

**Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes**

Diplôme d'État de Sage-femme

2019-2020

**Analyse de la prise en charge du nouveau-né normal à la
naissance par les sages-femmes**

Présenté par

Emilie MOURY

Expert scientifique : Dr Séverine THON

Expert méthodologique : Mme Agnès BARAILLE



Du bien naître au bien-être
(sans auteur)

Remerciements

Je tiens à remercier le Dr Séverine Thon-Randriamanantsoa qui a accepté de diriger ce mémoire, pour sa patience, sa bienveillance et ses conseils.

Je remercie également les sages-femmes enseignantes, mesdames Agnès Baraille, ma guidante, et Valérie Blaize-Gagneraud, pour leur accompagnement jusqu'au bout de ce long travail, pour leur disponibilité, les encouragements et les nombreuses relectures et corrections.

Je remercie Mme Marie-Noëlle Voiron, directrice de l'école de Limoges, pour son écoute et sa compréhension dans les derniers jours.

Merci à toutes les sages-femmes qui ont pris du temps pour répondre à mon questionnaire et sans qui cette étude n'aurait pas été possible.

Enfin, un grand merci à toutes ceux et celles qui ont été là, un peu ou beaucoup, et qui m'ont soutenue et accompagnée pendant ces années d'études.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Abréviations et acronymes

| | |
|---------|--|
| AFSSAPS | Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé |
| AVAS | Aspiration des voies aériennes supérieures |
| CH | Centre hospitalier |
| DE | Diplôme d'État |
| ERC | European Resuscitation Council |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HME | Hôpital de la Mère et de l'Enfant |
| IHAB | Initiative hôpital ami des bébés |
| ILCOR | International Liaison Committee on Resuscitation |
| IST | Infection sexuellement transmissible |
| KTVO | Cathéter veineux ombilical |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PC | Périmètre crânien |
| RCF | Rythme cardiaque fœtal |
| SA | Semaines d'aménorrhée |

Table des matières

| | |
|---|----|
| Tables des tableaux et des figures | 8 |
| Première partie : Introduction..... | 9 |
| 1. Définitions et recommandations | 9 |
| 1.1. Définition : un nouveau-né normal..... | 9 |
| 1.2. Recommandations de la HAS (2) (3)..... | 9 |
| 1.2.1 Contact précoce et allaitement maternel..... | 10 |
| 1.2.2 Clampage retardé du cordon | 10 |
| 1.2.3 Liberté des voies aériennes | 10 |
| 1.2.4 Dépistage de l'atrésie des choanes | 10 |
| 1.2.5 Dépistage de l'atrésie de l'œsophage..... | 10 |
| 1.2.6 Désinfection oculaire..... | 11 |
| 1.2.7 Supplémentation en vitamine K1 | 11 |
| 1.2.8 Premier examen clinique..... | 11 |
| 1.2.9 Les soins de routine | 11 |
| 2. Objectifs de la recherche..... | 12 |
| Deuxième partie : Matériel et Méthode | 13 |
| 1. Population étudiée..... | 13 |
| 2. Type d'étude et méthodologie | 13 |
| 2.1. Type d'étude | 13 |
| 2.2. Critères de jugement | 13 |
| 2.3. Description des variables | 14 |
| 2.3.1 Description de la population..... | 14 |
| 2.3.2 Évaluation du critère de jugement principal | 14 |
| 2.3.3 Évaluation du critère de jugement secondaire | 14 |
| 3. Méthodes d'analyses statistique | 15 |
| Troisième partie : Résultats | 16 |
| 1. Retour des questionnaires | 16 |
| 2. Description de la population | 17 |
| 2.1. Description générale..... | 17 |
| 2.2. Répartition selon les lieux d'exercice | 18 |
| 2.3. Les formations complémentaires..... | 18 |
| 3. État des pratiques par rapport aux recommandations de la HAS (2)..... | 19 |
| 3.1. Description générale..... | 19 |
| 3.2. Moyen de dépistage de l'atrésie des choanes et désinfection oculaire..... | 20 |
| 3.3. Soins de routine..... | 20 |
| 4. Analyse des pratiques | 21 |
| 4.1. Analyse selon l'âge..... | 21 |
| 4.2. Analyse selon le nombre d'années depuis l'obtention du diplôme d'État..... | 22 |
| 4.3. Analyse selon le type de maternité..... | 23 |
| 4.4. Analyse selon le nombre de gardes annuelles | 24 |
| 4.5. Analyse selon le suivi de formations complémentaires | 25 |

| | |
|--|------------------------------------|
| 5. Motifs et justifications | 25 |
| Quatrième partie : Analyse et discussion..... | 27 |
| 1. Points forts et limites de l'étude..... | 27 |
| 1.1. Points forts de l'étude | 27 |
| 1.2. Limites de l'étude..... | 27 |
| 2. Discussion | 27 |
| 2.1. Les recommandations non-respectées | 27 |
| 2.1.1 Clampage retardé du cordon | 27 |
| 2.1.2 Dépistage de l'atrésie des choanes | 29 |
| 2.1.3 Dépistage de l'atrésie de l'oesophage..... | 29 |
| 2.1.4 Désinfection oculaire..... | 30 |
| 2.2. Les recommandations respectées..... | 31 |
| 2.2.1 Recommandations faisant consensus | 31 |
| 2.2.2 Délai de réalisation du 1 ^{er} examen pédiatrique et des soins de routines..... | 32 |
| 2.2.3 Aspiration de l'oropharynx et des narines | 33 |
| 2.3. Recommandations et protocoles : influences sur la pratique professionnelle | 34 |
| Conclusion | 36 |
| Références bibliographiques | Erreur ! Signet non défini. |
| Annexes | 40 |

Tables des tableaux et des figures

| | |
|---|----|
| Tableau I: Description de la population | 17 |
| Tableau II: Évaluation par recommandations | 19 |
| Tableau III : Respect des recommandations selon l'âge | 21 |
| Tableau IV : Respect des recommandations selon le nombre d'années depuis le diplôme d'État..... | 22 |
| Tableau V : Respect des recommandations selon le type de maternité..... | 23 |
| Tableau VI : Respect des recommandations selon le nombre de gardes par an réalisées en salle de naissance | 24 |
| Tableau VII : Respect des recommandations selon le suivi de formations complémentaires | 25 |
| Tableau VIII: Justifications évoquées en fonction des pratiques | 26 |
| | |
| Figure 1: Répartition des sages-femmes par lieu d'exercice | 18 |
| Figure 2: Formations complémentaires réalisées | 18 |

Première partie : Introduction

Les pratiques entourant la prise en charge du nouveau-né à la naissance privilégient désormais un accueil plus en douceur. Néanmoins, si certaines font l'objet de consensus, d'autres relèvent d'habitudes locales qui varient parfois d'une maternité à l'autre.

Dans un contexte physiologique, à l'unanimité, les recommandations préconisent de favoriser le lien mère-enfant en laissant le nouveau-né au contact de sa mère. En outre, la littérature s'accorde sur le fait qu'environ 90% des nouveau-nés en salle de naissance ne nécessitent pas d'assistance pour passer de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine. En 2015, l'European Resuscitation Council (ERC) précise que 85% des nouveau-nés à terme respirent spontanément dans les 30 secondes qui suivent la naissance et 10% supplémentaires à la suite du séchage et de la stimulation (1).

1. Définitions et recommandations

1.1. Définition : un nouveau-né normal

Les recommandations de bonnes pratiques pour l'accouchement normal de la Haute Autorité de Santé (HAS), de décembre 2017, sont applicables pour un « ... nouveau-né, né à terme, dans un contexte de liquide amniotique clair » et « si les paramètres observés sont satisfaisants (respiration présente, cri franc et tonicité normale)... » (2).

Pour l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) et l'ERC, en 2015 (1), un nouveau-né est normal si la réponse aux trois questions suivantes est « oui » :

- Nouveau-né à terme ?
- Nouveau-né respire ou crie ?
- Bon tonus ?

1.2. Recommandations de la HAS (2) (3)

Pour la HAS, l'objectif de la prise en charge d'un nouveau-né est de permettre le contact précoce entre l'enfant et sa mère afin de favoriser la mise en place d'un lien d'attachement de bonne qualité tout en « amélior[ant] et [en] garanti[ssant] la qualité et la sécurité des soins du nouveau-né dans une perspective de prévention et de réduction des morbidités et de la mortalité infantiles » (4).

C'est pourquoi il est recommandé « de différer au moins après la première heure suivant la naissance, les soins postnataux de routine tels que la pesée, les mesures, la prise de température » (2) et « les soins immédiats se font en contact continu » (3).

1.2.1 Contact précoce et allaitement maternel

Le but recherché étant d'éviter la séparation, il est recommandé de placer dès la naissance, en accord avec la femme, l'enfant en peau à peau avec sa mère, de le sécher, de lui mettre un bonnet et de le couvrir avec un linge chaud (1) (2) (5).

Le peau à peau est réalisé selon un protocole qui garantit la sécurité de l'enfant en précisant les modalités et la surveillance (3).

L'allaitement maternel est encouragé dans le respect de la volonté de la femme. La première mise au sein est réalisée dès que possible après l'accouchement.

1.2.2 Clampage retardé du cordon

La HAS préconise le clampage retardé au-delà de trente secondes pour les nouveau-nés ne nécessitant pas de réanimation (2) (6).

Sur ce sujet, l'ERC recommande un délai d'une minute, y compris pour des nouveau-nés prématurés ne nécessitant pas de réanimation immédiate (5).

1.2.3 Liberté des voies aériennes

Aucune recommandation ne préconise l'aspiration systématique de l'oropharynx ni des narines.

1.2.4 Dépistage de l'atrésie des choanes

La vérification de la perméabilité des choanes n'est pas recommandée systématiquement.

1.2.5 Dépistage de l'atrésie de l'œsophage

En l'absence de signes cliniques évocateurs, il n'y a pas de recommandation pour procéder systématiquement à ce dépistage par le test à la seringue.

Dans le cas où le dépistage n'est pas réalisé, la première tétée est réalisée sous la surveillance d'un soignant et un protocole formalisé de surveillance est nécessaire (2) (6).

1.2.6 Désinfection oculaire

L'antibioprophylaxie conjonctivale néonatale n'est recommandée qu'en cas d'antécédents ou de facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) chez les parents.

1.2.7 Supplémentation en vitamine K1

Dans le cadre de la prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né, il est recommandé d'administrer la première dose orale de 2 mg de vitamine K1 dans les deux heures qui suivent la naissance.

1.2.8 Premier examen clinique

Dans les premières heures de vie, tout nouveau-né doit bénéficier d'un examen dont le but est la vérification de la bonne adaptation à la vie extra-utérine et le dépistage d'anomalies latentes (2) (3).

Cet examen est réalisé sur un plan dur par la sage-femme.

1.2.9 Les soins de routine

Ces soins ne sont pas définis de façon exhaustive et sont laissés à l'appréciation de chaque service.

Pour la HAS, ils ne doivent être réalisés qu'à la fin des deux heures de peau à peau, avant le transfert en suites de naissance (2).

Parmi les soins couramment réalisés, nous pouvons citer :

- Pose des bracelets d'identification
- Contrôle de la température
- Soins du cordon
- Pesée
- Mensurations (périmètre crânien (PC), taille)
- Shampoing, +/- bain

2. Objectifs de la recherche

En décembre 2017, la HAS a publié des recommandations (2) qui visent à diminuer les interventions sur les nouveau-nés sains et normaux. Cependant, il est courant de constater que ces nouveau-nés, qui ne nécessitent aucun soin urgent, sont pris en charge très précocement afin de procéder aux soins postnataux de routine, et ce parfois avant la première heure de vie. C'est pourquoi, un an après la publication de ces recommandations, il est apparu intéressant de réaliser un bilan des pratiques afin de connaître l'état actuel de la prise en charge des nouveau-nés normaux, par les sages-femmes des maternités du Limousin.

L'objectif principal était d'évaluer les pratiques concernant la prise en charge des nouveau-nés normaux à la naissance par les sages-femmes des maternités du Limousin en regard des recommandations de la HAS (2).

L'objectif secondaire était d'identifier les freins éventuels à l'application de ces recommandations.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

1. Population étudiée

La population étudiée comprenait toutes les sages-femmes du Limousin ayant une activité permanente ou ponctuelle en salle de naissance, soit 118 individus.

Les maternités concernées étaient celles de Limoges, Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) et clinique des Emailleurs, et celles des centres hospitaliers (CH) de Saint-Junien, Guéret, Tulle, Ussel et Brive.

2. Type d'étude et méthodologie

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'observation descriptive, transversale et multicentrique réalisée entre janvier et mars 2019 grâce à un questionnaire anonyme (Annexe 1).

2.2. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le niveau de respect des recommandations de la HAS (2). Chaque recommandation a été évaluée individuellement en fonction du pourcentage de sages-femmes qui la respectait.

Les critères retenus pour définir un nouveau-né normal étaient les suivants :

- Naissance par voie basse spontanée en salle de naissance
- Naissance après 37 semaines d'aménorrhée (SA)
- Trophicité comprise entre le 10^{ème} et le 90^{ème} percentile
- Minimum 8 de score d'Apgar à 1 minute de vie, sans geste de réanimation
- Liquide amniotique clair
- Absence d'anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) (hors phase d'expulsion)
- Absence de pathologie fœtale
- Absence de pathologie maternelle
- Déroulement et suivi de la grossesse sans particularité

2.3. Description des variables

2.3.1 Description de la population

Les paramètres retenus étaient les suivants : âge, année d'obtention du diplôme d'Etat, lieu de formation (école de sages-femmes), nombre de gardes effectuées en salle de naissance par an, lieu d'exercice actuel et formations complémentaires reçues.

2.3.2 Évaluation du critère de jugement principal

Afin de permettre l'évaluation des pratiques, pour chacune des recommandations citées plus haut, le questionnaire laissait le choix entre les propositions suivantes :

1. Systématiquement
2. Jamais
3. Uniquement si le contexte clinique le requiert¹
4. Souvent même si le contexte clinique ne le requiert pas¹
5. A chaque fois que le contexte clinique le permet²
6. Rarement même si le contexte clinique permet²

Les réponses attendues sont précisées dans la rubrique « Résultats », dans le Tableau II, p19.

2.3.3 Évaluation du critère de jugement secondaire

Afin de connaître les freins éventuels à l'application des recommandations, les sages-femmes interrogées pouvaient expliquer leurs pratiques en cochant des propositions les justifiantes (« protocoles de service », « charge de travail importante », ou « habitude personnelle») ou en s'exprimant librement.

¹ Sauf concernant « favoriser le contact précoce », « encourager l'allaitement maternel » et « clampage retardé du cordon ».

² Sauf concernant « aspiration de l'oropharynx et des narines », « dépistage de l'atrésie de choanes et de l'œsophage », « désinfection oculaire » et « supplémentation en vitamine K1 ».

3. Méthodes d'analyses statistique

Les données ont été recueillies dans un tableur Excel[®] sous forme de variables quantitatives (moyennes) et qualitatives (pourcentages). Les analyses statistiques ont été réalisées sur le site <https://biostatgv.sentiweb.fr>.

Pour les variables qualitatives, le test statistique utilisé a été le test du Chi-2 et pour les variables quantitatives le test t de Student.

L'ensemble des analyses a été réalisé en utilisant un risque α à 5% et un seuil de significativité $p < 0,05$.

Troisième partie : Résultats

1. Retour des questionnaires

118 questionnaires ont été envoyés et 82 ont été retournés :

- 44 ont été intégralement remplis
- 31 ont été partiellement remplis mais les réponses manquantes ne concernaient pas le critère de jugement principal (partie « verte » du questionnaire p 41) et ils ont été conservés pour l'étude. Les absences de réponse portaient sur tout ou partie des éléments relatifs à l'étude des freins éventuels, ainsi que sur les moyens utilisés pour réaliser, le cas échéant, le dépistage de l'atrésie des choanes et/ou la désinfection oculaire.
- 7 présentaient des réponses manquantes pour l'évaluation du critère de jugement principal. Ces derniers n'ont pas été inclus dans l'étude.

75 questionnaires ont donc été pris en compte, soit près de 64% des questionnaires initialement distribués ce qui représente un pourcentage satisfaisant.

2. Description de la population

2.1. Description générale

Le Tableau I regroupe les données générales décrivant la population des sages-femmes exerçant en Limousin.

Tableau I: Description de la population

| Caractéristiques | Résultats N=75 |
|--|----------------------|
| Age moyen (années) | 37,2 ± 10,6 (23-60)* |
| Nombre moyen d'années depuis l'obtention du DE | 12,9 ± 10,7 (0-38)* |
| Écoles | |
| Limoges | 57 (76%) |
| Autres | 17 (23%) |
| Non renseigné | 1 (1%) |
| Type de maternité | |
| I | 27 (36%) |
| II | 28 (37%) |
| III | 20 (27%) |
| Nombre moyen de gardes par an en salle de naissance | 96,1 ± 30,3 (5-150)* |
| Formation(s) complémentaire(s) | |
| Oui | 41 (55%) |
| Non | 34 (45%) |

* moyenne ± écart-type (min-max)

Le nombre d'années depuis l'obtention du diplôme d'État (DE) correspondait au nombre d'années entières entre l'année d'obtention et le moment du remplissage du questionnaire.

Nous n'avons pas détaillé davantage ici la répartition par école car Limoges étant très largement représentée, cette variable n'a pas été prise en compte dans l'analyse.

2.2. Répartition selon les lieux d'exercice

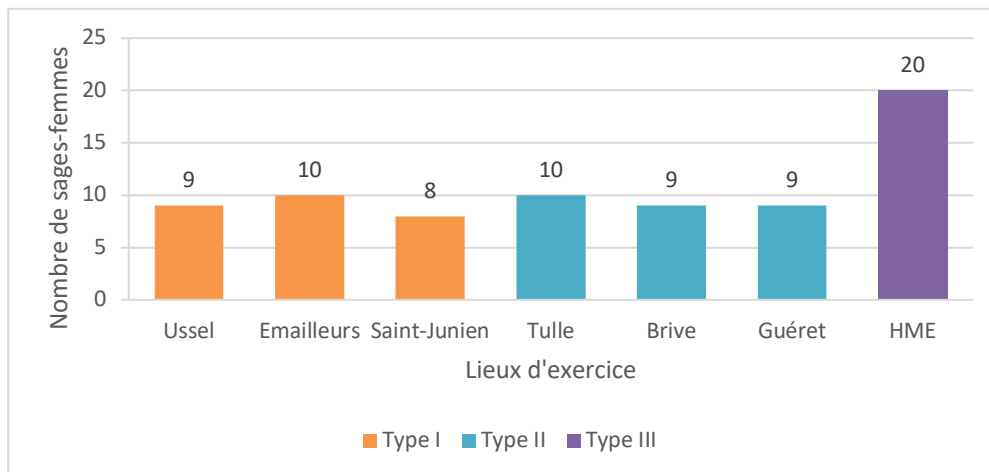


Figure 1: Répartition des sages-femmes par lieu d'exercice

Les 36% de sages-femmes exerçant en maternité de type I étaient 12% au CH d'Ussel, 13% à la clinique des Emaillieurs et 11% au CH de Saint-Junien.

Pour les maternités de type II, les 37% de sages-femmes concernées se répartissaient en 13% pour le CH de Tulle, 12% pour les CH de Brive et de Guéret.

L'HME était le seul établissement représentant un type III, soit 27% des réponses.

2.3. Les formations complémentaires

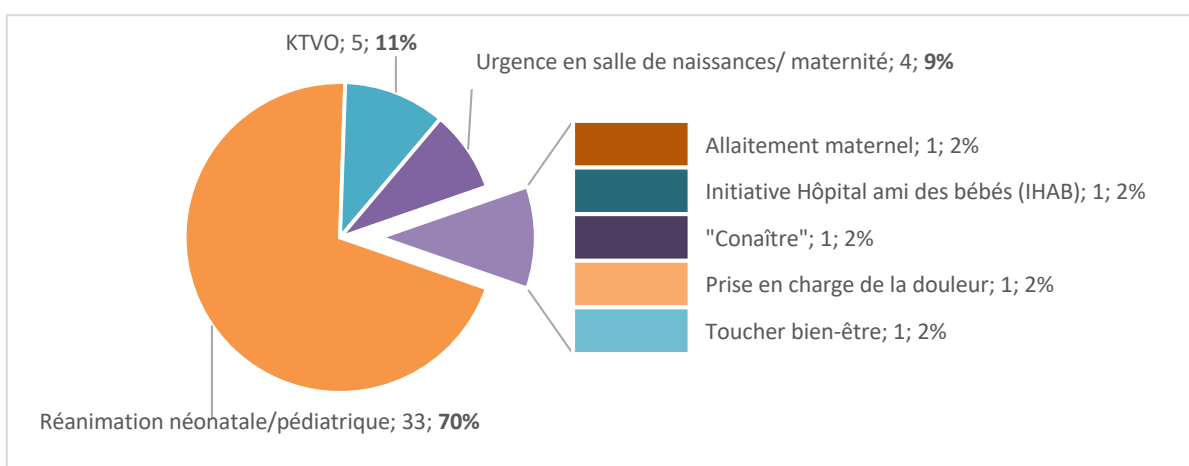


Figure 2: Formations complémentaires réalisées

41 sages-femmes (55%) ont répondu avoir reçu une ou plusieurs formations sur la prise en charge d'un nouveau-né à la naissance après leur diplôme (plusieurs réponses étaient possibles).

Pour une très grande majorité, il s'agissait de formations relatives à la réanimation néonatale.

3. État des pratiques par rapport aux recommandations de la HAS (2)

3.1. Description générale

Le Tableau II indique, pour chaque recommandation, le nombre et la proportion de sages-femmes qui la respectaient et celles qui ne la respectaient pas.

Nous avons considéré que les recommandations étaient respectées si les réponses données étaient celles indiquées dans la colonne « Réponse attendue » du tableau ci-contre.

Tableau II: Évaluation par recommandations

| Recommandations | Respectées | Non respectées | Réponse attendue |
|--|------------|----------------|------------------|
| Favoriser le contact précoce entre la mère et l'enfant | 75 (100%) | 0 (0%) | 1 ou 5 |
| Encourager l'allaitement maternel | 73 (97%) | 2 (3%) | 1 ou 5 |
| Clampage retardé du cordon | 29 (39%) | 46 (61%) | 1 ou 5 |
| Aspiration de l'oropharynx | 43 (57%) | 32 (43%) | 2 ou 3 |
| Aspiration des narines | 45 (60%) | 30 (40%) | 2 ou 3 |
| Dépistage de l'atrésie des choanes | 4 (5%) | 71 (95%) | 2 ou 3 |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage | 37 (49%) | 38 (51%) | 2 ou 3 |
| Désinfection oculaire | 21 (28 %) | 54 (72%) | 2 ou 3 |
| Supplémentation en vitamine K1 | 73 (97%) | 2 (3%) | 1 |
| Délai réalisation du 1er examen pédiatrique | 43 (57%) | 32 (43%) | 2 ou 3 |
| Délai de réalisation des soins de routines | 51 (68%) | 24 (32%) | 2 ou 3 |

Toutes les sages-femmes ont indiqué favoriser le contact précoce entre la mère et l'enfant, et 97% encourageaient l'allaitement maternel.

Le dépistage de l'atrésie des choanes était pratiqué par 95% des sages-femmes et la supplémentation en vitamine K1 par 97%.

Les autres points de recommandation donnaient lieu à des résultats moins consensuels, ainsi : 61% des sages-femmes mentionnaient ne jamais réaliser le clampage tardif du cordon ou rarement même si le contexte clinique le permet.

De plus, 43% des sages-femmes indiquaient pratiquer l'aspiration de l'oropharynx, 40% l'aspiration des narines, 51% dépistaient l'atrésie de l'œsophage et 72% réalisaient la désinfection oculaire, systématiquement ou souvent, même si le contexte clinique ne le requiert pas.

Enfin, 43% des sages-femmes ont répondu pratiquer le premier examen pédiatrique et 32% les soins de routine, avant 1h de vie.

3.2. Moyen de dépistage de l'atrésie des choanes et désinfection oculaire

Le questionnaire donnait la possibilité, le cas échéant, de mentionner la technique utilisée pour effectuer le dépistage de l'atrésie des choanes et les produits utilisés pour réaliser la désinfection oculaire.

Pour le dépistage de l'atrésie de choanes, 73 sages-femmes ont répondu : 53% utilisaient la buée ou le souffle sur les fils d'une compresse, 34% utilisaient une sonde d'aspiration (n°6 ou sans précision), 11% utilisaient l'un ou l'autre de ces deux moyens et 1% utilisaient l'auscultation au stéthoscope.

De la même façon, pour la désinfection oculaire : 68% utilisaient un collyre antiseptique (Monosept, Désoméline, Vitabact), 23% utilisaient un antibiotique ophtalmique (rifamycine, tobrex), 8% ont indiqué « collyre » sans précision.

3.3. Soins de routine

Nous avons interrogé les sages-femmes sur la réalisation des soins de routine suivant : mode de contrôle de la température, prise de mesure (PC et taille), réalisation de shampoing et bain.

La prise de température était réalisée à plus de 75% en rectal, sinon il s'agissait d'une mesure axillaire. A l'exception de l'HME où les deux moyens étaient utilisés, les autres maternités utilisaient, dans la limite des réponses obtenues, exclusivement l'une ou l'autre méthode.

Dans plus de la moitié des cas, les mesures du PC et de la taille n'étaient pas réalisées en salle de naissance. Comme précédemment pour la prise de température, les réponses étaient identiques pour une maternité donnée.

Le shampoing n'était pas fait dans plus de 75% des cas, pour 16% il était réalisé en systématique et en fonction des besoins pour le reste de la population.

Dans plus de 95% des cas, le bain n'était donné qu'en cas de nécessité, jamais en systématique.

4. Analyse des pratiques

Dans la suite de l'étude, nous avons cherché à savoir si les sages-femmes qui respectaient les recommandations avaient des caractéristiques particulières relatives à leur âge, au nombre d'années depuis l'obtention de leur diplôme, au type de maternité dans laquelle elles exercent, au nombre de gardes moyen par an en salle de naissance, et au suivi ou non de formation(s) complémentaire(s).

Nous avons choisi de ne pas soumettre à l'analyse les recommandations suivantes car il n'y avait pas suffisamment d'écart en proportion entre les sages-femmes qui les respectent et celles qui ne les respectent pas (voir paragraphe 3.1 p 19) :

- favoriser le contact précoce
- encourager l'allaitement maternel
- dépister l'atrésie des choanes
- supplémenter le nouveau-né en vitamine K1

4.1. Analyse selon l'âge

Tableau III : Respect des recommandations selon l'âge

| | Age moyen (années) | | p |
|---|--------------------|----------------|-------|
| | Respectées | Non respectées | |
| Clampage retardé du cordon | 40,0 ± 11,6 | 35,5 ± 9,7 | 0,076 |
| Aspiration oropharynx | 38,2 ± 10,4 | 35,9 ± 10,9 | 0,368 |
| Aspiration des narines | 37,9 ± 10,4 | 36,2 ± 11,0 | 0,484 |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage | 35,9 ± 10,0 | 38,5 ± 11,2 | 0,296 |
| Désinfection oculaire | 40,0 ± 9,1 | 36,1 ± 11,0 | 0,153 |
| Délai réalisation du 1er examen pédiatrique | 36,5 ± 8,8 | 38,2 ± 12,7 | 0,503 |
| Délai réalisation des soins de routine | 37,0 ± 9,8 | 37,7 ± 12,4 | 0,808 |

Aucune différence significative liée à l'âge n'a été retrouvée entre les sages-femmes. Néanmoins nous pouvons souligner une tendance, avec un $p=0,076$, concernant le clampage tardif du cordon qui serait moins pratiqué par les sages-femmes les plus jeunes.

4.2. Analyse selon le nombre d'années depuis l'obtention du diplôme d'État

Tableau IV : Respect des recommandations selon le nombre d'années depuis le diplôme d'État

| | Nombre d'années moyen (années) | | p |
|---|--------------------------------|----------------|-------|
| | Respectées | Non respectées | |
| Clampage retardé du cordon | 15,6 ± 11,7 | 11,2 ± 9,7 | 0,083 |
| Aspiration oropharynx | 13,9 ± 10,4 | 11,5 ± 11,0 | 0,353 |
| Aspiration des narines | 13,6 ± 11,3 | 11,8 ± 11,2 | 0,483 |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage | 11,2 ± 9,2 | 14,5 ± 11,8 | 0,188 |
| Désinfection oculaire | 15,8 ± 9,2 | 11,7 ± 11,0 | 0,137 |
| Délai réalisation du 1er examen pédiatrique | 11,9 ± 8,7 | 14,2 ± 12,9 | 0,369 |
| Délai réalisation des soins de routine | 12,5 ± 9,8 | 13,7 ± 14,5 | 0,659 |

Comme pour l'âge, nous n'avons pas retrouvé de différence significative de pratique en fonction du nombre d'années passées depuis l'obtention du diplôme d'État.

Nous avons relevé ici aussi la même tendance que précédemment concernant le clampage tardif du cordon, à savoir que les sages-femmes qui ont obtenu leur diplôme plus récemment le réalisaient moins.

4.3. Analyse selon le type de maternité

Tableau V : Respect des recommandations selon le type de maternité

| | Respectées | Non respectées | P I/II /III | p' I/II | p'' I/III | p''' II/III |
|---|------------|----------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Clampage retardé du cordon | | | | | | |
| Type I | 15 (52%) | 12 (26%) | 0,019* | 0,227 | 0,005* | 0,068 |
| Type II | 11 (38%) | 17 (37%) | | | | |
| Type III | 3 (10%) | 17 (37%) | | | | |
| Aspiration oropharynx | | | | | | |
| Type I | 16 (37%) | 11 (34%) | 6x10 ^{-6*} | 0,028* | 0,002* | 1x10 ^{-6*} |
| Type II | 24 (56%) | 4 (13%) | | | | |
| Type III | 3 (7%) | 17 (53%) | | | | |
| Aspiration des narines | | | | | | |
| Type I | 19 (42%) | 8 (27%) | 3x10 ^{-7*} | 0,168 | 4x10 ^{-5*} | 2x10 ^{-7*} |
| Type II | 24 (53%) | 4(13%) | | | | |
| Type III | 2 (4%) | 18 (60%) | | | | |
| Dépist. de l'atrésie de l'œsophage | | | | | | |
| Type I | 11 (30%) | 16 (42%) | 0,010* | 0,022* | 0,449 | 0,005* |
| Type II | 20 (54%) | 8 (21%) | | | | |
| Type III | 6 (16%) | 14 (37%) | | | | |
| Désinfection oculaire | | | | | | |
| Type I | 1 (5%) | 26 (48%) | 8x10 ^{-10*} | 2x10 ^{-7*} | 0,384 | 7x10 ^{-7*} |
| Type II | 20 (95%) | 8 (15%) | | | | |
| Type III | 0 | 20 (37%) | | | | |
| Délai réal. du 1^{er} examen pédiatrique | | | | | | |
| Type I | 12 (28%) | 15 (47%) | 0,053 | 0,021* | 0,706 | 0,074 |
| Type II | 21 (49%) | 7 (22%) | | | | |
| Type III | 10 (23%) | 10 (31%) | | | | |
| Délai réal. des soins de routine | | | | | | |
| Type I | 16 (31%) | 11 (46%) | 0,038* | 0,028* | 0,770 | 0,018* |
| Type II | 24 (47%) | 4 (17%) | | | | |
| Type III | 11 (22%) | 9 (37%) | | | | |

* différence significative

p : comparaison entre type I, II et III

p' : comparaison entre type I et II

p'' : comparaison entre type I et III

p''' : comparaison entre type II et III

En comparant les trois types de maternité ensemble, pour chacune des recommandations nous avons retrouvé une différence significative, sauf pour le délai de réalisation du premier examen pédiatrique mais pour lequel la tendance est forte avec $p=0,053$.

Pour affiner l'analyse, nous avons réalisé des comparaisons deux à deux pour savoir si les différences restaient significatives. Nous avons nommé ces résultats p', p'' et p'''.

La comparaison entre les types I et II montraient en effet des différences qui restaient significatives concernant l'aspiration de l'oropharynx ($p'=0,028$), le dépistage de l'atrésie de l'œsophage ($p'=0,022$), la désinfection oculaire ($p'=2 \times 10^{-7}$) et le délai de réalisation des soins de routine ($p'=0,028$). Pour le délai de réalisation du 1^{er} examen pédiatrique la différence devenait significative ($p'=0,021$).

La comparaison entre les types I et III montraient des différences qui n'étaient plus significatives pour le dépistage de l'atrésie de l'œsophage ($p''= 0,449$), pour la désinfection oculaire ($p''=0,384$) et pour le délai de réalisation des soins de routines ($p''=0,770$). Les autres paramètres restaient significatifs mais dans une moindre mesure (aspiration oropharynx : $p''=0,002$ / $p=6 \times 10^{-6}$ et aspiration des narines $p''=4 \times 10^{-5}$ / $p=3 \times 10^{-7}$), exception faite du clampage retardé du cordon ($p'''=0,005$ alors que $p=0,019$).

La comparaison entre les types II et III montraient des différences qui avait tendance à rester significatives, exception faite du clampage retardé du cordon ($p'''=0,068$) et du premier examen pédiatrique ($p'''=0,074$).

Finalement, ces comparaisons semblaient indiquer que les maternités de type III étaient moins respectueuses des recommandations sur l'ensemble des points étudiés. Inversement, les maternités de type II les suivaient le plus, excepté le clampage tardif du cordon qui semblait être l'apanage des maternités de type I. Les différences de pratiques entre les maternité de type I et III ne sont pas significatives en dehors du clampage retardé de l'aspiration des voies aériennes supérieures (AVAS).

4.4. Analyse selon le nombre de gardes annuelles

Tableau VI : Respect des recommandations selon le nombre de gardes par an réalisées en salle de naissance

| | Nombre de gardes moyen par an (jours) | | p |
|---|---------------------------------------|----------------|-------|
| | Respectées | Non respectées | |
| Clampage retardé du cordon | 94,1 ± 34,6 | 97,3 ± 27,5 | 0,661 |
| Aspiration oropharynx | 99,7 ± 28,3 | 91,1 ± 32,5 | 0,223 |
| Aspiration des narines | 100,6 ± 28,0 | 89,2 ± 32,7 | 0,108 |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage | 90,6 ± 28,2 | 101,3 ± 31,7 | 0,128 |
| Désinfection oculaire | 88,2 ± 31,5 | 99,1 ± 29,5 | 0,162 |
| Délai réalisation du 1er examen pédiatrique | 95,7 ± 29,3 | 96,5 ± 32,0 | 0,913 |
| Délai réalisation des soins de routine | 98,0 ± 28,5 | 92,0 ± 34,1 | 0,430 |

Le nombre de gardes annuelles réalisé en salle de naissance n'affecte pas significativement le respect ou non des recommandations quelles qu'elles soient.

4.5. Analyse selon le suivi de formations complémentaires

Tableau VII : Respect des recommandations selon le suivi de formations complémentaires

| | Respectées | Non respectées | p |
|--|------------|----------------|--------|
| Clampage retardé du cordon | | | |
| Formation(s) complémentaire(s) suivie(s) | 20 (69%) | 21 (46%) | 0,048* |
| Pas de formation complémentaire suivie | 9 (31%) | 25 (54%) | |
| Aspiration oropharynx | | | |
| Formation(s) complémentaire(s) suivie(s) | 26 (60%) | 15 (47%) | 0,242 |
| Pas de formation complémentaire suivie | 17 (40%) | 17 (53%) | |
| Aspiration des narines | | | |
| Formation(s) complémentaire(s) suivie(s) | 26 (58%) | 15 (50%) | 0,507 |
| Pas de formation complémentaire suivie | 19 (42%) | 15 (50%) | |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage | | | |
| Formation(s) complémentaire(s) suivie(s) | 21 (57%) | 20 (53%) | 0,720 |
| Pas de formation complémentaire suivie | 16 (43%) | 18 (47%) | |
| Désinfection oculaire | | | |
| Formation(s) complémentaire(s) suivie(s) | 10 (48%) | 31 (57%) | 0,445 |
| Pas de formation complémentaire suivie | 11 (52%) | 23 (43%) | |
| Délai réalisation du 1er examen pédiatrique | | | |
| Formation(s) complémentaire(s) suivie(s) | 26 (60%) | 15 (47%) | 0,242 |
| Pas de formation complémentaire suivie | 17 (40%) | 17 (53%) | |
| Délai réalisation des soins de routine | | | |
| Formation(s) complémentaire(s) suivie(s) | 31 (61%) | 10 (42%) | 0,120 |
| Pas de formation complémentaire suivie | 20 (39%) | 14 (58%) | |

* différence significative

Les sages-femmes ayant reçu une ou plusieurs formations complémentaires pratiquent significativement plus de clampage retardé du cordon que celles qui ont déclaré ne pas en avoir reçu.

Il s'agit de la seule recommandation pour laquelle nous avons retrouvé une différence significative. Dans les autres cas, le suivi ou non de formations complémentaires ne semble pas avoir de lien avec le respect des recommandations.

5. Motifs et justifications

Pour chaque recommandation, les sages-femmes interrogées avaient la possibilité d'expliquer leur pratique en cochant des propositions (« protocoles de service », « charge de travail importante », ou « habitude personnelle ») et il était possible de cocher plusieurs réponses.

Tableau VIII: Justifications évoquées en fonction des pratiques

| | N'ont pas répondu | Protocole de service | Habitude personnelle | Charge de travail importante |
|--|-------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|
| Clampage retardé du cordon pratiqué | 4 | 3 | 17 | 0 |
| Clampage retardé du cordon non pratiqué | 7 | 5 | 27 | 0 |
| Aspiration de l'oropharynx pratiquée | 4 | 7 | 22 | 0 |
| Aspiration de l'oropharynx non pratiquée | 5 | 13 | 27 | 0 |
| Aspiration des narines pratiquée | 3 | 5 | 24 | 0 |
| Aspiration des narines non pratiquée | 9 | 11 | 28 | 0 |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage pratiqué | 4 | 17 | 21 | 0 |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage non pratiqué | 4 | 17 | 12 | 0 |
| Désinfection oculaire pratiquée | 6 | 45 | 3 | 0 |
| Désinfection oculaire non pratiquée | 1 | 20 | 1 | 0 |
| 1 ^{er} examen pédiatrique avant 1h de vie | 4 | 8 | 23 | 2 |
| 1 ^{er} examen pédiatrique après 1h de vie | 4 | 17 | 25 | 2 |
| Soins de routine avant 1h de vie | 2 | 8 | 16 | 1 |
| Soins de routine après 1h de vie | 7 | 18 | 29 | 1 |

Pour la majorité des sages-femmes, le facteur principal qui justifiaient leur pratique est l'habitude personnelle de travail.

La charge de travail ne semble pas influencer le choix de la prise en charge.

Les protocoles de services ont été cités comme justification des pratiques tant dans le sens du respect que dans celui du non-respect des recommandations et parfois au sein du même établissement.

Il leur était également possible de répondre en s'exprimant librement, le détail est présenté en Annexe 2.

Quatrième partie : Analyse et discussion

1. Points forts et limites de l'étude

1.1. Points forts de l'étude

La proportion de questionnaires retournés (69%) et utilisables (64%) pour l'évaluation du critère de jugement principal était satisfaisante pour ce type d'étude. En ce sens, le questionnaire a été bien compris et a permis une analyse fiable des données.

1.2. Limites de l'étude

Cette étude ne portait que sur les sages-femmes du Limousin. Dans ce contexte il n'y avait que l'HME comme maternité de type III ce qui a introduit un biais par rapport aux types I et II qui avaient trois représentants chacun.

L'expérience professionnelle des sages-femmes n'a pu être prise en compte car le questionnaire ne demandait pas aux sages-femmes de donner leur nombre d'années d'expérience mais l'année d'obtention du diplôme d'État ce qui présentait un intérêt moindre.

De plus, l'étude des freins éventuels aux recommandations a été moins représentative du fait d'un taux de remplissage bien moins satisfaisant.

2. Discussion

L'objectif principal de notre recherche était d'évaluer les pratiques des sages-femmes. Le document de la HAS (2) sur lequel nous avons basé cette étude comprend 11 recommandations concernant les soins aux nouveau-nés. D'après le Tableau II p19, les sages-femmes qui ont répondu à l'étude en respectent 7, soit à peine plus de la moitié.

2.1. Les recommandations non-respectées

2.1.1 Clampage retardé du cordon

Le clampage retardé du cordon reste majoritairement non fait dans les maternités du Limousin. Et, s'il existe de nombreux articles et recommandations sur le sujet nous n'avons pas retrouvé de chiffres globaux sur son taux de réalisation en France.

Nous avons montré une tendance des sages-femmes les plus expérimentées à pratiquer cet acte, ce qui est en contradiction avec d'autres enquêtes comme dans le mémoire d'une étudiante sage-femme, Alyssia Vasse en 2017 (7). Son constat était que les sages-femmes les plus jeunes étaient aussi les plus sensibilisées au sujet et donc les plus à même de le réaliser. Nos résultats n'ont pas été dans ce sens mais ils ont montré que cette pratique semblait être essentiellement conditionnée par l'habitude personnelle du praticien.

De plus, nous avons retrouvé que les sages-femmes qui ont suivi des formations complémentaires le mettaient davantage en pratique. Ces formations portaient très majoritairement sur la réanimation néonatale (voir Figure 2 p18), et la Société Française de Néonatalogie recommande le clampage tardif en cas d'absence de réanimation (8). Nous pouvons donc supposer qu'effectivement la sensibilisation des professionnels influe sur leur pratique, comme l'ont montré Alyssia Vasse à Lille (7) et Julie Guesdon à Nantes (9). Mais dans notre cas, l'information dans le cadre de la formation initiale seule ne suffit pas pour générer des évolutions de pratiques.

Depuis longtemps le moment opportun du clampage du cordon reste très discuté. Entre autre parce qu'il existe des obstacles théoriques qui inquiètent les professionnels. Un des freins que nous avons relevé dans notre étude était la crainte de perturber la gazométrie au cordon qui est réalisée en systématique dans de nombreuses maternités selon les recommandations du CGNOF (10), dont l'HME où le clampage tardif du cordon était très peu fait. Mais sur le terrain nous avons pu constater que le délai de prélèvement et d'analyse du pH au cordon est très différent d'une maternité à l'autre et voire entre les praticiens d'un même établissement. L'article de A. Menget (11) précise qu'en dessous d'un délai de 60 secondes, les valeurs du pH et des lactates ne sont pas significativement impactées, ce qui est suffisant pour effectuer le clampage selon les recommandations de la HAS (2). Mais une autre étude (12), a montré des modifications significatives entre 0 et 90 secondes, ce qui porte à revoir et/ou à créer des protocoles visant à clarifier les modes de prélèvements et les délais d'analyses.

Enfin, la crainte de la survenue d'un ictère sévère et de la polycythémie sont également des freins fréquemment retrouvés. Ils ne sont pas apparus dans les réponses lors de l'étude mais nous les avons rencontrés sur le terrain. Selon l'OMS (13) (14), il existe une augmentation des risques d'ictère mais pas d'augmentation du risque d'ictère sévère.

Elise Corvisier, étudiante sage-femme, a réalisé pour son mémoire (15) une évaluation des connaissances des sages-femmes sur le sujet et ses conclusions rejoignent nos hypothèses : la pratique dépend du niveau de connaissances et l'accumulation d'idées erronées est un obstacle. Ceci pourrait être le cas à l'HME car finalement les connaissances des sages-

femmes sur le clampage tardif ne sont pas connues. Elle préconisait la diffusion dans les services d'un protocole rédigé par l'OMS (13). De notre point de vue, il pourrait être intéressant d'accompagner ce protocole, d'une information documentée à visée pratique leur permettant de mieux en comprendre les avantages sans pour autant remettre en cause l'ensemble de leur pratique.

2.1.2 Dépistage de l'atrésie des choanes

D'après nos résultats, le dépistage de l'atrésie des choanes était fait dans 95% des cas alors que sa réalisation systématique n'est pas indiquée, ce qui en fait la recommandation la moins respectées de celles que nous avons étudiées.

Cependant ce résultat ne paraît pas surprenant car c'est un geste qui est très largement enseigné comme étant un élément systématique de l'examen du nouveau-né en salle de naissance et ce quel que soit le contexte clinique (16).

Nous pouvons penser que la simplicité et la rapidité de ce dépistage sont des raisons qui permettent à la sage-femme de repérer la pathologie à moindre coût de temps et de matériel, même en dépit d'une prévalence faible, de 1 cas pour 5000 à 7000 naissances (17). Si le mode d'atrésie bilatérale est rapidement diagnostiqué à la naissance par sa clinique bruyante, en l'absence d'autre malformation, le mode unilatéral peut passer longtemps inaperçu et il est légitime de se questionner sur l'intérêt de la recommandation de l'absence de dépistage systématique.

Le but des recommandations (2), étant de diminuer les interventions précoces et invasives sur les nouveau-nés, nous pouvons nous demander si au-delà de sa réalisation ou non, l'important ne serait pas au minimum de généraliser les moyens les moins invasifs. En effet, à peine plus de la moitié des sages-femmes indiquaient utiliser une technique non invasive, c'est-à-dire sans le passage d'une sonde. C'est par ailleurs ce qui est fait par des réseaux régionaux, comme le réseau sécurité naissance des Pays de la Loire (18) qui précise « Le dépistage se fait soit avec détection de buée en face de chaque narine avec un miroir ou une cuillère soit avec un fil ou un coton en face de chaque narine pour observer un mouvement d'air. ». Néanmoins, à Limoges, ces techniques non invasives sont très peu abordées lors des enseignements théoriques.

2.1.3 Dépistage de l'atrésie de l'œsophage

A l'inverse de l'atrésie des choanes, le dépistage de l'atrésie de l'œsophage est un acte dont la réalisation était très partagée entre les sages-femmes, 49% le faisant et 51% non. Les

justifications principales pour celles qui le pratiquaient systématiquement étaient les habitudes personnelles et pour les autres le souhait d'être le moins invasif possible. Cependant dans notre travail nous avons pu constater que les pratiques des professionnels sont fortement dictées par les protocoles et les habitudes de service.

En septembre 2017, de façon presque concomitante à la parution du document qui a servi de base à notre travail (2), des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce ont été publiées (19). Ces dernières préconisent la surveillance clinique en cas de risque infectieux alors qu'auparavant était réalisé un prélèvement gastrique pour mise en culture. Quand notre questionnaire a été distribué, entre janvier et mars 2019, certains services avaient déjà mis en place les surveillances cliniques, pour d'autres le processus étaient en cours de réalisation. Or, le dépistage d'une atrésie œsophagienne était systématiquement réalisé par le test à la seringue lors de la réalisation du prélèvement gastrique. Nous pouvons légitimement supposer que les pratiques n'ont de ce fait pas eu le temps d'être modifiées dans l'intervalle. Il est même raisonnable de penser que les résultats pourraient s'inverser, et que les sages-femmes réalisant un dépistage systématique de l'atrésie de l'œsophage deviennent minoritaires.

De plus, la HAS précise (2) que si le dépistage n'est pas réalisé en l'absence de signes évocateurs (20), alors « ... un protocole formalisé de surveillance du nouveau-né est nécessaire et la première tétée doit être réalisée sous la surveillance d'un soignant ». Cette préconisation pourrait également être un obstacle à la diminution du dépistage, surtout en cas de charge de travail importante mais cela n'est pas apparu dans les réponses que nous avons recueillies (voir Tableau VIII p26). Si on considère la gravité de cette pathologie il est aisément compréhensible que de nombreux professionnels n'adhèrent pas à cette recommandation puisque leur responsabilité peut être engagée en cas de complication.

2.1.4 Désinfection oculaire

La désinfection oculaire était la seconde recommandation la moins respectée, après le dépistage de l'atrésie choanale, avec 72% de sages-femmes la pratiquant même si le contexte clinique ne le requérait pas.

Le but de la désinfection oculaire est la prévention contre la conjonctivite néonatale suite au passage de l'enfant dans le tractus génital maternel ou à une rupture prolongée des membranes. Selon l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) (21), les germes principalement à prendre en compte sont les bactéries *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* car elles « exposent à des complications oculaires sévères du

nouveau-né ». A ce titre, la prévention préconisée est une antibioprofylaxie conjonctivale par administration de collyre à base de rifamycine® « ...en cas d'antécédents ou de facteurs de risque d'infection sexuellement transmissibles chez les parents » (2) (21).

Notre questionnaire ne précisait pas le terme « antibioprofylaxie » mais juste le terme « désinfection oculaire » communément employé dans la littérature. Les résultats obtenus reflétaient donc le fait de pratiquer l'instillation d'un collyre ophtalmique à la naissance, qu'il soit antibiotique ou non. Et en effet, plus des deux tiers des réponses concernaient l'emploi un collyre antiseptique (Monosept®, Désoméline® et Vitabact®).

A la différence des autres pratiques étudiées, nous pouvons affirmer que la désinfection oculaire, et notamment le type de collyre utilisé ne dépend pas de la sage-femme elle-même mais des choix de service. Les résultats regroupés dans le Tableau VIII p 26 vont d'ailleurs dans le sens de cette hypothèse avec plus de la moitié des sages-femmes qui justifient leur pratique par respect d'un protocole de service.

Il serait intéressant de savoir s'il existe dans les services enquêtés des protocoles qui justifient l'emploi des collyres, leur type (antibiotiques ou non) et les indications d'administration (en systématique ou sur facteurs de risque). De plus, l'utilisation systématique de collyre non antibiotique présente des risques oculaires en cas de risques avérés. En ce qui concerne l'HME, il existe un accord en professionnels depuis octobre 2019 qui a remplacé la Désoméline® par la rifamycine® mais l'adaptation en fonction des facteurs de risques n'a pas été faite car jugée difficile dans sa mise en œuvre. Les recommandations de l'AFSSAPS 2010 (21) reprises par la HAS en 2017 (2) pourraient servir à la rédaction de protocole le cas échéant.

2.2. Les recommandations respectées

Parmi ces recommandations, nous avons pu en relever trois très largement respectées, entre 97 et 100%. Pour les autres, les pratiques sont plus partagées.

2.2.1 Recommandations faisant consensus

- *Favoriser le contact précoce entre la mère et l'enfant et encourager l'allaitement maternel*

Dans notre expérience, ces principes sont souvent considérés comme étant les bases des suites de l'accouchement physiologique et en cela ils sont unanimement mis en œuvre quand les conditions le permettent. Il n'y a plus guère de voix qui s'élèveraient pour remettre en cause leurs bénéfiques (22). Les résultats que nous avons obtenus sont donc très cohérents avec ce

que nous pouvions attendre. De plus le référentiel métier et compétences des sages-femmes évoque « en favorisant la mise en place de l'allaitement [...] » et « en permettant aux parents d'accueillir le nouveau né, [...], en leur laissant le temps de se rapprocher de leur enfant et d'établir une nouvelle relation » (23), ce qui contribue à l'ancrage dans les pratiques des sages-femmes.

Pour l'encouragement de l'allaitement maternel, 2 sages-femmes ont répondu ne pas le faire, justifiant ne pas souhaiter interférer dans le choix des mères souhaitant donner un allaitement artificiel. En ce sens elles ne sont pas en contradiction avec la HAS (2) qui souligne que le choix de la mère est à respecter en priorité. De plus, le support de l'allaitement maternel n'est pas uniquement laissé à l'appréciation des sages-femmes mais découle aussi d'une politique de service. Les centres hospitaliers ont mis en place des prises en charge protocolisées avec par exemple la présence de conseillères en allaitement dans certains centres en s'appuyant sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (24) et de la HAS (2).

- Supplémentation en vitamine K1

Cette recommandation fait elle aussi l'objet d'un consensus général tant national qu'international, notamment pour l'OMS (24). Avec une très large majorité des sages-femmes qui la respectaient, les résultats obtenus étaient en accord avec ce qui était attendu.

Néanmoins nous pouvons nous interroger sur les 3% qui ont répondu ne pas le faire. En valeur absolue cela représentaient 2 sages-femmes mais aucune justification n'a été donnée qui aurait pu préciser les raisons de ces réponses. D'autant plus que l'abstention comporte des risques pour le nouveau-né (25).

2.2.2 Délai de réalisation du 1^{er} examen pédiatrique et des soins de routines

La HAS (2) précise dans ses préconisations qu' « il est recommandé de différer au moins après la première heure suivant la naissance, les soins post-nataux de routine [...] », et que « Les mesures et soins de routine ne seront réalisés qu'à la fin des deux heures de peau à peau, avant de transférer la mère et l'enfant en suites de naissance. ». De plus la mise en peau à peau immédiat et prolongé fait l'objet de nombreuses études qui ont montré, selon Hélène Pejoan de l'hôpital Beaujon, que l'avantage de cette pratique est « largement mis en avant par l'ensemble des textes de référence » (22). Avec des bénéfices multiples dont le taux et la durée d'allaitement maternel, la régulation glycémique ou celle de la température, la diminution des pleurs ou l'augmentation des scores d'attachement maternel précoce (26).

Pour notre étude nous avons fixé le seuil à une heure de vie comme délai minimum pour la réalisation de l'examen et des soins de routine. 57% des sages-femmes respectaient ce temps pour effectuer le premier examen. Ce taux nous semble plutôt faible compte tenu du fait que notre étude s'inscrivait dans le cadre de l'accueil du nouveau-né bien portant. Les délais étaient majoritairement liés à des habitudes personnelles. Les protocoles de service étaient plutôt en accord avec les recommandations. Pour les soins de routine, les conclusions sont identiques avec un meilleur taux, 68%, tout en restant insuffisant.

Il est également intéressant de relever que la charge de travail importante, qui était un des motifs proposé aux sages-femmes n'a été mentionnée qu'ici. Mais cela ne nous permet pas pour autant d'analyser davantage leurs pratiques et de conclure sur leurs pratiques. En effet, une charge de travail importante pouvait imposer à des sages-femmes de différer des actes qu'elles auraient souhaité réaliser plus précocement. Et inversement cela pouvait ne pas permettre à d'autres de réaliser le peau à peau selon les recommandations.

De plus, notre questionnaire nous a permis d'obtenir des détails sur les soins de routine réalisés et notamment sur la prise de température qui était effectuée à plus de 75% en rectal. Dans nos recherche nous n'avons pas trouvé d'indication à la prise de température par ce mode en première intention (18). D'autant plus qu'elle ne constitue pas à elle seule un moyen diagnostique pour déceler des malformations ano-rectales. Il serait intéressant de savoir si ces pratiques étaient en lien avec des protocoles de service, comme c'est le cas à l'HME (27).

2.2.3 Aspiration de l'oropharynx et des narines

En dehors d'une clinique évoquant un encombrement évident, sur le terrain les professionnels ont des pratiques opposées. Nos résultats montraient des valeurs très partagées (57% n'aspiraient pas en systématique l'oropharynx et 60% les narines). Ils peuvent être expliqués par des études dont certaines montrent un impact iatrogène mais elles sont anciennes et réalisées sur de petits échantillons et l'étude de la Cochrane Library en 2017 (28), ne montre ni d'effet favorable ni délétère de l'aspiration.

De plus, en pratique, les sages-femmes qui utilise une sonde pour vérifier la perméabilité des choanes réalise en même temps l'aspiration des narines ou vice-versa, ce qui pouvait indiquer pourquoi l'aspiration des narines étaient moins réalisée.

En 2015, Maëlle Trouillet, une étudiante sage-femme, a réalisé son mémoire sur la pratique de l'aspiration des voies aériennes supérieures (AVAS) chez les nouveau-nés à terme, bien portants en salle de naissance (29). Ses résultats montraient également des pratiques très partagées mais inverses aux nôtres avec 53% des sages-femmes qui réalisaient l'AVAS en

systématique, mais avec une population cible travaillant dans un seul et même type III. D'après ses données, 64% des personnes interrogées avaient indiqué que les informations du service sur le sujet n'étaient pas claires. Les protocoles de l'HME concernant le peau à peau évoque l'aspiration mais sans précision sur ses indications (30) et (31).

2.3. Recommandations et protocoles : influences sur la pratique professionnelle

Tout au long de ce travail nous avons cherché à savoir si les recommandations auxquelles nous nous étions intéressées étaient ou non suivies par les professionnels. Il nous a semblé intéressant de répondre à cette question car les recommandations ont, selon Guillaume Rousset, une « légitimité scientifique » qui fait figure de « meilleure méthode » sur un sujet donné (32). Par là-même, il explique qu'« elles ne bénéficient donc pas d'une reconnaissance juridique directe » mais que pour autant elles « [...] sont prises en compte par le droit ».

Comme nous l'avons vu à maintes reprises, l'objectif des recommandations de la HAS (2) pour l'accueil du nouveau-né bien portant est de limiter la médicalisation mais tout en garantissant une sécurité optimale. Nous avons alors constaté sans grande surprise que les recommandations très consensuelles telles que le contact précoce entre la mère et l'enfant, l'encouragement de l'allaitement maternel ou la supplémentation en vitamine K1, sont quasi unanimement appliquées et ce certainement car cela faisait partie des pratiques bien avant la parution des recommandations de la HAS (2). Mais nos résultats dessinaient aussi une tendance à la retenue vis-à-vis de recommandations dont les avantages pouvaient être moins clairement perçus comme pour le clampage retardé cordon ou les délais de réalisation de l'examen pédiatrique et des soins de routines. Dans ces cas-là les professionnels s'en remettaient souvent à leurs propres habitudes de travail ou aux habitudes de service. De plus, nous avons pu mettre en évidence de la « désobéissance » dans le cas du dépistage de l'atrésie des choanes car, en dépit des recommandations, puisqu'il existe des moyens fiables, simples et rapides pour la diagnostiquer sans pour autant être invasif, l'immense majorité des professionnels ne souhaitait probablement pas prendre le risque d'un retard de diagnostic. Cependant, le cas le plus révélateur des choix auxquels font face les professionnels restait le dépistage de l'atrésie de l'œsophage avec un partage presque parfait « des pour et des contre » (49% / 51%). Car il s'agit de la mise en balance entre réaliser le dépistage d'une pathologie grave avec un moyen qui reste relativement invasif et ne pas le faire du tout en l'absence de signe mais avec des conséquences pour l'enfant en cas d'absence de diagnostic.

Dans son éditorial (32), Guillaume Rousset conclue qu'« il est vraiment fondamental pour un professionnel de santé, de prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques avec un recul important et en exerçant son libre arbitre ». Il paraît donc être souhaitable d'aborder

avec les concernés les limites à l'application des recommandations afin de mieux comprendre et de pouvoir prendre en compte leurs difficultés (ex : méconnaissance/manque d'informations, crainte du risque médico-légal etc...).

Il serait également intéressant de vérifier dans les services si les protocoles dont les sages-femmes se réclamaient existent vraiment, et ce qu'ils indiquent, car au sein d'une même maternité les réponses pouvaient être contradictoires.

Les recommandations évoluent parfois rapidement et l'inertie de l'actualisation des protocoles peut compliquer l'adéquation entre les deux. Se pose donc le problème de la validité des recommandations et par conséquent des connaissances qui évoluent dans le temps, ce qui explique peut-être le manque d'adhésion de certains professionnels.

Enfin, la question de la diffusion auprès des équipes des recommandations demeure, et peut-être celle de la responsabilité des pédiatres pour informer, faire connaître et rassurer. Il est éventuellement possible que le partage soit plus facile et le changement plus rapide à mettre en œuvre dans les structures les plus petites.

Conclusion

Notre étude réalisée auprès des sages-femmes du Limousin nous a permis d'évaluer leur pratique sur la prise en charge des nouveau-nés bien portant à la naissance en regard des dernières recommandations de la HAS (2). Nous avons fait le constat qu'à peine plus de la moitié des recommandations étaient respectées plus d'un an après leur parution.

Nos résultats ont mis en évidence la difficile adéquation entre les pratiques recommandées par les sociétés savantes, celles protocolisées ou non dans les services et celles réalisées par les professionnels. Il est apparu que les habitudes acquises, pendant la formation initiale ou au cours des années d'exercice professionnel, étaient les raisons principales des écarts de pratiques. Même en connaissant les recommandations, en l'absence d'obligations strictes, une majorité de sages-femmes préféraient, la plupart du temps, s'en tenir à des conduites qu'elles jugeaient plus sûres.

En 2015, les conclusions du mémoire de Marguerite Roux à Angers, montraient que le dépistage de l'atrésie des choanes, l'aspiration pharyngée ou la prise de température rectale étaient déjà des pratiques discordantes avec les recommandations du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire. Son travail pointait également le manque d'une « charte de prise en charge » qui reprendrait l'accueil du nouveau-né dans sa globalité « afin de concilier sécurité et bienveillance pour tous » (33) et ce, y compris pour les maternités non labellisées IHAB.

Enfin, puisque la seule publication des recommandations ne semble pas être suffisante pour leur mise en application, l'élaboration de procédures internes approuvées par les professionnels paraît être un élément clé. La participation du personnel concerné pour la rédaction des protocoles doit être encouragée pour permettre une meilleure adhésion. De même, il est également possible d'envisager un accompagnement par l'équipe managériale pour faciliter la mise en place de certains protocoles notamment lorsque les conditions de mise en application sont un frein comme cela peut être le cas lors de suractivité.

Références bibliographiques

1. Wyllie, Jonathan, et al. Part 7: Neonatal resuscitation 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. European Resuscitation Council. 2015. pp. Resuscitation 95; e169–e201.
2. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Décembre 2017.
3. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Mars 2014.
4. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo - Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Décembre 2017.
5. Wyllie, Jonathan, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. European Resuscitation Council . pp. Resuscitation 95 , 249–263.
6. Société française de Néonatalogie. Réanimation du nouveau-né en salle de naissance, 2ème éd. s.l. : Sauramps Médical, 2016.
7. Vasse, Alyssia. Le clampage tardif du cordon: connaissance et pratiques des sages-femmes. Lille : s.n., 2017.
8. Société française de Néonatalogie. Réanimation du Nouveau-né en salle de naissance. s.l. : Sauramps Médical, 2016. 2e éd..
9. Guesdon, Julie. Le clampage retardé du cordon: audit de pratique avant et après une séance de formation. Nantes : s.n., 2015.
10. CNGOF. Recommandation pour la pratique clinique: modalités de surveillance fœtale pendant le travail. 2007.
11. A. Menget, C. Mougey, G. Thiriez, D. Riethmuller. Intérêt du clampage retardé du cordon chez le nouveau-né. s.l. : Elsevier-Masson, 2013.
12. Wiberg N, Kallen K, Olofsson P. Delayed umbilical cord clamping at birth has effects on arterial and venous blood gases and lactate concentrations. s.l. : BJOG, 2008. 115(6):697-703.

13. OMS. Clampage tardif du cordon ombilical pour réduire l'anémie infantile. 2013. WHO/RHR/14.19.
14. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. CD004074 : Cochrane Database of Systematic Reviews , 2013. Issue 7 CD004074.
15. Corvisier, Elise. Recommandations sur le clampage tardif du cordon ombilical Evaluation par auto questionnaire des connaissances et pratiques des Sages-Femmes du CHU d'Angers. 2015.
16. CNGOF. Évaluation et soins du nouveau-né à terme. 2016. <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-38.html>.
17. Kwong, Kelvin M. Current updates on choanal atresia. Division of Otolaryngology Head and Neck Surgery, New Brunswick, NJ, USA : s.n., Juin 2015. doi: 10.3389/fped.2015.00052.
18. Réseau Sécurité Naissance Pays de la Loire. Soins au nouveau-né normal de plus de 36 SA dans les 2 premières heures de vie. Juin 2017.
19. Société française de Néonatalogie et Société Française de Pédiatrie. Recommandation de bonne pratique pour la prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA). Septembre 2017.
20. Centre de référence des affections chroniques et malformatives de l'œsophage (CRACMO) et Filière nationale des maladies rares abdomino-thoraciques (FIMATHO) . Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) ATRESIE DE L'ŒSOPHAGE. Décembre 2018.
21. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né. Novembre 2010.
22. Pejoan, H. Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance. s.l. : Elsevier Masson SAS, 2010.
23. Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) et Conseil National de l'Ordre des Sages femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Janvier 2010. p22.

24. Organisation Mondiale de la Santé. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2015.
25. Société française de Néonatalogie. Bulletin d'information. Décembre 2015. N°6.
26. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. s.l. : Cochrane Database of Systematics Reviews, 2016. Issue 11, CD003519.
27. Le Pichoux A, Wehbe S. Prise en charge de la température du nouveau-né dans les 24 premières heures de vie. Février 2010.
28. Foster JP, Dawson JA, Davis PG, Dahlen HG. Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews , 2017. Issue 4. Art. No.: CD010332.
29. Trouillet, Maëlle. La pratique de l'aspiration des voies aériennes supérieures chez les nouveau-nés à terme, bien portants, en salle de naissance : prise en charge de ces nouveau-nés au sein du CHI-Poissy / Saint-Germain-en-Laye (structure de niveau III). 2015.
30. A, Le Pichoux. Le contact peau à peau immédiat. Protocole HME 2009.
31. A, Le Pichoux. Le contact peau à peau précoce. Protocole HME 2009.
32. Rousset, G. Les recommandations de bonnes pratiques : un outil, pas une recette magique. s.l. : Elsevier Masson SAS., 2010.
33. Roux, Marguerite. Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né bien-portant en salle de naissance. 2015.

Annexes

| | |
|---|----|
| Annexe 1. Questionnaire anonyme | 41 |
| Annexe 2. Détails des réponses à rédaction libres | 43 |

Annexe 1. Questionnaire anonyme

Prise en charge du nouveau-né en salle de naissance par les sages-femmes du Limousin

- QUESTIONNAIRE -

Je suis actuellement étudiante sage-femme, et dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'état je réalise un mémoire sur les pratiques d'accueil des nouveau-nés en salle de naissance par les sages-femmes.

Le questionnaire ci-contre est anonyme. Son but est de recueillir des informations qui reflètent votre pratique usuelle en vous plaçant dans le contexte de l'accueil d'un nouveau-né sans particularité (voir les critères ci-dessous).

Pour chaque item, cochez parmi les propositions celle qui convient le mieux à votre exercice habituel puis indiquez-en brièvement le motif en cochant une ou plusieurs propositions et/ou notez librement votre élément de réponse.

Je vous remercie par avance des quelques minutes que vous m'accorderez.

Emilie Moury

A - Critères de définition d'un nouveau-né sans particularité :

- Naissance par voie basse en salle de naissance
- Naissance après 37 semaines d'aménorrhée
- Trophicité comprise entre le 10^{ème} et le 90^{ème} percentile
- Minimum 8 de score d'Appgar à 1 minute de vie, sans geste de réanimation
- Liquide amniotique clair
- Absence d'anomalie du rythme cardiaque fœtal (hors phase d'expulsion)
- Déroulement et suivi de la grossesse sans particularité (absence de pathologie maternelle ou fœtale)

B - Vous êtes :

- Age :
- Année obtention du diplôme d'état :
- Ecole :
- Lieu d'exercice :
- Nombre de gardes par an en salle de naissance (environ) :
- Formation(s) complémentaire(s) sur la prise en charge d'un nouveau-né à la naissance :
 - oui, intitulé(s) :
 - non

C - Votre pratique : (voir au verso)

1/2

Cochez pour chaque item ce qui correspond le mieux à votre pratique pour l'accueil d'un **nouveau-né sans particularité**.

Concernant les interventions pratiquées

- ① *Systématiquement* ③ *Uniquement si le contexte clinique le requiert* ⑤ *A chaque fois que le contexte clinique le permet*
 ② *Jamais* ④ *Souvent même si le contexte clinique ne le requiert pas* ⑥ *Rarement même si le contexte clinique le permet*

| | Evaluation des pratiques | | | | | | Motifs (plusieurs possibilités possibles) | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|-------------------|
| | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | Protocoles de service | Par habitude personnelle | Charge de travail importante | Autres (précisez) |
| Favoriser le contact précoce entre la mère et l'enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Encourager l'allaitement maternel (dans le respect du choix de la mère) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Clampage retardé du cordon (>30s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aspiration de l'oropharynx | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aspiration des narines | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Dépistage de l'atrésie des choanes* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Désinfection oculaire** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Supplémentation en vitamine K1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

* Si réalisé, par quel moyen ?.....

** Si réalisé, avec quel produit ?.....

Souhaitez-vous signaler une (d') autre(s) pratique(s) ? Non Oui, la(les)quelle(s):

Concernant la réalisation de l'examen clinique et des soins de routine (le plus souvent)

| | Evaluation des pratiques | | | Motifs (plusieurs possibilités possibles) | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|-------------------|
| | < 1 heure de vie | < 2 heures de vie | > 2 heures de vie | Protocoles de service | Par habitude personnelle | Charge de travail importante | Autres (précisez) |
| Réalisation du premier examen clinique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Réalisation des soins de routine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Indiquez quels soins de routine sont effectués (plusieurs possibilités possibles):

- Pose des bracelets d'identification Soins du cordon Mensurations (périmètre crânien, taille) Bain
 Contrôle de la température Pesée Shampoing Autres :.....
 Rectale Enveloppée
 Axillaire Non enveloppée

Annexe 2. Détails des réponses à rédaction libres

| Pratique | Détail (nombre de sages-femmes) |
|--|---|
| Clampage retardé du cordon pratiqué | Recommandations (4) Bénéfices apportés (1) |
| Clampage retardé du cordon non pratiqué | Uniquement si demande parents 3 Peu de connaissance/manque habitude 2 pH au cordon perturbé 2 Aide à la délivrance 1 Peau à peau délivrance non faite 1 |
| Aspiration de l'oropharynx pratiquée | Aide à l'alimentation (1) |
| Aspiration de l'oropharynx non pratiquée | Recommandations (1) Être le moins invasif (1) Formation initiale (1) |
| Aspiration des narines pratiquée | Désencombrer les narines (1) |
| Aspiration des narines non pratiquée | Recommandations (1) Être le moins invasif (1) Formation initiale (1) |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage pratiqué | Recommandations nationales (1) |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage non pratiqué | Suspicion hydramnios (5) Recommandations (4) Être le moins invasif (1) |
| Désinfection oculaire pratiquée | Recommandations nationales (1) |
| Désinfection oculaire non pratiquée | 0 |
| 1 ^{er} examen pédiatrique avant 1h de vie | 0 |
| 1 ^{er} examen pédiatrique après 1h de vie | Recommandations (1) Selon état mère (sutures, HDD...) (1) Selon souhait parents (1) Avant retour en chambre (1) |
| Soins de routine avant 1h de vie | 0 |
| Soins de routine après 1h de vie | Avant retour en chambre (2) Selon souhait parents (1) |

MOURY Émilie

Analyse de la prise en charge du nouveau-né normal à la naissance par les sages-femmes

44 pages

Mémoire de fin d'études – École de sages-femmes de Limoges – Année universitaire 2019-2020

En décembre 2017, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques visant à diminuer les interventions sur les nouveau-nés à la naissance. Un an après leur diffusion, nous avons réalisé une étude descriptive, transversale et multicentrique portant sur les sages-femmes du Limousin exerçant en salle de naissance. L'objectif a été de réaliser un état des lieux des pratiques et d'identifier les freins à la mise en application des recommandations.

Notre étude a montré qu'à peine plus de la moitié seulement des préconisations étaient respectées et que les habitudes personnelles étaient la justification principale des professionnels. De plus, le manque de documentation adaptée à l'échelle locale constituait un obstacle à l'évolution des pratiques.

Mots-clés : nouveau-né normal, naissance, respect des recommandations, pratiques professionnelles, protocoles

