

# Sommaire

## SOMMAIRE

## GLOSSAIRE

## INTRODUCTION

## MATERIELS ET METHODES

### 1. Matériels

- 1.1. Schéma d'étude
- 1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion
- 1.3. Population source et population cible

### 2. Méthodes

- 2.1. Auto-questionnaire
- 2.2. Diffusion du questionnaire
- 2.3. Collecte et analyse des données

## RESULTATS

### 1. Flow Chart

### 2. Caractéristiques de la population étudiée

### 3. Connaissances et pratiques des professionnels sur l'hydratation per os per-partum.

### 4. Maturation cervicale et déclenchement : état des lieux des pratiques professionnelles sur le jeûne maternel à la maternité d'Angers.

## DISCUSSION

### 1. Biais et limites

### 2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

- 2.1. Pratiques courantes en SDN
- 2.2. Respect et connaissances des recommandations de la SFAR par les professionnels de la maternité
- 2.3. Analyses des résultats sur l'application des RBP de l'HAS (2017)
- 2.4. Analyses des résultats sur le jeûne lors d'une maturation cervicale ou d'un déclenchement

## CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

## TABLE DES MATIERES

## TABLE DES FIGURES

## TABLE DES TABLEAUX

# Glossaire

APD : Analgésie Péridurale

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Contre-Indication

CNEMM : Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle

ERCF : Etude du Rythme Cardiaque Fœtal

GO : Gynécologue Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

RA : Rachianesthésie

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

SDN : Salle De Naissance

SF : Sage-Femme

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

## Introduction

Le jeûne per-partum a été introduit à la suite des travaux de Curtis Lester Mendelson, un obstétricien New yorkais. Dans son article publié en 1946 (1), il décrit le syndrome d'inhalation bronchique chez la femme enceinte. Il s'agit d'une inflammation pulmonaire résultant de la pénétration du contenu gastrique dans les bronches et les poumons lors d'une anesthésie générale (AG). Dans son étude, Mendelson rapportait une incidence de l'inhalation de 66 parturientes sur 44016 soit 15/10000, ayant conduit au décès de deux patientes (1)(2). À la suite de ses résultats, il décide d'instaurer la règle du jeûne strict chez toutes les femmes en travail ainsi que l'administration préventive d'antiacide.

La mortalité maternelle liée à l'anesthésie en France est la septième cause de mortalité chez les femmes au cours de la grossesse (3). L'échec d'intubation représente la première cause de mortalité maternelle imputable à l'anesthésie. Chez la femme enceinte, le score de Mallampati s'aggrave pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, entraînant une difficulté d'abord des voies aériennes(4). Ainsi le risque d'intubation difficile est multiplié par 10 au cours d'une AG. Le syndrome de Mendelson quant à lui, représente la deuxième cause de décès maternel lié à l'anesthésie. D'après une étude britannique, il représentait 19% des décès totalement imputables à l'anesthésie en 1999 (5). Le recours à l'AG pour césarienne en urgence est la situation la plus à risque de pneumopathie d'inhalation. Les modifications physiologiques de la grossesse (gastroparésie, augmentation du volume et de l'acidité gastrique, ralentissement de la vidange gastrique, diminution du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage) exposent la femme enceinte considérée comme « estomac plein » à un plus grand risque de syndrome de Mendelson (2).

Le progrès en anesthésie réanimation a permis un recours plus fréquent à l'analgésie péridurale (APD) en obstétrique. Une étude Américaine réalisé de 1991 à 1996, a rapporté un risque relatif d'inhalation bronchique 16,7 plus élevé lors d'une AG par rapport à une APD (6). Il est ainsi recommandé, en cas de nécessité de recours à une anesthésie, de privilégier l'APD ou la rachianesthésie (RA)(4). En France, d'après l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 (7), l'utilisation d'une APD pour un travail spontané ou déclenché (tentative de voie basse) représente 82,6% des accouchements(7). 94,3% des naissances par césarienne sont pratiquées sous APD ou RA (7). Le taux de césarienne est de 20,2%. Le recours à l'AG concerne 3,6% des accouchements soit lors d'une voie basse instrumentale, révision utérine, délivrance artificielle soit lors d'une césarienne(7).

Face à ce progrès, on observe une nette diminution du taux de mortalité maternelle en lien avec un syndrome de Mendelson. D'après l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles 2007-2009 (CNEMM)(7)(8)(9), les décès maternels liés aux complications de l'anesthésie (syndrome de Mendelson, échec d'intubation et réaction allergique) restent rares en France(10). Pour la période 1996-1998, le CNEMM avait retenu six cas de morts maternelles liés à l'anesthésie(10)(3)(8). Pour la période 1999-2001 il met en évidence un seul cas de mort maternelle par syndrome de Mendelson.

Pour la période 2001-2006, parmi les 7 décès maternels classés en complications d'anesthésie (soit un taux global de mortalité maternelle de 14/10000000 naissances), un seul cas d'inhalation est affirmé. Trois cas dus aux complications de l'anesthésie (1/1000000 naissances vivantes) sont mis en évidence pour la période de 2007/2009, aucun n'étant lié à un syndrome de Mendelson. Le dernier rapport du CNEMM de 2010-2012 montre un seul décès maternel sur probable micro-inhalation per-opératoire au cours d'une césarienne parmi les 7 associés à une complication d'anesthésie (7)(8)(10).

Aujourd'hui le syndrome de Mendelson est responsable de moins d'un décès maternel par millions de grossesses. Les améliorations en anesthésie et le recours plus fréquent à l'APD ont permis un meilleur contrôle des éventuelles complications et remettent en cause ce dogme du jeûne per-partum.

D'autres arguments vont appuyer ce point de vue, en effet le travail obstétrical est considéré comme une véritable épreuve d'effort. La demande en oxygène augmente de 40 % pendant la phase de dilatation et de 75 % durant les efforts expulsifs (11). Ceci s'explique par la présence d'une réaction au stress entraînant l'augmentation de la sécrétion d'adrénaline et de cortisol. Se met alors en place le processus de néoglucogenèse chez la femme en travail. En cas de travail prolongé associé à de faibles apports glucidiques, la néoglucogenèse maternelle devient insuffisante. Cette réponse au stress est moins importante chez les femmes ayant une APD puisque la douleur, qui est un facteur de stress, est diminuée(11)(12).

C'est depuis 2007 que la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation)(13) autorise la femme en travail, bénéficiant d'une analgésie péri-médullaire à absorber des liquides non particuliers (boissons non gazeuses, eau, thé, infusions, café sans lait sucré ou non, boissons sucrées, jus de fruit sans pulpe, boissons sportives). Ces apports sont autorisés sauf en cas d'obésité sévère, de diabète ou de césarienne prévisible. Aucune indication n'est donnée concernant la quantité de liquide tolérée (13).

Dans les recommandations de bonne pratique (RPB) publiée en 2017 sur l'accouchement normal (14), la Haute Autorité de Santé (HAS) autorise toutes femmes en travail ayant un faible risque d'AG à consommer des liquides clairs pendant toute la durée du travail et du post-partum immédiat et ce, sans limitation de volume (grade B). L'objectif étant de répondre au bien-être de la femme (14). Elle stipule notamment que l'ingestion d'aliments solides n'est pas recommandée en phase active du travail.

Enfin, à l'issue d'un mémoire de fin d'études réalisé en 2008 sur le jeûne per-partum par une étudiante sage-femme à l'école d'Angers, un protocole a été mis en place. Celui-ci autorise la patiente en travail à consommer 200mL de liquide clair la première heure, puis 200mL par période de 3 à 4 heures (**Annexe 1**).

Par conséquent, la question suivante se pose : les pratiques des différents professionnels de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers concernant l'hydratation per os per-

partum sont-elles harmonieuses et respectent-elles les recommandations en vigueur ? L'hypothèse pouvant être émise est une attitude restrictive de la part des professionnels en quantité et diversité des liquides autorisés à boire chez la femme en travail.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels ; Médecins Anesthésistes-Réanimateurs (MAR), Sages-Femmes (SF), Gynécologues Obstétriciens (GO), Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADE), sur l'hydratation per os chez les femmes en travail bénéficiant ou non d'une APD. L'objectif secondaire était de connaître les pratiques des professionnels sur le jeûne per-partum lors d'une maturation cervicale ou d'un déclenchement.

## Matériels et Méthodes

### 1. Matériels

#### 1.1. Schéma d'étude

Pour réaliser ce projet de fin d'études, une étude prospective descriptive quantitative monocentrique par auto-questionnaire a été réalisée à la maternité du CHU d'Angers, sur la période du 29 octobre 2018 au 6 février 2019 (**Annexe 2**). Il s'agissait d'un état des lieux des pratiques concernant l'hydratation orale per-partum. L'accord de Madame Martine HERAULT, cadre coordonnatrice du Pôle Femme Mère et Enfant de la maternité, avait été recueilli avant de commencer cette étude.

Le critère d'évaluation principal portait sur la conformité des pratiques professionnelles aux recommandations de la SFAR publiées en 2007 (13) sur le jeûne hydrique per-partum remises à jour en 2014.

#### 1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les GO, les MAR, les SF et les IADE exerçant en Salle De Naissance (SDN) à la maternité du CHU d'Angers et volontaires pour répondre au questionnaire ont été inclus à l'étude. Les professionnels exerçant à temps complet et/ou à temps partiel ont été inclus.

Les internes en gynécologie-obstétrique et en anesthésie-réanimation, les externes en médecine, les étudiants sages-femmes et infirmiers ainsi que les auxiliaires de puériculture ont été exclus de l'étude.

Le périmètre d'étude était limité à la maternité du CHU d'Angers car il s'agissait du lieu de formation de l'école de sage-femme.

### 1.3. Population source et population cible

La population source de cette étude comprenait 65 SF, 18 MAR, 13 GO, 11 IADE exerçant en SDN à la maternité du CHU d'Angers. La population cible était l'ensemble des professionnels de santé de la maternité du CHU d'Angers.

## 2. Méthodes

### 2.1. Auto-questionnaire

Ces professionnels ont reçu un auto-questionnaire rapide (5minutes), anonyme et évolutif. Celui-ci contenait entre 15 et 21 questions selon les réponses des participants. Les personnes autorisant les patientes à s'hydrater pendant le travail ont répondu à 20 questions si leur pratique était la même, que la patiente bénéficie ou non d'une APD, 21 si elle était différente avec et sans APD. Les personnes contre-indiquant les apports hydriques pendant le travail ont répondu à 15 ou 16 questions. Les professionnels qui n'autorisaient pas les patientes à boire pendant le travail et pour laquelle leur pratique était la même si la patiente bénéficiait ou non d'une APD ont répondu à 15 questions. Ceux pour qui, leur pratique était différente ont répondu à 16 questions.

La première partie du questionnaire comportait 2 questions permettant de recueillir des informations sur les professionnels à savoir leur profession et l'année d'obtention de leur diplôme.

La deuxième partie du questionnaire interrogeait les professionnels sur leurs pratiques quotidiennes en SDN.

La suite du questionnaire était constituée de 4 mises en situation présentées par plusieurs cas cliniques. Le premier cas clinique recherchait à savoir si les professionnels autorisaient les patientes en travail bénéficiant d'une APD efficace à boire. Les participants ayant répondu l'item « oui » ont poursuivi le cas clinique. Les participants qui ont répondu « non » sont passés au cas clinique suivant. Ce dernier étudiait les pratiques lorsque qu'une patiente ne bénéficiait pas d'APD ou bien d'une APD inefficace.

Le cas clinique numéro 3 et numéro 4 ont permis d'étudier les pratiques du jeûne lors d'une maturation cervicale et d'un déclenchement.

Les dernières questions portaient sur les connaissances des praticiens concernant les recommandations et protocoles mis en place.

Le questionnaire a été établi grâce à l'outil en ligne Limesurvey. Il a été testé par 6 étudiantes, 3 SF, 1 MAR, 1 IADE afin de s'assurer de sa clarté et de sa compréhension. A l'issue de ce test, aucune modification n'a été apportée.

## 2.2. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par courrier électronique via un lien hypertexte. La transmission de celui-ci aux professionnels de la maternité d'Angers s'est faite par l'intermédiaire de plusieurs interlocuteurs. Le directeur technique et d'enseignement de l'école de SF d'Angers a transmis le questionnaire aux GO de la maternité. Le docteur Bougeois, MAR à la maternité d'Angers s'est occupé de la transmission aux MAR. Une SF de SDN a fait parvenir le lien du questionnaire à l'ensemble des SF hospitalières du CHU d'Angers exerçant en SDN. Enfin des questionnaires papier ont été remis aux IADE par l'intermédiaire d'une SF coordinatrice en raison de l'absence de mailing. Le listing des adresses email des différents intervenants a été recueilli auprès de l'école de sage-femme d'Angers.

Après une première relance effectuée le 1<sup>er</sup> décembre 2018, une seconde le 10 janvier 2019, un total de 87 questionnaires remplis a été recueilli (81 via le site Limesurvey et 6 questionnaires papier), parmi les 107 questionnaires envoyés (96 par email et 11 questionnaires papier).

## 2.3. Collecte et analyse des données

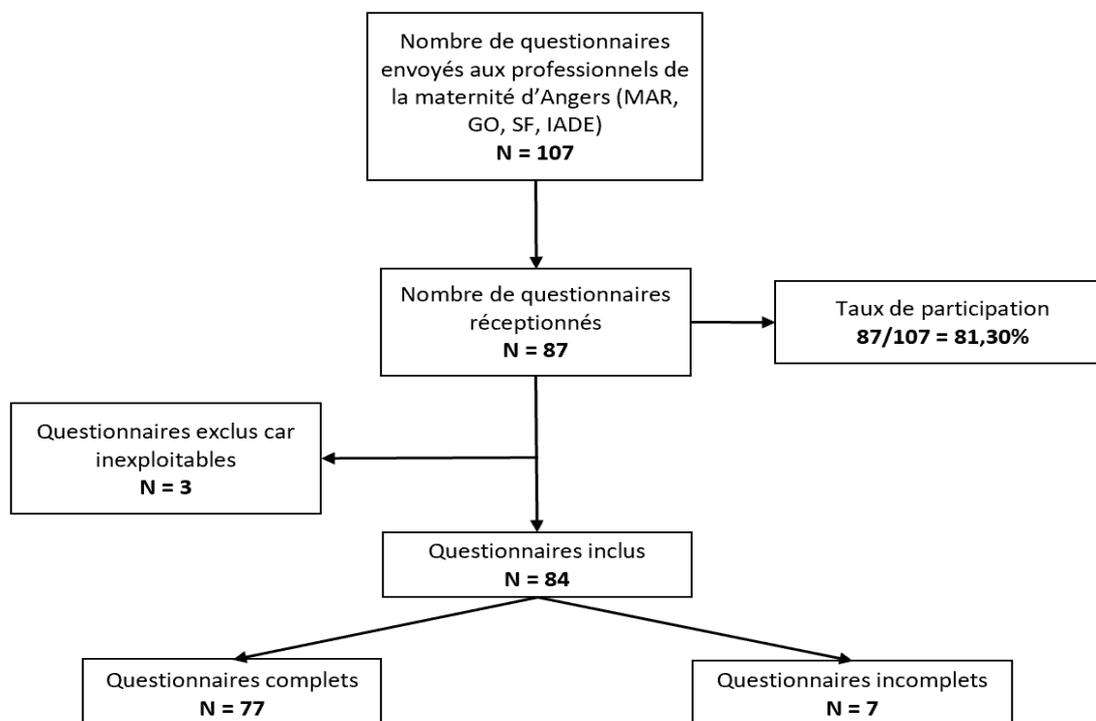
Les logiciels Limesurvey et Epi Data ont permis la collecte des données. L'analyse descriptive a été réalisée grâce aux logiciels Epi Data Analysis et Excel 2016. Les variables quantitatives et qualitatives ont été décrites par l'effectif, et le pourcentage (arrondi au dixième près) de l'effectif total ou du sous-groupe. Pour l'ensemble des résultats, les effectifs totaux sont précisés pour chaque item. Ils peuvent différer en fonction des questionnaires complets ou incomplets.

L'analyse comparative des variables qualitatives a été réalisée par les tests de Khi2 et de Fisher (quand l'effectif était inférieur à cinq). Ces derniers ont été effectués à l'aide du site en ligne BiostatTGV. Le risque  $\alpha$  a été défini à 95%, soit un seuil de significativité  $p < 0,05$ .

# Résultats

## 1. Flow Chart

**Figure 1** : Diagramme de flux de l'état des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum réalisé du 29 octobre 2018 au 6 février 2019.



## 2. Caractéristiques de la population étudiée

Les taux de participation à l'étude par les différents professionnels étaient les suivants :

- MAR : 15/18 (83,33%) avec 15/15 (100%) questionnaires complets.
- GO : 8/13 (61,53%) avec 7/8 (87,5%) questionnaires complets.
- SF : 55/65 (84,61%) avec 49/55 (89,09%) questionnaires complets.
- IADE : 6/11 (54,54%) avec 6/6 (100%) questionnaires complets.

3 questionnaires sur les 87 réceptionnés mentionnaient uniquement l'identification du professionnel, c'est la raison pour laquelle ils ont été exclus à l'étude. Parmi les 84 questionnaires inclus à l'étude, 15 MAR sur ont participé à l'étude ce qui correspond à 15/84 (17,86%) de la population étudiée, 8 GO correspondant à 9,52% (8/84) de la population, 55 SF soit 65,48% (55/84) et enfin 6 IADE représentant 7,14% (6/84) de la population.

Parmi les 84 participants à l'étude, 37/84 (44,05%) ont obtenu leur diplôme avant 2007 et 47/84 (55,95%) l'ont obtenu après 2007 (année de parution des recommandations de la SFAR).

### 3. Connaissances et pratiques des professionnels sur l'hydratation per os per-partum.

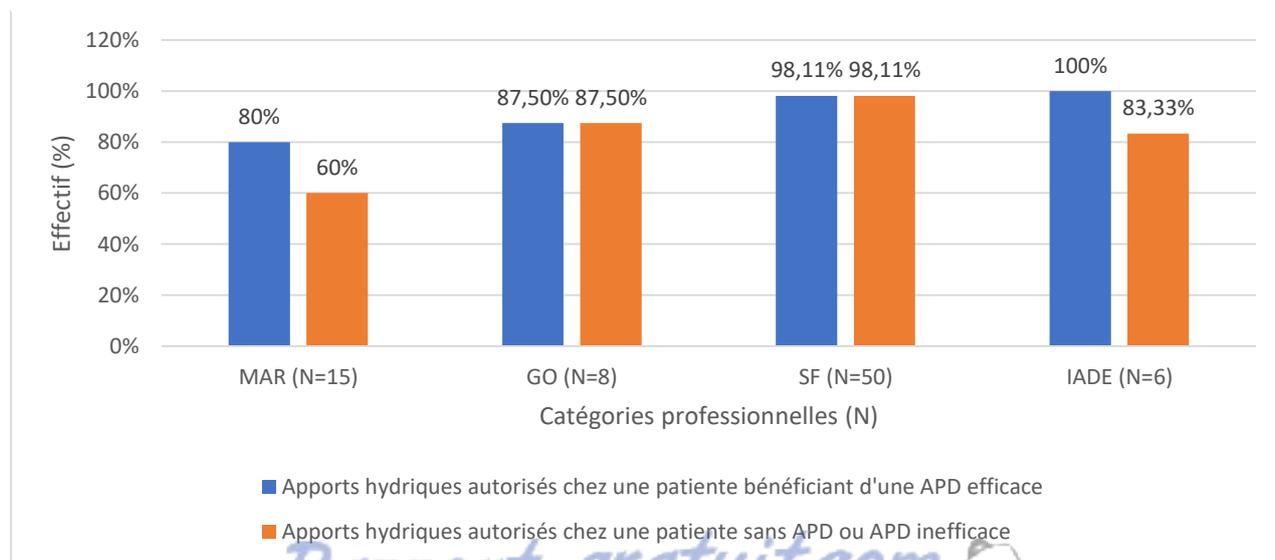
Pour 34/84 (48,48%) des professionnels, les femmes demandaient « toujours » à boire pendant le travail. Pour 48/84 (57,14%), elles étaient « souvent » demandeuses. 2/84 (2,38%) des professionnels affirmaient qu'elles demandaient « rarement » à s'hydrater pendant le travail. 0/0 (0%) n'a répondu l'item « jamais ».

50 personnes parmi les 83 réponses (60,24%) déclaraient proposer de façon systématique à la patiente à boire pendant le travail. 48/83 (36,15%) des professionnels affirmaient autoriser les apports hydriques uniquement si la patiente en faisait la demande.

5 personnes sur 83 (2,41%) interdisaient formellement les apports hydriques per os que la patiente bénéficie ou non d'une APD. Une personne sur 83 (IADE) ne se sentait pas concernée par le sujet. 29 personnes parmi les 77 interrogées (37,65%) connaissaient le protocole mis en place à la maternité d'Angers sur le jeûne per-partum mis en place en 2007 (**Annexe 1**), on compte 5 MAR sur 15, 1 GO sur 7, 22 SF sur 49 et enfin 1 IADE sur 6.

5 professionnels sur 82 (3 MAR, 1 GO, 1 SF) soit 6,1% des participants à l'étude interdisaient l'apport hydrique per os chez une patiente en travail bénéficiant d'une APD efficace. Parmi ces 5 professionnels, 4/5 affirmaient que les apports de boisson augmentaient le risque de syndrome de Mendelson, 5/5 pensaient que l'apport hydrique parentéral suffisait, 2/5 déclaraient que le jeûne hydrique était la procédure courante au CHU d'Angers et/ou recommandation, et 3/5 interdisaient l'hydratation car ils ne connaissaient pas le protocole mis en place à la maternité.

**Figure 2** : Pourcentage des professionnels de la maternité du CHU d'Angers autorisant les patientes bénéficiant ou non d'une APD efficace à boire pendant le travail dans le cadre de « L'Etat des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum ». Etude menée du 29 octobre 2018 au 6 février 2019.



**Tableau I** : Connaissances et applications des recommandations de la SFAR (2007) (13) par les différents professionnels de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os chez une patiente en travail bénéficiant d'une APD efficace. « Etat des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum » réalisé du 29 octobre 2018 au 6 février 2019.

Professions	MAR	GO	SF	IADE	TOTAL
	N(/15) (%)	N(/7) (%)	N(/49) (%)	N(/6) (%)	N(/77) (%)
<b>Connaissance des recommandations de la SFAR</b> (p=0,009) <sup>1</sup>	12 (80%)	<b>0 (0%)</b>	19 (38,78%)	4 (66,67%)	<b>35 (45,45%)</b>
<b>Types de boissons autorisées *</b>	N(/12) (%)	N(/7) (%)	N(/50) (%)	N(/6) (%)	N(/75) (%)
Eau plate	12 (100%)	7 (100%)	50 (100%)	6 (100%)	<b>75 (100%)</b>
Eau sucrée	5 (41,67%)	3 (42,86%)	39 (78%)	1 (16,67%)	<b>48 (64%)</b>
Jus de fruit sans pulpe	7 (58,33%)	3 (42,86%)	43 (86%)	3 (50%)	<b>56 (74,67%)</b>
Thé, café, infusion	4 (33,33%)	4 (57,14%)	17 (34%)	2 (33,33%)	27 (36%)
Boisson sportive	1 (8,33%)	1 (14,28%)	3 (6%)	0 (0%)	5 (6,67%)
<b>Respect des recommandations de la SFAR</b>	N(/15) (%)	N(/8) (%)	N(/51) (%)	N(/6) (%)	N(/80) (%)
Non-respect **	5 (33,33%)	4 (50%)	4 (9,80%)	3 (50%)	16 (20%)
Respect partiel *** (p) <sup>2</sup>	8 (53,33)	3 (37,5%)	45 (88,23%)	3 (50%)	<b>59 (73,75%)</b>
	<b>(p=0,003)</b>	<b>(p=0,004)</b>	-	<b>(p=0,04)</b>	-
Respect total ****	2 (13,33%)	1 (12,5%)	1 (1,96%)	0 (0%)	<b>4 (5%)</b>
<b>Respect des contre-indications à l'hydratation</b>	N(/12) (%)	N(/6) (%)	N(/49) (%)	N(/6) (%)	N(/73) (%)
Obésité sévère	6 (50%)	1 (14,29%)	7 (14,29%)	0 (0%)	14 (19,18%)
Diabète chronique	3 (25%)	1 (14,29%)	1 (2,04%)	0 (0%)	5 (6,85%)
Risque d'AG/césarienne en urgence	9 (75%)	4 (66,67%)	31 (63,27%)	5 (83,33%)	<b>49 (67,12%)</b>
Aucune CI respectée	2 (16,67%)	2 (33,33%)	16 (32,65%)	1 (16,67%)	21 (28,77%)
Une CI respectée (p=0,38) <sup>1</sup>	3 (25%)	3 (50%)	28 (57,14%)	5 (83,33%)	<b>39 (53,42%)</b>
Deux CI respectées	6 (50%)	0 (0%)	4 (8,17%)	0 (0%)	10 (13,70%)
Trois CI respectées	1 (8,33%)	1 (16,67%)	1 (2,04%)	0 (0%)	<b>3 (4,11%)</b>

\* : Boissons autorisées par les professionnels aux femmes en travail bénéficiant d'une APD efficace.

\*\* : Boissons non autorisées ou eau plate uniquement.

\*\*\* : 2 boissons minimum sont autorisées par les professionnels parmi les 5 (eau plate, eau sucrée, jus de fruit sans pulpe, boissons chaudes sans lait, boisson sportive).

\*\*\*\* : Les 5 boissons sont autorisées par les professionnels.

<sup>1</sup> Comparaison entre l'équipe anesthésiste (IADE-MAR) et l'équipe obstétricale (SF-GO) sur les connaissances des recommandations de la SFAR (2007).

<sup>2</sup> Comparaison entre les SF et les autres catégories professionnelles sur le respect des recommandations de la SFAR (2007).

**Tableau II** : Application des RBP de l'HAS (2017) sur l'accouchement normal et l'hydratation per os pendant le travail, par les professionnels de la maternité du CHU d'Angers. « Etat des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum » mené du 29 octobre 2018 au 6 février 2019.

Professions	MAR N(/12)(%)	GO N(/7)(%)	SF N(/50)(%)	IADE N(/6)(%)	TOTAL N(/75)(%)
<b>Raisons des apports hydriques per os</b>					
Répondre au confort des patientes	9 (75%)	6 (85,71%)	48 (96%)	5 (83,33%)	<b>68(90,67%)</b>
Répondre aux besoins énergétiques	1 (8,33%)	2 (28,57%)	15 (30%)	2 (33,33%)	<b>20 (26,67%)</b>
Faible risque de syndrome de Mendelson	7 (58,33%)	5 (71,42%)	30 (60%)	2 (33,33%)	<b>44 (58,66%)</b>
C'est la procédure/recommandation au CHU	3 (25%)	2 (28,57%)	22 (44%)	3 (50%)	<b>30 (40%)</b>
<b>Boissons autorisées si APD efficace</b>					
En phase de latence	12 (100%)	7 (100%)	49 (98%)	6 (100%)	<b>74 (98,67%)</b>
En phase active	11 (91,67%)	7 (100%)	48 (96%)	6 (100%)	<b>72 (96%)</b>
En phase d'expulsion et délivrance	2 (16,67%)	2 (28,57%)	5 (10%)	0 (0%)	<b>9 (12%)</b>
Pendant le PPI	4 (33,33%)	3 (42,85%)	35 (70%)	0 (0%)	<b>42 (56%)</b>
<b>Quantité autorisée si APD efficace</b>					
Sans limite de volume	2 (16,67%)	2 (28,57%)	5 (10%)	0 (0%)	<b>9 (12%)</b>
Quantité limitée*	10 (83,33%)	5 (71,42%)	45 (90%)	6 (100%)	<b>66 (88%)</b>
<b>Pratiques identiques sans APD ou APD inefficace**</b>	<b>9 (75%)</b>	<b>7 (100%)</b>	<b>44 (88%)</b>	<b>6 (100%)</b>	<b>66 (88%)</b>

\* Désigne les professionnels limitant la quantité d'apport de liquide clair à un verre ou un demi-verre par heure.

\*\* Situations dans lesquelles les conduites des professionnels autorisant les apports hydriques (quelques soit le type et la quantité de boisson) ne diffèrent pas si la patiente bénéficie ou non d'une APD efficace.

## 4. Maturation cervicale et déclenchement : état des lieux des pratiques professionnelles sur le jeûne maternel à la maternité d'Angers.

**Tableau III** : Etat des lieux des pratiques professionnelles sur le jeûne maternel lors d'une maturation cervicale par prostaglandine (Propess) ou d'un déclenchement par rupture artificielle de la poche des eaux +/- relais oxytocine initialement prévu à 8h le matin, chez une patiente ne présentant aucune pathologie. « Etat des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum » réalisé du 29 octobre 2018 au 6 février 2019.

	Maturation cervicale par propess N (/77) (%)	Déclenchement N (/77) (%)
<b>Arrêt des boissons</b>		
A minuit (8h avant)	9 (11,68%)	11 (14,28%)
A 6h du matin (2h avant)	11 (14,28%)	11 (14,28%)
A 2h du matin (6h avant)	2 (2,60%)	2 (2,60%)
A 8h du matin (au début du déclenchement/maturation)	8 (10,39%)	5 (6,50%)
Pas d'arrêt	<b>39 (50,65%)</b>	<b>39 (50,65%)</b>
Ne se prononce pas	7 (9,10%)	6 (7,79%)
Autre : pas d'arrêt mais apports limités	1 (1,30%)	3 (3,90%)
<b>Reprise des boissons</b>		
Immédiatement après la pose du Propess	23 (29,87%)	-
Après 2h de RCF sans ARCF	43 (55,84%)	-
Après le 2 <sup>ème</sup> contrôle RCF suivant la pose du Propess	0 (0%)	-
Ne se prononce pas	9 (11,69%)	-
Autre : reprise autorisée en quantité limitée	2 (2,60%)	-
<b>Arrêt des repas</b>		
A jeun à minuit (8h avant)	57 (74,02%)	62 (80,50%)
2h avant le début de la maturation/déclenchement	4 (5,20%)	2 (2,60%)
6h avant le début de la maturation/déclenchement	3 (3,90%)	4 (5,20%)
Dès le début de la maturation/déclenchement	3 (3,90%)	4 (5,20%)
Pas d'arrêt	5 (6,49%)	1 (1,30%)
Ne se prononce pas	5 (6,49%)	4 (5,20%)
<b>Reprise des repas</b>		
Immédiatement après la pose du Propess	4 (5,20%)	-
Après 2h de RCF sans ARCF	56 (72,72%)	-
Après le 2 <sup>ème</sup> contrôle RCF suivant la pose du Propess	2 (2,60%)	-
Ne se prononce pas	15 (19,48%)	-

# Discussion

## 1. Biais et limites

Un premier biais à l'étude peut être mis en avant puisqu'il s'agissait d'une étude descriptive. D'après la classification de l'HAS (15), cela correspond à un faible niveau de preuve scientifique (niveau 4 - Grade C). Malgré un fort taux de participation (87/107 - 81,30%), un second biais, celui de sélection peut être identifié. En effet il existe des sujets non-répondants. Il s'agit de sujets sélectionnés pour participer à l'enquête mais n'y participant finalement pas, ou alors des sujets y participant mais ne répondant pas à toutes les questions dont celles permettant de répondre à l'objectif de l'enquête. Pour limiter ce biais, 2 relances ont été réalisées afin d'inciter les professionnels concernés à participer à l'étude.

De plus, seul le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers était représenté dans cette étude avec la profession de SF surreprésentée (65,48% de la population) par rapport aux MAR (17,86%), GO (9,52%), IADE (7,14%). Le taux de participation étant disproportionnel d'une catégorie professionnelle à l'autre.

Les biais soulevés par l'utilisation d'un auto questionnaire sont les biais d'auto déclaration et de compréhension. Les tests effectués par plusieurs étudiantes SF, SF et MAR ont permis de limiter ces biais.

La méthode de diffusion du questionnaire comporte également un biais de recrutement. Celui-ci a été diffusé par courrier électronique aux MAR, GO et SF tandis qu'il a été transmis en version papier aux IADE.

## 2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

### 2.1. Pratiques courantes en SDN

Dans un premier temps, cette étude met en avant un besoin presque constant des patientes à boire pendant le travail. Pour la majorité des professionnels les parturientes étaient toujours ou souvent demandeuses. L'hydratation per os paraît donc essentielle pour répondre au confort des femmes pendant le travail. Cette conduite est bien respectée par les professionnels de la maternité d'Angers puisque seules 5/82 (6,1%) des personnes interrogées interdisaient formellement les boissons. D'autant plus, nous pouvons souligner que 68/75 (90,67%) d'entre elles autorisaient les apports pour le confort des femmes (**Tableau II**). D'après une étude observationnelle, réalisée sur 123 parturientes à l'hôpital Louis-Mourier à Colombes en 2007, 80 % d'entre elles avaient soif pendant le travail. L'intensité de cette soif était estimée à  $7 \pm 3,5$  sur une échelle visuelle analogique de 0 (pas de sensation de soif) à 10 (soif intolérable). À l'inverse, le fait de boire représentait un confort évalué à  $8 \pm 1$  (0 = pas de confort, 10 = confort très important)(16). Dans une seconde

étude effectuée auprès de 185 patientes dans 6 maternités de Loire Atlantique (17) en 2013, les patientes interrogées déclaraient ressentir une soif modérée (62/185 soit 33,5%) ou intense (62/185 soit 33,5%) pendant le travail. Pour la moitié d'entre elles il s'agissait d'une sensation inconfortable.

## 2.2. Respect et connaissances des recommandations de la SFAR par les professionnels de la maternité

Les connaissances des professionnels concernant les recommandations mises en place sur le jeûne hydrique par la SFAR en 2007 (13) sont très hétérogènes d'une profession à l'autre. 45,45% (35/77) de la population étudiée affirmait les connaître. Il existe une différence significative ( $p=0,0009$ ) entre l'équipe anesthésiste (MAR - IADE) et l'équipe obstétricale (SF - GO) sur la connaissance de ces recommandations. Les MAR et les IADE, probablement les plus renseignés sur le sujet, sont ceux qui les connaissaient le mieux avec 12/15 soit 80% pour les MAR et 4/6 soit 66,67% pour les IADE. On retrouve ensuite les SF avec 19/49 soit 38,78% puis les GO dont aucun ne connaissait ces recommandations (**Tableau I**).

De plus, les boissons autorisées pendant le travail chez une patiente bénéficiant d'une APD efficace sont partiellement respectées (73,75% de respect partiel). Cela traduit que principalement deux types de boissons sont autorisées. Parmi ces boissons on retrouve l'eau plate, autorisée par tous les professionnels (100%) et, l'eau sucrée autorisée par 64% des soignants ou les jus de fruits sans pulpe acceptés par 74,67% de la population. Les SF sont celles qui appliquent le mieux les recommandations de la SFAR avec 88,23% (45/51) de respect partiel contre 53,33% (8/15) pour les MAR, 50% (3/6) pour les IADE et 37,5% (3/8) pour les GO (**Tableau I**). Les SF représentent la catégorie professionnelle la plus proche du patient au moment de l'accouchement. Les GO, les moins concernés par le sujet en SDN sont ceux qui appliquent et connaissent le moins les recommandations. Ainsi ces résultats semblent influencés par la proximité soignant-patient en SDN puisqu'il existe des différences significatives entre les sages-femmes et les autres catégories professionnelles respectives (GO-MAR-IADE) sur le respect partiel de ces recommandations ( $0,003 < p < 0,04$ ).

En revanche peu de personnes autorisaient tous les types de liquide clair pendant le travail dès lors que l'APD est efficace, par conséquent un faible taux de respect total (4/75 soit 5%) des recommandations est observé. Les types de boissons les moins autorisées aux patientes à savoir, le thé, le café, l'infusion, et les boissons sportives sont probablement plus difficiles d'accès en SDN.

La SFAR a mis en évidence 3 grandes contre-indications à l'hydratation per os chez une femme en travail bénéficiant d'une APD à savoir, l'obésité sévère, le diabète chronique préexistant à la grossesse et le risque d'AG et/ou césarienne en urgence. Un mauvais respect de ces contre-indications par les professionnels est mis en avant par cette étude puisque seulement 4,11% (3/73) respectaient les 3 énoncées par la SFAR. La majorité d'entre eux, 53,42% (39/73) ne respectaient

qu'une seule contre-indication sur 3 à l'hydratation per os. En effet, en cas de risque d'AG et/ou césarienne en urgence, 67,12% (49/73) des professionnels interdisaient les apports per os. Il n'existait pas de différence significative entre l'équipe anesthésiste (MAR-IADE) et l'équipe obstétricale (GO-SF) sur le respect d'une seule contre-indication à l'hydratation ( $p=0,38$ ).

Enfin, il paraît contradictoire d'adopter la même conduite chez une patiente ne bénéficiant pas d'APD en matière de jeûne hydrique. Pourtant, les conduites restaient inchangées pour la plupart des professionnels (88%), que la patiente bénéficiait ou non d'une APD (**Tableau II - Figure 2**)

### 2.3. Analyses des résultats sur l'application des RBP de l'HAS (2017)

Cette étude montre que les boissons sont autorisées durant toute la durée du travail avec quelques restrictions en phase d'expulsion, de délivrance et surtout durant le post-partum immédiat. Il s'agit en effet de la période la plus à risque d'hémorragie de la délivrance (HDD) et donc d'AG.

Par ailleurs, les quantités de boissons autorisées par les soignants sont limitées. 88% (66/75) des professionnels autorisant l'hydratation limitaient la femme en travail à boire un demi-verre à un verre de liquide clair par heure contre 12% (9/75) qui acceptaient les apports sans limitation de volume. Ainsi, il existe une certaine hésitation des professionnels quant au respect des RBP de l'HAS de 2017 (14) qui autorisent toutes femmes ayant un faible risque d'AG à consommer des liquides clairs sans limitation de volume et ce, pendant toute la durée du travail et du post-partum immédiat (**Tableau II**)

En comparant avec la littérature, la France fait preuve d'un certain retard par rapport à d'autres pays d'Europe. Au Royaume-Unis, dès le début des années 1980, les apports per os sont autorisés aux patientes en travail. Une étude anglaise réalisée en 1991, indiquait que dans 79 % des maternités (contre 30% en France en 2007), il existait un protocole écrit pour les apports durant le travail. Dans 96 % des services répondeurs, les apports per os étaient autorisés. Parmi eux, 67 % ne proposaient que des boissons et 32 % permettaient de boire et de manger(6). Dans une seconde étude réalisée au Pays-Bas dans 70 maternités différentes en 1998, les résultats ont montré que seulement 20% des SF et 15% des GO adoptaient une politique restrictive. La majorité des praticiens interrogés (75%) s'adaptaient aux préférences et besoins des parturientes pour les apports de liquides et solides, en privilégiant les apports énergétiques (6).

Par conséquent, il serait intéressant, à l'issue de cette étude, de réajuster la procédure mise en place à la maternité d'Angers en 2007 de façon collégiale, afin de rappeler aux professionnels les recommandations de la SFAR ainsi que les RBP de l'HAS. Une meilleure connaissance des contre-indications à l'hydratation per os par les professionnels de la maternité du CHU d'Angers serait une ouverture à une conduite moins restrictive et plus adaptée au cas par cas notamment chez les patientes à risque accru d'inhalation bronchique (obésité, diabète, difficulté prévisible de gestion des

voies aériennes, absence d'APD ou APD inefficace). A l'issue de cette procédure, une réévaluation à distance pourrait être effectuée afin de comparer les pratiques.

## 2.4. Analyses des résultats sur le jeûne lors d'une maturation cervicale ou d'un déclenchement

Des résultats très disparates concernant le jeûne au cours d'une maturation cervicale ou d'un déclenchement sont montrés dans cette étude.

Dans un premier temps, concernant l'arrêt des boissons dans le cadre d'une maturation cervicale par Propess, la majorité des professionnels (39/77 soit 50,64%) n'arrêtaient pas les apports. 42,85% (30/77) arrêtaient les boissons plusieurs heures avant la pose du Propess. Parmi ceux qui arrêtaient les boissons avant ou au moment de la pose du Propess (10,33%), la plupart autorisaient la reprise des boissons après 2 heures d'étude du rythme cardiaque fœtal (ERCF) sans anomalie. On peut supposer que les personnes qui autorisaient la reprise immédiate des boissons après la pose (29,87%, 23/77) sont ceux qui n'ont pas arrêté l'hydratation. Dans le cadre du déclenchement, la conduite des professionnels était identique, 50,64% n'arrêtait pas les boissons. Cette situation peut laisser supposer qu'ils opteraient la même attitude que pour une patiente en travail bénéficiant ou non d'une APD.

De plus, l'arrêt des apports solides est majoritairement instauré par les professionnels. 74,02% des praticiens (57/77) l'instaure dans le cadre d'une maturation et 80,50% (62/77) lors d'un déclenchement dès minuit. Les autres professionnels ont des conduites très diverses. Pour la plupart ayant interdit les solides avant ou dès la pose du Propess, 72,72% (56/77) autorisaient la reprise des repas après les 2h d'ERCF sans anomalie (**Tableau III**).

Le peu d'études retrouvées dans la littérature expliquerait l'absence de recommandation sur le jeûne lors d'une maturation et/ou d'un déclenchement. Par ailleurs, aucun protocole n'est mis en place au sein de la maternité d'Angers. Cela pouvant expliquer la divergence des résultats et les conduites variées d'un professionnel à un autre. Enfin l'effectif non négligeable de personne qui ne s'est pas prononcé peut laisser supposer qu'elles ne savaient pas quelle conduite tenir.

De ce fait, il serait intéressant de réunir au sein de la maternité d'Angers une équipe de travail regroupant chacune des catégories professionnelles afin d'établir une procédure.

## Conclusion

Les apports hydriques per os per-partum sont acceptés par l'ensemble des professionnels de la maternité d'Angers dans un optique de bien-être et de confort pour la patiente en travail, qu'elle bénéficie ou non d'une APD. Les sages-femmes, les plus proches des patientes au moment de l'accouchement, sont celles qui appliquent le mieux les recommandations en vigueur malgré une connaissance incomplète de celles-ci. Les MAR et IADE les plus enseignés sur le sujet appliquent peu les recommandations. Les GO ne les connaissent pas et par conséquent ne les pratiquent pas. En revanche une mauvaise connaissance des contre-indications à l'apport de boisson est soulignée par l'ensemble des praticiens de la maternité. Cela peut justifier une certaine restriction des quantités et des types de boissons autorisées puisque seuls l'eau, les boissons sucrées, et les jus de fruits sans pulpe sont proposés en quantité limitée aux parturientes. Les apports sont très peu acceptés en phase d'expulsion de délivrance et limités pendant le post-partum immédiat. Enfin l'absence de recommandation et de protocole mis en place sur les conduites à tenir en cas de maturation cervicale ou de déclenchement explique une divergence des pratiques du jeûne d'un professionnel à l'autre.

En conclusion, il serait intéressant à l'issue de cette étude de mobiliser les différentes catégories professionnelles de la maternité d'Angers afin d'élaborer de façon pluridisciplinaire une procédure. Un rappel des indications et contre-indications à l'apport hydrique per os per-partum permettrait un meilleur respect des recommandations par les professionnels. De plus une concertation pluriprofessionnelle concernant le jeûne lors d'une maturation ou d'un déclenchement permettrait d'uniformiser les pratiques au sein de la maternité d'Angers.

## Bibliographie

1. Mendelson CL. The Aspiration of Stomach Contents into the Lungs During Obstetric Anesthesia\*\*Read at a meeting of the New York Obstetrical Society, Dec. 11, 1945. Am J Obstet Gynecol [Internet]. août 1946 [cité 17 janv 2019];52(2):191- 205. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937816398295>
2. Bouvet L, Benhamou D. Les règles du jeûne préopératoire. Prat En Anesth Réanimation [Internet]. déc 2008 [cité 17 janv 2019];12(6):413-21. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1279796008002064>
3. Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. :231.
4. Le Gouez A, Keita H. Intubation difficile chez la femme enceinte. Prat En Anesth Réanimation [Internet]. sept 2017 [cité 16 janv 2019];21(4):182-91. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1279796017301079>
5. Nimmo WS. Aspiration of gastric contents. Br J Hosp Med [Internet]. sept 1985 [cité 27 mars 2019];34(3):176-9. Disponible sur: <http://europepmc.org/abstract/med/2866000>
6. Diemunsch P, Haliska W, Szczot M, Noudem Y. Apports alimentaires per os durant le travail obstétrical : éléments objectifs et subjectifs. Ann Fr Anesth Réanimation [Internet]. 1 juin 2006 [cité 15 mars 2019];25(6):609-14. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765806002085>
7. Enquête Nationale Périnatale 2016 : les premiers résultats [Internet]. EPOPé. 2017 [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952>
8. doc\_num.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=491](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=491)
9. Bouviercolle M. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquence et caractéristiques. Réanimation [Internet]. sept 2007 [cité 16 janv 2019];16(5):358-65. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1624069307001211>
10. Inserm\_RapportThematique\_MortaliteMaternelle\_2006.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_MortaliteMaternelle\\_2006.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MortaliteMaternelle_2006.pdf)
11. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev. 22 août 2013;(8):CD003930.
12. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2017;129(3):473-80 [Internet] [cité 16 janv 2019].
13. 2\_AFAR\_Blocs-perimedullaires-chez-l'adulte.pdf [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: [http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2\\_AFAR\\_Blocs-perimedullaires-chez-l%E2%80%99adulte.pdf](http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Blocs-perimedullaires-chez-l%E2%80%99adulte.pdf)
14. accouchement\_normal\_-\_recommandations.pdf [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)

15. etat\_des\_lieux\_niveau\_preuve\_gradation.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
16. Faitot V, Keïta H. Apports liquidiens et alimentaires pendant le travail obstétrical. Prat En Anesth Réanimation [Internet]. 1 oct 2008 [cité 16 mars 2019];12(5):335-40. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279796008001629>
17. Le jeûne du per-partum : Etat des lieux des pratiques dans les maternités de Loire-Atlantique. :15 [Internet] [cité 16 janv 2019].

# Annexes

**Annexe 1** : Protocole de la maternité du CHU d'Angers sur le jeûne hydrique per-partum mis en place par les MAR en 2008 à la suite des travaux de Audrey DAVID dans le cadre de son mémoire de fin d'études de sage-femme.

## Protocole d'apports oraux en obstétrique

### Apports autorisés:

#### **1- En cas de césarienne programmée :**

- Diète solide de 6h minimum
- Diète liquide de 3h minimum

#### **2- Pendant le travail :**

- Diète solide
- Boissons possibles en fonction du désir des patientes:  
200ml de liquide clair (eau, jus de fruit sans pulpe, thé, café.....)la première heure  
puis 200ml par période de 3 à 4h

**[Pour information : En post-partum, le risque maximum d'inhalation se situe 2h après l'accouchement  
=>Prévention ++++++ par des antiacides; induction rapide et intubation si anesthésie générale, quelque soit le mode de prise en charge "nutritionnel"]**

Médecins anesthésistes réanimateurs

Je suis Lorette JOUVIN, étudiante sage-femme en 5ème année à l'école d'Angers. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je travaille sur les pratiques professionnelles concernant les apports hydriques per os per-partum. J'ai ainsi réalisé ce questionnaire destiné aux professionnels de la maternité (Anesthésistes réanimateurs, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, Infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat). Vos réponses me permettront de dresser un état des lieux sur les pratiques au sein de la maternité du CHU d'Angers. Cette étude est anonyme et les données récoltées serviront uniquement pour la réalisation de ce mémoire, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme.

## Partie A: Renseignements généraux

A1. Vous êtes ?

Anesthésiste-réanimateur

Gynécologue-obstétricien

Sage-femme

Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

Autre

Autre

A2. Quelle est l'année de l'obtention de votre diplôme ?

Avant 2007

Après 2007

## Partie B: Concernant l'hydratation orale pendant le travail

B1. Dans votre pratique en salle de naissance, les patientes en travail demandent-elles à boire ?

Toujours

Souvent

Rarement

Jamais

**B2. Quelle est votre pratique concernant l'hydratation per os lorsque vous accompagnez une patiente en travail ?**

Vous la proposez spontanément

Vous l'autorisez seulement si la patiente vous en fait la demande

Vous l'interdisez formellement

Autre

Autre

## Partie C: Cas clinique n°1

Cas clinique n°1 :

Vous accompagnez une patiente en travail bénéficiant d'une analgésie péridurale efficace.

**C1. En dehors de toute contre-indication, vous autorisez la patiente à boire ?**

Oui

Non

**C2. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?**

Risque de syndrome de Mendelson

L'apport par voie parentérale suffit

Vous n'avez pas connaissance de protocole mis en place à ce sujet

C'est la procédure/recommandation mise en place au CHU d'Angers

Autre

Autre

**C3. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?**

Faible risque de syndrome de Mendelson

Répondre au confort de la patiente

Répondre aux besoins énergétiques de la patiente

C'est la procédure/recommandation mise en place au CHU d'Angers

Autre

Autre

**C4. Quelle(s) boisson(s) autorisez-vous la patiente à boire ?**

Eau plate

Eau gazeuse

Eau sucrée

Thé/café/Infusion

Jus de fruit avec pulpe

Jus de fruit sans pulpe

Chocolat au lait

Boisson alcoolisée

Boisson sportive

Autre

Autre

**C5. Si vous autorisez la patiente à boire, vous l'autorisez ?**

Pendant la phase de latence (dilatation jusqu'à 5-6 cm)

Pendant la phase active du travail (5-6 cm jusqu'à dilatation complète)

Pendant la phase d'expulsion et la délivrance

Pendant le post-partum immédiat

C6. Quelle quantité autorisez-vous ?

- Sans limite de volume
- Un demi verre par heure
- Un verre par heure
- Autre

Autre

C7. Sur quel(s) critère(s) interdirez-vous l'apport de boisson per os pour cette patiente ?

- Obésité sévère
- Diabète chronique
- Diabète gestationnel
- Pré-éclampsie
- Eclampsie
- Critères d'intubation difficile
- Patiente à risque d'anesthésie générale/césarienne en urgence
- Autre

Autre

## Partie D: Cas clinique n°2

Cas clinique n°2

Vous accompagnez une patiente en travail qui cette fois-ci ne bénéficie pas d'analgésie péridurale ou bien d'une analgésie péridurale inefficace.

D1. En dehors de toute contre-indication à l'apport hydrique per os, votre conduite change-t-elle ?

- Oui
- Non

**D2.** Si oui, quelle serait votre conduite ?

## Partie E: Cas clinique n°3

Cas clinique n°3

Vous accompagnez une patiente sans pathologie particulière pour une maturation cervicale (propress) prévue à 8h du matin.

**E1.** A quel moment arrêtez-vous l'apport de boisson ?

à 00h00

à 6h00

à 8h00

Vous n'arrêtez pas les boissons

Ne se prononce pas

Autre

Autre

**E2.** A quel moment arrêtez-vous les repas ?

à 00h00

à 6h00

à 8h00

Vous n'arrêtez pas les repas

Ne se prononce pas

Autre

Autre

**E3. A quel moment autorisez-vous la reprise de boisson ?**

Immédiatement après la pose du propess

Après 2 heures de rythme sans ARCF

Après le deuxième contrôle RCF suivant la pose du propess

Ne se prononce pas

Autre

Autre

**E4. A quel moment autorisez-vous la reprise des repas ?**

Immédiatement après la pose du propess

Après 2 heures de rythme sans ARCF

Après le 2ème contrôle RCF suivant la pose du propess

Ne se prononce pas

Autre

Autre

## Partie F: Cas clinique n°4

Clinique n°4

Vous accompagnez une patiente sans pathologie particulière pour un déclenchement (rupture de la poche des eaux/syntocinon) prévu à 8h.

**F1. A quel moment arrêtez-vous l'apport de boisson ?**

à 00h00

à 6h00

à 8h00

Vous n'arrêtez pas les boissons

Ne se prononce pas

Autre

Autre

**F2. A quel moment arrêtez-vous les repas ?**

à 00h00

à 6h00

à 8h00

Vous n'arrêtez pas les repas

Ne se prononce pas

Autre

Autre

## Partie G: Vos connaissances

**G1.** Connaissez-vous les recommandations de la SFAR (société française d'anesthésie et de réanimation) de 2007 au sujet du jeûne per-partum ?

Oui

Non

**G2.** Avez-vous connaissance d'un protocole mis en place à la maternité du CHU d'Angers concernant le jeûne per-partum ?

Oui

Non

**Je vous remercie de l'attention que vous avez porté à ce questionnaire.**

# Table des matières

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Matériels</b> .....	<b>4</b>
1.1. Schéma d'étude.....	4
1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	4
1.3. Population source et population cible .....	5
<b>2. Méthodes</b> .....	<b>5</b>
2.1. Auto-questionnaire .....	5
2.2. Diffusion du questionnaire .....	6
2.3. Collecte et analyse des données .....	6
<b>RESULTATS</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Flow Chart</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Caractéristiques de la population étudiée</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Connaissances et pratiques des professionnels sur l'hydratation per os per-partum</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Maturation cervicale et déclenchement : état des lieux des pratiques professionnelles sur le jeûne maternel à la maternité d'Angers.</b> .....	<b>11</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>12</b>
<b>1. Biais et limites</b> .....	<b>12</b>
<b>2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature</b> .....	<b>12</b>
2.1. Pratiques courantes en SDN.....	12
2.2. Respect et connaissances des recommandations de la SFAR par les professionnels de la maternité ..	13
2.3. Analyses des résultats sur l'application des RBP de l'HAS (2017) .....	14
2.4. Analyses des résultats sur le jeûne lors d'une maturation cervicale ou d'un déclenchement .....	15
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>17</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>19</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>28</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>29</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>30</b>

## Table des figures

**Figure 1** : Diagramme de flux de l'état des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum réalisé du 29 octobre 2018 au 6 février 2019. .... 7

**Figure 2** : Pourcentage des professionnels de la maternité du CHU d'Angers autorisant les patientes bénéficiant ou non d'une APD efficace à boire pendant le travail dans le cadre de L'Etat des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum. Etude menée du 29 octobre 2018 au 6 février 2019. .... 8

## Table des tableaux

**Tableau I** : Connaissances et applications des recommandations de la SFAR (2007) (13) par les différents professionnels de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os chez une patiente en travail bénéficiant d'une APD efficace. « Etat des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum » réalisé du 29 octobre 2018 au 6 février 2019..... 9

**Tableau II** : Application des RBP de l'HAS (2017) sur l'accouchement normal et l'hydratation per os pendant le travail, par les professionnels de la maternité du CHU d'Angers. « Etat des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum » mené du 29 octobre 2018 au 6 février 2019. .... 10

**Tableau III** : Etat des lieux des pratiques professionnelles sur le jeûne maternel lors d'une maturation cervicale par prostaglandine (Propess) ou d'un déclenchement par rupture artificielle de la poche des eaux +/- relais oxytocine initialement prévu à 8h le matin, chez une patiente ne présentant aucune pathologie. « Etat des lieux des pratiques professionnelles de la maternité du CHU d'Angers sur les apports hydriques per os per-partum » réalisé du 29 octobre 2018 au 6 février 2019. .... 11

**Contexte** : Mendelson a introduit le jeûne per-partum en 1946. En 2007, la SFAR réforme ses recommandations et abolit le jeûne hydrique pendant le travail. En 2017, l'HAS autorise l'hydratation pendant le travail et l'accouchement.

**Objectif** : Etudier les pratiques et les connaissances des professionnels (MAR, GO, SF, et IADE) sur l'hydratation per os chez les femmes en travail bénéficiant ou non d'une APD.

**Matériel et Méthode** : Etude prospective descriptive quantitative monocentrique par auto-questionnaire réalisée à la maternité du CHU d'Angers, du 29 octobre 2018 au 6 février 2019.

**Résultats principaux** : 93,90% (77/82) des professionnels autorisaient les apports de boissons chez une femme en travail bénéficiant d'une APD efficace. 45,45% (35/77) des praticiens connaissaient les recommandations de la SFAR (2007). 3 praticiens sur 73 soit 4,11% respectaient les 3 contre-indications à l'hydratation per os énoncées par la SFAR. 88% (66/75) des participants limitaient les boissons en quantité. Les boissons autorisées étaient principalement l'eau, l'eau sucrée et les jus de fruits sans pulpes.

**Conclusion** : Une meilleure connaissance des recommandations par l'équipe anesthésiste (MAR-IADE). Les sages-femmes, les plus proches des patientes en SDN sont celles qui les respectent le mieux. Les conduites du jeûne lors d'une maturation cervicale ou déclenchement sont professionnellement dépendantes. Il serait intéressant à l'issue de cette étude d'élaborer un protocole de façon multidisciplinaire afin de rappeler les recommandations et d'uniformiser les pratiques.

**mots-clés** : jeûne per-partum, apport hydrique, syndrome de Mendelson, inhalation bronchique

**Background** : Mendelson introduced Mendelson's fasting peripartum in 1946. SFAR reformed its recommendations in 2007 and abolished water fasting during labour. In 2017, HAS allows hydration during labor and delivery.

**Objective** : To study the practices and knowledge of professionals (MAR, GO, SF, and IADE) on oral hydration among women in work with or without epidural analgesia.

**Material and Method** : Quantitative monocentric prospective descriptive study by survey conducted at the CHU d'Angers maternity ward, from October 29, 2018 to February 6, 2019.

**Results** : 93.90% (77/82) of professionals allowed oral fluid intake in a working woman with an effective epidural analgesia. 45.45% (35/77) of practitioners knew the recommendations of SFAR (2007). 3 out of 73 practitioners (4.11%) respected the 3 contraindications to oral hydration stated by SFAR. 88% (66/75) of participants limited drinks in quantity. The types of drinks allowed were limited to water (77/77 or 100%), sugar water (48/77 or 64%) and fruit juice without pulp (56/77 or 74.67%).

**Conclusion** : The recommendations are partly known and partly respected. Fasting behaviors during cervical ripening or triggering are professionally dependent. It would be interesting, after this study, to develop a protocol in a multidisciplinary way to recall recommendations and standardize practices.

**keywords** : fasting peripartum, fluid intake, labour, Mendelson syndrome, bronchial inhalation

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Lorette JOUVIN  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 13/04/2019

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint  
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université  
40 rue de rennes – BP 73532  
49035 Angers cedex  
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

