

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Le jeûne du per-partum :
Etat des lieux des pratiques dans les maternités
de Loire-Atlantique.**

Marie LE BERRE
Née le 21 avril 1989

Directeur de mémoire : Dr Olivier COURTIN

Promotion 2009 - 2013

REMERCIEMENTS

Au Dr Olivier Courtin, médecin anesthésiste-réanimateur au CHU de Nantes pour avoir dirigé ce mémoire.

A Mme Nathalie Le Guillanton, sage-femme cadre enseignante, pour ses conseils avisés.

Au Dr Bernard Branger, médecin coordinateur du Réseau Sécurité Naissance, pour son aide précieuse en statistiques.

A toute l'équipe pédagogique de l'Ecole de Sages-Femmes de Nantes.

A toutes les patientes, les médecins, et les sages-femmes qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires.

A tous les étudiants de la promotion et à ces 4 années passées ensemble.

A ma famille, mes amis.

ABREVIATIONS UTILISEES

ANESTH : Anesthésistes

APD : Anesthésie Péridurale

ASA : American Society of Anesthesiology.

CARO : Club Anesthésie-Réanimation en Obstétrique.

CNEMM : Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle.

FDR : Facteur De Risque.

G-O : Gynécologues-Obstétriciens.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

OMS : Organisation Mondial de la Santé

SFAR : Société Française d'Anesthésie

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

S-F : Sages-Femmes

VVP : Voie Veineuse Périphérique

Sommaire

Introduction	1
A. Généralités	2
I. Le syndrome de Mendelson	2
I. 1. Les travaux de Mendelson	2
I. 2. Définition	3
I. 3. Données épidémiologiques	3
I. 4. Les facteurs de risques	4
I. 5. Prévenir le syndrome de Mendelson	6
II. Le jeûne pendant le travail : avantages et inconvénients	7
II. 1. Acidité et volume gastrique	7
II. 2. L'acidose métabolique	7
II. 3. La fatigue maternelle et l'issue obstétricale	8
II. 4. Le stress	9
II. 5. Les conséquences du jeûne sur le fœtus	9
III. Boire et manger pendant le travail : avantages et inconvénients	9
III. 1. Volume et acidité gastrique	9
III. 2. Effets des apports oraux sur le métabolisme maternel	10
III. 3. Boire et manger pendant le travail, une influence sur l'issue obstétricale et l'adaptation du nouveau né à la vie extra-utérine ?	11
III. 4. Impact des apports oraux sur les vomissements	13
IV. L'apport de glucose par voie parentérale	13
V. Pratiques au delà des frontières	14
VI. Les recommandations	15
B. Première étude	17
I. Description de l'étude	17
I. 1. Objectifs	17
I. 2. Hypothèses	17
II. Population	17

III. Méthode	18
III. 1. Support de l'étude	18
III. 2. Analyse des données	18
IV. Présentation et analyse des résultats.....	19
IV. 1. Modalités d'accouchement des patientes	19
IV. 2. Information des femmes concernant le jeûne du per-partum.....	20
IV. 3. Sensation et ressenti des femmes concernant la soif et la faim	20
IV. 4. Les apports liquidiens	21
IV. 5. Les apports solides	22
IV. 6. Nausées et vomissements	23
IV. 7. Ressenti et besoin des femmes en présence et en absence d'apports.....	23
IV. 8. Explications données aux femmes lors d'un refus d'apports oraux	24
C. Deuxième étude.....	25
I. Description de l'étude.....	25
I. 1. Objectifs.....	25
I. 2. Hypothèses.....	25
II. Population	26
III. Méthode	28
III. 1. Support de l'étude	28
III. 2. Saisie et analyse des données.....	28
IV. Présentation et analyse des résultats en fonction de la profession.....	29
IV. 1. Les apports pour une patiente en début de travail ou dans l'expectative suite à une rupture des membranes ou à une maturation.	29
IV. 2. Les apports pour une patiente en phase active du travail.....	31
IV. 3. Les apports pour une patiente en post-partum immédiat.....	34
IV. 4. Les arguments en faveur du jeûne.....	36
IV. 5. Les arguments en faveur de l'hydratation et de l'alimentation par voie orale ...	36
IV. 6. Délivrance des apports et pratiques des professionnels.....	37
IV. 7. Les apports par voie parentérale au cours du travail.....	37
IV. 8. Information des patientes concernant le jeûne au cours du travail et dans le post-partum immédiat.....	38

IV. 9. Connaissance et application des recommandations des sociétés savantes par les professionnels	38
V. Présentation et analyse des résultats en fonction du type de maternité	39
V. 1. Les apports pour une patiente en début de travail ou dans l'expectative suite à une rupture des membranes ou une maturation	39
V. 2. Les apports pour une patiente en phase active du travail.....	41
V. 3. Les apports pour une patiente en post-partum immédiat.....	44
V. 4. Les arguments en faveur du jeûne.....	46
V. 5. Les arguments en faveur de l'hydratation et de l'alimentation par voie orale	46
V. 6. Délivrance des apports et pratiques des professionnels.....	47
V. 7. Les apports par voie parentérale au cours du travail	48
V. 8. Information des patientes concernant le jeûne au cours du travail et dans le post-partum immédiat.....	49
V. 9. Connaissance et application des recommandations des sociétés savantes par les professionnels	49
D. Discussion	51
I. Confort et ressenti des patientes	51
II. Les apports aux patientes en Loire-Atlantique.....	52
III. L'information des patientes	54
IV. Pour ou contre le jeûne, pour quelles raisons ?	56
V. Le changement des pratiques	57
E. Place de la sage-femme	59
Conclusion	60
BIBLIOGRAPHIE	61
Annexe 1 : Questionnaire destiné aux patientes	65
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux professionnels.....	67

Introduction

Avant les années 1940, la question de l'alimentation des femmes pendant le travail ne se posait pas, certains aliments étaient même prescrits pour accélérer le travail. A la suite des travaux de Mendelson, le dogme du jeûne strict s'est imposé dans les salles de naissance du monde entier, afin de prévenir le risque d'inhalation du contenu gastrique en cas d'anesthésie générale. Aujourd'hui les progrès en anesthésie ont permis le développement de l'anesthésie locorégionale, limitant le nombre d'anesthésies générales ; de plus, certains travaux ont montré que le jeûne pouvait avoir des conséquences non négligeables sur l'issue obstétricale, sur la mère et sur le fœtus. Déjà raisonnablement abandonnée dans de nombreux pays européens, la pratique du jeûne est remise en question par les sociétés savantes, qui tendent à autoriser la prise de boissons non particulières.

Cependant, au cours de mes stages en salle de naissance, j'ai pu observer que les avis et les pratiques divergent. Que répondre à cette question si fréquente « Est-ce-que je peux boire ? ». Malgré la présence d'un protocole écrit dans certaines maternités, les hésitations persistent. Afin de mieux comprendre ces réticences, nous nous sommes intéressés aux avantages et aux inconvénients du jeûne et des apports oraux. Après avoir interrogé les femmes sur leur vécu des restrictions hydriques et/ou alimentaires, au cours du travail, nous nous sommes intéressés aux pratiques des anesthésistes, des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes intervenant en salles de naissance, dans les différentes maternités de Loire-Atlantique. Ces résultats nous ont permis également d'évaluer les pratiques dans les différents types de maternité. Par ailleurs nous avons réfléchi à la façon dont nous pouvions faire évoluer les pratiques d'un service, tout en limitant les résistances.

A. Généralités

I. Le syndrome de Mendelson

I. 1. Les travaux de Mendelson

Dans son article intitulé "*The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia*", publié en 1946, dans l'*American Journal of Obstetric and Gynecology*, le Dr C. Mendelson, obstétricien, conclut que l'augmentation du taux de morbidité et de mortalité maternelle lors d'une anesthésie générale, n'est pas la conséquence d'infections nosocomiales, mais résulterait de l'inhalation du contenu gastrique acide.

Au détour d'une étude rétrospective de 44 016 dossiers de femmes ayant donné naissance entre 1932 et 1945, il retrouve 66 cas présentant une inhalation du contenu gastrique, soit 0,15%. Parmi ces 66 femmes, 5 ont inhalé des éléments solides, et 2 d'entre elles sont décédées. Les 61 autres ont présenté des lésions de gravité moyenne. Les symptômes cliniques retrouvés sont la tachycardie, la dyspnée, la cyanose, la fièvre, voire, parfois, l'œdème pulmonaire et l'insuffisance cardiaque.

Afin de confirmer son hypothèse selon laquelle, le contenu gastrique serait responsable de ce syndrome, Mendelson a instillé, dans des poumons de lapins, des aliments solides non digérés, du vomi acide et du vomi neutre, provenant de femme enceinte. Il constate alors qu'une obstruction est provoquée par les aliments solides, et que les symptômes engendrés par le vomi acide sont comparables à ceux observés chez les humains. D'autre part, les lapins ayant reçu du vomi neutre, ont présenté une phase de respiration difficile, avec un retour à la normale dans un délai de courte durée [1].

Par ailleurs, les radiographies des poumons de lapin montrent des lésions semblables à celles constatées sur les radiographies des patientes.

En réponse à ces observations, Mendelson émet, dans son article, des recommandations pour prévenir ce syndrome :

- Refuser toute alimentation orale pendant le travail obstétrical.
- Préférer l'anesthésie locorégionale à l'anesthésie générale.
- Alcaliniser le contenu gastrique
- Vider l'estomac avant une anesthésie générale.
- Présence d'un anesthésiste qualifié

Ces pratiques sont rapidement appliquées dans les hôpitaux des Etats-Unis et d'Europe.

I. 2. Définition

Le syndrome de Mendelson correspond à l'inhalation du contenu gastrique dans l'arbre trachéo-bronchique, suite à des régurgitations ou des vomissements. Pneumopathie redoutée par les médecins anesthésistes, ses mécanismes et sa physiopathologie sont aujourd'hui bien connus : lors d'une anesthésie générale, les agents anesthésiques utilisés dépriment les mécanismes protecteurs des voies aériennes supérieures, en agissant sur les centres nerveux qui les régulent. Le liquide gastrique, très acide, entraîne des lésions de la membrane alvéolocapillaire, à type de brûlures chimiques, suivies d'une réaction inflammatoire. Cet accident se traduit par des tableaux cliniques divers, allant de la simple toux, jusqu'au syndrome de détresse respiratoire aigu, pouvant entraîner le décès de la patiente. Le contenu inhalé n'est pas insignifiant, en effet, plus l'acidité est importante, plus l'agression de l'endothélium pulmonaire est sévère. De même, la présence de particules solides aggrave cette complication, provoquant une obstruction plus haute.

I. 3. Données épidémiologiques

Selon les enquêtes nationales périnatales de 1998 et 2010, nous observons une augmentation du taux de césarienne (19,1% en 1998 et 21% en 2012) alors que le taux d'anesthésies générales ne cesse de diminuer au cours de cette période (2,6% en 1998 et 1,2% en 2010) [2][3].

D'après le rapport du CNEMM¹, un seul décès maternel lié à une anesthésie a été répertorié sur la période de 1999-2001 [4]. La cause du décès est une inhalation du contenu gastrique avec un syndrome de Mendelson, dans un contexte d'intubation difficile. L'anesthésie générale a eu lieu en urgence, pour un hématome rétro placentaire avec hypoxie fœtale. Cette patiente présentait comme facteur de risque une surcharge pondérale modérée. Par rapport au nombre d'accouchements répertoriés sur cette période (1999-2001), cette incidence reste très faible (environ 0,5 pour 1 million).

Dans un contexte d'anesthésie générale en urgence (où le patient est considéré comme « estomac plein »), le risque d'inhalation est multiplié par quatre par rapport à l'anesthésie programmée [5].

Le syndrome de Mendelson peut survenir en anesthésie mais également en réanimation. Sur la période de 2001-2006, le rapport du CNEMM recense 5 décès liés à l'anesthésie (soit un taux d'environ 0,14 / 100000 naissances vivantes), l'un d'entre eux fait suite à un syndrome de Mendelson [6]. Il s'agit d'une multipare ayant accouché par les voies naturelles, à terme, avec une analgésie péridurale. Dans le post-partum, une

¹ Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle.

importante hémorragie de la délivrance entraîne une hystérectomie d'hémostase sous anesthésie générale. Dans les suites, une incompetence myocardique nécessite une assistance ventriculaire gauche. La patiente est sevrée de cette assistance à J20 mais reste intubée, ventilée. Elle s'extube lors d'une période d'agitation, la ré-intubation est difficile et la patiente décède d'une inhalation du contenu gastrique.

I. 4. Les facteurs de risques

Les patientes considérées comme plus à risque d'inhalation sont celles dont le volume gastrique est supérieur à 25 ml (ou 0,4 ml/Kg) et dont le contenu a un pH inférieur à 2,5, au moment de l'accouchement [7]. Le risque est d'autant plus présent que la femme est obèse, ou diabétique, ou qu'elle présente des signes d'intubation difficile.

I. 4. a La grossesse

Les modifications gastro-intestinales physiologiques au cours de la grossesse placent la gestante dans une population plus à risque d'inhalation.

La sécrétion de progestérone engendre une diminution de la motricité gastro-intestinale, du fait de son action sur les muscles lisses. Le ralentissement des mouvements gastriques ainsi que la baisse de leur amplitude se traduisent par une réduction de la vitesse de vidange gastrique. D'autre part, la sécrétion de gastrine placentaire augmente le volume et l'acidité du liquide gastrique ; cette sécrétion s'accroît précocement et régulièrement au cours de la grossesse, pour atteindre son maximum au moment de l'accouchement, ainsi la femme enceinte est considérée comme un « estomac plein » dès 15 semaines d'aménorrhée. Par ailleurs, le péristaltisme œsophagien et le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage diminuent, favorisant le reflux gastro-œsophagien. Ce reflux est également provoqué par l'utérus gravide qui, refoulant l'estomac et le duodénum, augmente la pression intra gastrique et provoque l'ouverture de l'angle cardiotubérositaire.

Lors du travail, la douleur déclenchée par les contractions utérines, le stress et les morphiniques parfois administrés ralentissent la vidange gastrique augmentant le risque d'inhalation.

Enfin, dans le post-partum, il convient de poursuivre l'application des mesures préventives dans les 48 premières heures.

I. 4. b L'obésité

L'obésité est un problème majeur de santé publique. Selon l'enquête de périnatalité 2010, l'obésité est en nette augmentation, en France, depuis 2003 : 17,3 % des femmes ont un surpoids (IMC>25) en 2010, contre 15,4% en 2003, et 9,9% sont obèses (IMC>30) contre 7,5% en 2003 [3][8].

Tant sur le plan obstétrical qu'anesthésique, les complications sont plus fréquentes chez les personnes obèses. Le taux de césariennes est multiplié par deux voir trois chez ces patientes, et les anesthésistes peuvent rencontrer de nombreux problèmes techniques lors de la prise en charge de celles-ci, tels que l'accessibilité veineuse, l'installation adéquate sur la table d'opération, la difficulté de l'intubation et le maintien d'une ventilation efficace. Le risque d'inhalation bronchique est également augmenté en raison de l'augmentation des pressions abdominales [9]. Une étude américaine a montré qu'il existe une augmentation significative du volume gastrique chez les personnes pesant plus de 72 kg [7]. Cependant, une autre étude américaine retrouvait que la vidange gastrique de l'eau n'était pas retardée par la prise de 300 ml d'eau, par rapport à 50 ml, chez les femmes obèses à terme (IMC moyen 41 ± 9 kg/m²) [10].

Par ailleurs, l'excès de poids peut également compliquer la pose d'une anesthésie locorégionale : le palper recherchant les repères anatomiques ainsi que le guidage de l'aiguille sont plus difficiles [9].

I. 4. c Le diabète

Outre les complications métaboliques possibles au cours d'une anesthésie, le risque d'inhalation du contenu gastrique est plus élevé du fait d'une gastroparésie chez le diabétique, de même que le risque d'intubation difficile [11].

I. 4. d Les difficultés d'intubation

L'intubation systématique est un des moyens de prévention du syndrome de Mendelson. La consultation d'anesthésie réalisée au cours de la grossesse permet, à l'aide de différents critères, de cibler les patientes où l'intubation pourra s'avérer difficile.

I. 5. Prévenir le syndrome de Mendelson

Outre le jeûne strict pendant le travail, recommandé par Mendelson, à la suite de ses travaux en 1946, il existe plusieurs moyens de prévention du syndrome d'inhalation bronchique.

Le risque d'inhalation bronchique se produit en cas d'anesthésie générale. Favoriser les techniques d'anesthésie locorégionale, constitue une prévention primaire, en évitant la survenue de ce syndrome. Les enquêtes nationales périnatales révèlent la croissance de cette pratique en salle de naissance. En effet, en 2010, 70% des patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale, contre 62,6% en 2003 [3][8]. L'analgésie péridurale permet d'effectuer la plupart des actes nécessaires si une complication survient au cours du travail nécessitant, par exemple, une extraction instrumentale ou chirurgicale, comme dans le post-partum immédiat, pour la réalisation d'une délivrance artificielle ou d'une révision utérine.

La rachi-anesthésie est la technique d'anesthésie locorégionale recommandée, en l'absence de contre-indications, comme alternative à l'anesthésie générale, dans le cas d'une urgence relative (cas où l'état maternel et fœtal peuvent supporter un délai d'action supérieur à 10min) ou pour une césarienne programmée. En 2010, 11,4% des parturientes ont profité de ce type d'anesthésie [3].

Le nombre d'anesthésies générales décroît progressivement et concerne 1,2% des femmes en 2010 [3]. Lorsqu'une complication met en jeu le pronostic vital maternel ou fœtal, l'anesthésie générale doit être privilégiée afin d'agir rapidement. Dans ce cas, certaines mesures de précautions sont recommandées pour limiter la survenue du syndrome de Mendelson. Il est préconisé de réaliser une induction à séquence rapide au thiopental, qui, en plus d'avoir un délai d'action rapide, déprime les réflexes pharyngo-laryngés. Une intubation oro-trachéale sera systématiquement pratiquée. Le curare utilisé en première intention est la succinylcholine, il offre une exposition de la glotte, dans un délai court. La manœuvre de Sellick qui consiste en une pression exercée sur le cartilage cricoïde, empêchant les régurgitations en rendant l'œsophage « imperméable » à tout reflux accompagnera l'intubation orotrachéale. Cette manœuvre a été récemment remise en cause. Souvent mal effectuée avec une pression insuffisante, elle pourrait également entraîner un relâchement du sphincter inférieur de l'œsophage ; Elle reste cependant recommandée [5][12].

L'utilisation d'anti-acide permet d'augmenter le pH du contenu de l'estomac, afin de diminuer la prévalence des lésions pulmonaires. Les molécules les plus administrées (la cimétidine et la ranitidine) sont des antagonistes des récepteurs H₂ de la cellule pariétale gastrique, elles augmentent le pH et réduisent le volume gastrique. Sous forme effervescente, ces molécules sont associées au citrate de sodium leur permettant ainsi d'être efficace dans un bref délai [5] [12].

La consultation d'anesthésie réalisée en fin de grossesse est également importante pour dépister les patientes à risque (analgésique, allergiques, d'intubation difficile,...) et d'apprécier la faisabilité d'une analgésie locorégionale ou sa contre-indication.

II. Le jeûne pendant le travail : avantages et inconvénients

Suite aux travaux de Mendelson en 1946, la règle du jeûne strict s'est imposée en salle de naissance. En effet, il permet de prévenir la survenue d'une inhalation du contenu gastrique lors d'un éventuel geste sous anesthésie générale, en limitant le volume gastrique et la présence d'éléments solides.

Aujourd'hui, les pratiques ont tendance à évoluer, imputant au jeûne des conséquences non négligeables sur le plan maternel, fœtal et obstétrical.

II. 1. Acidité et volume gastrique

En 1992, Carp, Jayaram et Stoll ont étudié de manière non invasive le contenu gastrique de 39 patientes en phase active du travail. Les échographies, réalisées à différents temps après le dernier repas, ont montré la présence d'aliments solides dans l'estomac après 8 à 24h de jeûne, chez 16 parturientes (soit 41%) [13].

En raison des modifications physiologiques de la grossesse sur la vidange gastrique, le jeûne n'assurerait pas la vacuité gastrique.

D'autre part, chez l'Homme, la nourriture aurait un effet tampon, expliquant une augmentation du pH gastrique en période postprandiale (pH =3-4) par rapport au sujet à jeun (pH <1-3). De plus, nous avons vu que l'augmentation de la gastrine placentaire au cours de la grossesse augmentait le volume et l'acidité gastrique.

Le jeûne diminue sans doute le contenu de l'estomac, mais augmentant l'acidité gastrique, il majore le risque de morbidité en cas d'inhalation.

II. 2. L'acidose métabolique

Le travail obstétrical, souvent comparé à un marathon, est associé à une augmentation de la demande énergétique et de la demande en oxygène. En effet, cette dernière augmente de 40 % pendant la phase de dilatation et de 75 % durant les efforts expulsifs. On observe également une réaction de stress avec un accroissement de la sécrétion de cortisol et d'adrénaline. L'absence d'apports glucidiques induite par le jeûne,

entraîne une néoglucogenèse chez la parturiente. Si le travail se prolonge, la néoglucogenèse devient alors insuffisante. La voie oxydative utilise, ainsi, les lipides pour fournir de l'énergie. La lipolyse provoque la libération d'acides gras et donc la synthèse de corps cétoniques. Du fait de l'importante demande en oxygène, la voie non oxydative est accélérée entraînant l'augmentation de la concentration des lactates maternels.

Il existe donc un certain degré d'acidose métabolique chez les parturientes ; celle-ci étant plus marquée en deuxième phase du travail.

Cette acidose est moindre chez la parturiente possédant une analgésie péridurale puisque la douleur est atténuée.

II. 3. La fatigue maternelle et l'issue obstétricale

Le travail est considéré comme un véritable effort. Ainsi, en 1996, Dr Hazle a pu mettre en évidence des similitudes physiologiques entre la parturiente et l'athlète [14]. Cependant, la femme en travail, notamment la nullipare, n'a jamais eu d'entraînement à cet effort. De plus, il est conseillé aux sportifs de haut niveau d'avoir une alimentation riche en hydrates de carbone et pauvre en graisse, ainsi que de boire une quantité importante de liquide avant et pendant l'effort. L'apport d'hydrates de carbone ralentirait la survenue de la fatigue en augmentant la production d'énergie. Ainsi, le jeûne serait en partie responsable de l'apparition de la fatigue maternelle.

Quant à l'issue obstétricale et néonatale, une étude réalisée par Ludka, en 1987, à l'hôpital du Bronx à New York montre qu'en 10 ans et 20 000 naissances, aucun cas d'inhalation n'a été signalé alors que les femmes sont autorisées à boire et à manger si elles le souhaitent. Pendant 6 mois cette possibilité a été interrompue. Durant ce laps de temps, ils ont eu leur premier cas d'inhalation, le nombre d'extractions instrumentales a augmenté de 35% et le nombre de césariennes de 38%. Le nombre d'accouchement par les voies naturelles chez des patientes ayant un utérus uni-cicatriciel a diminué de 37%. Le transfert des nouveau-nés en unité de soins intensifs a augmenté parallèlement de 69%, et les accélérations chimiques du travail ont été multipliées par 5 [15].

En 1999, aux Pays-Bas, Scheeper et Essed ont mené une enquête sur 211 patientes, réparties en deux groupes, le premier devant rester à jeun, le deuxième étant autorisé à boire des boissons caloriques. Au terme de cette étude, l'équipe a pu conclure qu'il existerait un lien entre le manque d'apports caloriques et l'augmentation du taux d'extractions instrumentales au détroit moyen. En effet, le taux d'extractions instrumentales pour non progression au détroit moyen était de 24%, chez les patientes du premier groupe, alors qu'il était de 12,5% chez celles du second groupe [16].

Ainsi, nous pouvons penser qu'un défaut d'apport glucidique entraîne une fatigue maternelle. Cette asthénie limiterait les capacités de poussée lors des efforts expulsifs, expliquant ainsi, cette augmentation du nombre d'extraction instrumentale chez les parturientes à jeun.

II. 4. Le stress

Peu d'études s'intéressent au retentissement du jeûne sur le bien-être maternel. En 1986, Simkin a mené une étude sur 159 primipares. La restriction des apports pendant le travail entraîne un stress modéré à majeur pour 27% d'entre elles pour les apports solides et 57% d'entre elles pour les apports liquidiens, déclarant que «l'expérience la plus désagréable avait été de se voir refuser toute alimentation » [17] [18].

Par ailleurs, le stress serait un facteur favorisant l'hyperacidité gastrique, or un pH gastrique plus acide serait un facteur aggravant des lésions pulmonaires en cas d'inhalation du contenu de l'estomac.

II. 5. Les conséquences du jeûne sur le fœtus

Pour le fœtus, la seule source de glucose provient du glucose maternel, il n'est pas capable de réaliser une néoglucogenèse. Il existe une corrélation linéaire entre les taux de glucose maternel et fœtal, pour des valeurs maternelles supérieures à 3 mmol/L. Un transporteur permet le passage du glucose par diffusion facilitée. Le fœtus ne reçoit qu'une petite portion, de l'ordre de 5 mg/kg/min (poids fœtal) lorsque les taux maternels sont normaux ; le reste est utilisé par le placenta [19].

Lors d'un jeûne maternel, le métabolisme fœtal des corps cétoniques, notamment des bêtahydroxybutyrates, peut compenser le défaut d'apport glucidique. Le prélèvement fœtal des acides aminés ne change pas mais il existe une protéolyse plus importante [19].

III. Boire et manger pendant le travail : avantages et inconvénients

III. 1. Volume et acidité gastrique

En 1999, Scrutton et al ont réalisé une étude sur 94 patientes (primipares, à terme, avec un fœtus unique, sans facteurs de risque, en début de travail) afin d'évaluer l'effet d'un repas léger (biscottes, thé, chocolat chaud, fromage,..) sur le volume gastrique. Le premier groupe, composé de 48 patientes, était autorisé à manger, l'autre groupe ne pouvait boire que de l'eau. Une échographie a permis d'estimer le volume gastrique. Elle

a été réalisée en position assise, une heure après l'accouchement. Le volume gastrique des patientes ayant mangé était significativement plus important que celui des parturientes n'ayant bu que de l'eau ($p=0,001$). Aucun cas d'inhalation n'a été répertorié [20].

En 2002, l'équipe de Kubli a souhaité estimer l'impact de la prise de boissons isotoniques pour sportifs sur le volume gastrique. Soixante patientes ont participé à l'étude, elles étaient sélectionnées sur les mêmes critères que précédemment. Le protocole encourageait les femmes à boire 500 ml de boisson la première heure, puis 500 ml toutes les 3-4 heures. Pour les patientes du groupe témoin (ne buvant que de l'eau), la quantité n'était pas limitée. La quantité de boisson isotonique bue (925 ml) est significativement plus importante que celle d'eau (478 ml), $p=0,001$. L'échographie réalisée 45 minutes après l'accouchement, n'a pas montré de différence significative du volume gastrique entre les deux groupes [21].

Nous avons vu précédemment que l'alimentation jouait un rôle tampon en augmentant le pH gastrique ($\text{pH} = 3-4$ en postprandial). En revanche, les boissons gazeuses sont déconseillées pour réduire l'acidité gastrique.

Ainsi les aliments solides restent déconseillés. Augmentant le volume gastrique, ils ne répondent pas à la prévention du syndrome de Mendelson. Néanmoins, l'apport d'eau ou de boissons isotoniques permettrait de satisfaire les besoins énergétiques et le confort maternel, tout en prévenant la survenue d'une inhalation du contenu gastrique.

III. 2. Effets des apports oraux sur le métabolisme maternel

Nous avons vu, précédemment, que le jeûne au cours du travail pouvait induire un certain degré d'acidose métabolique chez les parturientes.

Dans leur travail s'intéressant à l'impact d'un repas léger sur différents paramètres materno-fœtaux, l'équipe de Scrutton a évalué le profil métabolique des femmes en début puis en fin de travail. Alors qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes à l'entrée, l'équipe a montré qu'un apport alimentaire permettait de prévenir l'augmentation des corps cétoniques et acides gras libres. La glycémie et l'insulinémie maternelle étaient plus élevées dans le groupe des patientes ayant mangé. Cependant il n'y avait pas de différence significative concernant le taux de lactates maternels [20].

Les résultats de l'étude de Kubli, évaluant les effets de la prise d'une boisson isotonique pour sportif, montrent une augmentation significative des β -hydroxybutyrates et des acides gras non estérifiés en fin de première phase du travail, ainsi qu'une baisse significative de la glycémie chez les patientes n'ayant bu que de l'eau. Dans le groupe

ayant consommé la boisson isotonique, les β -hydroxybutyrates ont diminué entre l'entrée en travail et la fin de la première phase du travail. Le taux d'acides gras non estérifiés et la glycémie maternelle sont restés inchangés [21].

Les boissons isotoniques, pourraient être une alternative aux aliments solides. Elles préviennent l'acidose métabolique sans augmenter le risque d'inhalation du contenu gastrique.

III. 3. Boire et manger pendant le travail, une influence sur l'issue obstétricale et l'adaptation du nouveau né à la vie extra-utérine ?

Reprenons l'étude de Scrutton et al de 1999 évaluant l'impact d'une alimentation légère pendant le travail. Les résultats n'ont montré aucune différence significative concernant, la durée du travail et l'utilisation de l'ocytocine, le mode d'accouchement ou encore le score d'Apgar des nouveau-nés, et les pH artériel et veineux prélevés au cordon [20]. Les mêmes résultats ressortent de l'étude estimant les effets des boissons isotoniques pour sportifs sur le travail, l'accouchement et l'état des nouveau-nés, réalisée en 2002 par Kubli et ses collègues [21].

En 2009, l'équipe d'O'Sullivan a réalisé une étude chez 2426 nullipares non-diabétiques, à terme, en travail avec une dilatation inférieure à 6 cm, portant un fœtus unique en présentation céphalique, à l'hôpital de Londres (les critères d'inclusion semblent similaires de ceux de l'étude de Scrutton et al [20] et ceux de Kubli et al [21]). Elle montre qu'une alimentation légère autorisée aux parturientes n'a pas influencé l'issue obstétricale (pas de différence significative du nombre d'extractions instrumentales ou de césariennes), la durée du travail ou l'utilisation d'ocytocine pour diriger le travail, par rapport aux femmes n'ayant bu que de l'eau. L'issue néonatale est également semblable dans les deux groupes, avec un score d'Apgar et un taux d'admission en unité de néonatalogie équivalent [22].

En 2005, Tranmer et al se sont intéressés à l'impact d'une alimentation non-limitée pendant le travail sur l'incidence de la dystocie. Trois-cent-vingt-huit patientes étaient concernées par cette étude, 163 étaient encouragées à manger selon leur envie et 165 avaient le droit de consommer de l'eau ou des glaçons. Les apports devenaient interdits lorsqu'une complication intra-partum survenait ou qu'une analgésie péridurale était posée. La dystocie a été définie comme une progression de la dilatation de 0,5 cm par heure pendant 4 heures, à partir de 3cm de dilatation cervicale. Des résultats comparables ont été retrouvés dans les deux groupes. Boire et manger pendant le travail ne semble pas

avoir un impact sur l'incidence de la dystocie, la survenue d'une complication maternelle ou néonatale [23].

D'autre part, en 2006 et 2007, Parsons et al ont mené deux études comparatives s'intéressant au retentissement d'une alimentation solide sur la durée du travail et l'issue obstétricale, dans quatre hôpitaux de Sydney. La première étude concernait 176 nullipares avec une grossesse à bas risque. Quatre-vingt-deux patientes ont volontairement mangé pendant la phase latente du début de travail, et 94 ont préféré ne consommer que des liquides clairs. La durée de travail était allongée (+ 2,35 heures) chez les patientes ayant mangé [24]. La seconde étude comptait 217 nullipares avec une grossesse à bas risque. Quatre-vingt-deux patientes ont mangé en début de travail, 10 en phase active du travail, 31 en début et en phase active du travail et 94 n'ont bu que des liquides clairs. Le travail des patientes ayant mangé a été comparé à celui des patientes ayant bu. Comme dans la première étude, la durée de travail était allongée chez les patientes ayant mangé en début de travail ou en début et phase active du travail (respectivement + 2,16 heures et + 3,5 heures) [25]. L'alimentation pendant le travail majorerait la durée de celui-ci, cependant ces deux études n'ont montré aucune différence significative quant à la médicalisation du travail ou de l'issue obstétricale.

En 2012, Rahmani et al publient un travail s'intéressant à l'impact d'apports glucidiques sur la durée du travail. Cette étude comptait 190 patientes à terme, avec un singleton en présentation céphalique, une dilatation cervicale à 3-4cm et ne présentant pas de facteurs de risque. Quatre-vingt-sept patientes composaient le groupe « interventionnel », selon leur préférence, elles pouvaient prendre 3 dattes + 110 ml d'eau, 3 dattes + 110 ml de thé sans sucre ou 110 ml de jus d'orange. Le protocole a été mené une seule fois mais les parturientes ont pu boire et manger avant la deuxième phase du travail. Le groupe « contrôle » était à jeun. La quantité moyenne de calories consommées pendant l'accouchement était d'environ 44 kcal/h. Les résultats ont montré une différence significative de la durée du travail chez les patientes du groupe « interventionnel », celui-ci était plus court. D'autre part, les autres phases du travail, l'utilisation d'ocytocine, le recours à l'anesthésie péridurale, le mode d'accouchement et le score d'Apgar des nouveau-nés à 1 et 5 minutes de vie étaient comparables dans les deux groupes [26].

Les quatre premiers travaux présentent des résultats semblables, montrant qu'une alimentation légère ou la consommation de boissons isotoniques n'ont pas de retentissement sur la durée du travail, la survenue d'une dystocie, le mode

d'accouchement ou encore l'issue maternelle et néonatale. Cependant, les deux dernières études présentent des résultats hétérogènes concernant la durée du travail.

III. 4. Impact des apports oraux sur les vomissements

Les résultats des études s'intéressant à l'influence de l'alimentation et de l'hydratation orale pendant le travail sur les vomissements sont inhomogènes.

Dans les études citées précédemment, Scrutton et Kubli ont également évalué l'effet d'un repas léger ou d'une boisson isotonique pour sportifs sur les vomissements. Dans le groupe ayant pu manger un repas léger, les vomissements étaient 2 fois plus fréquents et leurs volumes étaient 3 fois plus importants ($p=0,001$) et montraient des débris alimentaires non digérés, par rapport au groupe n'ayant bu que de l'eau [20]. Quant au groupe ayant bu des boissons isotoniques, la fréquence et le volume des vomissements étaient similaires à ceux du groupe n'ayant bu que de l'eau [21].

Reprenons l'étude menée par O'Sullivan et al, en 2009, sur 2426 primipares à terme, avec un fœtus unique en présentation céphalique, se présentant en début de travail. Parmi elles, 1219 patientes pouvaient manger et 1207 n'avaient le droit de boire que de l'eau. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes, concernant la survenue de vomissements [22].

En 1993, O'Reilly et al ont donné le choix à 106 patientes, ayant une grossesse à bas risque, du type et de la quantité des apports au cours des différentes phases du travail. 80% des patientes ayant bu ou mangé n'ont pas eu de vomissements. Parmi les 20% ayant eu des vomissements, 40% ont vomi plus d'une fois. Les vomissements étaient plus fréquent chez les femmes ayant mangé, que chez celle ayant bu. Néanmoins, aucune relation n'a été retrouvée entre la quantité ingérée et les vomissements. Aucune patiente ayant vomi n'a eu de complication [27].

IV. L'apport de glucose par voie parentérale

Une hyperglycémie maternelle entraîne une hyperglycémie fœtale et donc une hyperinsulinémie fœtale, provoquant un risque d'hypoglycémie.

L'administration d'une haute dose de glucose par voie intraveineuse entraînerait une hyperglycémie maternelle et une augmentation des taux maternel et fœtal d'acide lactique, responsables d'une acidose métabolique.

Cette acidose n'est pas observée lorsque les apports intraveineux de glucose sont minimes, ou que la patiente s'alimente par voie orale, car ils ne provoquent pas d'hyperglycémie maternelle [28].

Une étude de Fisher et Huddleston, en 1997, montre qu'une perfusion de Ringer Lactate contenant du glucose 5%, améliore le pH au cordon ombilical, par rapport à une perfusion de Ringer Lactate seule [29].

V. Pratiques au delà des frontières

En 1998, Hawkins et al ont réalisé une enquête sur les politiques d'apports oraux pendant le travail, aux Etats-Unis. Des questionnaires (2265) ont été distribués aux chefs des services d'anesthésie et d'obstétrique, de 740 hôpitaux américains. Sur les 902 réponses, 419 provenaient d'obstétriciens et 401 d'anesthésistes. Les résultats ont montré que les apports étaient limités aux liquides clairs, ceux-ci étant significativement plus proposés pendant la phase latente, dans les maternités avec moins d'accouchements, par rapport aux maternités avec un nombre important d'accouchement. Les apports de liquides non clairs ou d'aliments solides sont rares, quelque soit la phase du travail ou la taille de la maternité (8% des hôpitaux en phase latente et 0% en phase active du travail). De même la politique du « nothing-per-os » est pratiquée par 6% des maternités pendant la phase latente du travail et 18% des établissements en phase active du travail [30].

Michael et al ont mené, en 1991, une étude sur les politiques de consommation orale pendant le travail dans 383 maternités d'Angleterre et du Pays de Galles. Sur les 351 maternités ayant répondu, 279 (79,5%) ont un protocole écrit concernant les apports oraux. Parmi elles, 268 (96,4%) autorisent les apports, dont 32,8% permettent les liquides et les solides (86,2% des ces centres sélectionnent, alors, les patientes pouvant s'alimenter). 68,3% des 268 maternités autorisant les apports sélectionnent les patientes pouvant boire ou manger, celles qui ne choisissent pas les patientes proposent uniquement de l'eau pour 78,8%, et de l'eau ou des aliments solides pour 21,2% d'entre elles [31].

En Australie, Parsons et al, ont interrogé 109 maternités de la Nouvelle-Galles du Sud quant à leurs pratiques concernant les apports per os. Un protocole écrit est présent dans 13,8% des maternités. Cependant 60,4% des établissements laissent la question des apports oraux à la discrétion des parturientes, à condition qu'elles n'aient pas de risque accru d'avoir une anesthésie générale [32].

Un sondage mené auprès des sages-femmes et des obstétriciens des Pays-Bas, par Scheepers et al, montre que 20% des sages-femmes et 14% des obstétriciens ont une pratique restrictive, pour un travail normal. Néanmoins, près de 75% des praticiens laissent les patientes prendre la décision de s'alimenter ou non [33].

En dépit d'une politique non-restrictive aux Pays-Bas, la mortalité des femmes due au syndrome de Mendelson n'est pas plus élevée qu'au Etats-Unis ou en Angleterre, où une politique restrictive est suivie. Sur la période de 1983 à 1992, le taux de décès liés à une inhalation du contenu gastrique était de 0,018 /1000 césariennes, ou 0,001 / 1000 accouchements, aux Pays-Bas [34].

VI. Les recommandations

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

En 1997, dans son guide pratique des soins liés à un accouchement normal, l'OMS recommande de ne pas aller à l'encontre du souhait de la patiente de s'alimenter ou de boire pendant le travail, lorsque celui-ci reste à bas risque d'anesthésie générale [35].

En 2009, l'OMS publie un guide des pratiques essentielles des soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale. Dans ce guide, l'OMS préconise l'encouragement des femmes à boire et à manger à leur convenance pendant le travail, avec une attention toute particulière pour les femmes visiblement très amaigries ou présentant une fatigue importante. Elle rappelle également l'importance des boissons énergétiques, et leur intérêt même en fin de travail [36].

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) :

Dans ses recommandations de 2006, la SFAR stipule : « la femme en travail bénéficiant d'une analgésie péri-médullaire peut-être autorisée à absorber des liquides non particuliers (grade B) sauf en cas de diabète, d'obésité morbide, ou de césarienne prévisible ». Néanmoins, elle ne donne d'indications ni pour le volume autorisé, ni pour l'apport d'aliments solides [37].

American Society of Anesthesiology (ASA):

En 2007, dans ses directives pour la pratique de l'anesthésie en obstétrique, l'ASA émet des recommandations sur le jeûne au cours du travail, distinguant l'apport de liquides clairs de l'apport d'aliments solides.

Bien que la littérature soit insuffisante pour confirmer une relation entre la durée de privation de liquides clairs et le risque de reflux, vomissements ou d'inhalation, les membres de l'ASA et les consultants s'entendent sur le fait que l'apport de liquides clairs per os n'augmente pas les complications maternelles. De plus, ces apports per os améliorent le confort et la satisfaction maternelle. Ainsi l'ASA recommande l'administration de petites quantités de boissons claires, c'est à dire non particulières, (telles que l'eau, le thé, le café, le jus de fruit sans pulpe, les sodas et ou boissons énergétiques,...) aux patientes ayant un travail non compliqué. A noter que le volume ingéré est moins important que la nature de la boisson (présence de particules). Cependant, pour les patientes présentant des facteurs de risques d'inhalation (obésité, diabète, signes d'intubation difficile, ou risque de césarienne), la restriction hydrique doit être appréciée au cas par cas.

Contrairement aux liquides clairs, les apports d'aliments solides accroissent les complications maternelles. Les membres de l'ASA et les consultants recommandent d'éviter les aliments solides au cours du travail, tout en sachant qu'aucune durée de jeûne n'a prouvé sa sécurité. Un jeûne de 6 à 8 heures est préconisé pour une césarienne programmée par exemple [38].

B. Première étude

I. Description de l'étude

Cette étude que nous avons réalisée auprès des patientes a pour but de connaître le ressenti des femmes face à la sensation de soif et de faim au cours du travail et dans le post-partum immédiat.

I. 1. Objectifs

- Apprécier les ressentis de soif et/ou de faim des femmes le jour de l'accouchement ainsi que leur impact sur le confort maternel.
- Quantifier le pourcentage de femmes informées des apports pendant le travail, au cours de leur grossesse et le jour de l'accouchement, et de déterminer par quels professionnels cette information a été délivrée.
- Evaluer la fréquence des nausées et vomissements au cours du travail.

I. 2. Hypothèses

- Le confort des femmes serait altéré par une sensation de soif plus que de faim.
- Informer les femmes au cours de la grossesse leur permettrait de mieux gérer le stress lié au jeûne du per-partum.
- Les apports oraux pourraient majorer les nausées et les vomissements pendant le travail.

II. Population

Le questionnaire s'adressait aux patientes des maternités de Loire-Atlantique, répondant aux critères d'inclusion fixés. Ceux-ci étaient :

- Terme d'accouchement > 37 semaines d'aménorrhées
- Grossesse monofoetale
- Foetus en présentation céphalique
- Absence de diabète insulino-dépendant
- Absence d'obésité ou de critères d'intubation difficile.

Initialement, l'étude intéressait toutes les maternités de Loire-Atlantique. Malheureusement, deux maternités ne font pas partie de cet état des lieux. En effet, l'enveloppe contenant toutes les réponses de l'hôpital de Châteaubriant, a été égarée lors

de son acheminement. L'équipe obstétricale de cet hôpital n'a pu recommencer l'étude. D'autre part, l'hôpital de Saint-Nazaire, n'a pu participer à l'étude, en raison de son déménagement.

Les résultats obtenus proviennent du Centre Hospitalier d'Ancenis (niveau 1), de la Clinique Brétéché à Nantes (niveau 1), de la Clinique du Jardin des Plantes à Saint-Nazaire (niveau 1), de la Clinique Jules Verne à Nantes (niveau 2), de la Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain (niveau 2) et du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (niveau 3). Par souci d'anonymat, le nom de chaque maternité a été remplacé par une lettre.

III. Méthode

III. 1. Support de l'étude

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire. Nous avons distribué quatre-vingts questionnaires par maternité.

Les maternités ont été contactées à partir du 15 juin 2012, les derniers questionnaires ont été récupérés le 5 septembre.

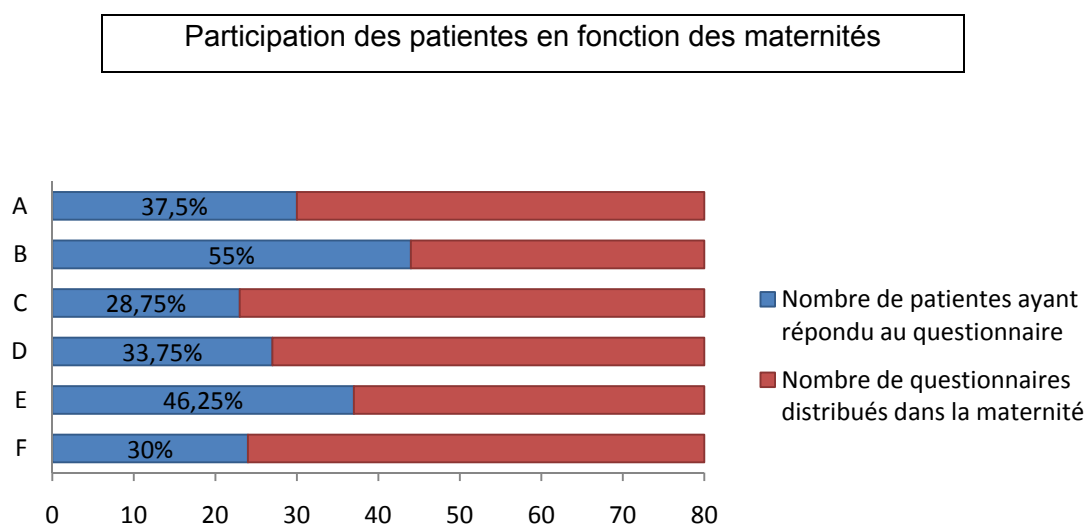
Une enveloppe contenant les questionnaires vierges et une enveloppe de dépôt pour les questionnaires remplis ont été adressées aux sages-femmes cadres de suites de couches de chaque maternité. Elles étaient accrochées dans la salle de soin. Les sages-femmes distribuaient ensuite les questionnaires à leurs patientes concernées. Pour la maternité du CHU de Nantes, nous avons distribué nous-mêmes les questionnaires aux patientes, tout en leur expliquant le projet de ce mémoire.

III. 2. Analyse des données

Les questionnaires ont été saisis et analysés à l'aide du logiciel EpiData. Le test du χ^2 permet la comparaison des pourcentages lorsque les effectifs sont supérieurs à 5, le test exact de Fischer permet cette comparaison lorsque les effectifs sont inférieurs à 5. Les résultats sont dit significatifs lorsqu'il est peu probable qu'ils soient obtenus par hasard. Le seuil de significativité (p) utilisé est de 0,05, ce qui signifie que lorsque $p < 0,05$, la différence observée n'est pas due au hasard, avec un risque de 5% de se tromper, elle est donc significative. A contrario, lorsque $p > 0,05$, le risque de se tromper en affirmant que la différence est significative est jugé trop élevé et nous ne pouvons pas conclure.

IV. Présentation et analyse des résultats

Au total, 480 questionnaires ont été distribués sur les 6 maternités ; 185 questionnaires ont été récupérés. Cependant quelques questions n'étaient pas renseignées sur certains questionnaires, expliquant les effectifs variables pour le nombre de réponse.



IV. 1. Modalités d'accouchement des patientes

Tableau I : voie d'accouchement des patientes

	Nombres	Fréquence(%)
Voie d'accouchement	N=185	
Voies naturelles	176	95 ,1
Césarienne	9	4,9
Césarienne	N=9	
Col dilaté à moins de 3cm	2	22,2
Au cours du travail	4	44,4
Moins de 2h avant l'accouchement	3	33,3
APD	160/185	86,5

La grande majorité des patientes interrogées ont accouché par les voies naturelles (95,1%) et ont bénéficié d'une analgésie péridurale (86,5%). Neuf patientes ont eu une césarienne dont 4 au cours du travail et 3 moins de 2 heures avant l'accouchement.

IV. 2. Information des femmes concernant le jeûne du per-partum

Tableau II : Information des femmes concernant le jeûne du per-partum, au cours de la grossesse.

	A	B	C	D	E	F	p
Information au cours de la grossesse	21/30 (70)	18/44 (40,9)	11/23 (47,9)	12/27 (44,4)	16/37 (43,2)	10/24 (41,7)	0,18
Sage-femme	19/21 (90,5)	18/18 (100)	11/11 (100)	10/12 (83,3)	14/16 (87,5)	9/10 (90)	0,50 (NC)
Gynécologue-obstétricien	4/21 (19)	0	0	2/12 (16,7)	1/16 (6,3)	1/10 (10)	0,27 (NC)
Anesthésiste	1/21 (4,8)	2/18 (11,1)	0	3/12 (25)	4/16 (25)	3/10 (30)	0,16 (NC)
Information en faveur des apports	1/21 (4,8)	3/15* (20)	0	4/12 (33,3)	4/14* (28,6)	6/10 (60)	0,009 (NC)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Excepté la maternité A, où 70% des patientes ont été informées du jeûne du per-partum, environ 40 à 50% des patientes sont averties des restrictions hydriques et alimentaires au cours de leur grossesse. Ce sont principalement les sages-femmes qui leur ont délivré cette information (entre 83,3% et 100%). L'information apportée était en faveur d'une hydratation et d'une alimentation au cours du travail dans 60% des cas à la maternité F contre 4,8% dans le centre A, 33,3% dans le centre D, 28,6% dans le centre E, 20% dans le centre B, et 0% dans le centre C, $p=0,009$; cependant les effectifs sont trop faibles pour affirmer que cette différence soit significative.

IV. 3. Sensation et ressenti des femmes concernant la soif et la faim

Tableau III : Sensation et ressenti des femmes concernant la soif et la faim, le jour de l'accouchement

	Nombres	Fréquence (%)
Soif		
Pas du tout soif	17/185	9,2
Un peu soif	44/185	23,8
Une soif modérée	62/185	33,5
Un soif intense	62/185	33,5
Faim		
Pas faim	78/183*	42,6
Une faim minime	43/183*	23,5
Une faim modérée	51/183*	27,9
Une faim intense	11/183*	6
Ressenti		
Très inconfortable	19/178*	10,7
Inconfortable	90/178*	50,6
Confortable	61/178*	34,3
Très confortable	8/178*	4,5

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Nous constatons que la majorité des femmes ont eu une sensation de soif modérée (33,5%) à intense (33,5%) par contre peu ont eu l'impression de faim (23,5% ont eu une faim minime et 42,6% n'ont pas eu faim).

La moitié des patientes ont qualifié cette sensation d'inconfortable, 38,8% n'ont pas été gênées par ces envies.

IV. 4. Les apports liquidiens

Tableau IV : Les apports liquidiens reçus par les femmes en travail.

	A	B	C	D	E	F	p
Apports liquidiens	7/30 (23,3)	12/44 (27,3)	16/23 (69,6)	18/27 (66,7)	19/37 (51,4)	10/24 (41,7)	0,0004
Quand							
Col dilaté à moins de 3cm	1/7 (14,3)	6/12 (50)	7/16 (43,8)	7/18 (38,9)	5/19 (26,3)	5/10 (50)	0,50 (NC)
Au cours du travail	4/7 (57,1)	1/12 (8,3)	7/16 (43,8)	8/18 (44,4)	9/19 (47,4)	3/10 (30)	0,22 (NC)
Moins de 2h avant accouchement	1/7 (14,3)	2/12 (16,7)	4/16 (25)	7/18 (38,9)	6/19 (31,6)	1/10 (10)	0,51 (NC)
Dans les 2h après l'accouchement	5/7 (71,4)	6/12 (50)	7/16 (43,8)	9/18 (50)	10/19 (52,6)	6/10 (60)	0,88 (NC)
Qualité							
Eau	7/7 (100)	11/12 (91,7)	16/16 (100)	18/18 (100)	19/19 (100)	6/10 (60)	0,0002 (NC)
Eau sucrée	0	0	1/16 (6,3)	0	0	0	0,53 (NC)
Jus de fruits sans pulpe	1/7 (14,3)	2/12 (16,7)	1/16 (6,3)	2/18 (11,1)	0	4/10 (40)	0,06 (NC)
Boisson chaude	1/7 (14,3)	2/12 (16,7)	0	1/18 (5,6)	0	0	0,21 (NC)
Boisson énergisante	0	0	0	0	0	0	
Quantité							
A la demande	5/6* (83,3)	10/11* (90,9)	14/16 (87,5)	11/17* (64,7)	8/19 (42,1)	7/8* (87,5)	
½ verre par heure	0	1/11* (9,1)	0	4/17* (23,5)	8/19 (42,1)	1/8* (12,5)	0,06 (NC)
1 verre par heure	1/6* (16,7)	0	2/16 (12,5)	2/17* (11,8)	3/19 (15,8)	0	
2 verres par heure	0	0	0	0	0	0	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Les patientes ayant donné naissance dans le centre C sont significativement plus nombreuses à avoir reçu des boissons au cours du travail (69,6%, p=0,0004). Ces résultats ne concordent pas avec les résultats sur l'information des patientes qui montraient que, dans cette maternité, parmi les 47,9% des patientes ayant été informées au cours de leur grossesse, aucune n'avait eu une information en faveur des apports oraux.

Dans la maternité A, les apports sont favorisés au cours du travail (57,1%) et dans les 2 heures après l'accouchement (71,4%), de même pour l'établissement E, avec 47,4% des patientes qui ont eu à boire au cours du travail et 52,6% dans le post-partum immédiat.

Dans le centre D, Il ne semble pas y avoir de variations importantes de la proportion de patientes ayant pu boire, selon les différentes phases du travail.

Dans la maternité B, comme dans la F, les apports sont plus fréquents lorsque le col est dilaté à moins de 3 cm (50% des patientes ayant accouché dans les maternités B et F), et dans le post-partum immédiat pour 60% des accouchées du centre F et 50% du centre B.

Dans l'établissement C, autant de patientes (43,8%) ont pu boire en début de travail, au cours du travail, et dans le post-partum immédiat, cependant nous observons une diminution des apports dans les 2 heures précédant l'accouchement (25%).

Les patientes ont reçu majoritairement de l'eau ; un jus de fruit sans pulpe ou une boisson chaude sont donnés plus rarement.

Les apports sont principalement délivrés à la demande dans toutes les maternités, sauf dans la E, où autant de patientes (42,1%) ont reçu des collations à la demande et limitées à ½ verre par heure.

IV. 5. Les apports solides

Tableau V : Les apports solides reçus par les femmes en travail.

	A	B	C	D	E	F	p
Apports solides	4/30 (13,3)	5/43* (11,6)	5/23 (21,7)	2/27 (7,4)	2/37 (5,4)	7/24 (29,2)	0,09 (NC)
Ce que la patiente veut	1/4 (25)	0	0	0	0	1/7 (14,3)	0,67 (NC)
Repas léger	1/4 (25)	1/5 (20)	3/5 (60)	0	0	2/7 (28,6)	0,51 (NC)
Biscuits, biscottes	2/4 (50)	2/5 (40)	1/5 (20)	0	0	4/7 (57,1)	0,47 (NC)
Laitage	1/4 (25)	2/5 (40)	1/5 (20)	2/2 (100)	2/2 (100)	1/7 (14,3)	0,09 (NC)
Fruit, compote	1/4 (25)	4/5 (80)	1/5 (20)	0	0	4/7 (57,1)	0,15 (NC)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Quelque soit la maternité, nous constatons que peu de patientes ont reçu à manger au cours de leur travail, les collations servies restent très variées.

IV. 6. Nausées et vomissements

Tableau VI : Nausées et vomissements chez les parturientes.

	Nombres	Fréquence (%)
Absence de nausées	100/178*	56,2
Faibles nausées	48/178*	27
Nausées nécessitant un traitement	0	0
Vomissements	30/178*	16,9

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Tableau VII : Nausées et vomissements chez les parturientes ayant bu et/ou mangé.

	Boisson	Alimentation
Absence de nausée	40/80 (50)	14/25 (56)
Nausées	22/80 (27,5)	6/25 (24)
Vomissements	18/80 (22,5)	5/25 (20)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %

Plus de la moitié des femmes (56,2%), n'ont pas eu de nausées ou de vomissements au cours de leur travail, 27% ont eu de légères nausées et 16,9% des vomissements.

Parmi les 82 femmes qui ont reçu à boire, 22 ont eu des nausées et 18 des vomissements, 2 n'ont pas répondu à cette question. D'autre part, sur les 25 parturientes s'étant alimenté lors du per-partum, 6 ont eu des nausées et 5 des vomissements. Cependant il n'est pas possible de déterminer si les nausées et les vomissements sont la conséquence de l'apport oral.

IV. 7. Ressenti et besoin des femmes en présence et en absence d'apports

Tableau VIII : Moment auquel le besoin de boire ou de manger a été le plus important selon les patientes.

	Nombres	Fréquence (%)
Col dilaté à moins de 3 cm	15/177*	8,5
Au cours du travail	60/177*	33,9
Moins de 2h avant l'accouchement	36/177*	20,3
Dans les 2h après l'accouchement	66/177*	37,3

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Nous remarquons que les patientes ont ressenti le besoin de boire ou de manger le plus important au cours du travail (pour 33,9%) et dans les 2 heures après l'accouchement (pour 37,3).

Tableau IX : Amélioration du confort après un apport oral.

	Nombres	Fréquence (%)
Oui	56/78	71,8
Non	12/78	15,4
Insuffisamment	10/78	12,8

Parmi les 85 femmes ayant eu à boire ou à manger au cours de leur travail, 78 ont répondu à cette question, 71,8% d'entre elles ont le sentiment que cet apport a amélioré leur confort.

Tableau X : Ressenti des femmes de l'absence d'apport oral.

	Nombres	Fréquence (%)
Très inconfortable	18/106	17
Inconfortable	55/106	51,9
Confortable	26/106	24,5
Très confortable	7/106	6,6

Cent patientes n'ont pas eu d'apports liquides ou solides pendant le travail, cependant 106 patientes ont répondu à cette question car l'apport reçu n'avait pas amélioré ou insuffisamment amélioré leur confort.

Ainsi sur 106 patientes, plus de la moitié (51,9) ont ressenti cette absence d'apport comme inconfortable. Trente trois n'ont pas été gênées par ce besoin.

IV. 8. Explications données aux femmes lors d'un refus d'apports oraux

Tableau XI : Explication donnée lors d'un refus d'apports.

	A	B	C	D	E	F	p
Explication du jeûne	20/27 (74,1)	19/37 (51,4)	6/11 (54,5)	9/14 (64,3)	12/21 (57,1)	7/13 (53,8)	0,57 (NC)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

Plus de la moitié des patientes ont reçu une explication lorsqu'une collation leur a été refusée. Les arguments retenus en faveur du jeûne étaient tout d'abord le « risque d'anesthésie générale en urgence » puis étonnement « car j'avais une péridurale » ou « pour ne pas remplir la vessie ». Les patientes, pour 90,7% d'entre elles, ont compris les explications des professionnels.

C. Deuxième étude.

I. Description de l'étude.

Cette étude réalisée auprès des professionnels de santé travaillant en salle de naissance, s'intéresse aux pratiques de ceux-ci à l'égard du jeûne lors du per-partum.

I. 1. Objectifs

Les objectifs des questionnaires adressés aux professionnels encadrant les parturientes, étaient les suivants :

- Evaluer les pratiques des professionnels quant à l'administration de liquides clairs et de solides en fonction des différentes phases du travail et le post-partum immédiat, chez les patientes avec ou sans analgésie péridurale.
- Apprécier leur attitude lorsqu'un facteur de risque (obésité, suspicion de macrosomie, diabète) intervient.
- Evaluer les pratiques des professionnels quant aux apports par voie parentérale.
- Répertorier les raisons qui les limitent ou les encouragent à hydrater/alimenter les parturientes par voie orale.
- Estimer l'information faite aux femmes enceintes.
- Référencer la connaissance des recommandations des sociétés savantes par les professionnels et leur application.

I. 2. Hypothèses

- Les pratiques seraient plus restrictives à l'approche de l'accouchement, et en présence d'un facteur de risque.
- Les professionnels seraient plus permissifs pour les patientes possédant une analgésie péridurale.
- Les sages-femmes seraient plus permissives que les anesthésistes, de même que les petites maternités par rapport aux maternités accueillant les grossesses à risque.
- Les apports par voie parentérale se substitueraient aux apports per os.

- Le syndrome de Mendelson se produisant lors d'une anesthésie générale, les anesthésistes seraient plus informés des recommandations des sociétés savantes.

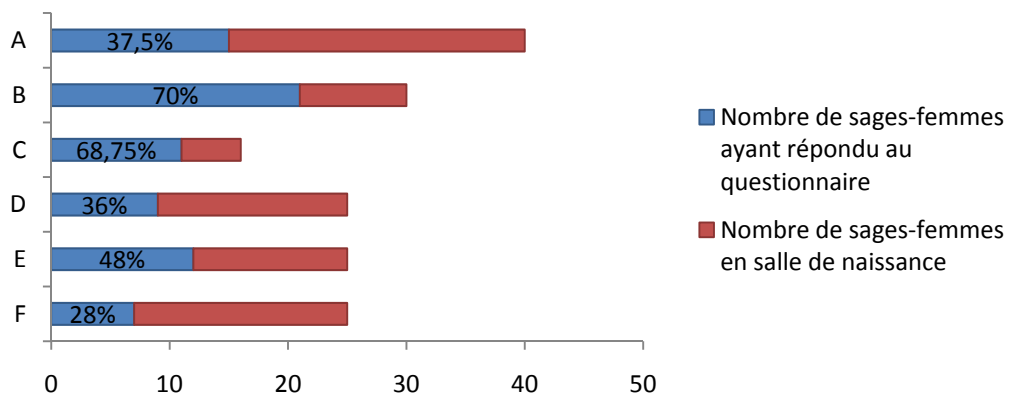
II. Population

Le questionnaire s'adressait aux sages-femmes travaillant en salle de naissance et à tous les médecins gynécologues-obstétriciens et anesthésistes effectuant des gardes au bloc obstétrical.

Comme pour l'étude s'intéressant aux patientes, l'étude n'a pu être réalisée dans toutes les maternités de Loire-Atlantique. Ainsi, les résultats obtenus proviennent du Centre Hospitalier d'Ancenis (niveau 1), de la Clinique Brétéché à Nantes (niveau 1), de la Clinique du Jardin des Plantes à Saint-Nazaire (niveau 1), de la Clinique Jules Verne à Nantes (niveau 2), de la Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain (niveau 2) et du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (niveau 3). Par souci d'anonymat, chaque maternité a été désignée par une lettre, la même que dans la première étude.

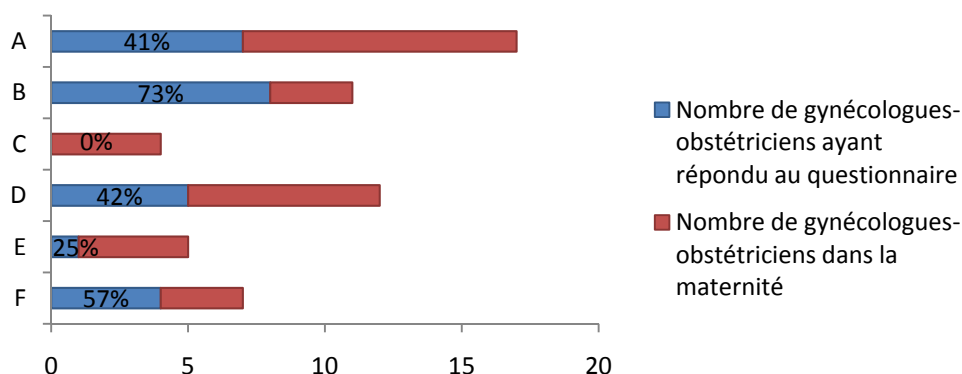
Concernant les sages-femmes, 161 questionnaires ont été distribués, 74 questionnaires ont été remplis par les sages-femmes. Soit un taux de réponse de 46% :

Participation des sages-femmes en fonction des maternités



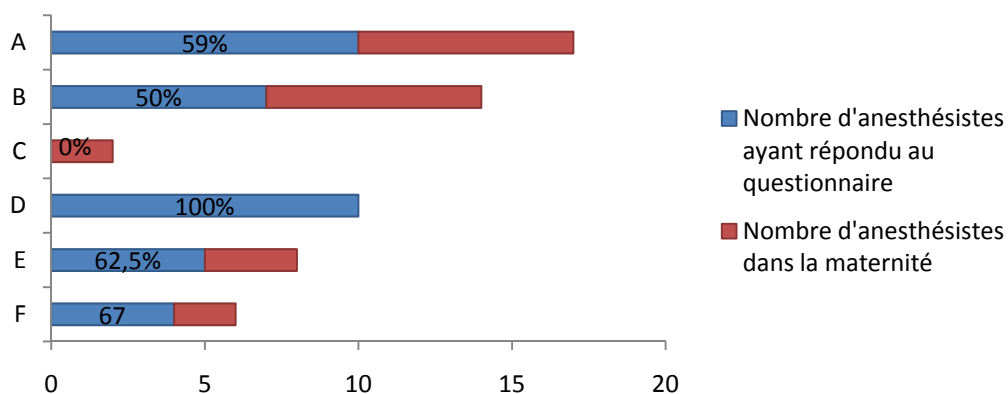
Pour les gynécologues-obstétriciens, 24 questionnaires ont été récupérés parmi les 56 distribués, soit un taux de réponse de 43% :

Participation des gynécologues-obstétriciens en fonction des maternités

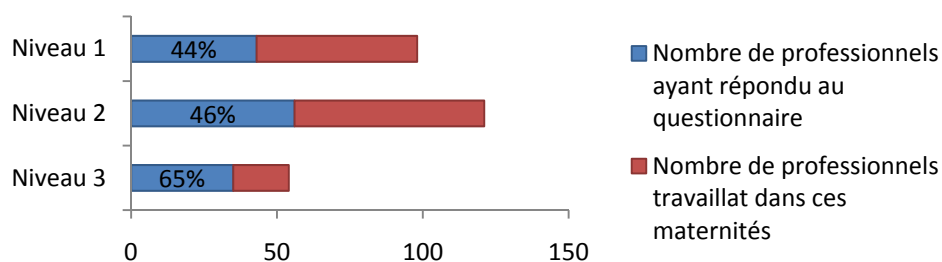


Quant aux anesthésistes, 36 questionnaires ont été reçus sur les 58 distribués, soit un taux de réponse de 62% :

Participation des anesthésistes en fonction des maternités



Participation des professionnels en fonction du type de maternité



III. Méthode

III. 1. Support de l'étude

Un questionnaire unique pour les sages-femmes, les médecins gynécologues-obstétriciens et anesthésistes, a permis le recueil des données.

Le questionnaire est composé de quatre parties. Les trois premières représentent les différentes phases du travail : le début de travail, la phase active du travail, le post-partum immédiat, les questions y sont identiques. La dernière partie comprend des questions plus générales concernant le jeûne du per-partum.

Les maternités ont été contactées à partir du 15 juin 2012, les derniers questionnaires ont été récupérés le 15 octobre 2012.

Pour les sages-femmes, une enveloppe contenant les questionnaires vierges et une enveloppe de dépôt pour les questionnaires remplis ont été adressées aux sages-femmes cadres du bloc obstétrical de chaque maternité. Elles étaient ensuite accrochées dans la salle de soin pour que les sages-femmes puissent se servir. Les questionnaires sont restés en moyenne soixante jours dans le service.

Pour les médecins gynécologues-obstétriciens et anesthésistes, une enveloppe contenant un courrier expliquant l'étude, un questionnaire, et une enveloppe affranchie de retour, leur étaient adressés. N'ayant pas eu, dans un premier temps, un nombre suffisant de réponses, les médecins ont été relancés deux fois par e-mail ou par courrier.

III. 2. Saisie et analyse des données

Les questionnaires ont été saisis et analysés avec le logiciel Epidata. Comme pour la première étude, les tests de Khi² et de Fischer ont permis de comparer les pourcentages. Le seuil de significativité (p) est également de 0,05.

L'obtention de résultats significatifs est rendue difficile par les effectifs peu importants.

Les résultats seront étudiés en fonction des trois professions concernées : anesthésistes, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, ainsi qu'en fonction des types de maternité : niveau 1, 2 et 3.

IV. Présentation et analyse des résultats en fonction de la profession

IV. 1. Les apports pour une patiente en début de travail ou dans l'expectative suite à une rupture des membranes ou à une maturation.

Tableau 1a : approche du jeûne en début de travail selon les professionnels.

	ANESTH	G-O	S-F	P
Début de travail				
Boire	27/35* (77,1)	19/23* (82,6)	67/74 (90,5)	0,16 (NC)
Eau	23/27 (85,2)	19/19 (100)	65/67 (97)	0,04 (NC)
Eau + sucre	14/27 (51,9)	6/19 (31,6)	9/67 (13,4)	0,0005 (NC)
Jus de fruit sans pulpe	10/27 (37)	5/19 (26,3)	17/67 (25,4)	0,51
Boisson chaude	9/27 (33,3)	5/19 (26,3)	31/67 (46,3)	0,21
Boisson énergisante	3/27 (11,1)	1/19 (5,3)	1/65 (1,5)	0,13
Fréquence				
A la demande	17/26* (65,4)	17/18* (94,4)	62/67 (92,5)	0,0015 (NC)
Selon un rythme	9/26* (34,6)	1/18* (5,6)	5/67 (7,5)	
Rythme				
Toutes les heures	5/9 (55,6)	0	4/5 (80)	
Toutes les 2h	2/9 (22,2)	0	1/5 (20)	0,49 (NC)
Toutes les 3h	2/9 (22,2)	0	0	
Quantité				
½ verre	13/25 (52)	5/15 (33,3)	25/52 (48,1)	
1 verre	11/25 (44)	10/15 (66,7)	26/52 (50)	0,65 (NC)
2 verres	1/25 (4)	0	1/52 (1,9)	
Manger	1/35* (2,9)	8/23* (34,8)	50/74 (67,6)	< 10⁻⁵
Ce qu'elle veut	0	2/8 (25)	8/50 (16)	0,74 (NC)
Repas léger	0	6/8 (75)	34/50 (68)	0,32 (NC)
Biscuits, biscottes	0	3/8 (37,5)	12/50 (24)	0,60 (NC)
Laitages	1/1 (100)	2/8 (25)	19/50 (38)	0,33 (NC)
Fruit /compote	0	2/8 (25)	23/50 (46)	0,37 (NC)
Si FDR				
=	24/35* (68,6)	10/22* (45,5)	12/74 (16,2)	< 10⁻⁵ (NC)
≠	4/35* (11,4)	2/22* (9,1)	15/74 (20,3)	
Dépend du FDR	7/35* (20)	10/22* (45,5)	47/74 (63,5)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Concernant les anesthésistes :

Nous notons que 27 anesthésistes sur 35 autorisent les apports liquidiens. L'eau avec ou sans sucre est proposée plus fréquemment que les jus de fruit, les boissons chaudes ou les boissons énergisantes. L'apport est le plus souvent limité à ½ verre ou un verre, même si plus de la moitié (65,4 %) des anesthésistes l'accordent à la demande de la patiente.

Un seul anesthésiste donne à manger, et uniquement des laitages.

Si un risque anesthésique (risque d'intubation difficile) ou obstétrical (tel que la présence d'un utérus cicatriciel, une suspicion de macrosomie, ...) existe, 24

anesthésistes garde la même position face au jeûne, 4 modifie leur pratique et 7 adaptent leur prescription en fonction du risque.

Concernant les gynécologues-obstétriciens :

Nous constatons que 19 gynécologues-obstétriciens sur 23 donnent à boire. La boisson principalement proposée est de l'eau, délivrée à la demande, à raison d'un verre par prise, le plus souvent. Huit gynécologues-obstétriciens acceptent les apports solides, 75 % d'entre eux proposent un repas léger.

Quand un risque est présent 10 gynécologues-obstétriciens ne changent pas leur prise en charge, 10 la modifient en fonction du risque et 2 la changent quelque soit le risque, en favorisant le jeûne strict.

Concernant les sages-femmes :

Nous remarquons que 67 sages-femmes sur 74 autorisent les boissons ; elles proposent majoritairement de l'eau ou une boisson chaude. La quantité des apports est souvent limitée à ½ voire 1 verre à la fois, même si 94,4 % des sages-femmes délivrent à la demande.

Plus de la moitié des sages-femmes (67,6%) autorisent les aliments solides aux parturientes en début de travail ou en expectative. Il est proposé plus fréquemment un repas léger et des fruits et plus rarement des fruits ou compotes et des laitages.

Lorsque qu'un risque est présent, 12 sages-femmes ont la même attitude concernant les apports liquides et solides, 15 n'ont pas la même attitude et 47 adaptent les apports en fonction du risque. La plupart de celles qui changent leur prise en charge, pratiquent le jeûne strict en raison d'un risque accru d'intervention sous anesthésie générale.

Nous constatons que la majorité des professionnels, quelque soit leur profession, donnent à boire aux patientes en début de travail. La boisson la plus proposée est l'eau. Les anesthésistes sont plus nombreux à donner de l'eau sucrée ou avec du sirop (51,9 % des anesthésistes contre 31,6 % des gynécologues-obstétriciens et 13,4 % des sages-femmes, $p=0,000$). Les apports liquidiens sont généralement acceptés à la demande de la patiente ; lorsque les apports sont limités, ils sont donnés toutes les heures dans la plupart des cas. La quantité, lorsqu'elle est restreinte, correspond le plus souvent à ½ verre voire un verre.

Nous notons que les sages-femmes sont significativement plus nombreuses à autoriser l'alimentation solide (67,6 % des sages-femmes contre 2,9 % des anesthésistes

et 34,8 % des gynécologues-obstétriciens avec $p < 10^{-5}$). Un repas léger est le plus souvent servi.

Lorsqu'il existe un risque obstétrical ou anesthésique, les anesthésistes ont plutôt tendance à maintenir leur position quant aux apports, tout comme 45,5 % des gynécologues-obstétriciens, alors que les sages-femmes, comme 45,5 % des gynécologues-obstétriciens, tendent à modifier leur prise en charge en fonction du risque.

IV. 2. Les apports pour une patiente en phase active du travail

Tableau 1b : approche du jeûne en phase active du travail selon les professionnels.

	ANESTH	G-O	S-F	P
Phase active du travail				
Boire				
Sans APD	18/35** (51,4)	7/23** (30,4)	52/74** (70,3)	0,002
Avec APD	23/35** (65,7)	7/23** (30,4)	43/74** (58,1)	0,02
Eau	18/23 (78,3)	8/8 (100)	58/58 (100)	0,0005 (NC)
Eau + sucre	10/23 (43,5)	2/8 (25)	4/58 (6,9)	0,0005 (NC)
Jus de fruit sans pulpe	5/23 (21,7)	2/8 (25)	2/58 (3,4)	0,01 (NC)
Boisson chaude	4/23 (17,4)	1/8 (12,5)	3/58 (5,2)	0,21 (NC)
Boisson énergisante	2/23 (8,7)	0	1/58 (1,7)	0,25 (NC)
Fréquence				
A la demande	16/23 (69,6)	8/8 (100)	46/58 (79,3)	0,19 (NC)
Selon un rythme	7/23 (30,4)	0	12/58 (20,7)	
Rythme				
Toutes les heures	5/7 (71,4)	0	9/12 (75)	
Toutes les 2h	2/7 (28,6)	0	1/12 (8,3)	0,31 (NC)
Toutes les 3h	0	0	2/12 (16,7)	
Quantité				
½ verre	14/22 (63,6)	3/8 (37,5)	37/49 (75,5)	
1 verre	8/22 (36,4)	5/8 (62,5)	12/49 (24,5)	0,08 (NC)
2 verres	0	0	0	
Manger				
Sans APD	0	2/23** (8,7)	8/74 (10,8)	0,13 (NC)
Avec APD	1/35 (2,9)	1/23** (4,3)	0	0,25 (NC)
Ce qu'elle veut	0	0	1/8 (12,5)	0,81 (NC)
Repas léger	1/1 (100)	2/2 (100)	3/8 (37,5)	0,18 (NC)
Biscuits, biscottes	0	0	2/8 (25)	0,63 (NC)
Laitages	0	0	1/8 (12,5)	0,81 (NC)
Fruit /compote	0	0	3/8 (37,5)	0,46 (NC)
Si FDR				
=	28/35* (80)	17/22* (77,3)	40/67* (59,7)	
≠	5/35* (14,3)	3/22* (13,6)	11/67* (16,4)	0,12 (NC)
Dépend du FDR	2/35* (5,7)	2/22* (9,1)	16/67* (23,9)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

** Parmi les professionnels autorisant les apports, tous ne font pas de différence selon la mise en place ou non d'une anesthésie péridurale.

Concernant les anesthésistes :

Nous comptons 18 anesthésistes autorisant les boissons en l'absence d'analgésie péridurale et 23 anesthésistes les autorisant en présence d'une analgésie péridurale. L'eau avec ou sans sucre est la principale boisson proposée (78,3 % pour l'eau et 43,5 %

pour l'eau sucrée ou l'eau avec du sirop), les jus de fruit sans pulpe sont donnés par 21,7 % des anesthésistes. Les apports liquidiens sont délivrés à la demande par 69,6 % des anesthésistes mais limités à ½ verre par 63,6 % d'eux.

Un seul anesthésiste autorise l'apport d'aliments solides au cours du travail, proposant un repas léger aux patientes ayant une analgésie péridurale. Aucun anesthésiste n'accepte l'alimentation chez une femme ne bénéficiant pas d'analgésie péridurale.

La majorité (80 %) ne change pas d'attitude en présence d'un risque obstétrical ou anesthésique.

Concernant les gynécologues-obstétriciens :

Avec ou sans analgésie péridurale, 7 gynécologues-obstétriciens acceptent de donner à boire aux patientes en phase active du travail. Ils donnent de façon majeure de l'eau (100 %) et de façon mineure de l'eau sucrée ou de l'eau avec du sirop (25%) ou des jus de fruit sans pulpe (25 %). Les boissons sont délivrées à la demande pour tous les gynécologues-obstétriciens, mais avec une limite d' 1/2 verre pour 3 d'entre eux et un verre pour 5.

Un repas léger est accepté, par 2 gynécologues-obstétriciens, pour une patiente sans analgésie péridurale et par un seul gynécologue-obstétricien pour une patiente avec une analgésie péridurale.

Lorsqu'un risque est présent, 77,3% des gynécologues-obstétriciens gardent la même attitude concernant les apports par voie orale.

Concernant les sages-femmes :

Les sages-femmes sont 52 à donner à boire aux patientes sans analgésie péridurale et 43 à délivrer des boissons aux patientes avec une analgésie péridurale. Elles donnent toutes de l'eau (100 %) et plus rarement de l'eau sucrée ou avec du sirop (6,9%) ou une boisson chaude (5,2%), à la demande pour 79,3 % d'entre elles et selon un rythme préétabli pour 20,7%. Lorsque les apports sont limités, ils représentent ½ verre pour 75,5 % des sages-femmes et un verre pour 24,5% des sages-femmes.

Huit sages-femmes acceptent l'alimentation pour une patiente sans analgésie péridurale, aucune ne l'autorise lorsqu'il y a une analgésie péridurale. Un repas léger ou des fruits sont servis par 3 d'entre elles, des biscuits ou des laitages sont également proposés.

La prise en charge ne change pas pour 59,5 % des sages-femmes, lorsqu'un risque existe.

En l'absence d'analgésie péridurale, les sages-femmes sont significativement plus permissives quant à l'apport de liquide clair ($p=0,002$). En présence d'une analgésie péridurale, ce sont les anesthésistes les plus permissifs ($p=0,02$). La majorité des professionnels propose de l'eau. Les anesthésistes sont plus nombreux à proposer de l'eau sucrée ou contenant du sirop, ou des jus de fruits. Ces apports sont principalement délivrés à la demande, en plus petites quantités pour les anesthésistes et les sages-femmes ($\frac{1}{2}$ verre pour la majorité) que pour les gynécologues-obstétriciens (1 verre).

Les sages-femmes sont plus nombreuses à autoriser l'alimentation chez une patiente sans analgésie péridurale (10,8% contre 8,7% des gynécologues-obstétriciens et aucun anesthésiste). Peu de professionnels acceptent les aliments solides pour une femme ayant une analgésie péridurale (2,9% des anesthésistes et 4,3% des gynécologues-obstétriciens). Ils délivrent un repas léger dans la majorité des cas.

Quelque soit la profession, la majorité des soignants gardent la même attitude en présence d'un risque.

IV. 3. Les apports pour une patiente en post-partum immédiat

Tableau 1c : approche du jeûne dans le post-partum immédiat selon les professionnels.

	ANESTH	G-O	S-F	P
Post-partum immédiat				
Boire				
Sans APD	21/35** (60)	4/23** (17,4)	33/74** (44,6)	0,0059
Avec APD	23/35** (65,7)	3/23** (13)	36/74** (48,6)	0,0004
Eau	19/22 (86,4)	4/4 (100)	39/39 (100)	0,05 (NC)
Eau + sucre	9/22 (40,9)	0	5/39 (12,8)	0,02 (NC)
Jus de fruit sans pulpe	6/22 (27,3)	1/4 (25)	3/39 (7,7)	0,11 (NC)
Boisson chaude	6/22 (27,3)	0	1/39 (2,6)	0,009 (NC)
Boisson énergisante	2/22 (9,1)	0	0	0,13 (NC)
Fréquence				
A la demande	18/23 (78,3)	4/4 (100)	31/38* (81,6)	0,58 (NC)
Selon un rythme	5/23 (21,7)	0	7/38* (18,4)	
Rythme				
Toutes les heures	4/5 (80)	0	7/7 (100)	
Toutes les 2h	1/5 (20)	0	0	0,22 (NC)
Toutes les 3h	0	0	0	
Quantité				
½ verre	7/20 (35)	1/3 (33,3)	21/35 (60)	
1 verre	13/20 (65)	2/3 (66,7)	12/35 (34,3)	0,20 (NC)
2 verres	0	0	2/35 (5,7)	
Manger				
Sans APD	4/35* (11,4)	0	1/73* (1,4)	0,02 (NC)
Avec APD	4/35* (11,4)	0	0	0,003 (NC)
Ce qu'elle veut	0	0	0	0,12 (NC)
Repas léger	4/4 (100)	0	1/1 (100)	
Biscuits, biscottes	0	0	0	
Laitages	1/4 (25)	0	0	0,58 (NC)
Fruit /compote	1/4 (25)	0	0	0,58 (NC)
Si FDR				
=	25/32* (78,1)	21/22* (95,5)	41/56* (73,2)	
≠	4/32* (12,5)	1/22* (4,5)	5/56* (8,9)	0,17 (NC)
Dépend FDR	3/32* (9,4)	0	10/56* (17,9)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

** Parmi les professionnels autorisant les apports, tous ne font pas de différence selon la mise en place ou non d'une anesthésie péridurale.

Concernant les anesthésistes :

Nous observons que 21 anesthésistes permettent les boissons aux patientes sans analgésie péridurale et 23 à celles bénéficiant d'une analgésie péridurale. L'eau est proposée par la majorité des anesthésistes (86,4%), l'eau sucrée, les boissons chaudes et les jus de fruits sans pulpe sont respectivement proposées par 40,9% et 27,3% des anesthésistes. Ces boissons sont le plus souvent délivrées à la demande (78,3%) ; cependant, 65 % des anesthésistes limitent la quantité à un verre.

Un repas léger est accordé par 4 anesthésistes aux patientes avec ou sans analgésie péridurale.

Face à un risque obstétrical ou anesthésique, ils maintiennent leur autorisation pour 78,1% d'entre eux.

Concernant les gynécologues-obstétriciens :

Pour une patiente sans analgésie péridurale, 4 gynécologues-obstétriciens permettent l'hydratation orale ; ils sont 3 lorsque la patiente à une analgésie péridurale. Ils délivrent tous de l'eau à la demande, un gynécologue-obstétricien propose également un jus de fruit sans pulpe. Trois d'entre eux limitent les apports, 2 proposent un verre et 1 restreint la prise à ½ verre.

Aucun gynécologue-obstétricien n'accorde les aliments solides.

De façon majeure, les gynécologues-obstétriciens ne changent pas leur attitude en présence d'un risque (95,5%).

Concernant les sages-femmes :

Les sages-femmes sont moins nombreuses à autoriser les boissons dans le post-partum immédiat que pendant le travail. Elles sont 33 à l'accorder aux accouchées sans anesthésie péridurale et 36 pour celles qui ont une analgésie péridurale. Elles donnent de façon majeure de l'eau (100%), et de façon mineure de l'eau sucrée, avec du sirop (12,8%) ou un jus de fruit (7,7%). La boisson est distribuée à la demande pour 31 d'entre elles et toutes les heures pour les 7 autres. Les apports sont limités par 34 sages-femmes qui préconisent ½ verre pour 21 d'entre elles, 1 verre pour 12 d'elles, et 2 verres pour 2.

Une sage-femme autorise les patientes sans analgésie péridurale à manger ce qu'elles veulent en favorisant plutôt un repas léger ou des biscuits secs.

Quand un risque est présent chez une patiente, 73,2 % des sages-femmes ne changent pas leur point de vue quant aux apports per os.

Nous remarquons que les anesthésistes donnent plus facilement à boire et à manger à toutes les accouchées que les autres professionnels ; ces différences étant significatives.

L'eau est la principale boisson distribuée par l'ensemble des professionnels ; l'eau sucrée et les boissons chaudes sont plus fréquemment proposées par les anesthésistes. Les professionnels donnent, en général, à la demande, tout en limitant les quantités. Les médecins, pour la plupart, offrent un verre, alors que les sages-femmes réduisent la quantité à ½ verre.

La majorité des professionnels ne change pas de conduite en présence d'un risque obstétrical ou anesthésique supplémentaire.

IV. 4. Les arguments en faveur du jeûne

Tableau 1d : arguments en faveur du jeûne du per-partum selon les professionnels.

	ANESTH	G-O	S-F	P
Syndrome Mendelson	16/20 (80)	8/22 (36,4)	22/43 (51,2)	0,01
Souhait anesthésistes	0	17/22 (77,3)	33/43 (76,7)	< 10⁻⁵
Procédure établissement	4/20 (20)	9/22 (40,9)	22/43 (51,2)	0,06
VVP suffit	8/20 (40)	5/22 (22,7)	4/43 (9,3)	0,01 (NC)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

L'argument motivant le plus les anesthésistes à la pratique du jeûne est le risque de survenue du syndrome de Mendelson (80% des anesthésistes). Ils sont significativement plus nombreux que les autres professionnels à suivre cet argument. De même, l'hydratation par voie parentérale suffit pour 40% d'entre eux (contre 22,7% des gynécologues-obstétriciens et 9,3% des sages-femmes). D'autre part, les gynécologues-obstétriciens (77,3%) et les sages-femmes (76,7%) suivent, pour la majorité le souhait de l'anesthésiste. Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens semblent se référer aux procédures d'établissement ou au souhait de l'anesthésiste de garde.

IV. 5. Les arguments en faveur de l'hydratation et de l'alimentation par voie orale

Tableau 1e : arguments en faveur d'une hydratation et d'une alimentation par voie orale selon les professionnels.

	ANESTH	G-O	S-F	p
Besoins énergétiques	3/20 (15)	3/6 (50)	25/56 (44,6)	0,05 (NC)
Confort	20/20 (100)	6/6 (100)	54/56 (96,4)	0,62 (NC)
Procédure établissement	0	0	4/56 (7,1)	0,37 (NC)
Données scientifiques	8/20 (40)	2/6 (33,3)	14/56 (25)	0,44 (NC)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

Nous constatons que pour la majorité des professionnels, le confort de la parturiente est la principale motivation pour autoriser les apports oraux.

Près de la moitié des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes permettent les apports pour satisfaire les besoins énergétiques de la patiente, seulement 15% des anesthésistes retiennent cet argument.

IV. 6. Délivrance des apports et pratiques des professionnels

Tableau 1f : cadre de délivrance des apports oraux.

	ANESTH	G-O	S-F	p
Demande de la patiente	14/25 (56)	7/9 (77,8)	34/59 (57,6)	0,29 (NC)
Proposition du professionnel	4/25 (16)	0	3/59 (5,1)	
Les deux	7/25 (28)	2/9 (22,2)	22/59 (37,3)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

Tableau 1g : autoévaluation de la pratique des professionnels.

	ANESTH	G-O	S-F	p
Pratique				
Permissive	20/31* (64,5)	9/23* (39,1)	47/71* (66,2)	0,06
Restrictive	11/31* (35,5)	14/23* (60,9)	24/71* (33,8)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Nous observons que plus de la moitié des professionnels attendent la demande de la patiente avant de proposer à boire ou à manger. Cependant, face à une demande, 64,5% des anesthésistes et 66,2 % des sages-femmes donnent leur accord, alors que 60,9% des gynécologues-obstétriciens sont restrictifs.

IV. 7. Les apports par voie parentérale au cours du travail.

Tableau 1h : Les apports de solutés par voie parentérale.

	ANESTH	G-O	S-F	p
1L de soluté	15/34* (44,1)	6/20* (30)	16/72* (22,2)	0,09 (NC)
2L de soluté	18/34* (52,9)	12/20* (60)	39/72* (54,2)	
3L de soluté	1/34* (2,9)	2/20* (10)	15/72* (20,8)	
> 3L de soluté	0	0	2/72* (2,8)	
Solutés remplacent les apports oraux	20/34* (58,8)	15/19* (78,9)	25/66* (37,9)	0,003

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

La plupart des professionnels (52,9 % des anesthésistes, 60% des gynécologues-obstétriciens et 54,2% des sages-femmes) administrent 2 litres de solutés, en moyenne, au cours d'un travail d'environ 8h. Les gynécologues-obstétriciens sont significativement plus nombreux à considérer que les solutés administrés par voie parentérale remplacent les apports oraux ($p=0,003$).

IV. 8. Information des patientes concernant le jeûne au cours du travail et dans le post-partum immédiat

Tableau 1i : Information des patientes concernant le jeûne du per-partum.

	ANESTH	G-O	S-F	p
Information des patientes	12/35* (34,3)	2/23* (8,7)	31/69* (44,9)	0,007
PNP	1/12 (8,3)	1/2 (50)	18/31 (58,1)	0,02 (NC)
Cs 9eme mois	0	1/2 (50)	4/31 (12,9)	0,10 (NC)
Cs anesthésie	9/12 (75)	1/2 (50)	0	<10 ⁻⁵ (NC)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Les sages-femmes informent plus les patientes sur le jeûne au cours du travail et dans le post-partum immédiat que les autres professionnels, cette différence est significative ($p=0,007$). Parmi les 31 sages-femmes qui délivrent cette information, 18 le font en cours de préparation à la naissance, 4 à la consultation du 9^{ème} mois, 3 à l'arrivée aux urgences obstétricales et 6 en salle de naissance.

Sur les 12 anesthésistes informant les patientes sur le jeûne, 9 le font au cours de la consultation d'anesthésie, 2 en salle de naissance et 1 à travers un livret d'information.

Certaines réponses comme l'information par un anesthésiste en préparation à la naissance et à la parentalité, ou par un gynécologues-obstétricien au cours de la consultation d'anesthésie semblent étonnantes. La question n'a peut-être pas été comprise par tous les professionnels.

IV. 9. Connaissance et application des recommandations des sociétés savantes par les professionnels

Tableau 1j : Connaissance et application des recommandations des sociétés savantes par les professionnels.

	ANESTH	G-O	S-F	p
Recommandations	24/34* (70,6)	10/24* (41,7)	15/70* (21,4)	<10⁻⁵
Appliquées	13/23* (56,5)	4/9* (44,4)	7/12* (58,3)	0,79 (NC)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Les anesthésistes sont significativement plus nombreux à connaître les recommandations des sociétés savantes ($p < 10^{-5}$), néanmoins, il n'existe pas de différence significative concernant l'application de ces recommandations (56,5% des anesthésistes, 44,4% des gynécologues-obstétriciens et 58,3% des sages-femmes les appliquent).

Les recommandations les plus citées sont celles de la SFAR², de l'ASA³, et du CARO⁴. Les obstacles à leur application sont principalement le respect des procédures de

² Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

l'établissement ou du souhait de l'anesthésiste. Certains anesthésistes ne les adoptent pas s'il existe des désaccords au sein de l'équipe d'anesthésie, ou du fait de l'absence de directives officielles.

V. Présentation et analyse des résultats en fonction du type de maternité

V. 1. Les apports pour une patiente en début de travail ou dans l'expectative suite à une rupture des membranes ou une maturation

Tableau 2a : approche du jeûne en début de travail selon le type de maternité.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p
Début de Travail				
Boire	38/42 (90,5)	44/56 (78,6)	31/34 (91,2)	0,14 (NC)
Eau	37/38 (97,4)	39/44 (88,6)	31/31 (100)	0,06 (NC)
Eau + sucre	9/38 (23,7)	14/44 (31,8)	6/31 (19,4)	0,45
Jus de fruit sans pulpe	12/38 (31,6)	12/44 (27,3)	8/31 (25,8)	0,85
Boisson chaude	22/38 (57,9)	13/44 (29,5)	10/31 (32,3)	0,02
Boisson énergisante	2/38 (5,3)	1/44 (2,3)	2/29 (6,9)	0,62 (NC)
Fréquence				
A la demande	34/38 (89,5)	37/43* (86)	25/30* (83,3)	0,76 (NC)
Selon un rythme	4/38 (10,5)	6/43* (14)	5/30* (16,7)	
Rythme				
Toutes les heures	4/4 (100)	4/6 (66,7)	1/4* (25)	0,09 (NC)
Toutes les 2h	0	2/6 (33,3)	1/4* (25)	
Toutes les 3h	0	0	2/4* (50)	
Quantité				
½ verre	9/27 (33,3)	23/40 (57,5)	11/25 (44)	0,05 (NC)
1 verre	18/27 (66,7)	17/40 (42,5)	12/25 (48)	
2 verres	0	0	2/25 (8)	
Manger	28/42 (66,7)	16/56 (28,6)	15/34 (44,1)	0,0009
Ce qu'elle veut	4/28 (14,3)	2/16 (12,5)	4/15 (26,7)	0,50 (NC)
Repas léger	21/28 (75)	7/16 (43,8)	12/15 (80)	0,05 (NC)
Biscuits, biscottes	8/28 (28,6)	3/16 (18,8)	4/15 (26,7)	0,76 (NC)
Laitages	12/28 (42,9)	5/16 (31,3)	5/15 (33,3)	0,69 (NC)
Fruit /compote	14/28 (50)	5/16 (31,3)	6/15 (40)	0,46
Si FDR				
=	8/42 (19)	26/56 (46,4)	12/33* (36,4)	0,05
≠	6/42 (14,3)	9/56 (16,1)	6/33* (18,2)	
Dépend du FDR	28/42 (66,7)	21/56 (37,5)	15/33* (45,5)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

³ American Society of Anesthesiology

⁴ Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique.

Concernant les maternités de niveau 1 :

Parmi les 42 professionnels, tous métiers confondus, 38 autorisent les patientes à boire en expectative. La plupart proposent de l'eau (97,4%) ou une boisson chaude (57,9%), à la demande de la parturiente pour 89,5% d'entre eux. Vingt-sept professionnels limitent la quantité servie, 66,7% d'entre eux délivrent 1 verre.

L'alimentation est acceptée par 28 professionnels, ils préconisent un repas léger pour 21 d'entre eux, un fruit ou une compote pour 14 et un laitage pour 12.

Plus de la moitié des professionnels (66,7%) adaptent leur pratique en fonction du risque anesthésique (risque d'intubation difficile) ou obstétrical (utérus cicatriciel, suspicion de macrosomie,...) présent.

Concernant les maternités de niveau 2 :

Dans l'échantillon de 56 professionnels, 44 donnent à boire. Parmi eux, 88,6% proposent de l'eau et 31,8% donnent de l'eau avec du sucre. Les boissons sont délivrées à la demande pour 86% des professionnels donnant à boire, néanmoins 40 professionnels restreignent la quantité à ½ verre pour 57,5% d'entre eux, et à 1 verre pour 42,5% d'eux.

Seize professionnels donnent à manger, 43,8% d'entre eux proposent un repas léger.

Lorsqu'un risque existe, 46,4% des professionnels ne changent pas leur prise en charge et 37,5% l'adaptent en fonction de la nature du risque.

Concernant les maternités de niveau 3 :

Sur les 34 professionnels des maternités de niveau 3, 31 autorisent l'hydratation par voie orale en début de travail. L'eau est proposée par tous les professionnels (100%), les boissons chaudes (32,3%) et les jus de fruits sans pulpe (25,8%) sont proposés de façon plus rare. Les boissons sont délivrées à la demande par 83,3% des soignants. Parmi ceux qui limitent les apports (25 professionnels), 44% restreignent la quantité à ½ verre et 48% la limitent à 1 verre.

Quinze professionnels offrent la possibilité de manger en début de travail, ils proposent, pour 80% d'entre eux un repas léger.

Enfin, si un risque est présent, la prise en charge reste la même pour 36,4% des professionnels et est modifiée en fonction du risque pour 45,5% d'eux.

Quelque soit le type de maternité, la majorité des professionnels donne à boire, principalement de l'eau. Les professionnels travaillant en maternité de niveau 1 sont significativement plus nombreux à proposer des boissons chaudes (ils sont 57,9%, contre

29,5% en niveau 2 et 32,3% en niveau 3, $p=0,02$). Les boissons sont majoritairement distribuées à la demande dans les trois types de maternité, cependant la plupart des professionnels restreignent les quantités servies.

Les professionnels des maternités de niveau 1 autorisent significativement plus les apports d'aliments solides (ils sont 66,7% contre 28,6% en niveau 2 et 44,1% en niveau 3, $p=0,0009$). Quelque soit le type de maternité, la majorité des professionnels, autorisant les apports solides, servent un repas léger aux patientes en début de travail ou en expectative.

En présence d'un risque obstétrical ou anesthésique, la plupart des professionnels des maternités de niveau 2 ne changent pas leur attitude face aux apports oraux alors que ceux des maternités de niveau 1 et 3 l'adaptent à la nature du risque.

V. 2. Les apports pour une patiente en phase active du travail

Tableau 2b : approche du jeûne en phase active du travail selon le type de maternité.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	P
Phase active du travail				
Boire				
Sans APD	32/42** (76,2)	32/56** (57,1)	13/34** (38,2)	0,004
Avec APD	23/42** (54,8)	34/56** (60,7)	16/34** (47,1)	0,45
Eau	33/34 (97,1)	32/36 (88,9)	19/19 (100)	0,16 (NC)
Eau + sucre	7/34 (20,6)	8/36 (22,2)	1/19 (5,3)	0,26 (NC)
Jus de fruit sans pulpe	6/34 (17,6)	2/36 (5,6)	1/19 (5,3)	0,18 (NC)
Boisson chaude	7/34 (20,6)	1/36 (2,8)	0	0,01 (NC)
Boisson énergisante	2/34 (5,9)	1/36 (2,8)	0	0,51 (NC)
Fréquence				
A la demande	26/34 (76,5)	28/36 (77,8)	16/19 (84,2)	0,79 (NC)
Selon un rythme	8/34 (23,5)	8/36 (22,2)	3/19 (15,8)	
Rythme				
Toutes les heures	8/8 (100)	4/8 (50)	2/3 (66,7)	
Toutes les 2h	0	3/8 (37,5)	0	0,09 (NC)
Toutes les 3h	0	1/8 (12,5)	1/3 (33,3)	
Quantité				
½ verre	19/26 (73,1)	26/35 (74,3)	9/18 (50)	
1 verre	7/26 (26,9)	9/35 (25,7)	9/18 (50)	0,16
2 verres	0	0	0	
Manger				
Sans APD	6/42** (14,3)	4/56** (7,1)	0	0,06 (NC)
Avec APD	1/42** (2,4)	1/56** (1,8)	0	0,68 (NC)
Ce qu'elle veut	1/6 (16,7)	0	0	0,34 (NC)
Repas léger	3/6 (50)	3/5 (60)	0	0,74 (NC)
Biscuits, biscottes	1/6 (16,7)	1/5 (20)	0	0,88 (NC)
Laitages	1/6 (16,7)	0	0	0,34 (NC)
Fruit /compote	2/6 (33,3)	1/5 (20)	0	0,62 (NC)
Si FDR				
=	19/39* (48,7)	42/56 (75)	24/29* (82,8)	
≠	11/39* (28,2)	5/56 (8,9)	3/29* (10,3)	0,01 (NC)
Dépend du FDR	9/39* (23,1)	9/56 (16,1)	2/29* (6,9)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

** Parmi les professionnels autorisant les apports, tous ne font pas de différence selon la mise en place ou non d'une anesthésie péridurale.

Concernant les maternités de niveau 1 :

Les professionnels sont plus nombreux à autoriser l'hydratation orale en absence d'analgésie péridurale (32), qu'en présence de cette dernière (23). La majorité (97,1%) propose de l'eau aux patientes ; de l'eau sucrée ou une boisson chaude est proposée par 20,6% des professionnels. Les boissons sont majoritairement délivrées à la demande (76,5%), les autres (23,5%) permettent les apports toutes les heures. Vingt-six professionnels restreignent les quantités servies, ils préconisent ½ verre pour 19 d'entre eux et 1 verre pour 7 d'entre eux.

Comme pour les apports liquidiens, il y a plus de professionnels autorisant les aliments solides en l'absence d'une analgésie péridurale (6) qu'en présence de celle-ci (1). En matière de qualité, 50% proposent un repas léger et 33,3% un fruit ou une compote.

En présence d'un facteur de risque, près de la moitié (48,7%) des professionnels ne modifient pas leur attitude à l'égard des apports oraux, 28,2% la changent en favorisant le jeûne strict, et 23,1% l'adaptent au risque.

Concernant les maternités de niveau 2 :

Les professionnels ne semblent pas faire de différence entre les patientes ayant une analgésie péridurale et celles n'en ayant pas : 32 autorisent les boissons en l'absence d'analgésie péridurale et 34 les accordent en présence de cette dernière. La boisson proposée de façon prépondérante est l'eau (88,9% des professionnels), l'eau sucrée est proposée plus rarement, par 22,2% des professionnels. La majorité des professionnels délivre à la demande des patientes (28), 8 limitent les apports : 4 proposent toutes les heures, 3 toutes les 2 heures et 1 toutes les 3 heures. De même, les quantités sont restreintes par 35 professionnels, 26 limitent la quantité servie à ½ verre et 9 à 1 verre.

Concernant les apports solides, les professionnels semblent faire une différence entre les patientes avec et sans analgésie péridurale : 4 professionnels autorisent les aliments solides pour les patientes en phase active du travail et n'ayant pas d'analgésie péridurale, seulement 1 les accorde à une patiente ayant une analgésie péridurale. Plus de la moitié (60%) propose un repas léger, les autres proposent des gâteaux secs ou un fruit.

Les trois quarts des professionnels ne font pas de différence entre un travail physiologique et un travail chez une patiente ayant un risque anesthésique ou obstétrical ajouté, quant aux apports par voie orale.

Concernant les maternités de niveau 3 :

Parmi les 34 professionnels, 13 donnent à boire aux patientes sans analgésie péridurale et 16 autorisent les boissons à celles qui en bénéficient. Ils donnent tous de l'eau, l'un d'entre eux autorise l'eau avec du sirop ou du sucre, et les jus de fruits sans pulpe. Les boissons sont délivrées à la demande par 16 professionnels, et selon un rythme précis par 3 professionnels (2 donnent toutes les heures et 1 donne toutes les 3 heures). La quantité administrée est restreinte par 18 soignants, la moitié sert ½ verre et l'autre 1 verre.

Aucun professionnel n'autorise les aliments solides en phase active du travail, que la patiente ait une analgésie péridurale ou non.

La plupart des professionnels des maternités de niveau 3 (82,8%), gardent la même attitude pour les patientes ayant des facteurs de risque.

Les professionnels travaillant en maternité de niveau 1 sont significativement plus permissifs en ce qui concerne les apports liquidiens chez une parturiente sans analgésie péridurale : ils sont 76,2% à autoriser les boissons, contre 57,1% en niveau 2 et 38,2% en niveau 3, $p=0,004$. Cette différence significative n'existe pas pour les patientes ayant une analgésie péridurale. La boisson donnée en première intention dans toutes les maternités est l'eau (97,1% en niveau 1, 88,2% en niveau 2 et 100% en niveau 3). Les maternités de niveau 1 semblent plus fréquemment proposer des boissons chaudes aux patientes (20,6% en niveau 1 contre 2,8% et 0 en niveau 2 et 3 avec $p=0,01$), cependant les effectifs étant réduits, nous ne pouvons pas conclure sur la significativité de cette différence. La majorité des professionnels accorde les boissons à la demande des patientes ; lorsque la quantité des apports est limitée, ½ verre est la quantité la plus fréquente.

Aucun professionnel travaillant en maternité de niveau 3 n'autorise les aliments solides ; dans les autres maternités, les professionnels sont plus permissifs à l'égard des patientes sans analgésie péridurale, à qui ils proposent un repas léger le plus souvent.

Lorsqu'un risque obstétrical ou anesthésique existe, la majeure partie des professionnels gardent la même façon de faire sur le plan des apports oraux (82,8% en niveau 3, 75% en niveau 2 et 48,7% en niveau 1). Néanmoins, ils semblent plus nombreux dans les maternités de niveau 1 à adapter leur attitude en fonction du risque, pouvant s'expliquer par l'autorisation plus fréquente des boissons par les professionnels.

V. 3. Les apports pour une patiente en post-partum immédiat

Tableau 2c : approche du jeûne dans le post-partum immédiat selon le type de maternité.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p
Postpartum immédiat				
Boire				
Sans APD	18/42** (42,9)	27/56** (48,2)	13/34** (38,2)	0,64
Avec APD	20/42** (47,6)	26/56** (46,4)	16/34** (47,1)	0,99
Eau	19/20 (95)	27/29 (93,1)	16/16 (100)	0,57 (NC)
Eau + sucre	6/20 (30)	6/29 (20,7)	2/16 (12,5)	0,44 (NC)
Jus de fruit sans pulpe	4/20 (20)	3/29 (10,3)	3/16 (18,8)	0,59 (NC)
Boisson chaude	3/20 (15)	3/29 (10,3)	1/16 (6,3)	0,69 (NC)
Boisson énergisante	0	1/29 (3,4)	1/16 (6,3)	0,55 (NC)
Fréquence				
A la demande	15/20 (75)	24/29 (82,8)	14/16 (87,5)	0,61 (NC)
Selon un rythme	5/20 (25)	5/29 (17,2)	2/16 (12,5)	
Rythme				
Toutes les heures	5/5 (100)	4/5 (80)	2/2 (100)	
Toutes les 2h	0	1/5 (20)	0	0,46 (NC)
Toutes les 3h	0	0	0	
Quantité				
½ verre	10/17 (58,8)	13/26 (50)	6/15 (40)	
1 verre	7/17 (41,2)	12/26 (46,2)	8/15 (53,3)	0,76 (NC)
2 verres	0	1/26 (3,8)	1/15 (6,7)	
Manger				
Sans APD	1/42** (2,4)	3/56** (5,4)	1/33** (3)	0,72 (NC)
Avec APD	1/42** (2,4)	2/56** (3,6)	1/33** (3)	0,94 (NC)
Ce qu'elle veut	0	0	0	0,30 (NC)
Repas léger	1/1 (100)	3/3 (100)	1/1 (100)	
Biscuits, biscottes	0	0	0	
Laitages	0	0	1/1 (100)	0,08 (NC)
Fruit /compote	0	0	1/1 (100)	0,08 (NC)
Si FDR				
=	23/30* (76,7)	46/56 (82,1)	18/24* (75)	
≠	4/30* (13,3)	4/56 (7,1)	2/24* (8,3)	0,80 (NC)
Dépend FDR	3/30* (10)	6/56 (10,7)	4/24* (16,7)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

** Parmi les professionnels autorisant les apports, tous ne font pas de différence selon la mise en place ou non d'une anesthésie péridurale.

Concernant les maternités de niveau 1 :

Parmi les 42 professionnels, 18 autorisent les apports liquidiens à une patiente sans analgésie péridurale, et 20 les acceptent en présence d'une analgésie péridurale. La boisson majoritairement proposée est l'eau (par 95% des professionnels) ; 30% proposent de l'eau sucrée et 20% un jus de fruit sans pulpe. Les trois quarts (15) donnent à la demande tandis que les cinq autres permettent un apport toutes les heures. Les quantités sont limitées par 17 professionnels : 10 délivrent ½ verre et 7 un verre.

Un seul professionnel tolère les aliments solides dans le post-partum immédiat, que la patiente ait une analgésie péridurale ou non. Il propose un repas léger.

En présence d'un risque supplémentaire, 76,7% des professionnels gardent la même attitude quant aux apports oraux.

Concernant les maternités de niveau 2 :

Sur les 56 professionnels, 27 donnent à boire aux patientes sans analgésie péridurale et 26 hydratent oralement celles qui en ont une. L'eau est proposée par la majorité des professionnels (93,1%), l'eau sucrée est servie plus rarement (par 20,7% des professionnels). La plupart des professionnels (24) délivrent les boissons à la demande, les 5 autres rythment leurs apports (4 donnent toutes les heures et un toutes les 2 heures). La quantité servie se limite à ½ verre pour 13 professionnels, 1 verre pour 12 et 2 verres pour 1 d'eux.

Trois professionnels permettent les apports solides dans le post-partum immédiat, pour une patiente sans analgésie péridurale ; lorsque celle-ci possède une analgésie péridurale, l'un d'entre eux n'autorise plus ces apports. Les trois proposent un repas léger.

Lorsque la patiente possède un facteur de risque pouvant entraîner une complication obstétricale ou anesthésique, 82,1% des professionnels gardent la même position vis-à-vis de l'alimentation et de l'hydratation en post-partum immédiat.

Concernant les maternités de niveau 3 :

En ce qui concerne les liquides, 13 professionnels les autorisent en l'absence d'une analgésie péridurale et 16 les acceptent en présence de cette dernière. Tous les soignants proposent de l'eau ; par ailleurs, 12,5% proposent de l'eau sucrée et 18,8% un jus de fruit sans pulpe. Les boissons sont délivrées à la demande par 14 professionnels et toutes les heures par 2 d'entre eux. Toutefois, 15 professionnels d'entre eux limitent la quantité servie, ils préconisent ½ verre pour 6 d'entre eux, 1 verre pour 8 et 2 verres pour l'un d'eux.

Un seul professionnel propose de manger à une patiente en post-partum immédiat, qu'elle ait une analgésie péridurale ou non. Il accepte que la patiente prenne un repas léger, un fruit ou un laitage.

Les trois quarts de professionnels (75%) ne modifient pas leur pratique lorsque la patiente présente un facteur de risque obstétrical ou anesthésique.

Un peu moins de la moitié des professionnels autorisent les apports liquidiens en post-partum immédiat que la patiente ait une analgésie péridurale ou non. La majorité donne de l'eau (95% des professionnels de niveau 1, 93,1% en niveau 2, 100% en niveau 3), à la demande le plus souvent. La majeure partie des professionnels restreignent les quantités : pour la moitié, ils recommandent ½ verre, pour l'autre, un verre.

Peu de soignants laissent les patientes s'alimenter dans le post-partum immédiat. Un seul fait une différence en cas d'analgésie péridurale. Ils proposent tous un repas léger, le professionnel travaillant en maternité de niveau 3 propose en plus un fruit ou un laitage.

Quelque soit le type de la maternité, plus des trois quarts des professionnels ne changent pas leur position concernant l'autorisation ou la restriction des apports, lorsqu'un risque obstétrical ou anesthésique est présent.

V. 4. Les arguments en faveur du jeûne

Tableau 2d : arguments en faveur du jeûne du per-partum selon le type de maternité.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p
Syndrome Mendelson	10/23 (43,5)	21/35 (60)	15/27 (55,6)	0,46
Souhait anesthésiste	15/23 (65,2)	18/35 (51,4)	17/27 (63)	0,50
Procédure établissement	13/23 (56,5)	11/35 (31,4)	11/27 (40,7)	0,16
VVP suffit	5/23 (21,7)	8/35 (22,9)	4/26 (15,4)	0,75

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

La prévention du risque de syndrome de Mendelson est le premier argument pour les professionnels travaillant dans les maternités de niveau 2 (60%). Les professionnels des maternités de niveau 1 et 3 se réfèrent plutôt au souhait de l'anesthésiste de garde (65,2% en niveau 1 et 63% en niveau 3). Bon nombre de professionnels tiennent également compte des procédures de l'établissement dans lequel ils travaillent (56,5% en niveau 1, 31,4% en niveau 2 et 40,7% en niveau 3). D'autre part, les apports par voie parentérale semblent être un argument pour peu de professionnels (21,7% en niveau 1, 22,9% en niveau 2 et 15,4% en niveau 3).

V. 5. Les arguments en faveur de l'hydratation et de l'alimentation par voie orale

Tableau 2e : arguments en faveur de l'hydratation et de l'alimentation par voie orale selon le type de maternité.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p
Besoins énergétiques	12/28 (42,9)	11/32 (34,4)	8/22 (36,4)	0,78
Confort	27/28 (96,4)	31/32 (96,9)	22/22 (100)	0,68 (NC)
Procédure établissement	1/28 (3,6)	3/32 (9,4)	0	0,27 (NC)
Données scientifiques	10/28 (35,7)	7/32 (21,9)	7/22 (31,8)	0,48

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

Nous n'observons pas de grandes différences entre les types de maternités.

Tout d'abord, l'argument motivant le plus les professionnels, quelque soit le type de maternité, est l'amélioration du confort de la patiente (96,4% des soignants en niveau

1, 96,9% en niveau 2, 100% en niveau 3). En second lieu, c'est la nécessité de répondre aux besoins énergétiques de la parturiente qui est retenue (42,9% en niveau 1, 34,4% en niveau 2 et 36,4% en niveau 3), puis les données scientifiques (35,7% en niveau 1, 21,9% en niveau 2 et 31,8% en niveau 3).

Les procédures d'établissement sont peu prises en compte pour autoriser les apports oraux (3,6% en niveau 1 et 9,4% en niveau 2), contrairement à ce que nous avons observé pour le jeûne (56,5% des professionnels s'y référaient en niveau 1, 31,4% en niveau 2, 40,7% en niveau 3).

V. 6. Délivrance des apports et pratiques des professionnels

Tableau 2f : cadre de délivrance des apports oraux dans les différents types de maternité.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	P
Demande de la patiente	14/31 (45,2)	23/37 (62,2)	18/25 (72)	0,09 (NC)
Proposition du professionnel	1/31 (3,2)	4/37 (10,8)	2/25 (8)	
Les deux	16/31 (51,6)	10/37 (27)	5/25 (20)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

Dans les maternités de niveau 1, 31 professionnels ont répondu à cette question. Parmi eux, 30 délivrent une boisson ou des aliments solides, suite à une demande de la patiente mais 16 d'entre eux le proposent également aux patientes ne le demandant pas.

Dans les maternités de niveau 2 et 3, la majorité des professionnels (respectivement 62,2% et 72%) attendent une demande de la patiente avant de donner à boire ou à manger.

Tableau 2g : présence d'un protocole dans la maternité et autoévaluation des pratiques.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	P
Présence d'un protocole	6/40* (15)	25/49* (51)	9/34 (26,5)	0,001
Permissif	3/6 (50)	12/25 (48)	1/11 (9,1)	0,07 (NC)
Restrictif	3/6 (50)	13/25 (52)	10/11 (90,9)	
Pratique				
Permissive	29/41* (70,7)	29/51* (56,9)	18/33* (54,5)	0,28
Restrictive	12/41* (29,3)	22/51* (43,1)	15/33* (45,5)	

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Nous remarquons que les maternités de niveau 2 sont significativement plus nombreuses à avoir mis en place un protocole concernant le jeûne du per-partum, ou bien celui-ci est mieux connu par les professionnels travaillant dans ces structures (51% des professionnels déclarent qu'un protocole est présent dans leur maternité de niveau 2, contre 15% en niveau 1 et 26,5% en niveau 3, $p=0,001$).

Parmi les professionnels ayant connaissance d'un protocole, près de la moitié de ceux travaillant en maternités de niveau 1 et 2 considèrent que ce protocole est plutôt en faveur d'une alimentation et une hydratation orale ; l'autre moitié l'estiment plutôt restrictif. Dans les maternités de niveau 3, les professionnels jugent leur protocole comme restrictif envers les apports par voie orale et considèrent que celui-ci préconise le jeûne du per-partum.

Par ailleurs, plus de la moitié des professionnels (70,7% en niveau 1, 56,9% en niveau 2 et 54,5% en niveau 3) évaluent leur pratique personnelle comme non rigide quant aux apports oraux.

V. 7. Les apports par voie parentérale au cours du travail

Tableau 2h : Les apports de solutés par voie parentérale dans les différents types de maternité.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p
1L de soluté	8/39* (20,5)	25/53* (47,2)	4/34 (11,8)	0,006 (NC)
2L de soluté	23/39* (59)	25/53* (47,2)	21/34 (61,8)	
3L de soluté	7/39* (17,9)	3/53* (5,7)	8/34 (23,5)	
> 3L de soluté	1/39* (2,6)	0	1/34 (2,9)	
Les solutés remplacent les apports oraux	17/33* (51,5)	23/52* (44,2)	20/34 (58,8)	0,41

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Au cours d'un travail d'une durée moyenne de 8h, la plupart des professionnels travaillant en maternité de niveau 1 et 3 (respectivement 59% et 61,8%), administrent environ 2 litres de soluté, dont on ne connaît pas la nature ; Ils estiment que ces apports par voie parentérale remplacent les apports oraux pour 51,5% en niveau 1 et 58,8% en niveau 3. Dans les maternités de niveau 2, sur l'échantillon de 53 professionnels, autant de soignants perfusent 1 litre de soluté et 2 litres de soluté ; 44,2% considèrent que les solutés remplacent les apports par voie orale.

V. 8. Information des patientes concernant le jeûne au cours du travail et dans le post-partum immédiat

Tableau 2i : Information des patientes concernant le jeûne du per-partum dans les différents types maternités.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p
Information des patientes	16/40* (40)	19/54* (35,2)	10/33* (30,3)	0,69
PNP	10/16 (62,5)	10/19 (52,6)	0	0,05 (NC)
Cs 9eme mois	3/16 (18,8)	1/19 (5,3)	1/5 (20)	0,42 (NC)
Cs anesthésie	2/16 (12,5)	4/19 (21,1)	4/5 (80)	0,008 (NC)

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Pratiquement autant de professionnels informent les patientes en niveau 1, 2 ou 3 avec respectivement 40% des professionnels, 35,2% et 30,3%. Cependant les patientes sont plus nombreuses à être informées au cours de préparation à la naissance et à la parentalité dans les maternités de niveau 1 (62,5% des professionnels contre 52,6% en niveau 2 et 0% en niveau 3, $p=0,05$) ; les petits effectifs ne nous permettent pas de conclure sur la significativité de cette différence.

Par ailleurs, nous observons que les patientes sont plus nombreuses à être informées au cours de la consultation d'anesthésie en niveau 3 (80% des professionnels contre 12,5% en niveau 1 et 21,1% en niveau 2, $p=0,008$) ; néanmoins les échantillons sont trop petits pour conclure sur la significativité de cette différence.

Peu de professionnels informent les patientes au cours de la consultation du 9^{ème} mois (18,8% en niveau 1, 5,3% en niveau 2, 20% en niveau 3). Dans « autres », la majorité des soignants ont répondu « en salle de naissance » ou « lors de la consultation aux urgences ».

V. 9. Connaissance et application des recommandations des sociétés savantes par les professionnels

Tableau 2j : Connaissance et application des recommandations des sociétés savantes par les professionnels dans les différentes maternités.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	P
Recommandations	13/40* (32,5)	24/53* (45,3)	12/35 (34,3)	0,39
Appliquées	10/12* (83,3)	11/21* (52,4)	3/11* (27,3)	0,02

Les nombres entre parenthèses correspondent à la fréquence en %.

* En raison des non-réponses, les effectifs sont variables.

Les professionnels des maternités de niveau 2 semblent plus nombreux à connaître les recommandations des sociétés savantes (45,3% des soignants contre 32,5% en niveau 1 et 34,3% en niveau 3), mais cette différence n'est pas significative. Néanmoins, les professionnels exerçant en niveau 1 sont significativement plus nombreux

à appliquer ces recommandations (83,3% des professionnels contre 52,4% en niveau 2 et 27,3% en niveau 3, $p=0,02$). La présence d'un protocole ou d'une habitude de service est un frein à l'application de ces recommandations, de même que le souhait de l'anesthésiste pour les gynécologues-obstétriciens ou les sages-femmes.

Quelque soit le type de maternités, les recommandations et guides pratiques de l'ASA, de la SFAR et du CARO sont les plus connus.

D. Discussion

Nous pouvons constater une participation plus importante des anesthésistes (62%), que des autres professionnels (46% des sages-femmes, et 42% des gynécologues-obstétriciens).

Compte tenu des pondérations différentes des professions selon les types de maternités dans l'échantillon des répondants, cela introduit inévitablement un biais car, comme nous l'avons vu, la profession a une influence notable sur la réponse à certaines questions.

I. Confort et ressenti des patientes

Outre son rôle nutritif, l'alimentation procure un bien-être physique et mental. Dans un environnement comme la salle de naissance, la restriction de l'alimentation et de l'hydratation participe à la médicalisation de l'accouchement, plaçant la parturiente dans une position de personne malade, et pouvant provoquer un stress chez cette dernière [17][18]. L'alimentation, par sa dimension plaisir, apporterait un réconfort à la patiente.

Avec la progression du travail, peu de femmes sont tentées par les aliments solides et préfèrent les liquides. Cette observation ne concerne pas les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale : les contractions n'étant plus ressenties par celles-ci, elles continuent de manger [20].

Dans notre étude, nous remarquons que l'alimentation solide est peu demandée par les femmes. La plupart ont déclaré ne pas avoir eu faim, ou une faim minime (66,1%) bien que 86,5% des patientes aient été soulagées par une analgésie péridurale. Ce qui correspond aux résultats obtenus par l'équipe d'Armstrong, sur les 149 accouchées qu'ils ont interrogé. En effet, une minorité (30%) auraient souhaité manger pendant le travail, et un quart d'entre elles estiment que l'alimentation aurait considérablement amélioré leur satisfaction. Certaines ont même avoué avoir mangé en cachette [39].

Cependant, dans notre étude, une soif modérée à intense a été ressentie par la majorité des patientes interrogées (66,5%), provoquant un inconfort chez 50,7% d'entre elles. La possibilité de boire ou manger a amélioré le confort de 71,8% des patientes alors que la restriction de l'alimentation a été vécue comme inconfortable par 51,9% des patientes privées d'apports oraux. Ces résultats sont comparables à ceux d'une étude menée dans une maternité de niveau 1 : l'intensité de la soif était de 7 sur 10 (0 = pas soif et 10 = soif très intense) avant la prise de boisson et de 6 sur 10 après avoir bu. Le confort était évalué à 9 sur 10 après la prise orale [40]. Dans son mémoire, E. Fremiot recueille ces propos : « La sensation de soif et de bouche sèche sont très difficile à supporter », « Il faudrait trouver un moyen de soulager la soif car elle rend

l'accouchement plus désagréable » et « En salle de naissance, j'ai eu très chaud, à cause du travail et de la chaleur qui régnait dans la pièce, en plus j'étais très angoissée. Un peu d'eau aurait été la bienvenue » montrant la réelle demande des femmes de boire pendant le travail. De plus, sur les 84 patientes qu'elle a interrogées, 88% ont eu soif, dont 50% de façon importante, et 82% auraient aimé boire [18], ce qui concorde avec les résultats de notre étude.

Une des hypothèses était que les apports oraux pouvaient majorer les vomissements, ce qui nuirait au confort de la patiente. Les travaux de Scrutton et al, et O'Reilly et al, trouvaient des vomissements plus fréquents chez les patientes ayant mangé alors que l'équipe d'O' Sullivan ne remarquait aucune différence avec le groupe ne buvant que de l'eau. Dans leur étude, les vomissements ne semblent pas être augmentés par la prise de boissons [20][22][27]. Dans notre étude, des nausées sont advenues chez 27,5% des patientes ayant bu et 24% des patientes ayant mangé, contre 26,5% des patientes n'ayant pas bu, et 27% n'ayant pas mangé. Les vomissements sont survenus chez 22,5% des patientes ayant bu et 20% des patientes ayant mangé, contre 12,5% des patientes n'ayant pas bu et 26,4% n'ayant pas mangé. L'alimentation ou l'hydratation par voie orale ne semble pas avoir majoré la survenue de vomissements. Compte tenu des résultats hétérogènes quant aux vomissements liés à l'alimentation et des recommandations de la SFAR et de l'ASA, il semble plus prudent de restreindre les aliments solides pendant le travail. Cependant l'apport de liquides clairs permet de satisfaire les besoins métaboliques et le confort des patientes, tout en limitant le risque d'inhalation du contenu gastrique [20][21][22][27][37][38].

II. Les apports aux patientes en Loire-Atlantique

L'envie de boire ou manger était plus intense en phase active du travail pour 54,2% des patientes de notre étude, puis dans le post-partum immédiat pour 37,3% d'entre-elles. Or nous pouvons constater que les professionnels sont de moins en moins nombreux à autoriser les apports avec l'avancée du travail, quelque soit le type de maternité. En effet, nous pouvons constater qu'entre 77 et 90% des professionnels donnent à boire en début de travail, alors que maximum 50% des patientes disent avoir eu à boire lorsque le col était dilaté à moins de 3 cm, ce pourcentage s'élève à 57% des femmes en phase active du travail. En phase active du travail, entre 30 et 70% des professionnels donnent à boire aux patientes sans anesthésie péridurale, et ils sont entre 30 et 65% lorsqu'elles ne bénéficient pas de péridurale. Les professionnels ne semblent pas rassurés, une fois l'accouchement terminé. Ils craignent sans doute une anesthésie générale pour une hémorragie de la délivrance. En effet, entre 17 et 60% des

professionnels donnent à boire aux patientes sans péridurale et entre 13 et 65% lorsque l'accouchée en bénéficie d'une, alors que plus de la moitié (sauf dans une maternité) des patientes disent avoir pu boire dans les 2 heures après l'accouchement. A noter que c'est dans le post-partum immédiat que les anesthésistes sont les plus permissifs quant à l'alimentation solide. Nous pouvons constater que les boissons proposées par ces derniers sont plus variées que celles servies par les autres professionnels (l'eau est proposée de façon majeure).

L'hypothèse émise, selon laquelle les anesthésistes seraient plus restrictifs que les autres professionnels, n'est pas confirmée. En effet, nous pouvons constater que l'ensemble des professionnels sont plutôt permissifs pour boire mais que les anesthésistes, contrairement aux sages-femmes sont très prudents, en ce qui concerne l'alimentation solide. Pour eux, le risque semble-être présent dès le début du travail, et moins important dans le post-partum immédiat, alors qu'il paraît décalé à la phase active du travail pour les sages-femmes, qui restent méfiantes dans le post-partum immédiat.

D'autre part, Il semble que le type de patientes concernées par ces apports soit différent selon les professions. En effet, pour les anesthésistes, la présence d'une anesthésie péridurale est un élément positif, rendant les professionnels plus favorables aux apports oraux. Cette attitude peut s'expliquer par le fait que la présence d'une anesthésie péridurale efficace limite les indications d'une anesthésie générale, et ainsi le risque d'inhalation du contenu gastrique. De plus les anesthésistes étaient significativement plus nombreux à connaître les recommandations des sociétés savantes. Rappelons que la SFAR recommande l'apport de liquide clairs chez les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale efficace [37]. Les professionnels des maternités de niveau 3, sont également plus permissifs envers les patientes ayant une anesthésie péridurale. Ces maternités, accueillant des grossesses plus à risque que les autres types de maternités, considèrent, sans doute, également la péridurale comme une « sécurité » en cas d'intervention en urgence. A contrario, la présence d'une analgésie péridurale semble être un élément négatif, pour les sages-femmes quelque soit la phase du travail, et pour les professionnels des maternités de niveau 1 pendant la phase active du travail. En effet, ils sont moins nombreux à servir une collation liquide ou solide aux patientes soulagées par une anesthésie péridurale, qu'à celles qui n'en ont pas. Ces professionnels considèrent peut-être ces parturientes comme à faible risque d'intervention en urgence, et donc ont une prise en charge plus physiologique, limitant la médicalisation du travail.

Par ailleurs, les sociétés savantes préconisent de limiter les apports hydriques aux patientes à bas risques de césarienne, et ne présentant pas d'obésité, de diabète ou de risque d'intubation difficile. En cas de survenue d'un risque d'intervention en urgence, il

est recommandé d'apprécier la restriction hydrique au cas par cas [35][36][37][38]. Or nous pouvons constater que quelque soit la profession ou le type de maternité, la plupart des professionnels ne modifient pas leur prise en charge quant aux apports oraux, en présence d'un facteur de risque. A noter que les maternités de niveau 1 et les sages-femmes tendent à modifier leur attitude face aux apports, respectivement en phase active du travail et en début de travail, lorsqu'un risque intervient, sans que cette différence soit significative. Ceci peut se justifier par l'autorisation plus fréquente des apports par ces professionnels.

Concernant les apports par voie parentérale, la majorité des professionnels, quelque soit la profession ou le type de maternité administrent 2 litres de solutés. Il aurait peut-être été intéressant d'interroger les professionnels sur la qualité de ces solutés, notamment si certains d'entre eux perfusent du glucose pour compenser le jeûne et couvrir les besoins énergétiques. En effet, une étude de Fisher et al, a montré qu'une perfusion de Ringer Lactate contenant du glucose 5% améliorerait le pH au cordon ombilical, par rapport à une perfusion de Ringer Lactate seule [29]. Les anesthésistes sont significativement plus nombreux à considérer que les apports par voie parentérale suffisent (40% des anesthésistes, contre 22,7% des gynécologues-obstétriciens et 9,3% des sages-femmes, $p = 0,01$) mais les gynécologues-obstétriciens sont plus nombreux à penser que ces apports remplacent les apports oraux (78,9% contre 58,8% des obstétriciens et 37,9% des sages-femmes, $p = 0,003$). Nous n'observons pas de différence significative entre les différents types de maternité sur ces points.

III. L'information des patientes

D'après l'article L. 1111-2. de la loi du 4 mars 2002 «Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, [...] et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...] [41]. De plus la Haute Autorité de Santé a publié en 2005 des recommandations quant à l'information des femmes enceintes afin d'aider le couple à prendre des décisions dans le cadre du suivi de la grossesse et la naissance [42]. La pratique du jeûne en salle de naissance étant une action de prévention du syndrome de Mendelson, les femmes devraient recevoir une information sur l'éventuelle restriction de boire ou manger pendant le travail. Aborder ce sujet au cours de la grossesse permettrait à la femme de se préparer à cette restriction. Cette information pourrait être délivrée par l'anesthésiste au cours de la consultation de fin de grossesse, par la sage-femme lors des cours de préparation à la naissance sur le déroulement de l'accouchement ou lors de la

consultation du 9^{ème} mois, si la patiente est suivie par un obstétricien, ce dernier peut l'informer au cours des consultations. En moyenne, 47% des patientes interrogées dans notre étude ont reçu une information relative apports oraux au cours du travail, pendant la grossesse sauf dans la maternité A (où 70% des patientes ont été informées). Cette information était rarement en faveur d'une alimentation ou d'une hydratation per os, sauf dans le centre F (où 60% des patientes avait eu une information en faveur des apports per os). Parmi ces femmes, entre 83,3% et 100% d'entre elles ont été informées par leur sage-femme, alors que seulement 44,9% des sages-femmes disent informer les patientes ; mais l'information a pu être délivrée par une sage-femme libérale. Par ailleurs, entre 4,8% et 30 % des femmes ont été informées par l'anesthésiste, et très peu ont été averties par leur obstétricien. Les professionnels de niveau 1 informent, principalement, les patientes en cours de Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), alors que ceux des maternités de niveau 3, en parlent plutôt pendant la consultation d'anesthésie. Cependant, il existe sans doute un biais puisque seules les sages-femmes travaillant en salle de naissance au moment de l'étude ont été interrogées. En niveau 3, la PNP étant pratiquée par des sages-femmes différentes de celles exerçant en salle de naissance, il est logique de ne pas avoir de sages-femmes informant les patientes en PNP, à la différence des maternités de niveau 1 et 2, où, moins nombreuses, les sages-femmes interviennent dans les différents services. De plus, beaucoup de patientes suivent les cours de PNP chez une sage-femme libérale.

Par ailleurs, il pourrait-être intéressant d'informer les femmes sur la possibilité de s'hydrater et/ou s'alimenter oralement, à l'entrée en salle d'accouchement. Ainsi, cette information serait adaptée à la pratique des professionnels prenant en charge la parturiente. En effet, plus de la moitié des professionnels, attendent la demande de la patientes pour leur donner à boire et/ou à manger, or si les patientes ne connaissent pas la possibilité d'avoir une collation, ou pensent que tout apport oral est interdit, elles n'oseront pas demander aux soignants.

Lors d'un refus de collation, la raison de cette opposition a été expliquée à plus de la moitié des parturientes. Les arguments ont été compris par 90,7% des patientes, cependant, nous pouvons nous interroger sur certains d'entre eux. Par exemple, l'argument « car j'avais une péridurale » retenu par bon nombre de patientes peut paraître étonnant au regard des recommandations de la SFAR [37]. Certaines patientes ont retenu qu'elles ne pouvaient pas boire pour ne pas remplir leur vessie, alors que, dans notre étude, 2 litres de solutés sont administrés, en moyenne, pour un travail durant 8 heures, et que les quantités de boissons sont le plus souvent limitées à ½ verre, voire 1 verre. L'étude de Kubli et al, a relevé que les patientes avaient bu environ 500 ml d'eau ou 1 L de boissons énergétiques [21], ce volume reste bien moins important que celui des apports parentéraux. Ainsi, même si un remplissage vasculaire est nécessaire pour éviter

les hypotensions chez les femmes bénéficiant d'une anesthésie péridurale, nous pourrions diminuer les apports parentéraux et favoriser les boissons, sans pour autant augmenter la fréquence des sondages évacuateurs, chez les patientes ayant une analgésie péridurale.

Il est difficile de répondre à notre hypothèse selon laquelle l'information des patientes au cours de la grossesse, leur permettrait de mieux gérer leur stress le jour de l'accouchement. Il aurait fallu prendre deux groupes de patientes et n'en informer qu'un, ce qui est délicat à mettre en place dans toutes les maternités de Loire-Atlantique.

IV. Pour ou contre le jeûne, pour quelles raisons ?

Le jeûne s'est imposé en salle de naissance à la suite des travaux et recommandations du Dr Mendelson, en 1946. Nous nous sommes intéressés aux raisons qui motivaient les professionnels à pratiquer le jeûne dans le per-partum. La prévention du syndrome de Mendelson est l'argument principal pour la plupart des anesthésistes. Une sage-femme sur deux et un gynécologue-obstétricien sur trois retiennent le syndrome de Mendelson comme argument en faveur du jeûne, le principal frein de ces professionnels (~77%), pour donner à boire et/ou à manger, semble être le souhait de l'anesthésiste. Lorsque B. Kozlowski a interrogé, dans son mémoire, les sages-femmes auvergnates interdisant systématiquement les apports oraux pendant la phase active du travail, sur les raisons de cette pratique, 71% d'entre elles invoquaient le risque de césarienne et/ou d'anesthésie générale [43] et donc le risque de syndrome de Mendelson, contre 52% des patientes que nous avons interrogées. D'autre part, comme dans notre étude, 80% des sages-femmes, travaillant des les maternités d'Auvergne, recevaient des directives d'interdiction stricte par les médecins [43]. Les anesthésistes sont significativement plus nombreux à estimer que les apports parentéraux suffisent. Cependant, il y a moins d'un professionnel sur deux pense que ces apports suffisent.

Nous n'observons pas de différences significatives concernant les arguments en faveur du jeûne, entre les différents types de maternités.

Nous avons vu que le confort des patientes était la première raison motivant l'autorisation des apports oraux, quelque soit la profession ou le type de maternité. Répondre aux besoins énergétiques vient en second lieu sauf pour les anesthésistes, ce qui est cohérent avec les résultats du tableau 1d, montrant que les anesthésistes étaient plus nombreux à considérer que les apports par voie parentérale étaient suffisants pour la patiente. Alors que les anesthésistes sont plus nombreux à proposer des boissons

sucrées aux patientes, ils ne sont que 15% à retenir les besoins énergétiques comme arguments en faveur des apports oraux. Par ailleurs, peu de professionnels semblent se référer aux procédures de l'établissement pour donner à boire ou à manger aux patientes : seul 7,1% des sages-femmes s'y reportent pour accorder une prise orale. Alors que ces procédures étaient un frein pour autoriser les apports pour 51,2% des sages-femmes, 40,9% des gynécologues-obstétriciens et 20% des anesthésistes. Ce qui nous laisse penser que les protocoles ou habitudes de services sembleraient plutôt en faveur d'une restriction des apports per os. La même différence est observable dans l'analyse des résultats sur les différents types de maternité. A noter que les maternités de niveau 2 sont significativement plus nombreuses à avoir mis en place un protocole, celui-ci étant en faveur des apports per os pour 48% des professionnels le connaissant.

Les anesthésistes sont plus nombreux à s'appuyer sur les données scientifiques pour autoriser les aliments et les boissons, ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils soient significativement plus nombreux à connaître les recommandations des sociétés savantes (70%), même si près de la moitié d'entre eux dit ne pas les appliquer (44%). De même, les données sont un argument en faveur des apports oraux pour plus de professionnels de niveau 1 que ceux des autres maternités, ce qui concorde avec les résultats du tableau 2j, montrant que les professionnels travaillant en niveau 1 sont significativement plus nombreux à appliquer les recommandations des sociétés savantes.

V. Le changement des pratiques

Rapidement instauré dans les salles de naissance, à la suite des travaux de Mendelson, le jeûne strict est, aujourd'hui, remis en cause, ses inconvénients sont mis en avant et les sociétés savantes prônent l'autorisation des liquides non particuliers, aux patientes ayant un travail non compliqué. Cependant, les pratiques professionnelles restent hétérogènes. Alors que les chercheurs n'ont pas montré qu'il était sans risque de manger et de boire pendant le travail, aucun n'a rapporté de résultats maternels et néonataux préjudiciables. Le fait de ne pas pouvoir assurer « c'est sans danger » de donner à manger et à boire aux femmes en travail, constitue sûrement une source d'hésitation, pour les maternités, de changer leurs pratiques.

Cependant, depuis 1946, les progrès en anesthésie ont permis de réduire le nombre d'anesthésie générale, au profit des analgésies péridurales, limitant le risque d'inhalation. D'autre part, des inconvénients comme la fatigue, l'inconfort maternel et une augmentation du taux d'extractions instrumentales, peuvent être imputés au jeûne strict [15][16]. Ces éléments, ainsi que la réelle demande des femmes, pourraient motiver l'évolution des pratiques. Néanmoins, l'histoire personnelle et professionnelle, la formation initiale et le manque d'information, ainsi que la place hiérarchique du soignant au sein

d'une équipe, peuvent-être un frein au changement. En effet, les sages-femmes, qui sont en première ligne auprès des parturientes, sont les moins nombreuses à connaître les recommandations des sociétés savantes (21,4%, contre 70,6% des anesthésistes et 41,7% des gynécologues-obstétriciens), témoignant d'un réel manque d'information. Par ailleurs, plus de la moitié de celles qui connaissent ces recommandations, les appliquent. Ainsi, nous pouvons penser qu'une meilleure information favoriserait une évolution des pratiques. Ce manque d'information se retrouve également en Auvergne, seulement 17% des sages-femmes, sondées par B. Kozlowski, connaissaient les recommandations [43].

Même si le professionnel est volontaire, il n'est pas évident de modifier une pratique existant depuis longtemps, une phase de résistance est presque toujours observée. Plus nous aurons envie de convaincre quelqu'un de changer, plus nous allons argumenter, plus nous allons créer une résistance, nous explique le psychothérapeute, JJ. Wittezaele [44]. Pour éviter cette résistance, il est conseillé de partir de la vision de l'autre et de reconnaître ses avantages, par exemple, la sécurité qu'apporte le jeûne en cas d'anesthésie générale, et d'exposer les inconvénients de la nouvelle pratique, comme l'augmentation des vomissements avec la prise d'aliments solides. Il est préconisé de faire participer au maximum les soignants, pour favoriser l'acceptation, et éviter le sentiment de contrainte et d'obligation. Des réunions d'informations pourraient être proposées dans le service, puis des groupes de soignants, de plusieurs professions pourraient réfléchir ensemble et établir un protocole pour le service. Ainsi, il existe un échange entre les différents professionnels, la dimension hiérarchique est amoindrie, et les décisions ne sont pas imposées par une profession en particulier. Il est important de fixer un objectif minimal réaliste et accessible, concernant le jeûne, le changement peut commencer par un apport de boissons non particulières, autre que l'eau, telles que les boissons sucrées non pétillantes, les jus de fruit sans pulpe, pour répondre aux besoins énergétiques de la patiente.

Il est évident qu'il semble difficile de regrouper tous les professionnels d'un même service. Il est donc important qu'une explication, et une information soient délivrées aux soignants qui n'ont pu participer à la réflexion, pour que ces derniers puissent intégrer les nouvelles pratiques, leurs raisons et éventuellement émettre leurs propres inquiétudes sur le sujet.

La maternité de Léman, à Thonon-les-bains a entrepris cette démarche collective de réflexion sur la prise en charge globale. Les équipes obstétricales et anesthésiques réunies ont mené une étude, dans leur maternité, sur 278 patientes libres de boire et/ou manger, ou non, pendant le travail. Compte tenu des résultats satisfaisants et du désir de faire évoluer leurs pratiques, les équipes ont rédigé un protocole sur l'alimentation au cours du travail [45].

E. Place de la sage-femme

La sage-femme, assurant le suivi de grossesse et la PNP, accompagne et prépare les femmes dans ces expériences souvent inconnues pour elles, que sont la grossesse et l'accouchement. En abordant le sujet des restrictions hydriques et alimentaires, pendant la grossesse, elle permettra à la patiente de mieux gérer celles-ci le jour de l'accouchement. De plus, elle peut leur conseiller de prévoir un brumisateur ou des sucettes, pour palier ces interdits.

En salle de naissance, la sage-femme, accompagne la parturiente tout au long du travail, elle sera sans doute la première à recevoir la demande de la patiente. Chargée de la surveillance du déroulement du travail obstétrical, la sage-femme repère également le stress et la fatigue maternelle, et veille à apporter confort et bien-être à la future mère. Dans les situations à risque d'intervention en urgence, la sage-femme préconisera la pose d'une analgésie péridurale pour éviter une éventuelle anesthésie générale. Dans ce contexte, elle est également habilitée à prescrire un antiacide comme la ranitidine [46].

Ce rôle se joue en coordination avec les anesthésistes. Ces derniers participent à l'information et au dépistage des situations à risque, au cours de la consultation d'anesthésie. Les anesthésistes réalisent la pose et la surveillance de l'analgésie péridurale. En cas d'anesthésie générale, ce sont eux qui portent la responsabilité de cette dernière, et à qui peuvent être imputés les complications qui en résulteraient. Ceci peut expliquer le fait que les anesthésistes soient plus restrictifs vis à vis des aliments solides, avant l'accouchement, et que les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens soient nombreux à se référer au souhait de l'anesthésiste.

Conclusion

Instauré dans les années 1940, le jeûne strict pendant le travail, ne semble plus justifié. Bien qu'il soit difficile de revenir sur des pratiques instaurées depuis longtemps, l'évolution de l'analgésie péridurale, les effets néfastes du jeûne sur l'accouchement, sur la mère et sur le fœtus, les apports liquidiens non particuliers commencent petit à petit à faire leur entrée en salle de naissance.

Face à la forte demande des patientes, il existe, dans les maternités de Loire-Atlantique, une réelle volonté des professionnels d'améliorer leur confort et le vécu de celles-ci. Cependant, le manque d'information des professionnels sur les avantages et les inconvénients du jeûne strict, de l'alimentation et de l'hydratation orale, avec les données actuelles de la science, entretient les hésitations. La rédaction d'un protocole sur les possibilités d'alimentation et d'hydratation pour chaque phase du travail, pour les patientes ayant une analgésie péridurale ou non, permettrait une homogénéisation des pratiques au sein de l'établissement, et diminuerait les interrogations. Le risque zéro n'existe pas, la surmédicalisation peut être rassurante, tout comme elle peut paraître intrusive dans un processus naturel comme la naissance.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Levy DM. Pre-operative fasting, 60 years on from Mendelson. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*, 2006, vol.6, n°6, p215-218.
- [2] Enquête nationale périnatale 1998.
- [3] Enquête nationale périnatale 2010.
- [4] Institut de veille sanitaire. Rapport du comité national d'expert sur la mortalité maternelle (CNEMM) 1999-2001.
- [5] Devos N, Dureuil B. Le syndrome d'inhalation. *SFAR*, Conférences d'actualisation, 2000, p127-139.
- [6] Institut de veille sanitaire. Rapport du comité national d'expert sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006.
- [7] Robert B, Shirley M.D, Roberts M.D, et al. Reducing the risk of acid aspiration during cesarean section. *Anesth Analg*, 1974, vol.53, n°6, p859-868.
- [8] Enquête nationale périnatale 2003.
- [9] Bongain A, Isnard V, Daoudi K, et al. Excès pondéral en gynécologie-obstétrique. CNGOF. Mise à jour en gynécologie-obstétrique, 1996.
- [10] Wong CA, McCarthy RJ, Fitzgerald PC, et al. Gastric emptying of water in obese pregnant women at term. *Anesth Analg*, 2007, vol.105, n°3, p751-755.
- [11] Lebuffe G. Gestion périopératoire du diabète. Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Conférence d'actualisation, p111-122.
- [12] Thierrin L. L'anesthésie générale pour la césarienne : quoi de neuf ? MAPAR, Communications 2007, p97.
- [13] Carp H, Jayaram A, Stoll M. Ultrasound examination of the stomach contents of parturients. *Anesth Analg*.1992, vol.74, n°5, p683-687.
- [14] Hazle NR. Hydration in labour : Is routine intravenous hydration necessary ? Abstract. *J Nurse Midwifery*, 1986, vol.31, n°4, p171-176.
- [15] O' Sullivan G, Scrutton M. NPO during labor, Is there any scientific validation ? *Anesthesiology Clin N Am*, 2003, vol.21, p87-98.
- [16] Scheepers HC, Essed GG, Kanhai HH, et al. Eating and drinking in labor: the influence of caregiver advice on women's behavior. Abstract. *Birth*, 2001, vol.28, n°2, p119-123.
- [17] Faitot V, Keïta-Meyer H. Apports liquidiens et alimentaires pendant le travail. MAPAR. Communications 2008, p391.
- [18] Fremiot E. Le jeûne hydrique du per-partum. Vers de nouvelles pratiques ? Mémoire Sage-Femme. Publié dans *La revue Sage-Femme*, 2007, vol.6, p239-246.
- [19] Diemunsh P, Haliska W, Szczot M, et al. Eating during labour: is it of any benefit ? *Ann Fr Anesth Réanim*, 2006, vol.25, n°6, p609-615.

- [20] Scrutton MJ, Metcalfe GA, Lowy C, et al. Eating in labour : A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. *Anaesthesia*, 1999, vol.54, n°4, p329-334.
- [21] Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, et al. An evaluation of isotonic "sport drinks" during labor. *Anesth. Analg*, 2002, vol.94, n°2, p404-408.
- [22] O'Sullivan G, Bing L, Hart D, et al. Effect of food intake during labour on obstetric outcome : randomised controlled trial. *BMJ*, 2009, 338 : b784
- [23] Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, et al. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. Abstract. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2005, vol.34, n°3, p319-328.
- [24] Parsons M, Bidewell J, Nagy S. Natural eating behavior in latent labor and its effect on outcomes in active labor. *J Midwifery Womens Health*, 2006, vol.51, n°1, p1-6.
- [25] Parsons M, Bidewell J, Griffiths R. A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery*, 2007, vol.23, n°2, p131-138.
- [26] Rahmani R, Khakbazan Z, Yavari P, et al. Effect of oral carbohydrate intake on labor progress : randomized controlled trial. *Iranian J Publ Health*, 2012, vol.41, n°11, p59-66.
- [27] O'Reilly SA, Hoyer PJ, Walsh E. Low-risk mothers. Oral intake and emesis in labor. Abstract. *J Nurse Midwifery*, 1993, vol.38, n°4, p228-235.
- [28] Scheepers HC, de Jong PA, Essed GG, et al. Fetal and maternal energy metabolism during labor in relation to the available caloric substrate. Abstract. *J Perinat Med*, 2001, vol.29, n°6, p457-464.
- [29] Fisher AJ, Huddleston JF. Intrapartum maternal glucose infusion reduces umbilical cord acidemia. *Am J Obstet Gynecol*, 1997, vol.177, n°4, p765-769.
- [30] Hawkins JL, Gibbs CP, Orleans M, et al. Oral intake policies on labor and delivery : a national survey. *J Clin Anesth*, 1998, vol.10, n°6, p449-51.
- [31] Michael S, Reilly CS, Caunt JA. Policies for oral intake during labour. A survey of maternity units in England and Wales. Abstract. *Anaesthesia*, 1991, vol.46, n°12, p1071-1073.
- [32] Parsons M. Policy or tradition : oral intake in labour. *Aust J Midwifery*, 2001, vol.14, n°3, p6-12.
- [33] Scheepers HC, Essed GG, Brouns F. Aspect of food and fluid intake during labour. Policies of midwives and obstetricians in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1998, vol.78, n°1, p37-40.
- [34] American College of Nurse-Midwives. Providing oral nutrition to women in labor. *J Midwifery Womens Health*, 2008, vol.53, n°3, p276-283.
- [35] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique, 1997, p10-11.

- [36] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles, 2ème édition, 2009, p69.
- [37] Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR). Les blocs périmédullaires chez l'adulte. Recommandations pour la Pratique Clinique, 2006.
- [38] American Society of Anesthesiologists (ASA). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*, 2007, vol.106, n°4.
- [39] Armstrong TS, Johnston IG ; Wich women want food during labor ? : results of an audit in a Scottish DGH. Abstract. *Health Bull (Edinb)*, 2000, vol.58, n°2, p141-144.
- [40] Fuzier V, Genieys A, Arroyos B, et al. Apports oraux liquidiens en salle de naissance : retour d'expérience dans une maternité de niveau 1. *Profession Sage-Femme*, dec 2011/ janv 2012, n°181, p20-22.
- [41] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Art. L. 1111-2.
- [42] Haute autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé, Avril 2005.
- [43] Kozlowski B, Gallot D, Poumeyrol D, et al. L'hydratation orale pendant le travail d'accouchement. Etat des lieux des pratiques des sages-femmes dans les maternités d'Auvergne. Mémoire Sage-Femme. Publié dans *La revue Sage-Femme*, 2012, vol.11, n°1, p9-15.
- [44] Wittezaele JJ, Therer J, Dubois C, et al. Comment changer les comportements ? *Symbioses*, 2006, n°70, p7-12.
- [45] Faitg R, Crenais C, Poret M, et al. Prise en charge globale de la naissance, élément de réflexion concernant la place de l'anesthésiste, hors complications. *Profession sage-femme*, 2009, n°152, p29-34.
- [46] Liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes. Arrêté du 12/10/2012. JORF n°0244 du 20/10/2012, p17768, texte n°27

Autres références :

- Alexander, Graham Smith. Gastroesophageal reflux and aspiration of gastric contents in anesthetic practice. *Anesth Analg*, 2001, vol.93, n°2, p494-513.
- Berl M, Dubois-Gozlan L, Dailland P, et al. Protocole d'anesthésie - réanimation obstétricale, 2ème édition, Paris, Arnette, 2011, 531p.
- Boulay G, Hamza J. Anesthésie et estomac plein. Conférence d'actualisation. 44ème congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris, Elsevier, 2002, p217-226.

- Boutonnet M, Faitot V, Keïta H. Gestion des voies aériennes en obstétrique. *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation*, 30, 2011, p651-664
- Branger B. Comment changer un comportement ? Réseau sécurité naissance.2010.
- Diemunsh P, Samain E. Anesthésie et réanimation obstétricale. Paris, Masson, 2009, 270p.
- Hoonakker C. Le jeûne du per-partum : fondement, conséquences et débat. 34^{ème} Assises nationales des sages-femmes, Strasbourg, 2006. Publié dans *Profession Sage-Femme*, 2007, n°132, p20-29.
- Landau R. Anesthésie-analgésie pour le travail obstétrical. Les Essentiels. Paris, Elsevier Masson, 2006, p265-278.
- Nancy C. Oral intake during labor : A review of the evidence. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2010, vol.35, n°4, p197-203.
- Nathan N. Règles du jeûne préopératoire. Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Conférences d'actualisation, Paris, Elsevier Masson, 2007, p13-26.
- Recier JP, Laugie J, Salle BL. Médecine périnatale. 1989, Paris, Médecine – Sciences Flammarion.
- Thénoz N, Soler S, Boselli E, et al. Anesthésie pour césarienne. Les Essentiels. Paris, Elsevier, 2005, p323-333.

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux patientes

Actuellement en 4^{ème} année d'école de Sage-femme à Nantes, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les pratiques concernant le jeûne du per-partum, dans les maternités de Loire-Atlantique.

Ainsi, je vous propose de répondre à ce questionnaire de façon anonyme.
Je vous remercie de votre participation.

Marie Le Berre

1- Dans quelle maternité avez-vous accouché ?

2- Comment avez-vous donné naissance ?

- ☐ 1- Par les voies naturelles ☐ 2- Par césarienne

Si vous avez accouché par césarienne, a-t-elle eu lieu :

- ☐ 1- Col dilaté à moins de 3cm
☐ 2- Au cours du travail
☐ 3- Moins de 2h avant l'accouchement

3- Avez-vous bénéficié d'une anesthésie péridurale ? ☐ 1- Oui ☐ 2- Non

Au cours de votre grossesse

4- Vous a-t-on parlé de l'alimentation et de l'hydratation pendant le travail ? ☐ 1- Oui ☐ 2- Non
Si oui : cette information vous a été donnée par :

- ☐ Votre sage-femme (Préparation à la naissance / consultation mensuelle)
☐ votre gynécologue-obstétricien
☐ l'anesthésiste

5- Cette information était-elle en faveur de boire et manger pendant le travail ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non

Le jour de l'accouchement :

6- Concernant la soif, aviez-vous :

- ☐ 1- Pas soif du tout
☐ 2- Un peu soif
☐ 3- Une soif modérée
☐ 4- Une soif intense

7- Concernant la faim, aviez-vous :

- ☐ 1- Pas faim
☐ 2- Une faim minime
☐ 3- Un faim modérée
☐ 4- Une faim intense

8- Comment avez-vous ressenti le besoin de boire et/ou manger ?

- ☐ 1- Très inconfortable
☐ 2- Inconfortable
☐ 3- Confortable
☐ 4- Très confortable

9- Vous a-t-on donné à boire ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non

Si oui, à quel moment ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Col dilaté à moins de 3cm
- ☐ Au cours du travail
- ☐ Moins de 2h avant l'accouchement
- ☐ Dans les 2h après l'accouchement

Si oui, qu'avez-vous reçu ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ De l'eau
- ☐ De l'eau sucrée ou eau+sirop
- ☐ Un jus de fruit
- ☐ Une boisson chaude (thé, tisane, café)
- ☐ Une boisson énergisante
- ☐ Autres, précisez :

A quelle fréquence ?

- ☐ 1- A la demande
- ☐ 2- ½ verre par heure
- ☐ 3- 1 verre par heure
- ☐ 4- 2 verres par heure

10- Vous a-t-on donné à manger ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non

Si oui, qu'avez-vous reçu : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Ce que vous vouliez
- ☐ Un repas léger (soupe, purée...)
- ☐ Biscuits, biscottes
- ☐ Un laitage
- ☐ Un fruit / une compote
- ☐ Autres, précisez :

11- Avez-vous eu des nausées, des vomissements ?

- ☐ 1- Absence
- ☐ 2- Faibles nausées
- ☐ 3- Nausées nécessitant un traitement
- ☐ 4- Vomissements

12- A quel moment, avez-vous ressenti le besoin de boire et/ou manger le plus important ?

- ☐ 1- Col dilaté à moins de 3 cm
- ☐ 2- Au cours du travail
- ☐ 3- Moins de 2h avant l'accouchement
- ☐ 4- Dans les 2h après l'accouchement

13- Si vous avez eu à boire et/ou à manger, cet apport a-t-il amélioré votre confort ?

- ☐ 1-Oui
- ☐ 2-Non
- ☐ 3-Insuffisamment

14- Si vous n'avez pas eu à boire et/ou à manger, ceci vous a été ?

- ☐ 1- Très inconfortable
- ☐ 2- Inconfortable
- ☐ 3- Confortable
- ☐ 4- Très confortable

15- Si vous n'avez pas eu à boire et/ou à manger, vous a-t-on expliqué pourquoi ?

- ☐ 1-Oui
- ☐ 2-Non

Quels sont les arguments que vous avez retenus ?

Les avez-vous compris ?

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux professionnels

Actuellement en 4^{ème} année d'école de Sage-femme à Nantes, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les pratiques concernant le jeûne du per-partum, dans les maternités de Loire-Atlantique.

Ainsi, je vous propose de répondre à un questionnaire de façon anonyme.

Je vous remercie vivement de votre participation.

Marie Le Berre

- 1- Etes-vous : ☐ 1- Anesthésiste ☐ 2- Obstétricien ☐ 3- Sage-femme
- 2- Dans quelle maternité exercez-vous ?
- 3- Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ? ans
- 4- Aux parturientes, en **début de travail** (spontané, maturation, déclenchement),
 - a) Donnez-vous à boire ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
 - b) Si oui, vous lui donnez ?
 - ☐ De l'eau
 - ☐ De l'eau sucrée ou eau+sirop
 - ☐ Un jus de fruit sans pulpe
 - ☐ Une boisson chaude (thé, tisane, café)
 - ☐ Une boisson énergisante
 - ☐ Autres, précisez
 - c) A quelle fréquence proposez-vous, à la patiente de boire ?
 - ☐ 1- A la demande ☐ 2- Selon un rythme préétabli

Si ce n'est pas à la demande, le rythme est le suivant :

 - ☐ 1- Toutes les heures ☐ 2- Toutes les 2h ☐ 3- Toutes les 3h

Quelle quantité proposez-vous ?

 - ☐ 0- ½ verre
 - ☐ 1- 1 verre
 - ☐ 2- 2 verres
 - d) Donnez-vous à manger ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
 - e) Si oui, vous lui donnez :
 - ☐ Ce qu'elle veut
 - ☐ Un repas léger (soupe, purée...)
 - ☐ Biscuits, biscottes
 - ☐ Un laitage
 - ☐ Un fruit / une compote
 - f) Avez-vous la même attitude devant une parturiente présentant des facteurs de risques (une obésité, une suspicion de macrosomie, un diabète, un utérus cicatriciel, ...) ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non ☐ 3- Cela dépend du facteur de risque

Précisez votre attitude

Pourquoi ?.....
- 5- Aux parturientes, **en phase active du travail**,
 - a) Donnez-vous à boire ?
 - A une parturiente sans analgésie péridurale : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
 - A une parturiente avec une analgésie péridurale : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non

- b) Si oui, vous lui donnez ?
☐ De l'eau
☐ De l'eau sucrée ou eau+sirop
☐ Un jus de fruit sans pulpe
☐ Une boisson chaude (thé, tisane, café)
☐ Une boisson énergisante
☐ Autres, précisez
- c) A quelle fréquence proposez-vous, à la patiente de boire ?
☐ 1-A la demande ☐ 2- Selon un rythme préétabli
- Si ce n'est pas à la demande, le rythme est le suivant :
☐ 1- Toutes les heures ☐ 2- Toutes les 2h ☐ 3- Toutes les 3h
- Quelle quantité proposez-vous ?
☐ 0- ½ verre
☐ 1- 1 verre
☐ 2- 2 verres
- d) Donnez-vous à manger ?
A une parturiente sans analgésie péridurale : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
A une parturiente avec une analgésie péridurale : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
- e) Si oui, vous lui donnez :
☐ Ce qu'elle veut
☐ Un repas léger (soupe, purée...)
☐ Biscuits, biscottes
☐ Un laitage
☐ Un fruit / une compote
- f) Avez-vous la même attitude devant une parturiente présentant des facteurs de risques (une obésité, une suspicion de macrosomie, un diabète, un utérus cicatriciel, ...) ? ☐ 1-Oui
☐ 2-Non ☐ 3- Cela dépend du facteur de risque
- Précisez votre attitude
Pourquoi ?.....

6- Dans **le post-partum immédiat**, aux patientes,

- a) Donnez-vous à boire ?
A une parturiente sans analgésie péridurale : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
A une parturiente avec une analgésie péridurale : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
- b) Si oui, vous lui donnez ?
☐ De l'eau
☐ De l'eau sucrée ou eau+sirop
☐ Un jus de fruit sans pulpe
☐ Une boisson chaude (thé, tisane, café)
☐ Une boisson énergisante
☐ Autres, précisez
- c) A quelle fréquence proposez-vous, à la patiente de boire ?
☐ 1-A la demande ☐ 2- Selon un rythme préétabli
- Si ce n'est pas à la demande, le rythme est le suivant :
☐ 1- Toutes les heures ☐ 2- Toutes les 2h ☐ 3- Toutes les 3h
- Quelle quantité proposez-vous ?
☐ 0- ½ verre
☐ 1- 1 verre
☐ 2- 2 verres

- d) Donnez-vous à manger ?
 A une parturiente sans analgésie péridurale : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
 A une parturiente avec une analgésie péridurale : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
- e) Si oui, vous lui donnez :
☐ Ce qu'elle veut
☐ Un repas léger (soupe, purée...)
☐ Biscuits, biscottes
☐ Un laitage
☐ Un fruit / une compote
- f) Avez-vous la même attitude devant une parturiente présentant des facteurs de risques (une obésité, une suspicion de macrosomie, un diabète, un utérus cicatriciel, ...) ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non ☐ 3-Cela dépend du facteur de risque

Précisez votre attitude
 Pourquoi ?

- 7- Si vous pratiquez le jeûne strict, pour quelles raisons le faites-vous ?

- ☐ Risque du syndrome de Mendelson
☐ Souhait de l'anesthésiste
☐ Procédure d'établissement
☐ L'apport par voie parentérale suffit
☐ Autres, précisez,

- 8- Si vous ne pratiquez pas le jeûne, pourquoi le faites-vous ?

- ☐ Répondre aux besoins énergétiques
☐ Confort de la patiente
☐ Procédure d'établissement
☐ Données scientifiques
☐ Autres, précisez.....

Lorsque vous donnez quelque chose à la patiente, c'est :

- ☐ 1- Suite à une demande de sa part
☐ 2- Suite à une proposition que vous lui faites

- 9- Concernant l'apport de solutés par voie parentérale :

- a) Pouvez-vous estimer la quantité de ces apports sur un travail de 8h :
☐ 1- 1L ☐ 2- 2L ☐ 3- 3L ☐ 4- Plus de 3L
 b) Pensez-vous qu'il peut remplacer l'apport hydrique par voie orale ?
☐ 1-Oui ☐ 2-Non

- 10- Existe-t-il un protocole concernant le jeûne dans votre établissement ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
 Si oui, est-il plutôt : ☐ 1- Permissif ☐ 2- Restrictif

- 11- Vous considérez votre pratique personnelle plutôt : ☐ 1- Permissive ☐ 2- Restrictive ?

- 12- Informez-vous les patientes au cours de la grossesse au sujet du jeûne du per-partum ?
☐ 1-Oui ☐ 2-Non

Si oui, quand le faites-vous ?

- ☐ En préparation à la naissance
☐ Consultation du 9^{ème} mois
☐ Consultation d'anesthésie
☐ Autres, précisez :

13- Certains organismes recommandent de ne pas pratiquer le jeûne strict dans le per-partum

- a) Connaissez-vous ces recommandations ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
- b) Si oui, à quels organismes faites-vous référence ?.....
- c) Si oui, les prenez-vous en compte dans votre pratique ? ☐ 1-Oui ☐ 2-Non
- d) Si non, pourquoi ?.....

Résumé

Aujourd'hui, le jeûne strict ne semble plus être de rigueur en salle de naissance, faisant place à la réintroduction progressive de l'alimentation et de l'hydratation pendant le travail. Le jeûne étant encore largement répandu en France, nous avons voulu dresser un état des lieux des pratiques des anesthésistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens des maternités de Loire-Atlantique, en tenant compte également des différents types de maternités. Un questionnaire a été adressé aux professionnels intervenant dans les salles de naissance du département. En parallèle, nous nous sommes intéressés au désir et au vécu des parturientes de ces établissements, à l'aide d'un questionnaire distribué en suite de couches. Face à la demande importante des patientes de boire, la majorité des professionnels autorisent la prise de quantités limitées d'eau. On note cependant une diminution des apports avec la progression du travail.

Mots clés

Jeûne

Per-partum

Mendelson

Pratiques des professionnels

Confort des patientes