



HAL
open science

Etude de l'impact de l'abstention d'aspiration systématique des nouveau-nés à terme à la naissance au travers d'une évaluation des pratiques professionnelles

Aurore Hopfner

► **To cite this version:**

Aurore Hopfner. Etude de l'impact de l'abstention d'aspiration systématique des nouveau-nés à terme à la naissance au travers d'une évaluation des pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2008. hal-01891165

HAL Id: hal-01891165

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01891165v1>

Submitted on 9 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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 Albert Fruhinsholz

*Etude de l'impact de l'abstention d'aspiration
systématique des nouveau-nés à terme à la naissance
au travers d'une évaluation des pratiques
professionnelles*

Mémoire présenté et soutenu par

Aurore HOPFNER

Promotion 2008

REMERCIEMENTS

A Mme ZIX KIEFFER, mon expert de mémoire, pédiatre à Hospitalor Saint-Avold, merci pour le soutien que vous m'avez témoigné ainsi que pour le temps que vous avez consacré à ce mémoire.

A Mme GALLIOT, sage femme cadre enseignante et directeur de mémoire, pour sa patience et son soutien.

A toute l'équipe du service maternité d'Hospitalor Saint-Avold, merci pour votre participation.

A Mme SEILER, assistante qualité de la cellule qualité d'Hospitalor Saint-Avold, merci pour votre aide.

A mes parents, Christian et Chantal, qui m'ont soutenu durant toutes mes années d'études et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

A mes petits frères Mathieu et Valentin

A ma grand-mère et mon arrière-grand-mère qui ont toujours été là pour moi, m'ont toujours encouragé et m'ont toujours soutenu de la plus belle des manières.

A mon fiancé, Loïc, qui m'a énormément aidé dans la réalisation de ce mémoire et qui m'a épaulé dans les bons et les mauvais moments.

A la famille BANASZAK, Estelle, Jean- Jacques et Josiane, pour le soutien et l'aide apportée.

A Julien, un grand merci pour tes traductions qui m'ont été utiles et m'ont fait gagner du temps.

A mes amies de promotion dont le soutien, la bonne humeur et l'humour ont rendu ces années inoubliables.

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Préface.....	6
Introduction	7
Première partie : Revue de la littérature et applications	8
1 Les recommandations pour la prise en charge du nouveau né a la naissance...9	
1.1 Nationales.....	9
1.1.1 La Haute Autorité de Santé (HAS)	9
1.1.2 Réseau « Sécurité Naissance- Naître ensemble » des Pays de la Loire ..	10
1.2 Internationales	11
1.2.1 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	11
1.2.2 Les critères Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB).....	12
1.2.3 La Société Suisse de Néonatalogie	13
1.2.4 International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR)	14
1.2.5 Oxford University Press.....	16
1.3 Dans les ouvrages spécialisés.....	16
1.3.1 De pédiatrie	16
1.3.2 D'obstétrique.....	17
2 Evolution des pratiques à Hospitalor Saint- Avold.....18	
2.1 Naissance du projet IHAB	18
2.2 Motifs de modification de cette pratique	19
2.3 Méthodes et moyens mis en œuvre.....	20
2.3.1 Les groupes de travail.	20
2.3.2 Le protocole de prise en charge des nouveau-nés à la naissance.....	21
2.3.3 La formation du personnel	21
2.3.4 Les problèmes rencontrés.....	23
2.4 L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).....	23
Deuxième partie : Evaluation des Pratiques Professionnelles à HOSPITALOR SAINT- AVOLD.....25	
1 Le service Maternité d'HOSPITALOR Saint- Avold.....26	
1.1 Situation dans le réseau périnatal.....	26
1.2 Présentation de l'unité d'obstétrique.....	26
2 Présentation de l'enquête	27
2.1 Type d'étude.	27
2.2 Population étudiée.....	27
2.2.1 Critères d'inclusion.	27
2.2.2 Critères d'exclusion.	27
2.2.3 Echantillonnage.....	28
2.3 Modalités de recueil.....	28
2.4 Avis de la cellule qualité de l'établissement.....	28

2.5	Présentation du questionnaire.	29
3	Présentation des résultats.	30
3.1	Première partie du questionnaire intitulée « Renseignements généraux » :	30
3.2	Deuxième partie du questionnaire intitulée « Accouchement ».....	32
3.3	Troisième partie intitulée : « Post partum immédiat ».....	33
3.4	Dernière partie du questionnaire intitulée « Evaluation en suites de couches » 41	
	Troisième partie : Analyse et discussion autour des résultats et propositions envisagées.	46
1	Analyse des résultats et discussion.	47
1.1	Analyse des pratiques professionnelles.....	47
1.1.1	Désobstruction oropharyngée et nasale sélective.....	47
1.1.2	Aspiration gastrique non systématique.	48
1.1.3	Recherche de l'atrésie des choanes.....	49
1.1.4	Le dépistage de l'atrésie de l'oesophage.....	50
1.1.5	Une tendance restreinte à l'abstention totale de gestes.....	52
1.2	Analyse de l'impact de ces pratiques professionnelles sur le nouveau-né.....	52
1.2.1	Un impact en salle de naissance.....	52
1.2.2	Un impact en secteur mère enfant dans les quarante huit premières heures de vie.....	56
1.3	Hypothèses écartées.	58
1.3.1	Impact de la modalité de début du travail.	58
1.3.2	Impact de la modalité d'accouchement.....	58
2	Propositions.	59
2.1	Présentation des conclusions de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'équipe.....	59
2.2	Pistes de réflexion pour l'élaboration d'un protocole de prise en charge.....	59
2.3	Une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles.....	62
	Conclusion.....	63
	Bibliographie	64
	Table des matières.....	69
	Annexe 1.....	72
	Annexe 2.....	73
	Annexe 3.....	74

PREFACE

Au cours de mes différents stages en salle de naissance qu'ils se soient déroulés à la maternité régionale de Nancy ou dans des maternités périphériques (Lunéville, Sarrebourg ...) j'ai pu observer et participer à la prise en charge des nouveau-nés à la naissance qui se déroulait généralement de la même manière : naissance de l'enfant qui est ensuite placé sur le ventre de sa mère, puis celui-ci est emmené dans une pièce séparée pour effectuer, entre autre, une aspiration oropharyngée, une vérification de la perméabilité des choanes et de l'oesophage.

Or, lors de mon stage de deuxième année en salle de naissance à Hospitalor Saint-Avold, j'ai pu participer à une méthode différente de prise en charge et d'accueil du nouveau-né à la naissance, cette approche étant plus conforme aux cours théoriques dispensés sur le sujet. En effet, dans cet établissement, les nouveau-nés sont laissés en peau à peau contre leur mère et ne subissent plus d'aspiration de façon systématique. On m'a alors expliqué que la maternité avait mis ce système en place depuis un an dans le but d'obtenir le label « Hôpital Ami des Bébé ». J'ai appris par la suite que la pratique de l'aspiration systématique était également remise en cause dans d'autres établissements.

Il existe aujourd'hui un débat autour de l'intérêt de la pratique de l'aspiration systématique des enfants, la tendance visant à une non systématisation des actes de soin.

En effet, bien que des recommandations existent à ce sujet depuis de nombreuses années, les avis des pédiatres et professionnels de santé restent divergents, ce qui aboutit à une disparité des pratiques.

Ainsi, en tant que future professionnelle de santé, je souhaitais réaliser ce mémoire afin de pouvoir adopter la meilleure attitude possible dans l'intérêt des patientes et des nouveau-nés dont j'aurais la charge.

Introduction

Les premiers instants de la vie sont des moments privilégiés qui doivent permettre au nouveau-né une adaptation douce à la vie extra utérine ainsi que l'établissement du lien mère- enfant.

Au fil des années, les professionnels de santé ont fait de l'accueil du nouveau-né un ensemble de rituels très médicalisés qui, nous le savons aujourd'hui, perturbent cette séquence innée. En effet, de nombreuses recommandations nationales et internationales ont été émises à ce sujet.

Il y a quatre ans, le service maternité d'Hospitalor Saint-Avold s'est engagé dans une démarche d'obtention du label IHAB et a réorganisé, en ce sens, les soins aux mères et aux nouveau-nés. De ce fait, l'aspiration des nouveau-nés sains, à terme et nés par voie basse ne s'y effectue plus de façon systématique.

Ainsi, l'évolution des pratiques professionnelles qui s'est opérée dans cette maternité s'inscrit dans la tendance actuelle de la non systématisation des actes de soin et dans l'amélioration de la qualité de ceux-ci.. De plus, cela répond à une demande grandissante des parents qui souhaitent que la prise en charge de leur enfant à la naissance s'effectue de manière plus « physiologique ».

Ma démarche de travail est d'évaluer cette nouvelle pratique d'abstention d'aspiration systématique au moyen d'un questionnaire dont les objectifs sont :

- d'analyser les gestes de soins réalisés sur le nouveau-né en salle de naissance
- de les confronter aux recommandations en vigueur.
- et d'en observer l'impact sur l'adaptation et le bien être du nouveau-né dans les quarante huit premières heures de vie.

Dans une première partie, je réaliserai une revue de la littérature concernant l'aspiration des nouveau-nés à la naissance et je préciserai les motifs ayant conduit à de l'évolution de cette pratique à Hospitalor Saint-Avold.

Puis seront développés les résultats de l'étude menée dans cette maternité.

Enfin, je vous présenterai l'analyse des résultats obtenus ainsi que les conclusions de cette Evaluation des Pratiques Professionnelles et j'apporterai des éléments concernant l'impact de ces nouvelles pratiques sur le nouveau-né.

Première partie : *Revue de la littérature et applications*

1 LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NE A LA NAISSANCE

1.1 Nationales

Les recommandations françaises sont essentiellement basées sur les travaux de la Haute Autorité de Santé concernant la promotion de l'allaitement maternel et incluant les mesures d'accueil du nouveau-né. Le réseau périnatal des pays de la Loire a quant à lui également émis des recommandations concernant la prise en charge du nouveau-né à terme à la naissance.

1.1.1 La Haute Autorité de Santé (HAS)

Au mois de juin 2006, la Haute Autorité de Santé a publié un rapport intitulé « Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation » [23]. Dans la première partie de ce rapport consacré au processus de soutien à l'allaitement maternel, il nous est expliqué que chaque étape de ce dernier « *correspond à une activité professionnelle individualisée à un moment clé d'intervention auprès des (futurs) parents et de leur enfant* ».

Le processus y est divisé en quatre étapes :

- Information sur l'allaitement durant la grossesse
- Démarrage de l'allaitement à la naissance
- Installation de l'allaitement exclusif
- Poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage

Nous ne nous attarderons que sur cette deuxième étape qui concerne plus particulièrement le sujet de ce mémoire. En effet, elle concerne les soins dispensés à la mère et au nouveau-né au décours du post partum immédiat.

Un arbre décisionnel (annexe 1) nous est donc proposé dans le but de réunir les conditions optimales pour le démarrage physiologique de l'allaitement. Le premier critère est l'observation du nouveau-né.

Il permet de coter le score d’Apgar, de rechercher des signes de détresse vitale et d’apprécier la respiration spontanée de l’enfant. Il est donc recommandé de « *définir des pratiques habituelles de surveillance et de soins au nouveau-né en salle de naissance pour favoriser un allaitement précoce tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l’enfant.* »

La seconde étape concerne le contact peau à peau précoce et prolongé entre la mère et l’enfant. Il est recommandé de « *reporter les soins de routine [...] [car] ils interrompent le lien mère – enfant* ».

Le troisième critère traite du respect du réflexe de foussement et la première tétée précoce. La préservation du réflexe de succion y est également évoquée. En effet, ce dernier est fragile et peut être perturbé par l’aspiration des voies aériennes. La recommandation est donc, « *en l’absence de détresse vitale, [d’] éviter l’utilisation de sonde d’aspiration des voies aériennes* »

1.1.2 Réseau « Sécurité Naissance- Naître ensemble » des Pays de la Loire

Les recommandations émanant de ce réseau périnatal sont issues d’un travail de réflexion d’une commission de pédiatres et de sages femmes dont la version validée est paru le 15 septembre 2006 [5]. Ces recommandations concernent la prise en charge du nouveau-né à terme (de plus de 36 Semaines d’Aménorrhée), présumé normal et sans pathologies dans les deux premières heures de vie.

Dans un premier temps, concernant l’aspiration pharyngée, il est noté que « *les aspirations pharyngées ne sont indiquées qu’en cas de détresse respiratoire et d’encombrement manifeste* » car ces dernières « *sont délétères pour le nouveau né avec risque de bradycardie vagale et de spasme laryngé [lorsqu’elles sont] profondes et au delà du V lingual* »

Ensuite, dans la partie consacrée à l’aspiration gastrique et au dépistage de l’atrésie de l’œsophage, il est écrit que « *les aspirations gastriques n’apportent pas d’avantages connus et peuvent entraîner des problèmes intestinaux ultérieurs. Dans ces conditions, ils n’ont pas d’indication systématique. Elles sont indiquées en cas de signes respiratoires ou digestifs.* » Par contre, pour le dépistage de l’atrésie de l’œsophage, le groupe de travail s’estime dans l’incapacité de recommander une attitude générale.

Cependant, il est demandé de « *rechercher l'atrésie en cas d'anamnèse obstétricale ou échographique (malformations, hydramnios, estomac non visualisé...), ou en cas de signes chez le bébé comme une hypersalivation ou une « mousse buccale », une détresse respiratoire, ou des anomalies à la première tétée... ».*

Enfin, concernant les aspirations nasales et le dépistage de l'atrésie des choanes, le groupe de travail se place de la façon suivante : « *Il n'y a pas d'indications systématiques des aspirations nasales ni de passage de sonde dans les choanes pour le diagnostic d'atrésie des choanes ».* De plus, il est précisé que « *les aspirations sont à réserver, après avis pédiatrique, en cas d'encombrement manifeste et en cas de détresse respiratoire avec recherche de l'air par « bouche ouverte » de l'enfant ; 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. Le passage d'une sonde n°4 ou n°6 est traumatique pour les muqueuses et est réservée en cas de signes patents ou d'encombrement manifeste. »*

1.2 Internationales

En ce qui concerne les recommandations internationales, j'ai essentiellement retenu celles qui étaient tournées vers le recours systématique ou non à l'aspiration des nouveau-nés à la naissance. Je vous présenterais donc les recommandations de l'OMS, de la Société Suisse de Néonatalogie, de l'ILCOR et de Oxford University Press. Les critères IHAB seront également présentés dans ce paragraphe car ils sont issus d'une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF.

1.2.1 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Dans son guide pratique des Premiers soins de réanimation du nouveau-né datant de 1998 [32], l'Organisation Mondiale de la Santé a classifié comme pratique de réanimation inefficace ou dangereuse ou n'ayant aucun intérêt particulier :

- « *L'aspiration systématique de la bouche et du nez du bébé dès la sortie de la tête ou par la suite lorsque le liquide amniotique est clair »*
- « *L'aspiration gastrique systématique à la naissance »*

Ainsi, l'aspiration systématique des voies aériennes supérieures et l'aspiration gastrique systématique sont qualifiées de « *pratiques modernes pas très bonnes* » et n'ayant « *aucune preuve tangible de leur efficacité* ».

Les recommandations les concernant sont donc les suivantes :

- « *Rien ne permet de penser que l'aspiration de la bouche et du nez du nouveau-né présente un avantage quelconque si le liquide amniotique est clair. Cette manœuvre est donc inutile chez les nouveau-nés qui commencent à pleurer et qui respirent dès après la naissance. Elle est associée à des risques d'arythmie cardiaque .* »
- « *Il n'y a aucune raison non plus de pratiquer systématiquement une aspiration gastrique à la naissance.* »

Il est également à noter que l'aspiration de la bouche et du nez de l'enfant ainsi que l'aspiration gastrique font partie des manœuvres de réanimation d'un enfant. Or, il est précisé que « *si le nouveau-né pleure, la respiration est normale et aucune réanimation n'est nécessaire.* »

Enfin, il est indiqué dans ce manuel que la plupart des nouveau-nés commencent à respirer spontanément dès la naissance et que « *tout ce dont ils ont besoin c'est d'être accueilli dans un environnement propre et chaud et d'être soumis à une observation vigilante – naître dans une pièce chaude, être immédiatement séché, respirer correctement et être donné à la mère pour être réchauffé et allaité. [...] Pour la plupart des nourrissons, rien de plus n'est nécessaire et rien d'autre n'est recommandé.* »

1.2.2 Les critères Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB)

L'IHAB est un concept proposé depuis 1992 et ayant pour but, entre autre, de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et du rythme du nouveau-né afin d'améliorer l'accueil de celui-ci. Ce concept se compose de dix recommandations (Annexe 2) visant à la base à favoriser l'allaitement maternel.

Ainsi, la quatrième recommandation préconise de « *Laisser le bébé en peau à peau pendant au moins une heure et encourager la mère à allaiter quand le bébé est prêt* » (réactualisation de ce critère en 2006 remplaçant ainsi l'ancienne formulation « *Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance* »). L'esprit de cette condition est de maintenir un contact mère -bébé aussi

longtemps que le souhaite la mère et ceci dans un environnement paisible tout en assurant de bonnes conditions de sécurité puis d'aider cette dernière à allaiter si elle le désire. Cette condition implique donc bien plus qu'une aide à l'allaitement car elle sous-entend une modification de l'organisation des soins au nouveau-né en salle de naissance afin que ces derniers soient plus en accord avec les capacités et besoins de l'enfant. La mise en place de cette dernière implique donc de différer les soins de routine au nouveau-né qui ne sont pas urgents, voire même, de les effectuer, si possible, à proximité de la mère.

Les recommandations proposées sont toutes autant bénéfiques pour les bébés allaités que pour ceux qui ne le sont pas car, en plus de favoriser l'allaitement maternel, elles favorisent également un meilleur attachement et une meilleure relation mère – enfant.

1.2.3 La Société Suisse de Néonatalogie

En novembre 2000, la Société suisse de Néonatalogie a émis des recommandations pour la prise en charge des nouveau-nés à la naissance [1]. Elles précisent que le recours à d'éventuelles mesures de réanimations doit se baser sur trois critères : la respiration, la fréquence cardiaque et la coloration de l'enfant, ces trois critères étant pris en compte dans la cotation du score d'Apgar réalisé à une, trois et cinq minutes de vie lors de chaque naissance.

Ces recommandations définissent donc une « *adaptation normale* » par une respiration spontanée de l'enfant, la présence d'une activité cardiaque supérieure à 100 battements par minutes et une coloration rose.

Dans ce cadre, ces dernières, concernant l'aspiration systématique, sont les suivantes :

- « *Il n'est pas nécessaire d'aspirer chaque enfant. On peut renoncer à aspirer l'oropharynx lorsque le nouveau-né sain respire dans les soixante premières secondes de vie, qu'ils développent un bon tonus musculaire et que le liquide amniotique est clair.* »
- « *Une aspiration inutile est désagréable pour l'enfant, peut conduire à des lésions des muqueuses et causer accidentellement des bradycardies et apnées réflexes.* »

- « *Il faut également renoncer à un sondage systématique dans le but d'exclure une atrésie des choanes.* »
- « *Un sondage de l'estomac pour exclure une atrésie oesophagienne ou une obstruction gastro-intestinale haute n'est indiqué qu'en présence d'un polyhydramnios, d'une salivation mousseuse ou d'un trouble de la respiration.* »

De plus, il est précisé que « *les mesures de routine et les soins du nouveau-né ne seront effectués qu'après une période de deux heures en contact peau à peau continu entre l'enfant et sa mère ou au plus tôt après avoir mis l'enfant au sein.* »

1.2.4 International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR)

Les recommandations sont issues de la conférence de consensus de « An advisory statement for the pediatric working group of the International Liaison Comity On Ressucitation » datant de 1999. En 2005, l'ILCOR a publié des notes et mises à jour de leurs recommandations initiales [2].¹ Ces recommandations concernent le nouveau-né sain qui est défini comme un enfant né à terme, dans un liquide amniotique clair, non teinté de méconium et non suspect d'infection, qui a crié et qui respire, et présentant un bon tonus musculaire. Dans ce cas il est inscrit que : « *l'enfant ne nécessite pas de réanimation et ne doit pas être séparé de la mère. Il peut être séché, placé directement sur la poitrine maternelle et recouvert d'un linge sec pour maintenir sa température. L'observation clinique de la respiration, de l'activité cardiaque et de la coloration doit être poursuivie* ».

En effet, l'aspiration et l'aspiration gastrique sont des manœuvres faisant partie des techniques de réanimation pour l'ILCOR et à ce titre il est spécifié que :

- « *Les nouveau-nés à terme, vigoureux, nés dans un liquide amniotique clair, sans suspicion d'infection maternofoetale, qui ont crié immédiatement et ont un bon tonus, ne nécessitent pas d'aspiration et ne doivent pas être séparés de leur mère mais séchés et recouvert d'un linge après la naissance* »

¹ Ces modifications ne sont parues actuellement qu'en version anglaise. La traduction provient de l'édition hors série de « Médecine et enfance » parue en avril 2007.

- *« L'aspiration pharyngée agressive peut entraîner un spasme laryngé et une bradycardie vagale et retarder [la] ventilation spontanée »*

Dans le cadre du dépistage de l'atrésie de l'œsophage ou d'une fistule œsotrachéale, il est noté que :

- *« Des sécrétions abondantes et une cyanose intermittente avec bradycardie peut correspondre à une atrésie de l'œsophage. L'impossibilité de descendre une sonde orogastrique jusqu'à l'estomac et le test à la seringue permettent alors de confirmer le diagnostic »*
- *« Pour le dépistage de l'atrésie de l'œsophage, le test à la seringue est recommandé en cas d'hydramnios, de contexte polymalformatif, d'estomac non vu sur les échographies prénatales ainsi qu'en cas de détresse respiratoire ou d'encombrement persistant des voies aériennes supérieures »*

Dans la partie consacrée aux obstructions congénitales des voies aériennes supérieures, il est précisé que :

- *« Un enfant qui est rose lorsqu'il pleure mais cyanosé au repos doit faire évoquer une imperforation des choanes ou une obstruction des voies aériennes supérieures »*

D'après ces recommandations, la vérification de la perméabilité de l'œsophage et des choanes doit donc être réalisée mais doit être basée sur une observation clinique du nouveau-né et complétée, le cas échéant, par des gestes spécifiques.

Toutes ces recommandations émanant de l'ILCOR ont été intégralement reprises en 2005 par l'European Resuscitation Council ainsi que par l'American Heart Association. Ceci représente donc, d'après les experts, un niveau élevé de consensus international.

1.2.5 Oxford University Press

Le guide s'intitulant « Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Third Edition » publié en 2000 [14] et réalisé par cette institution stipule que :

- « *Il n'existe aucune étude en faveur de la pratique de l'aspiration systématique en vue de désobstruer le nouveau-né.* »
- « *La plupart des nouveau-nés peuvent se désobstruer eux-mêmes, et si la désobstruction est nécessaire, il serait nécessaire de veiller à minimiser la stimulation du pharynx.* »
- « *Le passage d'un tube immédiatement après la naissance étant susceptible de provoquer bradycardie, laryngospasme et rupture du comportement alimentaire, elle n'a aucune justification de routine.* »

1.3 Dans les ouvrages spécialisés

Dans cette partie, je me suis principalement intéressée aux ouvrages parmi les plus utilisés en obstétrique et en pédiatrie et à leurs manières de présenter la prise en charge du nouveau-né sain à la naissance.

1.3.1 De pédiatrie

Dans l'ouvrage intitulé « Pédiatrie en Maternité : réanimation en salle de naissance, 2^{ème} édition » de la collection « Abrégés de pédiatrie » [16], on retrouve classée parmi les gestes systématiques des premières minutes de vie la désobstruction bucco-pharyngée. Cependant, il est précisé qu' « *elle n'est pas toujours pratiquée chez le nouveau-né normal, car il est en règle [générale] parfaitement susceptible d'éliminer tout seul, en criant et en déglutissant, le liquide contenu dans ses voies respiratoires supérieures.* »

Concernant l'aspiration gastrique, elle est présentée comme une technique « *qui vient éventuellement compléter la manœuvre [et dans ce cas] doit toujours être retardée jusqu'à la 5^{ème} minute de vie au moins, car elle est alors moins fréquemment responsable d'une bradycardie réflexe.* »

Dans la deuxième édition de « Pédiatrie en Maternité », au chapitre consacré à l'accueil du nouveau-né, il est précisé que « *si l'enfant crie ou respire calmement, s'il est rose et réactif, ne paraît pas être encombré et si les pulsations sont senties au cordon avec une fréquence supérieure à 100/min, aucun geste supplémentaire n'est nécessaire dans l'immédiat et l'enfant peut rester dans les bras de sa mère.* » De plus, il est écrit que « *la sage-femme doit savoir à ce moment-là se faire discrète, tout en restant vigilante, de façon à préserver l'intimité familiale.* »

Cependant, la vérification de la perméabilité des choanes ainsi que celle de l'œsophage par un test à la seringue sont décrits comme des gestes nécessaires avant le départ de la salle de naissance.

1.3.2 D'obstétrique

Dans « Obstétrique pour le Praticien »- 4^{ème} édition [27], on retrouve, dans le chapitre destiné aux examens du nouveau-né et aux soins à la naissance, les directives suivantes concernant l'accueil du nouveau-né dans le cadre d'un bon état initial. Après avoir séché et réchauffé l'enfant il faut « *désobstruer par aspiration des choanes et de la cavité buccale dans ses deux tiers antérieurs si l'enfant est encombré. Ceci n'est pas obligatoire chez le nouveau-né à terme, bien portant, non encombré[...]* Il fait éviter la stimulation de la paroi postérieure du pharynx dans les 5 premières minutes de vie, car le réflexe vagal induit peut entraîner une bradycardie. » Il est ensuite spécifié qu'après avoir coté le score d'apgar c'est-à-dire apprécié la respiration, la fréquence cardiaque et la coloration, la prise en charge du nouveau-né bien portant est terminée.

Concernant le dépistage des atrésies des choanes et de l'œsophage, il est noté qu'il doit être réalisé par « *des gestes simples* » qui sont :

- « *une petite sonde n°4 ou 6 introduite dans chacune des deux narines et progressant sans obstacle jusqu'au pharynx vérifie la perméabilité des choanes* »
- « *une sonde gastrique n°6 ou 8 introduite par le nez ou la bouche et progressant sans obstacle jusqu'à l'estomac [...] atteste de l'absence d'atrésie de l'œsophage* »

2 EVOLUTION DES PRATIQUES A HOSPITALOR SAINT- AVOLD

A Hospitalor Saint-Avold, la modification de certaines pratiques professionnelles, dont fait partie intégrante l'abstention d'aspiration systématique des nouveau-nés sains à la naissance, a été motivée par un projet de service. Ce projet est l'obtention du label « Hôpital Ami des Bébé ». Cette partie va donc s'atteler à vous expliquer les différentes étapes qui ont abouti à l'évolution de cette pratique professionnelle en particulier.

2.1 Naissance du projet IHAB

Bien que mon mémoire traite de l'impact de l'abstention d'aspiration systématique des nouveau-nés, il m'a semblé important de repréciser de façon succincte la mise en place du projet IHAB car dans cet hôpital, les deux choses sont intimement liées. En effet, le respect de la condition n°4* des critères IHAB a entraîné la modification de la pratique de l'aspiration des nouveau-nés à la naissance.

L'obtention de ce label de qualité est un projet de service qui a été proposé par la cadre sage femme. Ce dernier a été mis en place dans le but d'améliorer la prise en charge globale de la naissance et donc la qualité des soins dispensés. Cela s'inclut aussi dans une démarche de qualité de l'établissement et permettait également de fédérer toute une équipe autour d'un projet. De plus, l'IHAB est basé sur des recommandations nationales et internationales, que nous avons évoqué précédemment, et est tout à fait en accord avec les démarches actuelles de certification des hôpitaux ainsi qu'avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS). En effet, le PNNS I paru en 2001 avait, entre autre, comme objectif la promotion de l'allaitement maternel ; cet objectif a été repris dans le PNNS II mis en place en 2006 et qui est en cours actuellement.

* « *Laisser le bébé en peau à peau pendant au moins une heure et encourager la mère à allaiter quand le bébé est prêt* »

L'ensemble du personnel du service de maternité, c'est-à-dire Sage Femmes, Aides Soignantes, Auxiliaires de Puériculture mais aussi les médecins, fait donc partie intégrante du projet. En effet, ils participent aux formations dispensées et font partis des groupes de réflexion qui travaillent sur l'amélioration des pratiques professionnelles, que ce soit dans les deux heures suivant l'accouchement ou pendant le séjour en suites de couches. Nous reviendrons par la suite sur le travail effectué par ces groupes.

2.2 Motifs de modification de cette pratique

Afin d'évoquer au mieux les motivations ayant aboutit à l'évolution de cette pratique professionnelle, il est nécessaire, dans un premier temps, de redéfinir ce que l'on entend par « aspiration systématique » du nouveau-né.

Dans un grand nombre de maternités françaises, l'aspiration du nouveau-né à la naissance est une pratique effectuée de façon systématique quel que soit le contexte clinique. Sous ce terme se cache en fait un ensemble de gestes médicalisés, ritualisés et effectués sur table de réanimation que sont : l'aspiration de l'oropharynx et des fosses nasales, plus ou moins accompagnés d'une aspiration gastrique. Ces gestes sont, en règle générale, effectués rapidement après la naissance de l'enfant et pour ce faire l'enfant est séparé de sa mère. De plus, ces derniers sont réalisés par le passage d'une sonde au niveau des choanes, de l'oropharynx et jusqu'à l'estomac, ils ont donc également pour but le dépistage des atrésies.

Au vu des pratiques en place, des recommandations officielles (que nous avons évoqué précédemment), et de l'envie du service d'intégrer le projet IHAB, une modification de cette pratique s'averrait nécessaire. L'idée générale, qui s'en est dégagée, est que si l'enfant est né par voie basse, à terme et qu'il a présenté une bonne adaptation cardio-respiratoire, ce dernier, si l'on se réfère aux recommandations, ne nécessite pas d'aspiration et peut donc bénéficier d'un peau à peau immédiat et continu avec sa mère. Or, nous savons que l'abstention d'aspiration systématique permet la préservation des différents réflexes archaïques (réflexe de foussement, de succion...) et que le peau à peau est bénéfique car il favorise, entre autre, l'adaptation thermique et métabolique, la relation précoce mère – enfant et la mise en place de l'allaitement maternel. De plus, cela permettrait le respect des biorythmes du nouveau-né et l'expression de son comportement inné le conduisant à une première tétée efficace.

Quant à la recherche des atrésies qui est obligatoire, les recommandations stipulent que le recours à une sonde d'aspiration n'est pas nécessaire et que d'autres techniques moins iatrogènes sont possibles. Le fait de ne pas recourir systématiquement à l'aspiration du nouveau-né devait donc modifier les modalités d'accueil en salle de naissance. Cette approche plus clinique de la naissance, moins médicalisée, moins interventionniste, a également motivé la modification des pratiques qui étaient en place.

2.3 Méthodes et moyens mis en œuvre.

2.3.1 Les groupes de travail.

Deux groupes de réflexions ont été créés pour travailler sur les pratiques en place et sur leur modification afin de répondre au mieux aux recommandations. Ils sont composés : d'un gynécologue obstétricien, de la cadre sage femme, des sages femmes, des auxiliaires de puériculture, des aides soignantes, des consultantes en lactation (une infirmière et une auxiliaire de puériculture du service de pédiatrie), de deux sages femmes libérales du secteur de Saint-Avold ainsi que d'une sage femme et d'une puéricultrice de Protection Maternelle et Infantile. Le premier groupe travaille sur l'amélioration des pratiques dans les deux heures qui suivent la naissance et le second travaille sur l'amélioration des pratiques sur le secteur d'hospitalisation.

Dans le cadre de ce mémoire nous nous pencherons essentiellement sur le travail effectué par le premier groupe et plus particulièrement sur celui réalisé sur la condition IHAB n°4*. En effet, il a permis de modifier les pratiques en salle de naissance en remettant en cause notamment le recours à l'aspiration de façon systématique. A l'heure actuelle, l'accueil des enfants se passe donc de la façon suivante : après la naissance, le nouveau-né à terme et bien portant est placé sur le ventre de sa mère pour une période de peau à peau qui peut s'étendre d'une demi-heure à deux heures. La désobstruction oropharyngée et nasale n'est plus réalisée systématiquement tout comme l'aspiration gastrique ; ces gestes sont exécutés en fonction du contexte clinique. La Sage Femme et l'Auxiliaire de Puériculture effectuent une surveillance clinique du peau à peau et peuvent si nécessaire avoir recours à un oxymètre de pouls (cas où le personnel doit

* « *Laisser le bébé en peau à peau pendant au moins une heure et encourager la mère à allaiter quand le bébé est prêt* »

gérer plusieurs patientes en salle ...). Les soins de routine (poids, taille, collyre...), quant à eux, ont été retardés après la fin de la période de contact.

2.3.2 Le protocole de prise en charge des nouveau-nés à la naissance

A l'heure actuelle, aucun protocole concernant la prise en charge des nouveau-nés à terme, nés par voie basse et ne présentant aucune pathologie et prenant en compte le travail du premier groupe de réflexion n'a été établi. Cependant, les changements ont quant à eux été effectués.

Au terme de l'étude menée dans ce mémoire un protocole pourrait être rédigé concernant les observations et conclusions rendues sur l'impact de la non aspiration systématique sur le nouveau-né.

2.3.3 La formation du personnel

Dans cette partie nous évoquerons la formation initiale et continue des sages femmes car la prise en charge du nouveau-né à la naissance fait partie intégrante de leurs compétences. De plus, ce sont elles qui pratiquent, lorsque la présence du pédiatre n'est pas nécessaire, le dépistage des atrésies ainsi que les aspirations oropharyngée, nasale et gastrique.

2.3.3.1 La formation initiale

La formation initiale se déroule au cours des quatre années de formation à l'école de sage femme. Le programme officiel des études prévoit un module consacré à la prise en charge du nouveau-né à la naissance et à sa réanimation. En effet, les compétences générales des sages femmes, établies par les articles L.4151-1(1^{er} et 3^{ème} alinéa) et R.4127-318 du code de la santé publique, comprennent : la pratique des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant et la réanimation du nouveau-né en l'attente du médecin.

2.3.3.2 La formation continue

La formation médicale continue est indissociable de la formation initiale. De plus, il s'agit d'une obligation déontologique car d'après l'article R.4127-304 du code

de déontologie « *la sage femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les conditions prévues par l'article L.4153-1* » dans le but de répondre à l'article R.4127-325 qui stipule que « *la sage femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né* ». Cette formation a pour but « *le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins.* » selon l'article L.4153-1 du code de la santé publique édité le 11 août 2004.

Dans ce cadre, les sages femmes ainsi que le reste du personnel de la maternité a pu suivre:

- En 2001, une formation de trois jours sur « Conduite pratique de l'allaitement maternel » réalisé par La Leche League. Cette première formation a permis de présenter les différentes recommandations officielles et la façon de les mettre au mieux en pratique. Ceci a donc servi à remettre en cause les pratiques en place comme l'aspiration systématique du nouveau-né.
- En 2004, une journée de formation dispensée par le Docteur ZIX – KIEFFER, pédiatre à HOSPITALOR Saint-Avold et titulaire du Diplôme Universitaire de lactation humaine, sur le thème de l'« Accompagnement à l'allaitement maternel ».
- En 2005, toutes ces personnes ont également pu suivre une formation théorique de trois jours avec l'organisme Co-naître sur la « Nutrition, les rythmes du nouveau-né et l'accompagnement de l'allaitement maternel ».
- En 2005, les journées régionales d'allaitement de Strasbourg organisées par la COFAM.

De plus, en novembre 2007, les sages femmes ont bénéficié d'une formation réalisée par Mmes CRESSON, DENIS et GALLIOT, sages femmes cadres enseignantes de l'école de sage femme de Nancy, sur l'accueil du nouveau né à la naissance. Cette formation reprend d'un point de vu théorique et clinique l'enseignement initial dispensé dans les écoles de sage femme sur la prise en charge des nouveau-nés à la naissance et leur éventuelle réanimation en l'attente du pédiatre.

2.3.4 Les problèmes rencontrés

2.3.4.1 Avec le personnel soignant

La remise en cause des pratiques professionnelles en place depuis des années, a constitué le principal problème. En effet, bien que toute l'équipe ait adhéré au projet de service, il s'est avéré, au fur et à mesure des modifications des habitudes de travail, que certaines personnes étaient plus ou moins réfractaires à celles-ci, comme par exemple le fait de ne plus aspirer de façon systématique les nouveau-nés et de réaliser de façon différente le dépistage des atrésies. Ces dernières remettaient en cause leur organisation de travail et leurs techniques de soin, donc leurs pratiques professionnelles. Or, cela demande un effort de la part de chacun pour, dans un premier temps, accepter de changer des gestes qui sont devenus des automatismes. Ensuite, il faut du temps à la fois pour intégrer le bénéfice de ces changements et pour les mettre en pratique. De plus, les habitudes de service semblent avoir un impact sur la réalisation des soins.

2.3.4.2 Avec les nouveau-nés

Depuis la mise en place de ces nouvelles pratiques professionnelles, aucun incident lié à ces dernières n'est à déplorer concernant un nouveau-né.

2.4 L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

2.4.1.1 Définition

L'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus avec les recommandations professionnelles. Elle a la même finalité que la formation continue mais il s'agit d'une approche plus clinique et moins pédagogique. Elle est fixée par l'article D. 4133-0-1 du code de la santé publique qui stipule que : « *L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.* »

2.4.1.2 Les évaluations déjà réalisées.

Lorsque les équipes médicales s'impliquent dans une démarche de qualité, ils s'engagent sur le chemin de l'évaluation et de l'amélioration de leurs pratiques. Dans ce but, une évaluation faisant le point sur les pratiques de soins au démarrage du projet a été réalisée en juillet 2005 par toute l'équipe et envoyée à la COFAM. Une autre évaluation portant, cette fois ci, sur le travail de réflexion effectué par les groupes cités précédemment et qui a déjà abouti à une première évolution des pratiques, a été réalisée en novembre 2006. Cette évaluation intitulée « évaluation du projet IHAB au regard des règles mondiales » et comprenant la mise en place de l'abstention d'aspiration systématique a été présentée aux experts visiteurs présents pour la procédure d'accréditation. Elle a donc permis de faire le point sur les actions déjà mises en place. Cependant aucune étude n'a été menée sur l'application de ses nouvelles mesures et l'impact de celles-ci sur les nouveau-nés que ce soit sur leur adaptation initiale, sur leur bien être ou sur leur comportement lors du séjour en maternité.

2.4.1.3 L'enquête de pratiques.

L'enquête de pratiques [22] a pour but de décrire la pratique des professionnels de santé dans une situation clinique donnée et de la comparer à une pratique attendue. Elle permet d'identifier des écarts au travers d'une étude rétrospective ou prospective et de faire un état des lieux des pratiques. Ainsi, les pratiques quotidiennes pourront être confrontées aux pratiques « idéales ». Cette enquête devra être complétée, à son terme, par des actions d'amélioration des pratiques.

Dans notre cas, nous avons vu que l'aspiration systématique des enfants à la naissance était une pratique de base à Hospitalor Saint- Avold. Suite à l'adhésion au projet IHAB un état des lieux de cette pratique a été réalisé. Ensuite, grâce à des formations orientées et aux travaux du premier groupe de réflexion sur les recommandations officielles, cette pratique a été modifiée. Une évaluation intermédiaire sur la concordance de cette pratique avec les recommandations a été effectuée. Cependant, comme cité précédemment, aucune étude sur l'application et le retentissement de cette modification n'a été menée. C'est là qu'intervient mon étude sur l'impact d'abstention d'aspiration systématique.

*Deuxième partie : Evaluation des Pratiques
Professionnelles à HOSPITALOR SAINT-
AVOLD*

1 LE SERVICE MATERNITE D'HOSPITALOR SAINT- AVOLD.

1.1 Situation dans le réseau périnatal.

L'unité d'obstétrique du centre hospitalier HOSPITALOR de Saint-Avold fait partie des maternités de niveau I de la région Lorraine.

Cette unité a respectivement réalisé en 2004, 2005, 2006 et 2007 un nombre total de 612, 573, 657 et 611 naissances.

Concernant le taux d'allaitement maternel on peut noter que ce taux à la sortie de maternité est en augmentation depuis 2004. En effet on enregistre des taux de 60,44% en 2004, 60,3% en 2005, 63,8% en 2006 et 64,2 % en 2007.

1.2 Présentation de l'unité d'obstétrique.

L'unité d'obstétrique se compose de trois secteurs :

- Un secteur de consultation et d'échographie obstétricale.
- Un secteur de naissance avec une salle d'admission d'urgence, une salle de pré-travail et trois salles d'accouchement.
- Un secteur mères enfants avec 24 lits d'hospitalisation et berceaux.

Le personnel se compose de :

- 5 gynécologues obstétriciens.
- 1 cadre sage femme
- 15 sages femmes
- 7 auxiliaires de puériculture et 6 aides soignantes en pouponnière
- 3 aides soignantes sur le secteur d'hospitalisation

2 PRESENTATION DE L'ENQUETE

2.1 Type d'étude.

L'étude menée est une enquête de type descriptive prospective. Elle a été réalisée entre le 16 avril 2007 et le 15 août 2007 et avait pour objectif de faire un état des lieux des pratiques professionnelles en place à Hospitalor Saint-Avoid, à savoir l'abstention d'aspiration systématique des nouveau-nés à terme à la naissance, afin d'en retirer les points positifs et négatifs ainsi que leurs impacts sur le nouveau-né dans les quarante huit premières heures de vie.

2.2 Population étudiée.

2.2.1 Critères d'inclusion.

Dans cette étude, j'ai choisi de me limiter à une population très ciblée que sont les nouveau-nés à terme c'est-à-dire nés après 37 semaines d'aménorrhée, nés par voie basse et ne présentant aucune pathologie de détection anténatale ou à la naissance. J'ai fait ce choix afin de placer l'étude dans le contexte le plus physiologique possible. De plus, ce choix permettait également de remplir au mieux les conditions dans lesquelles les recommandations, que nous avons étudiées précédemment, doivent s'appliquer.

2.2.2 Critères d'exclusion.

Le premier critère d'exclusion était un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée. Etant donné que la maternité où l'étude a été menée est une maternité de niveau I cela constituait en lui-même ce premier critère car cette maternité ne peut accueillir que des nouveau-nés ayant un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée.

Le second critère d'exclusion était la naissance par césarienne car les enfants nés par césarienne ne bénéficient pas des mêmes phénomènes biologiques et mécaniques que ceux nés par voie basse et qui permettent une meilleure adaptation à la vie extra utérine.

Le dernier critère d'exclusion était la présence d'une pathologie dépistée en anténatale ou à la naissance chez le nouveau-né.

2.2.3 Echantillonnage.

L'évaluation des Pratiques Professionnelles qui à été menée à HOSPITALOR Saint-Avoid reposait sur une étude descriptive elle ne nécessitait donc pas, d'un point de vu purement statistique, d'un échantillonnage précis. En effet, dans ce type d'étude, plus le nombre de sujets est important et plus la précision de l'étude augmente alors de façon proportionnelle.

De plus, rappelons, cette étude est une enquête de pratique. Ainsi, selon les référentiels donnés par la Haute Autorité en Santé, lorsqu'une étude descriptive est menée *« la taille de l'échantillon considérée comme suffisante pour des séries homogènes est habituellement de trente à cinquante actes (sujets) par unité de soins. »* [22]

Pour cette étude, j'ai obtenu un retour de 81 questionnaires ce qui assure une taille d'échantillon suffisante pour l'exploitation des données recueillies.

2.3 Modalités de recueil.

Le recueil des données s'est effectué à partir d'un questionnaire de trois pages (Annexe 3) validé par le Dr ZIX KIEFFER. Ce questionnaire était destiné aux sages femmes ainsi qu'aux auxiliaires de puériculture.

L'ensemble des réponses aux questionnaires a été traité grâce au logiciel EXCEL. Ce logiciel m'a également permis de présenter les résultats sous forme de graphiques, d'organigrammes et de tableaux.

2.4 Avis de la cellule qualité de l'établissement.

La cellule qualité d'un établissement a pour but d'assurer et de suivre la démarche de certification de celui-ci et de promouvoir la mise en œuvre de programmes d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies. Elle est également

chargée de la mise en place d'Évaluations des Pratiques Professionnelles au sein de l'établissement.

Mon mémoire relevant d'une Évaluation des Pratiques Professionnelles, j'ai donc soumis mon travail à Mme SEILER, assistante qualité de la cellule qualité d'Hospitalor Saint-Avoid, qui en a validé la forme et le contenu.

2.5 Présentation du questionnaire.

Le questionnaire s'articule de la façon suivante :

- La première partie du questionnaire intitulée « renseignements généraux » permet de recueillir des données telles que l'âge gestationnel, le poids, l'apgar et le type d'allaitement de l'enfant.
- La seconde partie concerne les modalités d'accouchement.
- La troisième partie intitulée « post partum immédiat » comprend les données qualitatives relatives à l'accueil du nouveau-né, les modalités de prise en charge et leur contexte ainsi que le comportement de l'enfant. On y retrouve également quelques données quantitatives que sont le PH au cordon, la saturation et la température de l'enfant ainsi que la durée du peau à peau.
- La quatrième et dernière partie concerne essentiellement le comportement de l'enfant en secteur mère enfant au cours des deux premiers jours de vie et ne comporte que des données qualitatives descriptives.

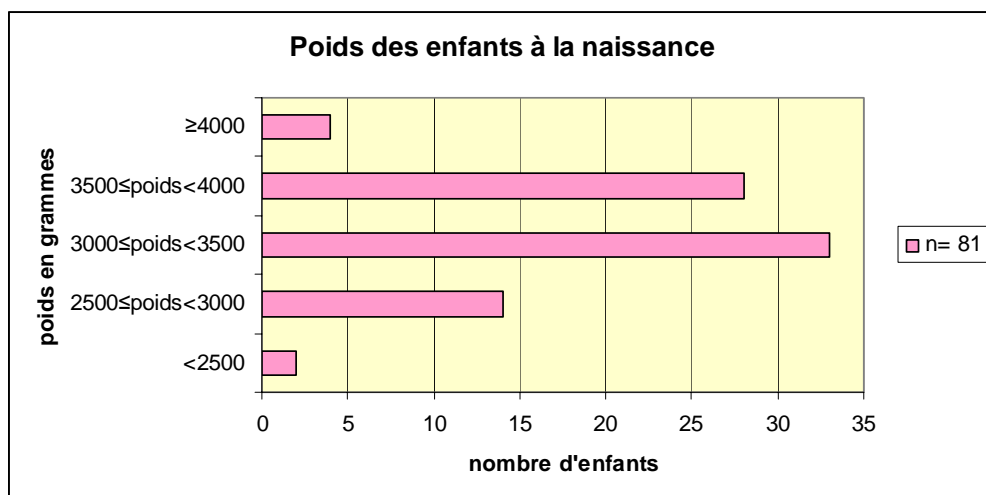
3 PRESENTATION DES RESULTATS.

Dans ce chapitre, les statistiques issues des réponses obtenues dans le questionnaire vous seront présentées question par question. L'analyse plus fine de ces résultats vous sera ensuite proposée dans la troisième partie de ce mémoire.

3.1 Première partie du questionnaire intitulée

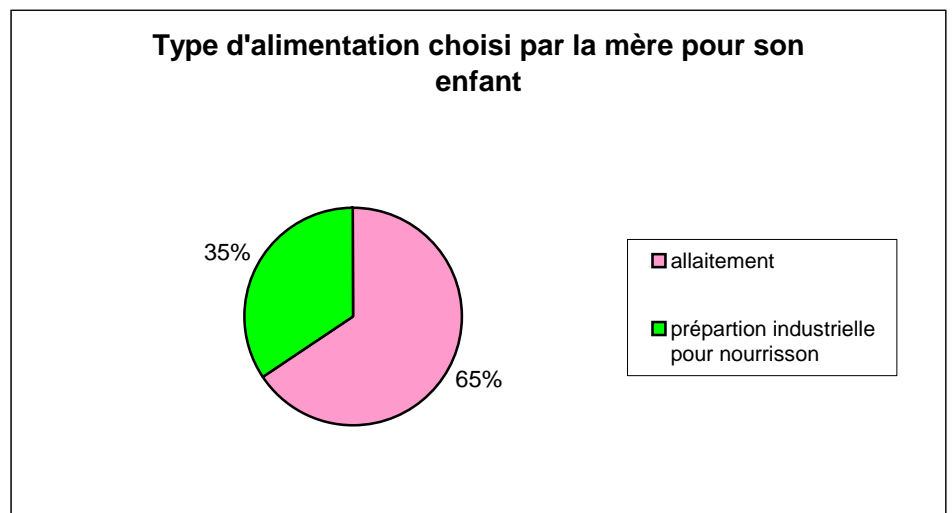
« Renseignements généraux » :

- Le premier item concernait l'âge gestationnel de l'enfant. Ce dernier permettait de vérifier le respect du premier critère d'inclusion. Je retrouve donc la totalité de mon effectif ayant un âge gestationnel supérieur à 37 semaines d'aménorrhée.
- Le second item concernait le poids de l'enfant.



On retrouve la majorité des sujets dans une catégorie de poids comprise entre 2500g et 4000g. Deux enfants présentant un petit poids de naissance et quatre macrosomes.

- Le troisième item concernait l'apgar de l'enfant à 1 et 3 minutes de vie. Globalement, 67 nouveau-nés (82,7%) avaient un bon score soit 9/10 ou 10/10 et 4 enfants (5%) présentaient un score correct de 8/9. Ensuite on retrouve 3 enfants (3,7%) avec un apgar médiocre à 1 minute et qui s'améliore ensuite (7/10, 7/10, 7/8). Puis, je note la présence de 2 sujets (2,4%) ayant un score qui se dégrade entre 1 minute et 3 minutes (7/6, 7/6). Enfin, 5 enfants (6,2%) avaient un apgar inférieur à 7 à 1 minute de vie mais qui s'améliore à 3 minutes (4/7, 5/7, 5/7, 6/9, 6/9)
- Le dernier item concernait le type d'alimentation choisi.

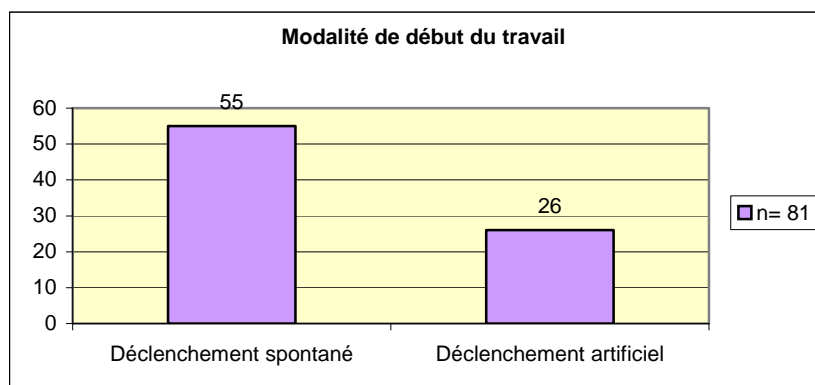


Dans cette étude, la majorité des mères ont choisi comme type d'alimentation l'allaitement pour leur enfant.

3.2 Deuxième partie du questionnaire intitulée

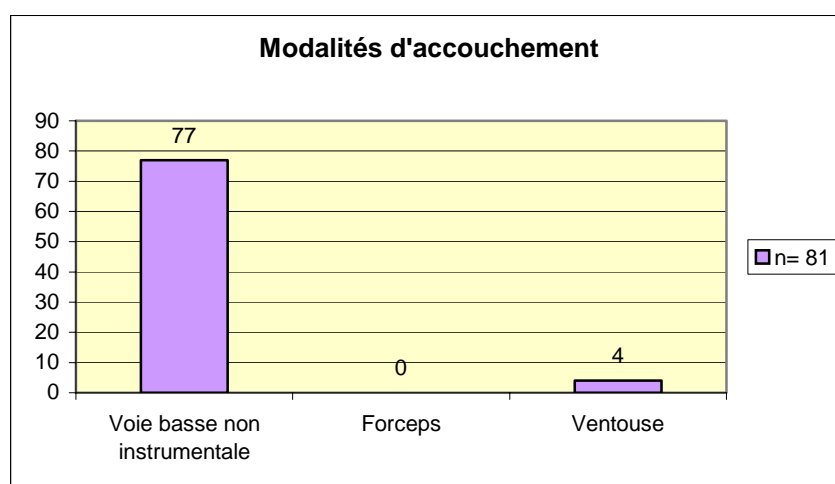
« Accouchement »

- Le premier item concernait la modalité de déclenchement du travail.



On a donc un déclenchement spontané du travail qui s'est effectué dans 67,9% des cas et un déclenchement artificiel a eu lieu dans 32,1% des cas.

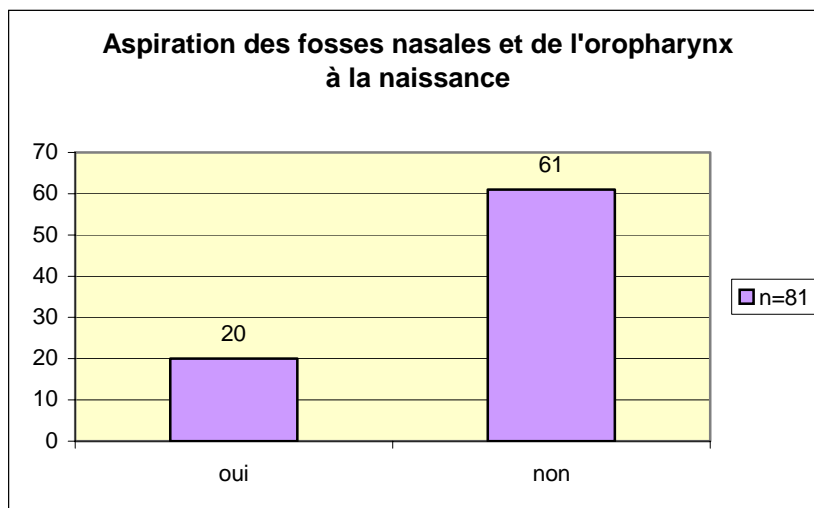
- Le second item concernait la modalité d'accouchement.



Concernant les modalités d'accouchement, on retrouve 95% d'enfants nés par voie basse non instrumentale, aucun enfant né après forceps et 5% nés par ventouse.

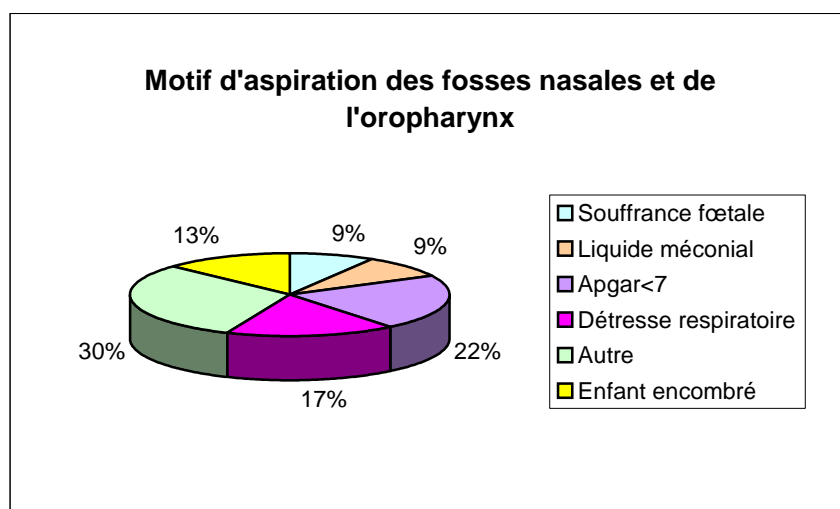
3.3 Troisième partie intitulée : « Post partum immédiat »

- Le premier item traitait de la réalisation ou non d'une aspiration des fosses nasales et de l'oropharynx de l'enfant. On y retrouve donc :



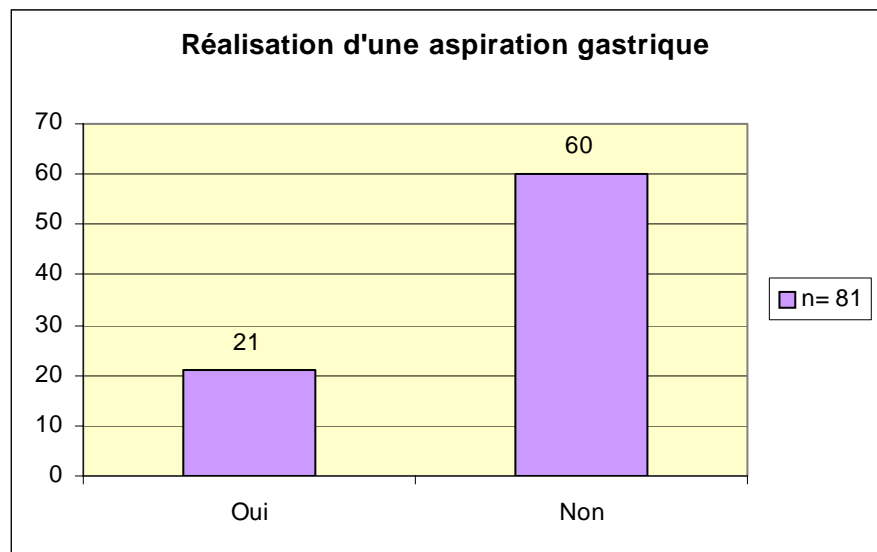
Ceci signifie qu'une aspiration de l'oropharynx et des fosses nasales a été réalisée chez 24,7% des enfants et qu'elle n'a pas été réalisée dans 75,3% des cas

- Le second item précisait les raisons ayant motivée la réalisation de cette aspiration. On y retrouve les pourcentages suivants en fonctions des différentes situations :



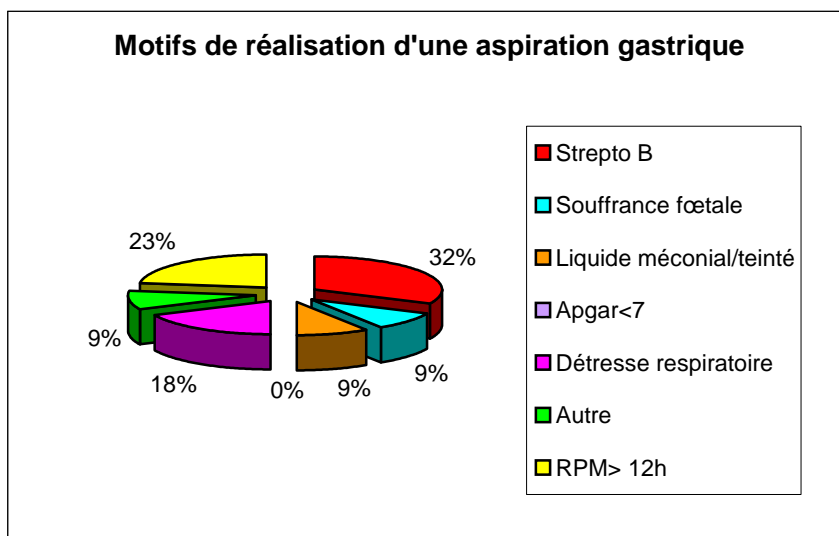
La catégorie « autre » touche sept enfants et les précisions apportées ramènent les situations suivantes : 2 enfants ont présentés des « difficultés à démarrer », 1 enfant avait une « cyanose faciale », 1 enfant était hypotonique et présentait un cri faible. Pour les 3 derniers la case « autre » a été cochée mais aucune précision n'a été apportée.

- Le troisième item concernait la réalisation ou non d'une aspiration gastrique de l'enfant.



Ainsi 26% des enfants ont bénéficié d'une aspiration gastrique et 74% n'en ont pas bénéficié. Je tiens à préciser que sur les 21 enfants ayant subi une aspiration gastrique 12 faisaient également partis des enfants ayant subi une aspiration des fosses nasales et de l'oropharynx et donc que 9 sujets ont simplement bénéficié d'une aspiration gastrique.

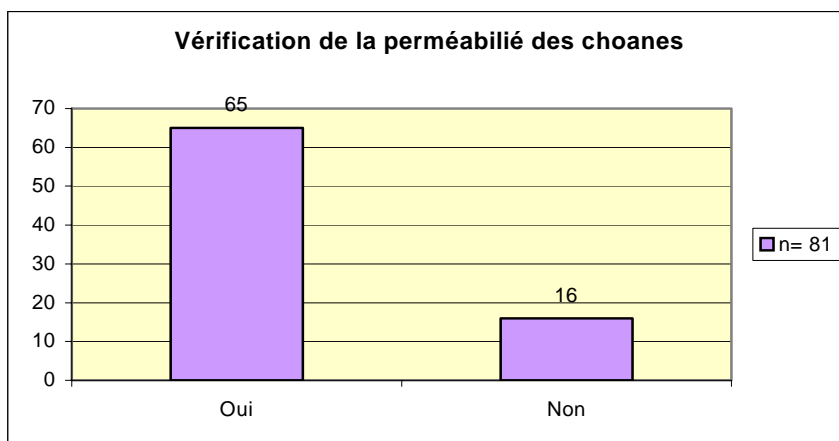
- Le quatrième item apportait des précisions quant aux motifs ayant amenés à la réalisation de ce geste.



La catégorie « autre » est constituée de deux réponses qui sont : encombrement important et râles à l'auscultation.

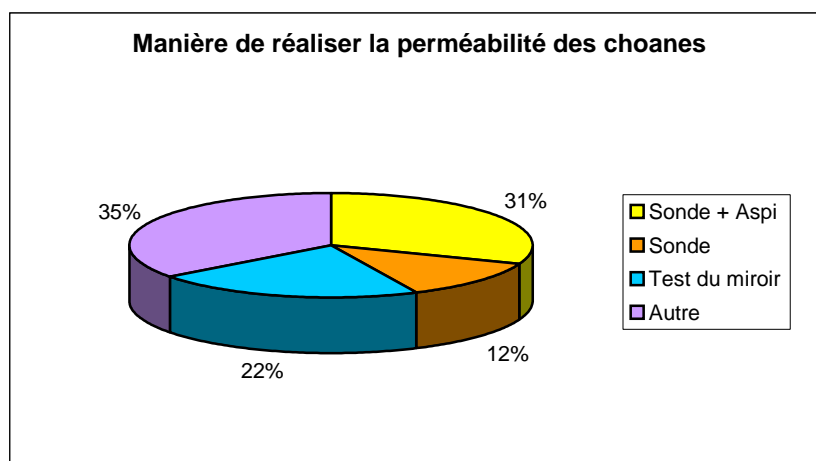
On remarque que la majeure partie des aspirations gastriques ont été réalisées pour cause de présence de Streptocoque B ou pour rupture prématurée des membranes supérieure à douze heures. Je tiens à préciser que les 9 sujets évoqués précédemment font partie de l'une ou l'autre de ces catégories.

- Le cinquième item concerne la réalisation ou non de la perméabilité des choanes de l'enfant.



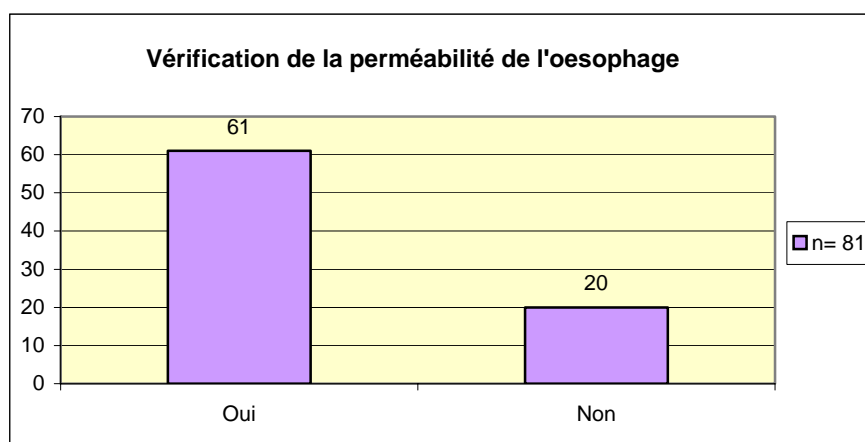
Ainsi, dans 80,2% des cas une réponse positive a été posée pour cet item et dans 9,8% des cas j'ai obtenu une réponse négative.

- Le sixième item apportait des précisions quant à la méthode utilisée pour cette vérification.



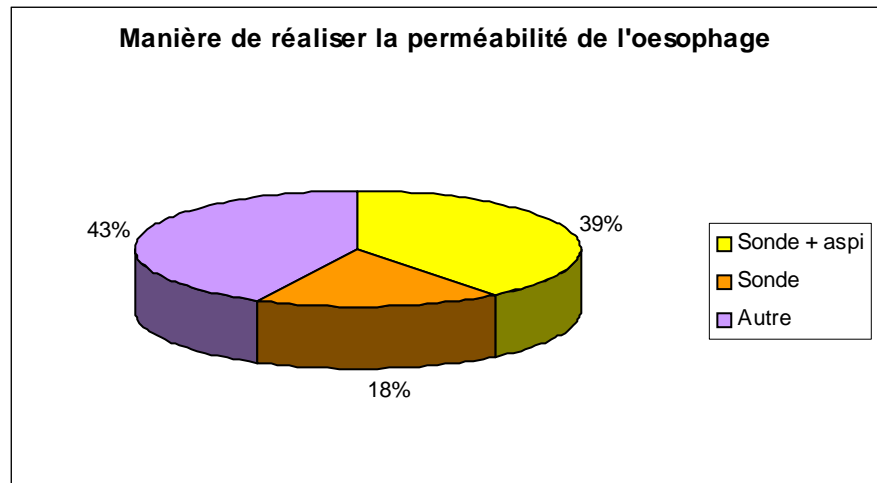
Je tiens à préciser que pour la catégorie « autre » j'ai obtenu exactement le même type de réponse dans tous les cas à savoir, les sages femmes ont vérifié la perméabilité des choanes en observant l'état clinique de l'enfant et ont répondu : enfant rose, respiration lente et calme...

- Le septième item devait mettre en évidence si la perméabilité de l'oesophage avait été recherchée.



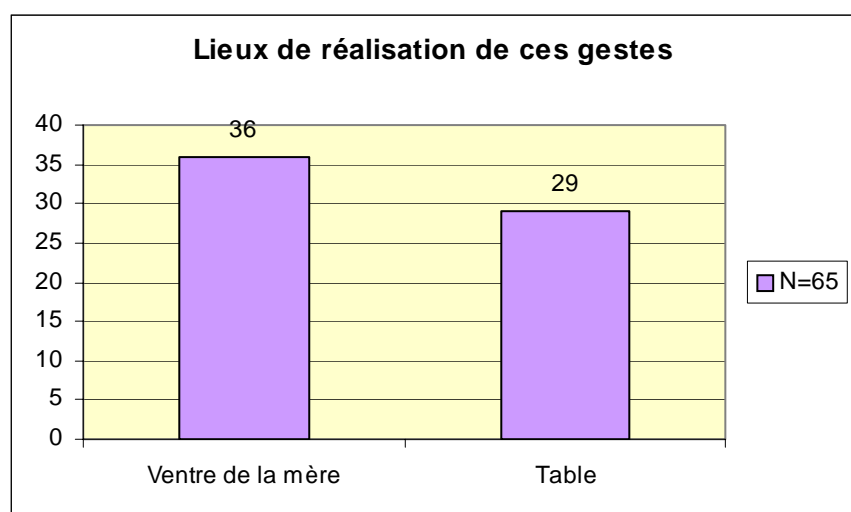
Ainsi, la perméabilité de l'œsophage a été recherchée dans 75,3% des cas et cela n'a pas du tout été réalisé dans 24,7% des cas.

- Le huitième item était en lien avec la manière dont cette vérification a été effectuée.



Je tiens à préciser que les réponses obtenues dans la catégorie «Autre» étaient toutes similaires et étaient formulées de la façon suivante : première tétée ou biberon.

- Le neuvième item était intitulé « A quel endroit le(s) geste(s) cité(s) ci-dessus a(ont)-t-il(s) été effectué(s) ? »

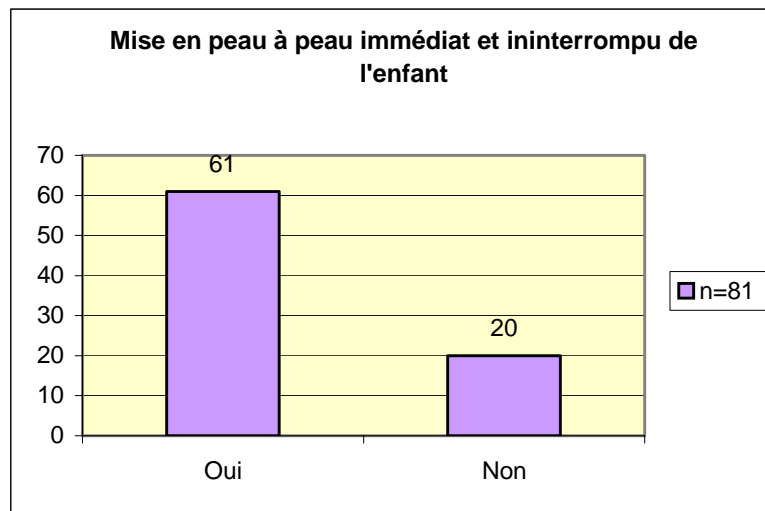


Pour cette question je n'ai obtenu que 65 réponses (soit 16 non réponses). Ces chiffres peuvent être corrélés aux réponses négatives obtenues dans les items 5 et 7.

- Le dixième item cherchait à relever le pH au cordon de l'enfant. Cet item n'a jamais été rempli. Ceci peut être justifié par le fait que le service ne possède pas de pHmètre en salle de naissance. Les prélèvements sont donc envoyés au laboratoire et les résultats ne sont alors connus qu'à posteriori et n'ont par conséquent plus la même valeur diagnostique.

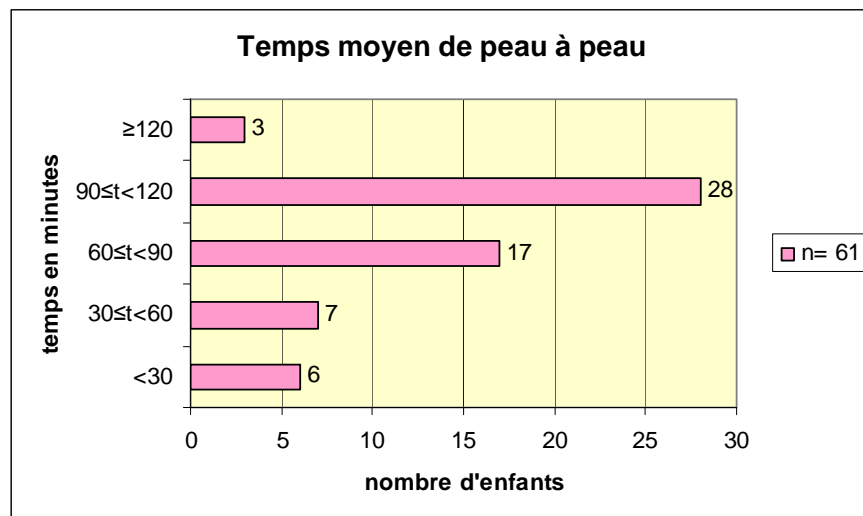
- Le onzième item s'intéressait à la saturation de l'enfant à la naissance puis à une heure de vie. La mesure de la saturation n'est pas réalisée de façon systématique dans cette maternité, les sages femmes peuvent cependant y recourir si nécessaire. Pour la réalisation de l'étude et en accord avec la cadre et le personnel je souhaitais que la saturation soit mesurée chez tous les nouveau-nés afin d'avoir des données quantitatives. Seules 17 réponses (soit 5 enfants aspirés et 12 non aspirés) ont été saisies ce qui me donne des chiffres partiels et peu représentatifs à savoir :
 - Une saturation moyenne à la naissance de 95,4% chez les aspirés contre 97% chez les non aspirés.
 - Une saturation moyenne à une heure de vie de 98,8% chez les aspirés contre 99% chez les non aspirés.

- Le douzième item traitait de la mise en peau à peau immédiat et ininterrompu de l'enfant.



Ainsi, 75,3% des enfants ont bénéficié d'un peau à peau immédiat et ininterrompu. Les autres 24,7% sont les enfants ayant été emmenés dans les minutes suivant la naissance sur table de réanimation.

- Le treizième item était relatif au temps de mise en peau à peau de l'enfant.

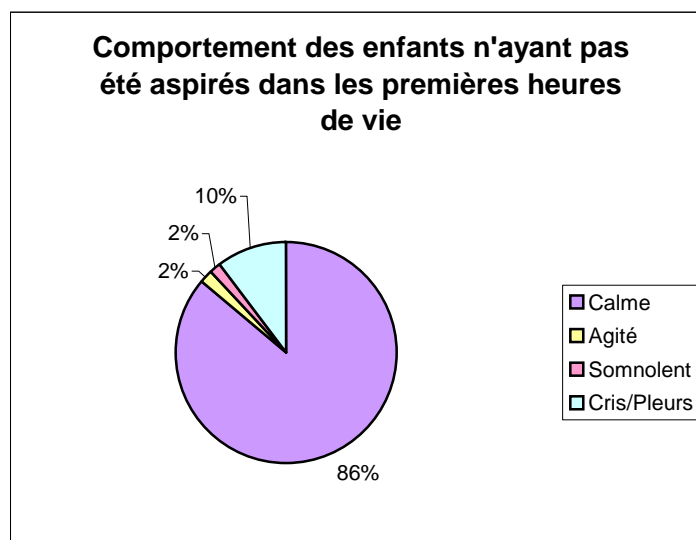
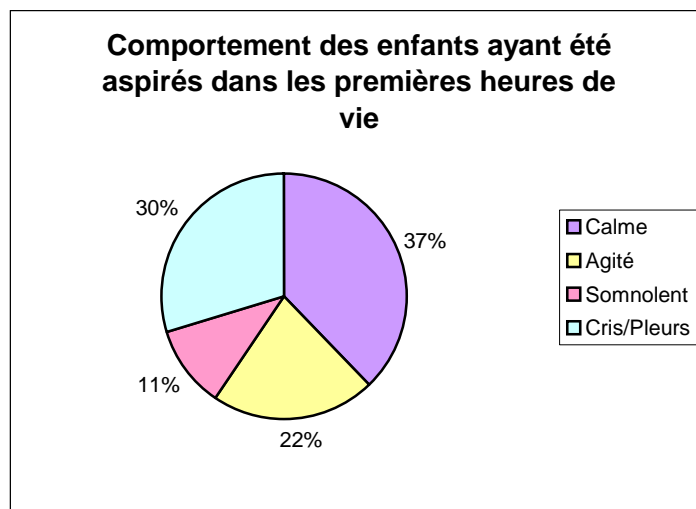


On constate que la majorité des enfants ont bénéficié d'un temps de peau à peau compris entre 1h30 et 2h.

- Le quatorzième item s'intéressait à la température de l'enfant. Je trouve une température moyenne de 37,1°C pour les enfants ayant été mis immédiatement en peau à peau et une température moyenne de 36,7°C pour les enfants n'ayant pas bénéficié d'un peau à peau immédiat

(enfants emmenés sur table de réanimation puis ayant bénéficié secondairement d'un peau à peau). Cependant, je considère que ces résultats ne sont pas significatifs car dans la formulation de la question, il n'était pas indiqué un moment précis de prise de température.

- Le quinzième item concernait le comportement général de l'enfant dans les premières heures suivant la naissance. Au total, les réponses me rapportent 68% d'enfants calmes, 9% d'enfants agités, 5% de somnolents et 18% d'enfants présentant des cris et/ou des pleurs. Cependant, si je sépare les enfants aspirés des non aspirés j'obtiens les résultats suivants :



On remarque donc un pourcentage supérieur d'enfants calmes chez les nouveau-nés non aspirés que chez les aspirés.

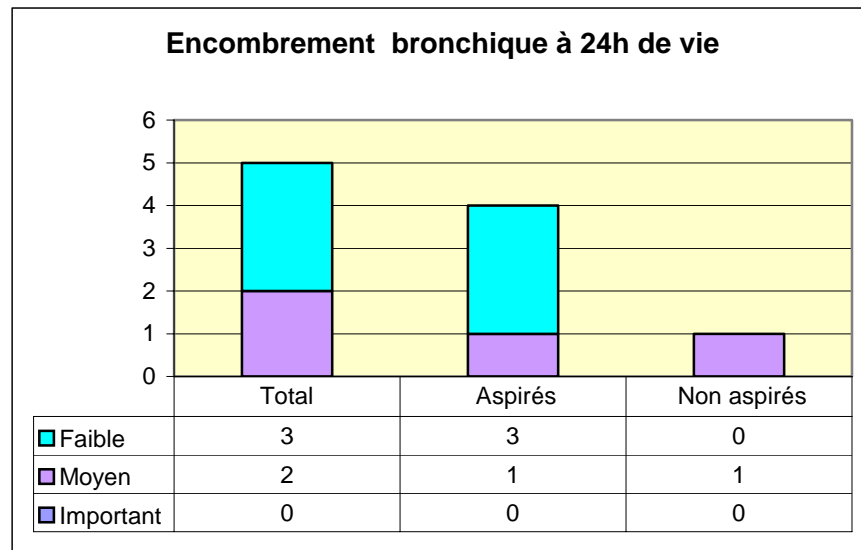
- Le seizième item était intitulé « Une aspiration a-t-elle du être effectuée secondairement ? ». J'ai obtenu une réponse positive pour 3 enfants. Il faut savoir que ces enfants avaient déjà bénéficié d'une première aspiration de l'oropharynx, des fosses nasales ainsi que d'une aspiration gastrique. Ces nouveau-nés présentaient également un mauvais apgar à 1 et 3 minutes de vie (7/6, 7/6, 4/7) (cf 3.1 – troisième item)
- Le dernier item recherchait les raisons ayant poussé à une nouvelle aspiration de l'enfant. Pour les trois enfants cités précédemment, on a une aspiration secondaire pour encombrement important et deux pour cyanose et apnée secondaire.

3.4 Dernière partie du questionnaire intitulée « Evaluation en suites de couches »

Avant de débiter le détail des résultats de cette partie, je tiens à souligner le fait que l'étude ne s'est poursuivie que sur 80 sujets. En effet, l'un des enfants est statistiquement considéré comme « perdu de vue » car il a été transféré après la naissance en service de néonatalogie dans une maternité de niveau 2B pendant 72 heures.

- Les deux premiers items concernaient l'examen pédiatrique du premier jour et n'ont rapporté qu'une seule réponse négative. En effet l'un des enfants présentait un souffle cardiaque à l'examen du pédiatre. L'échographie de confirmation a révélé « *une petite Communication InterVentriculaire* ». Tous les autres examens pédiatriques se sont révélés strictement normaux.
- Le troisième item présenté sous la forme d'un tableau a servi à évaluer l'enfant dans les quarante huit premières heures de vie Il recherchait la présence ou non d'un encombrement bronchique, de régurgitations ou de difficultés à l'allaitement maternel ainsi que leurs intensités.

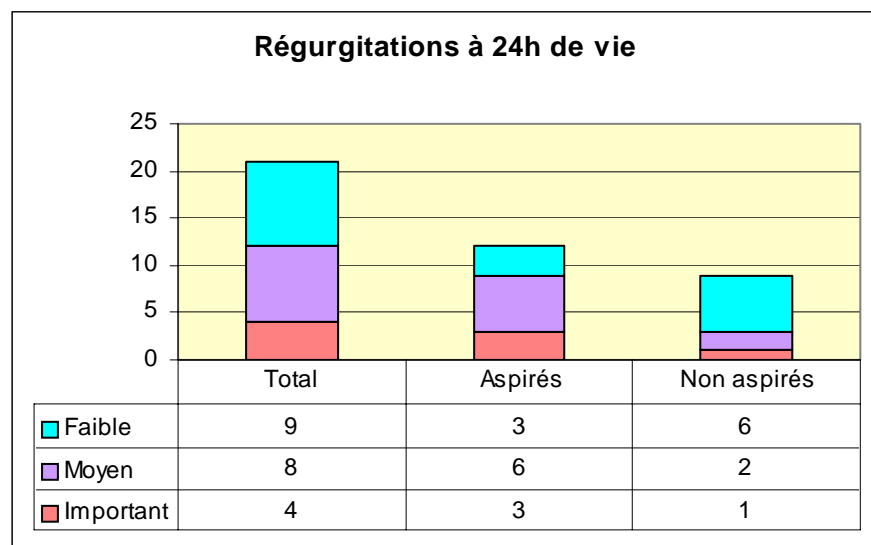
- Pour l'encombrement bronchique.



Seul 6,2% des enfants étaient encombrés à 24h de vie (5/80 enfants). Plus précisément on a 20% des enfants aspirés qui ont présenté un encombrement à 24h de vie (4/20 enfants) soit 15% de manière faible et 5% de manière moyenne. Parmi les enfants non aspirés seul un enfant a présenté un encombrement moyen à 24h (soit 1,66% des 60 enfants non aspirés).

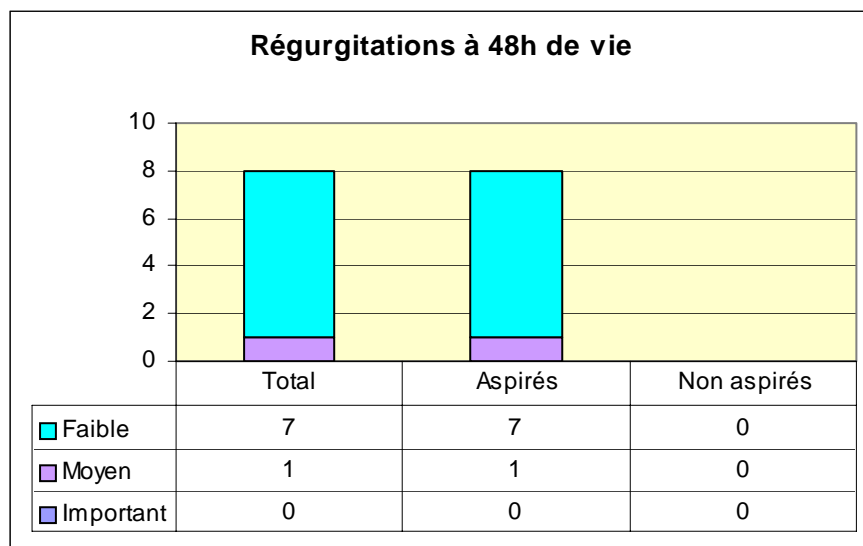
Aucun enfant n'a présenté un encombrement bronchique à 48h de vie.

- Pour les régurgitations :



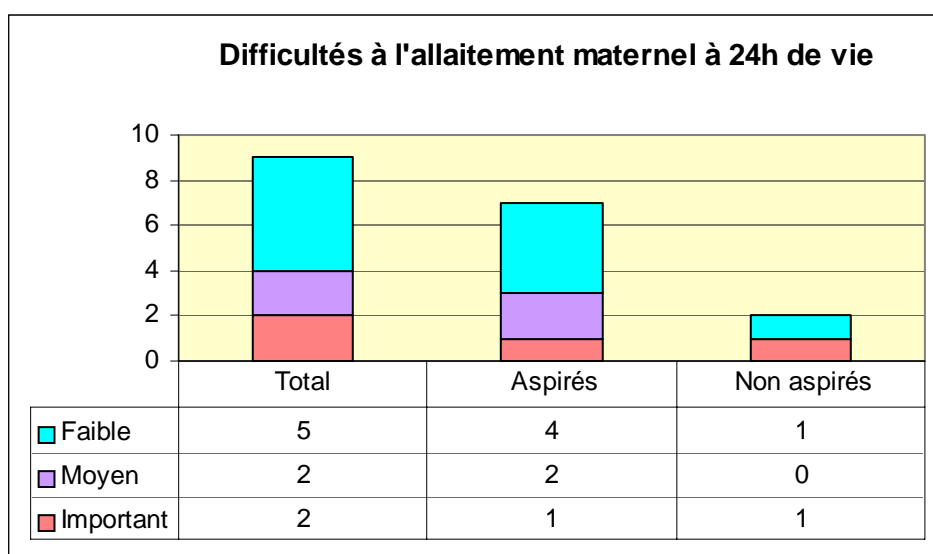
Seuls 26,3% des enfants ont présenté des régurgitations à 24h (21/80 enfants). Plus précisément, on retrouve des régurgitations à 24h de vie chez

60% des enfants aspirés (12/ 20 enfants) soit 15% de manière faible, 30% de façon moyenne et 15% de régurgitations importantes. Chez les non aspirés on n'en dénombre que 15% (9/60 enfants) soit 10% de manière faible, 3,3% de manière moyenne et 1,7% de façon importante.



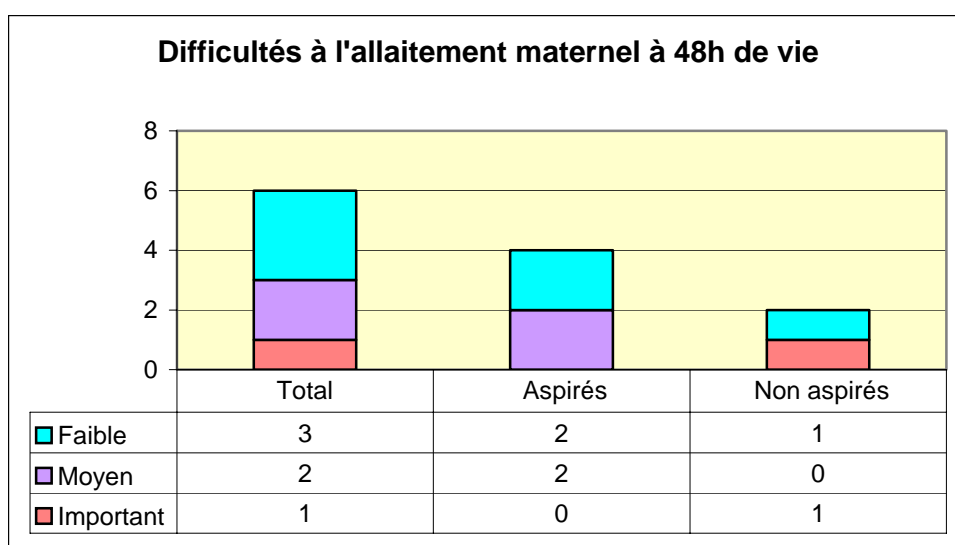
Seuls 10% des enfants régurgitait à 48h de vie (8/80 enfants). Tous les enfants, présentant des régurgitations, avaient été aspirés auparavant ceci correspond à 40% du nombre total d'enfants aspirés soit 35% de manière faible et 5% de façon moyenne.

- Pour les difficultés à l'allaitement maternel.



Rappelons que nous disposons de 53 enfants allaités (cf :3.1– 4^{ème} item). Or, 17% de ces enfants ont rencontré des difficultés à l’allaitement maternel à 24h de vie (9/53 enfants).

Sur ces 53 enfants allaités, 20 ont été aspirés et 33 ne l’ont pas été. Ainsi, pour les enfants aspirés, 35% ont rencontré des difficultés à 24h de vie (7/20 enfants) soit 20% de manière faible, 10% de façon moyenne et 5% de manière importante. Chez les non aspirés, on a 6% de difficultés à 24h (2/33 enfants) soit 3% de manière faible et 3% de manière importante.



Seuls 11,3% (6/53 enfants) des enfants allaités ont montré des difficultés à 48h de vie. Plus précisément, 20% (4/20) des enfants aspirés ont présenté des difficultés à 48h soit 10% de manière faible et 10% de façon moyenne. Par ailleurs, on retrouve exactement les mêmes chiffres qu’à 24h pour les non aspirés.

- Pour les items quatre et cinq qui recherchaient si une aspiration avait dû être effectué en secteur mère enfant et les raisons de ce geste, aucun enfant n’était concerné.

- Enfin, le dernier item voulait répertorier le nombre d'allaitements maternels exclusifs à J3. On retrouve 96% de poursuite de l'allaitement maternel à J3 (51/53 enfants) et 4% d'arrêt de l'allaitement maternel. Ces 4% ne représentent en réalité que 2 enfants, l'un appartenant au groupe des enfants aspirés et l'autre au groupe des non aspirés. Chacun des deux enfants a présenté des difficultés importantes à l'allaitement maternel au cours des quarante huit premières heures de vie.

*Troisième partie : Analyse et discussion autour
des résultats et propositions envisagées.*

1 ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION.

Cette partie se propose de vous présenter une analyse plus fine et sélective des résultats exposés dans la seconde partie de ce mémoire et ceci dans le but de comparer les nouvelles pratiques en place aux recommandations officielles, d'en observer l'impact sur les nouveau-nés et d'en tirer les points positifs et négatifs.

1.1 Analyse des pratiques professionnelles.

1.1.1 Désobstruction oropharyngée et nasale sélective.

Nous avons vu précédemment qu'une désobstruction des voies aériennes supérieures n'a été pratiquée que dans un quart des cas (24,7%). Ces chiffres nous montrent bien que le recours à ces pratiques n'est plus systématique dans cette maternité. Rappelons que la Haute Autorité en Santé recommande d'éviter l'utilisation de sonde d'aspiration des voies aériennes supérieures en l'absence de détresse vitale [23] et que les recommandations internationales expliquent que cette aspiration n'est pas nécessaire chez les nouveau-nés à terme, ayant criés et ayant un bon tonus. [32] [1] [2] [14]

De plus, pour ce qui est des motifs ayant conduit à l'aspiration de la majeure partie de ces enfants, on retrouve une justification dans chaque cas. En effet, si l'on se réfère aux recommandations, les situations de détresse vitale, d'encombrement, de liquide amniotique teinté, d'enfant non tonique ou qui ne crie pas, sont citées. En complément de ces dernières, on retrouve, également, dans la littérature, les écrits du Dr GREMMO FEGGER [18] qui nous propose une liste de cas où l'aspiration s'impose systématiquement et qui sont :

- Le traitement maternel par psychotropes, notamment les benzodiazépines.
- Les toxicomanies maternelles.
- Les souffrances fœtales aiguës et anomalies du rythme cardiaque fœtal.
- Les analgésiques en péri partum (Nubain, Dolosal...)
- Le liquide amniotique teinté

- La césarienne
- Le terme inférieur à 39 SA
- Les difficultés d'adaptation extra utérine
- L'encombrement important
- L'hypotonie importante même si adaptation cardio-respiratoire satisfaisante.

On remarque donc, aux vues des résultats, que lorsque l'un de ces cas de figure s'est présenté, une désobstruction des voies aériennes supérieures a bien été réalisée. Le recours à cette pratique est donc judicieux dans cette maternité.

La pratique de l'aspiration nasale et oropharyngée sur critère individuel et non de façon systématique est donc tout à fait en accord avec les recommandations nationales et internationales.

1.1.2 Aspiration gastrique non systématique.

Pour ce qui est de l'aspiration gastrique, on constate également qu'elle n'est pas réalisée systématiquement mais dans des cas particuliers. En effet, elle a seulement été pratiquée dans un quart des cas.

Nous avons vu précédemment que les recommandations internationales tendent à proscrire l'aspiration gastrique systématique et que l'OMS va jusqu'à la qualifier de « *pratique dangereuse* » [32]. De plus, la littérature nous apporte un élément complémentaire au travers des publications du Dr GREMMO FEGGER [18] qui stipulent que l'aspiration gastrique ne doit pas être systématique mais doit être pratiquée pour un diagnostic bactériologique en cas de liquide amniotique teinté ou de suspicion d'infection materno- fœtale. Or, à Hospitalor Saint-Avold, 74% des aspirations gastriques ont été réalisées dans ces situations particulières. Les autres motifs évoqués étaient : un apgar <7, une souffrance fœtale aiguë ou une détresse respiratoire. Je suppose que, dans ces cas, le sens de la question a été mal interprété par les sages femmes et que le geste pratiqué par les sages femmes correspondait plus à une vidange gastrique, dans l'éventualité d'une ventilation de l'enfant, qu'à une réelle aspiration gastrique.

La pratique de l'aspiration gastrique, telle qu'elle est réalisée à Hospitalor Saint-Avoid, est donc tout à fait en adéquation avec les recommandations en vigueur la concernant.

1.1.3 Recherche de l'atrésie des choanes.

L'atrésie des choanes est une pathologie rare, retrouvée dans 1/7000 naissances. Elle se définit par une occlusion osseuse ou membraneuse congénitale d'un ou des choanes, due à l'échec de la rupture de la membrane bucco nasale chez l'embryon. [17]

Le dépistage de cette atrésie fait partie de l'examen du nouveau-né à la naissance lors de la recherche de malformations. De plus, cette recherche doit être signalée dans le carnet de santé de l'enfant. Au cours de l'étude, 80,2% des nouveau-nés ont bénéficié de ce dépistage.

Cependant, les méthodes utilisées varient et n'ont pas toutes le même impact. Tout d'abord, dans 35% des cas, l'observation de l'état clinique de l'enfant (coloration rose, respiration lente et calme ...) a servi de moyen de dépistage. Ceci rejoint tout à fait les recommandations internationales qui exhortent à se baser dans un premier temps sur un examen clinique puis d'utiliser, le cas échéant, des gestes spécifiques. En effet, les nouveau-nés atteints d'une atrésie bilatérale des choanes présentent une clinique particulière avec : une détresse respiratoire, une cyanose au repos, une coloration rose lorsqu'il pleure et un tirage sus sternal caractéristique. Néanmoins, l'atrésie unilatérale des choanes (40% des cas d'atrésie des choanes) peut passer inaperçue car les signes cliniques ne se révèlent que plus tardivement dans l'enfance. Ainsi, si l'observation clinique permet d'écarter une atrésie bilatérale, elle ne peut éliminer, à elle seule, une atrésie unilatérale. Elle doit alors être complétée éventuellement par une technique « douce ». Cela peut avoir lieu en salle de naissance ou peut être recherché lors du premier examen pédiatrique car il n'y a aucune urgence vitale immédiate.

Les sages femmes ont également eu recours à des méthodes dites « douces ». Il en existe essentiellement deux types :

- Le test du miroir au cours duquel on observe la buée se formant sur le miroir par le souffle de chaque narine.
- Le test du coton : il s'agit de placer une petite mèche de coton devant chaque narine et d'en visualiser la vibration due au passage de l'air.

Ces techniques non agressives permettent de poser le diagnostic d'atrésie unilatérale ou bilatérale des choanes, peuvent venir compléter l'examen clinique, et sont susceptibles d'être réalisées sur le ventre de la mère.

Enfin, dans 43% des cas, la méthode choisie fut l'utilisation d'une sonde couplée ou non à une aspiration. Il s'agit de la méthode la plus traditionnellement utilisée et qui consiste à introduire une sonde de calibre 8 dans chaque narine et d'y associer ou non une aspiration. Cependant, l'inconvénient principal de cette méthode est qu'elle peut entraîner un œdème local des muqueuses lié au traumatisme du passage ; ce dernier pouvant parfois causer une obstruction nasale. Cet élément nous est exposé dans une étude réalisée par J. Lerailliez [28] qui a montré « *qu'en cas de sténose modérée le moindre épaissement de la muqueuse (parfois favorisé par le passage de sonde) peut conduire à une gêne obstructive considérable* ». Or, au cours de l'étude, pour 12% des enfants, le passage simple d'une sonde a servi d'examen de dépistage. Bien qu'un passage simple de sonde soit moins traumatique qu'une aspiration nasale, le risque de lésion de la muqueuse avec œdème des choanes subsiste. Il faut également noter que les 31% d'enfants restants sont ceux qui ont nécessité une désobstruction nasale et oropharyngée ; ainsi, la recherche de l'atrésie a eu lieu simultanément par passage de sonde plus aspiration. Le choix de la technique n'était donc pas possible pour ces nouveau-nés.

Ainsi, je remarque que la recherche de l'atrésie des choanes a bien été réalisée dans la majorité des cas. Toutefois, il existe une disparité des pratiques sans doute liée à l'absence de protocole. En effet, l'utilisation de méthodes « douces » ainsi que l'observation clinique vont tout à fait dans le sens des recommandations et dans le sens voulu par le projet de service (IHAB). Néanmoins, le recours classique à une sonde subsiste bien qu'il puisse avoir des répercussions traumatiques. Il reste toutefois tout à fait justifié dans des cas où l'état clinique de l'enfant nécessite une aspiration nasale.

1.1.4 Le dépistage de l'atrésie de l'oesophage.

L'atrésie de l'oesophage est une pathologie dont la fréquence est de 1/4500 naissances et se définit par une interruption de la continuité oesophagienne. Il existe cinq types anatomiques différents classés en fonction de l'existence ou non de fistules trachéo-oesophagiennes [37]. En France, elle est suspectée à la naissance lorsqu'une sonde de calibre 10 bute à une dizaine de centimètre de l'orifice buccal ; un test à la

seringue doit alors venir poser le diagnostic. En cas de retard de diagnostic, le risque lors de l'alimentation est une inondation trachéo-bronchique qui pourra entraîner une surinfection et ainsi aggraver le pronostic.

Au cours de notre étude, cette atrésie a été recherchée dans 75,3% des cas et trois méthodes de dépistages se sont dégagées.

La première est l'utilisation d'une sonde avec aspiration (39%) qui reste la méthode la plus utilisée en France actuellement. Toutefois, cette pratique ne fait pas partie des lignes directrices des recommandations au sujet de l'atrésie de l'œsophage [1] [2] [27]. De plus, la littérature nous rapporte des cas de perforations œsophagiennes consécutives à l'aspiration surtout chez des prématurés, mais aussi chez des nouveau-nés à terme et normaux (10 à 20% des cas) mais aussi des cas d'œsophagite sévère ayant pour cause la plus probable l'aspiration [11]. Cette technique trouve cependant sa justification lorsqu'une aspiration gastrique s'avère nécessaire.

La seconde fut le recours à une sonde sans aspiration. Cette méthode, certes plus « douce », présente un inconvénient : en effet, il y a le risque que la sonde ne bute pas mais s'enroule au niveau du cul de sac œsophagien et laisse croire ainsi à une perméabilité de l'œsophage. De plus, cette pratique n'est pas évoquée dans les recommandations. Cette méthode est donc incomplète à elle seule, le test à la seringue, basé sur le même principe et cité dans les recommandations, est alors un choix plus judicieux.

La dernière manière de dépistage a été l'observation de la première tétée ou de la prise du premier biberon. Ceci s'avère être une technique peu appropriée au vu des risques d'inhalation en cas d'atrésie vraie. Bien que, dans la littérature, le Dr M.. Thirion [40] nous explique qu'il y a peu de risque d'attendre la première tétée pour les nouveau-nés allaités car ils ne recevront que 2 ou 3ml de colostrum rempli d'anticorps et de cellules de l'immunité alors que ceux nourris au biberon prendront environ 10ml et auront un risque d'inondation bronchique. Cependant, les recommandations ne demandent pas d'attendre la première tétée mais de se baser sur l'observation de l'enfant qui présentera, entre autre, en cas d'atrésie une hypersalivation, une toux, et des accès de cyanose. Cette observation doit permettre de compléter l'anamnèse. En effet, les éléments les plus importants à rechercher sont la présence d'un hydramnios ou d'une mauvaise visibilité de l'estomac en échographie qui permettent de poser l'hypothèse d'une atrésie de l'œsophage et ainsi de réaliser un test à la seringue.

En ce qui concerne la recherche de l'atrésie de l'oesophage même constat que pour l'atrésie des choanes : dépistage sauvegardé dans la majorité des cas et disparité des pratiques certainement liée à l'absence de protocole. Je relève également un point négatif qui est l'attente de la première tétée afin de dépister une éventuelle atrésie car ce n'est pas une méthode validée et retrouvée dans les diverses recommandations.

1.1.5 Une tendance restreinte à l'abstention totale de gestes.

Au cours d'une modification de pratiques professionnelles en place visant à supprimer le recours à certains gestes systématiques, il existe toujours un risque de basculer dans l'effet inverse et donc de se retrouver face à une abstention totale de gestes de soins. Or, c'est l'un des constats qui se pose à l'issue de cette étude à Hospitalor Saint-Avoid. En effet, après analyse des résultats, on peut remarquer que dans 9,8% des cas la recherche d'atrésie des choanes n'a pas été effectuée et que celle de l'oesophage n'a pas du tout été réalisée dans 27,2% des cas. Nous avons vu précédemment qu'une atrésie bilatérale des choanes peut avoir de graves répercussions en cas de diagnostic retardé et qu'une atrésie unilatérale est beaucoup moins grave mais doit être dépistée car elle provoque des signes obstructifs unilatéraux et des rhinorrhées mucopurulentes chez l'enfant plus grand. De plus, l'atrésie de l'oesophage a été moins recherchée que celle des choanes alors que le pronostic de celle-ci est encore plus défavorable pour l'enfant en cas de retard de diagnostic que celui de l'atrésie des choanes. Bien que cela ne représente qu'une minorité des cas, cette tendance, mise en évidence par l'étude, nécessite de poursuivre une réflexion au sein de l'équipe mais ne remet, en aucun cas, en question le principe de la non aspiration systématique.

1.2 Analyse de l'impact de ces pratiques professionnelles sur le nouveau-né.

1.2.1 Un impact en salle de naissance.

1.2.1.1 *Sur l'adaptation respiratoire du nouveau-né.*

D'un point de vue physiologique, nous savons qu'à la naissance, la survenue des premiers mouvements respiratoires, entre autre, enclenche une série de phénomènes

permettant l'adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine. L'évacuation du liquide pulmonaire présent dans les voies aériennes et l'arrêt de sa sécrétion en sont également des éléments indispensables. La sécrétion de ce liquide diminue déjà deux à trois jours avant la naissance et s'arrête dans les trente minutes suivant la naissance. Pour ce qui est de son évacuation elle est assurée par la compression thoracique lors du passage de la filière génitale et par la résorption veineuse et lymphatique pulmonaire qui intervient dans les deux à six heures suivant la naissance [16]. Ainsi, physiologiquement, le nouveau-né est capable d'éliminer lui-même le liquide pulmonaire et de s'assurer une adaptation respiratoire correcte.

En ce qui concerne la saturation des enfants, les résultats obtenus au cours de l'étude sont non significatifs du fait du peu de réponses à cet item. Cependant, la littérature nous éclaire sur ce point par le biais d'une étude menée en 1997 par Carrasco, M et AL [10] à l'hôpital Clinicas de Montevideo. L'analyse portait sur les effets de l'aspiration oro-naso-pharyngée sur la saturation en oxygène de 30 nouveau-nés à terme, nés par voie basse, sans pathologie ou souffrance fœtale. Les enfants ont été séparés en deux groupes de quinze : dans le premier groupe une aspiration était réalisée à la naissance et pas dans le second. La saturation, quant à elle, a été mesurée pendant les 20 minutes suivant l'accouchement. Les résultats montrent que les enfants aspirés ont mis significativement plus de temps que les non aspirés pour atteindre des saturations de 86% et 92%. Or, la persistance d'une saturation inférieure à 85% peut causer une hypertension artérielle pulmonaire chez le nouveau-né; sa saturation doit donc dépasser rapidement ce seuil de 85%. Une seconde étude, du même type, réalisée dans une maternité turque entre juin 2003 et janvier 2004 [11] rapporte le même type de résultats. En effet, cette étude menée sur 140 enfants normaux nés à terme et par voie basse et séparés en deux groupes égaux (aspirés/ non aspirés), constate que les enfants non aspirés ont un rythme cardiaque plus bas entre la troisième et la sixième minute de vie et que leur saturation est plus élevée dans ces six premières minutes. De plus, le temps mis pour obtenir une saturation de 86% puis 92% était plus court dans le groupe des non aspirés(5min vs 8min et 6min vs 11min).

Ainsi, les études retrouvées dans la littérature et les recommandations officielles nous démontrent bien que l'abstention d'aspiration oropharyngée et nasale systématique n'entrave en rien l'adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né, bien au contraire.

1.2.1.2 Sur l'adaptation thermique de l'enfant.

L'une des conséquences indirecte de l'abstention d'aspiration systématique est la mise en peau à peau immédiat et interrompu de l'enfant. En effet, les gestes d'aspiration s'effectuant sur une table de réanimation, les enfants sont rapidement séparés de la mère pour que ces gestes soient effectués. Ainsi, même s'ils sont mis initialement en peau à peau, ils n'en bénéficient que pour peu de temps. Dans notre étude, 75,3% des nouveau-nés ont bénéficié d'un peau à peau immédiat et ininterrompu et dans la majorité des cas le temps moyen de celui-ci était supérieur à une heure (48/ 61 enfants). En ce qui concerne la température des enfants, mes résultats rapportent une température moyenne plus élevée chez les nouveau-nés ayant bénéficié d'un peau à peau immédiat et interrompu que chez ceux ayant été emmené sur table de réanimation puis placé secondairement en peau à peau. Mais ne considérant pas mes résultats comme significatifs je me tourne vers la littérature pour étayer ce propos. En effet, celle ci démontre par différentes études que les nouveau-nés placés en contact peau à peau ont une température axillaire et cutanée significativement plus élevée. Par exemple, une étude menée sur 176 nouveau-nés par Bystrova [6] comparait les enfants placés directement en peau à peau à ceux séparés de leur mère pour subir les soins de routine puis être habillés et placés à nouveau dans les bras de leur mère. Les auteurs ont conclu que les nouveau-nés en peau à peau ont une température plus élevée que les enfants de l'autre groupe. Ainsi, les enfants ne bénéficiant pas d'aspiration peuvent être placés immédiatement en contact ininterrompu avec leur mère ce qui aura, entre autre, comme impact positif de favoriser l'adaptation thermique et métabolique.

1.2.1.3 Sur le comportement de l'enfant.

Au travers des résultats de l'étude, nous avons pu constater que les enfants non aspirés avaient dans la grande majorité des cas un comportement très calme (86%) et que peu d'enfant criaient ou pleuraient (10%).

Nous savons que ces enfants ont bénéficié d'un peau à peau immédiat avec leur mère. Ceci a donc pu être un élément déterminant dans le comportement des ces derniers. En effet, les études retrouvées dans la littérature abondent dans ce sens. Dans l'étude randomisée, réalisée par Christensson et Michelsson [9], il a été mis en évidence que les nouveau-nés en peau à peau ont significativement moins d'épisodes de pleurs

que ceux placés en berceau et d'après les auteurs, *ces pleurs, ces courts sanglots, s'apparentent au « cri de détresse » observés en cas de séparation d'avec leur mère chez d'autres mammifères*. Une autre étude menée par Ferber a montré que les enfants ayant bénéficié d'une heure de contact peau à peau ont une meilleure organisation neuro-comportementale et présentent donc plus de phases de sommeil et surtout plus de phases de sommeil lent et profond.

Un second facteur doit également être pris en compte : en effet, il ne faut pas négliger la douleur subie par l'enfant lors d'une aspiration et qui peut donc expliquer une différence de comportement entre des enfants aspirés et des non aspirés. En effet, dans une étude réalisée par Santos en 2001 [38], on apprend qu'après avoir observé 50 nouveau-nés ayant subi une aspiration puis séparés en deux groupes pour qu'il leur soit pratiqué soit une stimulation douloureuse (prélèvement sanguin au talon) soit une stimulation jugée non douloureuse (friction du talon), il est conclut que *l'aspiration est une procédure douloureuse, au vu des manifestations similaires à celles constatée pendant le prélèvement sanguin*. De plus, une autre étude réalisée par Widström en 1987 [41] sur 40 nouveau-nés constate une augmentation de la pression artérielle de l'enfant au cours de l'aspiration, ce qui signe une stimulation douloureuse. Dans notre étude, il y avait une part d'enfants aspirés mais qui l'ont été par nécessité ; on ne peut donc pas faire une réelle comparaison entre les deux groupes d'enfants. Néanmoins, on remarque que les enfants aspirés sont plus agités et présentent plus d'épisodes de cris et de pleurs que les enfants non aspirés. Cette observation vient donc rejoindre les conclusions apportées par la littérature.

Ainsi, cette abstention d'aspiration systématique évite des stimulations douloureuses inutiles à l'enfant. De plus, en permettant le peau à peau immédiat avec la mère cela favorise l'adaptation neuro – comportementale du nouveau-né et évite ainsi des pleurs liés à la séparation d'avec celle-ci. Ces éléments auront également un impact sur la mise en route de l'allaitement.

1.2.2 Un impact en secteur mère enfant dans les quarante huit premières heures de vie

1.2.2.1 *Sur l'encombrement bronchique et les régurgitations.*

Une des justifications avancée concernant l'aspiration des nouveau-nés à la naissance est que celle-ci diminuerait l'encombrement des quarante huit premières heures. Or dans les observations rapportées par l'étude menée à Hospitalor Saint-Avold nous avons une part plus importante d'enfants aspirés qui présentent un encombrement à 24h de vie que d'enfants non aspirés. A quarante huit heures de vie, cependant, les deux groupes se rejoignent et plus aucun nouveau-né n'est encombré. Pour ce qui est des régurgitations on observe la même tendance : en effet, les enfants aspirés présentent plus de régurgitations que les non aspirés à 24h de vie. A 48h elles sont toujours présentes mais moindres chez les aspirés alors qu'elles ont disparu dans l'autre groupe. De plus, aucun enfant n'a du être aspiré à distance en secteur mères enfants. Rappelons qu'une partie des nouveau-nés a été aspirée car ils ont présenté des difficultés d'adaptation à la naissance, on ne peut donc pas réellement comparer ces deux groupes. Un fait rapporté et cité dans la littérature peut alors, dans ce cas, nous éclairer sur ce propos de part une étude non publiée et réalisée en 1992 à la clinique Saint Jean de Roubaix [35] [12]. Au cours de l'étude, un nouveau-né sur deux était aspiré à la naissance et une revue du dossier était effectuée si une aspiration devait être réalisée en suite de couches. Au final, autant d'enfants du groupe « aspiration à la naissance » que du groupe « non aspiré à la naissance » bénéficiaient d'une aspiration à distance. Les auteurs de cette étude ont donc conclu que l'aspiration à la naissance ne diminuait pas le risque d'encombrement nécessitant une aspiration par la suite. La possible explication de cet encombrement dans les quarante huit premières heures de vie est le stress induit par la naissance qui créerait une hypersalivation réactionnelle et que l'aspiration aggraverait ce processus par le stress supplémentaire qu'elle induit à l'enfant.

Ainsi, l'abstention d'aspiration systématique du nouveau-né à la naissance n'est pas génératrice d'inconfort supplémentaire pour l'enfant lié à un encombrement ou des régurgitations dans les premières heures de vie. En effet, les résultats de l'étude menée à Hospitalor Saint-Avold et les éléments de la littérature sont en adéquation pour dire que l'aspiration systématique n'apporte donc pas plus de bénéfice sur les régurgitations et l'encombrement.

1.2.2.2 Sur l'allaitement maternel.

Nous avons vu que l'un des objectifs de l'abstention d'aspiration systématique est de favoriser l'allaitement maternel et que c'est dans ce sens que les diverses recommandations ont été édictées. Au cours de notre étude, la majorité des mères ont choisi d'allaiter leurs enfants et nous avons observé que peu d'entre elles ont présenté des difficultés à l'allaitement dans les quarante huit premières heures de vie. Cependant, ces difficultés d'allaitement concernaient une part plus importante d'enfants aspirés que d'enfants non aspirés. Une explication sur ce point peut nous être apportée par la littérature au travers d'une étude menée en 1990, par Righard et Alade [36], dans les hôpitaux de Lund et Malmö en Suède. Cette étude portait sur 38 nouveau-nés dits « contact » car ayant bénéficiés d'un contact peau à peau immédiat et ininterrompu pendant une heure minimum et sur 34 nouveau-nés dits « séparation » qui ne bénéficiaient que de vingt minutes de contact avec leur mère avant d'en être séparé pour les soins de routine (comprenant une aspiration). Au moment de la première tétée (environ 50 minutes après la naissance), 24 nouveau-nés du groupe « contact » avaient une succion efficace contre seulement 7 enfants pour le groupe « séparation ». Cependant, il n'a pas été possible de déterminer si les troubles de la succion étaient engendrés par la séparation ou par l'aspiration. Une autre étude réalisée par Widström et ses collaborateurs en 1987 [41] a, quant à elle, montré que l'aspiration interrompait ou retardait l'ordre du comportement pré nourricier des enfants sains c'est-à-dire la séquence caractéristique amenant le nouveau-né à prendre le sein et à téter. De plus, nous savons que le contact précoce mère enfant et la première tétée seront déterminant pour la mise en route et la durée de l'allaitement maternel. Ceci est également largement décrit dans la littérature : globalement les diverses études sur le sujet constatent qu'un peau à peau précoce est bénéfique, entre autre, sur la durée d'allaitement et l'interaction mère enfant. [35]

Ainsi, au vu des résultats de mon étude qui concordent avec la littérature, j'en conclus que la pratique de l'abstention d'aspiration systématique a donc un impact positif sur la mise en place de l'allaitement car il n'y a pas de perturbation du comportement inné du nouveau-né l'amenant à prendre le sein. De plus, le contact précoce mère enfant favorise le bien être du nouveau-né.

1.3 Hypothèses écartées.

1.3.1 Impact de la modalité de début du travail.

Lors de l'élaboration de mon questionnaire, j'avais dans l'hypothèse que la modalité de début du travail allait influencer l'adaptation du nouveau-né et donc induire une situation où l'aspiration deviendrait nécessaire. En effet, je pensais retrouver des résultats en ce sens lorsque le travail était déclenché. Or je n'ai trouvé aucune différence d'adaptation entre les enfants nés après un travail induit et les enfants nés après un déclenchement spontané de celui-ci. De plus, je retrouve à peu près la même proportion d'enfants aspirés dans les deux groupes et pour des raisons similaires. J'ai donc abandonné cette hypothèse initiale.

1.3.2 Impact de la modalité d'accouchement.

Au départ, j'avais également émis l'hypothèse que la modalité d'accouchement, c'est-à-dire une voie basse instrumentale ou une voie basse non instrumentale, pouvait soit influencer sur l'adaptation initiale de l'enfant et conduire à une aspiration, soit se produisait dans une situation où l'aspiration du nouveau-né devenait nécessaire. Cependant, le peu d'enfants concernés par cette situation ne me permet pas d'émettre des conclusions. En effet, je ne dispose que de quatre sujets dont une moitié a présenté une mauvaise adaptation initiale et a été aspirée pour cette raison, et dont l'autre moitié n'a pas été aspirée et a présenté une bonne adaptation initiale. De plus, je retrouve le même type de situations sur une population bien plus importante d'enfants nés par voie basse non instrumentale. L'absence de différence significative entre les deux groupes et le peu de sujets nés par ventouse ne me permettent donc pas de conclure.

2 PROPOSITIONS.

2.1 Présentation des conclusions de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'équipe.

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles réalisée à Hospitalor Saint-Avoid a permis de mettre en lumière des éléments positifs et négatifs. Rappelons que ce service de maternité a modifié, entre autre, les pratiques concernant l'aspiration systématique des nouveau-nés dans le but d'obtenir le label IHAB. En accord et en collaboration avec la cadre, une réunion pourrait être organisée avec toute l'équipe du service maternité pour présenter les conclusions de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles que j'ai menée. Au cours de cette réunion seront présentés les résultats complets de l'étude. Chaque point de l'enquête sera ainsi confronté aux recommandations nationales et internationales en vigueur. Les problèmes posés par l'abstention totale de gestes de soins seront également évoqués afin de faire prendre conscience aux professionnels concernés que cela ne peut être que délétère pour les nouveau-nés, pour le projet de service et pour eux même. A l'issue de cette présentation, je compte proposer des pistes de réflexion concernant l'abstention d'aspiration systématique des nouveau-nés et la poursuite du dépistage des atrésies. Ces éléments pourront être le point de départ d'une réflexion au sein de l'équipe qui pourra l'amener à harmoniser les pratiques en place en formalisant une procédure de prise en charge. De plus, la mise en place d'un protocole en salle de naissance et concernant ces pratiques serait un document de référence pour les sages femmes en cas de doute sur une conduite à tenir. Cette réunion permettra également de recueillir les impressions et propositions de chacun.

2.2 Pistes de réflexion pour l'élaboration d'un protocole de prise en charge.

L'étude menée a permis de mettre en évidence une disparité des pratiques professionnelles concernant l'abstention d'aspiration systématique. Cette disparité repose, à mon sens, sur l'absence de protocole de soin relatif à la prise en charge du

nouveau-né à terme à la naissance. La mise en place d'un document de référence s'impose alors comme une solution de choix. Je proposerais donc des pistes de réflexion pour l'élaboration d'un protocole de prise en charge incluant les recommandations nationales et internationales, les résultats de l'étude et le travail déjà effectué par l'équipe du service de maternité. Les sages femmes pourront ainsi faire bénéficier le nouveau-né d'un peau à peau immédiat et ininterrompu et continuer à ne réaliser certains gestes invasifs que sur signe d'appel tout en poursuivant le dépistage des atrésies.

❖ **A la naissance, pour un nouveau-né, à terme, né par voie basse et ne présentant aucune pathologie :**

- Placez le nouveau-né en peau à peau avec sa mère, essuyez-le soigneusement puis recouvrez-le d'un champ chaud.
- Le nez de l'enfant doit être bien dégagé et son visage bien visible
- Laissez-le ainsi pendant les deux heures de surveillance après la naissance.
- Une surveillance très fréquente et régulière de la respiration, de la couleur et de la tonicité du nouveau-né doit être réalisée par la Sage Femme.
- Dépistage immédiat des atrésies sur signe d'appel clinique :
 - *Atrésie bilatérale des choanes* : un enfant rose quand il pleure et cyanosé au repos doit faire évoquer ce diagnostic. Vérifiez immédiatement la perméabilité des choanes par une méthode « douce ». En cas d'imperforation, mettez en place une canule de Guedel et prévenez le pédiatre.
 - *Atrésie de l'œsophage* : un test à la seringue doit être réalisé avant toute alimentation en cas d'hydramnios, de contexte polymalformatif, d'estomac non vu lors des échographies prénatales, de grossesse non suivie ainsi qu'en cas de salivation mousseuse abondante, de cyanose intermittente avec bradycardie, de détresse respiratoire ou d'encombrement persistant des voies aériennes supérieures. Si le diagnostic est positif, prévenez le

pédiatre, mettez en place une aspiration douce et continue du cul de sac et commencez les gestes de réanimation si nécessaire.

- En cas d'allaitement : laissez le nouveau-né prendre le sein sans intervenir. Puis restez présente lors de la tétée afin d'observer l'état clinique de ce dernier et la succion.
- En cas d'alimentation par préparation industrielle pour nourrisson : Si la mère le désire, réalisez une « tétée d'accueil » sinon faites un test à la seringue avant la prise du biberon.
- Effectuez les soins de routine (soins du cordon, mensuration, pesée, collyre, vitamine K...) ainsi que la vérification de la perméabilité des choanes de manière non invasive avec un miroir ou une mèche de coton au terme des deux heures de surveillance.

❖ **De façon non systématique et en fonction du contexte clinique :**

- Réalisez une déobstruction oropharyngée et nasale en cas de :
 - Liquide teinté
 - Encombrement important
 - Hypotonie importante
 - Difficultés d'adaptation extra utérine
 - Les souffrances fœtales aiguës et anomalies du rythme cardiaque fœtal.
 - Le traitement maternel par psychotropes, notamment les benzodiazépines.
 - Les toxicomanies maternelles.
- Effectuez une aspiration gastrique, en cas de :
 - Grossesse non suivie
 - Absence de prélèvement vaginal du 9^{ème} mois chez la mère à la recherche du Streptocoque B.
 - Diagnostic bactériologique (Strepto B, RPM>12H, suspicion d'infection materno-fœtale)

2.3 Une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles.

Nous avons vu que les nouvelles pratiques professionnelles, mises en place à Hospitalor, n'étaient pas en adéquation totale avec les recommandations nationales et internationales. De plus, une tendance restreinte à une abstention totale de geste a été mise en évidence dans quelques cas. Néanmoins, je pense que la mise en place d'un protocole en salle de naissance pourrait remédier à ces problèmes. Ainsi, je propose qu'une nouvelle évaluation de ces pratiques professionnelles soit effectuée après mise en place du protocole afin de vérifier la conformité des gestes ainsi que l'application du protocole. Tout ceci contribuera donc à l'amélioration de la qualité des soins dispensés ainsi qu'à l'obtention du label IHAB par le service.

Conclusion

Améliorer la qualité de l'accueil du nouveau-né à terme à la naissance par l'abstention de recours systématique à des gestes de soins est un des objectifs primordiaux fixés par les recommandations nationales et internationales, car cet accueil est étroitement lié à la mise en route de l'allaitement maternel, à l'établissement du lien mère- enfant et au bien être du nouveau-né. L'évolution des pratiques professionnelles adoptée à Hospitalor Saint-Avoid et motivée par l'obtention du label « Hôpital Ami des Bébé » répond parfaitement à cet objectif.

L'analyse de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles menée en 2007 dans cette maternité a montré que le recours à l'aspiration oropharyngée et à l'aspiration gastrique de façon sélective était tout à fait en accord avec les recommandations actuelles. Cependant, l'étude soulignait également une disparité des pratiques relative au dépistage des atrésies ainsi qu'une légère tendance à une abstention totale de gestes qui ne remet pas en cause le principe de non aspiration systématique.

Par ailleurs, les observations des nouveau-nés en salle de naissance et dans les quarante huit premières heures de vie ont montré que l'abstention d'aspiration systématique avait un impact tout à fait positif sur le bien être et l'adaptation de ces derniers. De plus, tous ces éléments d'observation ont été étayés par d'autres études publiées dans la littérature internationale. Toutefois, toutes ces études ayant été réalisées sur un nombre restreint de nouveau-nés, une étude de grande ampleur devrait être menée en France sur le sujet.

Ainsi, des mesures doivent être prises afin d'atteindre une conformité totale entre les pratiques en place et les recommandations. Dans un premier temps, une sensibilisation du personnel aux problèmes posés par l'abstention totale de gestes de soins devra être réalisée. Ensuite, un protocole concernant l'accueil du nouveau-né sain, né à terme et par voie basse devra être mis en place afin que les professionnels puissent avoir un document de référence auquel se reporter. Enfin, une nouvelle Evaluation des Pratiques Professionnelles devra être effectuée, à distance de la mise en place du protocole, afin de valider entièrement ces pratiques au regard des recommandations et de pouvoir prétendre à l'obtention du label IHAB.

Il est donc possible d'améliorer nos pratiques en assouplissant et en adaptant toutes ces gestes devenus systématiques de l'accueil du nouveau-né à terme à condition que chaque professionnel garde à l'esprit de façon permanente la possibilité de survenue d'un élément pathologique. C'est en cela que réside notre rôle de professionnel de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Les revues, articles et livres :

1. BERGER.T, BIGLER.R, BOSSIE.E, BUCHER.HU, FAUCHERE.JC, LAUBSCHER.B, MIETH.D, MOESSINGER.A, NARS.P, PFISTER.R, SCHUBIGER.G, ZEILINGER.G- Prise en charge des nouveau-nés à la naissance : Recommandations- Société Suisse de Néonatalogie Guideline- Novembre 2000.
2. BETREMIEUX.P, réanimation néonatale et pédiatrique, CHRU, Rennes- Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance : Synthèse, adaptation et commentaires pratiques des recommandations de l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)- Médecine et enfance- Avril 2007- Volume 27, hors série.
3. BLOND.M-H, GOLD.F, LIONNET.C- Adaptation à la vie extra-utérine- Pédiatrie en maternité, Réanimation en Salle de Naissance- Abrégés de Périnatalité- Editions Masson III, 2ème édition- Pages 1 à 11.
4. BLOND.M-H, GOLD.F, LIONNET.C- L'accueil du nouveau-né normal- Pédiatrie en maternité, Réanimation en Salle de Naissance- Abrégés de Périnatalité- Editions Masson III, 2ème édition- Pages 14 à 21.
5. BRANGER.B, BROSSIER.JB, SEGUIN.G- Soins au nouveau-né normal, de plus de 36 SA et sans pathologie, dans les deux premières heures- Réseau Sécurité Naissance, Naître ensemble, Pays de la Loire- Version validée au 15 septembre 2006- 14 pages.
6. BYSTROVA. K et Al- Skin to skin contact may reduce negative consequences of « the stress of being born » : a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St Petersburg- Acta paediatrica, vol 92, n°3, mars 2003- Pages 320-326
7. CARRASCO.M- Oronasopharyngeal suction at birth : effect on arterial saturation- The Journal of Pediatrics, mai 1997, vol 130 - Pages 832 à 834.
8. CHARLES.C- Les premiers jours- Les dossiers de l'allaitement, 2000, n°45.
9. CHRISTENSSON. K et Al- Separation distress call in human neonate in the absence of maternal body contact- Acta paediatrica, vol 84, 1995- Pages 468 à 473.
10. CHRISTENSSON. K et Al- Temperatur, metabolic adaptation and crying in healthy full-term new-borns cared for skin to skin or in a cot- Acta paediatrica, vol 82, 1992- Pages 488 à 493.

- 11. DENEYER.M et Al-** Esophagitis of likely traumatic origin in newborn- Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, vol 15, juillet 1992- Page 81 à 84.
- 12. DENIS-BEZARD.V-** Impact de l'aspiration systématique du nouveau-né sur l'allaitement maternel- Mémoire de DU d'Allaitement Maternel et Lactation Humaine- Octobre 2004.
- 13. DIGIROLAMO.AM, LAURENCE.D, GRUMMER-STRAWN.M, FEIN.S-** Maternity Care Practices: Implications for breastfeeding- Blackwell Science. Inc, 2001- Pages 94 à 100.
- 14. ENKIN.M, KEIRSE.M, NEILSON.J, CROWTHER.C, DULEY.L, HOD-NETT.E, HOFMEYR.J-** Immediate care of the newborn infant (chapitre 44)- Oxford University Press, A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3rd edition, 2000.
- 15. ESTOL.PC-** Oro-naso-pharyngeal suction at birth : effects on respiratory adaptation of normal term vaginally born infants- Journal of Perinat Medecine, vol 20, n°4,1992- Pages 297 à 305.
- 16. FRANCOUAL.C, GRANDSENNE.P et MOKHTARI.M-** Accueil du nouveau-né- Pédiatrie en maternité- Médecine- science, éditions Flammarion, décembre 1999, 2^{ème} édition - Chapitre 33, pages 376 à 379.
- 17. GARNIER DELAMARE-** Dictionnaire des termes de médecine- Edition Maloine, 27^{ème} édition, janvier 2002- 1001 pages.
- 18. GREMMO-FEGER.G,** Pédiatre, IBCLC, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de BREST- Accueil du nouveau-né en salle de naissance- Les dossiers de l'allaitement, Avril Mai Juin 2002, N°51, LLL France- Pages 136 à 139.
- 19. GREMMO-FEGER.G,** Pédiatre, IBCLC, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de BREST- Accueil du nouveau-né en salle de naissance ou Comment favorise allaitement maternel et bien être du nouveau-né et de ses parents ?- Accueil du nouveau né en salle de naissance, Journée CoFAM- Pages 32 à 40.
- 20. GUNGOR.S et Al-** Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally born infants : a prospective randomised controlled trial- The Australian and New Zealand Journal of obstetrics and gynaecology, vol 45, n°5, octobre 2005- Page 453.
- 21. Haute Autorité de Santé,** Service évaluation des pratiques professionnelles- Audit Clinique Ciblé, Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel- Une méthode d'amélioration de la qualité- Pages 1 à 4.
- 22. Haute Autorité de Santé,** Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles- Evaluation des Pratiques Professionnelles dans le cadre de l'accréditation – Juin 2005 - Pages 14.
- 23. Haute Autorité de Santé-** Favoriser l'allaitement maternel : processus- évaluation- Mission formation, juin 2006, 55pages- Pages 4 à 6, 22 à 24 et 49.

- 24.** HOTTIER.F, cadre sage femme Hospitalor Saint-Avoid, responsable projet IHAB- Evaluation du projet IHAB au regard des règles mondiales IHAB- Hospitalor Saint Avoid, novembre 2006.
- 25.** HOTTIER.F, cadre sage femme Hospitalor Saint-Avoid, responsable projet IHAB- Projet Initiative Hôpital Ami des Bébés- Hospitalor Saint Avoid, 7 pages.
- 26.** HOTTIER.F, cadre sage femme Hospitalor Saint-Avoid, responsable projet IHAB- Projet de service et d'établissement du centre hospitalier Hospitalor de Saint Avoid, Projet « Initiative Hôpital Ami des Bébés », document de présentation pour les experts visiteurs lors de la deuxième procédure d'accréditation- Hospitalor Saint Avoid, fin novembre 2006.
- 27.** LANSAC.J, BERGER.C, MAGNIN.G- Chapitre 22 « Examens du nouveau-né et soins à la naissance »- Obstétrique, collection “ Pour le Praticien”, 4^{ème} édition- Masson III, octobre 2003- Pages 354 et 355.
- 28.** LERAILLEZ.J- Obstruction nasale néonatale- Archives pédiatriques, vol 8, n°2, février 2001- Page 214 à 220.
- 29.** KENNELL.JH, Professor of pediatrics, Case western University School of Medecine, and Chief Division of child development rainbow babies and childrens Hospital Cleveland- The time has come to Reassess Delivery Room Routines- Birth 21:1- Mars 1994- Page 49 à 51.
- 30.** LEQUIEN.P- Le Nouveau-né- N° 10117094- Evreux: Armand Colin, juin 2005, 127 pages.
- 31.** MARCHESINI.C- Accueil du nouveau-né à terme en bonne santé- Mémoire du DE de Sage Femme, septemebre 2005.
- 32.** Organisation Mondiale de la Santé- Premiers soins de réanimation du nouveau-né : guide pratique- WHO/RHT/MSM/98.1- Pages 7à 18.
- 33.** Organisation Mondiale de la Santé- Soins à la mère et au nouveau-né dans le post partum- WHO/ RHT/ MSM/ 98.3- Pages 66 et 67.
- 34.** Organisation Mondiale de la Santé- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles- Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, Genève, 2003.
- 35.** PRIEUR.R- Aspiration systématique en salle de naissance : utilité et pertinence, d'après une intervention pour le Réseau MATERMIP (7 novembre 2003)- Entretien des Sages Femmes, 2004, pages 49 à 54.
- 36.** RIGHARD.L, ALADE.MO- Effect of delivery room routines on success of first breast- feed- The Lancet, vol 336, Novembre 1990- Pages 1105 à 1107.

- 37. ROUABAH – L’atrésie de l’oesophage- cours dispensé en 3ème année, école de sage femme de Nancy.**
- 38. SANTOS. JA et Al- Do newborn infants feel pain when submitted to gastric suctioning?- Jornal de pediatria, vol 77, sept oct 2001- Pages 374 à 380.**
- 39. SCOTT.JA, BINNS.CW- Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature- Breastfeeding Review, Vol 7, n°1,1999 - Pages 5 à 16.**
- 40. THIRION.M, Pédiatre, formatrice en physiologie des adaptations néonatales et allaitement maternel- L’adaptation néonatale: une globalité d’accueil- Conférence donnée à l’association “ l’Envol”, Lille, 25 avril 2002.**
- 41. WIDSTROM.AM et Al- Gastric suction in healthy newborn infants- Acta paediatrica , vol 76, 1987- Page 566.**

Les sites Internet :

- <http://www.coordination-allaitement.org/L%27IHAB.htm>
- <http://www.co-naitre.net/presen03.htm>
- http://www.co-naitre.net/articles/accueil_nn_naissanceGGF.pdf
- http://www.co-naitre.net/articles/adaptation_envol.pdf
- <http://www.lllfrance.org/allaitement-information/naissance.htm#>
- <http://www.sante.gouv.fr/>
- <http://bebe.david.yael.free.fr>
- <http://www.sfip-radiopediatrie.org/EPUTIM98/BERTIM98.HTM>
- <http://www.afao.asso.fr/atresie/diagnos.htm>
- <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/oesophage-6637.html>
- <http://www.pediatric-surgery.org/AO.html>
- http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/PEDIATRIE/1_OBSTRUCTION_VAS.html
- http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5
- <http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol11/n6/pdf/19-28.pdf>
- http://www.alternatives.be/fiches/aspiration_bebe.htm
- http://who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_98_1_reanimation_du_nouveau_ne/MSM_98_1_chapter2.fr.html
- http://www.reseau-naissance.com/medias/soins_nn_normal_15_09.pdf
- http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/prise_en_charge_et_rea_du_nn_en_salle_de_naissance_ilcor_2001.pdf
- <http://www.ordre-sages-femmes.fr>
- <http://www.legifrance.gouv.fr>
- <http://www.sfpediatrie.com/>

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Sommaire	4
Préface	6
Introduction	7
Première partie : Revue de la littérature et applications	8
1 Les recommandations pour la prise en charge du nouveau né a la naissance...	9
1.1 Nationales.....	9
1.1.1 La Haute Autorité de Santé (HAS)	9
1.1.2 Réseau « Sécurité Naissance- Naître ensemble » des Pays de la Loire ..	10
1.2 Internationales	11
1.2.1 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	11
1.2.2 Les critères Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB).....	12
1.2.3 La Société Suisse de Néonatalogie	13
1.2.4 International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR)	14
1.2.5 Oxford University Press	16
1.3 Dans les ouvrages spécialisés.....	16
1.3.1 De pédiatrie	16
1.3.2 D'obstétrique.....	17
2 Evolution des pratiques à Hospitalor Saint- Avold.....	18
2.1 Naissance du projet IHAB	18
2.2 Motifs de modification de cette pratique	19
2.3 Méthodes et moyens mis en œuvre.	20
2.3.1 Les groupes de travail.	20
2.3.2 Le protocole de prise en charge des nouveau-nés à la naissance.....	21
2.3.3 La formation du personnel	21
2.3.3.1 La formation initiale.....	21
2.3.3.2 La formation continue	21
2.3.4 Les problèmes rencontrés.....	23
2.3.4.1 Avec le personnel soignant	23
2.3.4.2 Avec les nouveau-nés.....	23
2.4 L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).....	23
2.4.1.1 Définition	23
2.4.1.2 Les évaluations déjà réalisées.	24
2.4.1.3 L'enquête de pratiques.	24
Deuxième partie : Evaluation des Pratiques Professionnelles à HOSPITALOR SAINT- AVOLD.....	25
1 Le service Maternité d'HOSPITALOR Saint- Avold.....	26
1.1 Situation dans le réseau périnatal.	26
1.2 Présentation de l'unité d'obstétrique.....	26
2 Présentation de l'enquête	27

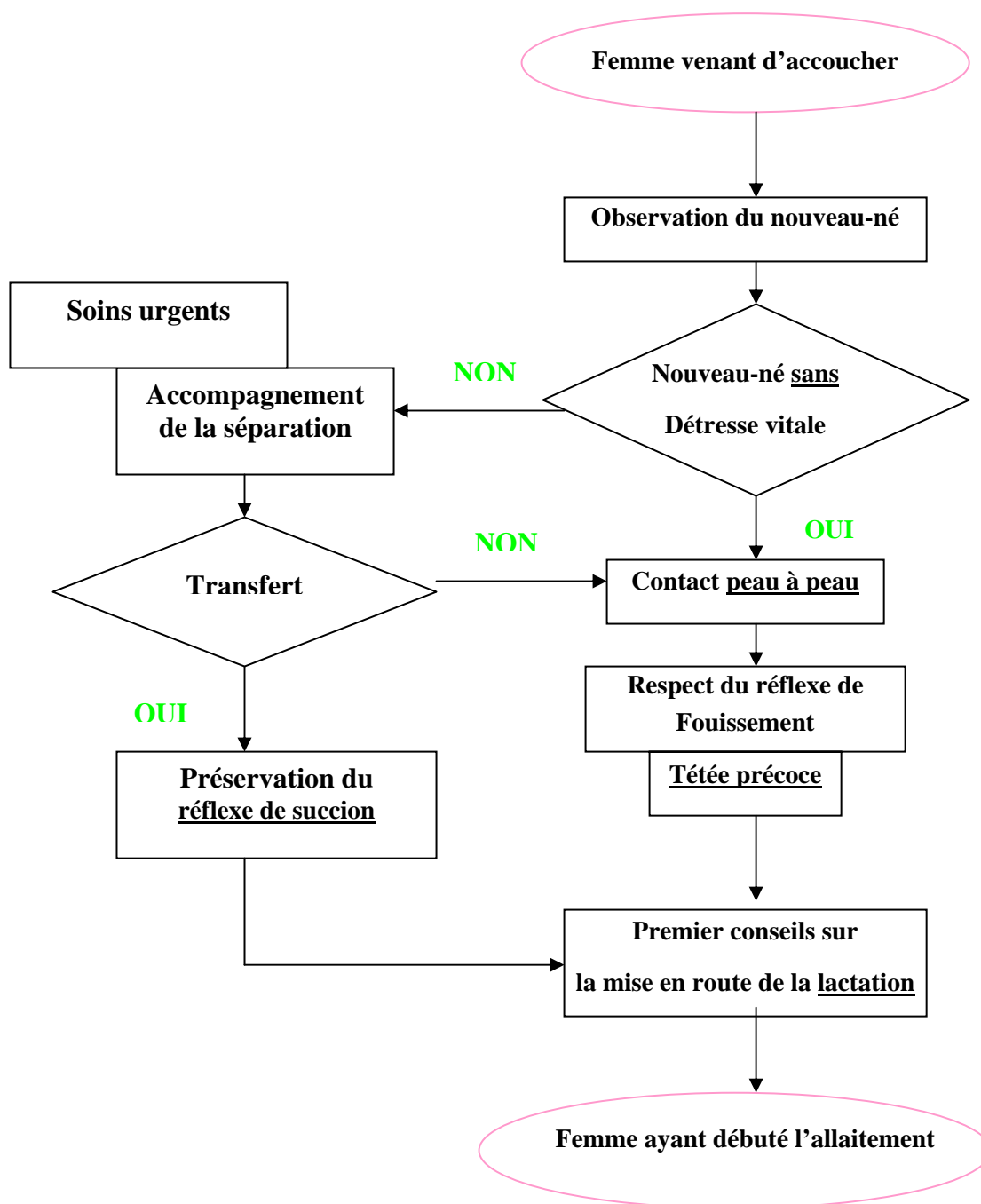
2.1	Type d'étude.	27
2.2	Population étudiée.	27
2.2.1	Critères d'inclusion.	27
2.2.2	Critères d'exclusion.	27
2.2.3	Echantillonnage.	28
2.3	Modalités de recueil.	28
2.4	Avis de la cellule qualité de l'établissement.	28
2.5	Présentation du questionnaire.	29
3	Présentation des résultats.	30
3.1	Première partie du questionnaire intitulée « Renseignements généraux » :	30
3.2	Deuxième partie du questionnaire intitulée « Accouchement »	32
3.3	Troisième partie intitulée : « Post partum immédiat »	33
3.4	Dernière partie du questionnaire intitulée « Evaluation en suites de couches »	41
	Troisième partie : Analyse et discussion autour des résultats et propositions envisagées.	46
1	Analyse des résultats et discussion.	47
1.1	Analyse des pratiques professionnelles.	47
1.1.1	Désobstruction oropharyngée et nasale sélective.	47
1.1.2	Aspiration gastrique non systématique.	48
1.1.3	Recherche de l'atrésie des choanes.	49
1.1.4	Le dépistage de l'atrésie de l'oesophage.	50
1.1.5	Une tendance restreinte à l'abstention totale de gestes.	52
1.2	Analyse de l'impact de ces pratiques professionnelles sur le nouveau-né.	52
1.2.1	Un impact en salle de naissance.	52
1.2.1.1	Sur l'adaptation respiratoire du nouveau-né.	52
1.2.1.2	Sur l'adaptation thermique de l'enfant.	54
1.2.1.3	Sur le comportement de l'enfant.	54
1.2.2	Un impact en secteur mère enfant dans les quarante huit premières heures de vie.	56
1.2.2.1	Sur l'encombrement bronchique et les régurgitations.	56
1.2.2.2	Sur l'allaitement maternel.	57
1.3	Hypothèses écartées.	58
1.3.1	Impact de la modalité de début du travail.	58
1.3.2	Impact de la modalité d'accouchement.	58
2	Propositions.	59
2.1	Présentation des conclusions de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'équipe.	59
2.2	Pistes de réflexion pour l'élaboration d'un protocole de prise en charge.	59
2.3	Une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles.	62
	Conclusion.	63
	Bibliographie.	64
	Table des matières.	69
	Annexe 1.	72
	Annexe 2.	73

ANNEXE 1

Favoriser l'allaitement maternel : processus- évaluation

HAS/ Mission Formation/ Juin 2006

Figure 3 : Exemple de processus de démarrage de l'allaitement à la naissance
(Page 6/55)



ANNEXE 2

Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989)

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.
4. Laisser le bébé en peau à peau pendant au moins une heure et encourager la mère à allaiter quand le bébé est prêt. *(réactualisation au niveau international, en 2006, qui remplace l'ancienne formulation « Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance »)*
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

ANNEXE 3

ECOLE DE SAGE FEMME A.FRUHINSHOLTZ NANCY

Mémoire de fin d'étude

« Impact de l'abstention d'aspiration systématique sur l'adaptation et le comportement du nouveau-né dans les 48 premières heures de vie »

Je m'appelle Aurore HOPFNER et je suis étudiante sage femme en 3ème année à Nancy. Dans le cadre de mon mémoire portant sur l'impact de l'abstention d'aspiration systématique sur l'adaptation et le bien être du nouveau-né dans les 48 premières heures de vie, j'ai réalisé ce questionnaire afin d'évaluer les principales caractéristiques physiologiques des nouveau-nés à terme n'ayant pas subis d'aspiration à la naissance. Merci pour l'attention que vous porterez et pour le temps que vous passerez à remplir ce questionnaire.

1. Renseignements généraux

- ✧ *Age gestationnel* : _____ SA
- ✧ *Poids de l'enfant* : _____ grammes
- ✧ *Apgar* : _____
- ✧ *Allaitement* : _____

2. Accouchement

- ✧ *Déclenchement du travail*
 - Spontané
 - Artificiel
- ✧ *Modalité d'accouchement*
 - Voie basse non instrumentale
 - Forceps
 - Ventouse

3. Post partum immédiat

- ✧ *Aspiration des fosses nasales et de l'oropharynx du nouveau-né*
 - Oui
 - Non
- ✧ *Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?*
 - Enfant encombré
 - Souffrance fœtale
 - Liquide teinté/méconial
 - Apgar < 7
 - Détresse respiratoire
 - Autre, précisez : _____
- ✧ *Une aspiration gastrique du nouveau-né a-t-elle été effectuée ?*
 - Oui
 - Non

☒ *Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?*

- Strepto B
- RPM > 12h
- Souffrance fœtale
- Liquide teinté/méconial
- Apgar < 7
- Détresse respiratoire
- Autre, précisez : _____

☒ *La perméabilité des choanes a-t-elle été effectuée ?*

- Oui
- Non

☒ *Si oui, de quelle manière ?*

- Passage de sonde et aspiration.
- Passage de sonde sans aspiration.
- Test du miroir
- Autre, précisez : _____

☒ *La perméabilité de l'œsophage a-t-elle été effectuée ?*

- Oui
- Non

☒ *Si oui, de quelle manière ?*

- Passage de sonde et aspiration
- Passage de sonde sans aspiration.
- Autre, précisez : _____

☒ *A quel endroit le(s) geste(s) cité(s) ci-dessus a(ont)-t-il(s) été effectué(s) ?*

- Sur table de réanimation
- Sur le ventre de la mère

☒ *pH au cordon de l'enfant : _____*

☒ *Saturation de l'enfant :*

A la naissance	A 1 heure de vie

✧ *L'enfant a-t-il été mis en peau à peau immédiat et ininterrompu ?*

- Oui
- Non

✧ *Si oui, pendant combien de temps ? _____ min*

✧ *Température de l'enfant : _____ °C*

✧ *Comportement général de l'enfant :*

- Calme
- Agité
- Somnolent
- Cris/pleur

✧ *Une aspiration a-t-elle due être effectuée secondairement ?*

- Oui
- Non

✧ *Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?*

- Cyanose
- Apnée secondaire
- Encombrement important
- Régurgitations importantes
- Fausse route
- Autre, précisez : _____

4. Evaluation en suite de couche

✧ *L'examen pédiatrique du premier jour était-il normal ?*

- Oui
- Non

✧ *Si non, quel(s) est(sont) le(s) problème(s) relevé(s) ?*

✧ *Evaluation de l'enfant :*

		Non	Oui	Important	Moyen	Faible
Encombrement bronchique	H24					
	H48					
Régurgitation	H24					
	H48					
Difficultés à l'allaitement maternel	H24					
	H48					

✧ *Une aspiration a-t-elle due être effectuée en Service Mère Enfant ?*

- Oui
 Non

✧ *Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?*

- Cyanose
 Apnée secondaire
 Encombrement important
 Régurgitations importantes
 Fausse route
 Autre, précisez : _____

✧ *Allaitement maternel exclusif à J3 :*

- Oui
 Non

Mémoire de fin d'étude élaboré en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage femme
Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz de Nancy
HOPFNER Aurore Promotion 2008

INTITULE

Etude de l'impact de l'abstention d'aspiration systématique des nouveau-nés à terme à la naissance au travers d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles.

MOTS CLEFS

Aspiration systématique, Evaluation des Pratiques Professionnelles, accueil du nouveau-né à terme

DOMAINE

Obstétrique

RESUME

Améliorer la qualité de l'accueil du nouveau-né à terme à la naissance par l'abstention de recours systématique à des gestes de soins comme l'aspiration des nouveau-nés à la naissance, est un des objectifs fixés par les recommandations nationales et internationales et est un souhait grandissant des futurs parents. Dans le but d'obtenir le label IHAB, la maternité d'Hospitalor Saint Avold a modifié ses pratiques en ce sens et répond donc parfaitement à cet objectif et à cette demande.

Le but de ce mémoire est d'évaluer les nouvelles pratiques professionnelles mises en place dans cette maternité et d'en étudier l'impact sur l'adaptation et le comportement des nouveau-nés à terme, sains et nés par voie basse dans les quarante huit premières heures de vie.

L'étude menée a montré que globalement les pratiques en place sont conformes aux recommandations en vigueur mais qu'il subsistait une disparité des pratiques. De plus, dans certains cas, une abstention totale de gestes a également été mise en évidence.

Par ailleurs, l'étude a également montré un impact positif de l'abstention d'aspiration systématique sur l'adaptation et le comportement des nouveau-nés dans les quarante huit premières heures de vie.

SUMMARY

Providing a better welcome for the newborn children by avoiding systematic healthcare, such as suction, is one of the aims from national and international recommendations and a wish that is getting more and more expressed by new parents.

To obtain the IHAB label, Hospitalor Saint Avold has modified its operandings in such a way and thus correlates as this aim.

The aim of this thesis is to evaluate the new operandings brought into place in this maternity and to study their impact on both the adaptation and behaviour of healthy and vaginally born newborns, within their first forty-eight hours of life.

The study showed that, overall, the operandings are in compliance with the recommendations but that, however there were still large disparities between practices. Moreover, in some cases, a total abstention of gestures has also been highlighted.

In addition, it was shown a positive impact from the suction abstention on newborns adaptation and behaviour in their first forty-eight hours of life.