



HAL
open science

L'hydratation per os des patientes durant le travail normal au sein de la maternité du CHRU de Nancy : évaluation des pratiques professionnelles par enquête “ connaissances, attitudes, pratiques ” auprès de 20 praticiens et 20 patientes d'octobre 2019 à décembre 2019

Anne-Sophie Villemot

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Villemot. L'hydratation per os des patientes durant le travail normal au sein de la maternité du CHRU de Nancy : évaluation des pratiques professionnelles par enquête “ connaissances, attitudes, pratiques ” auprès de 20 praticiens et 20 patientes d'octobre 2019 à décembre 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870473

HAL Id: hal-03870473

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870473>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

VILLEMOT Anne-Sophie

**L'HYDRATATION PER OS DES PATIENTES DURANT LE
TRAVAIL NORMAL AU SEIN DE LA MATERNITE DU
CHRU DE NANCY**

Évaluation des pratiques professionnelles par enquête « connaissances, attitudes, pratiques » auprès de 20 praticiens et 20 patientes d'octobre 2019 à décembre 2019.

Soutenu le 8 juin 2020

Directeur de mémoire : Dr AVERCENC Léonore

Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Nancy

Docteur en Sciences de la Vie et de la Santé



Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

VILLEMOT Anne-Sophie

**L'HYDRATATION PER OS DES PATIENTES DURANT LE
TRAVAIL NORMAL AU SEIN DE LA MATERNITE DU
CHRU DE NANCY**

Évaluation des pratiques professionnelles par enquête « connaissances, attitudes, pratiques » auprès de 20 praticiens et 20 patientes d'octobre 2019 à décembre 2019.

Soutenu le [jour mois] 2020

Directeur de mémoire : Dr AVERCENC Léonore

Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Nancy

Docteur en Sciences de la Vie et de la Santé

REMERCIEMENTS

Merci à Léonore Avercenc, directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils, sa patience et ses nombreuses relectures,

Merci à tous les professionnels de santé travaillant en salle de naissance au sein de la Maternité du CHRU de Nancy pour avoir répondu à mes questionnaires,

Merci à l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Nancy et à tous les intervenants professionnels ayant contribué à ma formation,

Merci à ma famille, mes amis, à Charlotte et à Virgile pour leur soutien sans faille tout au long de mes études.

TABLE DES ABREVIATIONS

ASA : American Society of Anesthesiologists

APD : Analgésie péridurale

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MAPAR : Mise Au Point en Anesthésie Réanimation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFAR : Société Française d'Anesthésie-Réanimation

SOAP : Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES ABREVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE.....	10
1. TYPE D'ETUDE.....	10
2. POPULATION ETUDIEE, ECHANTILLONNAGE.....	10
3. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	11
4. VARIABLES RECUEILLIES (ANNEXES 2 ET 3).....	11
5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	12
6. TRAITEMENT DES DONNEES ET ANALYSE.....	13
RESULTATS.....	14
1. PARTIE CONNAISSANCES.....	14
2. PARTIE PRATIQUES.....	19
DISCUSSION.....	23
1. PARTIE ATTITUDES.....	23
2. TYPES DE LIQUIDES.....	25
3. LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS SONT-ELLES APPLIQUEES ?.....	26
4. DISCUSSION DES RECOMMANDATIONS.....	28
5. DIVERGENCE D'AVIS ENTRE LES PROFESSIONNELS SAGES-FEMMES ET ANESTHESISTES.....	28
6. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	29
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	32
TABLE DES MATIERES.....	34
ANNEXES.....	35

INTRODUCTION

La pratique du jeûne durant le travail provient des travaux du Docteur Curtis Mendelson publiés en 1946 qui décrivent un risque d'inhalation bronchique du contenu gastrique augmenté au cours d'une anesthésie générale, pouvant entraîner le décès du patient (1). Ce phénomène est directement lié à l'altération de conscience induite par l'anesthésie générale qui inhibe les réflexes protecteurs des voies aériennes supérieures comme la déglutition ou la toux (2). L'incidence d'un tel syndrome est plutôt rare : en effet il concernerait entre 1/2000 à 1/8000 anesthésies générales selon les études retrouvées (3). Entre 1979 et 1990, on estime à 7 pour 10 millions le risque de décès maternel lié au syndrome d'inhalation aux USA (4). La femme enceinte présente un risque augmenté de syndrome dit « de Mendelson » car elle est considérée comme ayant un « estomac plein » dès 14 semaines d'aménorrhée du fait de la modification physiologique du système digestif durant la grossesse. De plus, ce phénomène serait majoré durant le travail obstétrical *via* le processus de ralentissement de la vidange gastrique sous l'effet de la douleur, du stress et des morphiniques parfois administrés (3). De ce fait, les professionnels de santé sont parfois réticents à l'idée de laisser les femmes s'hydrater oralement durant le travail malgré le progrès des techniques anesthésiques et le désir croissant de démedicaliser l'accouchement. De plus en plus d'équipes veulent remettre en question ce dogme du jeûne obstétrical afin de proposer une attitude plus souple concernant l'hydratation des femmes, et ce, malgré les controverses liées au risque d'inhalation bronchique toujours présentes dans les esprits (5).

Une étude pilote menée par Simkin en 1986 sur 159 primipares à propos du stress associé à la naissance estime à 57% la proportion de femmes ressentant la restriction d'apports liquidiens comme un stress modéré à majeur (5). Une autre étude observationnelle réalisée en 2007 sur 123 patientes à la maternité de l'hôpital Louis Mourier montre que « 80 % d'entre elles ont soif pendant le travail et que l'intensité de cette soif est estimée à $7 \pm 3,5$ sur une échelle de 0 (pas de sensation de soif) à 10 (soif intolérable) » (5).

Aussi, des chercheurs américains estiment en 2017 qu'un apport énergétique solide durant le travail à bas risque pourrait diminuer la durée de celui-ci, réduisant ainsi le risque de complications que pourrait engendrer un travail long (4).

Concernant les recommandations retrouvées au sujet de l'hydratation durant le travail dans la littérature, la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) en 2006, l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA) en 2007 et la *Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology* (SOAP) en 2016 s'accordent sur le fait d'autoriser l'apport de liquides clairs aux parturientes pendant le travail non compliqué (5,6).

La SFAR recommande une telle hydratation pour les femmes en travail bénéficiant d'une analgésie péri-médullaire tandis que l'ASA et la SOAP ne se prononcent pas quant aux variations de ces recommandations selon l'analgésie de la parturiente.

Toutes ces sociétés s'accordent à dire que les patientes souffrant de diabète, obésité morbide, les patientes à risque de césarienne ou d'une probable intubation difficile doivent être considérées individuellement en envisageant une restriction des apports au cas par cas.

L'ASA ne précise pas la quantité maximale de liquide autorisée en 2007, mais précise que l'apport de liquides clairs au cours du travail non compliqué améliore le confort et la satisfaction maternelle sans augmenter les complications maternelles.

En 2011 paraissent des recommandations européennes concernant le jeûne pendant le travail : les spécialistes recommandent une absorption de liquides clairs à volonté (recommandations de grade A) devant être limitée à de petits volumes en cas de grossesse à haut risque (6).

De même en 2016, l'ASA et la SOAP recommandent une consommation de volumes modérés de liquides.

L'OMS (organisation mondiale de la santé) émet des recommandations en 2018 concernant les femmes à faible risque obstétrical en stipulant que la prise de liquide et de nourriture par voie orale pendant l'accouchement est recommandée (7).

En 2017, des recommandations sur le sujet provenant de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont établies dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques concernant l'accouchement normal : l'accompagnement de la physiologie et des interventions médicales ».

« *La consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait / café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) est autorisée pendant toute la durée du*

travail (y compris pendant le post-partum immédiat), sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale (grade B).

La consommation d'aliments solides ne semble pas apporter de bénéfice maternel ou fœtal, et contribue à augmenter le contenu gastrique. Il est recommandé de ne pas consommer d'aliments solides durant la phase active. Les données actuelles sont insuffisantes pour émettre une recommandation durant la phase de latence » (8).

Les femmes incluses dans les critères de l'accouchement normal selon la HAS sont les « *femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance* ». Sont exclues les femmes présentant un utérus cicatriciel, les grossesses gémellaires, les suspicions de restriction de croissance ou de petits poids selon l'âge gestationnel, le diabète gestationnel, la présentation céphalique défléchie et par le siège ainsi que les accouchements prématurés (8).

La HAS définit l'accouchement normal comme étant un accouchement débutant de façon spontanée par le sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée, comportant uniquement de faibles risques identifiés au début du travail ainsi que tout le long du travail et de l'accouchement.

La HAS distingue deux catégories d'accouchement normal : la première étant l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement (admettant l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration préventive d'oxytocine au troisième stade du travail ainsi que la pose d'une voie veineuse, mais excluant l'analgésie locorégionale ainsi que l'oxytocine pour accélérer le travail), la seconde étant l'accompagnement de l'accouchement (comprenant des interventions techniques et médicamenteuses minimales à savoir l'oxytocine pour accélérer le travail et l'analgésie locorégionale) (8).

Les critères de la HAS définissant le risque obstétrical sont disponibles en annexe 1.

La HAS stipule que la prévention du risque d'inhalation bronchique en obstétrique se fait *via* la pratique de l'analgésie péridurale et de la rachianesthésie en évitant l'anesthésie générale.

Ainsi, de façon générale et à la vue des différentes recommandations retrouvées on peut admettre que les contre-indications relatives à l'hydratation durant le travail sont un diabète, une obésité morbide, un risque accru de césarienne durant le travail et des difficultés prévisibles de gestion des voies aériennes. Néanmoins, les sociétés savantes

semblent sous-entendre une certaine interprétation de la part des équipes médicales concernant les populations devant être « *considérées individuellement* » car il n’y a pas de réelle conduite à tenir donnée au sein des recommandations concernant ces populations à risque.

Au regard de la diversité des pratiques observées au sein des différentes maternités en Lorraine, plusieurs questions émergent concernant la Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy.

Le mémoire d’Émilie Barotte en 2010 montre que les sages-femmes, gynécologues et anesthésistes de Lorraine s’accordent sur le fait qu’une consommation de liquides durant le travail majorerait le risque de complications. La majorité des professionnels interrogés estiment alors que la voie veineuse périphérique suffit. Cependant, de nombreuses patientes formulent le souhait de consommer des boissons durant le travail, décrivant une soif pouvant être très intense en cas de travail long et un inconfort majeur pour elles (9). Depuis la parution des dernières recommandations de la HAS en 2017, aucun travail d’étude ne semble avoir été mené sur le sujet.

Ainsi, dans une société où la démedicalisation de l’accouchement et la bienveillance des professionnels envers les parturientes concernant le respect de leurs besoins physiologiques sont des sujets de plus en plus au cœur de l’actualité, qu’en est-il des pratiques concernant l’hydratation des patientes lors du travail normal à la Maternité du CHRU de Nancy ? Les pratiques de professionnels de santé sages-femmes et anesthésistes sont-elles en accord avec les dernières recommandations de la HAS concernant l’accouchement normal parues en 2017 ? Si non, quels sont les freins à la mise en place de cette pratique ? Un protocole est-il mis en place dans le service ou désiré ?

Nos hypothèses sont les suivantes :

- Les professionnels de santé ont pour la majorité connaissance des dernières recommandations de la HAS concernant l’hydratation *per os* des patientes durant le travail normal parues en 2017.
- Il existe une diversité des pratiques concernant l’hydratation des parturientes en salle de naissance, notamment selon les phases du travail.
- De façon générale, une majorité des patientes accouchant normalement en salle de naissance à Nancy reçoit une hydratation *per os* durant le travail.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si les nouvelles recommandations sont appliquées ou non, et pourquoi.

Les objectifs secondaires sont :

- De déterminer si un protocole est mis en place à la maternité de Nancy,
- De déterminer quel type de boisson est donné aux parturientes et si des restrictions s'observent selon les phases du travail,
- De déterminer la divergence d'avis entre les professionnels sages-femmes et anesthésistes,
- D'identifier les freins soulevés par les professionnels à l'hydratation *per os* des patientes pendant le travail normal.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Pour répondre à ces objectifs, une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée sous la forme d'une enquête CAP (connaissances, attitudes, pratiques).

1.1. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE

Ce type d'enquête visait à évaluer trois aspects : le niveau de connaissance des professionnels de santé, les attitudes motivant leur comportement et les pratiques de prise en charge des populations cibles. L'étude a été réalisée du 21 octobre 2019 au 16 décembre 2019.

L'enquête CAP étant composée de 3 versants, les versants connaissances et attitudes ont été évalués par un questionnaire distribué aux sages-femmes et anesthésistes de salle de naissance, et le versant pratiques a été évalué par observation des patientes en salle de naissance.

Le critère de jugement principal était l'adéquation des pratiques professionnelles aux dernières recommandations de 2017 concernant l'accouchement normal.

2. POPULATION ETUDIEE, ECHANTILLONNAGE

La population cible de la partie « connaissances et attitudes » de l'étude était les anesthésistes et les sages-femmes travaillant en salle de naissance au sein de la Maternité du CHRU de Nancy. L'échantillon nécessaire à l'étude était d'environ 20 participants compte tenu du nombre des professionnels travaillant en salle de naissance relevé à cette période. Les critères d'inclusion étaient les sages-femmes et anesthésistes travaillant en salle de naissance. Les critères d'exclusion étaient les étudiants sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens du fait de leur moindre intervention concernant l'hydratation *per os* des femmes durant le travail.

La population cible de la partie « pratiques » de l'étude était les parturientes présentant un accouchement normal au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. L'échantillon nécessaire à l'étude était d'environ 20 parturientes observées compte tenu de la proportion de femmes présentant un travail physiologique évoquée lors

des préliminaires de l'enquête. Les données étaient recueillies par les étudiants sages-femmes en stage en salle de naissance sur la période d'étude. Les critères d'inclusion étaient les femmes qui entraient dans les recommandations de l'accouchement physiologique, à savoir « *les femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical* bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance ». Les critères de non inclusion étaient les patientes ayant eu un déclenchement, les accouchements dans l'eau, les accouchements à domicile, les utérus cicatriciels, les grossesses gémellaires, les suspicions de restrictions de croissance ou petit poids selon l'âge gestationnel, les présentations par le siège ou défléchies, les accouchements prématurés, les membranes rompues pendant plus de 12h sans mise en travail, le diabète de grossesse (8).

3. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

3.1. SUPPORTS UTILISES

Pour le versant « connaissances et attitudes », un questionnaire a été distribué auprès des professionnels de santé sages-femmes et anesthésistes travaillant en salle de naissance (annexe 2).

Pour le versant « pratiques », les étudiants sages-femmes de salle de naissance devaient rapporter les pratiques observées concernant l'hydratation per os des parturientes qu'ils suivaient durant leur travail à l'aide du questionnaire en annexe 3.

Une phase de test en amont de l'étude a été effectuée auprès d'un interne en anesthésie, d'un anesthésiste sénior ainsi qu'auprès d'une sage-femme pour adapter les questions.

4. VARIABLES RECUEILLIES (ANNEXES 2 ET 3)

Le but de ces questionnaires était de mettre en valeur les grands thèmes recherchés, à savoir les connaissances concernant les limites du travail normal, le type et

la quantité de boissons données, les différentes conditions selon lesquelles une boisson était proposée ou non.

Concernant le versant « connaissances et attitudes », une première partie du questionnaire consistait à obtenir un profil du professionnel interrogé à savoir son genre, sa profession, son âge, son nombre d'années d'exercices et ses différents lieux d'activité. Une deuxième partie du questionnaire visait à évaluer ses connaissances au sujet des besoins des parturientes concernant l'hydratation, du syndrome de Mendelson, des dernières recommandations de la HAS de 2017 à propos de l'accouchement normal (ses définitions : 1 point par item correct, les appréciations des risques, le type et la quantité de liquides autorisés selon les phases de travail avec et sans APD – Analgésie Péridurale). Après rappel des recommandations, les attitudes des professionnels étaient évaluées sous la forme de questions plus ouvertes concernant leur avis sur le bien-être des patientes, leur légitimité dans la décision d'hydrater les femmes, l'existence d'un protocole, les freins logistiques, avantages et inconvénients à l'hydratation per os des parturientes. Cette partie se clôturait sur une partie question plus ouverte, générale et personnelle sur leur expérience afin de laisser libre cours aux informations n'ayant pas pu être évoquées en amont. Ceci avait pour avantage de faire éclore certaines idées aidant à la compréhension des raisons de ces pratiques et permettait d'amener le participant sur des thèmes qu'il n'évoquait pas spontanément.

Le versant « pratiques » quant à lui était évalué sous forme de fiche de recensement des parturientes remplissant les critères d'inclusion de la HAS. Cette fiche permettait de savoir si la patiente avait bénéficié d'une analgésie péridurale et à quel stade du travail. Ensuite, selon les phases du travail on évaluait à quel moment la patiente avait eu à boire, avec quel type de liquide, sa quantité et par qui le liquide était administré. En cas de non administration d'apports hydriques, une justification était demandée.

5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

L'enquête a été réalisée avec l'accord de la sage-femme coordinatrice de service de l'établissement sondé. La participation des professionnels était basée sur le volontariat et chaque personne sollicitée avait exprimé son accord pour participer. Avant la mise en place de l'enquête, les professionnels ont été informés des objectifs et du caractère anonyme de l'étude, notamment en ce qui concernait la manière d'investir leur

consentement, la confidentialité des données collectées et la mesure des avantages et inconvénients de leur participation. L'anonymat était préservé par attribution d'un numéro à chaque participation allant de 0 à 20 respectivement pour chaque type de questionnaire.

L'étude se déroulait directement dans le service de salle de naissance de la maternité du CHRU de Nancy en tenant compte des disponibilités et de la charge de travail des professionnels afin de garantir des données de bonne qualité et confidentielles. Aucun sous-entendu moralisateur n'a été émis dans les énoncés des questionnaires.

6. TRAITEMENT DES DONNEES ET ANALYSE

Il s'agissait d'une étude prospective mixte (qualitative et quantitative) dont les résultats ont été catégorisés, qualifiés ou quantifiés. Les variables qualitatives décrites par l'effectif et les pourcentages ont été classées en catégories et sous catégories. Des statistiques descriptives ont été mises en place *via* le logiciel Excel (Microsoft, USA). Les variables qualitatives ordinales appariées concernant l'hydratation des patientes avec ou sans anesthésie péridurale déclarée par les professionnels de santé ont été analysées par un test de Wilcoxon avec le logiciel GraphPad Prism 5 (GraphPad Software, USA). Une valeur p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

Le nombre de participants ayant répondu au questionnaire (sages-femmes et internes en anesthésie) était de N=20 (sages-femmes : n=16, internes en anesthésie-réanimation : n=4). Parmi eux, 18 étaient des femmes, 2 étaient des hommes. Le nombre de professionnels sages-femmes travaillant en salle de naissance durant la période de l'étude a été estimée à 20, soit un taux de réponse de 80%. Le nombre de professionnels internes en anesthésie-réanimation travaillant en salle de naissance durant la période de l'étude a été estimée à 6 soit un taux de réponse de 67%. Concernant les séniors en anesthésie-réanimation, nous avons constaté un taux de réponses de 0% parmi les 4 séniors travaillant en salle de naissance sur cette même période.

La classe d'âge la plus représentée parmi les répondants était celle des 30 à 40 ans. En moyenne, le nombre d'années d'exercices était compris entre 10 et 20 ans. Parmi les répondants, 4 sages-femmes avaient travaillé dans des maternités autre que de niveau III.

Les résultats des parties « connaissances » et « pratiques » seront présentés ci-dessous, tandis que la partie « attitude » sera détaillée dans la discussion, les résultats de cette dernière étant purement qualitatifs.

1. PARTIE CONNAISSANCES

1.1.GENERALITES

La totalité des participants (n=20) estimait à 75% ou plus la proportion de femmes ressentant le besoin de s'hydrater durant le travail. Sur une échelle de 0 à 10 (0 pas du tout soif, 10 soif extrême), l'intensité de la soif des patientes a été estimée en moyenne à 6,8+/- 1,15 point. Ceci est en accord avec l'étude observationnelle réalisée sur 123 patientes en 2007 à la maternité de l'hôpital Louis Mourier, qui montrait que « 80 % d'entre elles ont soif pendant le travail et que l'intensité de cette soif est estimée à 7+/- 3,5 sur une échelle de 0 (pas de sensation de soif) à 10 (soif intolérable) » (5).

Parmi les répondants, 16 disaient connaître le syndrome de Mendelson et estimaient qu'il survenait le plus souvent pendant une anesthésie générale. Parmi les

moyens permettant d'éviter le syndrome de Mendelson, les participants ont répondu : APD pour la totalité d'entre eux, rachianesthésie pour 8 d'entre eux, antagonistes RH2¹ pour 8 d'entre eux, jeûne pour 6 d'entre eux.

1.2. CONNAISSANCES DES RECOMMANDATIONS

Parmi les participants, 4 estimaient connaître la totalité des recommandations : ces personnes étaient des sages-femmes. La totalité des participants estimait connaître la notion de bas risque obstétrical, ils la définissaient pour 10 d'entre eux comme un accouchement physiologique, pour 6 d'entre eux comme un fœtus à terme et pour 5 d'entre eux comme une absence de pathologie materno-foetale. Les réponses sont explicitées dans la figure 1.

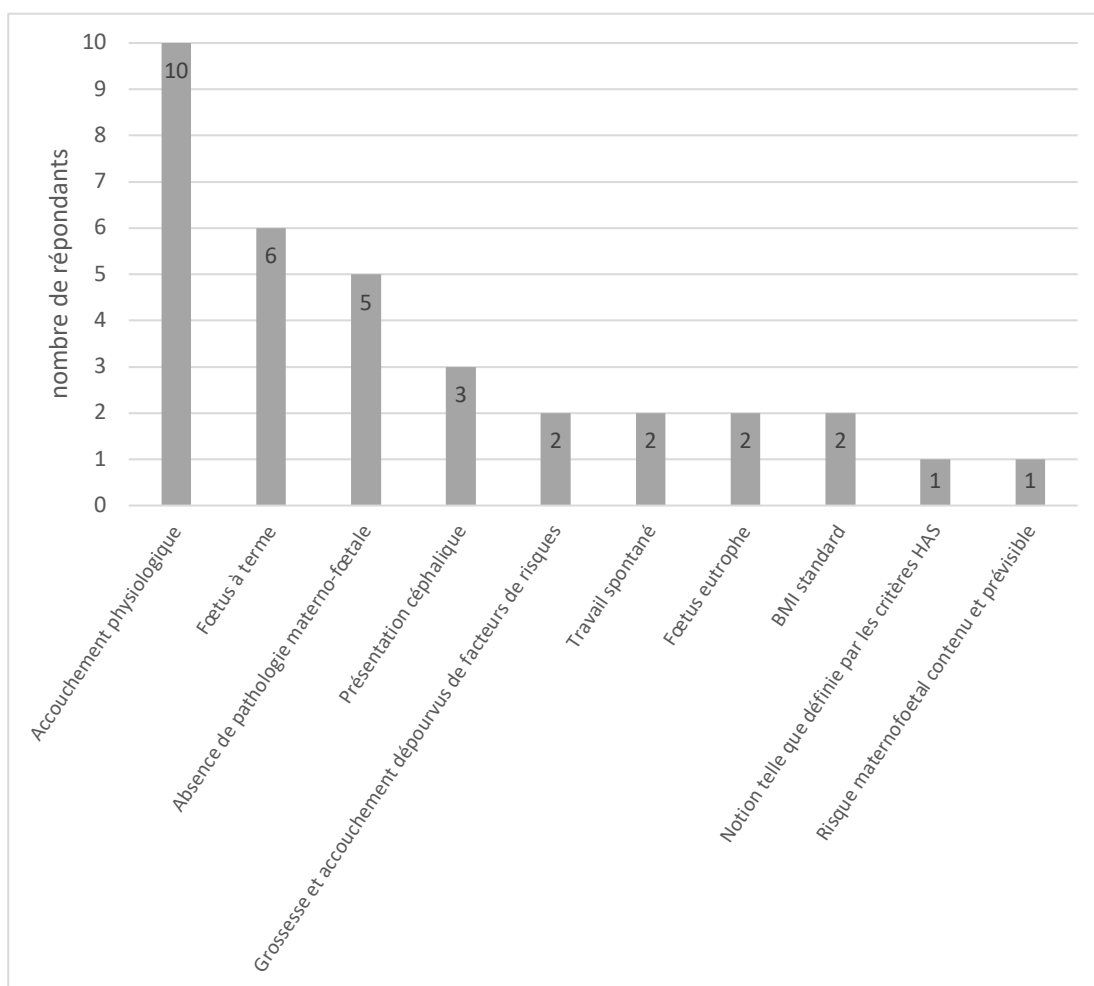


Figure 1 : Définition du bas risque obstétrical selon les professionnels de santé

¹ Antagonistes RH2 : inhibiteurs de la sécrétion gastrique

Neuf participants méconnaissaient le faible risque d'anesthésie générale. Pour les 11 connaissant cette notion, 5 la définissaient comme un accouchement avec péridurale, 2 comme un patient classé ASA 1 et 4 n'apportaient pas de définition.

Nous avons demandé aux participants d'estimer le risque d'anesthésie générale dans diverses situations en cotant ce dernier sur une échelle de 0 à 10 (0 risque nul, 10 risque maximal). Ces résultats sont présentés sur la figure 2. Les situations proposées étaient issues de celles décrites dans les recommandations de la SFAR, de l'ASA et de la SOAP (5,6). Sur une échelle de 0 à 10 (0 risque nul, 10 risque maximal), les participants estimaient pour le risque le plus faible celui du travail physiologique avec APD (1,67 +/- 0,83 point), et pour le risque le plus fort celui d'une patiente présentant une difficulté prévisible de gestion des voies aériennes (7,83 +/- 1,89 point). Les autres résultats sont recensés dans la figure 2.

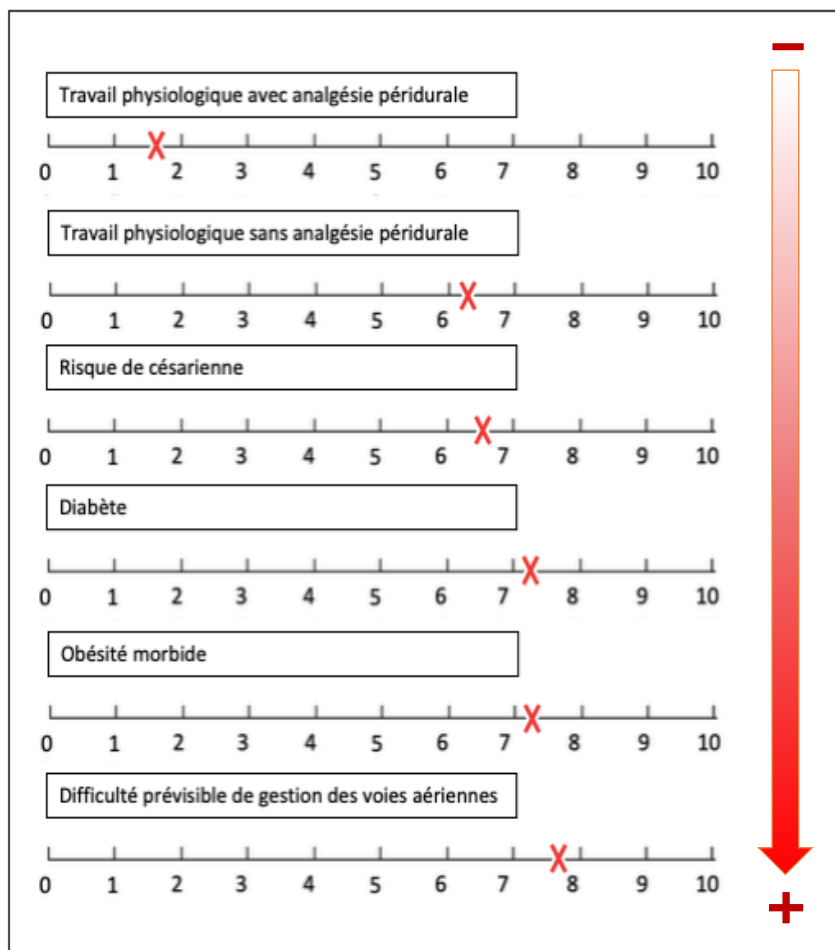


Figure 2 Cotation du risque d'anesthésie générale (0 risque nul, 10 risque maximal)

Concernant la connaissance des critères HAS 2017 au sujet de l'accouchement normal, sur les 13 items proposés, aucun participant n'a eu 13/13. Le détail des scores se trouve dans le tableau 1. Les erreurs les plus fréquemment retrouvées concernaient les items suivants : « accouchement par le siège » (qui ne fait pas partie des critères de l'accouchement normal) ; « accouchement à 42 semaines d'aménorrhées », « administration d'ocytocine pour accélérer le travail » (qui font partie des critères de l'accouchement normal).

Tableau 1 Détail des scores concernant la connaissance des critères HAS 2017 au sujet de l'accouchement normal

	Moyenne des notes sur 13	Note maximale sur 13	Note minimale sur 13	Médiane des notes sur 13
Globale	8,25 (+/- 2,1)	12	5	8,5
Sages-femmes	8,8 (+/- 2,0)	12	5	9
Internes en anesthésie- réanimation	6 (+/- 0,8)	7	5	6

1.3. HYDRATATION DES PATIENTES

Parmi les boissons proposées, 20 déclaraient proposer de l'eau, 17 du jus de fruit sans pulpe, 14 du thé, 6 du café sans sucre. Les autres réponses sont détaillées dans la figure 3. Aucun ne proposait de boissons gazeuses ou de jus de fruit avec pulpe.

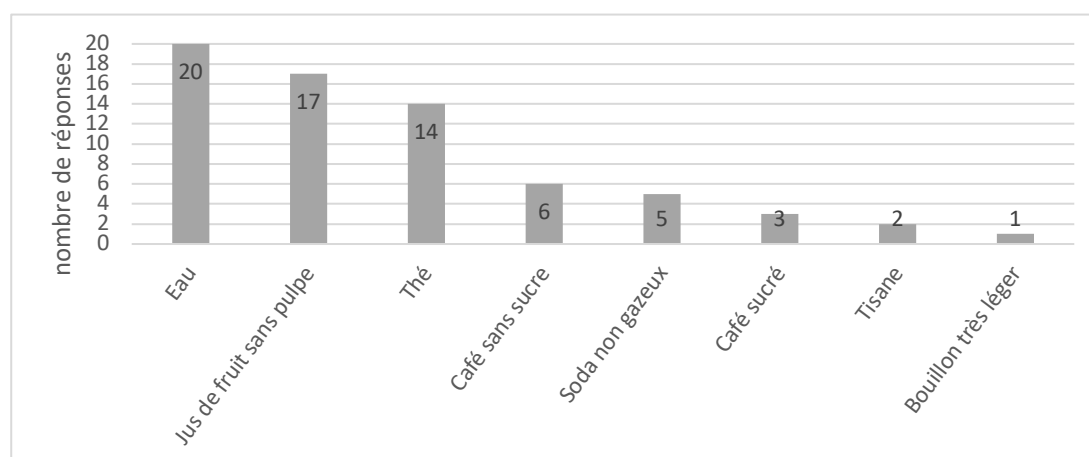


Figure 3 Boissons autorisées selon les participants

Nous avons demandé aux 20 participants d'estimer pour chacune des phases du travail le type, la quantité et la fréquence des apports hydriques qu'ils pouvaient

administrer à leurs patientes selon les recommandations. Les résultats sont présentés dans la figure 4.

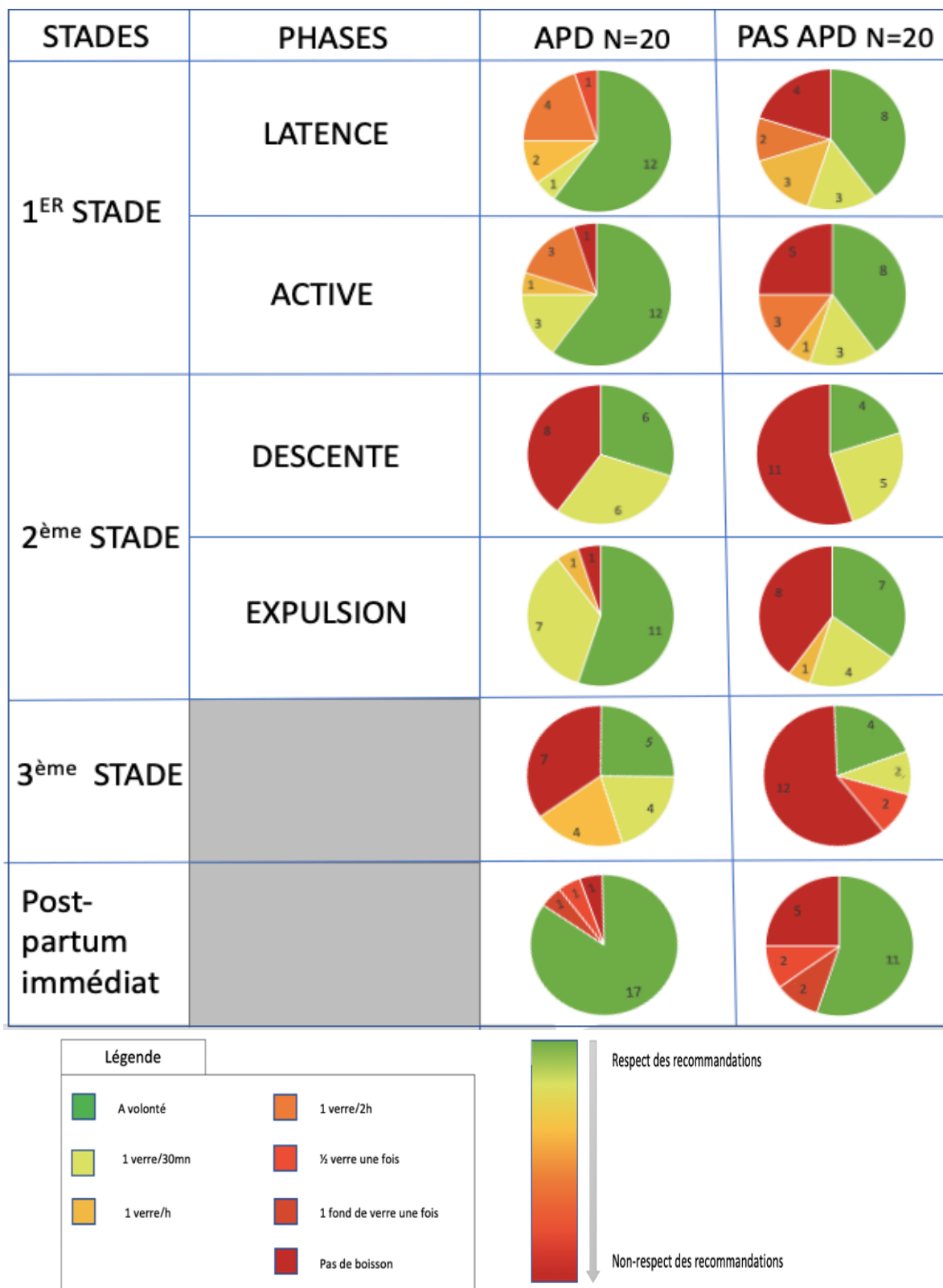


Figure 4 : Avis des participants (n=20) concernant la quantité de boissons administrée aux patientes selon les phases du travail et selon l'analgésie péridurale.

Des couleurs ont été utilisées afin de visualiser la proportion de participants respectant ou non les recommandations de la HAS. Il a été admis que les personnes donnant à boire à volonté respectaient parfaitement les recommandations. Une échelle de couleurs a été utilisée : elle contrastait au fur et à mesure que les recommandations étaient moins respectées vers du rouge qui s'associait à l'item « pas de boisson ». N= 20. p = NS sur les conditions APD/ sans APD.

En post-partum immédiat et en cas d'APD, 13 participants donnaient à boire dès la réinstallation contre 6 donnant à boire après 30 minutes. La personne ne donnant pas à boire le justifiait du fait des complications et du protocole (n=1).

Sans APD, 10 donnaient à boire dès la réinstallation contre 5 donnant à boire après 30 minutes. En l'absence d'APD, les 5 participants ne donnant pas à boire le justifiaient par le risque de complications (n=5) ou bien encore par leur conviction personnelle (n=1).

Concernant les ressources sur lesquelles les participants se sont appuyés pour répondre on relevait : leurs convictions personnelles (13 sages-femmes, 3 internes), leur habitudes (2 sages-femmes), leur expérience (1 sage-femme), les recommandations de la SFAR (2 internes), les dernières recommandations HAS 2017 (1 sage-femme), les recommandations de l'OMS (1 sage-femme).

2. PARTIE PRATIQUES

Pour cette partie, nous avons exploité le deuxième questionnaire mis en place en salle de naissance qui consistait à missionner les étudiants sages-femmes afin d'observer et de relater les pratiques réelles de l'hydratation des femmes durant le travail normal directement sur le terrain de la salle de naissance. Un flow-chart de l'étude est matérialisé par la figure 5.

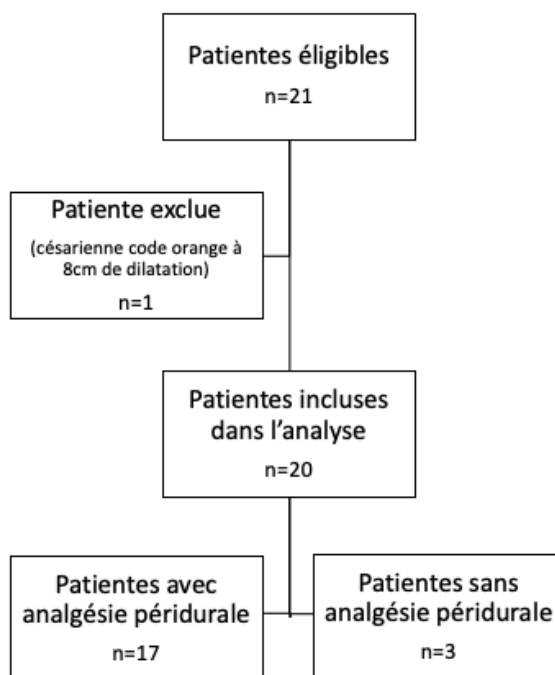


Figure 5 Flowchart de l'étude

2.1. GENERALITES

La moyenne de dilatation du col de l'utérus lors de la pose d'analgésie péridurale était de 4 cm (+/-1,7). Lors de leur séjour en salle de naissance, toutes les patientes (n=20) ont été hydratées au moins une fois. Le nombre de patientes ayant été limitées en volume lorsqu'autorisées à boire était de 14. La totalité du personnel soignant ayant autorisé à boire étaient des sages-femmes.

2.2. HYDRATATION DES PATIENTES

Concernant les types de liquides donnés selon les phases pour les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale (n=17), nous avons très majoritairement de l'eau (9 patientes en phases de latence, 9 en phase active, 10 en phase de descente, 13 en post-partum immédiat).

Six patientes ont reçu une boisson autre que de l'eau pure, les autres liquides proposés étant de l'eau mélangée avec du sirop (n=2) du chocolat chaud (n=1), du Fanta® (n=1), du jus de fruit (n=2).

En l'absence d'analgésie péridurale (n=3), les patientes n'ont reçu que de l'eau durant toute la durée du travail, mais ont pu recevoir du jus de fruit et de la tisane en post-partum immédiat.

La quantité de liquide administré aux patientes en pratique selon les phases du travail et selon l'analgésie péridurale est présentée dans la figure 6 en utilisant les mêmes seuils que pour la figure 4.

STADES	PHASES	APD N = 17	PAS APD N=3
1 ^{ER} STADE	LATENCE		
	ACTIVE		
2 ^{ème} STADE	DESCENTE		
	EXPULSION		
3 ^{ème} STADE			
Post-partum immédiat			

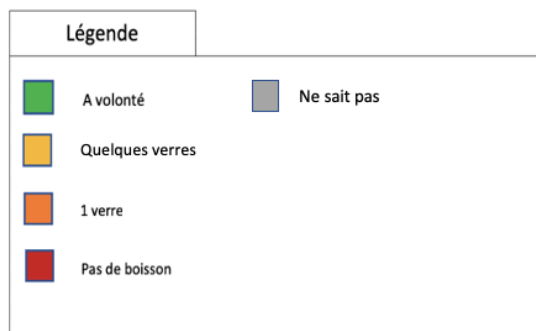


Figure 6 Hydratation des patientes observées en pratique (n=20) selon les phases du travail et selon l'analgésie péridurale

Les motifs de non hydratation sont détaillés dans le tableau 2. La notion de « non suggéré ni par l'équipe ni par la patiente » est le motif le plus représenté parmi les motifs recueillis.

Tableau 2 : Motifs de non-hydratation des patientes observés en salle de naissance

	APD N=17					PAS D'APD N=3				
	Patiente non désireuse	Refus de l' équipe	Non suggéré ni par l' équipe ni par la patiente	Non spécifié	TOTAL	Patiente non désireuse	Refus de l' équipe	Non suggéré ni par l' équipe ni par la patiente	Non spécifié	TOTAL
LATENCE	2	1	0	0	3	0	0	0	1	1
ACTIVE	2	1	3	0	6	0	0	1	0	1
DESCENTE	2	0	3	0	5	0	0	1	0	1
EXPULSION	5	0	11	0	16	0	0	3	0	3
3^{EME} STADE	6	0	10	0	16	0	0	3	0	3
POST-PARTUM IMMEDIAT	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	18	2	27	0	-	0	0	8	1	-

DISCUSSION

1. PARTIE ATTITUDES

Concernant cette partie, le nombre total des répondants était de $n=20$, comprenant 16 sages-femmes et 4 internes en anesthésie.

La totalité des participants ($n=20$) estimait qu'hydrater les femmes contribuait à leur bien-être. En effet, la notion de « confort » pour la patiente était retrouvée dans 6 questionnaires, dont 1 stipulant que « l'absence d'hydratation induisait un inconfort surtout après plusieurs heures de contractions utérines douloureuses à gérer ». Cinq praticiens sages-femmes sur vingt traduisaient le travail comme une véritable « activité physique » voire un « marathon », et ce « même avec une APD » ce qui justifiait le besoin d'apport hydrique compte tenu de l'effort physique que le travail demande, de la « fatigue » et de la « demande d'énergie » qu'il incombe. De plus, comme on entend souvent dire dans l'imaginaire commun, « l'effort physique fourni lors de l'accouchement équivaut à celui d'un marathon » (10). En effet, bien que l'estimation des besoins énergétiques durant le travail normal dépende de la durée du travail, des caractéristiques propres de la patientes comme l'indice de masse corporelle (IMC), les facteurs de stress environnants et l'état nutritionnel en début de travail, on estime que 474 kcal seraient nécessaires pour couvrir un travail d'une durée de 6h, ce que l'on retrouverait dans environ 1L de soda (11). Cependant il est à noter que la glycémie maternelle durant un travail normal augmente du fait de la sécrétion des hormones de stress telles que le cortisol et l'adrénaline, ce qui provoque une néoglucogénèse (12).

Quand certains ($n=2$) évoquaient un « réconfort » pour la patiente, d'autres ($n=2$) mettaient en valeur le fait qu'il était « indispensable de répondre aux besoins physiologiques/fondamentaux de la patiente ». Un participant a évoqué le fait suivant : « déjà que les patientes ne mangent pas, cela démedicalise l'accouchement ». La dernière notion évoquée par les professionnels concernant l'hydratation et le bien être des femmes était que la soif pouvait vite devenir une « obsession » ou « une idée fixe » ce qui était incompatible avec le bien-être de la parturiente. Le fait d'hydrater les patientes permettrait donc de les soulager, leur état émotionnel ne nécessitant pas d'être davantage affecté par le stress du jeûne.

La totalité des participants se sentaient légitimes d'hydrater les femmes. Les arguments principaux des sages-femmes étaient que cette action était « dans les compétences des sages-femmes » : « sage-femme est une profession médicale, on peut décider pour les patientes que l'on suit » ; « nous suivons la patiente tout le long du travail et sommes tout à fait habilitées à décider de leur hydratation, nous pratiquons une profession médicale », « quand le travail est normal, la gestion par une sage-femme est autorisée », « ce sont les sages-femmes qui surveillent le travail normal et qui sont à même de conseiller les patientes vis-à-vis de leur boisson ». En effet, d'après le Code de la Santé Publique et le code de déontologie, les sages-femmes sont tout à fait aptes à assurer le suivi physiologique des patientes (13).

Concernant l'existence d'un protocole en salle de naissance à la Maternité du CHRU de Nancy : 3 estimaient qu'il y en avait un, 3 estimaient qu'il n'y en avait pas, 14 ne savaient pas, 17 jugeaient utile d'en avoir un. Il n'existait pas de protocole durant la période de cette étude au sein de la maternité du CHRU de Nancy : cette absence de protocole établissant la nature exacte des apports autorisés pendant le travail normal pourrait donc expliquer l'hésitation à proposer des boissons (14). Il serait nécessaire de créer un protocole afin que l'hydratation des parturientes durant le travail normal puisse se généraliser harmonieusement au sein des équipes de la salle de naissance du CHRU de Nancy. Une enquête nationale réalisée en France en 2008 concernant les pratiques des sages-femmes, obstétriciens et anesthésistes à ce sujet a montré que seulement 30% des maternités disposaient d'un protocole codifiant les prises *per os* durant le travail (11). L'intérêt de la création d'un tel protocole serait d'harmoniser les pratiques, avec possibilité de s'inspirer de celui publié dans *La revue sage-femme* (cf. annexe 4).

Parmi les freins logistiques à l'hydratation des femmes relevés dans les questionnaires, les 5 personnes en ayant évoqué étaient d'accord sur la notion de « difficulté d'accès direct à une fontaine pour les accompagnants ». L'aménagement d'une fontaine pourrait donc être opportun.

Selon les professionnels, les avantages de l'hydratation étaient : que cela améliorerait le confort de la patiente (n=20), que cela donnait de la force pour les efforts expulsifs (n=7), que cela améliorerait le bien-être des nouveau-nés (n=1). Au regard de ces réponses, on constate qu'un article issu de la MAPAR (Mise Au Point en Anesthésie

Réanimation) paru en 2017 stipulait que les apports caloriques per os n'avaient pas de réel impact sur le travail ou sur le pronostic néonatal (6).

Les arguments des professionnels interrogés contre l'hydratation étaient : que cela donnait des nausées et des vomissements (11) et que cela accroissait le risque d'inhalation bronchique (12). Trois n'évoquaient aucun argument contre l'hydratation des parturientes. Une méta-analyse évaluant l'impact des apports per os sur le métabolisme materno-fœtal, le déroulement du travail et le nouveau-né a été réalisée par Singata *et al.* en 2010. Ils ont comparé parmi 3103 femmes l'apport d'eau sucrée (boisson sportive isotonique) et/ou apport solide par rapport à la consommation d'eau seule : les vomissements maternels n'étaient pas plus importants dans un groupe que dans un autre (RR 0,80) (1). Concernant la notion de nausées et de vomissements, l'ASA et la SOAP décrivent en 2016 une insuffisance de données probantes permettant d'établir une relation entre durée d'abstinence de liquides clairs et risques de vomissements ou d'inhalation (6) ; O'Sullivan *et al.* ont même démontré en 2009 à travers une étude prospective randomisée que l'effet de la consommation d'un repas léger ou d'eau sur les paramètres obstétricaux et néonataux chez 2425 femmes ne montrait pas de différence concernant l'incidence des vomissements. Il n'y avait pas de différence cliniquement importante constatée concernant la durée du travail, le taux de césariennes, le taux d'accouchements voie basse ou les résultats néonataux (15).

Ainsi, bien que l'hydratation des patientes contribue à leur bien-être et à leur satisfaction, un apport énergétique léger ou hydrique ne semble pas jouer de rôle en ce qui concerne le risque de complications ou le pronostic néonatal.

2. TYPES DE LIQUIDES

La boisson la plus fréquemment administrée reste l'eau. Seules 6 des femmes observées ont eu à boire autre chose que de l'eau et celles-ci bénéficiaient d'une APD. Les patientes ne bénéficiant pas d'APD n'ont pas pu bénéficier d'une autre boisson que de l'eau durant le travail. Une étude menée en 2002 a démontré que l'absorption de boisson pour sportif n'augmente pas le volume gastrique et les vomissements par rapport à l'ingestion d'eau plate et permet d'éviter la cétose maternelle (16). Une autre étude (Sheepers *et al.*) datant de 2002 a testé les effets de l'apport d'hydrate de carbone utilisé dans les boissons pour sportifs pour remplacer les bienfaits énergétiques de

l'alimentation durant le travail : il n'y avait pas d'augmentation des vomissements peu importe la période du travail durant laquelle la boisson était administrée et par conséquent, pas de sur risque de survenue du syndrome de Mendelson (17–19).

3. LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS SONT-ELLES APPLIQUEES ?

Les nouvelles recommandations de la HAS de 2017 concernant l'hydratation *per os* des parturientes présentant un travail normal sont respectées au sein de notre effectif, dans le sens où chaque parturiente présentant un travail physiologique a été hydratée au moins une fois durant son séjour en salle de naissance.

Cependant, on observe une diversité des pratiques selon les phases du travail et selon la présence ou non d'une analgésie péridurale. Ceci s'explique par le fait que dans les esprits, un travail sous analgésie péridurale est moins à risque d'anesthésie générale qu'un travail sans analgésie péridurale, une césarienne pouvant se pratiquer en réinjectant dans le cathéter de péridurale. Bien que nos résultats ne soient pas significatifs, on remarque que les professionnels de santé ont tendance à moins hydrater oralement les femmes ne bénéficiant pas d'analgésie péridurale. A ce sujet, le mémoire d'Alison Clarys concernant les espaces physiologiques dans les maternités en 2013 a conclu qu'il n'y avait pas de contre-indication significative à l'alimentation et à l'hydratation en l'absence d'analgésie péridurale. Les conclusions de ce travail démontraient qu'il était possible de s'hydrater sans analgésie péridurale dans 40,6% des 31 maternités étudiées en France (20).

Aussi, on note via les figures 4 et 6 qu'il y a effectivement une différence entre les déclarations et les pratiques : on remarque que les professionnels hydratent moins sur le terrain par rapport à ce qu'ils déclarent. Il y a donc un décalage entre ce que « peuvent » faire les professionnels, et ce qu'ils font en réalité sur le terrain. On peut en conclure que bien que les professionnels de santé aient conscience de leur droit d'autoriser l'hydratation des parturientes, les pratiques ne sont pas encore ancrées dans les habitudes du service, ce qui peut être dû à une absence de protocole.

Les femmes sont globalement moins hydratées oralement durant les phases d'expulsion et lors du troisième stade du travail. En effet, ces phases sont courtes et la

disponibilité de la patiente et du professionnel est moindre du fait des activités en cours (poussée, gestes stériles...).

A ce jour, il n'existe pas d'étude complète concernant l'hydratation des parturientes en salle de naissance car il existe de nombreux facteurs de confusions selon le terme de la grossesse, les pathologies et la présence ou non d'une analgésie péridurale. Ceci explique sûrement les réticences de chacun au sujet de l'hydratation des patientes.

Pourtant, au sein de la Maternité Régionale du CHRU de Nancy, selon les avis et les observations recueillis, les participants sont en faveur d'une autorisation à l'hydratation pour la totalité des patientes évaluées, probablement du fait de la présence permanente d'un anesthésiste de garde prêt à intervenir en cas de complications.

Un état des lieux des pratiques de 10 maternités en Auvergne en 2012 (Koslowski *et al.*) démontrait que 76% des sages-femmes autorisaient la boisson en phase active. Parmi elles, 94% limitaient la quantité et 82% n'autorisaient que de l'eau. Il existait une grande variabilité des pratiques, et seulement 17 % connaissaient les recommandations à ce sujet (21). Malgré l'absence du versant « pratiques » de cette étude, ces résultats sont en accord avec notre enquête (figure 4 et 6) : la majorité de nos participants autorisent l'hydratation en phase active. On observe une tendance à la restriction de l'hydratation selon les phases du travail. La grande majorité (n=14/20) des parturientes n'ont pu boire que de l'eau en pratique et seuls 4 participants sur 20 estimaient connaître la totalité des recommandations sur le sujet.

On peut d'ailleurs remarquer que les connaissances des praticiens sur les critères HAS de l'accouchement normal semblent insuffisantes. Les critères d'accouchement voie basse normal sont différents d'un répondant à l'autre, de même pour les quantités d'apports hydriques administrées : ceci peut s'expliquer du fait des recommandations imprécises ou non connues par les sages-femmes et anesthésistes. En effet, peu de praticiens disent suivre les recommandations : pour répondre au questionnaire, beaucoup se sont basés sur leur conviction personnelle ou leurs habitudes, d'où la nécessité de rassembler les mises à jour des recommandations au sein d'un protocole harmonisé.

Enfin, l'ancienneté des participants ne semble pas influencer les pratiques bien qu'on aurait pu penser que les jeunes diplômés auraient été moins enclins à hydrater spontanément les femmes du fait du manque d'expérience, la plupart des réponses des questionnaires étant basée sur cette même notion d'expérience.

4. DISCUSSION DES RECOMMANDATIONS

Il apparaît que les recommandations des différentes sociétés savantes sont imprécises : la SFAR en 2007 ne précise pas la quantité de liquides administrable aux patientes, et les groupes éligibles ne sont pas clairement décrits, de même que la notion de diabète (dont on ignore le type) et celle de « césarienne imprévisible ». Enfin, il n'y a pas de liste de liquides autorisés clairement fournie.

Concernant la HAS, les critères de l'accouchement normal sont assez flous car les patientes incluses sont celles présentant un « faible risque obstétrical ». Ce faible risque n'est pas clairement décrit, la HAS fournissant simplement un tableau présentant les différents critères permettant de décrire le type de suivi des femmes enceintes (8). Le faible risque reste donc à déterminer selon l'appréciation des praticiens, tout comme celui du faible risque d'anesthésie générale.

On remarque également que l'ASA et l'OMS sont contradictoires, l'OMS étant en faveur d'une alimentation durant le travail tandis que l'ASA non, ce qui accentue cette impression d'ambivalence entre les différentes recommandations. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que l'OMS est une organisation mondiale et que leurs recommandations se doivent d'être générales pour s'appliquer à la majorité des pays. Pour autant, plus une problématique est précise, plus il apparaît logique de se référer à la société savante spécialisée du domaine pour y répondre (à savoir dans notre cas, les sociétés savantes d'anesthésie et d'obstétrique).

Concernant le post-partum immédiat, aucune recommandation précise n'existe : seule la HAS recommande une hydratation durant le post-partum immédiat mais qui reste relativement imprécise en terme de délai après la délivrance (8).

5. DIVERGENCE D'AVIS ENTRE LES PROFESSIONNELS SAGES-FEMMES ET ANESTHESISTES

L'effectif de notre étude est trop faible pour pouvoir répondre à cette problématique. Cependant dans les réponses observées on constate une tendance à l'homogénéité entre les avis des sages-femmes et ceux des anesthésistes, à l'inverse des différents travaux retrouvés montrant une hétérogénéité des pratiques. Cependant, ces

derniers étaient réalisés via une étude multicentrique et les divergences de pratiques étaient davantage retrouvées entre les maternités étudiées qu'au sein d'une même maternité (21).

6. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

A travers les deux questionnaires mis en place lors de l'enquête CAP, nous avons pu évaluer à la fois les déclarations faites sur les pratiques au sein de la maternité et la réalité des pratiques sur le terrain, en évitant au mieux l'existence d'un biais de déclaration.

Également, on a pour chacun des questionnaires évoqué les deux situations avec et sans analgésie péridurale, ce qui a constitué un axe de réflexion intéressant bien que la HAS ne fasse pas de distinction entre les deux situations, contrairement aux sociétés savantes en anesthésie-réanimation.

Nous avons eu un taux de participation de 0% de la part des anesthésistes séniors, sûrement dû au fait qu'ils ne sont que très peu présents en salle de naissance car appelés seulement en cas d'urgence, situation durant laquelle ils n'ont pas l'occasion de répondre au questionnaire.

Du fait du faible effectif et du caractère unicentrique de l'étude, les résultats ne sont pas extrapolables. En France en 2005, une étude a révélé que 97% des maternités interdisaient les boissons et les aliments pendant le travail (22). En comparaison, en Angleterre en 1994, seules 1,4% des maternités imposaient un jeûne strict (avec administration d'eau dans 98,6% des cas) (5). Une élévation de l'étude à l'échelle multicentrique pourrait être intéressante afin de comparer l'évolution actuelle de la situation en France.

CONCLUSION

Le pratique du dogme du jeûne durant le travail initié par le docteur Curtis Mendelson en 1946 est de moins en moins présente dans l'esprit du corps médical, dans une société où le souhait de la démedicalisation de l'accouchement se manifeste progressivement. Le respect du bien-être maternel est une valeur profondément ancrée dans les esprits des professionnels de santé : en effet, elle constitue un enjeu majeur quant au bon déroulement de l'accouchement normal.

Les objectifs de notre étude sont majoritairement atteints. En effet, à travers celle-ci nous avons pu démontrer que les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2017 concernant l'hydratation *per os* des parturientes durant le travail normal sont respectées au sein de la maternité de Nancy, dans le sens où toutes les patientes observées sont hydratées durant leur séjour bien qu'il existe une diversité des pratiques selon les phases du travail et la présence ou non d'analgésie péridurale. Les recommandations de la HAS ne sont donc respectées qu'en partie lorsqu'une parturiente est hydratée par un unique verre d'eau durant son travail, bien que dans certains cas la patiente ne soit pas demandeuse de davantage. La mise en place d'une fontaine à eau à disposition des accompagnants des patientes serait un moyen de faciliter la possibilité pour les patientes de s'hydrater à volonté pendant un travail normal, et un protocole pourrait aider les professionnels à améliorer cette pratique.

Le caractère multifactoriel de notre étude visant à évaluer à la fois les connaissances, les attitudes et les pratiques des participants constitue une réelle force. En effet, il nous permet d'apprécier à la fois ce que savent les professionnels sur le sujet, leurs attitudes par rapport à la situation et ce qu'ils réalisent en pratique sur le terrain. La raison pour laquelle on observe une fracture entre les notions de connaissances/attitudes et celles des pratiques est l'absence d'un protocole clair permettant une homogénéisation des pratiques au sein du service de salles de naissance pour ce qui est du type et de la quantité de liquide à administrer selon les phases du travail.

On note également un manque de connaissances des professionnels de santé au sujet des recommandations parues sur ce thème. Ces recommandations retrouvées parmi les autres sociétés savantes restent cependant imprécises, ce qui pourrait être une difficulté quant à la rédaction d'un protocole que réclament les professionnels de salles

de naissance. L'aboutissement d'une telle mission pourrait alors faire l'objet d'un futur travail de fin d'études d'un(e) étudiant(e) sage-femme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 ; 8(CD003930).
2. Chatellier D, Chauvet S, Robert R. Pneumopathies d'inhalation. *Réanim.* juin 2009 ; 18(4) : 328-33.
3. Enser M, Turrel F, Rieu M, Leroy S, Morin P, Compère V, et al. Prise en charge des voies aériennes supérieures au cours de l'anesthésie générale en fin de travail : étude multicentrique rétrospective. *Ann Fr Anesth Réanim.* sept 2013 ; 32(S1) : A182-3.
4. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017 ; 129(3): 473-80.
5. Faitot V, Keïta H. Apports liquidiens et alimentaires pendant le travail obstétrical. *Prat Anesth Reanim.* oct 2008 ; 12(5) : 335-40.
6. Bouvet L, Keita H. Alimentation et boisson pendant le travail : est-ce possible ? *Mises Point Anesth-Réanim.* 2017 ; 267-70.
7. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. WHO; 2018 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>
8. HAS, Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Méthode recommandations pour la pratique clinique. [Paris] : HAS ; 2017 ; 47 p.
9. Barotte E. Pour le plaisir des femmes : boire et grignoter pendant le travail obstétrical, rêve ou réalité ? [Mémoire]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2010 ; 65 p.
10. Zakut H, Mashiach S, Blankstein J, Serr DM. Maternal and fetal response to rapid glucose loading in pregnancy and labor. *Isr J Med Sci.* 1975 ; 11(6): 632-7.
11. Bourlon M. L'intérêt du glucose intraveineux dans l'amélioration du travail obstétrical. Etude des pratiques en Lorraine [Mémoire]. Nancy : Université de Lorraine ; 2013 ; 103 p.
12. Hoonakker C. Le jeûne du per-partum : fondements, conséquences et débats. *Profession Sage-femme.* févr 2007 ; (132) : 20-9.
13. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Les compétences des sages-

femmes [Internet]. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>

14. Lecompte A. La fatigue maternelle physique et morale durant le travail et ses conséquences sur l'accouchement [Mémoire]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2010. 102 p.
15. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 ; 338:b784.
16. Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G. An evaluation of isotonic « sport drinks » during labor. *Anesth Analg*. févr 2002 ; 94(2): 404-8.
17. Scheepers HC, Thans MC, De Jong PA, Essed GG, Le Cessie S, Kanhai HH. A double-blind, randomised, placebo controlled study on the influence of carbohydrate solution intake during labour. *BJOG*. févr 2002 ; 109(2): 178-81.
18. Scheepers HC, Thans MC, de Jong PA, Essed GG, Kanhai HH. The effects of oral carbohydrate administration on fetal acid base balance. *J Perinat Med*. 2002 ; 30(5): 400-4.
19. Scheepers HC, de Jong PA, Essed GG, Kanhai HH. Carbohydrate solution intake during labour just before the start of the second stage: a double-blind study on metabolic effects and clinical outcome. *BJOG*. déc 2004 ; 111(12): 1382-7.
20. Clarys A. Etat des lieux des espaces physiologiques dans les maternités en France aujourd'hui [Mémoire]. Lille : Université de Lille II ; 2013 ; 42p.
21. Kozłowski B, Gallot D, Poumeyrol D, Leymarie MC. L'hydratation orale pendant le travail d'accouchement. État des lieux des pratiques des sages-femmes dans les maternités d'Auvergne. *Rev sage-femme*. 2012 ; 11(1) : 9-15.
22. Benhamou D. Evolution de la sécurité en anesthésie obstétricale en France. Conférences d'actualisation [Internet]. 2005 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur : http://jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR_2008/ca05/html/ca05_04/ca05_04.htm

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES ABREVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE.....	10
1. TYPE D'ETUDE.....	10
1.1. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE.....	10
2. POPULATION ETUDIEE, ECHANTILLONNAGE.....	10
3. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	11
3.1. SUPPORTS UTILISES.....	11
4. VARIABLES RECUEILLIES (ANNEXES 2 ET 3).....	11
5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	12
6. TRAITEMENT DES DONNEES ET ANALYSE.....	13
RESULTATS.....	14
1. PARTIE CONNAISSANCES.....	14
1.1. GENERALITES.....	14
1.2. CONNAISSANCES DES RECOMMANDATIONS.....	15
1.3. HYDRATATION DES PATIENTES.....	17
2. PARTIE PRATIQUES.....	19
2.1. GENERALITES.....	20
2.2. HYDRATATION DES PATIENTES.....	20
DISCUSSION.....	23
1. PARTIE ATTITUDES.....	23
2. TYPES DE LIQUIDES.....	25
3. LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS SONT-ELLES APPLIQUEES ?.....	26
4. DISCUSSION DES RECOMMANDATIONS.....	28
5. DIVERGENCE D'AVIS ENTRE LES PROFESSIONNELS SAGES-FEMMES ET ANESTHESISTES.....	28
6. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	29
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	32
TABLE DES MATIERES.....	34
ANNEXES.....	35

ANNEXES

ANNEXE I : Critères d'éligibilité des femmes enceintes présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement (8)

Extrait de la recommandation de la HAS « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (mai 2007) permettant de définir les critères d'éligibilité des femmes enceintes présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance.

Types de suivi recommandés :

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

- **Avis A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- **Avis A2 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Abréviations et acronymes : indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort fœtale intra-utérine (MFIU), *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet* (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation *in vitro* (FV)

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX	
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2
TOXIQUES	
Sevrage alcoolique	A1
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES	
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux	
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B

Maladies infectieuses	
Portage antigène HBs	A1
Hépatite C ou B active	A2
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES	
Pathologies utéro-vaginales	
Malformation utéro-vaginale	B
Mutilations sexuelles	A1
Chirurgie cervico-utérine	
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2
Distylbène syndrome	B
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE	
Antécédents médicaux	
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1
Diabète gestationnel	A
Complications de grossesse précédente	
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B
Hypertension gravidique	A2
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B
Fausse couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :	
- sans étiologie	A2
- avec étiologie SAPL	B
Fausse couches tardives au cours du 2^e trimestre	B
Accouchement prématuré	A2 précoce
	B
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2
Hématome rétroplacentaire	B
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B
Complications périnatales	
Asphyxie périnatale avec séquelles	B
Mort périnatale inexpliquée	B
Anomalie congénitale ou génétique	A2
Antécédents liés à l'accouchement précédent	
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1
Déchirure du sphincter anal	A2
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A
Psychose puerpérale	A2
Dystocie des épaules	A1

Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques	
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1
Hypertension artérielle	B
Diabète	B
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1
- Maladie de Basedow	B
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce
Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :	
- mère homozygote	B
- mère hétérozygote	A2
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B
- Néphropathie	B
- Uropathie	A2
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce
Chimiothérapie et radiothérapie	A2
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce

Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation - du 4^e au 8^e mois)

Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX	
Accouchement secret sous x	A1
FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX	
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2
Alcool	A2
Tabac	A1
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2
Intoxication au plomb	B
Oxyde de carbone	B
Irradiation	A2
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B
Thrombose veineuse profonde	B
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B
Anémie gravidique	A
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)	
- au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2
- au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B
Cholestases gravidiques	B
Rubéole	B
Infection à cytomégalovirus	B
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B
Infection à parvovirus B19	B
Varicelle/ zona	B
Hépatite B aiguë	B
Hépatite virale A, C, D ou E	B
Tuberculose	B
Infection VIH	B
Syphilis	B
Grippe	A1

Consultation du 9 ^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE OBSTÉTRICAUX	
Grossesse non suivie	B
Dépassement de terme	B
Macrosomie	A2
Présentation non céphalique à terme	B
Suspicion de dystocie	B
Listériose	B
Paludisme	B
Chikungunya	B
Maladie périodontale	A
Laparotomie en cours de grossesse	A2
FACTEURS DE RISQUE GYNÉCOLOGIQUES	
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2
Kyste ovarien	A2
Cancer du sein	B
Infections vaginales	A1
Vaginoses bactériennes	A2
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2
Oligoamnios (< 37 SA)	B
Hydramnios	B
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2
Réduction embryonnaire	B
Pertes de sang persistantes	
- avant 16 SA	A2
- après 16 SA	A2
Hémorragies fœto-maternelles	B
Hématome rétroplacentaire	B
Béance cervicale	B
Menace d'accouchement prématuré	B
Grossesse gémellaire	
- bichoriale	A2
- monochoriale	B
Grossesse triple	B
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2
Retard de croissance fœtale	B
Mort fœtale <i>in utero</i>	B
Anomalies de localisation du placenta	B
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B
Grande multipare (supérieur à 5)	A1

ANNEXE II : Questionnaire connaissances-attitudes

« APPORTS ENERGETIQUES PER OS DES PATIENTES DURANT LE TRAVAIL NORMAL »

Enquête CAP : Connaissances-Attitudes-Pratiques

Date :

N° de l'interviewé :

PARTIE 1 : PRESENTATION

1. Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme

2. Quelle profession exercez-vous ?
 - Sage-Femme
 - CCA en Anesthésie-réanimation
 - PH en Anesthésie-réanimation
 - MCU-PH en Anesthésie-réanimation
 - PU-PH en Anesthésie-réanimation
 - Interne en Anesthésie-réanimation

3. Quel âge avez-vous ?
 - 18-25ans
 - 25-30ans
 - 30-40ans
 - 40-50ans
 - 50-60ans
 - 60 ans et plus

4. Depuis combien d'années exercez-vous ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Entre 10 et 20 ans
 - Entre 20 et 30 ans
 - Entre 30 et 40 ans

5. Avez-vous déjà travaillé dans une maternité d'un niveau différent du niveau III ?
 - Oui, précisez :
 - Non

PARTIE 2 : CONNAISSANCES

- A. Généralités**
1. A combien estimez-vous la proportion de femmes qui ressentent le besoin de s'hydrater pendant le travail ?
 - < 25%
 - 25%
 - 50%
 - 75%
 - >75%

 2. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intensité de la soif ?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10

3. Avez-vous connaissance du syndrome de Mendelson ?
 - Oui
 - Non
4. Dans quel cas survient-il le plus souvent ?
 - Pendant une anesthésie générale
 - Pendant une analgésie péridurale
 - Pendant une rachianesthésie
5. Comment l'éviter en pratique ?
 - via pratique de l'analgésie péridurale
 - via la rachianesthésie
 - via l'anesthésie générale
 - via la prise d'antagonistes aux récepteurs à l'histamine de type 2
 - en laissant la patiente à jeun durant le travail
6. Estimez-vous connaître la totalité des recommandations actuelles concernant l'hydratation per os des parturientes ?
 - Oui
 - Non

B. Recommandations HAS 2017 concernant l'accouchement normal

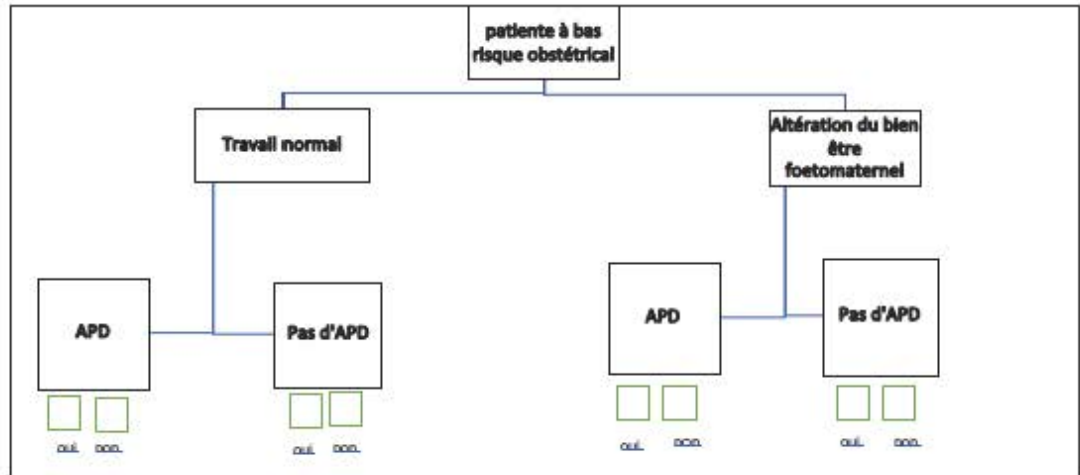
1. Selon la HAS 2017, quelles propositions entrent dans le cadre de l'accouchement normal ?
 - Une présentation céphalique
 - Une présentation en siège
 - Un accouchement à 37SA
 - Un accouchement à 41SA
 - Un accouchement à 42SA
 - Un déclenchement spontané
 - Un déclenchement artificiel
 - Une amniotomie
 - Une antibioprofylaxie
 - Une administration préventive d'oxytocine durant la 3^{ème} phase du travail
 - La pose d'une voie veineuse
 - Une analgésie locorégionale (APD, rachianesthésie)
 - Une administration d'oxytocine pour accélérer le travail
2. Avez-vous connaissance de la notion de bas risque obstétrical ?
 - Oui, comment le définissez-vous ?

 - Non
3. Avez-vous connaissance de la notion du faible risque d'anesthésie générale ?
 - Oui, comment le définissez-vous ?

 - Non
- Selon vous, quel est le risque d'anesthésie générale si : (0 risque nul, 10 risque maximal)
 - Obésité morbide : EN =
 - Diabète : EN =
 - Difficultés de gestion des voies aériennes : EN =
 - Risque de césarienne : EN =
 - Pas d'APD : EN =

o APD : EN =

4. Schéma décisionnel : Hydratation des femmes selon les situations :



5. Quels types de liquide donnez-vous à boire à vos patientes durant le travail normal ?

- Eau
- Thé
- Café
- Café sucré
- Lait
- Jus de fruit sans pulpe
- Jus de fruit avec pulpe
- Boissons gazeuses
- Soda non gazeux
- Aucun
- Autres

C. Recommandations HAS 2017 concernant l'accouchement normal

1. Concernant la phase de latence du 1^{er} stade de travail normal de faible risque d'anesthésie générale (0→5cm), vous pouvez donner à boire :

<p>Si APD posée et fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si pas d'APD</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>
--	---

2. Concernant la phase active du 1^{er} stade de travail normal de faible risque d'anesthésie générale (5cm→DC), vous pouvez donner à boire :

<p>Si APD posée et fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si pas d'APD</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>
--	---

3. Concernant la phase de de descente du 2^{ème} stade du travail normal de faible risque d'anesthésie générale, vous pouvez donner à boire :

<p>Si APD posée et fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si pas d'APD</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>
--	---

4. Concernant la phase d'expulsion du 2^{ème} stade du travail normal de faible risque d'anesthésie générale, vous pouvez donner à boire :

<p>Si APD posée et fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si pas d'APD</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>
--	---

5. Concernant le 3^{ème} stade du travail normal (naissance → délivrance), vous pouvez donner à boire

<p>Si APD posée et fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si pas d'APD</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p>
--	---

6. Concernant le post ~~partum~~ ^{partum} immédiat du travail normal de faible risque d'anesthésie générale, vous pouvez donner à boire

<p>Si APD posée et fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Quand ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dès la réinstallation <input type="checkbox"/> Moins de 30mn après la délivrance <input type="checkbox"/> Plus de 30 mn après la. Délivrance ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourquoi ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Risque de complications <input type="checkbox"/> Conviction personnelle <input type="checkbox"/> Protocole du service <p>Autres :</p>	<p>Si pas d'APD</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un fond de verre <input type="checkbox"/> Un demi verre <input type="checkbox"/> Un verre <input type="checkbox"/> Pas de limite ▪ Quand ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dès la réinstallation <input type="checkbox"/> Moins de 30mn après la délivrance <input type="checkbox"/> Plus de 30 mn après la. Délivrance ▪ Fréquence : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toutes les 30mn <input type="checkbox"/> Toutes les heures <input type="checkbox"/> Toutes les 2h <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> A volonté <p><input type="checkbox"/> NON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourquoi ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Risque de complications <input type="checkbox"/> Conviction personnelle <input type="checkbox"/> Protocole du service <p>Autres :</p>
---	--

7. Pour répondre aux précédentes questions, vous vous êtes basé(e) sur :

- Vos convictions personnelles
- Les dernières recommandations de la HAS 2017
- Les recommandations de l'OMS
- Les recommandations de la SFAR (société française d'anesthésie et de réanimation)
- Les recommandations de MAPAR
- Autres

Rappel des recommandations HAS 2017 :

« La consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait/café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) est autorisée pendant toute la durée du travail (y compris pendant le post-partum immédiat), sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale (grade B). »

HAS. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales : texte de recommandations décembre 2017

PARTIE 3 : ATTITUDES

1. Pensez-vous que le fait d'hydrater les femmes per os durant le travail contribue de façon significative à leur bien être ?

- oui
- non
- ne sait pas

Pourquoi ?

.....
.....
.....

2. Vous sentez vous légitime de décider de donner à boire ou non à vos patientes durant le travail normal ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

.....
.....
.....

3. Existe-t-il un protocole concernant l'hydratation per os des femmes enceintes à la maternité de Nancy ?

- oui
- non
- ne sait pas

o Jugeriez-vous utile d'en avoir un ?

- oui
- non

4. Selon-vous, existe-t-il des freins logistiques à hydrater les femmes per os durant le travail normal ?

- Oui
- Non

o Pourquoi ?

5. Quels sont selon vous les avantages à hydrater les femmes per os durant le travail normal ?

- Améliore le confort de la patiente
- Favorise la phase expulsive en limitant le risque d'hypoglycémie
- Procure davantage de force pour les efforts expulsifs
- Améliore le bien-être du nouveau-né
- Autre :

.....
.....

6. Quels sont selon vous les arguments contre l'hydratation des femmes per os durant le travail normal ?

- Risque de nausées/vomissements
- Risque d'inhalation bronchique
- La voie veineuse périphérique suffit
- Autre

.....
.....
.....

Commentaires :

.....
.....

Merci de votre participation

VILLEMOT Anne-Sophie ESF5

ANNEXE III : Questionnaire pratiques

- A la fin de votre observation, veuillez cocher à nouveau les critères d'inclusion. Si un des paramètres a changé au cours du travail, veuillez ne pas le cocher.
- La patiente est en bonne santé avec un risque obstétrical bas pendant le suivi de grossesse et avant l'accouchement
 - Terme compris entre 37 SA et 42 SA inclus
 - Pas de déclenchement
 - Pas d'utérus cicatriciel
 - Pas de diabète gestationnel
 - Pas de présentation par le siège ou défilé
 - Pas de RPM > 12h sans mise en travail
 - Pas de suspicion de RCIU ou de PPAG
 - Pas de grossesse gémellaire
 - Pas d'accouchement dans l'eau
 - Pas d'accouchement à domicile

Merci de votre participation.
Anne-Sophie VILLEMOT

Contact:

mail : annesophievillemot@outlook.com
Tél : 06.45.48.10.39

« APPORTS ENERGETIQUES PER OS DES PATIENTES PENDANT LE TRAVAIL NORMAL »

Enquête CAP : Connaissances-Attitudes-Pratiques

Bonjour,

Je m'appelle Anne-Sophie VILLEMOT, je suis un étudiante sage-femme en 5^{ème} année, et je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'hydratation per os des patientes durant le travail normal. Pour ce faire une enquête CAP (Connaissances, attitudes, pratiques) est mise en place. Ce questionnaire concerne la partie « pratique » de l'enquête visant à observer la façon dont sont hydratées les femmes durant le travail suite aux recommandations de 2017 concernant le travail normal.

- Population concernée pour remplir ce questionnaire : Étudiants sages-femmes au sein de la maternité régionale universitaire de Nancy
- Population étudiée : Sages-femmes, internes en anesthésie réanimation (internes), sénior en anesthésie réanimation au sein de la maternité régionale universitaire de Nancy.


- Critères d'inclusion :

veuillez cocher svp

- La patiente est en bonne santé avec un risque obstétrical bas pendant le suivi de grossesse et avant l'accouchement
- Terme compris entre 37 SA et 42 SA inclus
- Pas de déclenchement
- Pas d'utérus cicatriciel
- Pas de diabète gestationnel
- Pas de présentation par le siège ou défilé
- Pas de RPM > 12h sans mise en travail
- Pas de suspicion de RCIU ou de PPAG
- Pas de grossesse gémellaire
- Pas d'accouchement dans l'eau
- Pas d'accouchement à domicile

« La consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait/café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) est autorisée pendant toute la durée du travail (y compris pendant le post-partum immédiat), sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale (grade B). »

HAS - Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales : texte de recommandations décembre 2017

Tournez la page svp 

- La patiente a bénéficié d'une APD :
 - OUI : précisez la dilatation :
 - NON
- La patiente a été hydratée *per os* en phase de latence du 1^{er} stade du travail (0→5cm):
 - OUI
 - Type de liquide :
 - Quantité :
 - Par qui ? SF interne anesthésie sénior anesthésie
 - Pourquoi ?
 - Patiente non demandeuse
 - Refus de l'équipe : précisez la raison :
 - NON
 - Pourquoi ?
 - Non suggéré ni par l'équipe ni par la patiente
- La patiente a été hydratée *per os* en phase active du 1^{er} stade du travail (5cm→DC) :
 - OUI
 - Type de liquide :
 - Quantité :
 - Par qui ? SF interne anesthésie sénior anesthésie
 - Pourquoi ?
 - Patiente non demandeuse
 - Refus de l'équipe : précisez la raison :
 - NON
 - Pourquoi ?
 - Non suggéré ni par l'équipe ni par la patiente
- La patiente a été hydratée *per os* en phase de descente du 2^{ème} stade du travail :
 - OUI
 - Type de liquide :
 - Quantité :
 - Par qui ? SF interne anesthésie sénior anesthésie
 - Pourquoi ?
 - Patiente non demandeuse
 - Refus de l'équipe : précisez la raison :
 - NON
 - Pourquoi ?
 - Non suggéré ni par l'équipe ni par la patiente

- La patiente a été hydratée *per os* en phase d'expulsion du 2^{ème} stade du travail
 - OUI
 - Type de liquide :
 - Quantité :
 - Par qui ? SF interne anesthésie sénior anesthésie
 - Pourquoi ?
 - Patiente non demandeuse
 - Refus de l'équipe : précisez la raison :
 - NON
 - Pourquoi ?
 - Non suggéré ni par l'équipe n par la patiente
- La patiente a été hydratée *per os* en 3^{ème} stade du travail (naissance→ délivrance)
 - OUI
 - Type de liquide :
 - Quantité :
 - Par qui ? SF interne anesthésie sénior anesthésie
 - Pourquoi ?
 - Patiente non demandeuse
 - Refus de l'équipe : précisez la raison :
 - NON
 - Pourquoi ?
 - Non suggéré ni par l'équipe n par la patiente
- La patiente a été hydratée *per os* en post-partum immédiat :
 - OUI
 - Type de liquide :
 - Quantité :
 - Par qui ? SF interne anesthésie sénior anesthésie
 - Pourquoi ?
 - Patiente non demandeuse
 - Refus de l'équipe : précisez la raison :
 - NON
 - Pourquoi ?
 - Non suggéré ni par l'équipe n par la patiente

Tournez la page svp 

ANNEXE IV : Protocole de la « Revue Sage-femme »

(21)

OBJET : Ce protocole a pour but de décrire les modalités du jeûne chez la parturiente dans le péri-partum.

PUBLIC CONCERNÉ :

- Anesthésistes-réanimateurs
- Gynécologues-obstétriciens
- Pédiatres néonatalogistes
- Sages-femmes (Salle de naissances, grossesses pathologiques, maternité)

OBJECTIFS :

- Permettre un apport per-os de liquides clairs aux parturientes en cours de travail.
- Augmenter le confort des parturientes en salle de naissance.
- Favoriser la phase expulsive en limitant le risque d'hypoglycémie.
- Améliorer le bien-être du nouveau-né.

MODALITÉS :

1. Césarienne programmée :

À jeun la veille au soir (8 heures avant l'intervention)

2. Déclenchement :

⇒ Patiente désirant une péridurale + bilan pré-péridurale normal + péridurale à priori sans difficulté :

La parturiente mange normalement jusqu'à l'admission en salle de naissances.

⇒ Contre-indication à la pose de péridurale ou péridurale potentiellement difficile (obésité, scoliose, tiges de Harrington, etc...) :

À jeun H-6.

3. En cours de travail :

⇒ Péridurale posée et cathéter fonctionnel :

Absence de pathologie type diabète, obésité et risque d'intubation difficile. Rythme cardiaque foetal normal, éliminant un risque de césarienne ou d'extraction instrumentale immédiat.

Apport de liquides clairs (eau, thé, café sans lait, tisane, jus de fruits sans pulpe, soda, sirop léger).

La quantité de liquide étant limitée à 25 ml/h ou un verre/heure.

⇒ Absence de péridurale ou cathéter non fonctionnel :

À jeun strict.

***Per os* hydration of patients during normal labour in the maternity ward of the CHRU of Nancy: evaluation of professional practices through a "knowledge, attitudes, practices" survey of 20 practitioners and 20 patients from October 2019 to December 2019.**

Abstract

Objectives - To determine whether and why the 2017 HAS recommendations regarding hydration *per os* for patients in normal labor were applied in the maternity ward of the CHRU of Nancy (type III).

Material and methods - An evaluation of professional practices in the form of a KAP (knowledge, attitudes, practices) survey was set up. This was a mixed prospective study carried out from October to December 2019. The inclusion criteria were women with a normal delivery for the practical part, and midwives and anesthetists working in the delivery room over the study period for the knowledge and attitudes part. The main judgment criterion was the adequacy of professional practices to the latest 2017 recommendations for normal childbirth.

Results - Twenty participants were included for the "knowledge, attitudes" and "practices" parts, respectively. All the 20 patients observed were hydrated at least once during their stay in the delivery room, 14 of whom were volume limited. Six patients could drink a different beverage from water. Restrictions could be observed accordingly to labor phases and epidural analgesia. Professionals hydrated parturient less readily in terms of type and quantity of fluids in the field than they reported.

Conclusion - The 2017 HAS recommendations are respected within the Maternity Hospital of the CHRU of Nancy although there is a diversity of practices depending on the phases of labor and epidural analgesia.

Keywords (3)

Hydration, normal childbirth, HAS recommendations

L'hydratation *per os* des patientes durant le travail normal au sein de la maternité du CHRU de Nancy : évaluation des pratiques professionnelles par enquête « connaissances, attitudes, pratiques » auprès de 20 praticiens et de 20 patientes d'octobre à décembre 2019.

Résumé structuré

Objectifs – Déterminer si les recommandations de 2017 de la HAS concernant l'hydratation *per os* des patientes présentant un travail normal étaient appliquées ou non au sein de la maternité du CHRU de Nancy (type III), et pourquoi.

Matériel et méthodes – Une évaluation des pratiques professionnelles sous la forme d'enquête CAP (connaissance, attitudes, pratiques) a été mise en place. Il s'agissait d'une étude prospective mixte réalisée d'octobre à décembre 2019. Les critères d'inclusion étaient les femmes présentant un accouchement normal pour la partie pratiques, et les sages-femmes et anesthésistes travaillant en salle de naissance sur la période de l'étude pour la partie « connaissance et attitudes ». Le critère de jugement principal était l'adéquation des pratiques professionnelles aux dernières recommandations de 2017 concernant l'accouchement normal.

Résultats – Vingt participants ont respectivement été inclus pour les parties « connaissances, attitudes » et « pratiques ». La totalité des 20 patientes observées ont été hydratées au moins une fois durant leur séjour en salle de naissance, dont 14 ayant été limitées en volume. Six patientes ont eu autre chose à boire que de l'eau. Des restrictions ont pu être observées selon les phases du travail et selon l'analgésie péridurale. Les professionnels hydratent moins facilement les parturientes en matière de type et de quantité de boissons sur le terrain par rapport à ce qu'ils déclarent.

Conclusion. - Les recommandations de la HAS de 2017 sont respectées au sein de la Maternité du CHRU de Nancy bien qu'il existe une diversité des pratiques selon les phases du travail et l'analgésie péridurale.

Mots clés (3)

Hydratation, accouchement normal, recommandations HAS