UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre Morlanne

Pour le plaisir des femmes : boire et grignoter pendant le travail obstétrical, rêve ou réalité ?

Mémoire présenté et soutenu par

Emilie BAROTTE

Promotion 2006-2010

SOMMAIRE

Sommaire **2**

Introduction **4**

1. Mortalité et morbidite de la prise orale **6**

1.1. Le syndrome de Mendelson 6
1.2. Incidence du syndrome d'inhalation : données épidémiologiques spécifiques en obstétrique 8
1.3. Ce qui contribue à diminuer cette incidence 8
1.4. Ce qui contribue à augmenter cette incidence 10
1.4.1. La grossesse 10
1.4.2. Les valeurs critiques pour le volume et l'acidité 10
1.4.3. L'obésité 11
1.4.4. Le diabète insulinodépendant 11
1.4.5. L'intubation difficile 11
1.4.6. Les opioïdes 12

2. Les Effets du jeÛne et des boissons caloriques **13**

2.1. Le jeûne au cours du travail obstétrical 13
2.1.1. Le volume et l'acidité du contenu gastrique 13
2.1.2. La cétose 14
2.1.3. Impact du jeûne sur le travail obstétrical et le bien être du nouveau né 15
2.1.4. Le stress 16
2.2. Les boissons caloriques et l'alimentation sans résidus au cours du travail obstétrical 17
2.2.1. Le volume et l'acidité gastrique 17
2.2.2. Existe-t-il une répercussion de l'apport de glucides sur le travail obstétrical et la cétose? 17
2.2.3. Conséquences métaboliques pour le fœtus 19

3. Le retentissement maternel de la prise orale **20**

3.1. Le comportement naturel : sensation de soif, de faim et confort 20
3.2. Les vomissements sont-ils plus accrus ? 21

4. Recommandations et pratiques **22**

4.1. Recommandations et avis d'experts 22
4.2. Evolutions des pratiques et évaluation de la prévention 23

Partie 2 : ATTITUDES ET PERCEPTIONS DES SAGES-FEMMES ET DES ANESTHESITES A L'EGARD DU JEUN **26**

1. Méthodologie de travail **27**

1.1. Description de l'étude 27
1.2. Objectifs et hypothèses 29

2. Population étudiée **30**

3. présentation des résultats (sages-femmes) **31**

3.1. Ce que donnent les sages-femmes à boire et à manger aux patientes 31
3.2. Prévention du syndrome de Mendelson 33

3.3. Les raisons du jeun 35
3.4. Comment est perçu l'apport per os par les sages-femmes ? 36
3.5. Protocole et satisfaction du climat de travail 37
4. Présentation des résultats (anesthésistes) 40
4.1. Ce que les anesthésistes autorisent à boire et à manger 40
4.2. Les raisons de cette pratique 42
4.3. Le point de départ du jeûne et l'information des patientes 43
Partie 3 : ANALYSE, DISCUSSIONS ET PROPOSITIONS 44
1. Analyse en parallèle des pratiques des sages-femmes et de celles des anesthésistes 45
2. Quelle prévention pour le syndrome de mendelson? 48
2.1. Comment est utilisée l'analgésie péridurale : confort et/ou sécurité ? 48
2.2. La prémédication et la manœuvre de Sellick 50
2.3. Dépistage des risques obstétricaux et des risques anesthésiques 51
3. Les oppositions à la prise orale pendant le travail 52
4. Les patientes sont non informées à tort ou à raison 54
5. Pourquoi mettre en place une procédure et si oui, laquelle ? 55
6. Les réticences au changement, pourquoi au Royaume-Uni et pas en France ?57
Conclusion 61
Bibliographie 63
Annexe 1 I
Annexe 2 : PROTOCOLE 3
Annexe 3 : POINTS ESSENTIELS 4
Annexe 4 : questionnaire sages-femmes 5
Annexe 5 : questionnaire anesthésistes 13
RESUME 21

Introduction

« Encore un protocole, en plus pour boire et pour manger ? non ! » : cette remarque d'une sage-femme soulève le problème de la libéralisation du jeûne pendant le travail obstétrical. Boire et manger est une nécessité physiologique, offrir à boire et à manger constitue la première des règles de l'hospitalité : a-t-on vraiment besoin de cadre réglementaire pour cela ?

Depuis 1946, suite à la découverte du syndrome de Mendelson, nous savons que l'inhalation du contenu gastrique, pendant une anesthésie générale, peut entrainer la mort du patient. Une mesure préventive par hypothèse de lien de cause à effet, consistant à faire jeûner toutes les parturientes, a été alors recommandée. Largement étendue et respectée, cette mesure est devenue un dogme. Aujourd'hui, les techniques anesthésiques ont considérablement progressé, le jeûne est remis en question, et il apparait aux yeux de certains, comme relevant d'une médicalisation excessive. Pourtant, le syndrome de Mendelson reste une cause de décès maternelle, ce qui nous impose de ne pas négliger les efforts de prévention. Doit-on maintenir le jeûne, quels sont les enjeux du jeûne ?

Il n'existe pas de consensus national et les nombreuses études consacrées à ce sujet ne permettent pas de trancher définitivement la question. La valeur du jeûne, en termes de prévention, n'est pas remarquable. De ce fait, certains pays, en l'absence de preuves, ont considéré qu'il n'y avait pas lieu d'imposer le jeûne au cours de l'effort qu'est l'accouchement.

En France, la prise en charge souvent très médicalisée de l'accouchement, entraine d'après des constats, des dystocies dans le travail ; elle conduit parfois à un résultat bien éloigné de l'objectif poursuivi. L'alimentation, la déambulation, la réappropriation de son corps et de son accouchement, le naturel…ne constituent-ils qu'un effet de mode ? Même si la filière biologique profite de la prégnance actuelle de ces préoccupations pour commercialiser des accessoires et des concepts, il n'en reste pas moins, que ces éléments sont réactualisés car ils sont nécessaires à la physiologie du travail et au bon vécu de la patiente. L'hyper médicalisation est un vaste débat, le jeûne n'en est qu'une facette.

Revenir sur un dogme : les attitudes et perceptions des soignants en Moselle, vers une pratique homogène ?

1. MORTALITE ET MORBIDITE DE LA PRISE ORALE

1.1. Le syndrome de Mendelson

L'inhalation bronchique du contenu gastrique est l'une des complications en anesthésie les plus redoutées. Mendelson décrira ce syndrome pour la première fois en 1946 [1], et à ce jour de nombreuses études ont permis de mieux connaître sa physiopathologie et son épidémiologie.

Elle consiste en l'inhalation passive (régurgitation) ou active (vomissement) du contenu gastrique dans l'arbre trachéobronchique. Ce mécanisme se produit lorsque les moyens de protection des voies aériennes (déglutition, toux et fermeture de la glotte) sont inhibés. C'est le cas au cours de l'anesthésie générale et pendant la phase de réveil où les centres nerveux des mécanismes de protection sont déprimés par les agents anesthésiques employés. La conséquence de l'inhalation est une obstruction des voies aériennes par le liquide gastrique. D'autre part, celui-ci étant acide, il crée une lésion au niveau des muqueuses provoquant une inflammation. Le contenu inhalé a son importance en fonction de son volume, de son pH, et des particules solides présentes. En effet, il est démontré que plus le volume est important, plus le pH est acide, et les particules solides présentes plus l'agression de l'épithélium est sévère [2].

- *L'incidence du syndrome de Mendelson [2,3]*

L'incidence du syndrome d'inhalation bronchique est de 1,5 à 9 pour 10000 anesthésies générales.

La mortalité, suite à une inhalation bronchique, est de 0,15 à 0,3 pour 10000 anesthésies générales.

La morbidité est plus difficile à évaluer car les tableaux cliniques connaissent d'importantes variations : « de la désaturation modérée à l'hypoxémie sévère, de l'infiltrat localisé à la pneumopathie abcédée ou non, jusqu'au syndrome de détresse respiratoire aigu associé ou non à une septicémie ».

Lorsque l'inhalation se produit elle reste une cause importante de mortalité et de morbidité.

- *Les circonstances de survenues du syndrome de Mendelson sont :*

- **L'anesthésie générale** dans ses trois phases (après induction et pendant intubation, per-opératoire, phase de réveil) représente le risque le plus accru.

- **Les troubles de la conscience** qui peuvent se produire dans le cas d'une toxémie gravidique, d'une hypoglycémie due à un diabète mal équilibré, d'une crise d'épilepsie ou encore suite à une hypotension.

- **L'anesthésie locorégionale** s'est vu décrire des cas dans le cadre soit d'une complication de l'analgésie (niveau trop haut, injection sous arachnoïdienne massive, injection intra-vasculaire, vomissements suite à une hypotension), soit d'une sédation trop profonde (emploi de morphinique et anxiolytique). [4]

1.2. Incidence du syndrome d'inhalation : données épidémiologiques spécifiques en obstétrique

C'est une donnée qui a été longtemps difficile à apprécier. D'après le rapport du CNEMM 1999-2001, il y a eu 1 décès maternel rapporté dans un contexte de syndrome d'inhalation. Une incidence qui est très faible au vu du nombre d'accouchements sur cette période (1 pour 2000000). [5]

Dans le cas particulier de l'obstétrique, un contexte d'urgence (le patient est alors considéré comme « estomac plein ») est associée à un risque accru par rapport à l'anesthésie réglée. Le risque d'inhalation est multiplié par quatre en cas d'anesthésie en urgence par rapport à l'anesthésie programmée. [2]

Les rapports du CNEMM, ainsi que celui, triennal, du Royaume-Uni, concernant la mortalité maternelle, ont montré que souvent seul l'interne en anesthésie était présent. Celui-ci, manquant alors d'expérience en anesthésie générale, privilégie celle en anesthésie locorégionale.

Pour résumer, si la complication de l'inhalation est relativement faible chez la parturiente, la gravité de celle-ci lorsqu'elle survient justifie le maintien de la prévention.

1.3. Ce qui contribue à diminuer cette incidence

En termes de prévention, l'analgésie locorégionale a diminué de façon spectaculaire les décès maternels imputables à l'anesthésie. D'après une enquête de périnatalité en 2003, les parturientes ont bénéficié, pour 1,7% d'entre elles de l'anesthésie générale, pour 62,6% d'analgésie péridurale, et pour 12,3% de rachianesthésie. [6]

Au cours des 50 dernières années, les mesures de prévention suivantes ont participé de façon majeure dans leur ensemble à la diminution de l'incidence :

- la consultation anesthésique obligatoire pour toutes les femmes enceintes
- une prémédication pour certains professionnels avant l'analgésie locorégionale et pour tous en cas d'anesthésie générale. Pour ce faire on utilise un antagoniste des récepteurs H2 de la cellule pariétale gastrique qui joue un double rôle à la fois sur le pH (augmente) et le volume gastrique (diminue). La cimétidine sous sa forme effervescente contient du citrate de sodium (réduisant l'acidité), elle est intéressante pour la prévention et est recommandée en obstétrique d'une posologie de 400mg. [11]
- La manœuvre de Sellick est exercée au moment de la séquence d'induction rapide. C'est une pression sur le cartilage cricoïde qui permet de diminuer les régurgitations en maintenant une pression œsophagienne supérieure à celle de l'estomac. Elle a été récemment remise en question, de part la nécessité d'exactitude dans sa pratique et par la mise en évidence d'un relâchement du sphincter inférieur de l'œsophage. Elle reste cependant recommandée. [12]
- Induction à séquence rapide : intubation trachéale avec des sondes à ballonnet en systématique, succinylcholine, et la pré-oxygénation
- la présence de capnographe en salle où l'anesthésie générale est susceptible d'être effectuée
- le jeûne pendant le travail préconisé par Mendelson après la publication des ses travaux en 1946

Nous ne retrouvons pas d'études cliniques randomisées de puissance appropriée confirmant la répercussion directe de chaque mesure. Ce défaut de données a encouragé certaines unités à la libéralisation du jeûne en l'absence de preuves en sa faveur. C'est le cas au Royaume-Uni, en Australie, aux Pays Bas, en Suisse… Au Royaume Uni, en 1990, 87,5% des maternités permettent la prise orale au cours du

travail ; dont 99% donnent de l'eau tout au long du travail et 53% une alimentation. En 2003, la pratique s'étend à 91% des maternités dont 81% permettent des boissons caloriques et/ou de la nourriture pendant le travail [7]. A ce jour, elle n'a pas été associée à une augmentation de la mortalité [8].

1.4. Ce qui contribue à augmenter cette incidence

1.4.1. La grossesse

La grossesse majore le risque d'inhalation par les modifications gastro-intestinale qu'elle entraine : une diminution du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage, une ouverture de l'angle de His, une augmentation de la pression gastrique et une sécrétion de gastrine placentaire. En effet chez 41% des parturientes a jeun depuis 8 à 24 heures, des aliments solides sont encore présents dans l'estomac [10].D'après les chiffres d'American Society of Anesthesiologists, une étude comparative en 1996 [9] a mis en évidence que 6% des décès dus à l'anesthésie dans un contexte obstétrical résultent de l'inhalation, contre 2% dans un contexte non obstétrical. Les femmes enceintes sont considérées comme « estomac plein » à partir de 12 à 24 semaines d'aménorrhée (durée variant selon les études) jusqu'à 48 heures après l'accouchement.

1.4.2. Les valeurs critiques pour le volume et l'acidité

Ceux-ci ont leur importance dans l'augmentation de la mortalité et de la morbidité. Mendelson a alors établi un critère de risque combinant un pH inférieur à

2,5 et un volume inférieur à 25 ml du contenu de l'estomac extrapolé sur la base de son expérience datant de 1946, et confirmée par Roberts et Shirley (1974) [10].

1.4.3. L'obésité

L'obésité est un problème majeur de santé publique et un facteur majeur de risque en obstétrique et en anesthésie. A la vue de son expansion démographique, elle est à prendre en compte dans l'analyse de la mortalité maternelle. L'augmentation du poids est une différence significative dans l'augmentation du volume gastrique à partir de 72 kilos [10]. L'obésité rend difficile l'intubation voir la rend impossible, il est moins aisé de poser une analgésie locorégionale en urgence et les complications obstétricales sont plus fréquentes.

1.4.4. Le diabète insulinodépendant

Un diabétique aura des réactions endocriniennes et métaboliques au cours d'une anesthésie telles qu'une insulino-résistance et une hyperglycémie entrainant des risques, dont celui de l'inhalation bronchique.

1.4.5. L'intubation difficile

Certains critères permettent d'évaluer cette difficulté potentielle. La consultation d'anesthésie permet de détecter les patientes chez lesquelles l'intubation se révèlera difficile.

1.4.6. Les opioïdes

L’administration d’opioïdes par voie parentérale a pour conséquence de ralentir la vidange gastrique. Une étude menée par MC Kelly a conclu « nous avons examiné la vidange de l'estomac chez des parturientes après l'administration d'analgésiques par la moelle épinière ou la voie péridurale. Nous avons observé que l'analgésique (fentanyl) administré par voie spinale, bien que soulageant la douleur rapidement, peut retarder la vidange de l'estomac. En théorie, le retard de vidange gastrique peut augmenter le risque de vomissements et de l'inhalation du contenu gastrique. » [13]

2. LES EFFETS DU JEÛNE ET DES BOISSONS CALORIQUES

2.1. Le jeûne au cours du travail obstétrical

Son but est de minimiser le volume du contenu gastrique et de diminuer ainsi l'inhalation d'éléments solides et de grands volumes de liquide. Est-il légitime d'interdire de boire et manger lors d'un effort important ? Quelles sont aujourd'hui avec le recul de 50 années de jeûne, les conséquences remarquables sur le volume gastrique, l'acidité, la cétose et sur les conditions obstétricales?

2.1.1. Le volume et l'acidité du contenu gastrique

Le jeûne n'assure pas un contenu gastrique réduit. Plusieurs études ont porté sur le sujet dont celle de Crawford en 1956 et de Roberts and Shirley en 1976 [10]. Il a été déclaré que « le mythe de considérer l'intervalle de temps entre le dernier repas et, soit la naissance, soit le début de travail, comme guide du contenu de l'estomac, devrait être maintenant abandonné ». Aucun intervalle de temps n'assure un volume gastrique inférieur à 100 ml. Il a été proposé « un régime alimentaire avec peu de résidu et une faible proportion de graisse afin de permettre de petits repas savoureux, attractifs et plus rapprochés comme une alternative responsable du jeûne ».

Le régime étant le suivant : thé, jus de fruit, œuf (cuits), tartines, biscuits, bouillon clair et fruits cuits.

De plus, chez l'homme, l'ingestion de nourriture (surtout les protéines) a des propriétés tampon ce qui explique que le pH gastrique peut être plus élevé en période

post prandiale que chez le sujet a jeun. Le pH a jeun étant alors inférieur à 1-3 et le pH postprandial égal à 3-4.

Nous attribuons donc au jeûne une augmentation de l'acidité gastrique, et un volume qui n'est pas suffisamment minimisé pour assurer une sécurité. Cependant, en théorie le jeûne permet d'éviter la présence de débris alimentaire en cas de régurgitations ou de vomissements. Or, dans le cadre de l'accouchement, nous savons que la vidange gastrique est ralentie et que des aliments solides sont encore présents 8 à 24 heures après un jeûne. C'est pour cette raison, que certains préconisent de petits repas légers permettant une digestion plus rapide dès les premiers signes du travail.

2.1.2. La cétose

Le travail obstétrical est souvent comparé à un marathon ou une épreuve d'aérobic modéré. La demande en oxygène augmente de 40% en phase de dilatation et de 75% en période d'expulsion. C'est un état de stress qui induit une augmentation de cortisol et d'adrénaline. La néoglucogenèse est donc induite chez les parturientes en absence d'apports glucidiques ; si le travail est prolongé, la néoglucogenèse maternelle devient insuffisante. La voie oxydative mobilise un support énergétique autre que le glucose, la graisse dont le métabolisme augmentera le taux de corps cétoniques et d'acides gras libres. Du fait d'une demande en oxygène plus importante la voie non oxydative est accélérée et la concentration en lactates maternels augmentent.

Il y a donc un certain degré d'acidose métabolique maternel, plus marqué en deuxième phase et moins marqué chez la parturiente ayant une analgésie péridurale car la douleur est moindre.

Anderson avance en 1998, que la cétose est une réponse physiologique normale en cours de travail. [14] L'utilisation accrue des réserves de graisse chez la mère, permet de préserver le glucose maternel destiné à la croissance fœtale (Hay et al 1984). [15] La grossesse serait donc un état de « famine accélérée » par le jeun et la fatigue du travail obstétrical.

Dans les années 70, l'administration de glucose par voie intraveineuse pendant le travail avait été proposée comme compromis pour palier les besoins énergétiques et éviter une cétose. Des effets néfastes ont été constatés : une hyperglycémie maternelle a entrainé une augmentation de l'acide lactique maternel et fœtal avec une hypoglycémie fœtale secondaire ainsi qu'une hyponatrémie lorsque les solutés étaient faiblement dosés en sodium. Mais de petite quantités de soluté glucosé 5% n'excédant pas 10g/heure, ou l'ingestion de glucides par voie orale, ne provoquent pas d'hyperglycémie et ne s'accompagnent pas d'acidose métabolique. **Il a été évalué qu'une solution de Ringer lactate contenant 5% de glucose, peut être une solution préférable comme apports par voie intraveineuse pendant le travail.** [16]

2.1.3. Impact du jeûne sur le travail obstétrical et le bien être du nouveau né

Un essai randomisé souvent cité (Ludka 1987) et mis en place à l'hôpital du Bronx à New York illustre les effets du jeun sur le travail, sur le mode d'accouchement et sur les complications néonatales. « Dans cet hôpital les femmes sont autorisées à boire et manger pendant le travail, si elles le désirent. En 10 ans et 20 000 naissances, il n'a été signalé aucun cas d'inhalation. Pendant 8 mois cette possibilité a été

interrompue, et pendant ce laps de temps ils ont eu un cas d'inhalation, le nombre d'extractions instrumentales a augmenté de 35% et le nombre de césariennes de 38%. Le transfert des nouveau-nés en unité de soins intensifs a augmenté parallèlement de 69%, et l'accélération chimique du travail a été multipliée par 5. » [17]

Il semble donc que le jeûne nuit au travail obstétrical et au bien être du nouveau-né, l'exploitation de cette seule étude ne pouvant toutefois porter à une conclusion définitive sur le sujet.

2.1.4. Le stress

L'étude de Simkin (1986) définit le jeûne comme source de stress pour les parturientes : en effet, elle a mis en évidence que sur 159 primipares, 27% ressentiront un stress modéré à majeur du à la restriction d'aliments solides et 57% lors de restriction d'apports liquidiens. [18] La sensation de soif est donc néfaste par son effet stressant car elle ralentie la vidange gastrique.

Il n'est donc pas prouvé à ce jour, que le jeûne constitue un moyen de prévention efficace, mais celui-ci semble même pouvoir intervenir négativement, sur le pronostic obstétrical et néonatal.

2.2. Les boissons caloriques et l'alimentation sans résidus au cours du travail obstétrical

2.2.1. Le volume et l'acidité gastrique

La vidange gastrique étant plus lente, toute prise orale augmente le volume gastrique mais une distinction semble devoir être opérée entre les aliments solides et les boissons isotoniques. Il a été démontré, en effet, par contrôle échographique réalisé une heure après l'accouchement, que lorsque les patientes avaient mangé, le volume était plus grand que lorsqu'elles avaient seulement bu de l'eau. Et dans un second temps, lorsqu'elles avaient bu des boissons isotoniques ou de l'eau, le volume intra-gastrique était le même 45 minutes après l'accouchement. [19]

L'avantage de s'alimenter se retrouve dans l'amélioration du pH gastrique. **L'acidité gastrique est légèrement diminuer lors de la prise d'aliments (pH 3-4),** comme nous l'avons vu précédemment, mais il est à noter que le tabac et les boissons gazeuses l'augmentent, les liquides tièdes étant préférentiellement conseillés.

2.2.2. Existe-t-il une répercussion de l'apport de glucides sur le travail obstétrical et la cétose?

Plusieurs études on comparé deux groupes, l'un ne pouvant prendre que de l'eau et l'autre ayant accès à des boissons caloriques ou à des aliments légers. Il n'y a pas eu d'effets nocifs ni positifs en ce qui concerne le déroulement du travail.

Une étude randomisée menée par O'Sullivan, auprès de 2426 nullipares (non diabétiques, à terme, avec un singleton céphalique, un rythme cardiaque fœtal normal),

devant être à moins de 6 cm de dilatation et pouvant consommer un régime léger ou de l'eau pendant le travail, a étudié l'effet de la prise orale sur les actes obstétricaux et néonataux. Les résultats obtenus ont montré que le taux d'accouchement voie basse était le même dans les deux groupes. Il n'y a pas eu de différence dans la durée du travail et le taux de césarienne était le même. [20]

Une étude récente menée par Andrew Sherman sur 1426 primipares pouvant consommer des collations légères, a conclut qu'il n'y avait pas eu d'incidence sur la durée du travail et le mode d'accouchement. [21]

Scrutton et al, dans un même but que les études précédentes, a mis en évidence que les apports alimentaires ont prévenu l'augmentation des corps cétoniques et des acides gras libres plasmatiques. La glycémie et l'insulinémie étaient plus élevées dans le groupe qui a pu s'alimenter. Il n'y avait pas de différence significative pour le taux de lactates sanguins maternels, la durée de travail, les besoins en ocytocine, le mode d'accouchement et les complications néonatales. [19]

Tenant compte : des besoins énergétiques, des inconvénients des apports intraveineux, et des débris alimentaires lors de vomissements suite à une ingestion d'aliments solides, certains ont proposé le choix de boissons isotoniques comme compromis. Les effets de l'absorption de « sport drinks », isotoniques, sucrées et à pH neutre ont alors été évalués. Les caractéristiques obstétricales et néonatales restaient inchangées par rapport aux parturientes à jeun, mais les vomissements et le volume gastrique n'étaient pas accrus. [25]

2.2.3. Conséquences métaboliques pour le fœtus

Il serait intéressant que cette donnée soit plus amplement étudiée, bien que l'on puisse supposer que l'alimentation par voie orale ne provoque pas de complication fœtale.

Scheepers HC étudie le métabolisme fœtal et maternel de l'énergie, pendant le travail, par rapport aux taux de glucide disponibles. Il conclut que « contrairement à l'administration intraveineuse de glucose à haute dose, il est peu probable que l'absorption orale de glucides conduise à l'hyperglycémie maternelle et fœtale et par la suite à une acidose métabolique, mais les études sont rares. » [31]

Des études auraient mis en évidence le bénéfice sur le métabolisme néonatal, de l'ingestion de glucides préférentiellement à leur administration par voie veineuse. [32]

L'apport de boissons caloriques diminue donc la cétose et l'acidité gastrique et n'a pas été désigné comme source de conséquences néfastes sur les conditions obstétricales et néonatales.

3. LE RETENTISSEMENT MATERNEL DE LA PRISE ORALE

3.1. Le comportement naturel : sensation de soif, de faim et confort

L'idée n'est pas de démontrer ici le processus naturel de la soif, et le besoin hydrique et énergétique au cours des efforts physiques mais plutôt l'impact d'une interdiction totale de boire et manger.

Le retentissement du jeun strict au cours du travail sur le ressenti de la soif a été sondé par Emmeline Fremiot sur des parturientes (n=84), 88% ont déclaré avoir eu soif dont 50% de façon importante, et 82% auraient aimé boire. [22] Une enquête menée à l'hôpital Louis Mourier sur 123 parturientes, et au moyen d'une échelle (0 : pas de sensation de soif à 10 : soif insupportable) a relevé une intensité de soif estimé à 7+/-3,5, et un confort lorsqu'il était permis de boire de 8 +/-1. [23]

Lorsque l'alimentation liquide comme solide est laissée à la discrétion des patientes, elles semblent choisir de manger en début de travail puis délaissent les apports solides pour préférer les liquides dans la phase active du travail. On a constaté un niveau élevé de prolactine en début de travail, ce qui stimule l'appétit maternel, le travail progressant, l'ocytocine augmente, entrainant en conséquence, une diminution de l'appétit. [24] A noter, la présence de l'analgésie péridurale augmente la sensation de faim, du fait de la disparition de la sensation de douleur.

L'aspect psycho-social du jeûne doit aussi être pris en considération. Une réserve de nourriture peut être rassurante et réconfortante : en être privé peut paraître autoritaire et intimidant, favorisant alors, la sensation d'anxiété.

La possibilité de s'hydrater et de se nourrir a un réel impact sur la sensation de bien-être des patientes. In fine, la quantité bue est minime et diminue avec l'avancée du travail. La physiologie du travail dicte une conduite qui semble correspondre au moindre risque, préférant les liquides aux solides dans des quantités moindres.

3.2. Les vomissements sont-ils plus accrus ?

Les vomissements, lors du travail, ont été évalués en termes de fréquence et de volume par Scrutton et al. Un groupe témoin était autorisé à boire de l'eau et l'autre groupe pouvait s'alimenter par un régime pauvre en résidus de 80 kcal/h. Une heure après l'accouchement, le volume du contenu gastrique a été vérifié par échographie. Le groupe ayant mangé avait un volume intra-gastrique augmenté, des vomissements trois fois plus fréquents avec des débris alimentaires non digérés. [19] **Des vomissements plus importants seraient donc à noter quand les patientes se sont alimentées.**

Mais d'autres études affirment que les vomissements étaient à taux équivalent, c'est-à-dire de l'ordre de 35%. Dans une étude contrôlée et randomisée (O'sullivan), sur 2426 nullipares, permettant une collation légère, l'incidence des vomissements fût de 35%. [20] Une seconde permettant la prise de gâteaux secs, yaourts, et jus de fruits sans pulpes à 1426 primipares a obtenu également un taux de vomissements de 35%. [21]

4. RECOMMANDATIONS ET PRATIQUES

4.1. Recommandations et avis d'experts

Depuis la fin des années 90, la littérature en anesthésie a délaissé les recommandations d'un jeûne strict pendant le travail obstétrical comme moyen de diminuer le volume et l'acidité du contenu gastrique sans pour autant établir un consensus pour la prise orale. Aujourd'hui les études deviennent difficiles à exploiter du fait de la rareté du syndrome de Mendelson. Le débat n'est pas clos même dans les pays dont la pratique a évolué car les études sont pour la plupart anglaise, australienne, et néerlandaise.

Un rapport britannique suggère qu' « il est rationnel de permettre des liquides clairs en vue de promouvoir le confort maternel pendant le travail. Les femmes souhaitant manger des aliments solides pendant le travail devraient être informées des risques et des avantages encourus. » [26]

L' American Society of Anesthesiologists (ASA) en 1999 stipule que, lors d'un travail non compliqué, les prises de petites quantités de boissons claires (neutres et sans particules) sont autorisées. Les patientes à risque d'inhalation et/ou d'intubation difficile devront être considérées individuellement.

L'Organisation Mondiale de la Santé a publié en 1997 un *guide de soins liés à un accouchement normal*, et en 2003 un *guide de pratiques essentielles : soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale*. Dans ces deux référentiels nous pouvons y lire une conduite concernant la prise orale. Le premier y mentionne que « l'approche correcte semble consister à ne pas aller à l'encontre du souhait de la femme de manger ou de boire pendant le travail et l'accouchement ». Et le second préconise « d'encourager la patiente à manger et à boire à sa convenance tout le long du travail. »

Le Docteur Benhamou présente, en 2005, aux conférences d'actualisation, l'évolution de la sécurité en anesthésie obstétricale en France. Il mentionne que « la libéralisation du jeun au cours du travail ne peut être envisagée que parfaitement encadrée et procédurée chez des parturientes à faible risque ». [28]

4.2. Evolutions des pratiques et évaluation de la prévention

L'évolution des pratiques concernant la libéralisation de la prise orale en France fut moins importante qu'au Royaume Uni, voir complètement absente dans certains hôpitaux. Néanmoins, on voit émerger des volontés professionnelles de changement dans certaines maternités.

La maternité de Léman (niveau 2) en Haute Savoie a publié en 2009 dans *Profession Sage-Femme*, un article exposant « une réflexion sur la prise en charge globale de la naissance ». La question de l'alimentation pendant le travail obstétrical, est abordée et étudiée ; ils en concluent que « l'hydratation et l'apport énergétique sont des éléments importants d'un effort prolongé tel que l'accouchement. Dans les

conditions décrites de fonctionnement de la maternité de Léman, la liberté de boire et de s'alimenter en cours de travail obstétrical est réalisable ». [27]

Les études à l'échelle nationale sont rares par rapport aux pays limitrophes en ce qui concerne le bilan de nos pratiques.

Le professeur Diemunsch a réalisé un sondage sur l'attitude des professionnels de santé à l'égard du jeun durant le travail obstétrical (2006). Un protocole formalisé d'alimentation durant le travail n'est rapporté que dans moins d'un tiers des réponses. La perception des souhaits des parturientes diffèrent selon l'intervenant. Et enfin, les pratiques varient selon les soignants répondeurs, la sage-femme se montrant plus libérale, et l'anesthésiste plus restrictif. [29]

En matière de prévention, une enquête nationale de pratique sur l'anesthésie générale en fin d'accouchement et la gestion des voies aériennes supérieures (VAS) en obstétrique a été lancée en 2007. L'idée développée est un défaut de gestion des VAS en obstétrique. Les avis d'experts proposent une intubation orotrachéale systématique en cas d'anesthésie générale chez un patient considéré comme estomac plein. Or une enquête de la SFAR en 1996 ne retrouvait que 8% d'intubation orotrachéale lors d'une anesthésie générale en fin d'accouchement. L'objectif était de définir le pourcentage d'anesthésistes respectant l'avis d'experts lors d'une anesthésie générale en fin d'accouchement et secondairement de comparer ce suivi au respect des autres recommandations concernant la prise en charge des VAS en obstétrique.

Les résultats obtenus pour 420 anesthésistes :

24 % déclarent pratiquer une IOT systématique pour la délivrance artificielle et la révision utérine,

45% pratiquent une IOT systématique pour les manœuvres instrumentales,

82% pratiquent une IOT pour les césariennes,

82% utilisent le succinylcholine,

58% déclarent disposer pour l'intubation trachéale d'un capnographe,

86% prescrivent une chimioprophylaxie de l'inhalation avant une anesthésie générale.

« En conclusion, la prévention est relativement satisfaisante mais deux exceptions sont à signaler : l'utilisation des capnographes et l'IOT en fin d'accouchement. » [30]

Le jeûne n'était pas d'actualité dans cette enquête, et les études réalisées pour affirmer ou infirmer le risque en termes de prévention à ce sujet, semblent difficile aujourd'hui, de par la rareté du syndrome de Mendelson.

Toujours dans une dynamique de changement, le débat reste ouvert, mais la balance risques/bénéfices semble basculer pour plusieurs. Où se positionne la Moselle ?

Partie 2 : ATTITUDES ET PERCEPTIONS DES SAGES-FEMMES ET DES ANESTHESITES A L'EGARD DU JEUN

1. METHODOLOGIE DE TRAVAIL

1.1. Description de l'étude

L'étude réalisée, s'intéresse au rapport qu'entretiennent les sages-femmes et les anesthésistes en Moselle à l'égard du jeun durant le travail obstétrical, en l'absence de recommandations précises sur le sujet.

Il est inclut dans l'étude les aliments liquides comme solides, afin d'évaluer la nécessité d'encadrer cette pratique, si elle existe.

Cette étude fait suite à celle d'Emmeline Fremiot en 2005, dans le cadre de son mémoire soutenu à Metz. Elle avait mis en place un protocole à l'hôpital Maternité de Metz permettant de boire, dans la limite d'un verre par heure, une boisson neutre et sans particule. Dans un second temps, elle a évalué la satisfaction des patientes face à ce protocole. Elle avait remarqué une réticence aux changements des professionnels malgré un protocole et une satisfaction des patientes. Nous souhaitons donc par cette nouvelle étude faire le point sur l'évolution de la pratique, évaluant également la notion de prévention du syndrome de Mendelson.

Le projet initial de l'étude proposée ici, était de sonder toutes les maternités de Moselle. Concernant les sages-femmes, les résultats obtenus proviennent de l'Hôpital Maternité de Metz (niveau II), de la Clinique Claude Bernard à Metz (niveau II), de l'Hôpital Bel Air à Thionville (niveau II), de l'Hôpital de Sarreguemines (niveau I), de l'Hôpital de Forbach (niveau I) et de l'Hôpital de St Avold (niveau I).

Pour ce qui est des anesthésistes, les résultats obtenus proviennent de la Clinique de Claude Bernard, de l'Hôpital Maternité de Metz, de l'Hôpital de Thionville et de l'Hôpital de Forbach.

Une comparaison entre les niveaux des établissements devant souligner une répartition des patientes à haut et bas risques n'a pu être réalisée, du fait du nombre de réponses insuffisantes.

1.2. Objectifs et hypothèses

- Les objectifs du questionnaire adressé aux sages-femmes étaient les suivants :

- estimer l'encadrement de la prise orale en fonction de l'avancée du travail, en distinguant les patientes en attente en maternité, les parturientes en salle de naissance et le postpartum immédiat,
- répertorier l'existence de protocole et le souhait d'en créer un,
- évaluer leurs connaissances relatives à la prévention du syndrome de Mendelson (repérer les facteurs de risques, prémédication à bonne escient…),
- constater ce qui fait obstacle, à leur sens, pour permettre la prise orale,
- évaluer le ressenti des sages-femmes face à la demande des patientes,
- évaluer l'existence ou non d'un climat de travail satisfaisant

- Les objectifs pour les anesthésistes étaient les suivants :

- estimer s'ils autorisent ou non la prise orale à chaque phase du travail,
- répertorier les publications et les critères qui guident leur pratique,
- estimer l'information donnée aux patientes,

- Les hypothèses de mon étude sont :

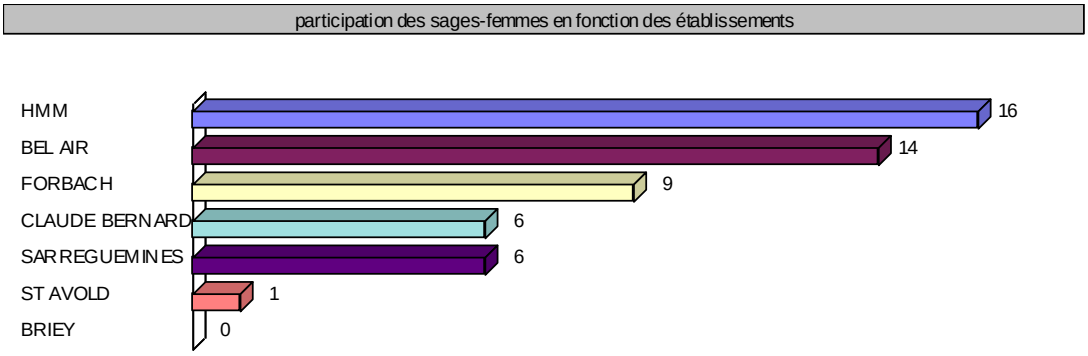
- Les pratiques, au sein d'un établissement, sont hétérogènes
- La position des anesthésistes est plus restrictive que celle des sages-femmes,
- les sages-femmes rencontrent des difficultés pour définir leur marge de manœuvre, quant au fait de proposer à boire ou non, à leurs patientes,
- les sages-femmes souhaiteraient que ce qui est attendu d'elles en ce domaine, fasse l'objet d'un cadre argumenté.

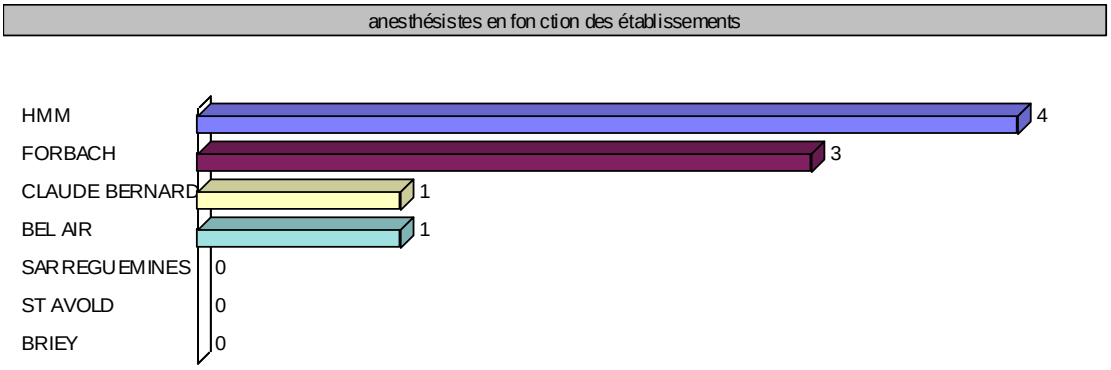
2. POPULATION ETUDIEE

Les questionnaires s'adressaient aux sages-femmes en salle de naissance et aux anesthésistes intervenant au bloc obstétrical.

52 questionnaires ont été répertoriés en ce qui concerne les sages-femmes.

9 questionnaires ont été répertoriés pour les anesthésistes.





3. PRESENTATION DES RESULTATS (SAGES-FEMMES)

3.1. Ce que donnent les sages-femmes à boire et à manger aux patientes

Si la patiente est dans l'expectative pour un début de travail ou pour une rupture des membranes :

boire	Nb. cit.	Fréq.
oui	50	96,2%
non	2	3,8%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau I

manger	Nb. cit.	Fréq.
oui	37	71,2%
non	15	28,8%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau II

On constate que 2 sages-femmes sur 52 ne donnent pas à boire aux patientes en attentes.

Pour ce qui est de donner à manger, 71% le proposent aux patientes.

En matière de qualité, il est souvent proposé de l'eau avec ou sans sirop, moins fréquemment des jus fruits sans pulpes et des sport drinks. Il est proposé de façon majeure des collations légères, et de façon mineure des barres énergétiques, des gâteaux secs et des fruits.

Les sages-femmes ont mentionné pour « autres » :

« café, thé, tisane, chocolat chaud, laitage »

« repas complet » seulement à Forbach

Elles donnent pour 46 à la demande et pour 5 de façon rationnée à un verre par heure.

Si la parturiente est installée en salle de naissance :

boire1	Nb. cit.	Fréq.
oui	30	57,7%
non	22	42,3%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau III

manger1	Nb. cit.	Fréq.
oui	0	0,0%
non	52	100%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau IV

On constate que plus de la moitié des sages-femmes (30) proposent à boire aux parturientes, et qu'aucune alimentation n'est permise en salle de naissance.

Les boissons alors proposées sont de l'eau avec ou sans sirop et du jus de fruits sans pulpes. En quantité, 13 sages-femmes donnent à la demande et 15 donnent un verre par heure (24 non réponses).

Les sages-femmes ont mentionné pour « autres » :

« coca cola, sodas sans pulpes, tisane et autres boissons que la patiente amène »

« brumisateur »

Si on est dans le postpartum immédiat :

boire2	Nb. cit.	Fréq.
oui	33	63,5%
non	19	36,5%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau V

manger2	Nb. cit.	Fréq.
oui	9	17,3%
non	43	82,7%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau VI

3 sages-femmes de plus donnent à boire dans le postpartum immédiat que pendant le travail. 9 sages-femmes permettent de manger alors qu'aucune ne l'envisagent pour les patientes en travail.

Si les parturientes présentent une pathologie telle diabète, obésité… :

boire3	Nb. cit.	Fréq.
oui	43	82,7%
non	9	17,3%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau VII

manger3	Nb. cit.	Fréq.
oui	32	61,5%
non	20	38,5%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau VIII

La question n'a pas été comprise car les sages-femmes ont déclaré qu'elles ne donnaient rien à manger aux parturientes (tableau IV). Elle semble avoir été comprise dans le sens où la patiente n'avait pas encore été admise en salle de naissance.

3.2. Prévention du syndrome de Mendelson

Les sages-femmes considèrent-t-elles pour celles qui donnent à boire qu'il existe des contre-indications pour donner à boire et à manger :

La question était aiguillée sur l'épreuve du travail, la macrosomie… 19 ont des réticences pour donner à boire quand la patiente présente une pathologie ou un risque de complications, 24 ne font pas de différence et 9 n'ont pas répondu.

Les sages-femmes ont pu préciser le profil des patientes qu'elles considéraient à risque :

« quand contre-indication à l'analgésie péridurale, risque d'anesthésie générale »

« si pas de péridurale en postpartum risque de délivrance artificielle et révision utérine »

« utérus cicatriciel, hyper tension artérielle, pré-éclampsie, diabète »

« contexte supposant césarienne en urgence, pré-éclampsie, tracé pathologique, diabète »

« césarienne majorée, risque d'intubation difficile »

« anomalies du rythme cardiaque fœtal, risque de césarienne en urgence, utérus cicatriciel. »

La péridurale est-elle perçue comme une diminution du risque d'inhalation ?

péridurale point positif	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	13	25,0%
pour donner à boire	16	30,8%
pour donner à manger	7	13,5%
je ne connais pas l'intérêt de cette différence	21	40,4%
TOTAL OBS.	**52**	

Tableau IX

On constate que lorsqu'une péridurale est mise en place, 7 sages-femmes considèrent que c'est un point positif pour donner à boire et à manger, et 9 autres pour donner seulement à boire. 21 sages-femmes ne font pas de différence lorsqu'une analgésie péridurale est en place.

La prévention par pose de cathéter de péridural si une césarienne est probable :

5 sur les 50 sages-femmes demandent à l'anesthésiste la pose d'un cathéter de péridurale aux patientes dont l'issue probable est une césarienne et donc un risque d'anesthésie générale.

2 non réponses.

Formation à la manœuvre de Sellick

10 sur les 52 ont été formées à la manœuvre de Sellick.

2 non réponses.

La prémédication antiacide

14 pratiquent la prévention médicamenteuse avant une analgésie péridurale.

46 pratiquent la prévention médicamenteuse avant une césarienne.

2 non réponses.

49 sages-femmes donnent de la « Cimétidine », ou de la « ranitidine ».

La posologie est de 150mg pour la ranitidine et 200mg ou 400mg pour la cimétidine.

3 non réponses.

3.3. Les raisons du jeun

17 préconisent le jeun en vue de prévenir le syndrome de Mendelson

Et/ou 18 pratiquent le jeun car l'anesthésiste souhaite un jeun strict

Et/ou 4 signifient que l'apport parentéral est suffisant

Certaines sages-femmes ont mentionné d'autres raisons :

« souhait de l'obstétricien »

« éviter inconfort digestif de la patiente »

« protocole du service »

« risque de vomissements »

« persistance du risque d'hémorragie »

23 non réponses sont à noter.

3.4. Comment est perçu l'apport per os par les sages-femmes ?

L'importance pour les sages-femmes de donner à boire et à manger :

boire11	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	1,9%
oui	47	90,4%
non	4	7,7%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau X

manger11	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	3,8%
oui	24	46,2%
non	26	50,0%
TOTAL OBS.	**52**	**100%**

Tableau XI

47 sages-femmes perçoivent une importance à donner à boire, et 24 à donner à manger car c'est par besoin de confort pour 44 sages-femmes, par besoin d'énergie pour 20 d'entre elles, et enfin parce que pour 10 d'entre elles, il n'existe pas de contre-indications.

6 n'ont pas justifié.

Pour les 26 sages-femmes n'accordant pas d'importance à la prise de nourriture, et les 4 n'accordant pas d'importance à la prise de boissons, 2 ont justifié que l'apport de solutés par voie parentérale suffisait.

Quelle est la quantité d'apport par voie intraveineuse environ administrée pendant 7 heures de travail ? Est-ce que les sages-femmes font un parallèle avec ce qu'elles donnent comme apport per os aux parturientes ?

rapports VVP/apports per os quantité de solutés	oui	non	TOTAL
Non réponse	0	1	**1**
1L	1	1	**2**
1,5L	2	9	**11**
2L	1	20	**21**
3L	2	15	**17**
TOTAL	**6**	**46**	**52**

Tableau XII

La voie parentérale est un moyen d'hydratation pour 6 sages-femmes, car elles élaborent un parallèle entre ce qui peut ou non être donné par voie orale. Pour les 6, l'apport parentéral varie de1L à 3L tout au long du travail.

3.5. Protocole et satisfaction du climat de travail

Existe-il un protocole permettant l'apport per os aux parturientes ? :

établissement protocole permissif	HMM	BEL AIR	CLAUDE BERNARD	BRIEY	FORBACH	SARREGUEMINES	ST AVOLD	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	0	0	0	**1**
oui	1	2	0	0	0	0	0	**3**
non	14	12	6	0	9	6	1	**48**
TOTAL	**16**	**14**	**6**	**0**	**9**	**6**	**1**	**52**

Tableau XIII

3 sages-femmes ont connaissance d'un protocole au sein de leur service.
48 déclarent ne pas avoir de protocole au sein de leur service.

Est-ce que les sages-femmes souhaitent avoir un protocole :

établissement souhait protocole	HMM	BEL AIR	CLAUDE BERNARD	BRIEY	FORBACH	SARREGUEMINES	ST AVOLD	TOTAL
Non réponse	4	1	0	0	0	0	0	**5**
oui	8	12	5	0	5	5	1	**36**
non	4	1	1	0	4	1	0	**11**
TOTAL	**16**	**14**	**6**	**0**	**9**	**6**	**1**	**52**

Tableau XIV

On constate que plus de la majorité souhaite avoir un protocole permissif.

Les sages-femmes se sentent-elles en droit de donner à boire et/ou à manger :

- 32 se sentent en droit de donner à boire et/ou à manger car :

« il n'existe pas de contre indication de boire pendant le travail »

« favorise le confort de la patiente »

« jeun non nécessaire car étude prouvant des effets positifs à l'apport per os »

« boire de façon modéré pendant le travail est favorable à la patiente et non nuisible »

« il existe un risque de déshydratation lié au travail ainsi qu'un état fébrile »

« je suis responsable pénalement de mes actes, et j'exerce une profession médicale »

« ½ verre par heure est possible si la péridurale est bien en place »

« risque de syndrome de Mendelson quasi nul »

- 14 sages-femmes ne se considèrent pas en droit de donner à boire/et ou à manger car :

« risque de syndrome de Mendelson »

« l'anesthésiste s'y oppose »

« en sécurité seulement si anesthésiste donne son accord »

« est du ressort de la décision de l'anesthésiste »

« dépend des pratiques de l'anesthésiste »

« car je dois me limiter à un verre par heure, car l'anesthésiste est contre »

6 non réponses.

Comment les sages-femmes caractérisent leur climat de travail :

établissement / climat de travail	HMM	BEL AIR	CLAUDE BERNARD	BRIEY	FORBACH	SARREGUEMINES	ST AVOLD	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	0	1	0	**2**
permissif	10	10	4	0	8	3	0	**35**
restrictif	5	4	2	0	1	2	1	**15**
TOTAL	**16**	**14**	**6**	**0**	**9**	**6**	**1**	**52**

Tableau XV

28 décrivent leur climat de travail en ce qui concerne le jeûne comme permissif, 19 décrivent un climat de travail restrictif et, il y a eu 5 non réponses.

Des remarques supplémentaires sont à noter :

« il n'y a pas de boissons autre que de l'eau, et il n'y a ni fruits, ni barres, ni collations à proposer aux patientes en salle de naissance, même pour le père qui ferait un malaise »

« Glucose 5% perfusé par besoins énergétiques » pour cette remarque, la sage-femme a répondu ne pas adapter la quantité de soluté par rapport aux apports per os.

4. PRESENTATION DES RESULTATS (ANESTHESISTES)

4.1. Ce que les anesthésistes autorisent à boire et à manger

Si la patientes est dans l'expectative pour un début de travail ou pour une rupture des membranes :

boire	Nb. cit.	Fréq.
oui	7	77,8%
non	2	22,2%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XVI

manger	Nb. cit.	Fréq.
oui	0	0,0%
non	9	100%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XVII

Deux anesthésistes n'autorisent pas les apports liquidiens, et aucun n'autorise l'apport de solides quand la patiente est en attente.

Pour ceux qui permettent, ils sélectionnent de l'eau et du sirop, trois permettent des jus de fruits, un, des boissons isotoniques, et enfin un des boissons tièdes.

Ils préconisent :

pour 3 d'entre eux : à la demande

pour 4 : 1 verre par heure

pour 1 : 2 verres par heure.

Si la parturiente est installée en salle de naissance :

boire1	Nb. cit.	Fréq.
oui	6	66,7%
non	3	33,3%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XVIII

manger1	Nb. cit.	Fréq.
oui	0	0,0%
non	9	100%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XIX

6 autorisent les apports liquidiens pendant le travail actif, à la condition que la péridurale soit efficace (à noté librement par les anesthésistes) ;

Ils autorisent le même type de boissons qu'en phase de travail latent.

Ils préconisent : pour 2 d'entre eux : à la demande

Pour 5 : 1 verre par heure

Pour 1 : 2 verres par heure

Dans le postpartum immédiat :

boire2	Nb. cit.	Fréq.
oui	8	88,9%
non	1	11,1%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XX

manger2	Nb. cit.	Fréq.
oui	0	0,0%
non	9	100%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XXI

Huit anesthésistes autorisent la prise orale de liquide dans le postpartum immédiat.

Les boissons proposées sont alors les mêmes que celles proposées dans les deux situations précédentes.

Ils préconisent : Pour 2 d'entre eux : à la demande

Pour 5 d'entre eux : 1 verre par heure

Si la patiente présente une pathologie telle diabète, obésité :

boire3	Nb. cit.	Fréq.
oui	7	77,8%
non	2	22,2%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XXII

manger3	Nb. cit.	Fréq.
oui	0	0,0%
non	9	100%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XXIII

Cette question semble avoir été également incomprise puisqu'à la précédente question, six seulement déclaraient autoriser des boissons.

4.2. Les raisons de cette pratique

Les recommandations qui les ont amenés à revenir sur le jeun :

recommandations	Nb. cit.	Fréq.
OMS	1	11,1%
SFAR	7	77,8%
ASA	2	22,2%
étude	1	11,1%
procédure d'établissement	0	0,0%
j'ai toujours travaillé ainsi	2	22,2%
TOTAL OBS.	**9**	

Tableau XXIV

Les critères pour maintenir le jeûne (la question ne distinguait pas les solides des liquides) :

jeûne pratiqué pour	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	3	33,3%
prévention du syndrome de Mendelson	5	55,6%
apports VVP suffisants	2	22,2%
les urgences vitales nécéssitent une AG bien qu'une APD soit en place	5	55,6%
procédure au sein de l'établissement	1	11,1%
autres	0	0,0%
TOTAL OBS.	**9**	

Tableau XXV

4.3. Le point de départ du jeûne et l'information des patientes

moment du jeun pour aliment liquide	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	44,4%
à partir de la première contraction	1	11,1%
arrivée à la maternité	2	22,2%
arrivée en salle de naissance	1	11,1%
pendant le travail	1	11,1%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XXVI

Cinq ont dit qu'ils souhaitaient le jeûne liquidien dé l'installation de la parturiente, l'anesthésiste ayant demandé pendant le travail à préciser « début ».Mais, ils sont six à autoriser des boissons pendant le travail.

moment du jeûne pour aliments	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	11,1%
à partir de la première contraction	1	11,1%
arrivée à la maternité	2	22,2%
arrivée en salle de naissance	5	55,6%
pendant le travail	0	0,0%
TOTAL OBS.	**9**	**100%**

Tableau XXVII

Cinq mentionnent souhaiter l'arrêt total d'apports solides aux parturientes dès leur installation en salle de naissance, ce qui signifie qu'en maternité, ils accordent des prises alimentaires.

Deux anesthésistes sur neuf, font connaître à leur patiente, dès la consultation d'anesthésie, leurs exigences quand au jeûne.

Partie 3 : ANALYSE, DISCUSSIONS ET PROPOSITIONS

1. ANALYSE EN PARALLELE DES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES ET DE CELLES DES ANESTHESISTES

En ce qui concerne la prise orale au cours du travail obstétrical, anesthésistes et sages-femmes occupent deux places distinctes auprès des parturientes.

Les anesthésistes, tout d'abord, sont acteurs au moment de la consultation d'anesthésie par les informations qu'ils y délivrent, au sujet du jeûne. Par la suite, ils le sont en salle de naissance, où ils posent l'analgésie péridurale. En coopération avec les infirmiers anesthésistes, ils sont chargés de sa surveillance et d'assurer son efficacité. Ils repèrent les patientes à risques d'intubation difficile, et évaluent au cas par cas, les patientes dont le risque d'inhalation est augmenté. Enfin, ils sont les premiers acteurs, en cas l'intervention nécessitant une anesthésie générale. Leur rôle est donc médical et de ce fait rattaché à une responsabilité médicale importante. De plus, l'anesthésie générale étant de moins en moins fréquente, sa maîtrise et sa pratique génère de plus en plus de stress. [8]

Les sages-femmes, d'un point de vue médical, interviennent en coordination avec les anesthésistes pour dépister les patientes à risque d'intervention en urgence, afin d'envisager une analgésie péridurale comme première intention. De façon annexe, elles administrent sous prescription des médecins anesthésistes la prémédication, et théoriquement, elles peuvent être amenées à faire la manœuvre de Sellick. Du point de vue de l'accompagnement, elles sont en première ligne en ce qui concerne les besoins de leurs patientes. Elles peuvent, s'agissant du jeûne, évaluer un besoin de confort, ou plutôt, de non désagrément, un besoin d'énergie, et même les signes d'une

déshydratation ainsi qu'un stress maternel augmenté et ce, de façon majeure parfois, interfèreraient avec le bon déroulement du travail. La circonstance que la demande des patientes soit adressée d'abord aux sages-femmes, contribue sans doute à expliquer que les sages-femmes seraient plus permissives. Il est à noter, que les sages-femmes travaillent avec différents anesthésistes qui ne demandent pas les mêmes conduites à tenir.

Ces deux places distinctes, influencent-elles la prise de position sur le jeûne ?

Au vue, des 9 réponses apportées par les anesthésistes de Moselle travaillant en maternité, il est difficile d'obtenir des valeurs significatives.

En phase de début de travail, ou dans le cas, d'une rupture prématurée des membranes, deux anesthésistes n'autorisent pas les apports liquidiens et aucun n'autorisent une alimentation liquide. A l'inverse, les sages-femmes pour 50 d'entre elles, proposent à boire et 37 proposent à manger.

On remarque que, 2/3 des anesthésistes et 2/3 des sages-femmes autorisent et proposent aux parturientes en salle de naissance, à boire à la demande ou en quantité restreinte, des boissons avec un choix plus ou moins important dans sa diversité.

Le postpartum immédiat est perçu par les deux corps comme une situation moins à risque que la phase de travail, car ils sont comparativement plus, à donner à boire et pour certains à manger.

L'hypothèse selon laquelle, les anesthésistes seraient plus restrictifs que les sages-femmes, dans le cadre de la salle de naissance, est réfutée statistiquement. Or, cette conclusion est sous réserve que 18 sages-femmes répondent de leurs pratiques suivant les consignes des anesthésistes. On remarquera, toutefois, que les sages-femmes sont plus permissives que les anesthésistes quand les patientes ne sont pas installées en salle et, donc, qu'elles n'ont pas de péridurale (argument important pour

les anesthésistes). Une ambiguïté existe alors sur la réserve, que 18 des sages-femmes suivent les consignes des anesthésistes.

A priori, les sages-femmes n'ont pas toutes la même perception de leur responsabilité : 32 d'entre elles revendiquent, en effet, une autonomie pleine et entière à ce sujet, contre 14 qui s'en remettent totalement à la décision de l'anesthésiste. La pratique de par l'absence de protocole, et de consensus est caractérisée par une grande variété d'interprétation.

Dans son ensemble, les résultats de cette étude nous permettent de conclure que, la possibilité au sein des services de maternité de Moselle de boire, est relativement accordée aux parturientes. En ce qui concerne, le grignotage au cours du travail, la possibilité en est restreinte, et réservée exclusivement et très relativement aux patientes en attente.

Deux axes semblent se dégager et à développer : la question de la responsabilité et de l'homogénéisation des pratiques, et la réserve, de par, des arguments contre la prise orale et, de par, une dynamique de travail, est à étudier afin de mieux interagir.

2. QUELLE PREVENTION POUR LE SYNDROME DE MENDELSON?

2.1. Comment est utilisée l'analgésie péridurale : confort et/ou sécurité ?

Nous avons vu que l'analgésie péridurale, est un moyen qui permet d'éviter de recourir à une anesthésie générale au cours du travail obstétrical si une intervention s'avère nécessaire. Posée dans un premier temps, en vue de soulager la douleur des parturientes, 60% de celles qui accouchent en France en bénéficient.

Les conditions nécessaires, pour utiliser l'analgésie péridurale au cours d'une intervention en urgence, sont :

- qu'elle soit efficace,
- et que l'état de santé de la patiente soit stable et conscient.

C'est-à-dire qu'en cas d'urgence vitale, l'état hémodynamique se dégradant et la patiente, perdant conscience, l'anesthésie générale constituera le recours. Bien que ce cas de figure soit statistiquement peu probable, le risque de sa survenance justifie à lui seul, pour cinq des neufs anesthésistes sondés, la prescription du jeûne pendant toute la durée du travail obstétrical

.Est-ce trop prévenir, si oui, comment éviter la sécurité de l'excès ?

Nous pouvons considérer que si la péridurale est efficace et si la patiente est considérée à faible risque, ces deux conditions réunies permettent de donner à boire en sécurité aux patientes en travail.

Les anesthésistes ont précisé que pour eux, la péridurale efficace était une condition nécessaire, pour donner à boire aux parturientes en travail et dans le postpartum immédiat.

D'après notre étude réalisée en Moselle, nous constatons que les 2/3 des sages-femmes ne savent pas ou ne considèrent pas que, la réunion des deux conditions constitue la circonstance qui permet de donner à boire. On doit donc en conclure que la notion de péridurale efficace comme condition pour donner à boire n'est pas connue de toutes les sages-femmes.

Il est recommandé également, d'après l'avis de certains experts, de poser en coordination entre sages-femmes et anesthésistes, un cathéter de péridurale si la patiente manifeste, par son état de santé, un risque de césarienne. Or, cinq sages-femmes seulement déclarent élaborer cette prise en charge.

Les sages-femmes devraient être informées de ces deux points. De plus, une péridurale laisse place à une sensation de faim plus importante que la sensation habituellement ressentie pendant un travail physiologique sans intervention médicale, l'alimentation solide ne peut donc pas être laissée à la discrétion de la patiente.

2.2. La prémédication et la manœuvre de Sellick

Dans son ensemble, la **prémédication est satisfaisante**. Le produit choisi dépend de l'établissement et est administré, soit à la pose de péridurale, soit avant la césarienne. Le choix se porte, soit sur la cimétidine sous sa forme effervescente (Tagamet®) à la dose de 200mg ou de 4OOmg, soit sur la ranitidine sous sa forme effervescente (Azantac®) à la dose unique de 150 mg.

L'administration devrait se faire, dés qu'apparait un risque de devoir recourir à une césarienne, car dans l'idéal, le produit doit agir pendant une heure, avant l'induction.

La **manœuvre de Sellik** demande une formation et un entrainement afin d'exercer une pression au plus juste. Bien qu'il existe une polémique à son sujet, elle est recommandée en systématique pour l'induction rapide. Or **seulement 10 sages-femmes sur 52 ont été formées à la réalisation de ce geste.**

2.3. Dépistage des risques obstétricaux et des risques anesthésiques

Indépendamment de l'observance ou non du jeûne, l'obésité, le diabète et les intubations jugées difficiles, constituent, par l'augmentation qu'ils représentent de risque d'inhalation, des difficultés en cas d'anesthésie. Il est donc important que les sages-femmes, prenant en compte la probabilité de recours à une césarienne et la nécessité consécutive de recours à l'une ou l'autre forme d'anesthésie, adaptent en conséquences ; les apports per os.

Le risque anesthésique semble moins pris en compte, par les sages-femmes que la probabilité de recours à une césarienne, au moment de permettre ou non à leur patiente de consommer des boissons ou de prendre des aliments : les patientes à haut risque anesthésique sont peu évoquées par les sages-femmes, comme nécessitant, du point de vue de la prise orale, des précautions particulières, hors mis le cas des diabétiques, pour lesquelles un protocole régule l'administration du glucose en intraveineux, ainsi que la glycémie.

3. LES OPPOSITIONS A LA PRISE ORALE PENDANT LE TRAVAIL

S'agissant des sages-femmes, tout d'abord, le souhait de l'obstétricien et le protocole de service ne sont cités que par une seule d'entre elles, comme fondement de son opposition à la prise orale pendant le travail : cette donnée est peu significative et l'on peut sans doute la considérer comme une interprétation personnelle de l'origine des consignes applicables. Le souci d'éviter l'apparition du syndrome de Mendelson et la prescription de l'anesthésiste constituent, en revanche, les deux raisons principales pour lesquelles les sages-femmes ne donnent pas à boire pendant le travail.

De plus, quatre sages-femmes travaillent ainsi, considérant que l'apport parentéral suffit, alors que cette posture professionnelle très stricte ne repose pas, à notre connaissance, sur des fondements scientifiques solidement établis : si la dose maximale de glucose à ne pas dépasser (au risque de mettre en danger mère et enfant) est connue, nous disposons en revanche de peu de données scientifiques concernant la dose minimale en deçà de laquelle un retentissement négatif sur le travail, la mère et l'enfant, pourrait être observé.

Par ailleurs, **l'apport uniquement parentérale, prive la patiente du fait rassurant de boire et l'expose à l'inconfort de la sensation de sécheresse.**

Certains évoquent l'inconfort digestif et les vomissements auxquels exposeraient les prises orales. A cela on doit cependant objecter que, d'une part,

qu'il n'a pas été démontré jusqu'ici que la prise de boisson avait une incidence significative sur les vomissements de la patiente et que, d'autre part, si ce seul risque était en cause, il semblerait arbitraire de la part de quiconque, de se substituer d'emblée à la patiente, dans le choix à opérer entre l'inconfort de la sensation de sécheresse et celui du risque éventuellement accru, de vomissements.

S'agissant de la prise d'aliments solides, en revanche, le risque accru de vomissements ayant été démontré, il doit donc être recommandé de limiter l'alimentation à **des collations sans résidus, et seulement aux patientes dont le travail n'est pas dans la phase active et dont l'état est peu susceptible de nécessiter une intervention chirurgicale**.

Les anesthésistes, pour leur part, souhaitent que la patiente soit a jeun en vue de prévenir le syndrome d'inhalation bronchique et parce que la péridurale peut ne pas suffire en cas d'urgence vitale. Pas moins de treize arguments sont alors avancés par ceux-ci, à l'appui de cette recommandation stricte, faisant valoir que les apports parentéraux suffisent et que cette consigne est formalisée et officialisée par une procédure d'établissement. Ce positionnement univoque doit cependant être rapproché du fait que trois anesthésistes sur neuf, seulement, déclarent interdire les apports liquidiens lorsque les patientes sont en salle de naissance**. Nous sommes donc confrontés à un paradoxe, les anesthésistes autorisant leurs patientes à boire alors même qu'ils ne manquent pas d'arguments en faveur du jeûne.**

4. LES PATIENTES SONT NON INFORMEES A TORT OU A RAISON

Deux anesthésistes sur neuf, informent leurs patientes des modalités de jeûne qu'ils souhaitent. Cette pratique est évidemment insuffisante pour permettre à toutes les patientes d'être informées de l'impossibilité de boire et de manger pendant le travail. Or, nous savons que les patientes en travail sont vulnérables, que les paroles et les gestes des soignants marquent leur psychisme et que la salle de naissance, qui leur est inconnue, leur semble hostile. A l'annonce de l'interdiction de boire, les patientes perçoivent cette situation d'une façon d'autant plus stressante qu'elles ressentent plus vivement la soif et que faute d'avoir pu en comprendre le caractère inévitable, elles ressentent plus durement l'arbitraire au moment du travail qui ne constitue pas une situation dans laquelle la patiente est mentalement disposée à la compréhension.

En l'état actuel des connaissances, il semble sage de préconiser dés les premiers signes du travail, des repas légers et sans graisses, en évitant les barres chocolatées, par exemple. **L'information donnée aux femmes doit porter sur ce que les femmes peuvent ou non boire et manger. Le caractère préalable de telles explications constituerait, tout à la fois, un gage, pour la sécurité des patientes et pour la compréhension des efforts qui ne peuvent leur être épargnés.**

5. POURQUOI METTRE EN PLACE UNE PROCEDURE ET SI OUI, LAQUELLE ?

En pratique :

On remarque que la pratique des professionnels est hétérogène, autant dans le choix d'autoriser ou non le fait de boire et/ou de manger, que dans les quantités et qualités des boissons choisies. Si le choix de l'équipe tend à vouloir proposer à boire et à manger aux parturientes, l'existence d'une procédure formelle et officielle simplifierait la distribution en améliorant la sécurité.

En termes de légitimité :

La loi Barnier (1995) introduit en droit le principe de précaution : « l'absence de certitude ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées pour prévenir des dommages graves et irréversibles. ». Le jeûne pendant le travail prévient-il des dommages graves et irréversibles lorsque l'inhalation bronchique survient ?

Une fois réglées, si tant est qu'elles puissent l'être, les questions techniques relatives à la consommation de boissons et à la prise d'aliments acceptables, resteraient à aborder deux aspects majeurs du sujet qui nous intéresse :

- la question du droit du patient et donc, du consentement de la patiente
- et celle de la responsabilité des professionnels, en ce qu'elle doit être partagée entre des intervenants assumant tous, à des niveaux distincts, une responsabilité médicale.

Les sages-femmes sondées confirment, pour la majorité d'entre elles, souhaiter un protocole. La création d'un protocole ne serait pas toujours nécessaire : trois sages-femmes, en effet, déclarent avoir connaissance d'un protocole au sein de leur service, qu'il suffirait alors d'actualiser.

Mon travail m'a conduit à suggérer une procédure pour donner à boire et à manger aux patientes commençant le travail à la maison, puis en maternité, et enfin en salle de naissance. Il s'inspire d'un protocole d'étude en cours d'évaluation fait à l'Hôpital Joseph DUCUING à Toulouse.

Cette procédure inclut l'information donnée pendant la grossesse, au moment de la consultation d'anesthésie, au sujet des risques et avantages, et s'accompagne d'une feuille informative relative à ce qu'elles peuvent prendre ou pas. Je me suis adaptée aux remarques des sages-femmes, prenant acte de ce que l'hôpital ne fournit rien, à part de l'eau, en salle de naissance. [Annexe 1]

Ensuite, je propose un protocole qui intéresse exclusivement les patientes de plus de 37 semaines d'aménorrhée, se présentant pour des contractions utérines ou une rupture prématuré des membranes. [Annexe 2]

Enfin, il me parait important de résumer à l'attention des sages-femmes, en quelques points, les données et enjeux sur le sujet. [Annexe 3]

6. LES RETICENCES AU CHANGEMENT, POURQUOI AU ROYAUME-UNI ET PAS EN FRANCE ?

Tout nouveau changement modifiant radicalement les pratiques professionnelles, est vécu par les professions de santé comme **une remise en cause de leur travail,** parfois exercé par eux, depuis de nombreuses années. Les nouvelles consignes sont pour certains, d'autant plus difficiles à accepter que d'expérience, ils savent combien l'injonction donnée à un moment, peut se trouver rapidement contredite, à la faveur d'une appréhension nouvelle des enjeux.

A l'appui de cette observation, nous pouvons citer ici, la recommandation exclusive de coucher les nourrissons sur le ventre puis seulement sur le dos dans le contexte de prévention de la mort subite du nourrisson. Les professionnels doivent donc, sans douter de leurs pratiques et tout en respectant les protocoles en vigueur, admettre que ceux-ci puissent être remis en cause radicalement par la suite.

La multiplication actuelle des aménagements de pratiques, amplifie parmi les professionnels, une réticence que l'on sait latente face à la perspective de tout changement. Bien souvent, autour d'un changement à mettre en place, circule dans un premier temps des informations par le biais de lectures professionnelles, de dires de collègues, de recherches personnelles, de constats, etc. On se forge son avis, en fonction de l'importance qu'on accorde au sujet, de la récurrence des avis, et de leurs concordances. Certains essais de protocole, ou d'aménagements d'organisations

n'aboutissent pas, par manque de formation, d'émulation intellectuelle, de pertinence du travail… ?

Dans le cadre du jeûne, les professionnels ont évolué en ordre dispersé, en l'absence d'un consensus national. Le débat n'est pas clos, et les avis divergent au sein d'une même équipe. La différence de point de vue est une richesse, mais en pratique et au sein d'une équipe, les professionnels demandant un jeûne strict semblent induire le doute. Une dynamique d'équipe est importante, par le résultat gratifiant qu'elle procure, or, a priori, plusieurs des sages-femmes sondées ne sont pas satisfaites du climat de travail à ce sujet, alors que l'avis des anesthésistes à ce sujet, apparait bien différent. La cohésion du travail d'équipe gagnerait grandement à ce qu'une pratique commune soit officiellement énoncée.

Ajoutons à ceci qu'en France, en ayant les mêmes conditions de développement médical qu'au Royaume Uni, nous n'abordons pas ce problème sous le même angle. Les anglo-saxons ont, en effet, largement accepté la prise de liquides et de solides pendant le travail. La première explication tient à ce qu'ils perçoivent dans sa globalité le processus de l'enfantement, comme physiologique. Cela ne se traduit pas seulement par le fait d'autoriser la boisson ou l'alimentation pendant le travail, mais aussi par le fait de ne pas poser systématiquement de voies veineuses, par le fait de recourir à un monitorage discontinu, pendant le travail et de favoriser la déambulation, notamment. Ils semblent vouloir limiter au maximum, l'intervention médicale. Ils distinguent les lieux où l'accouchement est physiologique (« Home from Home »), des lieux où la médicalisation rentre en jeux (péridurale) et ce dans un même établissement, alors que la France vient de refuser à nouveau le projet de maison de naissance. La question est donc : pourquoi, en ayant la connaissance de la physiologie du travail, les pratiques en France évoluent-elles vers une prise en charge surmédicalisée pour la grossesse?

La deuxième hypothèse est l'organisation de travail qui diffère selon les pays. Un rapport récent du Ministère Français de la Santé, traitant la « santé mentale au travail » indique que la France est dans un système d'attente au travail. [35]

Loin de baisser les bras, les professionnels veulent avoir la conviction de faire du « bon travail », et souhaitent assumer pleinement la responsabilité d'une certaine autonomie. La hiérarchie demande légitimement une cohésion et une qualité dans le travail. Mais la reconnaissance par le travail est affectée par une sous utilisation des compétences, et une autonomie contrariée par des procédures paternalistes. La qualité du service rendu doit être obtenue dans le moins de temps possible accordée à la patiente. Alors que la cotation des actes envahit progressivement le quotidien des maternités, quel avenir reste-t-il au temps que les professionnels consacrent encore à la relation humaine, quand celle-ci échappe, par nature, à toute cotation ?

De plus, il est exposé dans ce rapport quatre difficultés spécifiques du management en France : « la rigidité hiérarchique, la difficulté à travailler en groupe, l'importance trop grande du diplôme initial et de l'origine sociale, et le déficit de promotion interne. »

En effet, on remarque que les initiatives personnelles existent mais souvent avortées du fait de la complexité pour mettre en place le projet de façon administrative, et collectivement au sein de l'équipe. L'évolution va dans le sens de la valorisation, c'est-à-dire pour la le système médical français dans le sens de la formalisation du plus grand nombre possible d'actes médicaux.

La France se distingue donc de certains de ses voisins par certaines formes du management qui y sont pratiquées. Ces formes différentes, de management semblent trouver leur origine, dans les systèmes éducatifs des pays concernés selon le rapport.

Pour résumer, il existe toujours et quelques soient les systèmes médicaux une inévitable réticence au changement, cependant, cette difficulté ne semble plus être primordiale dans le domaine de la libéralisation du jeûne, le sujet étant déjà amorcé depuis une vingtaine d'années, mais dans un fonctionnement privilégiant l'aspect médical, et durcissant la difficulté de faire émerger des projets de travail.

La question d'accepter ou non la prise orale pendant le travail s'inscrit dans une réflexion et un aménagement du processus global de prise en charge de l'accouchement ; il est nécessaire qu'un travail d'équipe se poursuive dans son ensemble. La remise en cause du jeûne n'est qu'un début, pour aboutir à un accouchement au plus près de la physiologie.

Conclusion

Le bilan risques/bénéfices, n'est pas stabilisé : l'incidence du jeûne, comme mesure effective et proportionnée, est remis en question et le syndrome de Mendelson survient bien plus rarement, grâce, en particulier à l'analgésie péridurale.

Nous avons pu répondre à certaines questions des professionnels à l'égard de la prise orale au cours du travail obstétrical, qui mettent en évidence ces risques et ces avantages, mais concernant l'impact de la prise orale il reste des incertitudes.

A priori, boire et grignoter pendant l'accouchement sont possibles, mais revenir sur un dogme aussi important, autoriser après avoir interdit, nécessite l'édiction de règles, et une réinitialisation des pratiques, sans quoi, professionnels et patientes seront insatisfaits, et il substituera des ambiguïtés dans les pratiques dont le syndrome de Mendelson ne sera plus la raison.

En Moselle, les apports per os liquidiens pendant le travail tendent à se libéraliser, mais des ambiguïtés existent sur le sens de cette pratique et les raisons du jeûne. Les sages-femmes témoignent néanmoins de l'importance de permettre aux patientes de boire pour entretenir leur énergie. Il serait intéressant que les maternités proposent un stock de boissons et de nourriture divers et varié afin que par ce fait les uns et les autres se sentent en droit d'autoriser la prise orale.

La prise orale pendant le travail, la déambulation, la douleur psychique et physique, les voies veineuses inutiles, le monitorage en continu, sont des problèmes difficile à résoudre sur le terrain ; l' « hyper-médicalisation » est actuellement une polémique mais dont les acteurs ne sont pas uniquement les professions médicales. Béatrice Jacques dans *Sociologie de l'accouchement* conclut : « les femmes se sont

appropriées la surmédicalisation » mais aussi, que « la notion de risque est inculquée aux femmes enceintes avant même toutes prise en charge médicale » ces deux arguments illustrent le cercle vicieux dont les professions médicales sont à la fois auteurs et otages. La « surmédicalisation » est-elle la conséquence d'une forte demande de la société de légitimer les expertises pour éliminer les risques ?

BIBLIOGRAPHIE

[1] Mendelson CL. The aspiration of stomach contents into lungs during obstetric anesthesia. Am J Obstet Gynecol 1946 ; 52 : 191-205.

[2] N.Devos, B.Dureuil. Le syndrome d'inhalation. Conférence d'actualisation 2000, p. 127-139. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, et SFAR.

[4] Hemon.Y, Delemontey.B, Martin.C, Gouin.F, Farisse.J. Inhalation du contenu gastrique et arrêt cardiaque pendant une anesthésie péridurale, Cahiers d'Anesthésiologie, 1985, volume 33, n°3, p219-221.

[5] INSERM

[6] Enquête de périnatalité 2003 www.santé.gouv.fr

[7] Gill Gyte. Eating and drinking labour. NCT antenatal teacher and tutor. Janvier 2007

[8] Rapport triennal sur la mortalité maternelle au Royaume Uni 1999-2001

[9] Chadwick HS, Posner K, Caplan RA, Ward RJ et CheneyFW 1996, « une analyse des cas d'anesthésie obstétricale de la bas de donnée des décès de la Society American of Anesthesiologists » Int J Obstet Anesth, vol. 5, pp.258-63

[10] Roberts RB et Shirley MA 1974 « Réduire le risque d'aspiration de l'acide au cours de la césarienne », Anesth Analg, vol.53, pp.859-68

[11]Manchikanti L. Pharmacologic prophylaxis of perioperative acid aspiration syndrome. Anesth Rev 1991 ; 18 : 17-29

[12] Tournadre JP, Chassard D, Berrada KR, Boulétreau P. Cricoid cartillage pressure decrease lower oesophageal sphincter tone. Anesthesiology 1997 ; 86 : 7-9

[13] MC Kelly, UA Carabine, DA Hill et RK Mirakhur. » Une comparaison de l'effet de fentanyl par voie intrathécale et extradural sur la vidange gastrique chez les femmes en travail ». Département d'anesthésiologie, Université Queen's de Belfast, Irlande du Nord.

[14] Anderson T (1998) Is ketosis in labour pathological? The Practising Midwife 1 (9):22-26
[15] Hay et al.

[16] A. Fisher, J. Huddleston. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 177, Issue 4, Pages 765-769

[17] Ludka L (1987) .Fasting during labour in Proceedings of the International Confederation of Midwives 21 sI International Congress. Hagu : ICM, 26 August: 41-44

[18] Simkin P (1986) Stress, pain and catecholamines in labour. Part 2. Stress associated with childbirth events: a pilot survey of new mothers Birth 13: 234-240

[19] Scrutton MJ, Metcalfe GA, Lowy C, Seed PT, O'Sullivan G: Eating in labour. A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. Anaesthesia 1999;54:329-34

[20] O'Sullivan G: Gastric emptying during pregnancy and the puerperium. Int J Obstet Anesth 1993;2:216-24

[21]Andrew Sherman du King College de Londres. Grignoter pendant l'accouchement sans risque. British Medical Journal 2009.

[22] Emmeline Fremiot. Mémoire soutenu en 2006 à l'école de sage-femme de Metz.

[23] Merbai N, Panouillot P, Godet M, Dacheux N, Saignavong C, Mandelbrot L, Salomon L, Keita H: Evaluation de la soif et des préférences des parturientes en boisson durant le travail obstétrical. Abstract. Journées Méditerranéennes de la périnatalité. 2007

[24] McNabb M. Changes in maternal food appetite andmetabolism in labour and the shift from fetal to neonatal metabolism. In: Champion P, McCormick C, editors. Eating and drinking in labour. Oxford: Books for Midwives; 2002. pp. 46-110

[25] Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G: An evaluation of isotonic «sport drinks» during labor. Anesth Analg 2002;94:404-8, table of contents

[26], [27]Faitg R. Prise en charge globale de la naissance. Maternité de Léman. Profession Sage-Femme n°152

[28]Benhamou D. Evolution de la sécurité en anesthésie obstétricale en France. Conférences d'actualisation 2005, p39-46.

[29]Diemunsch P. Attitudes des professionnels de santé à l'égard du jeun durant le travail obstétricale. SFAR 2006 (R336).

[30]DAR hôpital nord AP-HM Marseille. Enquête nationale de pratique : AG en fin d'accouchement et gestion des voies aériennes supérieure en obstétrique.

[31]Scheepers HC, de Jong PA, Essed GG, Kanhai HH. Métabolisme foetal et maternel de l'énergie pendant le travail par rapport au substrat de calories disponibles.

[32] **Hazle** NR., "Hydration in labour : Is routine intravenous hydration necessary of ?", Journal Nurse-Midwifery, 1996, 31, 171-176.

ANNEXE 1

INFORMATION A L'ATTENTION DES PATIENTES

J'ai perdu la poche des eaux ou/et j'ai mes premières contractions, est-ce que je peux boire et manger ? Et quoi ?

❖ *J'ai des contractions et je veux faire le début du travail chez moi ?*

Je peux boire de l'eau, sirop léger, jus de fruits sans pulpes, sport drinks, de préférence à température ambiante et des boissons tièdes (thé léger, café léger, tisane)

Je ne dois pas boire les laitages et des boissons gazeuses.

Je peux manger léger un peu à la fois : biscotte, œuf cuits, bouillon clair, banane et poire mûre, légumes cuits, compote. Le principe est que se soit léger, neutre et sans résidus.

Je ne dois pas manger des graisses, un repas lourd, du pain.

❖ *J'arrive à la maternité qu'est ce que je pourrais boire et manger ?*

Si la sage-femme vous guide **en maternité** car :

- soit vous avez perdu la poche des eaux et vous n'avez pas de contractions ou qu'elles sont insuffisantes
- soit on ne peut vous poser la péridurale car le travail n'est pas encore assez avancé

Avec l'accord da la sage-femme en fonction de votre santé et celle de votre enfant vous pourrez :

- boire les mêmes boissons que chez vous, apportez avec vous si vous le souhaitez du jus de fruits, des sports drinks qui ne pourront vous être fournis par la maternité.

- manger les mêmes aliments que chez vous, de même apporter ce qui vous est autorisez et ce qui vous fait plaisir (mais pas de chocolat…)

Si la sage-femme vous installe **en salle de naissance** :

Vous ne pourrez plus manger mais seulement boire avec l'autorisation de la sage-femme.

Les mêmes boissons que précédemment mais toujours non fournies par la maternité.

A dilatation complète ou s'il y a un risque de césarienne vous devrez rester à jeun.

- ***Après mon accouchement quand est ce que je peux à nouveau boire et manger ?***

Après l'accouchement vous restez encore 2 heures en salle de naissance en surveillance, vous ne pourrez pas manger mais seulement boire. Quand nous vous réinstallerons en maternité, une collation vous sera servie.

ANNEXE 2 : PROTOCOLE

Arrivée de la patiente à la maternité pour début de travail ou en expectative
Peut-elle boire et manger ?

Critères d'inclusion **exhaustif :**

Grossesse unique
Position céphalique
Terme ≥ 37 SA

Critères d'**exclusion :**

Obésité (IMC ≥ 30 avant grossesse)
Diabète sous insuline
Risque de césarienne
Intubation difficile
Dilatation complète

AU CAS PAR CAS si en expectative pour boissons

Opioïdes : petites gorgées

⇓

Vérifier signature du **CONSENTEMENT**

Parturientes en SDN autoriser si **APD efficace** et autorisation de l'anesthésiste :

Boissons : eau, sirop, sport drinks, jus de fruits sans pulpes, de préférence boissons tiède ou température ambiante

NE PAS DONNER A MANGER
Respecter la régulation naturelle de la prise
Ne pas donner boissons gazeuses (coca-cola), ni laitage

Parturientes en attente (RPM…) autoriser :

Boissons claires : eau, sirop, jus de fruits sans pulpes, sport drink, café, thé, tisane, de préférence boissons tiède ou température ambiante

Collations légères : biscotte, œuf cuits, bouillon clair, carotte et betteraves, banane et poire mûre, compote.

Ne pas donner laitage, ni boissons gazeuses
Fractionner la prise alimentaire

Dilatation complète

APD latéralisée ou échec
⇒ STOP BOISSONS

Rcf patho, malaise maternel, anomalies du partogramme…

⇒ STOP BOISSONS

Décision ou suspicion de césarienne
⇒STOP BOISSONS
⇒ 400mg TAGAMET ®

APPORTS LIQUIDIENS dans **le postpartum immédiat** (2 h après accouchement VBS)
Après délivrance normale et cathéter de péridurale en place autoriser à la demande :
Boissons : eau, sirop, jus de fruits sans pulpes, sport drinks, boissons à température ambiante

NE PAS DONNER A MANGE

ANNEXE 3 : POINTS ESSENTIELS

- La mortalité maternelle attribuable à l'anesthésie a largement diminué ces dernières années, l'incidence de décès lié à l'inhalation bronchique est de 1/2000000 d'accouchement

- L'analgésie péridurale est la première prévention de l'inhalation bronchique, car cette complication survient de façon majeure lors des anesthésies générales.

Libéralisation du jeun encadré :

- Les anesthésistes et les sages-femmes dépistent les patientes à risque de césarienne pendant le travail afin de poser un cathéter de péridurale en prévention

- Informer la patiente à la consultation d'anesthésie des risques/avantages ainsi qu'à la préparation à l'accouchement ce qu'elle peut prendre avec elle.

- La prise de liquides pendant le travail n'a pas prouvé à ce jour de retentissement négatif sur la durée du travail, le mode d'accouchement et le métabolisme fœtal mais un confort estimé par les patientes comme modérément à très rassurant. De plus, il n'a pas été retrouvé une augmentation du taux d'inhalation bronchique ni de vomissements plus conséquents.

- Les aliments solides diminuent l'acidité gastrique et apportent de l'énergie mais ils augmentent sensiblement le volume du contenu gastrique.

- L'eau augment légèrement le contenu gastrique, ne diminue pas l'acidité gastrique, et n'apporte pas d'énergie, mais un confort.

- Les boissons isotoniques augmentent légèrement le volume du contenu gastrique mais diminuent l'acidité et apportent de l'énergie.

- Respecter la régulation naturelle de la parturiente qui est de manger en tout début de travail et de préférer les aliments liquides en fin de travail, de façon minime. L'analgésie péridurale trouble la sensation de faim, les contractions non douloureuses amènent la patiente à avoir faim. Il faut alors s'attacher à reproduire la régulation naturelle.

- Les opioïdes ralentissent la vidange gastrique, ne donner que de petites gorgées d'eau

- Administrer un antagoniste de H2 à la posologie de 400mg si risque de césarienne (idéalement 1 heures avant) dans le but de réduire le volume et l'acidité gastrique.

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE SAGES-FEMMES

BOIRE et GRIGNOTER pendant le travail et en post partum immédiat

Questionnaire à l'attention des sages-femmes

Actuellement en quatrième année d'étude de sage-femme à Metz, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les attitudes et les perceptions des soignants à l'égard du jeûne durant le travail obstétrical, en absence de recommandations précises sur le sujet.
Pour ce projet, il vous est proposé de remplir un questionnaire de façon anonyme.
Les parturientes devant bénéficiées d'une césarienne programmée seront exclues.
Veuillez entourer la réponse choisie.
Je vous remercie de votre participation qui me sera précieuse.

Emilie BAROTTE

1. Donnez-vous :

aux parturientes en début de travail avant leur admission en salle de naissance (spontanément, maturés, RPM,…) :

à boire	OUI	NON
à manger	OUI	NON

aux parturientes en salle de naissance :

à boire	OUI	NON
à manger	OUI	NON

aux parturientes dans le postpartum immédiat :

à boire	OUI	NON
à manger	OUI	NON

aux parturientes présentant une pathologie liée ou non à la grossesse avant leur admission en salle de naissance (diabète, obésité…) :

à boire	OUI	NON
à manger	OUI	NON

2. Si oui précisez :

aux parturientes en début de travail avant leur admission en salle de naissance (spontanément, maturés, RPM,…) :

En qualité

Hydratation

- ☐ De l'eau
- ☐ Eau + sirop
- ☐ Du jus de fruits sans pulpes
- ☐ Sport drink
- ☐ Autres précisez…….

Alimentation

- ☐ barre énergétique
- ☐ Collation légère (soupe, yaourt maigre)
- ☐ Gâteaux secs
- ☐ Fruits
- ☐ Autres précisez….....

En quantité

Hydratation

- ☐ à la demande
- ☐ 1 verre par heure
- ☐ 2 verres par heure

Alimentation

- ☐ seulement dans la première phase du travail

☐ A la demande

aux parturientes en salle de naissance vous donnez :

En qualité

Hydratation

☐ De l'eau

☐ Eau + sirop

☐ Du jus de fruits sans pulpes

☐ Sport drink

☐ Autres précisez……

Alimentation

☐ barre énergétique

☐ Collation légère (soupe, yaourt maigre)

☐ Gâteaux secs

☐ Fruits

☐ Autres précisez….....

En quantité

Hydratation

☐ à la demande

☐ 1 verre par heure

☐ 2 verres par heure

Alimentation

☐ seulement dans la première phase du travail

☐ A la demande

aux parturientes dans le postpartum immédiat :

En qualité

Hydratation

- ☐ De l'eau
- ☐ Eau + sirop
- ☐ Du jus de fruits sans pulpes
- ☐ Sport drink
- ☐ Autres précisez……..

Alimentation

- ☐ barre énergétique
- ☐ Collation légère (soupe, yaourt maigre)
- ☐ Gâteaux secs
- ☐ Fruits
- ☐ Autres précisez….....

En quantité

Hydratation

- ☐ à la demande
- ☐ 1 verre par heure
- ☐ 2 verres par heure

Alimentation

- ☐ seulement dans la première phase du travail
- ☐ A la demande

aux parturientes présentant une pathologie liée ou non à la grossesse avant leur admission en salle de naissance (diabète, obésité…)

En qualité

Hydratation

- ☐ De l'eau
- ☐ Eau + sirop
- ☐ Du jus de fruits sans pulpes
- ☐ Sport drink
- ☐ Autres précisez……

Alimentation

- ☐ barre énergétique
- ☐ Collation légère (soupe, yaourt maigre)
- ☐ Gâteaux secs
- ☐ Fruits
- ☐ Autres précisez…..... .....

En quantité

Hydratation

- ☐ à la demande
- ☐ 1 verre par heure
- ☐ 2 verres par heure

Alimentation

- ☐ seulement dans la première phase du travail

☐ A la demande

3. **Avez-vous des réticences pour certains cas médicaux préexistant au travail (épreuve du travail, suspicion de macrosomie, diabète,…) ?**

OUI NON

Si oui lesquels :
……

Pourquoi :
…….

4. **a. Pouvez-vous évaluer la quantité de solutés administrés par voie veineuse périphérique à une parturiente prise en charge pendant environ 7 heures en salle de naissance?**

1L 1.5L 2L 3L

b. Y faites-vous une référence pour adapter la prise de boissons et d'aliments légers per os ?

OUI NON

5. **Faites vous une différence positive avec les patientes ayant une analgésie péridurale ?**

☐ Pour donner à boire

☐ Pour donner à manger

☐ Je ne connais pas l'intérêt de cette différence

6. **En ce qui concerne la prévention du syndrome de Mendelson** :

☐ Vous pratiquez la prévention médicamenteuse avant la pose de péridurale

☐ Vous pratiquez la prévention médicamenteuse avant la césarienne

☐ Vous avez été formé à faire la manœuvre de Sellick

☐ Vous pratiquez la pose du cathéter de péridurale si le cas médical suppose une éventuelle AG

Au sujet de la prévention médicamenteuse, donnez le nom pharmacologique et la posologie du produit utilisé :
……
……

7. **Si vous appliquez le jeûne au cours du perpartum, pouvez vous donnez la raison de ce choix :**

   ☐ en prévention du syndrome de Mendelson

   ☐ l'anesthésiste souhaite un jeûne strict

   ☐ vous êtes autorisé par un protocole et par l'anesthésiste mais vous ne préférez pas

   ☐ l'apport par VVP suffit

   ☐ autres précisez :
   ……..

8. **a. Existe-t-il un protocole au sein du service qui permet d'être permissif dans votre pratique ?**
   OUI NON

   Si non en souhaiteriez vous un ?

   OUI NON

   b. De façon générale, vous sentez vous en plein droit que de répondre à la demande des femmes de leur donner à boire ?

   OUI NON
   Pourquoi :
   …….

   c. Dans l'ensemble, votre climat de travail est

   ☐ permissif

   ☐ restrictif

   Etes-vous satisfait de ce climat ?
   OUI NON

9. **Ressentez vous une importance de répondre à la demande des parturientes en ce qui concerne :**

boire	OUI	NON
manger	OUI	NON

Si oui pourquoi ?

☐ Pour combler les besoins énergétiques de la parturiente

☐ il n'existe pas de contre-indication

☐ ça répond à un besoin de confort

Si non pourquoi ?

☐ l'apport hydrique par VVP suffit

☐ autre précisez……

10. Dans quel hôpital travaillez-vous ?

☐ HMM

☐ BEL AIR

☐ CLAUDE BERNARD

☐ BRIEY

☐ FORBACH

☐ SARREGUEMINES

☐ ST AVOLD

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

…….ans

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE ANESTHESISTES

BOIRE et GRIGNOTER pendant le travail et en post partum immédiat

Questionnaire à l'attention des anesthésistes

Actuellement en quatrième année d'étude de sage-femme à Metz, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les attitudes et les perceptions des soignants français à l'égard du jeun durant le travail obstétrical, en absence de recommandations précises sur le sujet.
Pour ce projet, il vous est proposé de remplir un questionnaire de façon anonyme.
Les parturientes devant bénéficiées d'une césarienne programmée seront exclues.
Veuillez entourer la réponse choisie.
Je vous remercie de votre participation qui me sera précieuse.

Emilie BAROTTE

1. Autorisez-vous :

aux parturientes en début de travail avant leur admission en salle de naissance (spontanément, maturés, RPM,…) :

à boire	OUI	NON
à manger	OUI	NON

aux parturientes en salle de naissance:

à boire	OUI	NON
à manger	OUI	NON

aux parturientes dans le postpartum immédiat :

à boire	OUI	NON
à manger	OUI	NON

aux parturientes présentant une pathologie liée ou non à la grossesse avant leur admission en salle de naissance (diabète, suspicion de macrosomie…) :

à boire	OUI	NON
à manger	OUI	NON

2. Si oui précisez :

- **aux patientes en début de travail (spontanément, maturées, RPM,…) vous autorisez:**

En qualité

Hydratation

☐ De l'eau

☐ Eau + sirop

☐ Du jus de fruits sans pulpes

☐ Sport drink

☐ Autres précisez……
……
……

Alimentation

☐ barre énergétique

☐ Collation légère (soupe, yaourt maigre)

☐ Gâteaux secs

☐ Fruits

☐ Autres précisez….....

En quantité

Hydratation

☐ à la demande

☐ 1 verre par heure

☐ 2 verres par heure

Alimentation

- ☐ seulement dans la première phase du travail
- ☐ A la demande

➢ **aux parturientes en salle de naissance vous autorisez** :

En qualité

Hydratation

- ☐ De l'eau
- ☐ Eau + sirop
- ☐ Du jus de fruits sans pulpes
- ☐ Sport drink
- ☐ Autres précisez……..

Alimentation

- ☐ barre énergétique
- ☐ Collation légère (soupe, yaourt maigre)
- ☐ Gâteaux secs
- ☐ Fruits
- ☐ Autres précisez….....

En quantité

Hydratation

- ☐ à la demande
- ☐ 1 verre par heure
- ☐ 2 verres par heure

Alimentation

- ☐ seulement dans la première phase du travail
- ☐ A la demande

- **aux patientes dans le postpartum immédiat vous autorisez:**

En qualité

Hydratation

☐ De l'eau

☐ Eau + sirop

☐ Du jus de fruits sans pulpes

☐ Sport drink

☐ Autres précisez……..

Alimentation

☐ barre énergétique

☐ Collation légère (soupe, yaourt maigre)

☐ Gâteaux secs

☐ Fruits

☐ Autres précisez….....

En quantité

Hydratation

☐ à la demande

☐ 1 verre par heure

☐ 2 verres par heure

Alimentation

☐ seulement dans la première phase du travail

☐ A la demande

- **aux patientes présentant lié ou non à la grossesse avant leur admission en salle de travail (diabète, suspicion de macrosomie…) vous autorisez :**

En qualité

Hydratation

☐ De l'eau

☐ Eau + sirop

☐ Du jus de fruits sans pulpes

☐ Sport drink

☐ Autres précisez……..

Alimentation

☐ barre énergétique

☐ Collation légère (soupe, yaourt maigre)

☐ Gâteaux secs

☐ Fruits

☐ Autres précisez….....

En quantité

Hydratation

☐ à la demande

☐ 1 verre par heure

☐ 2 verres par heure

Alimentation

☐ seulement dans la première phase du travail

☐ A la demande

3. Si oui, quelles recommandations vous ont amené à revenir sur le jeûne du perpartum :

☐ OMS

☐ SFAR

☐ American Society of Anesthesiologists

☐ Une ou plusieurs études précisez : …… …… ……

☐ Une procédure d'Etablissement

☐ J'ai toujours travaillé ainsi

4. Si non, sur quels critères de risques basez vous votre pratique ?

☐ prévention du syndrome de Mendelson

☐ les apports par VVP sont suffisants

☐ les urgences vitales nécessitent une anesthésie générale malgré une analgésie épidurale en place

☐ il n'existe pas de procédure au sein de l'établissement

☐ autres précisez : …… …… ……

5. Dans votre pratique, à partir de quand souhaitez-vous que la parturiente soit à jeun ?

Alimentation solide :

☐ à partir de la première contraction

☐ Arrivée à la maternité

☐ Arrivée en salle de naissance

☐ Pendant le travail précisez :
…….

Alimentation liquide :

☐ à partir de la première contraction

☐ Arrivée à la maternité

☐ Arrivée en salle de naissance

☐ Pendant le travail précisez :
…….

Lors de la consultation d'anesthésie, indiquez vous en systématique à la patiente les modalités de jeun que vous souhaitez ?

OUI NON

6. Dans quelle structure travaillez-vous ?

☐ HMM

☐ BEL AIR

☐ CLAUDE BERNARD

☐ FORBACH

☐ SARREGUEMINES

☐ ST AVOLD

☐ BRIEY

7. Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ?

……ans

RESUME

Le jeûne au cours du travail est une question en suspens. En pesant, le pour et le contre, les arguments suivants ont été exposés selon des études et des avis : l'incidence du syndrome de Mendelson est rare, sa mortalité et sa morbidité maternelles sont graves, la physiologie de la grossesse et d'autres facteurs tel l'obésité favorisent des complications anesthésiques, les effets du jeûne sont plutôt néfastes, les besoins caloriques peuvent être apportés par les boissons isotoniques, et les parturientes se sentent en sécurité de pouvoir boire et grignoter. Nous avons réalisé une enquête sur les attitudes et les perceptions des sages-femmes et des anesthésistes à l'égard du jeûne. 52 questionnaires ont été remplis par les sages-femmes et 9 par les anesthésistes. L'étude révèle, tout d'abord, une forte hétérogénéité dans les pratiques et dans le raisonnement du jeûne. Ce dernier se révèle parfois en contradiction avec la pratique du professionnel. Ainsi, 2/3 des anesthésistes autorisent la prise orale et 2/3 des sages-femmes accèdent au souhait de la patiente, cependant 5 anesthésistes ont des raisons de pratiquer le jeûne. La connaissance des modalités de la prise orale, la coordination des sages-femmes et des anesthésistes et, l'information aux patientes, paraissent insuffisantes. Nous avons donc formulé une proposition de procédure pour améliorer le confort des parturientes. Celle-ci inclut : de permettre à boire tout au long du travail et dans le postpartum immédiat et, de grignoter dans la première phase du travail, et ce à partir d'une sélection de patiente à bas risques ; de prévoir la pose de cathéter de péridurale dans des situations à risques ; d'informer la patiente au cours de la consultation d'anesthésie.