications de l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané

**NP2**

En cas de pose précoce de l'**APD**, l'administration de l'oxytocine ne doit **pas** être **systematique**

**Grade B**

**En cas de dystocie dynamique avérée,**  
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 une heure  
pour évaluer son effet sur la vitesse de dilatation avant d'administrer l'oxytocine  
*Accord professionnel*

L'oxytocine peut être ensuite administrée, à membranes rompues, pour augmenter l'activité  
utérine. *Grade C*

Cette administration doit être réalisée dès que le diagnostic a été posé.

*Grade B*



Les données actuelles ne permettent pas de recommander une durée du 2<sup>ème</sup> stade du travail à ne pas dépasser,  
La prolongation du 2<sup>ème</sup> stade du travail semble associée à **un excès d'HPP (NP2)**.  
Ces risques maternels augmentent particulièrement **à partir de 3h**.  
Sous couvert d'une surveillance fœtale adaptée, **le risque néonatal ne semble pas être augmenté (NP2)**.

En cas de prolongation du 2<sup>ème</sup> stade au-delà de 2 h,  
il est recommandé d'administrer de l'oxytocine pour corriger une absence de progression de la présentation  
*Accord professionnel*

Les données actuelles ne permettent pas de recommander une durée maximale de la phase d'expulsion.

En cas de variété occipito-postérieure ou transverse,  
aucun argument scientifique à ce jour ne permet de recommander l'administration systématique d'oxytocine  
*Accord professionnel*

J Gynecol Obstet Hum Reprod 47 (2018) 119–125

Available online at  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
 www.em-consulte.com

Original Article

Factors affecting rotation of occiput posterior position during the first stage of labor 

P. Blanc-Petitjean <sup>a,b,\*</sup>, C. Le Ray <sup>a,c</sup>, F. Lepleux <sup>d</sup>, A. De La Calle <sup>c</sup>, M. Dreyfus <sup>d,e</sup>,  
 A.A. Chantry <sup>a,f</sup>

<sup>a</sup> Inserm UMR 1153, Obstetrical, Perinatal and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPE), centre for epidemiology and statistics Sorbonne Paris Cité (CRESS), DHU Risks in pregnancy, Paris-Descartes university, 75014 Paris, France  
<sup>b</sup> Department of obstetrics and gynecology, hôpital Louis Mourier, DHU Risks in pregnancy, Paris-Descartes university, 92700 Colombes, France  
<sup>c</sup> Port-Royal maternity unit, hôpital Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, DHU Risks in pregnancy, Paris-Descartes university, 75014 Paris, France  
<sup>d</sup> Department of obstetrics, gynecology and reproductive medicine, CHU de Caen, 14000 Caen, France  
<sup>e</sup> University of Caen (Normandy), medical school, 14000 Caen, France  
<sup>f</sup> Midwifery school of Baudelocque, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, DHU Risks in pregnancy, Paris-Descartes university, 75014 Paris, France

ARTICLE INFO

Article history:  
 Received 18 August 2017  
 Received in revised form 27 December 2017  
 Accepted 27 December 2017  
 Available online 30 December 2017

Keywords:  
 First stage of labor  
 Intrapartum care  
 Occiput posterior position  
 Oxytocin  
 Rotation

ABSTRACT

**Introduction.** – Fetal occiput posterior (OP) positions account for 15 to 20% of cephalic presentations and are associated with poorer maternal and neonatal outcomes than occiput anterior (OA) positions. The aim of this study was to identify maternal, neonatal and obstetric factors associated with rotation from OP to OA position during the first stage of labor.

**Material and methods.** – This secondary analysis of a multicenter randomized controlled trial (EVADELA) included 285 laboring women with ruptured membranes and a term fetus in OP position. After excluding women with cesarean deliveries before full dilatation, we compared two groups according to fetal head position at the end of the first stage of labor: those with and without rotation from OP to OA position. Factors associated with rotation were assessed with univariate and multivariate analyses using multilevel logistic regression models.

**Results.** – The rate of anterior rotation during the first stage was 49.1%. Rotation of the fetal head was negatively associated with excessive gestational weight gain (adjusted odds ratio [aOR]: 0.37, 95% confidence interval [CI]: 0.17–0.80), macrosomia (aOR: 0.35, 95% CI: 0.14–0.90), direct OP position (aOR: 0.24, 95% CI: 0.09–0.65), and prelabor rupture of membranes (aOR: 0.40, 95% CI: 0.19–0.86). Oxytocin administration was the only factor positively associated with fetal head rotation (aOR: 2.17, 95% CI: 1.20–3.91).

**Discussion.** – Oxytocin administration may affect rotation of OP positions during the first stage of labor. Further studies should be performed to assess the risks and benefits of its utilization for managing labor with a fetus in OP position.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

«L'administration d'ocytocine était le seul facteur positivement associé à la rotation de la tête du fœtus»

aOR: 2.17, 95% CI: 1.20–3.91

<https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.12.006>

Définitions

Interventions

Risques

Modalités

# Recommandations

1<sup>er</sup> stade du travail

2<sup>ème</sup> stade du travail

**Phase de latence**

(contractions régulières et dilatation cervicale)

**Pas d'intervention systématique**  
(si possible, RAM avant oxytocine)

**Phase active**

Intervention si  
vitesse de dilatation  
<1cm/4h <1cm/2h

**Phase de  
descente**

Intervention si  
durée >2h

**Phase  
d'expulsion**

0 cm

5

7

10

**Risques**

**Facteurs de risque d'HPP sévères  
OR augmente X 5 selon le niveau d'exposition**

*Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C.  
BMJ open 2011*

**Risque majoré si**

- La dose utilisée est élevée pendant le travail,
- Les intervalles d'augmentation sont courts,
- La femme ne bénéficie pas d'administration prophylactique d'oxytocine (APO/DD) au moment de la naissance

**(NP3)**

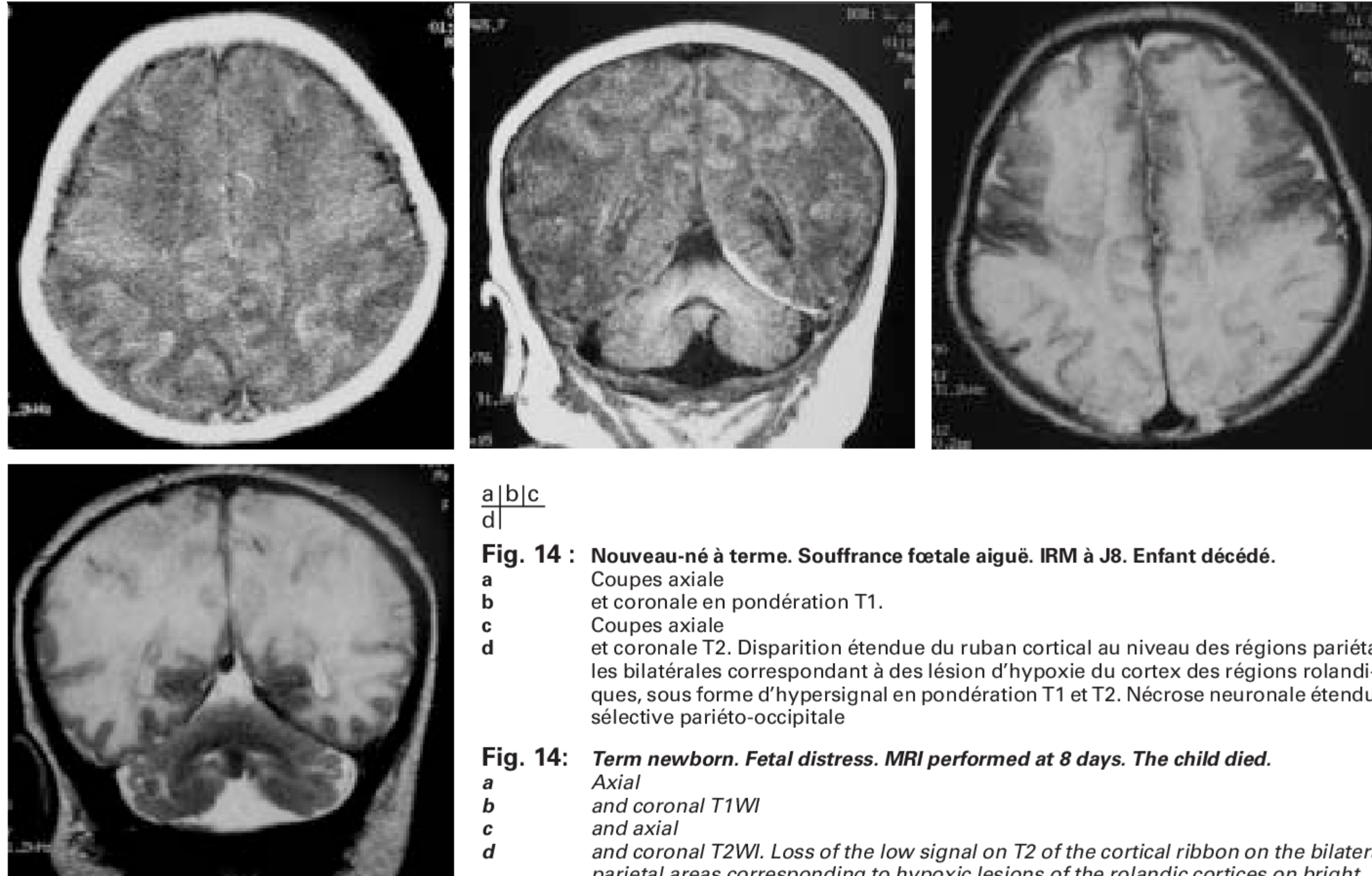


**Les bénéfices de l'oxytocine sont à mettre en balance avec les risques pour la mère et le fœtus puis le nouveau-né.**

**Compte tenu de ses effets secondaires,  
L'administration **SYSTEMATIQUE** d'oxytocine n'est **pas**  
**recommandée****

*Grade B*





a|b|c  
d|

**Fig. 14 :** Nouveau-né à terme. Souffrance fœtale aiguë. IRM à J8. Enfant décédé.

a  
b

Coupe axiale  
et coronale en pondération T1.

c  
d

Coupe axiale  
et coronale T2. Disparition étendue du ruban cortical au niveau des régions pariétales bilatérales correspondant à des lésions d'hypoxie du cortex des régions rolandiques, sous forme d'hypersignal en pondération T1 et T2. Nécrose neuronale étendue sélective pariéto-occipitale

**Fig. 14:** Term newborn. Fetal distress. MRI performed at 8 days. The child died.

a  
b  
c

Axial  
and coronal T1WI  
and axial

d

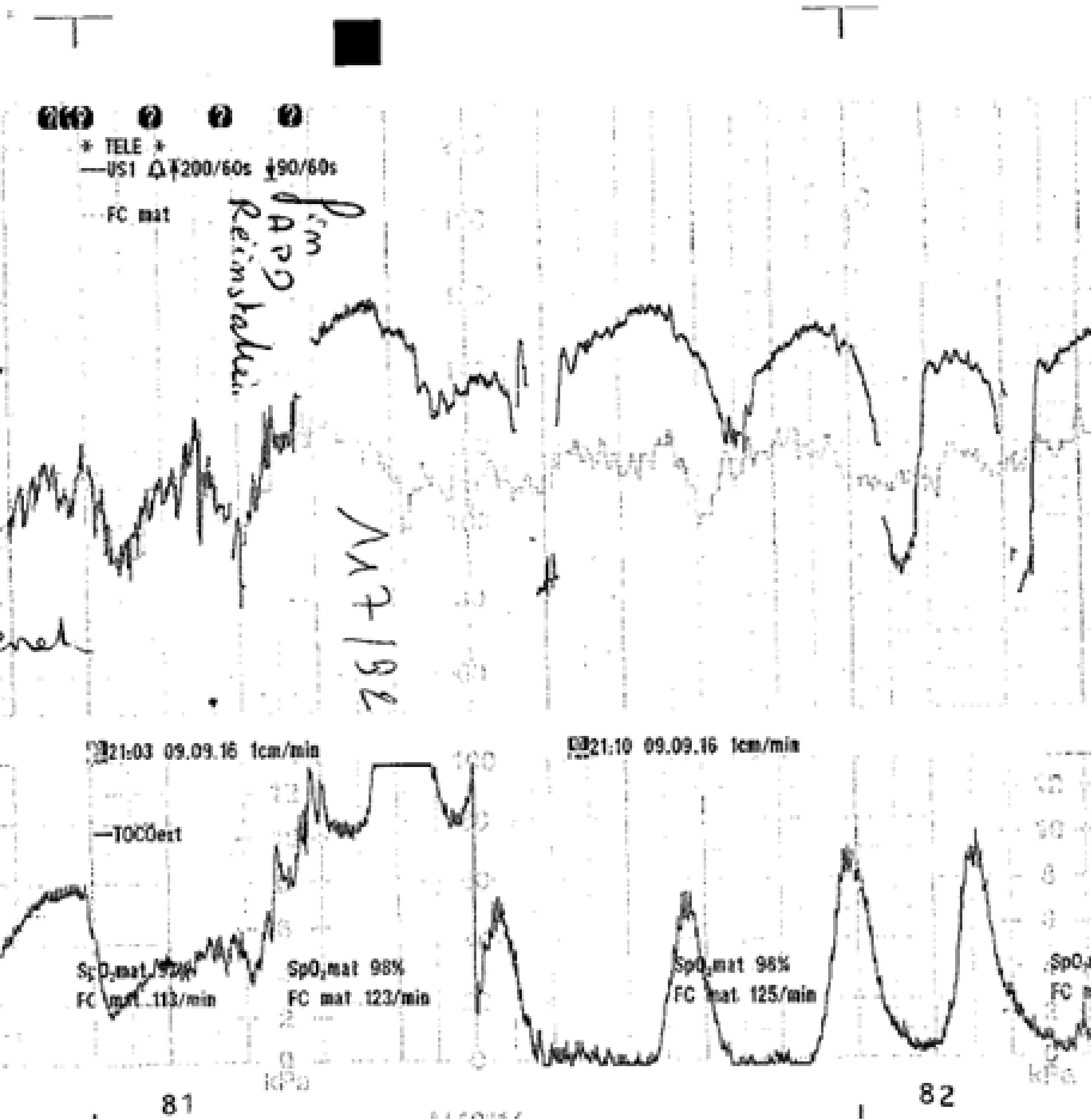
and coronal T2WI. Loss of the low signal on T2 of the cortical ribbon on the bilateral parietal areas corresponding to hypoxic lesions of the rolandic cortices on bright signal on T1 and T2. Selective neuronal necrosis of the parietal and occipital cortex.

# Définitions

# Interventions

# Risques

# Modalités



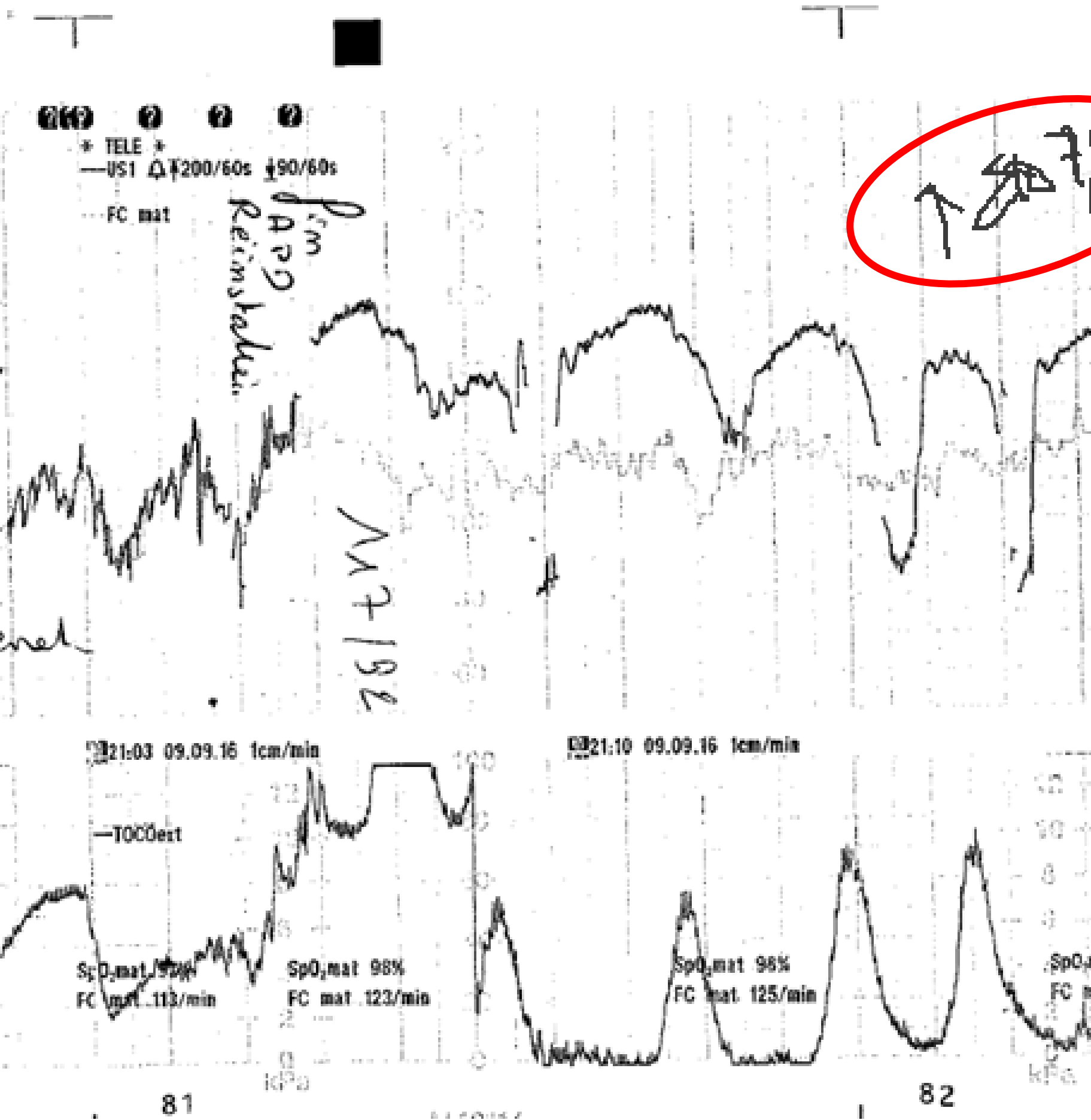


# Définitions

# Interventions

# Risques

# Modalités



## Hyperactivité utérine

**L'administration d'oxytocine augmente le risque d'hyperactivité utérine selon un effet dose-dépendant.**

*(NP3)*

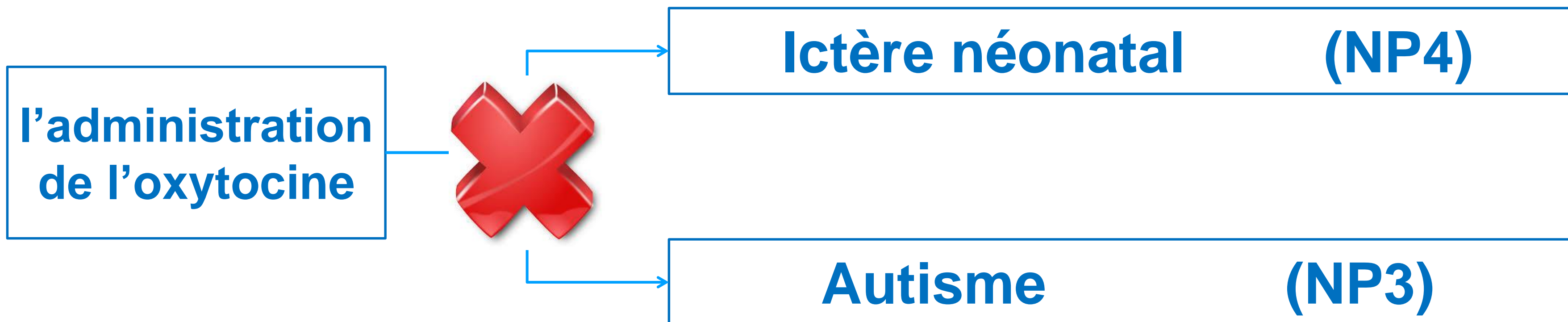
**Il est recommandé d'analyser le tocogramme afin de diagnostiquer une hyperactivité utérine (hypercinésie de fréquence, de durée ou d'intensité)**

*Accord professionnel*

**Une hyperactivité utérine en lien avec l'administration d'oxytocine peut être associée à des anomalies du RCF → une acidose néonatale**

*(NP3)*

**Aucun argument scientifique ne permet d'établir de lien**



# Modalités

Au sein de chaque service d'obstétrique, il est recommandé d'établir un **PROTOCOLE DE SERVICE** formalisant les principes suivant :

- 1) l'administration par voie IV à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose administrée et équipé d'une valve anti-reflux,
- 2) la dilution utilisée et standardisée par service



L'indication, l'information et le consentement de la femme ainsi que les modalités d'administration doivent être mentionnés dans le dossier médical



**Paliers des débits d'administration** d'oxytocine doivent être exprimés **en mUI/min** et la **Dose Totale** d'oxytocine durant le travail également **en mUI**

**En termes d'efficacité de l'oxytocine, aucun argument scientifique ne permet de conclure précisément sur :**

- la dose initiale optimale ?
- la dose de palier optimale ?

**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

**Grade C**

**Il est recommandé**

- de **débuter** à une dose initiale de **2 mUI/min** (12ml/h si 5UI/500mL)
  - d'**augmenter** par dose de palier de **2 mUI/min**
- sans dépasser un débit absolu de **20 mUI/min** (120ml/h si 5UI/500mL)

**et d'arrêter l'augmentation des doses dès l'obtention d'une modification cervicale**  
*Accord professionnel*

**Il est recommandé de ne pas administrer l'oxytocine**  
**à une dose initiale  $\geq$  à 4 mUI/min**  
**ni de l'augmenter par palier  $\geq$  à 4 mUI/min**

*Grade B*

**Il est recommandé de respecter des intervalles d'au moins 30 min avant chaque**  
**augmentation de dose de l'oxytocine**

*Grade B*

## STUDY PROTOCOL

## Open Access

## Reducing neonatal morbidity by discontinuing oxytocin during the active phase of first stage of labor: a multicenter randomized controlled trial STOPOXY



Aude Girault<sup>1,2\*</sup>, François Goffinet<sup>1,2</sup>, Camille Le Ray<sup>1,2</sup> and on behalf of the collaborators of the STOPOXY trial and the Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (GROG)

## Abstract

**Background:** Oxytocin is effective in reducing labor duration, but can be associated with fetal and maternal complications such as neonatal acidosis and post-partum hemorrhage. When comparing discontinuing oxytocin in the active phase with continuing oxytocin infusion, previous studies were underpowered to show a reduction in neonatal morbidity. Thus, we aim at evaluating the impact of discontinuing oxytocin during the active phase of the first stage of labor on the neonatal morbidity rate.

**Methods:** STOPOXY is a multicenter, randomized, open-label, controlled trial conducted in 20 maternity units in France. The first participant was recruited January 17th 2020. The trial includes women with a live term ( $\geq 37$  weeks) singleton, in cephalic presentation, receiving oxytocin before 4 cm, after an induced or spontaneous labor. Women aged < 18 years, with a lack of social security coverage, a scarred uterus, a multiple pregnancy, a fetal congenital malformation, a growth retardation <3rd percentile or an abnormal fetal heart rate at randomization are excluded. Women are randomized before 6 cm when oxytocin is either continued or discontinued. Randomization is stratified by center and parity. The primary outcome, neonatal morbidity is assessed using a composite variable defined by an umbilical arterial pH at birth < 7.10 and/or a base excess > 10 mmol/L and/or umbilical arterial lactates > 7 mmol/L and/or a 5 min Apgar score < 7 and/or admission in neonatal intensive care unit. The primary outcome will be compared between the two groups using a chi-square test with a  $p$ -value of 0.05. Secondary outcomes include neonatal complications, duration of active phase, mode of delivery, fetal and maternal complications during labor and delivery, including cesarean delivery rate and postpartum hemorrhage, and birth experience. We aim at including 2475 women based on a reduction in neonatal morbidity from 8% in the control group to 5% in the experimental group, with a power of 80% and an alpha risk of 5%.

(Continued on next page)

- Résultats en cours de publication
- Pas d'impact de l'administration discontinuée sur :
  - Morbidité néonatale
  - Taux de césarienne
  - Hémorragie du postpartum
  - L'expérience de la naissance
- Augmentation de la durée du travail
- Pas besoin de ré-administration dans plus de 60% des cas

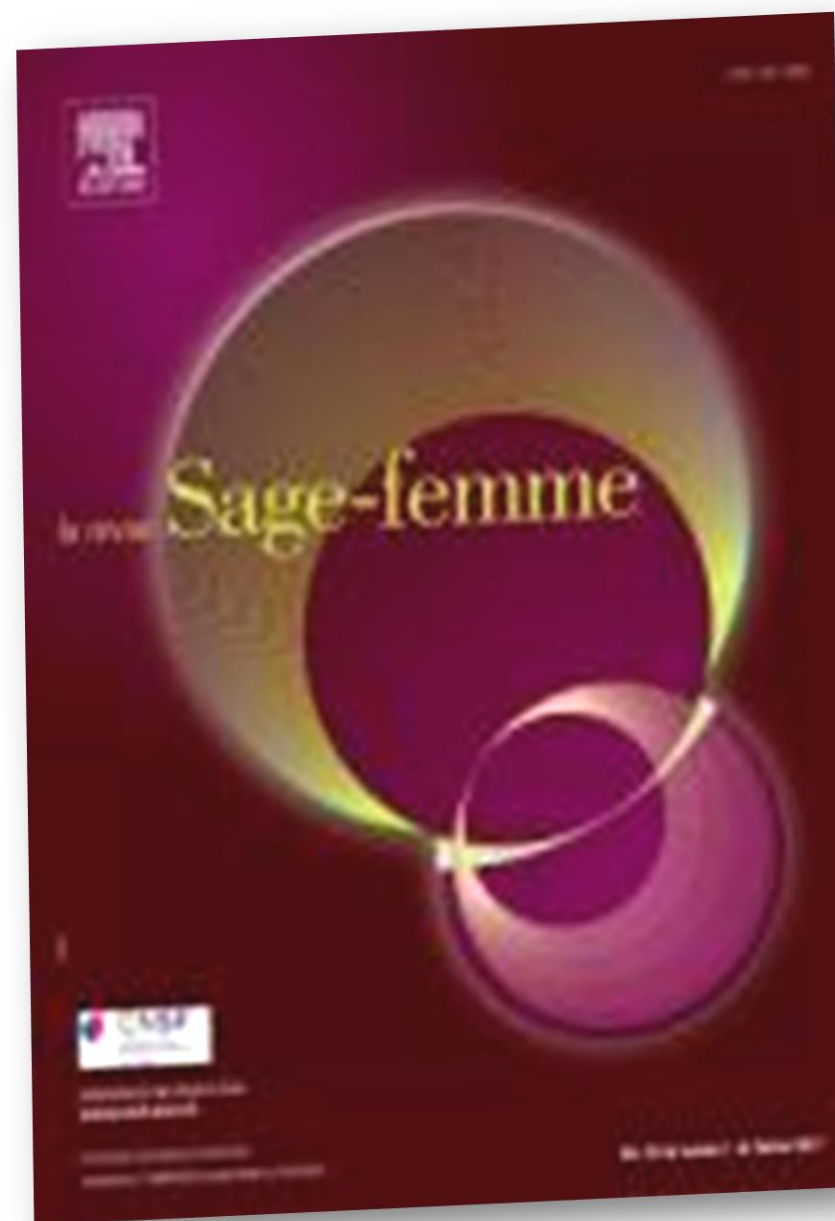


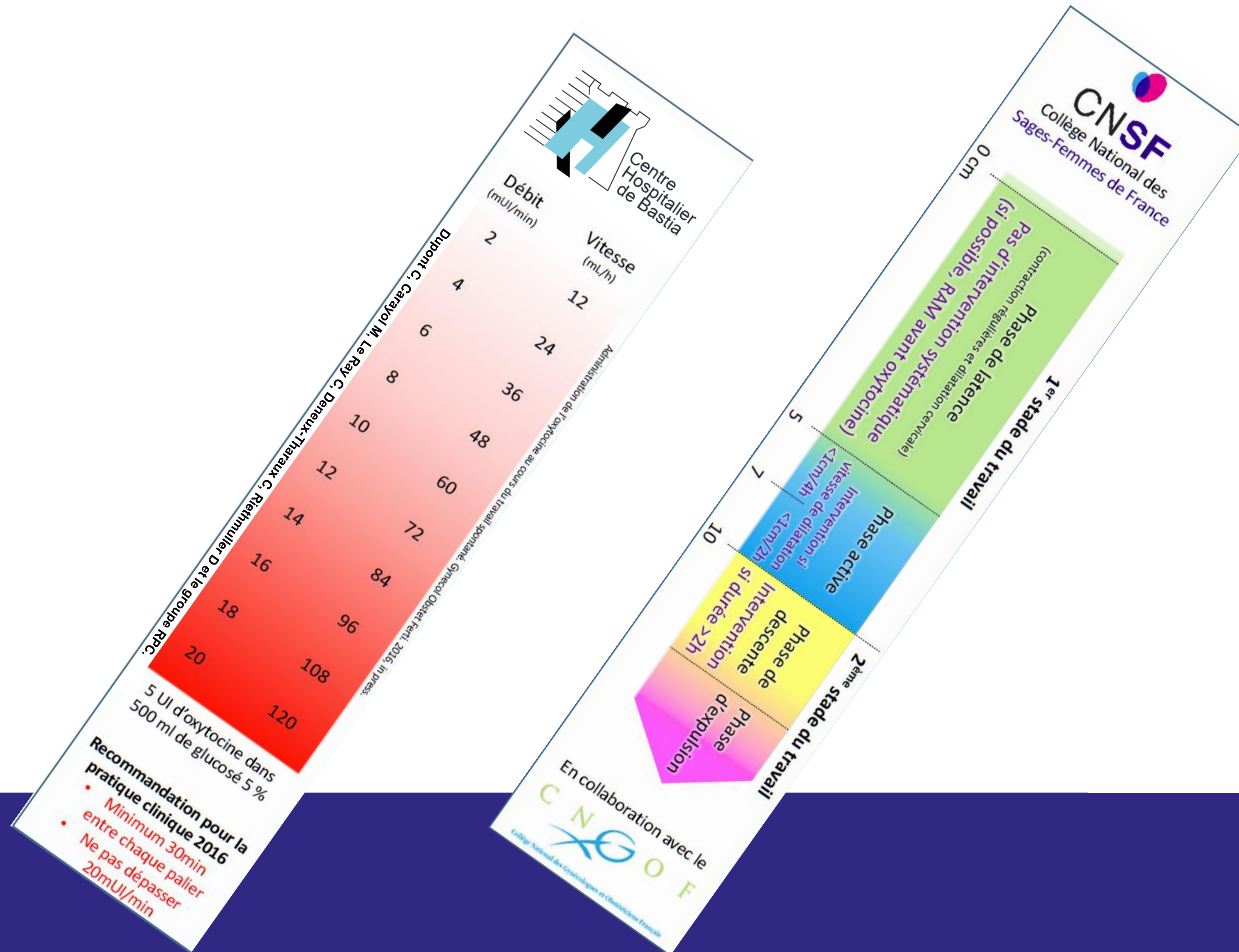
Définitions

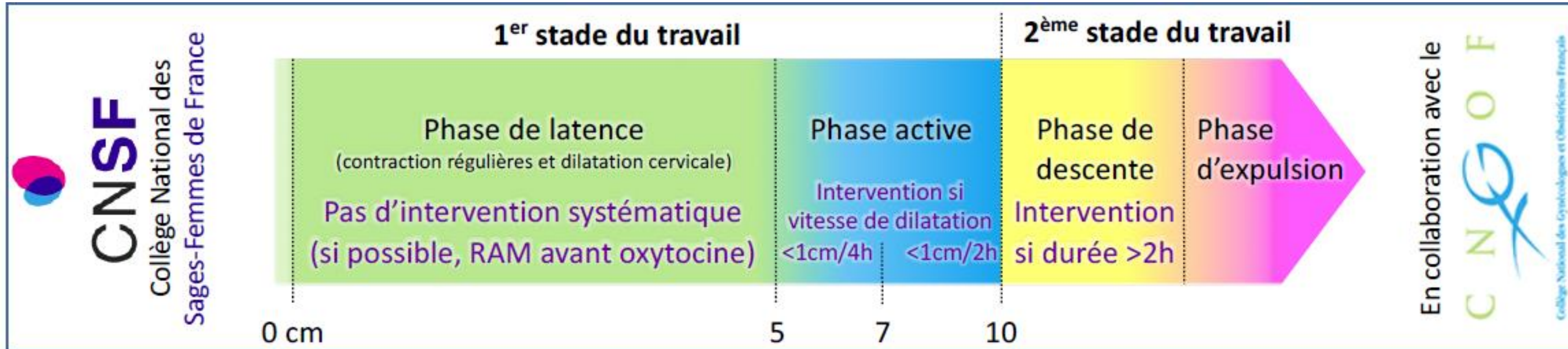
Interventions

Risques

Modalités







**⚠ APO ⚠**  
**OXYTOCINE 5UI/10cc**  
**injecter en 1 à 5min**

# Conclusion

EBM



# Evolution des pratiques

MS NO: ONG-19-1470

Original Research

## Association of Oxytocin Use and Artificial Rupture of Membranes With Cesarean Delivery in France

Aude Girault, MD, MSc, Camille Bonnet, MSc, François Goffinet, MD, PhD, Béatrice Blondel, PhD, and Camille Le Ray, MD, PhD

**OBJECTIVE:** To evaluate whether the decrease in the frequency of oxytocin administration and artificial rupture of membranes observed between the 2010 and 2016 French Perinatal Surveys was associated with a change in the frequency of cesarean delivery or cesarean delivery indications among women who entered labor spontaneously.

**METHODS:** This cross-sectional study included women who participated in the 2010 and 2016 French National surveys who had singleton pregnancies and who gave birth at at least 37 weeks of gestation after spontaneous labor to a liveborn neonate in cephalic presentation. To test whether the observed decrease of oxytocin administration and artificial rupture of membranes between the two study years was explained by the women's indi-

vidual characteristics and maternity units' organizational characteristics change, multivariable analyses were performed. The same strategy was applied for the change in intrapartum cesarean delivery rates between the 2 years. These analyses were repeated in nulliparous, low obstetric risk women, multiparous low obstetric risk women, and women with a previous cesarean delivery. The cesarean delivery indications were compared in 2010 and 2016.

**RESULTS:** Oxytocin administration decreased significantly from 58.3% in 2010 to 45.2% in 2016 (adjusted odds ratio [aOR] 0.51; 95% CI 0.47–0.55), as did artificial rupture of membranes, from 52.4% to 42.6% (aOR 0.66; 95% CI 0.62–0.71). The intrapartum cesarean delivery rate remained stable—6.9% compared with 6.6% (aOR 0.93; 95% CI 0.82–1.06). The same patterns were observed in low risk groups and women with a previous cesarean delivery. The cesarean delivery indications were similar in both years.

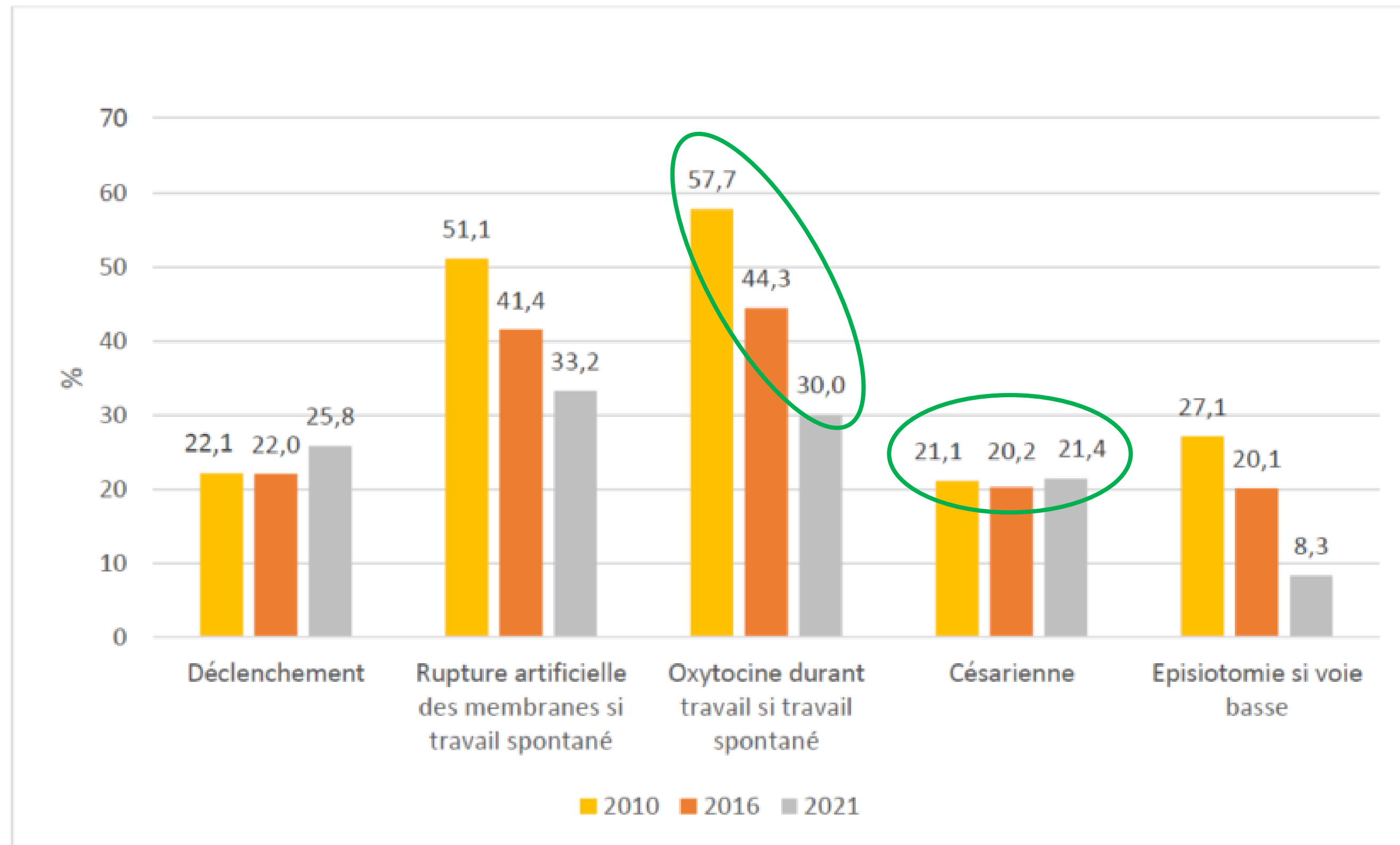
**CONCLUSION:** The significant decrease in oxytocin administration and artificial rupture of membranes in

From the Port-Royal Maternity Unit, Department of Obstetrics, Cochin Broca Hôtel-Dieu Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, and INSERM UMR 1153, Obstetrical, Perinatal and Paediatric Epidemiology Research Team (Epopé), Centre for Epidemiology and Statistics Sorbonne Paris Cité (CRESS), DHU Risks in Pregnancy, Paris Descartes University, Paris, France.

The national perinatal surveys are supported by the French ministry of health /Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques

- Diminution de l'administration d'ocytocine  
58,3% en 2010 à 45,2 % en 2016  
aOR=0,51 ; IC95%[0,47-0,55]
- Diminution de la RAM  
52,4% à 42,6%  
aOR=0,66 ; IC95%[0,62-0,71]
- Stabilité du taux de césarienne intrapartum est resté stable  
6,9% à 6,6%  
aOR=0,93 ; IC95%[0,82-1,06]

# Evolution des pratiques



- Réduction constante de l'administration d'oxytocine durant le travail

- 56% en 2010
- 44% en 2016
- 30% en 2021



Enquête Nationale Périnatale

# OMS 2018

Recommandations de l'OMS  
pour la prévention et le  
traitement de l'hémorragie  
du post-partum



## Encadré 1. Recommandations pour la prévention de l'HPP - utérotoniques

1. L'utilisation d'utérotoniques en prévention de l'HPP durant la délivrance est recommandée pour tous les accouchements. (Recommandation forte, données de qualité moyenne)
2. L'ocytocine (10 UI par voie IV/IM) est l'utérotonique recommandé en prévention de l'HPP. (Recommandation forte, données de qualité moyenne)
3. Dans les milieux où l'ocytocine n'est pas disponible, l'utilisation d'autres utérotoniques injectables (l'ergométrine/la méthylergométrine ou l'ocytocine et l'ergométrine en association fixe par exemple) ou du misoprostol par voie orale (600 µg) est recommandée. (Recommandation forte, données de qualité moyenne)
4. Dans les milieux où il n'y a pas d'accoucheuse qualifiée ni d'ocytocine, l'administration de misoprostol (600 µg par voie orale) par les agents de santé communautaires et le personnel non médical est recommandée en prévention de l'HPP. (Recommandation forte, données de qualité moyenne)

**ASINCOPROB**  
*Haute-Corse*

d'INformation  
formation  
Continue  
des PRaticiennes  
De l'Obstétrique

ASsociation



**CNSF**

Collège National des Sages-femmes de France

**L'EXPERT AU SENS PRATIQUE,  
UNE RÉFÉRENCE POUR LA SANTÉ**

Adhérez sur  
[www.cnsf.asso.fr](http://www.cnsf.asso.fr)