



HAL
open science

Jeûne hydrique en salle de naissance. Vers de nouvelles pratiques ?

Mathilde Le Cornec

► **To cite this version:**

Mathilde Le Cornec. Jeûne hydrique en salle de naissance. Vers de nouvelles pratiques ?. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00877770

HAL Id: dumas-00877770

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00877770>

Submitted on 29 Oct 2013

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.

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES – HOPITAL SAINT
ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE – FACULTE
DE MEDECINE
MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

**LE JEÛNE HYDRIQUE EN SALLE
DE NAISSANCE.
VERS DE NOUVELLES PRATIQUES ?**

Directeur de mémoire :
Dr. Anne Salengro

Année universitaire : 2012 – 2013

LE CORNEC

Mathilde

184, rue du faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris

01 49 28 27 35

secretariat.esf@dfc.aphp.fr

Remerciements

Merci au Docteur Salengro pour son aide dans l'élaboration de ce mémoire,

Merci à Mme Lévêque pour son temps et son aide précieuse,

Et merci à Morgane.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CADRE THEORIQUE.....	3
I. Le jeûne hydrique.....	3
1. Les éléments en faveur du jeûne.....	3
1.1 <i>L'instauration du jeûne chez la parturiente</i>	3
1.1 <i>Le syndrome de Mendelson</i>	3
1.3 <i>Le syndrome de Mendelson en obstétrique</i>	5
1.3.1 <i>La grossesse : une situation à risque</i>	6
1.3.2 <i>Particularité de la vidange gastrique chez la femme enceinte</i>	6
1.4 <i>La prévention</i>	6
2. Les éléments en défaveur du jeûne.....	7
2.1 <i>Rôle du jeûne</i>	8
2.2 <i>Les effets du jeûne sur la parturiente.</i>	8
2.3 <i>Les effets du jeûne sur le fœtus</i>	9
2.4 <i>Effets du jeûne sur le travail</i>	9
II. L'impact des apports	10
1. Les apports alimentaires	10
2. Les apports liquidiens.....	11
2.1 <i>Les apports glucidiques</i>	11
2.2 <i>Les apports hydriques</i>	11
2.3 <i>Le retentissement maternel d'un apport oral</i>	12
III. Recommandations et pratiques actuelles	13
1. Les recommandations officielles	14
2. Les interprétations des recommandations.....	15
3. Les pratiques actuelles dans le monde.....	17
L'ENQUETE.....	18
I. Problématique et hypothèses	18
II. Méthodologie de l'enquête	18
1. Type d'enquête	18
2. Lieu de l'enquête.....	19
3. Population concernée et critères d'inclusion dans l'enquête	19
4. Durée de l'enquête	19
5. Méthode de recueil de données	19
6. Méthode d'analyse : logiciels utilisés	20
III. Présentation des résultats.....	20

1. Taux de participation	20
2. Description de la population.....	20
3. Attitude pratique des sages-femmes en salle de naissance	22
4. Lorsque les sages-femmes autorisent la prise de boisson :	24
5. Connaissances des sages-femmes.....	26
6. En pratique.....	28
ANALYSE ET DISCUSSION.....	31
I. Discussion de la méthodologie.....	31
1. Les limites de l'étude.....	31
2. Les biais de l'étude	31
II. Analyse et discussion des résultats	32
1. Taux de participation	32
2. Présentation de la population.....	32
3. Attitude pratique des sages-femmes	33
3.1 Autorisation concernant la prise de boisson	33
3.2 Comportement des sages-femmes	35
3.3 Boissons autorisées	35
3.4 Réalisation d'une prémédication préventive par anti-acide	36
4. Connaissances des sages-femmes.....	36
5. Impact de l'environnement.....	39
6. Vérification des hypothèses de départ	40
III. Propositions	41
CONCLUSION	43
ANNEXES	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
GLOSSAIRE	

INTRODUCTION

Depuis les travaux du Docteur Mendelson en 1946, le jeûne durant le travail obstétrical a été imposé à toutes les parturientes. Cette mesure de prévention est destinée à éviter l'inhalation pulmonaire du contenu gastrique en cas d'anesthésie générale. Or, l'évolution de la médecine et les progrès réalisés en anesthésie ont permis la remise en question de ce dogme.

Les études réalisées sur le sujet ne permettent pas d'imposer une conduite à tenir unique. Le jeûne n'ayant pas fait la preuve de son efficacité en matière de prévention, pourrait avoir des effets négatifs sur le déroulement du travail, l'état maternel et néonatal.

Aujourd'hui, les recommandations des sociétés savantes permettent l'apport de boissons en petites quantités pendant le travail obstétrical.

Certains pays, tels que le Royaume-Uni et les Pays Bas, ont fait le choix de la libéralisation, et autorisent les parturientes à boire durant le travail obstétrical.

Lors de mes différents stages en salle de travail j'ai observé une grande disparité concernant la réglementation des apports hydriques dans nos maternités. La plupart ne disposent pas de protocole sur le sujet. Le choix de laisser boire la parturiente, ou non, est laissé à l'appréciation de chaque soignant.

Aussi, devant ces divergences d'opinions et de pratiques, il m'a paru intéressant d'approfondir le sujet, et adapter ainsi ma future pratique professionnelle conformément aux données actuelles de la science.

Le but de ce travail est de connaître la situation actuelle, afin de comprendre l'attitude des sages femmes à l'égard du jeûne hydrique.

Nous aborderons dans une première partie les éléments en faveur du jeûne hydrique et les raisons soulevant la question de la libéralisation, les éventuels bénéfices d'un apport liquidien pendant le travail, ainsi que les recommandations actuelles des sociétés savantes.

Ensuite, j'ai souhaité interroger les sages-femmes sur leur pratique, et leurs connaissances des recommandations.

Les résultats de cette enquête aboutiront à une discussion, une réflexion sur le sujet : quelle est la situation actuelle dans nos maternités? Les sages-femmes sont-elles suffisamment informées? Le choix de leurs pratiques est-il fait en toute connaissance de cause?

Enfin nous élaborerons des propositions, basées sur nos résultats et nos observations, afin d'améliorer la prise en charge des parturientes.

CADRE THEORIQUE

I. Le jeûne hydrique

Le jeûne se définit comme la privation volontaire ou non de nourriture ou de boisson. Nous nous intéresserons dans ce travail au jeûne en salle de naissance, soit pendant la période du pré-travail, pendant le travail, la phase expulsive et enfin pendant la période de deux heures suivant la naissance, le post-partum immédiat. Nous nous intéresserons donc tout au long de ce travail au jeûne en salle de naissance où les femmes reçoivent un apport intraveineux mais sont parfois privées d'apport oral.

1. Les éléments en faveur du jeûne

1.1 L'instauration du jeûne chez la parturiente

En 1904, dans son manuel d'obstétrique, le Dr Lee recommandait la prise de thé, de café ou de vin pour stimuler le travail de la parturiente (1). A cette époque, la majorité des femmes accouchait à leur domicile et l'on peut supposer qu'elles ne respectaient pas un jeûne strict.

Au cours du 20^{ème} siècle, les progrès en obstétrique et en anesthésie conduisent à la généralisation des accouchements en milieu hospitalier.

C'est en 1946, cent ans après la première anesthésie que le Dr Mendelson, obstétricien, publie son article de référence qui instaurera le jeûne absolu durant le travail et l'accouchement des parturientes. Ses travaux mettent en évidence l'existence et les dangers de l'inhalation pulmonaire du contenu gastrique qui serait responsable de nombreux décès de parturientes lors des anesthésies générales (2). Suite à cette publication, le jeûne strict s'impose rapidement et devient la norme aux Etats-Unis comme en Europe.

1.1 Le syndrome de Mendelson

Aujourd'hui le mécanisme et la physiopathologie de l'inhalation pulmonaire sont bien connus. Lors d'une anesthésie générale les réflexes pharyngo-laryngés sont abolis, ce qui expose les voies aériennes. En cas de vomissements, ou de régurgitations, le contenu gastrique peut alors se retrouver dans les bronches puis dans les poumons. Ce liquide, très acide, va provoquer une pneumopathie chimique entraînant une réaction inflammatoire puis une nécrose des cellules alvéolaires. Cette complication appelée « syndrome de Mendelson », peut conduire au décès.

Trois conditions sont nécessaires à la survenue d'une inhalation pulmonaire :

- Le volume du contenu gastrique : il doit être supérieur à 0,4 ml/kg, soit une moyenne de 25ml. Le volume du contenu gastrique est conditionné par la sécrétion acide, les apports alimentaires et la vidange gastrique, elle-même influencée par de nombreux facteurs.
- L'incontinence œsophagienne : lorsque la pression du sphincter inférieur de l'œsophage est inférieure à la pression intra-abdominale, cela favorise la présence d'un reflux gastro-œsophagien.
- L'absence de protection des voies aériennes supérieures (VAES) : lors d'une anesthésie générale, les réflexes de protection des VAES tels que la déglutition, la fermeture de la glotte ou la toux sont abolis, créant une incompétence pharyngo-laryngée.

L'association de ces trois mécanismes rend alors possible le passage dans les poumons du liquide contenu dans l'estomac (3).

La gravité du syndrome de Mendelson dépend du volume inhalé dans les poumons. Mais le lien entre le volume inhalé et le volume du contenu gastrique n'a jamais été démontré. La gravité du syndrome dépend également de la qualité de ce liquide. Plus le liquide gastrique est acide, plus l'agression de l'épithélium pulmonaire est sévère. La présence de particules solides alimentaires est également un facteur de gravité (4,5).

Les études internationales les plus récentes ont estimé le risque d'inhalation pulmonaire entre 1/2000 et 1/8000 anesthésies. La morbidité du syndrome de Mendelson est difficile à évaluer car les tableaux cliniques sont très variés suivant la gravité de l'inhalation. Les formes cliniques allant de la désaturation modérée à l'hypoxémie sévère, de l'infiltration localisée à la pneumopathie.

Le risque de décès est proche de 1/100 000 soit 3 à 5% des inhalations (3).

Ce risque, relativement faible en théorie, représente 20% de la mortalité anesthésique (5). Cela explique que l'inhalation pulmonaire reste l'une des complications les plus redoutées en anesthésie.

Les études réalisées sur le sujet ont réussi, malgré la rareté du syndrome de Mendelson, à établir des situations et des populations à risque d'inhalation pulmonaire.

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) rappelle dans une de ses conférences d'actualisation que « *doit être considéré comme patient à risque tout patient ayant au moment de l'induction anesthésique un volume gastrique résiduel supérieur à 0,4 ml/kg, dont le pH est supérieur à 2,5* » (6). Cette valeur seuil correspond au volume inhalé associé à la survenue de conséquences pulmonaires. On parle alors d'« estomac plein » terme bien connu des médecins anesthésistes.

D'autres situations sont reconnues comme augmentant le risque d'inhalation telles que la présence de pathologies favorisant le reflux gastro-œsophagien (obésité, pathologie obstructive gastro-

intestinale,...), et les difficultés d'intubation. Un autre facteur de risque d'inhalation du liquide gastrique est l'anesthésie générale en urgence. En effet, on estime que le risque d'inhalation est multiplié par quatre pour une anesthésie générale en urgence par rapport au risque pour une anesthésie générale programmée (3).

D'autres pathologies, pouvant être associées à la grossesse majorent le risque d'inhalation.

Le diabète insulino-dépendant provoque des réactions métaboliques et endocriniennes au cours de l'anesthésie dont une insulino-résistance et une hyperglycémie entraînant des risques dont celui de l'inhalation pulmonaire. Le diabète peut également augmenter le risque d'intubation difficile particulièrement lorsque celui-ci est associé à une obésité. En ce qui concerne la vidange gastrique, on estime que celle-ci est semblable aux patients non diabétiques sauf en cas de gastroparésie diabétique.

L'obésité, qui reste un problème majeur de santé publique, représente également un facteur de risque de manière générale en anesthésie comme en obstétrique. En effet l'augmentation de poids entraîne une augmentation significative du volume et de l'acidité gastrique. La vidange gastrique n'est pas ralentie dans cette population. L'augmentation de la pression abdominale entraîne des reflux gastro-œsophagiens plus fréquents. L'obésité complique également la réalisation de l'intubation, voire la rend impossible (3,6,7).

1.3 Le syndrome de Mendelson en obstétrique

Tous les cas obstétricaux d'inhalation sont survenus lors de la réalisation d'une anesthésie générale en urgence. En effet l'anesthésie obstétricale représente un cas très particulier où le développement de l'anesthésie locorégionale par péridurale et rachianesthésie a permis de réduire considérablement la mortalité maternelle (8).

L'incidence du syndrome de Mendelson dans le domaine spécifique de l'obstétrique a été estimée à 1/ 2.000.000 en 2001. Aucun décès par inhalation n'a été décrit lors d'une enquête réalisée conjointement par la SFAR et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2009 ni par le Dr Warner en 1993 (9,10). Cependant sur la période de 1999 à 2001, le seul décès maternel imputable à l'anesthésie est survenu suite à un syndrome de Mendelson. Ainsi, bien que l'inhalation reste rarissime chez la parturiente, la gravité de celle-ci lorsqu'elle survient impose la vigilance.

1.3.1 La grossesse : une situation à risque

Pour de nombreuses raisons, la femme enceinte est considérée comme patiente ayant un « estomac plein » par les médecins anesthésistes.

Tout d'abord de nombreuses modifications physiologiques apportées par la grossesse majorent le risque d'inhalation. La présence de reflux gastro-œsophagien fréquent, favorisé par l'horizontalisation de l'estomac, associé à un relâchement du tonus du sphincter de l'œsophage, majore ce risque. La sécrétion de gastrine par le placenta et l'augmentation de la pression intragastrique à l'approche du terme augmentent le volume et l'acidité du liquide gastrique.

D'autre part des modifications entraînées par le travail obstétrical augmentent encore le risque d'inhalation. Le travail s'accompagne d'un ralentissement de la vidange gastrique du fait des contractions utérines qui stoppent le transit intestinal. Le stress douloureux aigu va entraîner une gastroparésie qui augmente également le volume de l'estomac. L'administration d'opiacés par l'analgésie péridurale pourrait également ralentir la vidange mais cela reste controversé (4).

1.3.2 Particularité de la vidange gastrique chez la femme enceinte

Afin d'analyser l'intérêt du jeûne durant le travail obstétrical, il semble nécessaire de s'intéresser au processus de vidange gastrique. De nombreux facteurs influencent cette vidange. La vidange des solides est différente de celle des liquides. Il est important de préciser ici que la vidange des liquides « particuliers » ou « non clairs » tels que le lait ou le jus de fruit avec pulpe s'apparente à celle des solides. Des études ont démontré que l'ingestion de liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'induction de l'anesthésie ne modifie pas le volume et le pH gastrique. De plus, le volume ingéré influe peu : que l'on ingère 50 ou 300 ml d'eau, le temps de demi vidange est le même, soit 25 à 35 min. Ces études ont permis une libéralisation du jeûne préopératoire qui autorise maintenant la prise de boissons claires jusqu'à deux heures avant l'anesthésie générale (AG) programmée.

Pendant le travail obstétrical la vidange gastrique des solides est ralentie de manière significative. A l'inverse, la vidange des liquides clairs et des boissons sucrées isotoniques n'est pas ralentie pendant le travail. Il n'y a pas d'augmentation du volume de l'estomac, ni d'augmentation des vomissements suite à leur ingestion. Donc chez la femme enceinte, en travail ou non, l'évacuation des liquides n'est pas modifiée. La vidange des boissons claires non sucrées est la même que celle de l'eau. Cette vidange est très rapide, avec une demi-vie de l'ordre de dix minutes (3,4,11).

1.4 La prévention

Des moyens de prévention ont été mis en œuvre afin de diminuer l'incidence du syndrome de Mendelson. Ce dernier étant une complication de l'AG, la prévention primaire consiste à réaliser une anesthésie locorégionale plutôt qu'une anesthésie générale lorsque cela est possible.

Les grands progrès réalisés ces vingt dernières années ont permis de favoriser l'anesthésie locorégionale (ALR) et donc de diminuer l'incidence du syndrome de Mendelson. Une enquête de périnatalité en 2003 a estimé à 1,7% le nombre d'anesthésies générales, 62,6% de péridurales et 12,3% de rachianesthésies (12). En France, en 1980, on comptait moins de 10% d'ALR, aujourd'hui 82% des césariennes programmées sont réalisées sous ALR (13). En diminuant le nombre d'AG, on limite le risque de survenue du syndrome d'inhalation.

La société française d'anesthésie et de réanimation résume ainsi les mesures de prévention à respecter lors de sa conférence d'actualisation, en 2002 :

« En cas d'estomac plein, l'ALR est la technique de choix lorsqu'elle peut être réalisée. Ce n'est hélas pas toujours le cas. On doit alors réaliser une AG avec une séquence d'induction rapide. La prémédication par un anti-H2 effervescent, la pré-oxygénation correctement réalisée et une manœuvre de Sellick efficace avant une induction intraveineuse utilisant la succinylcholine sont encore actuellement les éléments indispensables à la réalisation d'une AG chez un sujet à l'estomac plein ou à risque d'inhalation » (6).

Les enquêtes réalisées ont mis en évidence que dans la grande majorité des cas, les circonstances cliniques au cours desquelles l'inhalation est survenue étaient des situations d'urgence à risque évident (9,14). Dans la presque totalité des cas, les décès sont imputables à des pratiques en non-conformité avec les recommandations.

Aussi, la SFAR affirme en 2007 que « le respect des bonnes pratiques anesthésiques chez les patients à risque d'inhalation permettrait d'éviter plus de la moitié de cette complication » (15).

Le syndrome de Mendelson reste une complication rare dont les conséquences peuvent être gravissimes. C'est pourquoi il reste une des complications les plus redoutées des médecins anesthésistes. L'établissement des populations à risque et l'élaboration de techniques de prévention ont permis de nettement diminuer ce syndrome. Dans le domaine de l'obstétrique, la gravité de cette complication doit imposer la vigilance et le respect strict des bonnes pratiques cliniques. Les méthodes de prévention ont démontré leur efficacité dans la diminution de l'incidence du syndrome et la morbi-mortalité de ce dernier.

2. Les éléments en défaveur du jeûne

Instauré dans les années 1950, le jeûne de la parturiente durant le travail obstétrical avait pour but de minimiser le volume gastrique. Or, aujourd'hui, l'application de ce jeûne strict est remise en cause

par les sociétés savantes. Des études ont également été réalisées afin de connaître les effets du jeûne pendant le travail obstétrical sur la mère, le fœtus et le déroulement obstétrical.

2.1 Rôle du jeûne

Le jeûne avait pour but, lors de son instauration, de maintenir un volume gastrique réduit. Plusieurs études ont cherché à connaître l'effet du jeûne sur le volume de l'estomac. Elles ont prouvé qu'aucun intervalle de temps n'assure un volume gastrique inférieur à 100ml (3).

De plus, jeûner augmente la concentration en acide chloridrique.

Chez la femme enceinte, une étude réalisée par Mrs Roberts et Sherley en 1976 retrouve la présence d'aliments solides chez 41% des parturientes malgré un jeûne de huit à vingt-quatre heures (16).

Sur une période de cinq ans, de 2001 à 2006, une étude réalisée sur 2426 parturientes sans facteur de risque, ayant une grossesse unique et physiologique, n'a pas retrouvé de bénéfice à la réalisation du jeûne durant le travail obstétrical (17).

Ainsi, le jeûne n'a pas prouvé son efficacité dans la prévention du syndrome de Mendelson. Aucune période de jeûne ne peut garantir une vidange gastrique chez la gestante et la parturiente. De ce fait, la femme enceinte est considérée, à juste titre, comme patiente à « estomac plein » dès la 15^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et ce jusqu'à 48 heures après l'accouchement.

2.2 Les effets du jeûne sur la parturiente.

Le travail obstétrical est considéré comme une épreuve d'effort. Une réaction de stress est présente, qui s'accompagne d'une augmentation des hormones telles que le cortisol et l'adrénaline, et une néoglucogénèse induite est observée. Si le travail se prolonge en l'absence d'apports glucidiques, la néoglucogénèse maternelle devient insuffisante. La voie oxydative du métabolisme utilise alors d'autres supports énergétiques entraînant une augmentation des corps cétoniques et des acides gras libres (18).

Lors du travail, la demande en oxygène augmente de 40% pendant la phase de dilatation et de 75% au cours des efforts expulsifs. Du fait de cette demande en oxygène augmentée, la voie non oxydative est accélérée et la concentration en lactates maternels augmente. Il existe donc un degré d'acidose métabolique variable chez la parturiente, plus marqué pendant la deuxième phase. Chez les patients bénéficiant d'une analgésie péridurale, l'ensemble de ces réactions métaboliques est moindre, la douleur étant diminuée, l'effort et le stress étant de fait moins importants (4).

En 1986, l'étude de P. Simskin définit le jeûne comme source de stress chez les parturientes. Sur 159 primipares, 27% ressentent un stress modéré à majeur dû à la restriction d'aliments solides et 57% suite à la restriction des apports liquidiens (19). Or la réaction de stress augmente les concentrations

en cortisol et adrénaline dans l'organisme, ces hormones ayant pour effet de ralentir la vidange gastrique. Il semblerait donc qu'imposer le jeûne influencerait le vécu des patientes, diminuant leur confort et augmentant l'anxiété. Pourtant on trouve peu d'études sur l'impact de la soif chez la femme en travail.

En 2007, une étude observationnelle à l'hôpital Louis Mourier à Colombes, réalisée sur 123 patientes révèle que 80% d'entre elles ont soif pendant leur travail. L'intensité de cette soif est estimée à 7,5 +/- 3,5 sur une échelle analogique de 0 à 10. Le fait de boire représentait alors un confort évalué à 8+/-1 par les parturientes (4).

La sensation d'inconfort et de frustration engendrée par la privation doit faire réfléchir, au-delà des besoins organiques, aux besoins affectifs de la femme en travail et aux répercussions que peuvent avoir les interdictions que le personnel médical lui impose. En effet le rôle de la sage-femme étant de surveiller techniquement et médicalement le bon déroulement du travail mais aussi de veiller au bien-être physique et psychique de la future mère.

2.3 Les effets du jeûne sur le fœtus

La seule source de glucose chez le fœtus est le glucose maternel car le fœtus est incapable d'utiliser la voie métabolique de la néoglucogénèse. Il existe donc une corrélation linéaire entre les taux de glucose maternel et fœtal. Une hypoglycémie maternelle entraîne des réactions adaptatives fœtales notamment une diminution de l'utilisation du glucose et une hypoinsulinémie. En revanche l'hyperglycémie maternelle induit une hyperinsulinémie fœtale et une augmentation des lactates par la voie non oxygénative. Le fœtus est alors exposé à une acidose significative surtout si la consommation en oxygène est importante. Devant une période de jeûne maternel, l'insuffisance des apports en glucose peut être compensée par le métabolisme fœtal des corps cétoniques mais on observe alors une protéolyse plus importante. Le fœtus est alors contraint d'utiliser ses réserves musculaires, physiologiquement faibles (4,11,20).

2.4 Effets du jeûne sur le travail

Il existe peu d'études concernant l'impact du jeûne sur le mode d'accouchement et les complications néonatales. Les études s'intéressent plutôt aux éventuels effets des apports alimentaires et hydriques durant le travail.

En 1993 un essai randomisé est réalisé dans un hôpital du Bronx à New-York. Sur une période de dix ans, soit 20 000 naissances, les femmes sont autorisées à boire et à manger pendant le travail. Aucun cas d'inhalation n'a été signalé pendant cette période. Puis, pendant huit mois, les femmes respectent un jeûne strict. On observe alors un cas d'inhalation, le nombre d'extractions instrumentales est augmenté de 35%, le nombre de césariennes de 38%. Le transfert des nouveau-nés en unité de soins intensifs augmente parallèlement de 69% et l'accélération chimique du travail

est multipliée par cinq (21). Les résultats de cette étude semblent donc indiquer que le jeûne nuit au déroulement du travail, de l'accouchement et influence l'état du nouveau-né à la naissance.

En 1999 aux Pays Bas, une autre étude réalisée par le chercheur Scheepers et le Pr Essed, a analysé l'impact du jeûne sur le taux d'extractions instrumentales pour non progression de la présentation fœtale. Il a été observé une augmentation significative de ce taux chez les patientes laissées à jeun (24% chez les patientes à jeun versus 12,5% chez les patientes ayant ingéré une boisson calorique) (22).

Enfin, en 1939, Winkler et Hebler ont montré que l'activité utérine était réduite par l'accumulation de corps cétoniques (18). Néanmoins la relation de cause à effet entre un travail prolongé et la concentration de corps cétonique n'est pas certaine.

Les études réalisées sur le sujet sont peu nombreuses et n'ont pas permis d'apporter la preuve de l'efficacité du jeûne hydrique en matière de prévention.

Cependant, il n'a pas été prouvé, à ce jour, que le jeûne hydrique serait responsable d'effets délétères sur le travail, la parturiente ou le fœtus.

II. L'impact des apports

Nous allons à présent nous intéresser aux éventuelles conséquences obstétricales et néonatales d'un apport calorique et hydrique durant le travail d'accouchement.

1. Les apports alimentaires

En 1999, Scrutton cherche à évaluer les conséquences d'un repas léger sur le travail et l'accouchement. Les données obstétricales (durée du travail, recours à l'ocytocine, mode d'accouchement) ne sont pas modifiées par cette alimentation. Cependant les auteurs retrouvent un volume gastrique augmenté chez les femmes ayant consommé un repas léger durant le travail. De plus les vomissements sont deux fois plus fréquents et trois fois plus volumineux chez les femmes s'étant alimentées (4).

D'autres études réalisées sur l'impact d'un apport alimentaire ont également conclu à l'absence de bénéfice obstétrical et néonatal au fait de s'alimenter pendant le travail.

De plus il a été démontré que les femmes, une fois le travail enclenché, sont finalement moins tentées par les aliments solides et préfèrent naturellement les liquides (4,11).

Au vu de ces résultats, il est donc admis que manger des aliments solides durant le travail n'a pas de bénéfice obstétrical ou néonatal. Le maintien du jeûne alimentaire en vu d'une éventuelle AG per-partum reste fondé.

2. Les apports liquidiens

2.1 Les apports glucidiques

Le travail obstétrical étant considéré comme un effort important, il paraît logique de penser qu'il nécessite un apport calorique. Toutefois une estimation quantitative des besoins énergétiques pendant le travail obstétrical est très difficile. Les besoins caloriques de la femme enceinte durant la dernière semaine de la grossesse ont été estimés à 20g de glucose par heure. En cas de diabète insulino-dépendant, la quantité nécessaire pour maintenir une normoglycémie pendant le travail a été estimée à 10g par heure pour une patiente de 60kg. Ainsi dans les années 1960 à 1970, la perfusion de solution de glucose avait été proposée afin de répondre aux besoins énergétiques du travail et de réduire la cétose maternelle induite par le jeûne. Cette pratique a été rapidement abandonnée car elle était responsable d'hyperglycémie maternelle entraînant une hausse des taux de lactates maternels et fœtaux. En revanche, il semblerait que la perfusion de petites quantités de glucose 5% ou l'ingestion de glucides par voie orale ne provoque pas d'hyperglycémie maternelle et ne s'accompagne pas d'une acidose métabolique (4). Par ailleurs, une étude réalisée en 1997 a démontré que l'administration de petites quantités de glucose 5% durant le travail améliore le pH au cordon en comparaison avec la perfusion de Ringer lactate non sucrée (23).

Tenant compte des besoins énergétiques durant le travail et de la dangerosité des débris alimentaires contenus dans les vomissements lors de l'ingestion de solides, certains auteurs ont proposé comme compromis l'apport de boissons isotoniques sucrées. Des études ont cherché à évaluer l'impact de l'apport de ces boissons. Les vomissements et le volume gastrique n'étaient pas augmentés par cette absorption et il n'a pas été montré de différence sur le déroulement du travail, de l'accouchement et les caractéristiques néonatales (7).

L'apport de boissons caloriques peut contribuer à diminuer la cétose maternelle. Cependant il n'a pas été mis en évidence que cela ait un impact sur le plan obstétrical et pédiatrique.

Au vu de ses résultats, le bénéfice d'un apport calorique reste donc très incertain.

2.2 Les apports hydriques

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs études ont démontré que l'administration de liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'induction d'une anesthésie ne modifiait pas le volume ou

le pH des résidus gastriques. Les sociétés savantes ont donc admis la possibilité d'une libéralisation du jeûne préopératoire. Des études ont cherché quelles seraient les conséquences obstétricales et néonatales d'un apport liquidien pendant le travail en salle de naissance. En 2002, l'équipe du Dr Scrutton réalise une étude afin d'évaluer le risque d'inhalation lié à une prise de boisson. Dans cette enquête les patientes sont invitées à boire une solution isotonique en quantité conséquente : 500ml durant la première heure puis 500ml par tranche de trois à quatre heures, dès le début du travail. L'équipe n'a pas retrouvé d'augmentation des vomissements dans la population étudiée, en comparaison avec la population de patientes laissées à jeun. Il n'a été retrouvé aucune différence entre les groupes concernant le déroulement du travail et le mode d'accouchement. Dans ses conclusions, l'équipe indique que le sur-risque potentiel de syndrome d'inhalation ne se retrouve pas lorsque l'on permet aux parturientes de boire (24).

L'équipe du Dr O'Sullivan a étudié les effets d'une petite collation sans résidu avec de l'eau sur 2426 parturientes (nullipares, à terme, non diabétiques, avec un singleton en présentation céphalique) sur le travail en comparaison avec le groupe des parturientes à jeun. Cette étude, publiée en 2009, n'a pas retrouvé de différence entre les deux groupes de parturientes concernant l'issue de l'accouchement, le temps du travail, l'utilisation de l'ocytocine, les vomissements et l'APGAR des enfants à la naissance (17).

Une dernière étude, parue en 2010, conduite sur 3130 parturientes ne retrouve aucune preuve de l'existence de bénéfices ou de risques associés au fait de s'alimenter ou de boire (à volonté ou de manière restrictive) par rapport au jeûne systématique. Les auteurs de cette étude indiquent qu'il n'y aurait donc aucune justification à imposer le jeûne durant le travail, du moins chez la femme présentant de faibles risques de complications pouvant nécessiter le recours à une AG. Les auteurs précisent ne pas avoir trouvé dans la littérature une évaluation du danger qu'il pourrait y avoir à ne pas respecter le jeûne en cas de risque plus élevé. Aussi estiment-ils que des travaux complémentaires sont nécessaires avant que des recommandations soient formulées (25).

Toutes les études publiées sur le sujet ne retrouvent pas, à ce jour, de différence significative entre les patientes ayant pu boire et s'alimenter avec une collation sans résidu comparativement aux parturientes à jeun. Le déroulement du travail, sa durée, le mode d'accouchement et l'état néonatal est le même dans les deux populations étudiées.

2.3 Le retentissement maternel d'un apport oral

A côté de ces nombreuses études « techniques » et « médicales », nous pouvons également nous intéresser à l'éventuel retentissement maternel que pourrait engendrer la prise de boissons. Plusieurs

études ont montré que la sensation de soif est présente chez les parturientes et entraîne un inconfort voir un stress qui peut s'avérer néfaste au bon déroulement de l'accouchement.

L'étude du Dr Scrutton et celle du Dr Mc Nabb en 2002 ont prouvé que lorsque le choix est laissé aux parturientes, elles semblent choisir de manger en début de travail puis délaissent les apports solides pour préférer les apports liquides pendant la phase active du travail (24). Cela s'explique par la présence d'un niveau élevé de prolactine en début de travail stimulant l'appétit maternel. Puis le travail progressant, la concentration en ocytocine augmente entraînant une diminution de l'appétit. La présence d'une analgésie péridurale efficace peut contribuer à augmenter la sensation de faim du fait de la disparition de la douleur. Permettre aux patientes de s'hydrater a un réel impact sur leurs sensations de bien-être. Lors de l'enquête réalisée à Louis Mourier, en 2007, 80% des patientes souffraient de la soif et le fait de boire représentait alors un confort (4).

De plus, la quantité bue est minime et diminue avec l'avancée du travail. Il semblerait donc que la physiologie du travail « dicte » aux parturientes une conduite qui réduirait naturellement le risque en préférant les apports liquidiens aux solides, et ce, en petites quantités.

En conclusion, les bienfaits d'une prise alimentaire de boissons et de glucides pendant le travail restent controversés et sont probablement mineurs en dehors de la satisfaction éprouvée chez la patiente demandeuse. Il est également important de rappeler que toutes ces études sont réalisées sur des populations randomisées sans facteur de risque ayant des grossesses physiologiques. De ce fait, il n'est pas possible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population. De plus, la rareté des cas d'inhalation en obstétrique rend compliquée la réalisation d'études sur des populations plus spécifiques. Les recommandations restent « prudentes » et ne s'appliquent qu'aux parturientes sans complication. Elles autorisent la possibilité d'ingérer des liquides clairs en petites quantités chez la femme en travail, bien que le bénéfice de ces apports sur le travail obstétrical et le pronostic néonatal reste à démontrer.

III. Recommandations et pratiques actuelles

Depuis la fin des années 90, les différentes études réalisées sur le sujet ont conduit les sociétés savantes à adapter leurs recommandations. Une libéralisation du jeûne préopératoire est maintenant proposée. Cependant nous verrons que malgré l'abandon des recommandations préconisant le jeûne strict de la parturiente durant le travail obstétrical et l'accouchement, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus établi pour les apports par prise orale.

1. Les recommandations officielles

Dès 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie un « guide pratique concernant les soins liés à l'accouchement normal » (26). Dans cet ouvrage, sans nier l'existence et la gravité du syndrome de Mendelson, l'organisme insiste sur la distinction à faire entre les patientes présentant un « bas risque » et celles présentant un « haut risque » face à la survenue de ce syndrome. Les conclusions émises dans ce guide sont claires : « *L'approche correcte semble consister à ne pas aller à l'encontre du souhait de la femme de manger ou de boire pendant le travail et l'accouchement.* »

Plus récemment dans un ouvrage de 2003 intitulé « soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide des pratiques essentielles », l'organisme préconise « *d'encourager la patiente à manger et à boire à sa convenance tout au long du travail* » (28).

Les recommandations de l'OMS restent générales puisqu'elles s'adressent à l'ensemble de la population mondiale. Elles gardent tout leur intérêt puisqu'elles sont dictées dans le but de prendre en charge, de façon optimale, les patientes présentant une grossesse et un travail physiologique ou les patientes dont le suivi n'est pas ou peu médicalisé.

Concernant le respect du jeûne préopératoire quelque soit le type de chirurgie, les recommandations générales ont évolué depuis ces quinze dernières années. En effet, une meilleure compréhension de la physiologie de la vidange gastrique, de la physiopathologie de l'inhalation pulmonaire, la connaissance des conséquences d'un jeûne prolongé ainsi que l'évolution des techniques anesthésiques ont justifié la remise en question des règles classiques du jeûne préopératoire. Les recommandations émises par l'American Society of Anesthesiologists (ASA) en 1999 stipulent que « *lors d'une chirurgie programmée, un jeûne de deux heures est suffisant pour les liquides clairs (eau, jus de fruit sans pulpe, thé, café, sucrés ou non) chez les adultes et les enfants de plus d'un an* ». Cette règle s'applique aux femmes enceintes qui ne sont pas en travail dans le cadre d'une césarienne programmée.

Les recommandations des sociétés anesthésiques autorisent donc la prise orale de liquides clairs jusqu'à deux heures avant une chirurgie programmée et ce, même chez la femme enceinte.

Dans le domaine de l'obstétrique, des recommandations ont été publiées par l'ASA en 2007 et par la SFAR en 2006.

La SFAR en 2006 remet en question le jeûne pendant le travail dans ses « recommandations pour la pratique clinique des blocs périmédullaires chez l'adulte ». Il y est indiqué que « *la femme en travail, bénéficiant d'une analgésie périmédullaire peut-être autorisée à absorber des liquides non particuliers sauf en cas de diabète, d'obésité morbide ou de césarienne* » (28).

La quantité maximale des liquides n'est pas précisée et aucune indication n'est donnée pour les solides.

Concernant le cas de la césarienne en urgence, la technique d'anesthésie recommandée est la technique de l'induction en séquence rapide et ce quel que soit la durée du jeûne.

L'ASA a publié en 2007 des recommandations concernant le jeûne sous la forme de « directive pour la pratique de l'anesthésie obstétricale ». Il y est écrit que la littérature est insuffisante pour obtenir une relation entre durée d'abstinence des liquides clairs et les risques de vomissements, de régurgitations ou d'inhalation. Le groupe de travail et les consultants s'accordent sur l'amélioration du confort et de la satisfaction maternels par les apports de liquides clairs. Ainsi, même si les positions du groupe de travail sont divergentes, les consultants s'accordent sur le fait que les apports per os de liquides clairs pendant le travail n'augmentent pas les complications maternelles.

La recommandation de l'ASA stipule (4) :

« De petites quantités de boissons claires (eau, thé et café sans lait, sodas, jus de fruit sans pulpe) peuvent être autorisées au cours du travail non compliqué. Le volume ingéré est moins important que la nature de la boisson. Les patientes présentant des facteurs de risque d'inhalation (obésité, diabète, intubation difficile prévue) ou d'extraction chirurgicale doivent être considérées individuellement. »

Pour les aliments solides aucune durée de jeûne n'ayant prouvé sa sécurité, les recommandations indiquent que « *les aliments solides doivent être évités au cours du travail* ».

2. Les interprétations des recommandations

Les recommandations de l'ASA et de la SFAR remettent en cause le respect strict du jeûne hydrique durant le travail et autorisent la prise de boisson non particulière chez la patiente bénéficiant d'une analgésie péridurale. Dans ces textes de recommandations officielles aucune quantité de liquide n'est précisée. De plus, les populations jugées « à risque » qui sont citées restent relativement vagues. Ces recommandations, dictant des conduites à tenir sont en effet assez imprécises sur ces deux points. Elles laissent également une part d'interprétation de chacun en expliquant que certaines populations « *doivent être considérées individuellement* ». Elles peuvent donc être interprétées de manières différentes selon les équipes médicales. Les populations citées « à risque » sont les patientes obèses, diabétiques, les femmes ayant un risque de césarienne, les femmes ayant une intubation difficile prévue. Or en salle de naissance, le risque de la césarienne et d'AG en urgence reste toujours présent. L'ASA stipule que la prise de boisson peut être autorisée au cours du travail non compliqué. Ici encore différentes interprétations peuvent exister.

On peut donc se demander comment interpréter ces différentes recommandations. Afin de mieux comprendre la notion de « bas risque » et de « haut risque » on peut se référer aux publications de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette dernière a publié en 2007 des recommandations pour la pratique clinique en obstétrique (29). Elle y décrit les modalités de dépistage des femmes pour définir celles à bas risque et celles à haut risque de complications.

Les femmes à bas risque sont représentées par les primipares dont l'âge est compris entre 18 et 35 ans, sans antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance spécifique, sans pathologie de la grossesse et avec un fœtus unique en présentation céphalique.

Ce groupe comprend également les multipares présentant les quatre caractéristiques précédentes ainsi qu'un utérus sain et aucun antécédent néonatal (prématurité, mort fœtale in utero, mort néonatale). Cette démarche d'évaluation des situations à risque permet donc de connaître les éléments à dépister et permet de mieux cerner le principe de « travail non compliqué ».

Pour ce qui concerne les populations à risque pour lesquelles les sociétés savantes sont plus réticentes à la libéralisation du jeûne hydrique du per-partum, différents cas sont cités :

- Le diabète, lorsqu'il est insulino-dépendant ou associé à une obésité (30).
- L'obésité morbide, définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35, plus à risque de diabète et d'intubation difficile.
- Le risque d'intubation difficile, lorsqu'il est prévu. C'est notamment le cas des patientes obèses dont l'IMC est supérieur à 35, ainsi que les patientes pré-éclamptiques, du fait de l'œdème des voies aériennes supérieures.
- Le risque de césarienne ou d'extraction chirurgicale est également cité. Or ce risque existe chez toutes les parturientes d'où la nécessité de définir de groupe de population à « haut risque ».

Il est également important d'évoquer la clinique et l'expérience de chaque praticien qui, bien que non évaluables, guident la pratique de tout soignant.

Le professeur D. Benhamou dans son article « Evolution de la sécurité en anesthésie obstétricale en France » rappelle que la mortalité obstétricale a diminué de façon considérable au cours de ces 50 dernières années. Il rappelle également que, bien que de nos jours 80% des césariennes sont effectuées sous ALR, la césarienne en urgence reste une situation à haut risque. Aussi pour lui « *les conduites de libéralisation du jeûne au cours du travail ne peuvent être envisagées que parfaitement encadrées et procédurées chez les patientes à faibles risques.* » (13).

3. Les pratiques actuelles dans le monde

Comme nous l'avons vu précédemment, en l'absence de recommandations précises sur le sujet, il existe des pratiques différentes à travers le monde en ce qui concerne l'hydratation orale per-partum et certains pays ont fait le choix de la libéralisation du jeûne obstétrical.

Aux Etats-Unis, une proportion importante des maternités imposent le jeûne. Dans 44,7% des maternités il est interdit de boire pendant le travail. De plus 93% des hôpitaux disposent d'un protocole sur le sujet.

En Australie, une enquête réalisée en 2001 sur 109 maternités du pays révèle que 60% des soignants interrogés laissent libre choix à la patiente quant à la quantité et au type de liquides et de solides ingérés pendant le travail. En effet, 82% des hôpitaux n'ont pas de protocole écrit concernant les apports oraux pendant le travail (4,7,11).

Au Royaume Uni, dans l'enquête la plus récente, l'eau était autorisée pendant la phase active du travail dans 98,6% des institutions et d'autres boissons comme les jus de fruits étaient autorisées dans 52% des maternités.

D'autres pays tels que la Suisse, les Pays Bas ou encore la Finlande ont aussi fait le choix de la libéralisation. Il est important de noter que les études ne retrouvent pas plus de décès par inhalation là où le jeûne hydrique strict n'est plus appliqué (4).

En 2005 en France, plus de 97% des maternités interrogées indiquent qu'aucun aliment ni boisson n'est autorisé pendant le travail (13).

Les données actuelles de la littérature permettent de proposer la libéralisation du jeûne des liquides clairs avec un niveau de preuve élevé. Cependant les recommandations des sociétés savantes, tout en autorisant la prise de certaines boissons pendant le travail, restent prudentes en insistant sur l'existence de populations à risque.

En l'absence de consensus précis de nombreux pays ont donc fait le choix au cours de ces dernières années de réintroduire les boissons per-partum sans que, pour l'instant, on observe une augmentation de la morbi-mortalité liée à ce choix.

L'ENQUETE

I. Problématique et hypothèses

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, certains pays ont fait le choix de la libéralisation, sans qu'il ait été observé, pour l'instant, une hausse des complications due au fait d'autoriser les patientes à s'hydrater pendant le travail. Cependant, en France, une enquête réalisée en 2005 révélait que la quasi-totalité des maternités respectait le jeûne strict en salle de travail, interdisant toute prise de boisson aux parturientes.

La situation est-elle identique actuellement ? A-t-elle évolué ? Quelle est la pratique des sages-femmes dans les maternités parisiennes ?

Notre question de recherche est la suivante :

« Quelles sont les attitudes des sages-femmes à l'égard du jeûne hydrique du per-partum ? »

Nos hypothèses sont les suivantes :

- La majorité des sages-femmes continuent de faire respecter le jeûne hydrique du per-partum.
- Les sages-femmes connaissent les recommandations concernant le jeûne hydrique du per-partum.
- Les sages-femmes, malgré leurs connaissances, n'ont pas une pratique toujours adaptée à la prévention du syndrome de Mendelson.

II. Méthodologie de l'enquête

L'enquête réalisée a pour objectifs de connaître les pratiques actuelles des sages-femmes de l'Est parisien concernant l'apport hydrique en salle de travail, et les raisons de celles-ci.

L'enquête permettra également d'évaluer les connaissances théoriques des sages-femmes.

1. Type d'enquête

Afin de tester nos hypothèses, nous avons choisi de réaliser une enquête prospective par questionnaires anonymes. Il s'agit d'une enquête multicentrique réalisée sur les six maternités du réseau Est parisien.

2. Lieu de l'enquête

Nous avons réalisé notre enquête sur l'ensemble des maternités du Réseau Périnatal Est Parisien.

Ce réseau, initialement composé de huit maternités, ne compte aujourd'hui plus que six maternités, la maternité de Saint Antoine ayant fermé en février 2012 et la clinique Léonard de Vinci en mai 2012. Le réseau est composé de trois maternités de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), une de type III, une de type II b, et une de type II a. Le réseau comprend trois autres maternités de type I, deux maternités privées à but non lucratif et une maternité privée à but lucratif.

3. Population concernée et critères d'inclusion dans l'enquête

Notre questionnaire était destiné à toute sage-femme travaillant en salle de naissance au moment de l'enquête. Les sages-femmes ne travaillant pas dans ce service ainsi que les étudiantes sages-femmes ont été exclues.

4. Durée de l'enquête

L'enquête a été réalisée sur une période de trois mois. Elle a débuté le 10 septembre 2012 et a été arrêtée le 10 décembre 2012.

5. Méthode de recueil de données

Nous avons d'abord contacté les cadres sages-femmes de chaque maternité afin qu'elles nous communiquent le nombre de sages-femmes travaillant dans le service de salle de naissance sur la période de notre étude, ainsi que leur accord pour distribuer nos questionnaires.

Nous avons ensuite déposé nos questionnaires en libre service en salle de naissance dans un classeur. Durant cette période, nous sommes passées de façon hebdomadaire dans les six maternités concernées par notre étude afin de nous présenter au plus grand nombre de sages-femmes possible, de leur faire prendre connaissance de notre enquête et de récupérer les questionnaires complétés.

Auparavant ces questionnaires ont été testés sur un petit échantillon de 6 sages-femmes des maternités du réseau Est parisien, pour vérifier la compréhension et la pertinence de chaque question. Cela afin de pouvoir réajuster les questionnaires avant le début de notre enquête. Les sages-femmes ayant participé à ce test ont été exclues de notre enquête.

Le questionnaire a été élaboré afin de remplir les objectifs de notre étude. Un exemplaire de ce questionnaire est disponible en annexe I. Il est composé de quatre parties et comporte dix-huit questions. Deux questions sont ouvertes, les autres sont des questions fermées.

La première partie concerne les renseignements généraux afin de connaître la population étudiée. On interroge les sages-femmes sur leur âge, leurs années d'exercice, le type de maternité dans lequel elles travaillent.

La deuxième partie concerne l'attitude pratique des sages-femmes en salle de naissance concernant l'apport oral des parturientes. On questionne les sages-femmes sur l'autorisation de boire donnée ou non aux parturientes selon les différentes périodes du travail, la quantité d'apport hydrique tolérée, le type de liquide autorisé.

La troisième partie de notre questionnaire a été élaborée afin d'évaluer les connaissances des sages-femmes influençant leur pratique professionnelle ainsi que leurs connaissances des recommandations officielles.

Enfin une dernière partie questionne les sages-femmes sur leur lieu de travail afin de pouvoir découvrir une éventuelle influence de l'environnement sur leur pratique.

6. Méthode d'analyse : logiciels utilisés

Les données apportées par les questionnaires ont été recueillies à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2008. Le logiciel Épi info 3.5.4 a été utilisé pour les calculs de fréquences.

Les résultats du questionnaire ont été présentés sous forme de moyennes pour les variables continues et sous forme d'effectifs ou de pourcentages pour les variables qualitatives.

III. Présentation des résultats

1. Taux de participation

Nous avons recueilli 87 questionnaires sur 117 distribués soit un taux de participation de 74,3%. Un questionnaire n'étant que partiellement rempli n'a pas été exploité. La population étudiée est donc composée de 86 sages-femmes travaillant en salle de naissance dans le réseau Est parisien (n=86).

2. Description de la population

- **Répartition des sages-femmes selon leur âge**

Les sages-femmes ont entre 22 et 53 ans. La moyenne d'âge est de 31 ± 7,6 ans et la médiane est de 29 ans. Les sages-femmes ayant moins de 40 ans représentent 89% de la population.

Afin de faciliter la lecture de nos résultats, nous avons regroupé les sages-femmes en classe d'âge de cinq ans chacune.

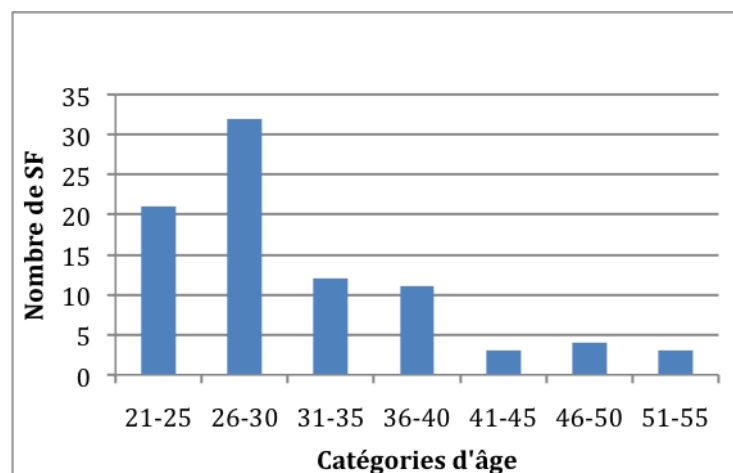


Figure 1 : Répartition des sages femmes selon leur âge (n=86)

- **Nombre d'années d'exercice**

La moyenne de l'expérience professionnelle est de $7 \square 7,9$ ans.

La valeur médiane est de 5 ans d'exercice et 86% des sages-femmes interrogées ont travaillé moins de 11ans.

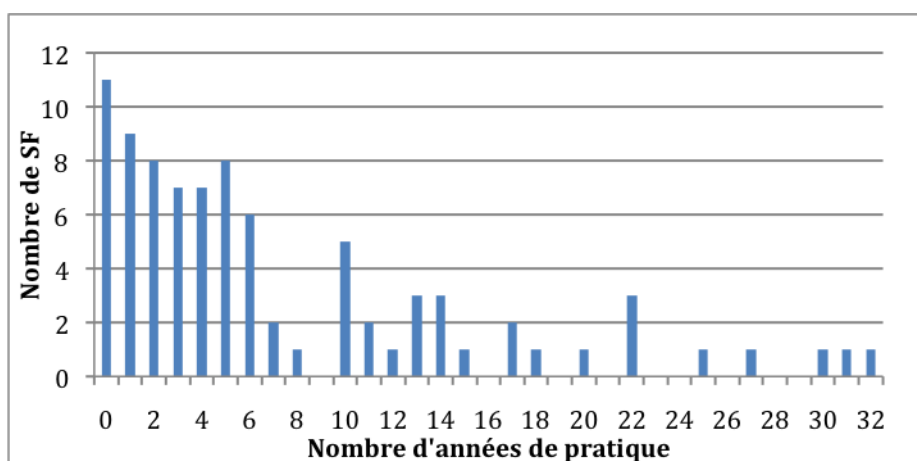


Figure 2 : Répartition des sages-femmes selon leur nombre d'années d'exercice (n=86)

- **Répartition des sages-femmes selon le type de maternité dans lequel elles travaillent**

Près de la moitié de la population étudiée travaille en maternité de type I.

Type	Nombre de sages femmes (%)
I	45 (49%)
II	29 (34%)

Tableau 1: Répartition des sages-femmes dans les différents types de maternité. (n=86)

3. Attitude pratique des sages-femmes en salle de naissance

- **Autorisation à boire en pré-travail, en travail et dans le post-partum immédiat.**

En pré-travail, 82 sages-femmes (95%) autorisent toujours leurs patientes à boire et aucune ne refuse la prise de boisson pendant cette période.

En travail, près de 40% des sages-femmes autorisent systématiquement leurs patientes à boire et 52% autorisent, ou non, la prise de boisson au cas par cas.

Dans le post-partum immédiat, 50% des sages-femmes autorisent ou non la prise de boisson selon les cas, et 23% refusent toute prise orale.

L'ensemble des résultats sont exposés dans le tableau ci-dessous :

	Oui, toujours	Oui, parfois	Non
En pré-travail	82	4	0
En travail	34	45	7

**PPI : Post-partum immédiat*

Tableau 2 : Attitude des sages-femmes concernant l'autorisation de boire donnée aux patientes (n=86)

- **Proposition concernant la prise de boisson**

La majorité des sages-femmes interrogées dit attendre une demande de la patiente avant d'autoriser cette dernière à boire. Près d'un tiers le proposent systématiquement à leurs patientes. Neuf sages-femmes proposent à leurs patientes de boire uniquement dans certains cas particuliers, par exemple en cas de forte chaleur.

Quatre sages-femmes n'autorisent pas la prise de boisson en salle de naissance. Une sage-femme n'a pas répondu à cette question.

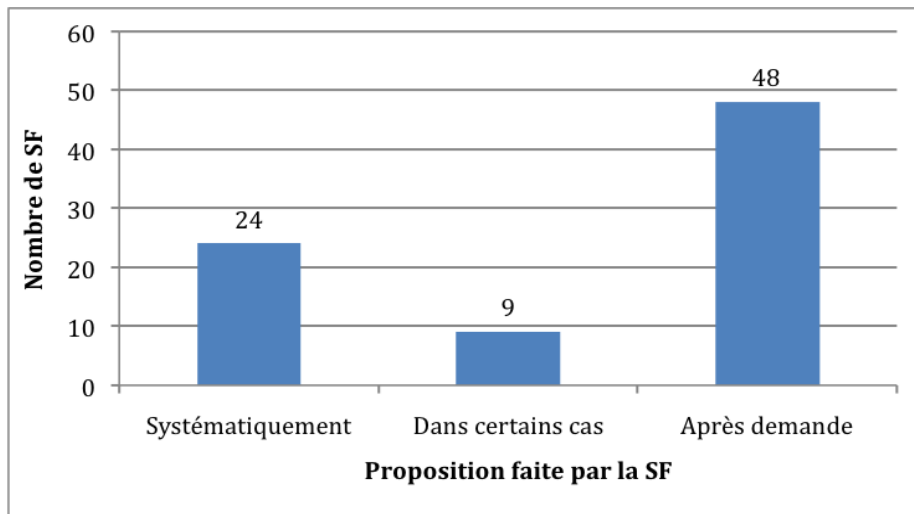


Figure 3 : Proposition de la sage-femme concernant la prise de boisson (n=81)

- **Réalisation de la prémédication par anti-acide dans le cadre de la prévention du syndrome de Mendelson.**

Aucune sage-femme ne réalise la prémédication de façon systématique.

La majorité attend le passage au bloc opératoire, et 19 sages-femmes, soit près d'un quart, ne réalisent jamais cette prémédication.

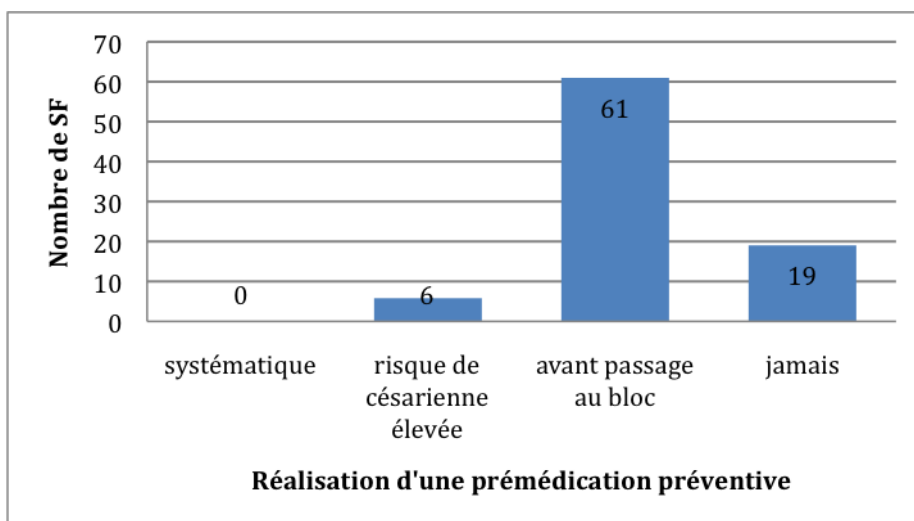


Figure 4 : Répartition des sages femmes selon la réalisation d'une prémédication par anti-acide (cimétidine, ranitidine...) (n=86)

- **Administration de glucose 5% lors du travail obstétrical**

Dix sages-femmes administrent de façon systématique du G5% par voie intraveineuse à leurs patientes en travail, 48 ne le font pas.

Près d'un tiers des sages-femmes le font « parfois »

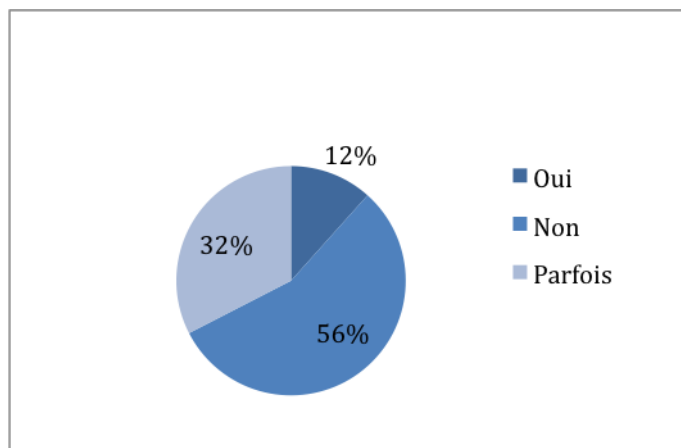


Figure 5 : Administration de glucose IV pendant le travail (n=86)

4. Lorsque les sages-femmes autorisent la prise de boisson :

Les résultats présentés ci-dessous ne concernent que les sages-femmes autorisant un apport oral en salle de naissance, soit n=86 en pré-travail, n=78 en travail et n=69 en post-partum immédiat. Concernant le travail et le post-partum immédiat 1 sage-femme n'a pas répondu.

- **Autorisation selon les périodes du travail**

En pré-travail, parmi les sages-femmes autorisant leurs patientes à boire, une moitié autorise seulement l'eau et l'autre moitié y associe d'autres boissons. En effet la case « autres » étaient présentes dans notre questionnaire, les sages-femmes ont cité le jus de fruit sans pulpe, le thé et certaines ont répondu par la négation/ par exclusion « toute boisson sans pulpe et sans gaz ».

En travail et lors du post-partum immédiat, la majorité des sages-femmes n'autorise que de l'eau.

L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau ci dessous :

Attitude des sages-femmes	En pré-travail (n= 86)	En travail (n=78)	En PPI (n=69)
Eau seule	42	48	42
Eau et « autres »	38	28	23
Toutes les boissons	6	2	4

Tableau 3 : attitude des sages-femmes concernant la prise de boisson

- **Type de boissons autorisées**

Les sages-femmes autorisant l'hydratation par voie orale en salle de naissance ont été interrogées sur le type de boissons qu'elles autorisaient durant le pré-travail, le travail et la période du post-partum immédiat. Ainsi plusieurs réponses sont possibles.

En pré-travail, plus d'un tiers des sages-femmes autorisent le thé et le jus de fruit sans pulpe.

De même en travail, ainsi que durant la période du post-partum immédiat, les deux boissons majoritairement utilisées sont le thé et le jus de fruit sans pulpe.

L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau ci dessous :

Boissons autorisées	En pré-travail (n= 86)	En travail (n=78)	En PPI (n=69)
Eau	86	78	69
Café	14	7	9
Thé	30	16	15
JDF* sans pulpe	35	26	26
JDF* avec pulpe	9	3	5
Boissons gazeuses	7	2	4

*JDF=*jus de fruit*

Tableau 4 : type de boissons autorisées au cours du travail.

- **Limitation de la prise de boisson**

La majorité des sages-femmes (74%) limite la prise de boisson.

Près de la moitié des sages-femmes autorisant la prise de boisson la limite à un fond de verre d'eau à la demande (soit environ 5ml).

Seulement 19% des sages-femmes ne limitent pas l'apport oral en salle de naissance.

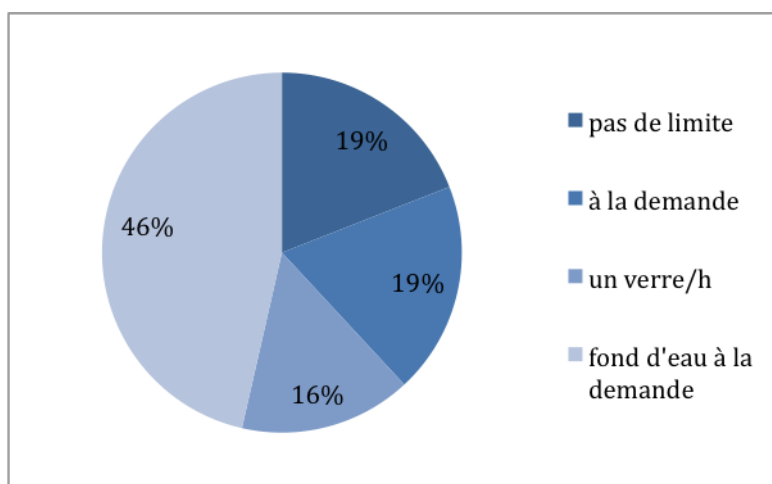


Figure 6 : Limitation par les sages femmes de la prise de boisson (n=84)

5. Connaissances des sages-femmes

- **Auto-évaluation des connaissances**

A la question « pensez-vous connaître l'ensemble des recommandations actuelles sur le sujet ? »

76 des sages-femmes répondent non et 10 répondent oui.

Connaissances	Nombre de SF (%)
Oui	10 (12%)
Non	76 (88%)

Tableau 5 : Auto-évaluation des sages femmes concernant leur connaissances (n=86)

- **Raisons de la restriction hydrique**

La grande majorité des sages-femmes disent connaître la raison de la restriction hydrique en salle de naissance.

A la question « Connaissez-vous la/les raison(s) de la restriction hydrique ? » 75 sages-femmes répondent oui et 11 répondent non.

Raison(s)	Nombre de SF (%)
Oui	75 (87%)
Non	11 (13%)

Tableau 6 : Connaissance du/des motif(s) de la restriction hydrique (n=86)

Dans la population de sages-femmes répondant oui, les raisons évoquées ont été rapportées dans le tableau ci-dessous (plusieurs réponses étaient possibles)

Raisons	Nombre
Mendelson	46
Jeûne obligatoire	10
Risque si AG	7
Vomissements/RGO*	7
Raisons anesthésiques	6
Risque si césarienne	3

*RGO=reflux gastro-oesophagien

Tableau 7 : Raison(s) évoquée(s) par les sages-femmes concernant la restriction hydrique.

- **Boissons autorisées par les recommandations**

Onze sages-femmes n'ont pas répondu à la question.

Plusieurs réponses étaient possibles.

La quasi-totalité des sages-femmes mentionne l'eau dans les boissons autorisées par les recommandations, la moitié y ajoute le thé et le jus de fruit sans pulpe.

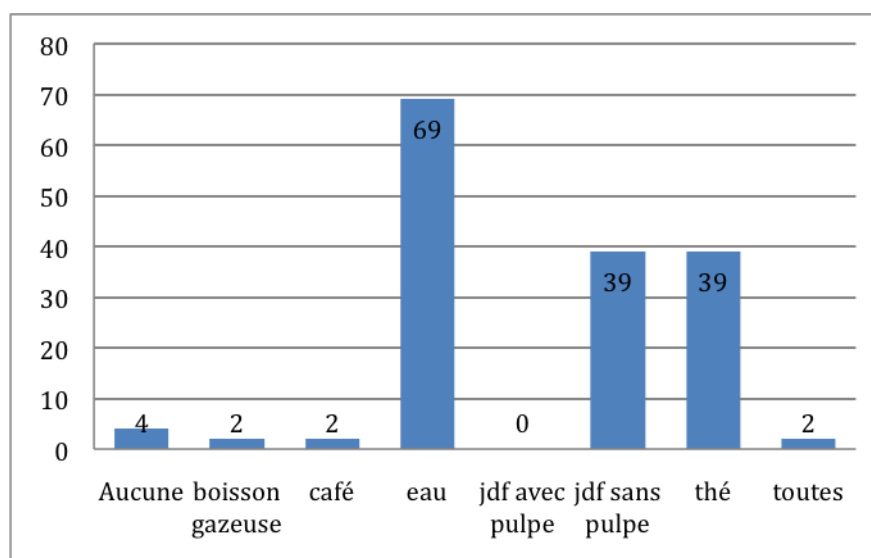


Figure 7 : Boissons autorisées par les recommandations selon les sages-femmes.

- **Question à choix multiple (QCM)**

« Lesquelles de ces propositions suivantes vous paraissent exactes ? »

Plusieurs réponses étaient possibles.

Pendant le travail :

Propositions	Nombre de SF (%)
En l'absence de péridurale je peux donner à boire plus facilement.	20 (24%)
L'obésité n'influe pas sur ma décision.	25 (30%)
Le diabète est un frein à la prise de boisson.	6 (7%)
Boire augmente les vomissements.	35 (46%)
Les recommandations autorisent la prise de boisson en petites quantités chez toutes les femmes.	65 (78%)

Tableau 8 : Réponses du QCM. Taux de personnes ayant considéré les phrases comme justes

Cinq sages-femmes n'ont pas coché de réponses. Parmi celles-ci deux ont déclaré que toutes les propositions étaient fausses. La réponse juste était la proposition C.

6. En pratique

Existence d'un protocole dans le service

Parmi les sages-femmes interrogées, 76 répondent qu'il n'existe pas de protocole.

Deux sages-femmes n'ont pas répondu à la question.

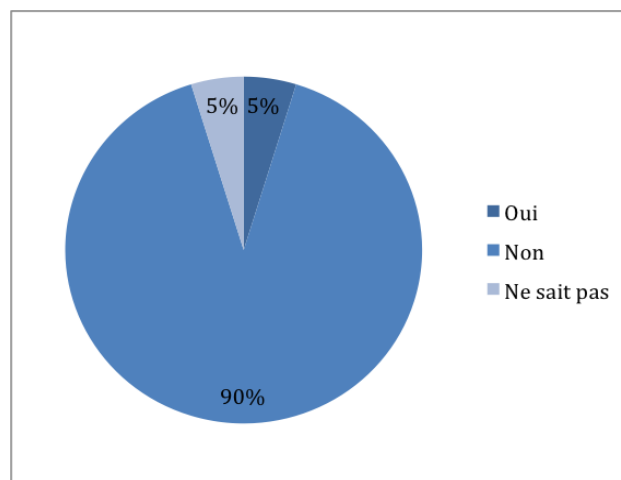


Figure 8 : Existence d'un protocole dans le service (n=84)

- **Influences sur la pratique des sages-femmes concernant l'autorisation de boire en salle de naissance.**

Les sages-femmes ont été interrogées afin de connaître les éléments guidant leur pratique professionnelle. Plusieurs réponses étaient possibles.

Plus de 70% des sages-femmes interrogées se disent guidées par leur formation personnelle et plus d'un tiers évoquent l'influence de l'anesthésiste de garde.

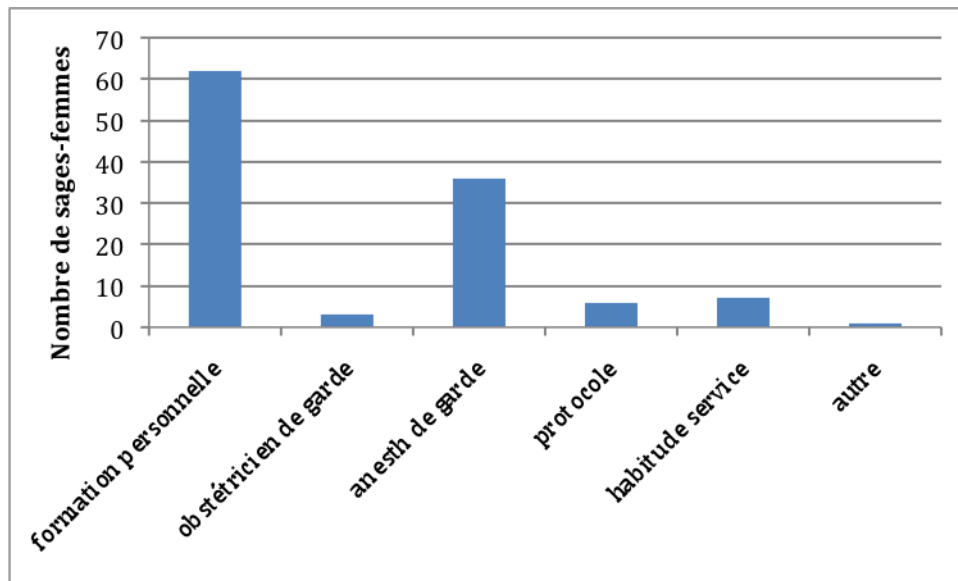


Figure 9 : Influence(s) sur la pratique professionnelle.

- **Attitude du service concernant l'hydratation orale du per-partum.**

La grande majorité des sages-femmes considère le service dans lequel elles travaillent comme permissif.

Attitude du service	Nombre de SF (%)
Permissif	64 (74%)
Restrictif	22 (26%)

Tableau 9 : Attitude du service (n=86)

- **Satisfaction concernant le climat de travail**

La grande majorité des sages-femmes (68/86) est satisfaite de ce climat, 18 le désapprouvent (21%).

Satisfaction	Nombre de SF (%)
Oui	68 (79%)
Non	18 (21%)

Tableau 10 : Satisfaction des sages-femmes(n=86)

- **Information des sages-femmes concernant l'hydratation per-partum**

Près de trois quart des sages-femmes (68) ne se sentent pas suffisamment informées sur le sujet, un quart (18) pense le contraire.

- **Importance de l'hydratation du per-partum**

Une grande majorité des sages-femmes interrogées (68) trouve la question de l'hydratation per-partum importante, contrairement à 8 d'entre elles.

Les sages-femmes pour lesquelles la question de l'hydratation paraît importante ont mentionné diverses raisons présentées dans le tableau ci-dessous (plusieurs réponses étaient possibles) :

Raisons évoquées	Nombre
Confort maternel	32
Demande maternelle	15
Nécessité d'un consensus professionnel	10
Sujet récurrent	4
« respect de la physiologie »	1
« limitation modérée de l'hyperthermie »	1

Tableau 11 : Raisons évoquées pour expliquer l'importance de l'hydratation du per partum.

Parmi les sages-femmes qui ne considèrent pas cette question comme importante, l'une d'entre elles a précisé qu'elle « donnera toujours à boire à ses patientes ».

ANALYSE ET DISCUSSION

I. Discussion de la méthodologie

1. Les limites de l'étude

La fiabilité de notre étude peut être discutée compte tenu de la taille de notre échantillon. En effet malgré un taux élevé de participation (74,3%), l'ensemble de la population étudiée ne comporte qu'un nombre relativement faible de personnes (n=86). Aussi l'échantillon étudié n'est qu'un petit échantillon des pratiques et n'est pas représentatif de l'ensemble des pratiques françaises.

Le questionnaire comprend quelques limites. En effet, il peut sembler assez restrictif de pouvoir rendre compte de l'ensemble des pratiques et des connaissances théoriques des sages-femmes sur l'hydratation orale du per-partum sur la seule base de leurs réponses à un nombre limité de questions.

De plus, dans le but de simplifier et de réduire la taille du questionnaire, certaines questions qui auraient pu être posées ne l'ont pas été. Les questions ouvertes peuvent également apporter des difficultés car elles induisent des réponses non attendues. Mais en contrepartie, elles apportent des réponses plus personnelles, plus précises.

2. Les biais de l'étude

Rappelons que notre étude a été menée auprès de l'ensemble des sages-femmes travaillant en salle de naissance durant l'enquête, dans toutes les maternités du réseau Est parisien. Grâce à un bon taux de participation, notre échantillon est représentatif de la population des sages-femmes travaillant dans le réseau Est parisien en salle de naissance entre le 10 septembre et le 10 décembre 2012. En effet, dans certaines maternités étudiées les sages-femmes ne travaillent pas en permanence dans le service de salle de naissance, l'équipe changeant tous les trois mois. Les résultats obtenus lors de notre enquête ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des maternités parisiennes. L'étude comporte donc un biais de sélection.

Il existe également un autre biais de recrutement des sages-femmes du fait du lieu d'étude. En effet trois maternités sur les six du réseau sont des maternités de type 1. Ainsi près de la moitié (49%) des sages-femmes interrogées travaillent dans ce type de maternité. Nous faisons ici l'hypothèse que

cela ait pu influencer nos résultats. En effet les sages-femmes travaillant en maternité de type I rencontrent moins de patientes ayant de lourdes pathologies, et cela pourrait influencer leurs comportements.

II. Analyse et discussion des résultats

1. Taux de participation

Le taux de participation à notre enquête est de 74,3%. Ce taux peut paraître anormalement élevé de prime abord, néanmoins quelques hypothèses peuvent justifier ce résultat selon nous.

La première concerne le lieu d'étude. L'enquête a été réalisée sur le réseau Est parisien. Le fait que la directrice de ce travail exerce dans l'une des maternités participantes peut expliquer un bon taux de participation dans cette maternité. De plus, dans une autre maternité, une des cadres s'est occupée personnellement de la distribution et de la récupération de nos questionnaires permettant un taux de participation très élevé.

La seconde hypothèse que nous pouvons avancer serait d'expliquer ce fort taux de participation par l'intérêt que les sages-femmes interrogées ont porté à notre enquête. La moitié travaillant en type I, le fait d'autoriser les patientes à boire, apportant une dimension physiologique supplémentaire a pu être jugé important. Cette hypothèse s'appuie également sur le fait que 68 des 86 sages-femmes participantes ont déclaré trouver la question de l'hydratation orale en salle de naissance importante. Les raisons évoquées, obtenues par une question ouverte, ont été de façon majoritaire le respect du bien-être maternel et la forte demande des patientes, raisons nous paraissant essentielles et primordiales dans le travail de sage-femme en salle de naissance.

2. Présentation de la population

Les sages-femmes ayant répondu sont majoritairement de jeunes sages-femmes, 50% de la population ayant moins de 29 ans et 90% moins de 40 ans.

Ce sont également de jeunes diplômées pour la plupart, deux tiers travaillent depuis moins de 7 ans et près d'un quart (soit 23%) sont de nouvelles diplômées travaillant depuis moins d'un an. Ces résultats sont en accord avec le fait que les sages-femmes exerçant en salle de naissance sont généralement jeunes.

Quasiment la moitié de sages-femmes travaillent en maternité de type I, ceci peut être responsable d'un biais concernant la pratique sur lequel nous reviendrons, néanmoins cela ne devrait pas avoir

d'influence sur leurs connaissances. Ainsi nous pouvons conclure que notre échantillon est assez représentatif de la population générale des sages-femmes travaillant en salle de naissance travaillant en région parisienne, en tenant compte des biais cités précédemment.

3. Attitude pratique des sages-femmes

3.1 Autorisation concernant la prise de boisson

Dans la période du pré-travail, l'ensemble des sages-femmes interrogées autorise leur patiente à boire. Durant le travail obstétrical, elles ne sont que 7 sur 86 à le refuser systématiquement. Les sages-femmes interdisant toute prise orale sont 16 sur 86 dans la période du post-partum immédiat.

Nous remarquons donc dans un premier temps que très peu de sages-femmes refusent catégoriquement tout apport oral. L'attitude des sages-femmes diffère selon la phase du travail dans laquelle se trouve la patiente. Lorsque les sages-femmes autorisent à boire, certaines le font de façon systématique, d'autres adaptent leurs attitudes selon le contexte obstétrical et l'état de la patiente.

Ainsi, parmi les sages-femmes autorisant à boire, 82 sur 86 le font systématiquement dans la période du pré-travail, elles ne sont plus que respectivement 43 et 38 lors du travail et du post-partum immédiat.

De façon générale, les sages-femmes ont tendance à être de plus en plus restrictives au fur et à mesure de l'évolution du travail de la patiente. L'une des hypothèses pouvant expliquer ce résultat est, selon nous, la crainte de la survenue de l'hémorragie du post-partum. De plus, le temps relativement court de la période du post-partum immédiat en salle de naissance comparativement à la période du travail peut aussi favoriser un refus plus strict à la prise de boisson.

Nous avons cherché à établir des corrélations entre le type de maternité, le nombre d'années d'exercice et l'attitude des sages-femmes concernant l'autorisation donnée ou non de boire à la patiente.

Nous pouvons observer :

En pré-travail

Dans la période du pré-travail, la pratique des sages-femmes ne semble pas influencée par le type de maternité dans lequel elles travaillent. De même leur attitude ne dépend pas de leur nombre d'années d'exercice.

En travail

Concernant la période du travail, l'attitude des sages-femmes ne diffère pas selon leur expérience professionnelle. En revanche, des nuances intéressantes sont observées en ce qui concerne le type de maternité dans lequel elles travaillent. Cinq des sept sages-femmes n'autorisant jamais les parturientes à boire travaillent en maternité de type I. Ces résultats ne peuvent bien évidemment pas

avoir une valeur de pourcentage mais l'on peut noter que, concernant le réseau Est parisien, les sages-femmes n'autorisant pas à boire ont tendance à travailler en maternité de type I.

Concernant les maternités de type II, 75% des sages-femmes n'autorisent la prise de boissons qu'au cas par cas.

Parmi les sages femmes travaillant dans les maternités de type 3, 60% autorisent systématiquement leurs patientes à boire.

Ainsi, même en l'absence de résultats significatifs on observe différentes tendances selon l'attitude des sages-femmes et leur lieu d'exercice.

En post-partum immédiat (PPI)

On observe que près de 2/3 des sages-femmes n'autorisant pas l'apport oral exercent dans des maternités de type I, soit 10/16 sages-femmes, un quart en type II (4/16) et un dixième en type III (2/16).

Ainsi concernant l'attitude des sages-femmes face à la prise de boisson de leurs parturientes leur nombre d'années d'exercice ne semble pas avoir d'influence, ou du moins, cela n'a pas été mis en évidence par notre étude. En revanche, concernant la population étudiée, la pratique semble influencée par le type de maternité. Plusieurs hypothèses peuvent, selon nous, expliquer ce résultat. Il est possible que les services aient, même en l'absence de protocole, une certaine unité de pratique qui pourrait expliquer ces résultats. Les différences observées seraient alors liées aux différentes maternités et non au type à proprement parler de celles-ci. L'autre hypothèse consiste à supposer que, comme nous l'avons évoqué précédemment, les pratiques des sages femmes en type I soient influencées par le fait que la fréquence de pathologies est plus faible dans ce type de maternité au moment de l'hospitalisation en salle de travail.

Nous allons à présent nous intéresser aux raisons qui motivent les attitudes des sages femmes.

Nous regrettons ici de ne pas avoir établi dans notre questionnaire de question qui aurait détaillé et précisé les « cas » obstétricaux et les « profils » des patientes pour lesquels les sages-femmes autorisaient ou non la prise de boisson. Ceci aurait pu nous permettre de comparer les situations jugées à risque par les sages-femmes et celles émises dans les recommandations officielles.

Néanmoins la question n°15 de notre questionnaire interrogeait les sages-femmes sur les éléments influençant et guidant leur pratique.

Dans la population étudiée, 72% des sages-femmes expliquent leur attitude par leur formation professionnelle et 42% mentionnent l'influence de l'anesthésiste de garde.

Les sages-femmes justifiant leur pratique par leur formation sont équitablement réparties selon les niveaux et leur ancienneté.

Pour les sages-femmes disant suivre l'avis de l'anesthésiste de garde plus de 2/3 travaillent en maternité de type 1 et sont de jeunes sages-femmes exerçant depuis moins de 5 ans.

Nous avançons l'hypothèse que les sages-femmes ayant moins d'expérience soient plus incitées à suivre l'avis des autres professionnels plutôt que de mettre en avant leur formation personnelle.

Nous remarquons également que sur les 36 sages-femmes déclarant se conformer à l'avis de l'anesthésiste, 12 d'entre elles autorisent toujours la prise d'eau pendant le travail, 19 l'autorisent au cas par cas et 5 la refusent systématiquement.

Nous pouvons interpréter ce résultat de différentes manières. Il est possible que, comme cela semble être le cas parmi les sages-femmes, une grande diversité de pratiques est observée dans la population des anesthésistes. Mais il est également possible que ce résultat révèle un défaut de communication au sein de l'équipe hospitalière, entre les différents professionnels de santé, concernant les pratiques envisageables.

Dans plusieurs travaux, on retrouve que sages-femmes et obstétriciens seraient plus libéraux que les anesthésistes en ce qui concernent l'apport hydrique. En effet, les anesthésistes se révèlent plus restrictifs dans la période du pré-travail, du fait que les patientes, ne bénéficiant pas d'ALR, soient plus à risque d'AG. A l'inverse les anesthésistes sont plus favorables à donner à boire aux parturientes pendant le travail, l'accouchement et le post-partum (7).

3.2 Comportement des sages-femmes

Près de la moitié des sages-femmes interrogées (42/86) attend une demande de la patiente avant de lui donner à boire. Ainsi, l'information des patientes et leur demande pourraient avoir une répercussion sur l'attitude des sages-femmes concernant la prise de boisson.

On remarque que près de 70% des sages-femmes proposant de donner à boire aux parturientes de façon systématique travaillent en type I, 10% en type II, et 20% en type III.

3.3 Boissons autorisées

Lorsque les sages-femmes autorisent les parturientes à boire en salle de naissance, la quasi-totalité d'entre elles n'autorisent pas toutes les boissons et ce, quelque soit la période du travail.

En effet, elles ne sont respectivement que 6/86 en pré-travail, 2/78 en travail et 4/69 en post-partum immédiat à autoriser tous types de boissons.

Les boissons toujours autorisées sont bien évidemment l'eau, cependant la moitié des sages-femmes étendent l'autorisation au jus de fruit sans pulpe et au thé. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela. Tout d'abord les salles de naissance ne sont généralement pas équipées pour fournir autre chose que de l'eau aux parturientes. Une bonne connaissance des recommandations de la part des sages-femmes peut également expliquer ce résultat.

3.4 Réalisation d'une prémédication préventive par anti-acide

Aucune des 86 sages-femmes interrogées ne réalise la prémédication par l'administration d'un anti-acide aux parturientes en travail de façon systématique.

Cependant, elles sont 67/86 à réaliser cette prémédication lorsque le risque de césarienne est élevé (n=6) ou juste avant le passage au bloc pour césarienne (n=61). Le délai d'action étant relativement court, de l'ordre de dix minutes, et la durée d'action de plusieurs heures, la prémédication est efficace dans ces deux situations (16).

Résultat plus préoccupant, un quart des sages-femmes interrogées ne réalise jamais cette prémédication. Une majorité d'entre elles (14/19) travaille dans une maternité de type 2 et 11/19 ont moins de quatre ans d'expérience professionnelle.

La réalisation d'une prémédication par l'administration d'un anti-acide avant une anesthésie générale est une mesure de prévention face au syndrome de Mendelson.

L'efficacité de cette mesure préventive dans la diminution de l'incidence du syndrome de Mendelson a été prouvée, contrairement au maintien du jeûne hydrique.

Pourtant, un quart des sages-femmes ne réalise jamais cette prémédication. Ce résultat met en évidence l'existence d'une méconnaissance des sages-femmes concernant les moyens de prévention de l'inhalation pulmonaire.

Ainsi, concernant l'attitude des sages-femmes, notre étude a mis en évidence que la plupart des sages-femmes autorisait la prise de boisson au cas par cas ou de façon systématique. Certaines de leurs attitudes paraissent en accord avec les recommandations actuelles, notamment concernant le type de boissons, d'autres ne le sont pas, comme la réalisation d'une prémédication préventive chez les patientes à risque. Afin de tenter d'éclaircir ces résultats, nous allons à présent nous intéresser aux connaissances des sages-femmes.

4. Connaissances des sages-femmes

Certaines questions de notre questionnaire avaient pour but d'évaluer les connaissances théoriques des sages-femmes en salle de naissance.

Tout d'abord, 76 sur 86 sages-femmes disent ne pas connaître l'ensemble des recommandations sur le sujet et 68 sur 86 ne se sentent pas suffisamment informées sur l'hydratation per-partum.

Une première question interrogeait les sages-femmes sur les raisons de la restriction hydrique. Ainsi 75 sur 86 sages-femmes disent connaître cette/ces raisons.

La réponse était libre, ceci afin de ne pas influencer les sages-femmes. Nous avons alors classé les réponses en différents groupes, afin de pouvoir analyser nos résultats.

Le premier groupe concerne l'ensemble des sages-femmes ayant cité le syndrome de Mendelson et/ou l'ayant expliqué. C'est le groupe le plus nombreux, 53 sages-femmes en font partie.

Seize sages-femmes ont cité une « raison anesthésique » ou la nécessité du « jeûne obligatoire » chez la femme enceinte pour l'anesthésie du travail.

Trois sages-femmes n'ont mentionné que la césarienne, elles n'ont volontairement pas été intégrées dans le premier groupe, car nous considérons cette réponse comme trop incomplète.

Enfin, sept sages-femmes évoquent le risque de vomissements comme justification de la restriction hydrique.

Ces résultats nous montrent que la grande majorité des sages-femmes connaissent les raisons de la restriction hydrique, la majorité connaissant l'existence du syndrome de Mendelson, certaines en détails, d'autres de façon plus générale mais toutes faisant le lien avec l'anesthésie générale.

On retrouve donc plus de 70% des sages-femmes connaissant de façon plus ou moins précise les raisons de la restriction hydrique.

Les boissons autorisées dans les recommandations officielles sont les « *liquides clairs non particuliers (eau, jus de fruit sans pulpe, thé, café, sucrés ou non* ». Les sodas ne sont pas exclus des recommandations, cependant ils favorisent le risque de reflux et sont déconseillés dans la littérature (28).

Lorsque l'on interroge les sages-femmes sur les boissons autorisées par les recommandations, la quasi-totalité mentionne l'eau et 50% d'entre elles y ajoutent le thé et les jus de fruits sans pulpe.

Ce résultat est en accord avec leur pratique en salle de naissance. Ainsi la pratique des sages-femmes concernant le type de boisson autorisé est en adéquation avec leurs connaissances théoriques.

Seules 2 sages-femmes ont mentionné le café dans les boissons autorisées. On peut avancer l'hypothèse que le café n'étant pas facilement procurable en maternité, peu de sages-femmes le proposent et donc peu le considèrent comme autorisé. Mais l'on peut également faire l'hypothèse inverse, le café est considéré comme une boisson moins « neutre » que le thé ou le jus de fruit sans pulpe et n'est donc pas autorisé pour les sages-femmes donc non proposé.

Seules 2 sages-femmes étendent l'autorisation aux boissons gazeuses et 2 pensent que toutes les boissons sont autorisées.

Le questionnaire comportait une question sous la forme d'un QCM comportant plusieurs propositions. Les sages-femmes devaient choisir les propositions qui leur paraissaient exactes. Vingt, soit quasiment un quart des sages-femmes interrogées déclarent donner plus facilement à boire en l'absence de péridurale. Or rappelons que le jeûne hydrique a été instauré dans le but de réduire

l'incidence du syndrome d'inhalation lors d'une AG et que la première prévention de ce syndrome a été le développement de l'anesthésie loco-régionale. Ici encore ce résultat met en évidence un paradoxe entre la pratique des sages-femmes et leurs connaissances théoriques.

Il existe des populations plus à risque d'anesthésie générale et donc d'intubation et donc plus à risque d'inhalation. Ainsi les recommandations officielles nous invitent à être plus modérés concernant l'hydratation pour les parturientes souffrant d'obésité et de diabète. Or seules 6/86 déclarent le diabète comme situation à risque. En revanche elles sont près de 30% à déclarer l'obésité comme facteur de risque.

Près de la moitié des sages-femmes pensent que boire augmente les vomissements alors que ceci n'a jamais été démontré.

Enfin, elles sont près de 80% à dire que les recommandations autorisent la boisson chez toutes les femmes enceintes. Ce résultat nous paraît assez intéressant. 80% des sages-femmes ont considéré cette proposition comme vrai. Or au vu des recommandations il nous semble plus juste de considérer cette proposition comme fausse puisque les recommandations officielles citent des populations plus à risque ou l'apport oral n'est pas conseillé. Néanmoins ce résultat met en avant le caractère relativement « vague » et « imprécis » des recommandations, ces dernières nous invitant à considérer certaines parturientes « *individuellement* ».

Comme nous l'avons vu précédemment, une grande diversité des pratiques est observée chez les sages-femmes autorisant leurs patientes à boire. Certaines le font de façon systématique, d'autres adaptent leur pratique au cas par cas selon la situation.

Une autre illustration de cette diversité concerne la façon dont les sages-femmes limitent ou non la prise de boisson. Comme nous l'avons vu précédemment, une grande majorité de sages-femmes autorisent leurs patientes à boire. Ce résultat est nuancé par le fait que près de deux tiers des sages femmes interrogées limitent cette prise de boisson. Près de la moitié des sages-femmes limite la prise de boisson à un fond de verre d'eau par heure et 19 n'autorisent qu'un verre par heure.

Rappelons que ce point n'est jamais mentionné dans les recommandations, qui ne précisent pas de quantité adaptée, à l'exception de l'ASA en 2007 qui stipule : « *le volume ingéré est moins important que la nature de la boisson* ». Néanmoins, comme nous l'avons vu dans notre première partie, certaines études ont prouvé que le volume ingéré importe peu sur la durée de la demi vie de la vidange gastrique (3,4).

Au vu de ces résultats il semblerait que les sages-femmes aient une bonne connaissance des recommandations actuelles et adaptent leurs attitudes en conséquence.

Cependant quelques résultats révèlent un paradoxe, et des discordances entre leurs attitudes et celles recommandées par les sociétés savantes.

L'hypothèse que nous avançons ici est la suivante : ces résultats peuvent être expliqués par le caractère assez imprécis des recommandations officielles. L'ASA stipule que « *de petites quantités* □...□ *peuvent être autorisées au cours du travail non compliqué* ». Aussi les sages-femmes n'ayant pas de directives précises, préfèrent limiter la prise de boisson. Dix sages-femmes interrogées ont d'ailleurs insisté sur la nécessité d'aboutir à un consensus professionnel lors d'une réponse à une question ouverte.

A ce terme de notre analyse, nous retiendrons donc que les sages-femmes ont des connaissances sur le sujet, néanmoins certaines attitudes sont discordantes avec leur connaissances et inversement dans quelques situations leur attitude est correcte mais leurs connaissances sont insuffisantes.

Nous nous sommes alors interrogés sur le rôle que pourrait avoir l'environnement de la sage-femme en exercice puisque à l'hôpital, la totalité du travail est un travail d'équipe.

5. Impact de l'environnement

Tout d'abord, comme nous l'avons déjà vu précédemment, il existe une influence des pratiques entre les différents professionnels de santé au sein d'un service. En effet, près d'un tiers des sages-femmes interrogées citent l'anesthésiste de garde comme personne influençant leur pratique.

Dans l'ensemble, une grande majorité de sages-femmes estime que le service dans lequel elles travaillent est permissif concernant l'hydratation orale des parturientes.

Néanmoins un quart des sages-femmes interrogées disent ne pas être satisfaites de l'attitude du service dans lequel elles évoluent concernant le sujet de l'hydratation. On pourrait expliquer ce mécontentement par le fait que leur pratique professionnelle « personnelle » ne correspond pas à l'attitude générale du service. Ces sages-femmes regrettent peut-être aussi l'absence d'un échange sur les pratiques et souhaiterait l'existence d'un consensus au sein du service.

Au vu de ces résultats nous pouvons conclure sur la probable existence d'un certain défaut de communication au sein de l'équipe médicale notamment entre anesthésistes et sages-femmes. L'absence de protocole, ou sa présence inconnue des sages-femmes, doit favoriser la grande diversité des pratiques observées. De plus les connaissances théoriques des sages-femmes trop superficielles sur certains points participent sûrement à cette diversité mais aboutissent également à des paradoxes par rapport aux bonnes pratiques cliniques.

6. Vérification des hypothèses de départ

Nos hypothèses de départ étaient les suivantes :

- La majorité des sages-femmes continue de faire respecter le jeûne hydrique du per-partum.
- Les sages femmes connaissent les recommandations concernant le jeûne hydrique du per-partum.
- Les sages-femmes, malgré leurs connaissances, n'ont pas une pratique toujours adaptée à la prévention du syndrome de Mendelson.

Après l'analyse de nos résultats, **nous infirmons notre première hypothèse** puisqu'une grande majorité de sages-femmes autorisent un apport oral à leurs parturientes en salle de naissance, et ce quelque soit la phase de travail. Au sein de la population étudiée, aucune sage-femme ne refuse la prise de boisson pendant le pré-travail, elles sont plus de 94% à l'autoriser pendant la phase active du travail, et 81% dans le post-partum immédiat.

Notre deuxième hypothèse est, en partie, vérifiée. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, 53 sages-femmes sur les 75 interrogées savent que la restriction hydrique est pratiquée dans le cadre de la prévention du syndrome de Mendelson, en cas d'inhalation suite à une anesthésie générale.

De plus, concernant les boissons autorisées pendant le travail, la quasi-totalité des sages-femmes mentionne l'eau et la moitié d'entre elles y ajoutent le jus de fruit sans pulpe et le thé.

Néanmoins les sages-femmes ne se sentent pas suffisamment informées sur le sujet et la quasi-totalité déclare ne pas connaître l'ensemble des recommandations.

Ainsi, les sages-femmes interrogées par notre enquête ont une connaissance théorique globale mais néanmoins insuffisante.

Notre troisième hypothèse est vérifiée, malgré leur connaissance de l'existence du syndrome de Mendelson, la méconnaissance de ce syndrome et de ses moyens de prévention aboutit à une pratique quelquefois non adaptée.

La grande majorité des sages-femmes autorise les parturientes à boire. Cela met en évidence une évolution des pratiques. Cependant les sages-femmes ont des pratiques « à risque » comme nous l'avons vu précédemment, 20% d'entre elles favorisant l'apport hydrique aux patientes sans analgésie locorégionale et ne réalisant pas la prémédication par un anti-acide.

III. Propositions

Arrivés au terme de cette étude, nous avons observé qu'il existe une grande diversité des pratiques concernant l'apport oral distribué par les sages-femmes en salle de naissance. Cette diversité des pratiques pouvant s'expliquer par un défaut de connaissance il nous paraît important de réussir à sensibiliser les sages-femmes sur ce sujet. Mais cette diversité peut également s'expliquer par un manque de communication, ou encore des avis divergents entre les différents professionnels de santé. Aussi, il nous paraît également important d'informer l'ensemble de l'équipe médicale.

Par ailleurs comme la majorité des sages femmes autorise un apport oral qu'après demande de la patiente, il nous paraît également judicieux d'informer également les parturientes.

Il nous paraît donc nécessaire que les équipes médicales engagent une réflexion sur le sujet ceci afin, dans la mesure du possible, d'arriver à un consensus professionnel. Une fois la décision prise, l'ensemble de l'équipe pourrait être tenu informé par des réunions d'informations. Cependant, en pratique, sur le terrain, organiser ces réunions d'information est compliqué, le personnel devant revenir sur son lieu de travail en dehors de ces heures de travail. De plus, les sujets qui nécessiteraient de telles réunions sont extrêmement nombreux. Il nous paraît alors plus facilement réalisable de rappeler les positions du service, si elles existent, en quelques phrases à la fin du staff, réunion quotidienne rassemblant l'ensemble des professionnels de santé de la maternité.

Afin d'informer les sages-femmes travaillant en salle de naissance de la façon la plus directe et la plus simple possible, nous proposons la distribution d'une plaquette informative qui résumerait le contexte et les enjeux actuels concernant la question de l'hydratation en salle de naissance. Cette plaquette serait distribuée en salle de naissance, où laissée en libre service dans les vestiaires par exemple. Elle comporterait de façon très synthétique quelques éléments afin de résumer l'état actuel des connaissances sur le sujet.

Nous l'avons élaboré dans le but de répondre de façon synthétique aux sages-femmes voulant donner à boire à leur patientes, mais également dans l'espoir d'interroger les différents professionnels de santé sur la question, ceci afin qu'ils décident d'approfondir le sujet par leurs propres moyens. Afin de faciliter cela nous faisons apparaître quelques références accessibles.

Une proposition de cette plaquette est disponible en annexe II.

Enfin notre dernière proposition vise les femmes enceintes car nous pensons que l'information et l'intérêt des sages-femmes peuvent être suscités par leurs demandes. En effet, lorsque l'on interroge les sages-femmes sur la raison qui, selon elles, rend la question du jeûne hydrique importante, la quasi-totalité d'entre elles citent le confort de la patiente et l'importance de la demande maternelle.

Aussi nous proposons la réalisation d'une affiche qui serait visible au sein de l'hôpital afin de sensibiliser les parturientes et leurs conjoints sur la possibilité de boire pendant le travail et l'accouchement. Nous proposons également la réalisation d'une petite plaquette informative, qui serait ici encore, laissée en libre service dans la maternité.

Une proposition de cette affiche est disponible en annexe III.

La distribution de telles plaquettes, pour les sages-femmes et les parturientes, comporte aussi des difficultés. En effet les sujets sur lesquelles, praticiens et patientes doivent être informés sont très nombreux, néanmoins la divulgation d'informations par ce moyen nous paraît intéressante et exploitable.

Ainsi, grâce à ce travail d'information à différents niveaux, notre pratique professionnelle pourra continuer d'évoluer en conformité avec l'ensemble des recommandations actuelles.

CONCLUSION

Depuis les années 1940, le jeûne strict des parturientes s'est rapidement imposé à travers le monde. Cependant ce dogme a été remis en cause par les sociétés savantes et les recommandations officielles ont évolué en faveur d'un apport oral chez la parturiente à faible risque.

L'objectif de ce mémoire était de connaître quelles étaient les pratiques actuelles en salle de naissance, mais également d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur ce sujet. Ceci afin de comprendre quelles étaient les résistances à la libéralisation du jeûne hydrique.

A l'issue de notre étude, menée sur l'ensemble des maternités du réseau Est Parisien, il apparaît que la situation ait évolué. En effet une très grande majorité de sages-femmes autorise la prise de boissons chez leurs patientes.

Néanmoins une grande diversité des pratiques est observée, notamment en ce qui concerne la quantité ou le type de boisson.

Notre mémoire avait également pour objectif d'évaluer les connaissances des sages-femmes concernant l'hydratation orale en salle de naissance. Il ressort de ce travail que les sages-femmes ont une bonne connaissance théorique du risque d'inhalation bronchique, néanmoins notre travail a mis en évidence certaines discordances entre leurs attitudes et celles recommandées par les textes officiels.

Aussi, même si les sages-femmes semblent bien informées sur les recommandations actuelles et la prévention du syndrome de Mendelson, certaines de leurs attitudes ne sont pas adaptées.

D'un point de vue personnel, la réalisation de ce travail a été très enrichissante. Il m'a permis d'apprendre à faire un travail de recherche, à l'apprécier et m'a rappelé la nécessité et l'importance de la formation continue dans ma future profession.

Ce travail nous montre que les pratiques sont capables d'évoluer. Autoriser, après avoir interdit, nécessite l'édiction de règles et une réinitialisation des pratiques, expliquant le délai nécessaire à tout changement.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire « Boire en salle de naissance »

Bonjour,

Actuellement en quatrième année d'études de sage-femme, je réalise mon mémoire sur l'hydratation en salle de naissance. Je vous remercie de prendre un peu de votre temps pour remplir mon questionnaire.

Renseignements généraux

1 - Quel âge avez-vous ?

2 - Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ?

3 - Dans une maternité de quel type travaillez-vous?

I II a II b III

Attitude pratique en salle de naissance

D' une manière générale:

4 - Autorisez vous vos patientes à boire en salle de naissance ?

	En pré-travail	En travail	En post partum immédiat
Oui, tout le temps			
Oui, dans certains cas/ selon les patientes			
Non, jamais			

5 -Par rapport à la prise de boissons :

- Vous proposez systématiquement à boire
- Vous proposez dans certains cas particuliers (grosse chaleur,...)
- Vous attendez que la patiente vous le demande
- Vous n'autorisez pas les patientes à boire

6 - Vous réalisez une prémédication par cimétidine ou ranitidine (Tagamet®, Raniplex®,...)
:

- 2 De façon systématique

- 3 Lorsque le risque de césarienne en urgence est élevé
- 4 Juste avant le passage au bloc pour césarienne
- 5 Jamais

7- Administrez-vous une perfusion de glucose 5% au cours du travail obstétrical (hors patientes diabétiques) ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Parfois

Lorsque vous autorisez vos patientes à boire

8 - Quel(s) types de boissons autorisez-vous ?

	En pré-travail	En travail	En post partum
eau			
Autre (précisez) :			

9 – Comment limitez-vous la prise de boisson ?

- 3. Vous ne la limitez pas
- 4. A la demande
- 5. Vous limitez à un verre par heure
- 6. Vous limitez à un fond d'eau à la demande

Les recommandations

10 - Pensez-vous connaître l'ensemble des recommandations actuelles sur le sujet ?

- Oui non

11 – Connaissez-vous la/les raison(s) de la restriction hydrique ?

Non

Oui (précisez) :

12 - Quelles sont la (les) boisson(s) autorisée(s) par les recommandations ?

- Aucune
- Boisson gazeuse
- Jus de fruit avec pulpe
- Jus de fruit sans pulpe

- Café Thé
- Eau Toutes

13 – Lesquelles des propositions suivantes vous paraissent exactes :

Pendant le travail:

- En l'absence de péridurale, je peux donner à boire plus facilement.
- L'obésité n'influe pas sur ma décision.
- Le diabète est un frein à la prise de boisson.
- Boire pendant le travail augmente les vomissements.
- Les recommandations autorisent la prise de boissons en petites quantités chez toutes les femmes.

14 – Avez-vous un protocole concernant la prise de boisson dans votre service ?

Oui Non

15 - Votre pratique est guidée par :

- 2 Votre formation personnelle
- 3 L'obstétricien de garde
- 4 L'anesthésiste de garde
- 5 Le protocole du service
- 6 Autre :

16- Dans l'ensemble, votre climat de travail est :

1 Permissif Restrictif

Etes-vous satisfait de ce climat ?

Oui Non

17 – Vous sentez-vous suffisamment informé sur le sujet ?

Oui Non

18 - La question de l'hydratation en SDN vous paraît-elle importante ?

Oui Non

car :

Je vous remercie de votre participation qui me sera précieuse.

N'hésitez pas si vous avez des remarques à faire sur le sujet :

Annexe II : Plaquette d'information destinée aux sages-femmes

Hydratation en salle de naissance



Aucune période de jeûne ne garantit une vidange complète de l'estomac chez la femme enceinte, aussi la parturiente est de ce fait considérée comme patiente ayant un estomac plein pour les anesthésistes.

Les recommandations actuelles de la Société Française d'anesthésie et de réanimation autorisent la prise de boissons claires pendant le travail chez la parturiente « à faible risque »

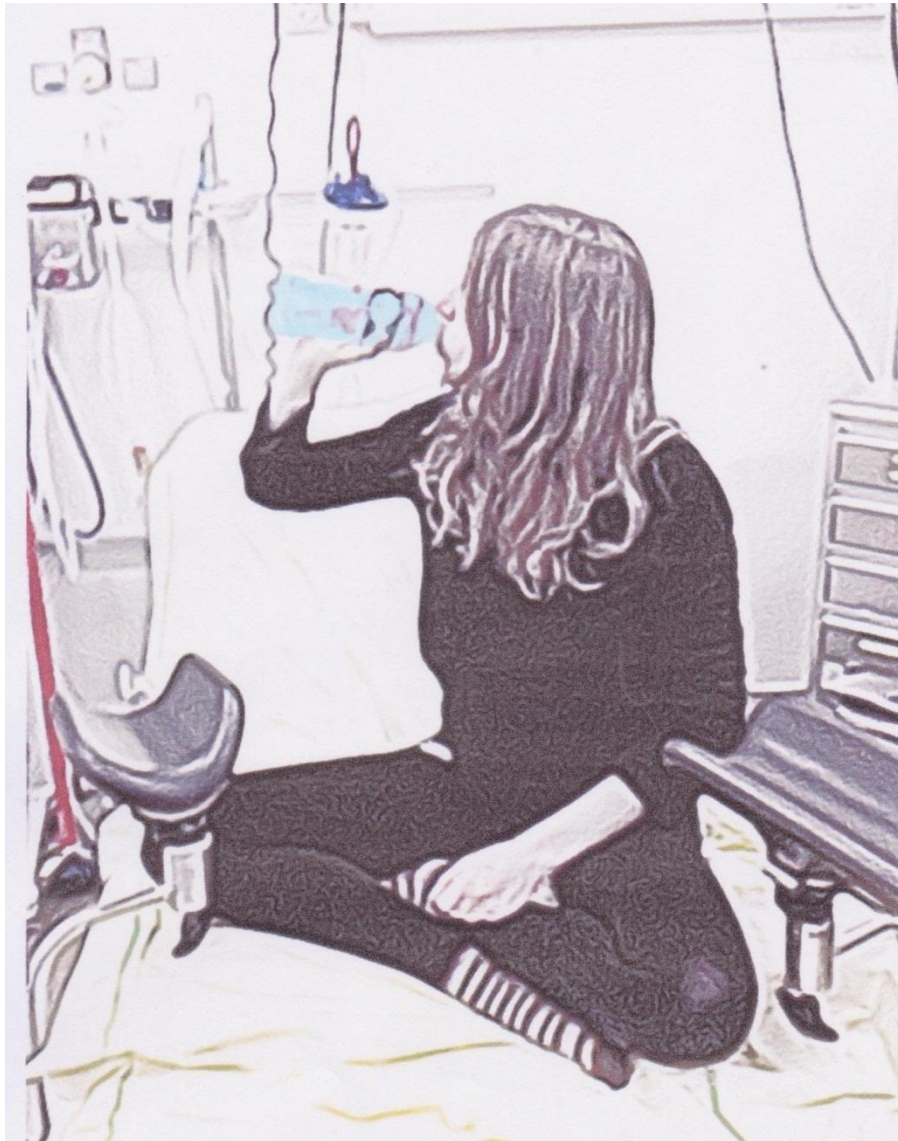
Types de boissons autorisées : eau, thé, café, jus de fruit sans pulpe.

Certaines situations préconisent le maintien du jeûne hydrique :

- Obésité morbide IMC > 35
- Diabète insulino-dépendant
- Intubation difficile prévue
- Risque de césarienne en urgence élevée
- Absence d'analgésie péridurale

Annexe III : Proposition d'affiche

BOIRE EN SALLE DE NAISSANCE, C'EST POSSIBLE !



SAUF DANS CERTAINS CAS PARTICULIERS, VOUS POUVEZ ETRE AUTORISÉS À BOIRE PENDANT VOTRE TRAVAIL ET VOTRE ACCOUCHEMENT.

N'HESITEZ PAS À LE DEMANDER !

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Pengelley L, Gyte G. Eating and drinking in labour (I). The practising midwife. 1998; 34-37.
- (2) Mendelson CL. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anaesthesia., American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1946; 191-205.
- (3) Bouvet L, Benhamou D. Les règles du jeûne préopératoire. Le Praticien en anesthésie réanimation. 2008; 12 : 413-421.
- (4) Faitot V, Keïta H. Apports liquidiens et alimentaires pendant le travail obstétrical. Le Praticien en anesthésie réanimation. 2008; 12 : 335-340.
- (5) Chassard D, Mercier F.-J. Quelles stratégies appliquer pour diminuer le risque d'une inhalation pulmonaire de liquide gastrique pendant une anesthésie générale ? Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation. 2009; 28 : 197-199.
- (6) Boulay G, Hamza J. Anesthésie et estomac plein. Conférences d'actualisation 2002; p217-226
- (7) Barotte E. Pour le plaisir des femmes : boire et grignoter pendant le travail obstétrical, rêve ou réalité ? Mémoire : Ecoles de sages-femmes Pierre Morlane : université de Nancy; 2010.
- (8) Debaene B, Jeanny A. Anesthésie pour estomac plein. Les essentiels. 2005; p263-277
- (9) Auroy Y, Benhamou D, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A. Enquête mortalité SFAR-INSERM : analyse secondaire des décès par inhalation de liquide gastrique. Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation. 2009; 28 : 200-205.
- (10) Warner M, Weber JG. Clinical significance of pulmonary aspiration during the perioperative period. Anesthesiology. 1993; 78 : 56-62.
- (11) Diemunsh P, Haliska W, Szczot M, Noudem Y. Apports alimentaires per os durant le travail obstétrical : éléments objectifs et subjectifs. Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation. 2006; 25 : 609-614.
- (12) Ministère des affaires sociales et de la santé. Enquête de périnatalité 2003 [internet]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr
- (13) Benhamou D. Evolution de la sécurité en anesthésie obstétricale en France. Conférences d'actualisation 2005, p39-46.
- (14) Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). 50 congrès national d'anesthésie et de réanimation. Nancy : elsevier masson; 2008; p274.
- (15) SFAR. 49 congrès national d'anesthésie et de réanimation. Nancy : elsevier masson; 2007; p19.
- (16) Roberts R, Shirley M. Réduire le risque d'aspiration de l'acide au cours de la césarienne. Anesth Analg. 1974; 53 : 859-868.

- (17) 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.
- (18) Lecompte A. La fatigue maternelle physique et morale durant le travail et ses conséquences sur l'accouchement. Mémoire : Ecoles de sages-femmes Albert Fruhinsholz : université de Nancy; 2010.
- (19) Simkin P. Stress, pain and catecholamines in labor Part I. *Birth*. 1986; 588-592.
- (20) Bréart G, Uzan S, Vestraet L, Berkane N, Mathieu E. L'équilibre acido-basique du fœtus pendant le travail : physiopathologie et moyens d'exploration. 2003; obstétrique. Disponible sur : www.lesjta.com
- (21) Ludka L, Roberts C. Eating and drinking in labor. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1993; 38 : 199-207
- (22) Scheepers H, Essed G, Kanhai H. Eating and drinking in labor : the influence of caregiver advice on women's behavior. *Birth*. 2001; 119-123.
- (23) Fisher A, Huddleston J. Intrapartum maternal glucose infusion reduces umbilical cord acidemia. *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 177 : 765-769
- (24) Kubli M, Scrutton M, Seed P, O'sullivan G. An evaluation of isotonic « sport drinks » during labor. *Anesth Analg*. 2002; 94 : 404-408
- (25) Nau J. Les parturientes devraient pouvoir s'alimenter. *La revue médicale suisse*. 2010; 6 : 530-531
- (26) Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S). Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique, Genève 1997, 61p.
- (27) O.M.S. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide des pratiques essentielles, Genève 2003
- (28) SFAR. Les blocs péri-médullaires chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. 2006
- (29) H.A.S. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2007, 147p.
- (30) De La Chapelle A, Gleize V, Benoit S, Bongain A, Raucoules-Aimé M. Diabète et grossesse : implications en anesthésie. Conférences d'actualisation 2001, p. 309-324.
- (31) SFAR. Intubation difficile. Recommandations pour la pratique clinique. 2006

GLOSSAIRE

AG: Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie LocoRégionale

ASA : American Society of Anesthesiologists

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM: Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

VAES : Voies Aériennes Supérieures

Résumé

Instauré en 1946, le jeûne hydrique du per-partum a longtemps été la règle en salle de naissance. Aujourd'hui, les progrès réalisés en anesthésie ont conduit les sociétés savantes à autoriser un apport oral chez la patiente à faible risque.

Ce mémoire a pour but de connaître la situation actuelle dans nos salles de naissance, ainsi que les attitudes et les connaissances des sages-femmes sur ce sujet.

L'enquête a été menée auprès de l'ensemble des sages-femmes travaillant en salle de naissance dans les six maternités du réseau Est Parisien.

Il apparaît que la situation ait évolué puisqu'une grande majorité des sages-femmes autorise leurs patientes à boire.

Cependant une grande diversité des pratiques et une certaine méconnaissance des sages-femmes sont rapportées.

Des propositions sont émises à la fin de ce travail, afin de poursuivre l'évolution des pratiques concernant l'hydratation en salle de naissance.

Mots clés : jeûne, Mendelson, hydratation, parturientes.

Abstract

Introduced in 1946, maternal restriction of fluids in labour has long been the rule in the delivery room. Today, improvements in anaesthesia practices led scientific societies to authorize intake of liquids with weak adverse effects.

This dissertation aims to examine the situation in our delivery rooms and reveal attitudes and behaviours among midwives on this subject .

All midwives working in delivery rooms in the six maternity hospitals of the "Est Parisien" network were surveyed in the course of this study.

It seems there has been an evolution since a large majority of midwives allows their patients to drink.

However, a vast diversity of practices and a certain lack of awareness have been reported.

Finally, the last part of this work puts forward a list of measures to speed up changes in practices regarding hydration in the delivery room.

Keys words : fasting, Mendelson, hydration, women in labor

Nombre de pages : 43

Nombre d'annexes : 3

Nombre de références : 31