



HAL
open science

Comment une maternité du Grand-Est met-elle en place la vérification de la perméabilité des choanes en salle de naissance chez le nouveau-né sain ?

Laure Kalis

► To cite this version:

Laure Kalis. Comment une maternité du Grand-Est met-elle en place la vérification de la perméabilité des choanes en salle de naissance chez le nouveau-né sain ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03870439

HAL Id: hal-03870439

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870439>

Submitted on 24 Nov 2022

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-memoires-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 de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*« Comment une maternité du Grand-Est met-elle en place la
vérification de la perméabilité des choanes en salle de naissance
chez le nouveau-né sain ? »*

*Enquête descriptive par entretiens semi-directifs des sages-femmes de la maternité
du CHRU de Nancy du 5 novembre 2018 au 10 janvier 2019.*

Mémoire présenté et soutenu par

Laure KALIS

Directeur de mémoire : Jean-Pierre MASUTTI

Pédiatre à la maternité du CHRU de Nancy

Année de la soutenance 2019

REMERCIEMENTS

A Dr. MASUTTI, pédiatre à la maternité du CHRU de Nancy et directeur de mémoire, pour sa patience et son soutien.

A Mme TOUPET, mon experte de mémoire, doctorante en sociologie de la santé à l'université de Lorraine, pour le soutien que vous m'avez témoigné ainsi que le temps que vous avez consacré à ce mémoire.

Aux sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy, merci pour votre participation.

A mon amie Aline pour le soutien et l'aide apporté pour la rédaction de ce travail.

A mes parents, Sandrine et Patrice, pour leur soutien sans faille depuis le début et sans qui je ne serai pas la femme que je suis aujourd'hui.

A mes amies sages-femmes, Selen, Juliette, Amandine, Margaux et Marie dont le soutien, la bonne humeur et l'humour ont rendu ces quatre années inoubliables.

A mon Guillaume, merci pour ta patience, ton soutien et ton amour sans limite.

GLOSSAIRE

C.H.A.R.G.E

Coloboma. Heart defect. Atresia chaonae. Retarded growth and development. Genital hypoplasia. Ear anomalies

CHIC

Centre Hospitalier Intra-Communale

CHRU

Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU

Centre Hospitalier Universitaire

CNSF

Collège National des Sages-Femmes

DAN

Douleur Aiguë du Nouveau-né

GeDoc

Gestion Documentaire

HAS

Haute Autorité de Santé

IHAB

Initiative Hôpitaux Amis des Bébés

ILCOR

International Liaison Committee on Resuscitation

IMRAD

Introduction - Matériel&Méthode - Resultats - Discussion

IRM

Imagerie par Résonance Magnétique

KCE

Kenniscentrum

NICE

National Institute for Health and Care Excellence

RSN

Réseau Sécurité Naissance

SA

Semaine d'aménorrhée

SFN

Société Française de Néonatalogie

SNC

Système nerveux central

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE.....	3
SOMMAIRE.....	4
PREFACE.....	5
INTRODUCTION.....	6
1. DEFINITION DU NOUVEAU-NE SAIN.....	6
1.1 QU'EST-CE QUE LES CHOANES ?.....	7
1.2 PARTICULARITES CHEZ LE NOUVEAU-NE.....	8
2. L'ATRESIE DES CHOANES.....	9
3. LE DEPISTAGE DE L'ATRESIE DES CHOANES EN FRANCE.....	11
4. LES RECOMMANDATIONS POUR LE DEPISTAGE DE L'ATRESIE DES CHOANES.....	13
4.1 RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES.....	13
4.2 RECOMMANDATION NATIONALE.....	15
MATERIEL ET METHODE.....	16
1. TYPE D'ETUDE.....	16
1.1 POPULATION ETUDIEE.....	16
1.2 MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE.....	17
2. OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES.....	17
2.1 L'INSTRUMENT DE RECHERCHE.....	17
2.2 LA PREANALYSE.....	18
2.3 CATEGORISATIONS ET CITATIONS.....	18
3. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	19
RESULTATS ET DISCUSSION.....	19
1. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ACTUELLES.....	20
1.1 LES REPRESENTATIONS DES DIFFERENTES METHODES DE VERIFICATION DE LA PERMEABILITE DES CHOANES.....	20
1.2 POURQUOI DE TELLES PRATIQUES ACTUELLES ?.....	22
1.3 LES REPRESENTATIONS DES HABITUDES DE TRAVAIL.....	27
1.4 DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS.....	29
2. REFLEXION AUTOUR DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS.....	31
2.1 CRITIQUE DES RECOMMANDATIONS HAS.....	31
2.2 MODALITES DE MISE EN PRATIQUE DES RECOMMANDATIONS.....	33
3. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE - FORCE ET FAIBLESSE DE L'ETUDE.....	38
3.1 FORCE DE L'ETUDE.....	38
3.2 FAIBLESSE DE L'ETUDE.....	40
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	44
TABLE DES MATIERES.....	47
ANNEXES.....	49

PREFACE

Durant ma formation à l'école de sage-femme, j'ai pu voir pendant mes stages en salle de naissance, des prises en charge de nouveau-né sain à la naissance qui se déroulaient généralement de la même manière : naissance de l'enfant qui est placé directement en peau à peau avec sa mère, puis celui-ci est emmené dans une pièce séparée afin d'effectuer ses premiers soins, entre autre, une aspiration oropharyngée et une vérification de la perméabilité de l'œsophage et des choanes à l'aide du passage d'une sonde, puis son examen morphologique et neurologique.

Or, les stages que j'ai pu effectuer dans différents centres hospitaliers m'ont permis de découvrir d'autres manières de vérifier la perméabilité des choanes, avec des méthodes plus douce et plus en accord avec ce temps privilégié qu'est le post-partum immédiat. Le nouveau-né est laissé en peau à peau sur sa mère durant les deux heures de surveillance en salle de naissance ; et l'examen du nouveau-né ainsi que les soins sont effectués en même temps que la préparation de l'accouchée pour le retour en chambre. Les méthodes que j'avais pu voir auparavant m'ont donc paru bien moins physiologiques.

L'amélioration des pratiques est en cours à ce sujet afin de cesser l'aspiration nasopharyngée, mais le passage systématique de sonde pour vérifier la perméabilité des choanes semble encore faire débat. Les cours théoriques dispensés sur ce sujet reflètent les avis divergents des professionnels de santé, malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'accueil du nouveau-né sain.

En tant que professionnelle de santé, je souhaitais réaliser ce mémoire pour répondre à ces questions, mettre en lumière des pratiques qui m'interpellent et ainsi adopter la meilleure attitude possible dans l'intérêt des patientes et des nouveau-nés.

INTRODUCTION

La naissance d'un nouveau-né est un passage d'un monde à un autre. Conscient de tous les changements pour celui-ci, notre prise en charge lors de ses premiers instants doit permettre une adaptation douce et progressive à la vie extra-utérine ainsi que l'établissement du lien mère-enfant.

En raison d'une médicalisation marquée de la naissance et de l'accueil du nouveau-né les années passées, les professionnels de santé ont su interroger leurs pratiques. Aujourd'hui, il existe un réel élan vers un retour à la physiologie, associant une réduction de pratiques invasives et mettant l'accent sur l'analyse clinique des situations ; comme le montrent de nombreuses recommandations nationales et internationales qui ont été émises à ce sujet et que nous développerons dans la suite de ce travail.

Il y a deux ans, la maternité régionale du Centre Hospitalier Régionale Universitaire (CHRU) de Nancy s'est engagée dans la création d'un « Parcours Physiologique » et a réorganisé le suivi des parturientes, le passage en salle de naissance et les soins aux mères et aux nouveau-nés pour les patientes intégrées à ce parcours. Inspiré des recommandations de la HAS sur l'accouchement physiologique et l'accueil du nouveau-né sain, ce parcours se veut en accord avec les recommandations et la volonté grandissante de couples souhaitant une prise en charge plus physiologique pour la naissance de leur enfant.

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. Ainsi qu'en est-il de la vérification de la perméabilité des choanes ?

1. DEFINITION DU NOUVEAU-NE SAIN

Depuis ces dernières années, différentes sociétés scientifiques ont publié leur définition du nouveau-né en bonne santé. Etant donné les limites du score d'Apgar à une et cinq minutes compte tenu de certains critères peu précis, comme la couleur de la peau et la réactivité ; il semble essentiel d'avoir des outils fiables pour identifier précisément les situations urgentes nécessitant une réanimation néonatale.

Le centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE) s'était appuyé en 2010, sur un consensus du Comité de Liaison International sur la Réanimation (ILCOR) de 2005, définissant le nouveau-né comme sain lorsqu'il est né à terme, avec un liquide amniotique clair, s'il respire ou pleure, s'il présente une bonne tonicité et si sa fréquence cardiaque est supérieure à 100 battements par minute (1,2). Conformément aux lignes directrices de l'ILCOR, au Royaume-Uni, l'institut national de la santé et des soins (NICE) préconise d'évaluer l'état du nouveau-né lors de la première minute de vie, en suivant l'ordre suivant : Respiration, fréquence cardiaque puis tonus, pour déterminer si une prise en charge néonatale est nécessaire (3). La Société Française de Néonatalogie (SFN) a diffusé en 2016 une adaptation française des recommandations de l'ILCOR 2015. Nous remarquons dans la littérature, que les différentes sociétés suivent les axes proposés par l'ILCOR (4). Ainsi, aujourd'hui en France et d'après la HAS, l'évaluation initiale d'un nouveau-né à terme revient à se poser trois questions (5) :

- ✓ Sa respiration est-elle efficace ? (Soulèvement thoracique ample et symétrique à chaque inspiration)
- ✓ Et / Ou son cri est-il franc ? Cela correspond à une respiration efficace
- ✓ A-t-il un bon tonus ?

Si les paramètres observés ne sont pas satisfaisants, des manœuvres de réanimation doivent être entreprises sans délai.

1.1 QU'EST-CE QUE LES CHOANES ?

Du grec « khoanôs » qui veut dire « entonnoir » ; les choanes sont définies comme l'interface entre le fond de la fosse nasale et le pharynx. C'est une zone indispensable au bon passage de l'air où toute obstruction ou rétrécissement aura comme conséquence une répercussion respiratoire (6). Une choane, est en fait un canal ovale légèrement oblique vers le bas et qui est limité:

- ✓ En dedans, par la partie postérieure du vomer,
- ✓ En dehors, par l'aile interne de la ptérygoïde,
- ✓ En bas, par le bord postérieur de la lame horizontale du palatin,
- ✓ En haut, par la face inférieure du corps du sphénoïde (7).

Un dessin représentant des choanes perméables chez l'enfant est disponible en ANNEXE 1.

1.2 PARTICULARITES CHEZ LE NOUVEAU-NE

1.2.1 Respiration buccale limitée

La respiration du nouveau-né se fait majoritairement par le nez. En effet, le larynx étant situé haut dans le pharynx, au niveau des vertèbres cervicales C3-C4, l'épiglotte vient s'interposer entre la pointe de la luette et la base de la langue. Cette continuité entre le voile du palais et l'épiglotte limite donc la respiration buccale. Elle permet aussi de refouler latéralement le bol alimentaire et ainsi de faire circuler les liquides autour du larynx dans une gouttière formée par les vallécules laryngées. Cette anatomie particulière évite aux liquides de s'introduire dans le conduit respiratoire. Il en résulte que l'enfant peut boire et respirer simultanément sans fausses routes (8). Un schéma représentant la différence d'anatomie de la gorge entre un adulte et un nouveau-né est disponible en ANNEXE 2

1.2.2 La douleur du nouveau-né

Les récepteurs cutanés à la douleur apparaissent de manière précoce dans l'embryogénèse dès la 9^{ème} semaine d'aménorrhée (SA). A partir de la 22^{ème} SA, ces récepteurs recouvrent l'ensemble de la surface cutanéomuqueuse du fœtus. C'est à partir de la 28^{ème} SA que les voies nerveuses transmettant la douleur chez le fœtus sont en place et elles deviennent matures vers la 30^{ème} SA (9).

En revanche, les mécanismes modérateurs de cette douleur se développent progressivement chez le nouveau-né et deviennent matures uniquement lors de la deuxième année de vie de l'enfant. Ainsi, en l'absence de ces systèmes inhibiteurs, nous supposons que la sensation douloureuse est plus intense chez le nouveau-né (10).

Afin d'évaluer la douleur que peut ressentir le nouveau-né durant un acte, il existe l'échelle DAN (Douleur Aiguë du Nouveau-né). Elle est élaborée pour le nouveau-né à terme ou prématuré et est utilisable jusqu'au trois mois de l'enfant. Cette échelle permet d'évaluer les douleurs aiguës et brèves, mais aussi les mesures préventives lors d'actes douloureux. Elle s'intéresse aux mimiques du visage, aux mouvements des membres et aux types de pleurs du nouveau-né. Un score entre 0 et 10 est obtenu (11). Cette échelle est disponible en ANNEXE 3.

2. L'ATRESIE DES CHOANES

L'atrésie des choanes correspond à l'occlusion complète ou incomplète de l'orifice postérieur des fosses nasales, qui communique avec le pharynx. Un dessin représentant une atrésie bilatérale osseuse chez un nouveau-né est disponible en ANNEXE 4.

D'origine congénitale, l'atrésie est liée à un trouble du développement embryonnaire se situant entre le 35^{ème} et le 45^{ème} jour de gestation. Cette malformation est expliquée par des anomalies dues à un arrêt de la migration ou de l'interaction des cellules de la crête neurale, au niveau de l'extrémité crâniale du fœtus (7). L'atrésie peut être causée par un tissu osseux, dans un tiers des cas, ou par une barrière mixte, composée d'os et de tissus mous. Elle peut être unilatérale ou le plus souvent bilatérale et est observée chez un nouveau-né sur 8000 environ, soit tous les deux à trois ans à la maternité de Nancy. Elle est deux fois plus fréquente chez les filles (12).

Comme le nouveau-né n'a pas de reflexe respiratoire buccal à la naissance, les formes bilatérales sont caractérisées par une détresse respiratoire importante, les signes cliniques retrouvés dans la littérature sont les suivants (13,14) :

- ✓ Détresse respiratoire au repos dès la naissance associant : tirage bucco-facial et cyanose intense
- ✓ Cyanose disparaissant au cri – le cri n'est pas modifié
- ✓ Dyspnée inspiratoire intense
- ✓ Narines encombrées de mucus épais – l'aspiration n'améliore pas la détresse

Cette détresse respiratoire nécessite une prise en charge médicale et chirurgicale en urgence.

Si l'imperméabilité est unilatérale, il n'y aura pas de détresse respiratoire, ni de danger immédiat pour le nourrisson, mais des cas de rhinorrhées purulentes unilatérales et intarissables ont été décrits dans la littérature. L'enfant sera opéré le plus tard possible, au plus tôt après six mois et au plus tard lors de la deuxième année de vie (15,16).

Il faut savoir que l'imperméabilité des choanes est retrouvée dans 65% des cas dans le *syndrome congénital de Hall-Hittner*, aussi appelé *Association C.H.A.R.G.E* (Coloboma, Heart defect, Atresia choanae, Retarded growth and development, Genital hypoplasia, Ear anomalies). L'incidence de ce syndrome est estimée entre 1/12 000 et 1/15 000 naissances vivantes. Le tableau clinique est variable et se manifeste au cours de la période néonatale avec :

- ✓ Une cyanose due à l'atrésie choanale,
- ✓ Une cardiopathie cyanogène,
- ✓ Un colobome, le plus souvent rétinien, qui peut être associé à une microphthalmie et à une perte de la vision,
- ✓ Des anomalies des nerfs crâniens impliquant des anomalies des nerfs olfactifs, faciaux, auditifs, vestibulaires et ceux impliqués dans la déglutition,
- ✓ Des anomalies auditives associant des oreilles basses implantées, des malformations des osselets moyens impliquant des otites moyennes séreuses chroniques et une surdité neurosensorielle. Une hypoplasie des canaux semi-circulaires voire une aplasie à l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) anténatale.
- ✓ Des altérations du système nerveux central (SNC), des anomalies génito-urinaires, un retard de croissance staturo-pondérale (17).

Le diagnostic prénatal de ce syndrome repose sur l'échographie morphologique du second trimestre à la recherche de signes d'appel.

L'atrésie des choanes est également retrouvée dans le *syndrome de Burn-McKeown*, syndrome d'anomalies congénitales multiples extrêmement rare. Il est caractérisé par une atrésie des choanes bilatérales associée à un dysmorphisme crânio-facial : hypertélorisme, fentes palpébrales étroites, colobome des paupières inférieures, lèvres fines, oreilles proéminentes et s'accompagne aussi d'une surdité, d'une fente labiale unilatérale, ainsi que d'anomalies cardiaques et rénales. Les signes cliniques de ce syndrome sont fréquemment communs avec ceux du syndrome C.H.A.R.G.E.

3. LE DEPISTAGE DE L'ATRESIE DES CHOANES EN FRANCE

Les méthodes décrites dans la littérature afin de vérifier la perméabilité des choanes chez le nouveau-né sont très diverses. Avec les années, la volonté d'être de moins en moins invasif dans notre pratique s'est vue dans la littérature.

En effet, un livre datant de 1988 s'intitulant « Les pratiques quotidiennes néonatales en maternité » décrit que la vérification de la perméabilité des choanes s'effectue avec une sonde de calibre 6 ou 8 lors de l'aspiration naso-pharyngée. S'il y a une butée à 1-2cm de l'orifice des narines alors il y a une atrésie (13). Un livre de 2002 sur les soins aux nouveau-nés après la naissance décrit la même méthode lors de l'examen en salle de naissance. Toutefois, les auteurs décrivent un test à la cuillère uniquement pour l'examen en service de suite de couche, où l'observation de la buée sortante des deux narines est un témoin de bonne perméabilité nasale. Ils décrivent également l'apparition de rhinites obstructives liée à un œdème suite au passage traumatique de la sonde nasale à la naissance (14).

C'est aussi en 2002, que Gremmo-Féger G. pédiatre au CHU de Brest, fit la description de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) dans un des « Dossiers de l'Allaitement » paru à La Leche League. Elle aborde le sujet de la réorganisation des soins aux nouveau-nés en salle de naissance dans le but de promouvoir l'allaitement maternel mais pas uniquement ; elle souhaite également un accueil du nouveau-né en accord avec ses besoins et ses capacités, des avantages qui s'appliqueraient également pour les enfants non allaités. Elle cite que la désobstruction des voies aériennes supérieures n'est pas impérative, sauf dans certains cas: liquide amniotique teinté, césarienne, terme inférieur à 39 SA, encombrement important, mauvaise adaptation extra-utérine, toxicomanie maternelle. Quand elle est nécessaire, la désobstruction des voies aériennes supérieures peut se limiter à la désobstruction de la cavité buccale et de la partie antérieure des fosses nasales. En effet, la stimulation pharyngée provoque un réflexe vagal qui associe : bradycardie, voire laryngospasme ou arrêt cardiaque. Elle explique que l'atrésie des choanes est exceptionnelle. Si elle est bilatérale, l'atrésie se manifeste toujours par d'importantes difficultés respiratoires. La vérification n'est donc pas urgente et pourra se faire en service de suites de couches afin de dépister les atrésies unilatérales (18).

En 2003, Prieur R. sage-femme et psychologue clinicienne au CHIC (Centre Hospitalier Intra-Communale) de Moissac (82), remet en question les pratiques systématiques telles que

l'aspiration de l'oropharynx et le dépistage de l'atrésie des choanes par la sonde. A l'instar de Gremmo-Féger G., la recherche d'une atrésie bilatérale sans signes cliniques ne présente aucun intérêt en urgence. Toutefois, l'atrésie unilatérale qui représente 40% des atrésies, peut justifier le passage d'une sonde au 1^{er} examen pédiatrique. Il faut noter que le reflexe vagal est très sensible à la naissance, or plus le nouveau-né est stable et plus ce reflexe diminue (19).

Dr. C. Francoual, pédiatre, décrit en 2008 des méthodes non invasives telles que le miroir ou autres objets métalliques sur lesquels deux petits ronds de buée se forment à l'expiration ou à l'aide d'un fil qui bouge dans le courant d'air expiré. Toutefois, au moindre doute elle recommande le passage d'une sonde (20).

En 2010, la pédiatre Dr. H. Pejoan, publie une mise au point sur les recommandations et les consensus concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance. Peu d'études évaluent réellement les conséquences d'une vérification de la perméabilité des choanes à la sonde. Toutefois, les études comparant les effets d'une aspiration oro-naso-pharyngée à une abstention d'aspiration du nouveau-né à la naissance ne montrent aucun argument en faveur d'une aspiration systématique (21,22). Ainsi, en tenant compte de l'absence d'avantages connus du dépistage par la sonde et des effets potentiellement délétères sur la mise en route de la respiration (malaise vagale, spasme laryngé), de nombreux consensus optent pour l'abandon de cette technique de dépistage. Ce geste se limiterait uniquement en cas d'encombrement ou de gêne respiratoire. De nombreuses techniques non invasives sont mises en avant et surtout la surveillance rigoureuse de la respiration du nouveau-né (23).

Un dossier créé par le Collège Nationale des Sages-Femmes (CNSF) s'intitulant « La sage-femme et le nouveau-né : Compétences et bonnes pratiques » nous informe qu'en 2012 il n'y avait toujours pas de consensus en France sur le sujet de la vérification de la perméabilité des choanes. Toutefois, les arguments restent les mêmes, l'atrésie des choanes ne peut pas passer inaperçue en raison de la gêne respiratoire qu'elle provoque. Aucun avantage n'est connu de la technique de dépistage par la sonde mais le caractère potentiellement délétère de la technique reste présent. L'axe anatomique des fosses nasales doit être connu pour effectuer un geste sûr et les tentatives mal maîtrisées sont à éviter car elles sont traumatiques avec un risque d'œdème aggravant l'obstruction. De plus ce geste doit être noté dans le dossier pour ne pas être reproduit inutilement (24).

En 2014, les auteurs du livre « Examen clinique du nouveau-né » proposent une observation rigoureuse de la taille, la forme, la position et les dimensions de l'arête nasale ainsi que l'ouverture des narines. Le nez du nouveau-né peut être dévié à cause de sa position in utero ou lors du passage dans la filière pelvigénitale. Le nouveau-né qui respire librement, bouche fermée, a une bonne perméabilité nasale. Toutefois, s'il y a présence d'une détresse respiratoire notamment bouche fermée, ils préconisent le passage d'un petit cathéter par les deux narines jusqu'en arrière de la gorge, c'est-à-dire trois à quatre centimètres au-delà des narines (25).

Le Réseau Sécurité Naissance (RSN) du Pays de la Loire a diffusé un protocole « Soins au nouveau-né normal de plus de 36SA dans les 21 premières heures de vie » en juin 2017. Le réseau soutient qu'il n'y a aucune indication systématique pour l'aspiration nasale et le passage d'une sonde dans les choanes pour le diagnostic d'atrésie. L'aspiration n'est à réserver qu'en cas d'encombrement manifeste après avis pédiatrique ou en cas de détresse respiratoire avec une recherche de l'air « bouche ouverte » de l'enfant. Le passage de sondes de calibre 4 ou 6 est traumatique pour les muqueuses nasales. Comme méthode de dépistage, le Réseau propose la méthode avec détection de la buée sur un objet métallique ou avec détection du mouvement de l'air sur un fil ou un coton (26).

4. LES RECOMMANDATIONS POUR LE DEPISTAGE DE L'ATRESIE DES CHOANES

4.1 RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

Sur le plan international, les pratiques professionnelles concernant la vérification de la perméabilité des choanes sont peu explicites.

En 2016, l'association de la santé des femmes et des soins obstétricaux et pédiatriques encourage un peau-à-peau mère-enfant ininterrompu depuis la naissance de l'enfant jusqu'à la première tétée en salle de naissance, si l'état de santé maternel et infantile le permet et reste stable. Cette association propose aussi d'étendre le temps de peau-à-peau jusque deux à trois heures si la mère le désire et dans ce cas, les examens et les soins du nouveau-né doivent être repoussés afin de ne pas interrompre le peau-à-peau (27). Ceci n'implique donc aucune vérification particulière ou invasive, excepté l'observation, en absence de signe clinique.

Dans le guide pratique « Soins obstétricaux et néonataux essentiels » de Médecins Sans Frontières publié en 2015, aucune recherche d'atrésie choanale n'est stipulée. Il recommande d'essuyer le nez et la bouche de l'enfant pour dégager ses voies aériennes (28).

En Suisse, la société de pédiatrie recommande de renoncer à un sondage systématique des narines d'un nouveau-né sain dans le but de dépister une atrésie des choanes étant donné le caractère douloureux et traumatique de cette méthode (29).

En Belgique, d'après les recommandations, si un nouveau-né est considéré comme sain, alors tous les soins périnataux de routine seront repoussés le plus tard possible dans le but d'encourager le peau-à-peau mère-enfant. La surveillance se fait par observation attentive de l'enfant durant le peau-à-peau ainsi que durant les premières mises au sein (30).

En Angleterre, à l'instar de la Belgique, une attention particulière doit être faite durant les soins périnataux pour ne pas entraver la mise en place de l'allaitement maternel. La séparation mère-enfant doit être évitée et les soins seront repoussés le plus tard possible. Il est recommandé un contact peau-à-peau continu et une cohabitation mère-enfant d'au moins 24 heures quand cela est possible. Durant l'examen du nouveau-né (qui doit se faire au maximum dans les 72 heures après la naissance), aucune vérification de la perméabilité des choanes n'est citée, seule une observation de la capacité respiratoire est indiquée, à la recherche d'efforts ou de sons non physiologiques (31,32).

Pour les Etats-Unis, il semble que des sondes soient utilisées lors des soins périnataux, toutefois il est impossible d'en conclure que les recommandations proposent un passage de sonde en systématique afin de vérifier la perméabilité des choanes (33).

En Australie, une observation de la respiration et du nez de l'enfant est recommandée. Des examens complémentaires et une prise en charge en urgence sont indiqués lorsqu'une détresse respiratoire ou des fosses nasales non perméables sont remarquées (34,35).

En Nouvelles- Zélande, le passage de sonde dans les voies nasotrachéales ne se fait pas en systématique. Il est indiqué uniquement s'il y a une augmentation des sécrétions nasales, des efforts respiratoires, un besoin en oxygène, une détresse respiratoire ou des apnées (36).

4.2 RECOMMANDATION NATIONALE

En décembre 2017 et pour la première fois en France, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques s'intitulant : «L'accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales ». Ces recommandations visent à améliorer la qualité et la sécurité des soins du nouveau-né dans une perspective de prévention et de réduction de la morbi-mortalité infantile. Désormais, la HAS ne recommande plus de vérifier systématiquement la perméabilité des choanes (5). Etant donné la pauvreté des ressources littéraires à ce sujet dans l'argumentaire des recommandations, la HAS n'explique pas pourquoi la pratique de la vérification de la perméabilité des choanes est abandonnée. Elle associe atrésie de l'œsophage et atrésie des choanes, deux pathologies peu fréquentes : 1/10 000 et 1/8 000 respectivement, et cite des études concernant la vérification de la perméabilité de l'œsophage. Compte tenu de la rareté de ces pathologies, la HAS veut modifier le caractère systématique de ces pratiques.

Les différentes données de la littérature penchent vers un arrêt du passage des sondes en systématique et de nombreuses autres techniques non invasives sont proposées afin d'y pallier. De plus, depuis les recommandations de la HAS à ce sujet, nous nous interrogeons sur les pratiques réelles. C'est ainsi qu'a émergé la question de ce travail : Comment une maternité du Grand-Est met-elle en place la vérification de la perméabilité des choanes en salle de naissance chez le nouveau-né sain ?

Cette question de recherche permettra de répondre aux objectifs qui sont :

- ✓ Faire un état des lieux des pratiques, afin de réussir à cerner les raisons directes ou indirectes qui poussent les sages-femmes à avoir certains gestes.
- ✓ Etablir une discussion autour des modalités de mises en pratique des recommandations de la HAS à propos de l'accueil du nouveau-né sain en salle de naissance.

Ce travail de recherche permettra de valider ou non les hypothèses à ce sujet. En effet, nous avons émis les hypothèses que toutes les sages-femmes connaissent les recommandations de la HAS, qu'elles sont en accord avec celle-ci, mais qu'elles ne les suivent pas systématiquement. Nous supposons également que des habitudes de travail ou des informations et des croyances erronées au sein du service influencent les pratiques et que certaines sages-

femmes n'utilisent pas les méthodes les moins invasives. De plus, peut-être que la mise en place d'un protocole local au sein de la maternité du CHRU de Nancy permettra d'aider les sages-femmes à pratiquer en accord avec les recommandations.

Ainsi nous verrons dans une seconde partie les caractéristiques de l'étude et de la population, et enfin dans une troisième et dernière partie, une discussion où nous analyserons les données recueillies.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

L'étude qui a été menée est une enquête de type descriptive. Elle s'est déroulée du 5 novembre 2018 au 10 janvier 2019. Cette étude qualitative avait pour but de faire l'état des lieux des pratiques professionnelles en place à la maternité régionale de Nancy au sujet du dépistage de l'atrésie des choanes, dans le service de salle de naissance, ainsi que de discuter des modalités d'application des recommandations de la HAS sur l'accueil du nouveau-né sain.

1.1 POPULATION ETUDIEE

Nous avons décidé d'effectuer des entretiens avec les sages-femmes présentes en salle de naissance à la maternité du CHRU de Nancy et d'aborder uniquement le sujet du nouveau-né sain tel que décrit dans l'introduction. En effet, lors de l'accueil d'un nouveau-né sain en salle de naissance, ce sont les sages-femmes qui prennent en charge seules le couple mère-enfant. Nous avons fait ce choix afin de placer l'étude dans le contexte le plus physiologique possible mais également pour remplir au mieux les conditions dans lesquelles s'appliquent les recommandations de la HAS vues précédemment.

1.2 MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE

Les entretiens étaient semi-directifs, c'est-à-dire que les questions et les thèmes abordés étaient précis, tout en laissant une certaine liberté de réponse. Le but était de s'informer sur les pratiques mais également de répondre aux hypothèses de recherche.

Dans un premier temps, nous avons créés et affichés un tableau dans le bureau de salle de naissance où les sages-femmes souhaitant participer à l'étude pouvaient s'inscrire. Par la suite, nous avons changé la méthode de recrutement et nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage probabiliste. Ainsi, nous passions régulièrement et de manière aléatoire en salle de naissance, afin de proposer directement aux sages-femmes de participer à l'étude.

Plusieurs grands thèmes ont été abordés lors des entretiens :

- ✓ Les pratiques actuelles
- ✓ Les expériences professionnelles
- ✓ L'évolution des pratiques
- ✓ Les opinions quant aux différentes méthodes de vérification, au sujet des habitudes,...
- ✓ Les connaissances des recommandations de la HAS
- ✓ Leurs opinions quant aux recommandations et à la pertinence d'un protocole

2. OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES

2.1 L'INSTRUMENT DE RECHERCHE

Une grille d'entretien a été réalisée à l'aide de la recherche littéraire et de manière à répondre aux hypothèses et objectifs de départ. Au sein de cette grille figuraient les différentes questions qui devaient être posées. L'ensemble des questions permettait d'aboutir à des indicateurs précis et nécessaires et couvraient les différentes dimensions des objectifs de l'étude. Comme pour tout instrument de recherche, il était important de vérifier la fidélité et la validité de la grille d'entretien. La fidélité d'un instrument consiste à la capacité de mesurer de la même façon, à chaque test. La validité d'un instrument consiste à la capacité à mesurer réellement et complètement ce qu'il est censé mesurer. Ainsi, afin de confirmer la fiabilité de l'instrument de recherche, nous avons analysé les trois premiers entretiens et pu répondre aux objectifs fixés. La

grille était donc fiable. Elle a été utilisée comme référence pour la réalisation des entretiens. Vous trouverez une partie du guide d'entretien en ANNEXE 5.

2.2 LA PREANALYSE

Nous avons réalisé une pré-analyse dans laquelle nous avons pris en compte nos intuitions et pu nous organiser. Elle nous a permis de fixer les idées de départ et d'établir le schéma précis d'un plan d'analyse.

2.2.1 La réalisation d'un corpus

Pour l'analyse des données recueillies, nous avons retranscrit sur papier les entretiens. Dans le but d'obtenir une transcription parfaite des paroles, mais aussi des réactions, des gestes, de la personnalité de chaque sage-femme, nous avons pris des notes et enregistré les entretiens. Toutes les sages-femmes rencontrées ont été prévenues et ont accepté cet enregistrement. Ces derniers étaient anonymes, ont été placés en sécurité le temps de l'analyse puis supprimés. La retranscription des entretiens a marqué le premier contact avec les données brutes recueillies. En rassemblant tous les entretiens retranscrits et les notes rajoutées, nous avons réalisé un corpus qui regroupait l'ensemble des documents pris en compte lors de la démarche analytique. De plus, aucun entretien n'a été exclu ou modifié.

2.2.2 Exploitation du matériel

Afin de préparer le matériel à une analyse, nous avons retranscrit les données recueillies dans un tableau en attribuant des numéros à chaque sage-femme afin de respecter la confidentialité. Ainsi les données brutes ont été classées. C'était une approche dite verticale et pertinente lors d'entretiens individuels. Cela nous a permis de s'imprégner et de saisir les logiques et le caractère unique de chacun.

2.3 CATEGORISATIONS ET CITATIONS

Nous avons ensuite créé des catégories en lien avec la problématique de cette étude. C'était une approche analytique dite horizontale et qui se veut transversale. Le fil directeur de la catégorisation consiste à repérer des thèmes, c'est à dire des similarités, des analogies, des

constantes ou des différences, des oppositions au sein du corpus, d'en cerner le concept et d'en faire une catégorie. Afin que l'analyse soit pertinente, les catégories ne doivent pas se chevaucher, elles doivent épuiser toutes les positions et attitudes des sages-femmes et doivent être en rapport direct et univoque aux objectifs de la recherche

3. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Avant d'aborder la discussion qui intégrera l'ensemble des résultats de l'étude, nous avons trouvé judicieux de décrire la population de l'étude afin d'avoir un aperçu global de ses caractéristiques. Nous vous invitons à consulter cette partie disponible en ANNEXE 6. Nous vous invitons à vous servir de cette annexe tout au long de la discussion pour plus de clarté quant aux différentes caractéristiques des sages-femmes de l'échantillon.

Lors d'analyses qualitatives, la méthode de rédaction IMRAD ne peut pas être appliquée. En effet, une partie « Résultats » n'y trouve pas sa place, car sans explication, sans mise en lien de tous les facteurs intervenants, les résultats ne sont ni présentables, ni interprétables.

RESULTATS ET DISCUSSION

Dans cette dernière partie, nous verrons dans un premier temps comment les sages-femmes pratiquent le dépistage de l'atrésie des choanes, ainsi que les motivations de leur pratique. Lors d'un second temps, nous expliquerons les modalités de mise en pratique par les sages-femmes des recommandations de la HAS sur le dépistage de l'atrésie des choanes. Nous verrons les opinions des sages-femmes à propos de ces recommandations et nous discuterons la pertinence d'un protocole à mettre en place. Enfin, nous discuterons aussi de la méthodologie de ce travail en relevant les points forts de l'étude mais aussi les points à améliorer. Le but de cette partie est de mettre en lien les résultats afin de cerner les principaux éléments de réponse. Mais aussi de relever les éléments sous-jacents qui ont un rôle, avec des causes et des conséquences dans cette problématique afin d'expliquer les phénomènes et d'en déduire des axes d'améliorations à proposer. Comme expliqué précédemment, dans cette partie, des extraits issus des entretiens seront cités en précisant le numéro de la sage-femme intervenue, tel que : SF12 : « ... ».

Pour rappel, l'échantillon de l'étude est composé de seize sages-femmes.

1. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ACTUELLES

1.1 LES REPRESENTATIONS DES DIFFERENTES METHODES DE VERIFICATION DE LA PERMEABILITE DES CHOANES

Durant les entretiens, la seule méthode invasive citée et utilisée en première intention par cinq sages-femmes est le passage de sonde. Les cinq autres méthodes utilisées sont des méthodes non invasives, dont deux méthodes qui ne nécessitent aucun matériel (obstruction d'une narine et observation, si présence d'une détresse respiratoire alors le diagnostic d'atrésie est posé). Toutes les sages-femmes connaissaient au moins une méthode invasive et une non invasive. J'ai voulu connaître le ressenti des sages-femmes face à ces différentes méthodes.

Dans la majorité des cas, les opinions au sujet du passage de sonde vont dans la même direction. En effet, les sages-femmes sont conscientes du caractère traumatique et invasif de la sonde, même décrite comme agressive par la SF12. La SF1 qui utilisait la sonde auparavant et qui s'est orientée vers la méthode d'observation de la buée sur la partie métallique du stéthoscope témoigne : « la sonde est invasive et douloureuse, les choanes ce n'est pas un tuyau tout droit donc quand on passe la sonde inévitablement on bute légèrement pour couder la sonde et après 25ans de pratique oui ça leur fait mal, ça peut provoquer une bradycardie chez l'enfant, c'est le réflexe de plongé et je l'ai déjà vu, ainsi que des œdèmes en suite de couche, avec des bébés qui semblent un peu encombrés au niveau du nez. ». La SF1 relève ce que nous avons vu précédemment dans la littérature, l'axe anatomique des choanes doit être connu pour ne pas être traumatique lors du geste. Malgré son expérience, elle affirme que la bonne pratique de cette méthode n'est pas facile. Le caractère délétère de la sonde a été cité par la SF1, la SF15 et la SF9 qui a cité la sensation : « d'être plus délétère qu'autre chose » lorsqu'elle utilise la sonde. La SF6 a eu un discours bien tranché en parlant de nos pratiques pour vérifier les choanes des nouveau-nés : « [...] on les fait quand même bien chier. ». Tout comme la SF9, cette SF6 utilise une méthode peu décrite dans la littérature : Elle bouche une narine de l'enfant, puis l'autre et vérifie que l'enfant reste calme, rose et respire sans crier. Elles ont respectivement quatorze et dix années d'expérience et viennent de l'école de Nancy. La SF5, 29 années d'expérience, qui n'utilise que l'observation depuis une dizaine d'années, fait remarquer une évidence pour elle : «

Un enfant qui va bien on a pas à lui passer une sonde, qui va l'œdématiser et contribuer à l'aggravation d'une éventuelle détresse. », elle rappelle qu'il existe un certain nombre de méthodes non invasives avant « d'être obligée » de passer une sonde. Très clinicienne et pratiquant en accord avec les recommandations belges et australiennes, pour elle, un nouveau-né qui respire la bouche fermée va bien. Parmi les cinq sages-femmes à utiliser la sonde, quatre d'entre elles estiment cette pratique traumatique. La SF3 utilise la sonde de calibre 6, elle décrit qu'elle essaye de la passer doucement et n'aspire pas. La SF11 fait de même, sauf qu'elle utilise une sonde de calibre 8 et diminue le calibre si elle sent une résistance. La SF3 a été formée à Metz et la SF11 a été formé à Nancy, elles ont respectivement 21 et 18 années d'expérience. Ces deux sages-femmes estiment que cette méthode, bien qu'invasive, est avant tout plus précise et plus fiable. Toutefois la SF3, suite à un petit temps de réflexion réagit au sujet des méthodes non invasives: « Si on voit la vapeur (sur un instrument métallique) c'est fiable aussi, c'est qu'il y a un passage d'air. Donc oui c'est fiable aussi. ». Ce fut très intéressant de voir s'installer une réflexion autour de ce sujet. D'elle-même, la sage-femme SF3 a pris conscience qu'elle sous-estimait certaines méthodes non invasives. La SF14, formée à Nancy et qui pratique depuis trois années, utilise les sondes calibre 8 mais considère l'utilisation de la cuillère comme nettement moins invasif et ayant une même efficacité. Pour la SF16, formée à Reims puis à Nancy qui pratique depuis dix années, elle semblait gênée par sa pratique et décrit la sonde comme : «La solution de facilité ». Quant à la SF2, formée à Metz et qui a 23 années d'expérience, ne pense pas que le passage de sonde soit particulièrement douloureux, même si elle cite l'œdème comme effet indésirable de cette technique : « C'est invasif oui effectivement, douloureuse...bof... Si on prend une petite sonde... les bébés ont pas l'air d'avoir trop mal [...]». Nous pouvons constater une différence entre le témoignage de la SF1, qui se souvient des effets secondaires qu'à pu provoquer le passage de sonde, et le témoignage de la SF2 beaucoup moins marquée par cette pratique. Face à la proposition d'utiliser des méthodes non invasives la SF2 est peu convaincue : « je ne sais pas... J'en ai entendu parler mais je n'ai jamais vu pratiquer... Après chez un nouveau-né sain... Pourquoi pas... ». Ainsi, dans la majorité des cas, les sages-femmes sont conscientes du caractère invasif et traumatique de cette méthode. Nous pouvons aussi noter que le lieu de formation et les années d'expérience ne semblent pas savoir d'impact, car nous retrouvons des jeunes sages-femmes, comme des plus expérimentées, venant de Metz ou de Nancy, dans chacune des méthodes de vérification.

Parmi les onze sages-femmes qui n'utilisent pas les sondes d'emblée, six d'entre elles l'utilisent quand même en seconde intention si elles ont un doute, par exemple si l'enfant se met à crier durant la vérification ou bien s'il est encombré. Nous constatons une certaine ambivalence quant à l'arrêt strict de l'utilisation de la sonde. Si l'enfant ne reste pas calme, certaines

méthodes non invasives ne peuvent pas être utilisées, et si l'enfant est encombré seule la sonde pourra être utile, comme le décrit la SF15: « Un enfant qui fait des bulles au nez, je l'entends qui râle un peu, il est rose et il a crié et il va bien mais j'entends qu'il a une gêne parce qu'il est encombré. » Dans ce cas là, le passage de sonde ne consiste pas vraiment à vérifier les choanes mais à aspirer l'enfant pour le désencombrer. Selon la sage-femme, parfois l'aspiration est utilisée uniquement au niveau des fosses nasales antérieures, mais parfois la sonde passe les choanes.

Nous pouvons dès à présent constater qu'il existe plusieurs pratiques parmi les sages-femmes :

- ✓ Celles qui n'utilisent que l'observation lorsque la situation le permet, c'est-à-dire celles qui pratiquent en accord avec les recommandations : cinq sages-femmes : SF 4, SF5, SF7, SF10 et SF12.
- ✓ Celles qui ont cessé l'utilisation des sondes mais qui utilisent encore une méthode non invasives en systématique : six sages-femmes : SF1, SF6, SF8, SF9, SF13 et SF15.
- ✓ Celles qui utilisent les sondes systématiquement bien qu'elles soient conscientes du caractère invasif de cette méthode : cinq sages-femmes : SF2, SF3, SF11, SF14, SF16

Cela confirme les hypothèses que certaines sages-femmes ne respectent pas les recommandations ainsi que certaines n'utilisent pas les méthodes les moins invasives.

1.2 POURQUOI DE TELLES PRATIQUES ACTUELLES ?

Plusieurs thèmes sont à aborder afin d'expliquer les pratiques actuelles de ces sages-femmes.

1.2.1 Pratiques liées à la formation initiale en école de sage-femme

Trois sages-femmes parmi les seize pratiquent la vérification de la perméabilité des choanes en fonction de ce qu'elles ont appris à l'école de sages-femmes. En effet, la SF6 qui a été formée à Nancy et qui pratique depuis dix années, uniquement à Nancy, nous

explique : « Parce que les nouveau-nés, moi j'ai appris qu'ils ne peuvent pas respirer par la bouche spontanément, que s'il devait respirer par la bouche il devait crier. », c'est pour cela que cette sage-femme part du principe que les choanes sont perméables si l'enfant respire calmement, sans crier malgré une narine bouchée. Venant de la même école, la SF11 qui pratique depuis 18 années à la maternité, utilise la sonde car elle ne sait pas comment vérifier autrement les choanes. Elle est restée sur les enseignements reçus au cours de sa formation. Tout comme la SF2 formée à l'école de Metz et ayant pratiqué dans deux autres établissements en Lorraine, qui utilise la sonde depuis 23 années : « J'ai appris comme ça. ». Nous aurions pu imaginer que des sages-femmes ayant travaillé dans plusieurs établissements ou avec plus d'expérience, connaissent d'autres techniques ou que leurs expériences leur auraient fait modifier leur pratique.

1.2.2 Pratiques liées à des informations erronées

Lors de certains entretiens, nous avons pu remarquer des contradictions. Ainsi, certaines pratiques pourraient être liées à des connaissances erronées. En effet, la SF2 nous explique sa technique : « Avec les toutes petites sondes [...] la calibre 8 [...] en ce qui concerne la perméabilité, je le fais systématiquement mais je m'adapte quand même à la situation. ». Deux incohérences viennent se glisser dans le dialogue. Nous avons pu voir dans la littérature que lors de l'utilisation de sonde, celles de calibre 4 ou 6 peuvent déjà être traumatique pour l'enfant. Le calibre 8 ayant un plus grand diamètre, la SF2 se trompe en pensant utiliser une sonde très petite. De plus, en décrivant utiliser cette méthode en systématique, elle ne peut pas s'adapter à la situation, ou alors que très peu, comme diminuer le calibre de la sonde. Elle semble avoir des croyances sur ses pratiques qui ne sont pas en accord avec la littérature. Comme vu précédemment, la SF11 utilise la sonde car elle pense les autres méthodes moins fiables. Or, d'après la littérature, les méthodes non invasives sont considérées comme tout aussi fiables. Ainsi, cette sage-femme, pourtant consciente du caractère invasif de cette technique, se sent contrainte de l'utiliser car, pour elle, aucune autre méthode ne lui permet de vérifier aussi bien les choanes. La SF3 venant de l'école de Metz et pratiquant depuis 21 années et la SF14 formée à Nancy et pratiquant depuis trois années, pensent que la vérification de la perméabilité des choanes est une obligation médico-légale, SF14 : « [...] je sais que c'est une obligation médico-légale les choanes mais après qu'est ce que les recommandations veulent je ne sais pas. » Ces deux sages-femmes utilisent la sonde pour des raisons que nous verrons par la suite. Toutefois, il nous a paru pertinent de relever qu'elles ne sont pas informées sur les recommandations de la HAS à propos des choanes et ainsi qu'elles pensent que c'est encore une obligation de les

vérifier systématiquement. Cela joue en faveur d'une systématisation de l'acte. Pour toutes ces sages-femmes, une actualisation des connaissances pourrait les libérer de certaines contraintes qu'elles se sont imposées. L'hypothèse que des informations erronées orientent les pratiques est confirmée.

1.2.3 Pratiques liées au manque de matériel

Nous retrouvons la SF3 et SF14, qui utilisent la sonde malgré une connaissance de certaines méthodes non invasives et une volonté de les utiliser. La SF3 : « je n'ai pas le miroir ou le petit truc que je pourrai mettre sous le nez au moment là. ». La SF14 nous explique qu'en tant qu'étudiante et jeune diplômée elle utilisait une cuillère puis : « [...] j'ai essayé de faire ça quand j'ai commencé à bosser ici, mais c'est vrai que t'as pas forcément le matériel, faut que tu cours derrière c'est un peu..., c'est compliqué [...] donc au début je m'excitais un peu puis ***soufflement*** maintenant je le fais avec la sonde sans aspiration, la bleu (calibre 8) [...] » Elle rajoute, comme la SF16 précédemment, qu'utiliser le matériel disponible est la solution de facilité. Elle explique que s'il y avait des cuillères sur toutes les tables, elle arrêterait d'utiliser la sonde : « Ca a une même efficacité...sauf si t'as besoin d'aspirer, et encore on aspire même plus dans les choanes. ». De plus, au fil du dialogue, elle cite la méthode avec le stéthoscope : « On peut éventuellement mettre le stéthoscope sous le nez pour écouter, pourquoi pas ça te rajoute pas de matériel, ça coûte rien, rien à désinfecter en plus, ça change rien du tout et au moins tu l'as fait et voilà ! ». Nous remarquons que les sages-femmes qui ne disposent pas du matériel se laissent orienter par le matériel disponible, même si cette méthode ne leur convient pas. L'entretien a fait émerger l'idée d'utiliser le stéthoscope à la SF14, qui se rend compte, en fait, qu'elle a une méthode non invasive à sa disposition. Nous retrouvons ici l'intérêt d'effectuer des entretiens, les sages-femmes sont en réflexion et cela leur permet de trouver des solutions face aux problèmes soulevés. De plus, si l'idée émerge de la sage-femme, nous pouvons supposer que celle-ci adaptera plus aisément sa pratique par la suite.

1.2.4 Pratiques liées à la conscience personnelle

Nous avons nommé cette catégorie « conscience personnelle » car certaines pratiques semblent ancrées dans les mœurs, sans être des habitudes pour autant. Pour les sages-femmes, certains éléments sont primordiaux pour la sécurité du couple mère-enfant, d'autres sont liés à l'humain. Par exemple la SF5, formée à Nancy et y travaillant depuis 29 années, nous explique précisément sa méthode de vérification : « Je ne vais pas embêter un bébé qui va bien, qui respire

sans battement des ailes du nez avec une bouche fermée, pendant 3-4 temps inspiratoires [...] » Elle est à la recherche d'un enfant qui va cyanoser et se débattre en cherchant son air. Durant l'entretien, elle va imiter des difficultés respiratoires : « Mais c'est du bon sens un bébé qui a une atrésie, il va forcément... ***imitation*** dès que tu vas lui fermer la bouche.... moi ça fait longtemps que je ne le fais plus...que je fais à ma sauce... [...] mais c'est ma responsabilité effectivement ». Cette SF5 est convaincue de sa pratique qui semble évidente et logique pour elle. Toutefois à ce moment là de l'entretien, elle n'était pas informée sur les recommandations liées au dépistage de l'atrésie des choanes et se pensait hors du cadre médico-légal, ce qui implique, pour elle, sa propre responsabilité. Dans le même sens, la SF4, formée à l'école de Metz et pratiquant depuis 14 années à la maternité régionale nous explique : « Depuis peut-être déjà une bonne année, [...] si je vois qu'il n'y a aucun problème, je me dis que les choanes sont perméables donc je vérifie cliniquement par l'observation [...] J'ai appris à vérifier les choanes avec la sonde à Metz. C'est pour ça que je suis revenue sur la méthode parce que je savais que c'était traumatique. ». Tout comme la SF9, la SF10 et la SF12, il est très important d'utiliser des techniques non invasives pour elles.

La notion que nous allons aborder ne rentre pas dans le cadre de ce mémoire, mais il semblait important de la relever. Durant les entretiens, la notion de vérification de la perméabilité de l'œsophage est revenue de nombreuses fois. En effet, neuf sages-femmes ont abordé le sujet de la vérification de la continuité de l'œsophage par la sonde, en précisant que cela restait une pratique quasi systématique pour elles. La SF9 témoigne : « Quand je vérifie l'œsophage je mets quand même une sonde en systématiquement voilà...car moi-même j'ai déjà eu deux atrésies qui n'étaient pas diagnostiquées donc tu te dis que finalement c'est quelque chose qui sert. ». De même que la SF10 : « Concernant l'œsophage, je le fais toujours en systématique, alors que c'est plus recommandé... parce que je trouve que c'est médico-légal, moi ça me gêne de donner à manger à un enfant si on n'est pas sûr que tout est raccordé donc voilà, ça je le fais encore. » Nous constatons que pour les sages-femmes, cette pratique n'est pas qu'une habitude mais un réel acte de vérification nécessaire à la sécurité. Malgré la connaissance des recommandations, la SF10 ne les respecte pas, de même que la SF13 : « Dans les nouveaux carnets de santé il y a même marqué pour l'œsophage : Passage de sonde si hydramnios etc., alors je raye « si hydramnios » et je coche œsophage ». Toutefois la SF15 émet son souhait de se débarrasser de cette pratique étant donné qu'elle n'est plus recommandée, mais a encore des difficultés à respecter totalement ces recommandations. Il serait intéressant, lors d'études ultérieures, d'approfondir d'avantage ce sujet qui semble source de débat.

La « conscience personnelle » peut orienter fortement la pratique des professionnels. Dans une telle profession où relation à l'autre, sécurité et responsabilités se chevauchent, nous pouvons entendre qu'il semble humain et donc légitime qu'elles agissent, dans une certaine mesure, en fonction de leurs valeurs personnelles.

1.2.5 Pratiques liées à des informations reçues d'une tierce personne

Nombreuses sont les sages-femmes qui pratiquent actuellement la vérification de la perméabilité des choanes grâce des informations données par d'autres personnes, ce ne sont pas des recommandations locales officielles mais cela a permis à ces sages-femmes d'arrêter l'usage de la sonde. En effet, pour la SF1 et la SF7, c'est grâce à d'autres collègues qu'elles se sont rendues compte qu'elles pouvaient travailler différemment, comme le souligne la SF1, qui a cessé d'utiliser la sonde depuis plus de deux années : « C'est les pédiatres qui nous ont dit que c'était plus obligatoire et qu'on pouvait vérifier autrement juste en vérifiant que l'air passe [...] et la cadre aussi et on a participé à des séminaires où on en parlait. ». Recevoir l'information des pédiatres a permis à ces sages-femmes d'être plus souples et libres dans leur pratique. La SF7 qui travaille depuis 18 années à la maternité le précise : « c'est des choses qu'on nous a dit, qu'un bébé qui ne pleurait pas et qui était bien rose, t'es pas obligé de le faire [...] maintenant je le fais moins, depuis environ 4-5ans un peu près [...] ce qui m'a fait changer c'est le fait d'avoir eu l'information par le pédiatre. ». Ceci démontre que dans le service de salle de naissance de la maternité régionale, il y a eu des discussions avec les pédiatres à ce sujet. Toutefois, rien d'officiel, ceci peut expliquer les divergences de discours quant à l'information reçue en salle de naissance au sujet des choanes, nous expliciterons cette partie dans la suite de la discussion. Il semble aussi important de souligner les séminaires, cités par la SF1. En effet la place de la formation professionnelle continue est indéniable, cela permet de rester informé sur l'évolution constante des pratiques en médecine. De plus, formées toutes les deux à Nancy, la SF8 qui a cinq années d'expérience et la SF9 qui a quatorze années d'expérience, ont elles aussi cessée d'utiliser la sonde suite à des discussions entre sages-femmes ainsi que l'observation de méthodes non invasives. La SF9 témoigne : « Au fur et à mesure on a commencé à parler d'arrêter de passer des sondes à chaque fois, de vérifier autrement et donc effectivement on part du principe que du moment que t'as un bébé tout rose à la naissance c'est qu'il s'est bien oxygéné et qu'il y a pas de raison qu'il ait une pathologie plus qu'une autre [...] finalement il n'y a personne qui a dit : on peut arrêter du jour au lendemain (les sondes), mais la pratique a commencé à être remise en cause par certaines SF. ». La SF8 explique son changement : « En voyant les pratiques d'autres personnes et en me rendant compte que finalement je pouvais avoir

les mêmes résultats en étant moins invasive pour mon bébé. » La SF10 cite « du bouche à oreille » et des transmissions orales au sein du service. La SF15 a été formée à l'école de Lilles Université Catholique, elle a exercé dans douze établissements différents avant d'exercer à la maternité régionale. Elle pratique depuis 20 années et cela fait trois années qu'elle a cessé l'utilisation de la sonde pour vérifier les choanes. Comme précédemment, les années d'expérience et le nombre d'établissement ne semblent pas avoir un rôle dans la méthode. Ce sont des étudiantes sage-femme de Nancy qui lui ont montré la technique de l'écoute du souffle des narines au stéthoscope : « c'est les étudiantes d'ici qui m'ont sensibilisée, en me disant qu'elles avaient vu dans les autres établissements que ce n'était pas si systématique, moi j'apprends aussi des élèves, j'apprends de tout le monde et c'est les étudiantes qui m'ont montré pour le stéthoscope, tu vois. [...] » Ainsi bien avant les recommandations de la HAS, les méthodes non invasives commençaient à émerger au sein du service. On peut noter de réelles disparités entre des sages-femmes qui travaillent depuis plusieurs années au sein de la même maternité, certaines ont reçues des informations qui leurs ont permis d'adapter leur pratique, et certaines comme la SF2, la SF16 ou encore la SF11 qui ne semblent pas avoir pu en profiter. Parmi toutes les sages-femmes, nous pouvons aussi constater qu'aucune ne citent les recommandations de la HAS.

1.3 LES REPRESENTATIONS DES HABITUDES DE TRAVAIL

Afin de repérer les différences entre la « conscience personnelle » et les habitudes, nous avons décidé d'enquêter auprès des sages-femmes pour savoir ce qu'elles pensaient des habitudes de travail. Deux catégories de sages-femmes sont apparues, celles qui ne trouvent que du négatif aux habitudes, ce sont celles qui utilisent des méthodes non invasives et celles qui voient des avantages et des inconvénients liés aux habitudes, parmi elles, les sages-femmes utilisant des sondes.

Le principal argument retenu contre les habitudes de travail est « un frein à l'actualisation des pratiques ». Pour les sages-femmes, telles que la SF1, la SF4, la SF8 et la SF13, il semble important de ne pas s'enfermer dans des habitudes car la profession et la médecine évoluent constamment. Elles pensent qu'il faut s'adapter au cas par cas et évoluer en fonction des recommandations, des protocoles et des découvertes scientifiques et médicales. La SF12 qui pratique depuis 32 années à la maternité régionale uniquement explique : « En général je dirai que faire systématiquement les choses c'est pas une bonne chose, qu'il faut s'adapter à la clinique, il y a des choses qui vont être indispensables, donc à faire automatiquement, mais tout

faire en systématique non c'est pas bon... On peut aussi se remettre en question par rapport à l'école d'où on vient, parce qu'on nous apprend quelque chose en fonction de ce qu'on pratique sur notre établissement et tout le monde à d'autres pratiques ailleurs à évaluer en fin de compte. » Ce passage est très pertinent car il relève différentes notions. Elle remarque que l'école de formation peut influencer sur la pratique, ainsi que l'établissement où on travaille. Son message était donc de rester ouverte aux pratiques nouvelles, de les évaluer et d'oser changer, mais aussi de ne pas se laisser influencer par les « habitudes de service ». En effet, durant les entretiens, plusieurs sages-femmes, dont la SF1 et la SF14, ont expliqué « qu'ici, le passage de sonde et l'aspiration, c'est les pratiques de la maternité ». La SF16, qui utilise des sondes, justifie sa pratique par : « Les habitudes de service. ». La SF2, face à une proposition de méthode non invasive répond négativement : « C'est parce que ce n'est pas notre pratique. ». De plus, la SF14 qui estimait ne pas avoir le matériel adéquat pour pratiquer la méthode de la cuillère explique : « Après, je ne suis pas sûre que pour les vieilles sages-femmes ce soit facile de changer les vieilles pratiques [...] ». Une incohérence flotte autour de ces croyances du service. D'après l'étude, seulement cinq sages-femmes passent des sondes et parmi elles, les deux sages-femmes avec le plus d'expérience ont 23 années pour la SF2 et 21 années pour la SF3, elles ont été formées à l'école de Metz. Or, les quatre sages-femmes de l'échantillon ayant plus de 25 années d'expérience ne pratiquent pas la méthode de la sonde. Dans cette étude, ce ne sont pas les sages-femmes avec le plus d'expérience qui utilisent la méthode invasive. Bien que l'échantillon ne se compose pas de toutes les sages-femmes de la maternité, ces croyances semblent injustifiées et peuvent orienter faussement le choix de la méthode. Ainsi, les hypothèses que l'existence de croyances erronées limitent les sages-femmes dans leur pratique et que les habitudes de travail peuvent être des freins à l'adaptation de certaines pratiques semblent justifiées.

En reprenant le passage précédent de la SF12, nous remarquons qu'elle décrit aussi l'ambivalence qu'il peut y avoir entre habitudes et actes indispensables à effectuer pour la sécurité. De même, la SF6 explique très clairement les inconvénients et avantages pour elle des habitudes de travail : « [...] donc tu peux faire des choses au final qui sont pas très fondées, ou qui mériteraient d'être évoluées avec l'évolution des connaissances médicales et ça tu le fais pas parce que t'es dans tes habitudes [...] Ca t'empêche de te remettre en question, et en même temps les habitudes ça a l'avantage d'avoir quand même une certaine sécurité. Alors travailler sans habitudes ça demanderait, ça impliquerait peut être un peu moins de sécurité en règle générale et ça impliquerait beaucoup plus de charge mentale parfois...qui pourrait nuire je pense à notre travail. ». Dans le même sens, la SF3 explique que ça dépend si les habitudes sont bonnes, c'est-à-dire un geste indispensable à la bonne sécurité du couple mère-enfant, ou mauvaises c'est-à-

dire qu'elles empêchent une remise en question. La notion de charge mentale est très pertinente. Durant des gardes chargées, nous pouvons imaginer que la charge mentale soit déjà très importante, dans des cas comme ça, nous pouvons entendre qu'avoir des habitudes, ou plutôt des automatismes dans les gestes de sécurité permettent de travailler en sécurité et de beaucoup moins subir la charge de travail. De plus, si habitude rime avec sécurité, ceci explique que changer ses habitudes peut être difficile. Toutefois, toutes les sages-femmes ont fait la même remarque : « Il ne faut pas s'enfermer dans les habitudes. », la volonté de continuer à évoluer en fonction des nouveautés s'est fait ressentir dans la majorité des cas.

1.4 DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

Comme vu précédemment, aucune sage-femme ne justifie sa pratique actuelle du dépistage de l'atrésie des choanes par la présence des recommandations de la HAS. Bien que six sages-femmes ignorent la diffusion de ces recommandations en salle de naissance, les recommandations sur l'accouchement normal ainsi que l'accueil du nouveau-né sain sont disponibles en format papier dans le service. Seules la SF2, la SF7 et la SF16 ne sont pas renseignées sur ces recommandations, et seulement trois sages-femmes connaissent les recommandations précisément au sujet du dépistage de l'atrésie. Cette disparité entre la connaissance des recommandations de la HAS coté mère et celle coté nouveau-né, peut s'expliquer par la naissance du Parcours Physiologique. En effet, les sages-femmes ont travaillé ensemble sur ce projet qui se voulait en accord avec les recommandations de la HAS sur l'accouchement normal et sur les recommandations à propos de l'Oxytocine du CNSF. Au sein de ce projet, il est expliqué qu'une prise en charge du nouveau-né à la naissance peut se faire dans la même pièce que la mère en dehors de toutes anomalies, que l'accueil du nouveau-né doit se faire en fonction des attentes des parents et que le clampage tardif du cordon ainsi que le peau-à-peau immédiat sont encouragés quand cela est possible. Or, la vérification de la perméabilité des choanes n'y apparait pas. De nombreuses sages-femmes ont le même ressenti que la SF5 : « [...] Concernant les nouveau-nés, je t'avoue que je ne m'en rappelle pas de ça (des choanes), dans mes souvenirs c'est peau-à-peau, examen près de la mère, voir sur la mère, et non plus sur la table. Voilà... [...]. En termes de nouveau-né on a rien changé. ». De même pour la SF11 : « Oui pour le projet physiologique on avait regardé les recommandations mais concernant le nouveau-né sain rien ne m'a interpellé en tout cas. ». Le sujet de la vérification de la perméabilité des choanes ne semble pas avoir été abordé lors des discussions liées au Parcours Physiologique. Même pour les sages-femmes ayant lu les recommandations et qui se souviennent d'une partie réservée pour le nouveau-né, elles n'ont pas le ressenti d'avoir relevé une

information particulière à ce sujet. Ainsi elles sont dix sages-femmes à être informées sur les recommandations de la HAS au sujet de l'accouchement normal ainsi que sur quelques éléments à propos de l'accueil du nouveau-né sain, grâce au travail fourni pour la création du Parcours Physiologique (dépistage de l'atrésie des choanes exclu). Parmi ces dix sages-femmes, trois utilisent la sonde, quatre utilisent des méthodes non invasives en systématique et trois sages-femmes respectent les recommandations en ne vérifiant pas systématiquement les choanes, c'est-à-dire aucun geste mis en place à cet effet, observation de l'enfant uniquement. Ainsi, sans connaître les recommandations, certaines sages-femmes les respectaient déjà. Au sein de cette catégorie, nous retrouvons aussi trois des quatre sages-femmes de l'échantillon, à ne pas travailler en temps complet en service de salle de naissance, parmi elles la SF4 et la SF12 qui respectent les recommandations et la SF14 qui utilise la sonde, la SF4 témoigne : « Justement ton mémoire c'est intéressant, par rapport aux recommandations sur l'accueil du nouveau-né je trouve qu'on en a pas assez parlé, beaucoup de travail mais pas beaucoup sur l'accueil du nouveau-né, tu relèves un peu le problème en effet. [...] après je ne suis pas là à 100% donc parfois il doit y avoir des petits ratés [...]. ». Etant donné les discussions, « le bouche à oreille » et les transmissions orales au sujet des recommandations ou de l'évolution possible de certaines pratiques, la caractéristique de ne pas travailler en temps complet en salle de naissance peut expliquer certains problèmes d'informations. En effet, la SF16, qui n'est pas informée sur les recommandations de la HAS, ni coté mère, ni coté nouveau-né, travaille aussi en alternance dans un autre service et utilise la sonde. Toutefois, il est difficile de déterminer la causalité ou non de cette caractéristique sur le manque de connaissance des recommandations. Nous n'avons pas retrouvé ces recommandations dans le logiciel de gestion documentaire du CHRU de Nancy (GeDoc) mais elles sont disponibles en salle de naissance sous forme papier. Parmi les quatre sages-femmes à travailler en mi-temps en salle de naissance, deux respectent les recommandations et deux utilisent des sondes systématiquement.

Nous remarquons ainsi qu'il n'est pas obligatoire de connaître les recommandations pour travailler en accord avec celles-ci. Parmi les trois sages-femmes à ne connaître aucune de ces recommandations, la SF7, contrairement à la SF2 et à la SF16, observe uniquement le nouveau-né et pratique donc en accord avec les recommandations. De même, nous avons remarqué que ce n'est pas parce que les sages-femmes étaient correctement informées sur les recommandations qu'elles étaient respectées forcément. En effet, parmi les trois sages-femmes à connaître les recommandations de la HAS pour le dépistage de l'atrésie des choanes, la SF15 a encore tendance à vérifier les choanes systématiquement en écoutant le souffle avec le stéthoscope, même si elle compte se détacher du systématique. La SF13, malgré son habitude

d'utiliser un miroir, nous décrit qu'elle respecte les recommandations: « On se doute bien qu'il va bien, tu vois avant j'ai fait deux accouchements et je n'ai pas vérifié les choanes... (les nouveau-nés) ils étaient parfaitement en pleine forme alors je les ai laissés tranquille. ». De même, la SF10 connaît et respecte les recommandations au sujet des choanes précisément. Pourtant elle ne connaissait aucune autre recommandation, elle explique : «c'est le bouche à oreille, par transmission orale,...que c'était plus à faire en systématique, que c'était vraiment si on avait un doute, en fonction de la clinique.. ». Les informations venant d'une tiers personne peuvent influencer fortement les pratiques. Ici, la SF10 connaissait les recommandations de la HAS à ce sujet, non pas parce qu'elle les avait lues, mais parce qu'elle les avait entendues au sein du service. De nombreuses autres sages-femmes avaient eu la même information, mais aucune ne savait que c'était, en fait, des recommandations devenues officielles et nationales. Ainsi, l'hypothèse que toutes les sages-femmes connaissent les recommandations de la HAS sur l'accueil du nouveau-né sain est fautive, ces recommandations ont rencontré un réel problème de diffusion.

2. REFLEXION AUTOUR DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

2.1 CRITIQUE DES RECOMMANDATIONS HAS

Après avoir informé les sages-femmes à propos des recommandations, nous avons pu recueillir de nombreuses opinions. En terme général et en accord avec l'hypothèse émise, toutes les sages-femmes de l'échantillon ont eu un avis globalement positif des recommandations. Toutefois, seul un tiers de l'échantillon a eu une critique uniquement positive des recommandations. En effet, la SF1 qui utilise le stéthoscope, la SF11 qui utilise la sonde et les SF4, SF10 et SF12 qui utilisent l'observation expliquent qu'elles observent, dans tous les cas, très attentivement l'enfant de sa naissance, à sa sortie du service de salle de naissance. Ainsi, si elles observent la respiration et que l'enfant est rose, au sein de sa mère, sans signe de détresse respiratoire, elles estiment qu'au moins une des choanes est perméable. Elles expriment aussi leur satisfaction face à l'arrêt du caractère systématique de la vérification, et ainsi la potentielle diminution de l'utilisation de la sonde.

Par ailleurs, onze sages-femmes ont émis des avis un peu plus mitigés, et parfois certaines remarques revenaient plusieurs fois au fil des entretiens. Nous avons formé trois

catégories reprenant les différentes critiques et/ou remarques émises face à ces recommandations.

Premièrement, quatre sages-femmes ont fait une remarque liée aux pédiatres, par exemple la SF13 : « T'es allée en parler aux pédiatres ? Tu devrais parce qu'ils sont habitués au nouveau-né qui ne va pas bien... Ils auront plus de mal... Je pense qu'on tend à devenir de moins en moins interventionniste et de plus en plus clinicienne, à observer les choses et tant mieux. » En effet, la SF9 et la SF12 expliquent que les pédiatres auraient remis en question le peau-à-peau mère-enfant durant le post-partum immédiat sans capteur de saturation au poignet de l'enfant. De même que la SF7, ces trois sages-femmes ont émis un doute quant à l'avis des pédiatres à propos de ces recommandations et semblaient les imaginer avec difficulté en accord avec ces recommandations. Toutefois, nous avons vu précédemment que certaines sages-femmes avaient cessé l'utilisation de la sonde grâce à des informations émises par ces médecins. Ainsi, est-ce des suppositions ou de réelles opinions divergentes ? Les pédiatres ne faisant pas partis de l'échantillon, ce point restera à éclaircir lors d'une autre étude à ce sujet.

Dans un deuxième temps, nous verrons que la SF2 et la SF8 ont eu une réaction identique lors de l'annonce des recommandations, telle que : « Mais si on les vérifie plus, du coup (l'atrésie unilatérale) ça peut passer inaperçu à la naissance en salle de naissance ? » (SF2). En effet, elles ont relevé une notion intéressante. Même si nous avons vu précédemment dans la littérature, que la prise en charge de l'atrésie unilatérale se faisait tardivement et que des signes cliniques y était associés, est-ce qu'il y a plus de risques pour l'enfant lorsqu'il est au sein avec une narine non fonctionnelle ? Toutefois le même argument revient : étant donné la faible prévalence de cette malformation qui ne nécessite pas de prise en charge urgente lorsqu'elle est unilatérale, une vérification systématique est-elle nécessaire ? De plus ces deux sages-femmes sont en accord avec les recommandations, malgré leur remarque. En effet, la SF8, diplômée depuis cinq années et qui utilise le stéthoscope, fait confiance à la HAS : « je pense que s'ils recommandent de pas le faire c'est que c'est basé sur une étude, probablement qu'à l'heure actuelle le taux d'atrésie doit être suffisamment bas pour se permettre d'éviter de... (vérifier) [...] moi je pense que pour les personnes qui ont encore tendance de passer les sondes ça peut être pas mal [...]. » Nous verrons dans une prochaine partie ce que les sages-femmes proposent afin de répondre à ces questions de sécurité.

Dans une troisième catégorie, nous repérons que de nombreuses sages-femmes semblent s'interroger sur cette recommandation, mais aussi sur sa mise en pratique. La SF6 et la SF16 ont

fait la même remarque : « Ca veut dire quoi de ne plus vérifier ? », la SF3 a réagit dans le même sens : « [...] Ils recommandent quand même de vérifier d'une autre façon ? ». Etant donné que la HAS n'a pas donné d'explications particulières à la suite de ces recommandations, ni de propositions de surveillance particulière, les sages-femmes semblaient en questionnement et ainsi en attente d'avantage d'informations. Par exemple la SF5, pourtant très ravie des recommandations : « ENFIN, ça me conforte dans ma pratique clinique [...] c'est qu'enfin on est dans le bon sens [...]. », a eu comme première réaction: « Après l'observation...ils ne recommandent même pas l'observation ?? Parce que l'arrière pensée des recommandations c'est peut être avec la sonde ? Ou ils ne précisent pas ? ». Le besoin d'avantage d'information à propos de cette recommandation se fait sentir. Il semble compliqué pour les sages-femmes, d'abandonner sans relais, cette vérification ancrée dans leur pratique. En effet, la SF9 et la SF14 sont en accord avec les recommandations mais en pratique, elles confient qu'elles auront encore tendance à utiliser une méthode non invasive, la SF9 explique : « Après c'est vrai que dans mon for intérieur ce serait compliqué d'arrêter complètement de vérifier [...] ». De même la SF14, diplômée depuis trois années, s'exprime : « Après justement comme c'est plus obligatoire, [...] et comme c'est plus médico-légal et que t'as une cuillère sous la main [...] et en plus l'examen tu le fais auprès des parents donc ça te permet de montrer aux parents que le bébé respire bien, les rassurer et moi ça me rassure tout simplement aussi. [...] Donc sur le principe ça ne me choque pas, pas pour autant que je ferai plus sincèrement [...] ». Nous pouvons retrouver cette notion de « conscience personnelle » qui les oriente vers le besoin de vérifier pour se rassurer. La faible expérience de la SF14 a probablement un rôle sur sa pratique, toutefois elle semble déterminée à cesser l'usage de la sonde afin de repasser à des méthodes plus douces. Ainsi, pour elles, ces recommandations semblent donner le cadre légal attendu afin de cesser l'utilisation des sondes, mais ne leur donne pas l'assurance de la sécurité nécessaire afin de les suivre.

2.2 MODALITES DE MISE EN PRATIQUE DES RECOMMANDATIONS

Nous verrons ce qui devrait être mis en place afin de permettre aux sages-femmes de respecter au mieux ces recommandations. Certaines sages-femmes ont proposé des éléments à mettre en place ou à modifier. De plus, nous avons discuté la pertinence d'un protocole afin d'encourager les sages-femmes à pratiquer en accord avec les recommandations.

Premièrement, nous allons analyser les remarques de trois sages-femmes quant à la mise en pratique des recommandations concernant la vérification de la perméabilité des choanes. La SF13 aborde le sujet des carnets de santé, où il y a encore inscrit « perméabilité des choanes » à

coté d'une case à cocher. La SF13 explique : « A notre degré de vérification, c'est quand même encore marqué perméabilité des choanes... Donc si tu ne vérifies pas, tu ne peux pas cocher qu'elles sont perméables. » En effet, s'il n'est plus recommandé de vérifier systématiquement, mais que la case à cocher est présente dans les papiers administratifs, cela peut faire penser aux sages-femmes en une potentielle obligation de vérifier les choanes. Comme le décrit la SF13, si elle ne vérifie plus les choanes, elle ne coche plus la case, et cela pourrait se traduire par le fait qu'on ne sait pas si les choanes de l'enfant sont perméables. La même question revient : Que veut dire « ne plus vérifier » ? Parmi tous les éléments que la sage-femme vérifie lors de l'examen du nouveau-né, très peu sont cités dans le carnet de santé, alors qu'ils sont indispensables. Or, si les choanes y apparaissent, il est pertinent de se demander si ce n'est pas cela qui a laissé croire aux sages-femmes que la vérification des choanes était une obligation médico-légale. Nous pouvons nous demander s'il est vraiment nécessaire de voir inscrit ce niveau de vérification dans le carnet de santé étant donné les nouvelles recommandations. Toutefois, ces informations dans le carnet de santé sont peut-être réservées uniquement dans le cadre d'un nouveau-né nécessitant une prise en charge néonatale où le geste de vérification des choanes devra être tracé ? Toutes ces remarques nous laisse supposer que la présence d'un point de surveillance sur les choanes dans le carnet de santé soit d'avantage un frein aux bonnes pratiques, qu'une information pertinente et au bon endroit lors de la prise en charge par les sages-femmes. Par ailleurs, la SF6 et la SF15, qui sont en accord avec les recommandations sur le principe, semblent être en attente de certaines conditions de sécurité afin de mettre en œuvre les recommandations. La SF15 explique : « Du coup si je ne passe pas de sonde ni dans la bouche, ni dans le nez du bébé, je veux être présente lors de la première alimentation, pour vérifier les premiers mouvements de déglutition. » Cette sage-femme propose une surveillance en accord avec les recommandations belges vu précédemment, où la sage-femme doit être présente lors de la première alimentation. La SF6 établit une stratégie de surveillance beaucoup plus générale : « ... (les recommandations) Ca ne me choque pas... après à condition qu'une observation soit faite, et qu'il y a une sensibilisation de tout le personnel, parce qu'en tant que sage-femme on vérifie l'examen du nouveau-né, mais par exemple les premières mise au sein, c'est souvent les auxiliaires qui s'en occupent, c'est souvent elles qui sont auprès des nouveau-nés et des mamans dans les suites de couche immédiates, plus que nous car on est beaucoup dans les papiers [...] et je pense que tout le monde doit être sensibilisé à chacun des risques. Si on passe plus l'œsophage, ni les choanes... [...] je pense que c'est bien d'alléger un peu les choses mais faut pas non plus se mettre dans l'insécurité [...] donc il faut que derrière tout le monde soit sensibilisé, peut être même éventuellement les parents. » La notion qui revient est la première alimentation de l'enfant. En effet, c'est un moment important pour le couple mère-enfant, mais

aussi source de danger si atrésie de l'œsophage non diagnostiquée en anténatal ou si non dépistée en salle de naissance. Les deux sages-femmes souhaitent une surveillance plus rigoureuse durant le post-partum immédiat et lors de la première alimentation, afin de respecter les recommandations et ainsi observer uniquement l'enfant. La SF15 s'engage à être présente à ce moment là. Or, pourra-t-elle assister à chaque première alimentation et lors de toutes les gardes même les plus chargées ? Cela semble faisable mais difficile à imaginer en systématique. La SF6 souhaite la même chose, or pour elle tout le monde doit être sensibilisé. C'est une vision pertinente avec un compromis intéressant, car informer les parents sur les nouvelles pratiques permet de les responsabiliser et de les rendre encore plus actifs quant à la prise en charge de leur enfant. Ceci peut impliquer encore plus de surveillance et ainsi plus de sécurité. Elle propose aussi de sensibiliser le personnel et surtout les auxiliaires de puériculture qui forment un binôme indispensable avec les sages-femmes. Cela leur permet de pouvoir prendre en charge en sécurité et consiste en une réelle alternative lors de gardes chargées où la sage-femme ne peut pas se rendre disponible. Cela peut aussi apporter plus de sérénité dans le service face à ces recommandations et ainsi orienter les pratiques dans le sens de celle-ci.

Une des dernières questions des entretiens avait pour but de cerner les opinions des sages-femmes à propos d'un éventuel protocole local sur l'accueil du nouveau-né sain expliquant qu'il n'était plus recommandé de vérifier systématiquement la perméabilité des choanes. La grande majorité des réponses étaient en faveur d'un protocole, nous allons voir les attentes des sages-femmes face à celui-ci. La SF5, en première réponse, a proposé de compléter le protocole du Parcours Physiologique. Etant donné que les nouveau-nés attendus sont à faible risque de complications et ont une grande probabilité d'être sains. Toutefois, après discussion, la SF5 remarque qu'il serait dommage de ne pas faire profiter du protocole aux nouveau-nés sains qui n'appartiennent pas au Parcours Physiologique. Les SF9 et SF14 tendent plutôt vers un protocole local général qui reprendrait toutes les recommandations de la HAS pour l'accueil d'un nouveau-né sain. La SF9 rajoute qu'elle trouverait pertinent un protocole où la pathologie est brièvement expliquée avec des signes évocateurs de l'atrésie des choanes. Durant les entretiens, nous avons remarqué que les sages-femmes n'étaient pas suffisamment informées sur cette pathologie. En effet, la majorité des sages-femmes ont réussi à citer les signes cliniques, or la réflexion n'était que par logique. Elles ont quasiment toute imaginé un enfant avec des narines obstruées et ainsi elles se doutaient bien qu'il y avait une détresse respiratoire, une cyanose et un tirage bucco-facial. Seulement une sage-femme a décrit que la cyanose disparaissait au cri. Ainsi, l'idée d'un récapitulatif sur la pathologie semble très pertinent, afin de prévenir, informer et rassurer les sages-femmes. De nombreux arguments ont été avancés à l'avantage d'un protocole.

Premièrement, de nombreuses sages-femmes ont cité l'harmonisation, l'uniformisation et l'homogénéité des pratiques que pourrait apporter un protocole, la SF8 explique : « Je pense aussi que ça peut être bien parce que ça va harmoniser notre pratique à toutes et nous amener à toutes faire les mêmes gestes [...] de la même manière. ». Pour les SF5 et les SF15, ce protocole servira aussi et surtout pour les sages-femmes qui n'ont pas reçu l'information et celles qui ont encore tendance à pratiquer en systématique avec la sonde. La SF15 explique : « [...] changer ses pratiques ce n'est pas toujours évident et peut être que tout le monde fait pas de la même manière, et que tout le monde n'a pas entendu et parfois ça rassure aussi d'avoir un protocole donc oui, pourquoi pas formaliser les choses pour éviter un certain nombre de geste [...]. ». Par ailleurs, les SF3 et SF4 ont abordé l'aspect pratique du protocole quant à sa diffusion, SF3 : « S'il y a un protocole d'établi [...] ça se diffuse mieux. », de même la SF4 rajoute : « Quand il y a un nouveau protocole mis en place on en parle donc je pense que ce serait une bonne chose. » Ainsi, le protocole permettrait d'informer le maximum de sages-femmes sur ces recommandations. La SF12 rajoute : « Je pense que c'est toujours bien car du moment où ce n'est pas écrit noir sur blanc, il y a beaucoup de « on dit », « on a vu ça », une fois qu'on a quelque chose d'établi, déjà on peut l'avoir sous les yeux facilement en salle de naissance [...]. » Ainsi le protocole paraît très pertinent, autant pour sa diffusion et ainsi la diffusion des recommandations, que pour son utilisation car toujours disponible et accessible. De plus, de nombreuses sages-femmes ont cité le cadre médico-légal que le protocole permettrait de fixer plus précisément. Elles expliquent qu'avoir un protocole permet de connaître ses devoirs et d'apprécier sa pratique par rapport aux recommandations, comme l'explique la SF14 : « Ce sera un cadre médico-légal, ça te couvre de savoir si ce que t'as fait c'est bien, [...] que ce soit cadré. ». Pour certaines sages-femmes, le protocole serait un outil pour les encourager à cesser de vérifier systématiquement. En effet la SF11 explique : « Oui ça va m'encourager à ne plus le faire donc oui je trouverai ça pertinent ! ». Dans le même sens, la SF10 qui observe uniquement la respiration de l'enfant mais qui vérifie encore l'œsophage explique : « Vu que les recommandations changent, il serait peut être bon de le mettre par écrit, et si je le vois écrit peut être que je ne ferai plus de manière systématique la perméabilité œsophagienne [...] ça permet de faire garde-fou. » Il semblerait que le protocole rassure les sages-femmes et cela pourrait leur donner la liberté d'adapter leur pratique. La SF15 illustre : « Au moins un document formel sur lequel les gens puissent s'appuyer et puissent se rassurer, parce que quand on a toujours fait la même chose et qu'on nous dit de ne plus le faire c'est super angoissant tu vois, on a l'impression qu'on va être délétaire vu qu'on était persuadé de faire bien avant, donc oui ça peut rassurer. ». Enfin, le sujet des étudiantes sages-femmes a été abordé. Deux sages-femmes ont relevé qu'il était important pour les étudiantes de pouvoir apprendre et pratiquer en fonction des recommandations, sans devoir

s'adapter à des pratiques différentes faites de façon sporadique. Encore un avantage de l'harmonisation des pratiques grâce au protocole. La SF8 témoigne : « On a des étudiantes sage-femme qu'on forme et on leur apprendrait toutes de la même manière, parce que ça aussi les pauvres...pouvoir travailler en accord avec les recommandations. ». Enfin, les sages-femmes ne cachent pas que la mise en place d'un protocole peut être compliquée les premiers temps, mais elles semblent assez confiantes à propos du respect de celui-ci sur le long terme. La SF8 explique : « Le protocole sur l'oxytocine pour du travail spontané, on a eu ce qu'on appelle une résistance de certaines sages-femmes qui n'ont jamais pratiqué de cette manière [...] et aujourd'hui on s'est toutes d'adaptées au nouveau protocole. Donc oui je pense que sur le temps, si le travail est fait avec les sages-femmes, il sera au moins respecté au minima... ». De même la SF 12 prend l'exemple des modifications de prise en charge des enfants avec un risque d'infection au streptocoque de groupe B. Elle explique qu'avant la mise en place du protocole, il était très compliqué de respecter les recommandations, mais qu'une fois le protocole écrit, avoir la référence disponible leur a bien facilité la mise en pratique de celles-ci. La SF15 témoigne : « Comme pour l'aspiration gastrique qu'on faisait encore assez fréquemment il y a un an et demi, et il a fallu d'un papier qui dit qu'il ne faut plus le faire comme avant, donc je pense que ça peut être une bonne chose. ». Cette partie confirme l'hypothèse que la mise en place d'un protocole peut aider les sages-femmes à pratiquer en accord avec les recommandations.

L'ensemble de cette discussion fait surgir des axes d'amélioration que nous pouvons proposer afin de faciliter la mise en pratique des recommandations de la HAS.

Dans un premier temps nous pouvons proposer d'intégrer les recommandations de la HAS au sein du logiciel GeDoc présent sur tous les ordinateurs de la maternité du CHRU de Nancy. Il serait intéressant aussi de créer un groupe de travail afin de poursuivre le projet physiologique mis en place à la maternité et développer d'avantage le versant nouveau-né de ce projet.

Dans un second temps et dans la continuité de ce travail, nous pourrions imaginer un mémoire de fin d'étude comprenant une évaluation des pratiques professionnels par rapport aux recommandations nationales, en incluant les pédiatres à l'échantillon de l'étude, afin d'entendre leurs opinions à propos de ces recommandations.

Et enfin, la création d'un protocole sur l'accueil du nouveau-né sain accompagné de notes explicatives semble être indispensable afin de fixer un cadre légal pour la vérification de la perméabilité des choanes, mais aussi pour celle de l'œsophage, et ainsi de répondre aux besoins des sages-femmes.

3. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE - FORCE ET FAIBLESSE DE L'ETUDE

Au sein de cette partie nous allons expliciter les points forts de l'étude ainsi que discuter la méthodologie de celle-ci. De même, nous expliquerons les faiblesses de l'étude et nous proposerons des axes d'amélioration afin d'y pallier lors d'études ultérieures.

3.1 FORCE DE L'ETUDE

Grâce à la méthodologie appliquée dans cette étude, de nombreux éléments ont apporté une force non négligeable à l'étude.

Dans un premier temps, nous avons rendu disponible un tableau imprimé dans le bureau de garde en salle de naissance où les sages-femmes qui souhaitaient participer pouvaient s'y inscrire. Le tableau était régulièrement vérifié afin de contacter les nouvelles inscrites. Or il n'y a eu que très peu de retour. En effet, au sein d'un établissement de type 3, avec des gardes chargées, de nombreuses informations diffusées et des mémoires à la même période, les disponibilités se faisaient rares. Nous avons donc décidé de modifier la manière de recruter les sages-femmes afin d'obtenir un échantillon plus grand. Nous sommes passés très régulièrement en salle de naissance afin de proposer directement aux sages-femmes de faire un entretien. Il est arrivé que des sages-femmes convainquent leurs collègues moins intéressées par l'étude d'y participer. Ainsi ce sont les sages-femmes présentes, disponibles et volontaires à un instant T qui ont fait parties de l'étude. Nous n'avons eu aucune action dans la création de l'échantillon. Comme l'explique Van Campenhoudt L. et al. dans leur manuel de recherche en sciences sociales (37), cette méthode d'échantillonnage probabiliste est aléatoire, elle permet ainsi d'éviter la subjectivité du chercheur. Le hasard joue ici le rôle de la garantie d'une représentativité de l'échantillon avec un nombre de participantes plus important et ainsi un large panel de réponses et d'opinions.

Une fois l'échantillon constitué, nous devions créer un outil nous permettant le recueil de données. L'élaboration de la grille d'entretien nous a permis d'aborder chaque sujet avec toutes les sages-femmes de l'échantillon. Cet instrument nous a permis d'être vigilants et conscients de nos actes et de leurs implications dans la recherche. C'est-à-dire que les questions, les formulations, les relances face aux différentes réponses des sages-femmes étaient les mêmes pour chacune avec le but commun que de répondre aux objectifs et hypothèses de l'étude sans influencer les réponses. Cette grille nous a permis de rester constant et dans la même dynamique de discussion pour chaque entretien, malgré le caractère unique des différentes participantes.

Ainsi, la grille d'entretien nous a servi de référence tout au long des entretiens, nous permettant aussi de mieux mettre en lumière les idées communes ou différentes des sages-femmes. Au fur et à mesure des entretiens avec les différentes sages-femmes, nous avons pu voir émerger des idées communes. Elles arrivaient aux mêmes déductions et remarques. La redondance de certains éléments semble être une preuve d'un échantillon d'une taille satisfaisante. Des bénéfices non forcément attendus ont été observés grâce aux entretiens semi-directifs : nous avons apportés de nouvelles connaissances aux sages-femmes, autant sur la pathologie qu'est l'atrésie des choanes, que sur les recommandations de la HAS. Les informations dispensées et les discussions lors des entretiens ont aussi impliqué une réflexion personnelle chez les professionnels de santé à propos de leurs pratiques, des pratiques extérieures, de leurs habitudes,... Cela a permis d'obtenir des pistes de questionnements et des axes d'améliorations très riches provenant des sages-femmes. Ce fut très intéressant et enrichissant pour l'étude puisque nous avons cerné leurs envies et leurs besoins précis.

Une fois le recueil de données complet et décortiqué, vient le moment de l'analyse. Comme le soulignent Gavard-Perret M-L. et al., les approches qualitatives permettent de comprendre en profondeur, d'avoir une vision plus systémique et de prendre en compte les interactions et leur articulation dans un environnement particulier. Bien que les données qualitatives soient riches et complexes, elles permettent surtout une compréhension fine et profonde de la problématique et c'était ce que nous recherchions (38). Il était prévisible qu'une multitude de détails rentre en ligne de compte concernant les pratiques des professionnelles et leurs opinions face aux recommandations nationales. C'est pourquoi nous avons choisis d'effectuer une analyse qualitative des données par thématique. Cette approche par thème correspondait aux objectifs attendus de l'étude qui étaient de faire un état des lieux des pratiques professionnelles pour vérifier la perméabilité des choanes mais aussi de discuter des modalités de mise en pratique des recommandations de la HAS. Le but n'était pas de comparer les pratiques

actuelles par rapport à une référence. Mais de cerner les tenants et aboutissants de ces pratiques afin de réussir à les comprendre pour les faire évoluer. Par ailleurs, l'analyse qualitative par thématique est aussi pertinente de part sa capacité à illustrer précisément les différents courants de pensées. De plus, grâce aux citations provenant directement des entretiens, nous apprécions le contenu, l'idée mais aussi la formulation, le contexte. C'est une assurance fournie quant à la qualité de l'analyse réalisée (38).

3.2 FAIBLESSE DE L'ETUDE

Nous retrouvons des faiblesses diminuant le niveau de preuve de l'étude.

Le choix du lieu de l'étude s'est concentré uniquement sur la maternité du CHRU de Nancy ; maternité de type 3 où les pathologies néonatales sont plus fréquentes. De part ce choix et en tenant compte des différences d'organisations des soins d'une maternité à une autre, les résultats de l'étude ne peuvent pas être considérés valables pour une autre maternité.

L'échantillon de l'étude se composait de seize sages-femmes. L'effectif est faible pour attendre de cette étude une représentativité significative. La maternité du CHRU de Nancy comptait environ vingt-cinq sages-femmes dans le service de salle de naissance au moment de l'étude. L'échantillon de l'étude représentait donc 60% de l'effectif total.

D'un point de vu général, il faut savoir qu'en sciences sociales, « Il semble difficile de réaliser un instrument dont la constance soit indiscutable. Les situations, les personnes observées et la manière d'observer ne peuvent pas être strictement identiques et strictement contrôlées lors de chaque entretien » (37). C'est pourquoi nous nous sommes appliqués à la création d'une grille d'entretien fiable ainsi qu'à élaborer et respecter une méthodologie d'analyse stricte et détaillée. Nous avons porté beaucoup d'importance et d'attention à la limitation des biais potentiels d'information, de mesure et de réalisation.

Enfin, quatre sages-femmes ont cités les pédiatres de la maternité lors des entretiens et auraient voulu connaître leurs opinions. Nous avons choisi de faire intervenir uniquement les sages-femmes car elles étaient les professionnels de santé les plus représentatives du sujet de cette étude. En effet, dans le cadre du nouveau-né sain, ce sont les premières à prendre en charge l'enfant en salle de naissance. Or, si les sages-femmes ont émis le besoin de connaître les avis

des pédiatres, le fait de ne pas avoir inclus ces derniers dans l'échantillon constitue une faiblesse de l'étude. Il aurait été pertinent de connaître leur point de vue, d'analyser leurs remarques et cerner plus précisément encore l'enjeu de la mise en pratique de ces recommandations. Il serait donc pertinent d'inclure les pédiatres à l'échantillon lors d'une prochaine étude.

Plus personnellement, la réalisation de cette étude m'a apportée bien plus que ce que j'avais imaginé. J'ai la sensation d'avoir réussi à mettre en lumière un sujet qui m'interrogeait beaucoup mais aussi d'avoir fait évoluer ma curiosité et ma capacité à repérer et analyser les interactions lors de certaines situations. La réalisation de cette étude par une analyse qualitative fut un travail très enrichissant. De part les objectifs fixés, une étude quantitative n'aurait pas permis de cerner aussi bien les enjeux de cet état des lieux et de la mise en pratique des recommandations de la HAS. Echanger avec les professionnelles de santé sur un sujet aussi sensible m'a permis de comprendre les différentes dimensions qui rentrent en ligne de compte lors de la prise en charge d'un couple mère-enfant, mais aussi et surtout lors d'une carrière de sage-femme. J'ai pu cerner en profondeur le caractère individuel de chacune des sages-femmes et repérer les ressemblances au sein de tout l'échantillon. Cette analyse a mobilisé et fortifié mon esprit critique.

CONCLUSION

Nous venons de voir comment la maternité du CHRU de Nancy mettait en place la vérification de la perméabilité des choanes en salle de naissance pour un nouveau-né sain. Un tiers des sages-femmes de l'échantillon utilise l'observation uniquement, en accord avec les recommandations. Un autre tiers utilise une méthode non invasive et un dernier tiers utilise la sonde. Certaines pratiques sont liées à la formation initiale à l'école de sages-femmes. Elles sont aussi liées à des informations reçues. Les pédiatres ont informé des sages-femmes sur la possibilité d'utiliser des méthodes de vérification moins invasives, mais toutes les sages-femmes n'ont pas reçu cette information. Lors de formations ou de discussions entre les sages-femmes des idées ont émergé afin d'abandonner la méthode de la sonde. Les étudiantes sages-femmes aussi ont su informer les sages-femmes sur des pratiques plus douces vues dans d'autres établissements. La qualité des informations diffusées pour le dépistage de la perméabilité des choanes n'a pas été la même pour toutes les sages-femmes, il semblerait que certaines informations et croyances erronées subsistent au sein du service. Certains manques d'informations semblent faire tendre les pratiques vers une systématisation de l'acte de vérification. Nous avons repéré qu'il ne suffisait pas d'être informé et en accord avec les

recommandations pour les respecter. La conscience personnelle joue un rôle important dans le choix de la méthode. Elle guide certaines sages-femmes vers l'arrêt de l'utilisation de la sonde pour le dépistage de l'atrésie des choanes et oriente aussi de nombreuses sages-femmes à continuer de vérifier la perméabilité de l'œsophage avec cette même méthode. Cette conscience personnelle oriente profondément les pratiques et reflète un réel enjeu dans notre profession. Le manque de matériel nécessaire à l'utilisation de certaines méthodes non invasives semble impliquer une augmentation du nombre de sages-femmes utilisant les sondes comme méthode de vérification. Les habitudes de travail semblent être un frein à l'actualisation des pratiques mais aussi un moyen de maintenir un certain niveau de sécurité malgré la charge de travail. Toutes les sages-femmes de l'échantillon ont la volonté de faire évoluer leurs pratiques et de ne pas s'enfermer dans leurs habitudes. Il existe aussi une disparité quant à la diffusion des recommandations car seulement trois sages-femmes parmi les seize de l'échantillon étaient informées sur les recommandations de la HAS au sujet des choanes. Ces recommandations sont uniquement disponibles en format papier en salle de naissance. Dans l'ensemble, les recommandations ont été bien accueillies par les sages-femmes de l'échantillon. Elles ont la volonté de pratiquer en accord avec celles-ci et de réduire le caractère systématique de la méthode avec la sonde. Ces recommandations ont répondu à un besoin qu'elles avaient exprimé : Fixer un cadre légal à cette pratique. Toutefois, elles auraient apprécié plus d'explications par rapport à cette recommandation, cette pathologie ainsi que lors du cas de l'atrésie unilatérale. Elles auraient aussi voulu avoir les opinions des pédiatres. Des propositions ont été émises afin de faciliter l'adaptation des pratiques aux recommandations : Une adaptation des documents administratifs semble nécessaire afin de ne pas orienter les sages-femmes et abandonner le caractère systématique de la vérification. De plus, une stratégie de surveillance plus détaillée est attendue par les sages-femmes notamment lors de la première alimentation du nouveau-né. Elle permettrait de les rassurer face à l'arrêt de cette vérification. La création d'un protocole concernant l'accueil complet du nouveau-né sain, en accord avec les recommandations de la HAS, a été proposé. Cette idée semblera résoudre le problème de diffusion et de qualité de l'information, elle permettrait aussi de fixer d'avantage le cadre légal attendu par les sages-femmes. Il permettra d'harmoniser les pratiques et ainsi permettre aux étudiantes sages-femmes de pratiquer en accord avec les recommandations de la HAS. Ce protocole pourra s'accompagner de notes explicatives afin de comprendre la pathologie et de savoir la déceler, étant donné le manque de connaissance des sages-femmes face à cette pathologie rare. La mise en place d'un protocole ne se fait pas aisément, c'est pourquoi ce travail a été fait avec les sages-femmes et en accord avec leurs besoins.

Au sein de cette étude la notion du dépistage de l'atrésie de l'œsophage semblait faire débat. Certaines sages-femmes siègent sur leur position pour une vérification systématique, d'autres semblent essayer de se détacher de cette pratique. Il serait alors intéressant de mener une étude afin de comprendre les opinions des sages-femmes quant à la recommandation de la HAS sur le dépistage de l'atrésie de l'œsophage et ainsi trouver des solutions afin de pouvoir répondre à leurs besoins. Cette étude permettrait de travailler avec les sages-femmes dans le sens de la physiologie, sens que beaucoup semblent apprécier.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Accouchement normal: Argumentaire [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf
2. International Liaison Committee on Resuscitation. Neonatal Resuscitation [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ilcor.org/consensus-2015/costr-2015-documents/>
3. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth - Guidance and guidelines [Internet]. 20015 [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-Recommendations#planning-the-content-and-delivery-of-care>
4. European Resuscitation Council. Réanimation et aide à l'adaptation de la vie extra-utérine [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://cprguidelines.eu/>
5. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
6. Groupe ORL Rive Gauche. ORL enfant : Atrésie des Choanes [Internet]. 2011 [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.orl-toulouse-rivegauche.fr/-atresie-des-choanes-.html>
7. Davailaud B. Atrésie des choanes [Internet]. 1996. Disponible sur: <http://www.associationcharge.fr/atresie-des-choanes.html>
8. Leroy-Malherbe V. La déglutition chez le prématuré peut-elle être problématique ? 20 nov 2014; Disponible sur: <http://www.reseaperinatmed.fr/wp-content/uploads/2018/01/Document-1-D%C3%A9glutition-chez-le-pr%C3%A9matur%C3%A9-.pdf>
9. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Douleur chez le nouveau-né [Internet]. Université Médiacrae Virtuelle Francophone; 2011. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/douleur_nne/site/html/cours.pdf
10. VIDAL. Douleur chez l'enfant [Internet]. EurekaSanté. 2018 [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/chez-les-enfants/douleur-enfant.html>
11. Carbajal R, Paupe A, Hoenn E, Lenclen R. DAN: Une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. Arch Pediatr. 1997;4:623-8.
12. Cedin AC, Atallah AN, Andriolo RB, Cruz OL, Pignatari SN. La chirurgie pour l'atrésie des choanes [Internet]. 2012 [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.cochrane.org/fr/CD008993/la-chirurgie-pour-latresie-des-choanes>
13. Muchir P. Pratique quotidienne néonatale en maternité. 1^{re} éd. Montpellier: Sauramps Medical; 1988.

14. Laugier J, Rozé J-C. Soins aux nouveau-nés : Avant, pendant et après la naissance. 1^{re} éd. Paris: Masson; 2002.
15. Moreddu E, Nicollas R, Le Treut-Gay C, Farinetti A, Triglia J. Prise en charge chirurgicale des Atrésies choanales : 30 ans d'expérience. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale* [Internet]. 1 oct 2014 [cité 29 oct 2018];131(4). Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879726114002927>
16. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Malformations foetales: Conduite à tenir à la naissance [Internet]. Université Médiacalae Virtuelle Francophone. 2012 [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/malformations/site/html/5.html>
17. Blake K, Prasad C. Syndrome CHARGE [Internet]. 2015 [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=138
18. Gremmo-Feger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. *Les dossiers de l'allaitement* n° 51 [Internet]. 2002 [cité 4 janv 2018]; Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1195>
19. Prieur R. Aspiration systématique en salle de naissance ? *Les dossiers de l'allaitement* n°62 [Internet]. 2005 [cité 19 nov 2017]; Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1269-da-62-aspiration-systematique-salle-de-baissance>
20. Francoual C, Bouillié J, Parat-Lesbros S. Pédiatrie en maternité. 3^e éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2008.
21. Estol P, Piriz H, Basalo S, Simini F, Grela C. Oro-naso-pharyngeal suction at birth: effects on respiratory adaptation of normal term vaginally born infants. *Perinat Med*. 1992;20(4):297-305.
22. Gungor S, Kurt E, Teksoz E, Goktolga U, Ceyhan T, Baser I. Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal and term infants delivered by elective cesarean section: prospective randomized controlled trial. *Gynecol Obstet Invest*. 2006;61(1):9-14.
23. Pejoan H. Mise au point sur les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance. *La revue Sage-Femme*. sept 2010;9(4):189-94.
24. CNSF. La sage-femme et le nouveau-né: Compétences et bonnes pratiques [Internet]. 2012 [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/04/LIVRET-SF-et-N-NE-V5-29-9-11-20h30.pdf>
25. Cantin C, Letendre F, Martel M, Milette I. Examen clinique du nouveau-né. 1^{re} éd. Montréal: CHU Sainte-Justine; 2014.
26. Réseau Sécurité Naissance. Soins au nouveau-né normal de plus de 36 SA dans les deux premières heures de vie [Internet]. 2017 [cité 30 déc 2017]. Disponible sur: https://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/07/soins_nn_normal_juin2017.pdf
27. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Immediate and Sustained Skin-to-Skin Contact for the Healthy Term Newborn After Birth - Practice Brief Number 5 [Internet]. Elsevier; 2016 [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.awhonn.org/?page=PracticeBriefs>

28. Coutin A-S. Soins obstétricaux et néonataux essentiels - Soins et examens de routine dans les premières heures de vie [Internet]. Médecins sans frontières; 2017 [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/EONC/francais/10-1-soins-et-examen-de-routine-dans-les-premieres-heures-de-vie-20320106.html>
29. Société suisse de pédiatrie. Bulletin de la société suisse de pédiatrie. Paediatrica. mai 2012;23(1):15.
30. Centre Fédéral d'expertise des soins de santé. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque - KCE reports 139B [Internet]. 2010 [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_139B_recommandations_accouchement_%C3%A0_bas_risque.pdf
31. International Liaison Committee on Resuscitation. Neonatal Resuscitation [Internet]. Elsevier; 2005 [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: http://www.ilcor.org/data/13_CoSTR_2005_Part7.pdf
32. The National Collaborating Centre for Primary Care. Postnatal Care [Internet]. Royal College of General Practitioners; 2006 [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237>
33. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care [Internet]. 7^e éd. 2012 [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <http://simponline.it/wp-content/uploads/2014/11/GuidelinesforPerinatalCare.pdf>
34. Paediatric and Child Health of the Royal Australasian College of Physicians. Examination of the newborn [Internet]. 2009 [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: http://www.adhb.govt.nz/newborn/Guidelines/Admission/ExaminationoftheNewborn-08_05_2009.pdf
35. Queensland Clinical Guidelines. Routine newborn assessment [Internet]. 2014 [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.health.qld.gov.au/>
36. Clinical Practice Committee. Newborn Clinical Guideline - Suction of babies on Hudson CPAP [Internet]. Auckland District Health Board. 2015 [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.adhb.govt.nz/newborn/Guidelines/Respiratory/Suction/SuctionHCPAP.htm>
37. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales [Internet]. 5^e éd. Dunod; 2017. Disponible sur: <https://bit.ly/30ok3fL>
38. Gavard-Perret M-L, Helme-Guizon A, Blanc-Provent S. Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative. In: Méthodologie de la recherche : réussir son mémoire ou sa thèse en science de gestion [Internet]. Londres: Pearson Education France; 2018 [cité 7 mai 2019]. p. 243-74. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00325144>
39. CHU Amiens. Gestion des voies aériennes chez l'enfant [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.jarp.fr/Doc/JARP16/14-Dekens.pdf>

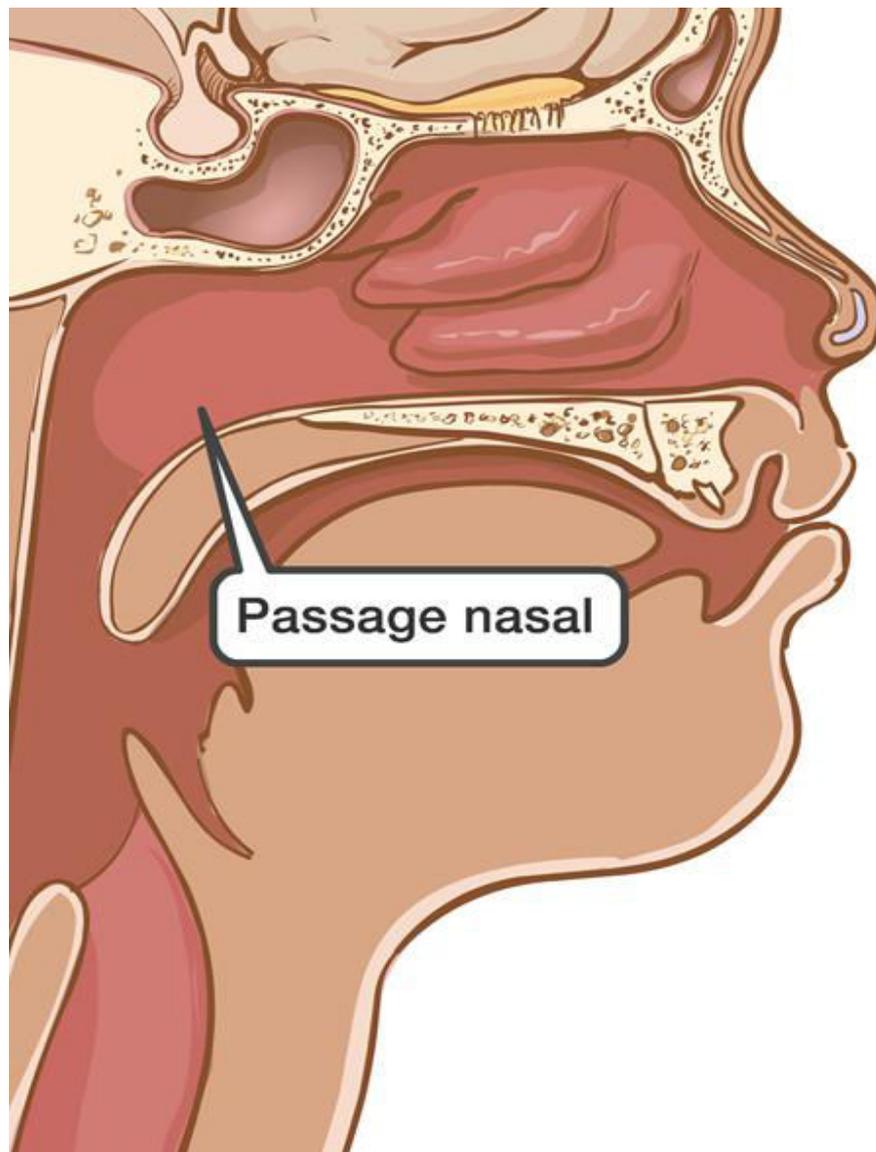
TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	4
PREFACE	5
INTRODUCTION	6
1. DEFINITION DU NOUVEAU-NE SAIN	6
1.1 QU'EST-CE QUE LES CHOANES ?.....	7
1.2 PARTICULARITES CHEZ LE NOUVEAU-NE.....	8
1.2.1 <i>Respiration buccale limitée</i>	8
1.2.2 <i>La douleur du nouveau-né</i>	8
2. L'ATRESIE DES CHOANES	9
3. LE DEPISTAGE DE L'ATRESIE DES CHOANES EN FRANCE	11
4. LES RECOMMANDATIONS POUR LE DEPISTAGE DE L'ATRESIE DES CHOANES	13
4.1 RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES.....	13
4.2 RECOMMANDATION NATIONALE.....	15
MATERIEL ET METHODE	16
1. TYPE D'ETUDE	16
1.1 POPULATION ETUDIEE.....	16
1.2 MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE.....	17
2. OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES	17
2.1 L'INSTRUMENT DE RECHERCHE.....	17
2.2 LA PREANALYSE.....	18
2.2.1 <i>La réalisation d'un corpus</i>	18
2.2.2 <i>Exploitation du matériel</i>	18
2.3 CATEGORISATIONS ET CITATIONS.....	18
3. DESCRIPTION DE LA POPULATION	19
RESULTATS ET DISCUSSION	19
1. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ACTUELLES	20
1.1 LES REPRESENTATIONS DES DIFFERENTES METHODES DE VERIFICATION DE LA PERMEABILITE DES CHOANES.....	20
1.2 POURQUOI DE TELLES PRATIQUES ACTUELLES ?.....	22
1.2.1 <i>Pratiques liées à la formation initiale en école de sage-femme</i>	22
1.2.2 <i>Pratiques liées à des informations erronées</i>	23
1.2.3 <i>Pratiques liées au manque de matériel</i>	24
1.2.4 <i>Pratiques liées à la conscience personnelle</i>	24
1.2.5 <i>Pratiques liées à des informations reçues d'une tierce personne</i>	26
1.3 LES REPRESENTATIONS DES HABITUDES DE TRAVAIL.....	27
1.4 DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS.....	29
2. REFLEXION AUTOUR DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS	31
2.1 CRITIQUE DES RECOMMANDATIONS HAS.....	31
2.2 MODALITES DE MISE EN PRATIQUE DES RECOMMANDATIONS.....	33
3. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE - FORCE ET FAIBLESSE DE L'ETUDE	38
3.1 FORCE DE L'ETUDE.....	38
3.2 FAIBLESSE DE L'ETUDE.....	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	44
TABLE DES MATIERES	47

ANNEXES	49
ANNEXE 1	49
ANNEXE 2	50
ANNEXE 3	51
ANNEXE 4	52
ANNEXE 5	53
ANNEXE 6	54
1. <i>Les années d'expérience</i>	54
2. <i>Les lieux de formation</i>	55
3. <i>Les établissements fréquentés avant la maternité régionale</i>	55
4. <i>Les pratiques actuelles</i>	56
5. <i>Les connaissances des recommandations de la HAS</i>	56

ANNEXES

ANNEXE 1



Dessin représentant des choanes perméables chez l'enfant

ANNEXE 2

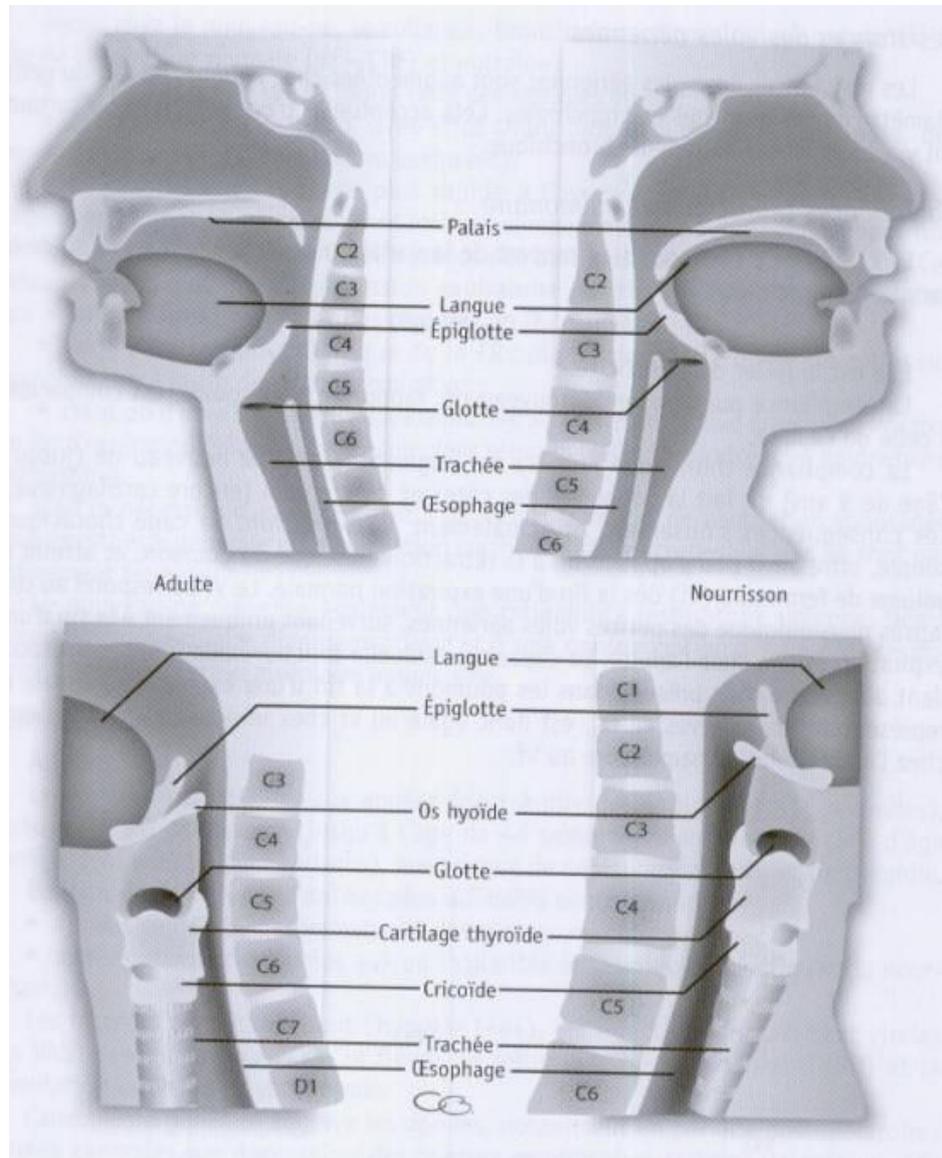


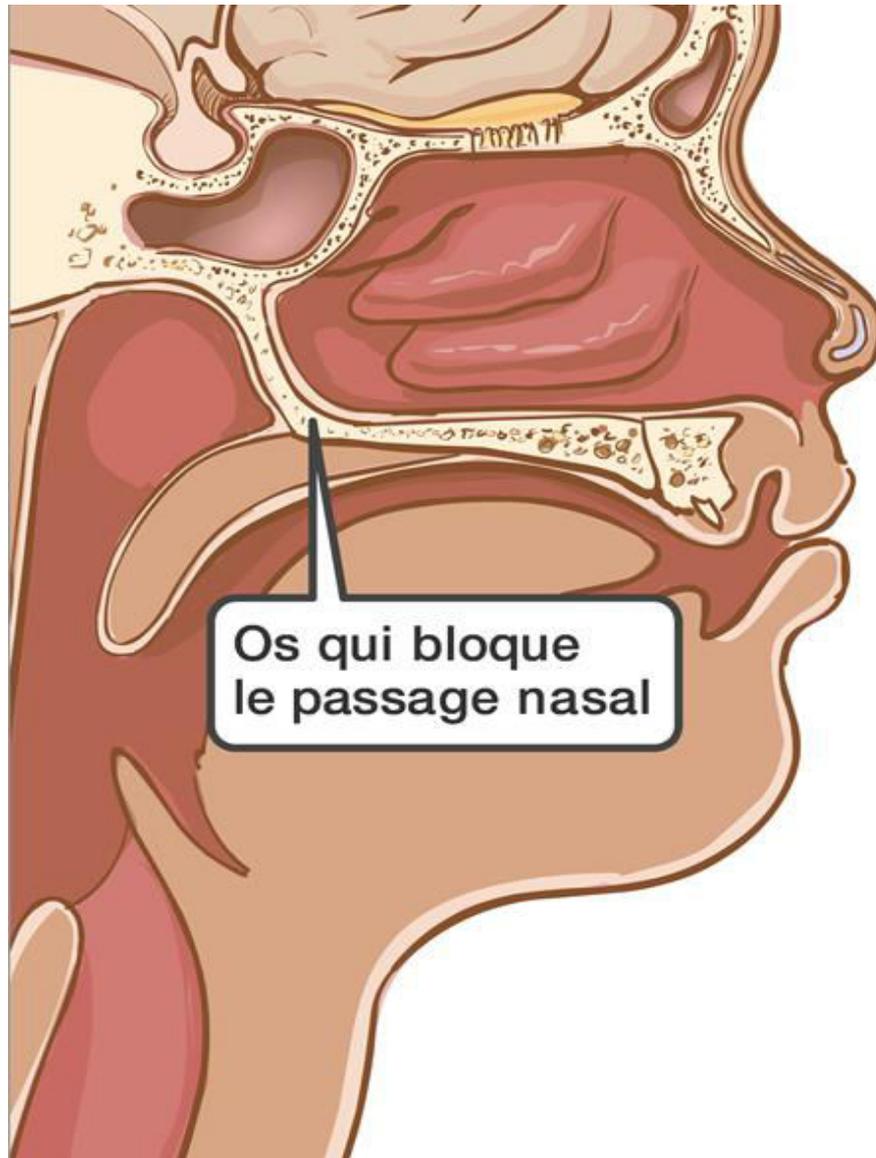
Schéma représentant la différence d'anatomie de la gorge entre adulte et nouveau-né (39)

ANNEXE 3

JOUR, HEURE			
	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
REponses FACIALES			
0 : calme 1 : Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux : 2 : - légers, intermittents avec retour au calme 3 : - modérés 4 : - très marqués, permanents			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
0 : calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait : 1 : - légers, intermittents avec retour au calme 2 : -modérés 3 : - très marqués, permanents			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
0 : absence de plainte 1 : gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet 2 : cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents 3 : cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants			

Echelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né (11)

ANNEXE 4



Dessin représentant une atrésie des choanes bilatérale osseuse chez l'enfant

ANNEXE 5

Thèmes	Questions	Relances
Rencontre du problème	Avez-vous déjà rencontré un nouveau-né avec une imperméabilité des choanes lorsque vous étiez en service de SDN ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. NON 2. OUI <ol style="list-style-type: none"> a. Est-ce vous qui preniez en charge le NN ? <ol style="list-style-type: none"> i. Pouvez-vous m'expliquer votre PEC ? Quels gestes ont été effectués, dans quel ordre,... b. Qui a PEC ? Comment ça s'est passé ? c. Dans quelle mesure cette expérience vous a-t-elle marquée ? d. Cette expérience vous a-t-elle fait modifier vos pratiques ?
	Y avait-il un protocole concernant l'accueil de ce nouveau-né dans le service ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI <ol style="list-style-type: none"> a. Avait-il été appliqué correctement ? b. Était-il appliqué systématiquement ? c. Selon vous, était-il adapté ? 2. NON <ol style="list-style-type: none"> a. Comment faisiez-vous pour savoir comment faire ?
Pratiques professionnelles	Actuellement, vérifiez-vous systématiquement la perméabilité des choanes ?	1. En fonction de quoi ce geste est-il effectué ? Quels signes ?
	Expliquez-moi quel méthode vous utilisez pour cette vérification ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pourquoi vérifiez-vous de cette manière là ? 2. A quel moment ce geste est-il effectué ? 3. Connaissez-vous d'autres gestes permettant la vérification de la perméabilité des choanes ?
	Vos pratiques sont-elles les mêmes depuis votre sortie de formation ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dans quelle école avez-vous été formée ? 2. En quelle année avez-vous été diplômée ? 3. Avez-vous travaillé dans d'autres établissements que celui où vous exercez actuellement ? 4. Votre expérience vous a-t-elle fait changer vos pratiques ?
Protocole	Au sein de votre établissement, y-a-t-il un protocole local concernant la vérification de la perméabilité des choanes ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI <ol style="list-style-type: none"> a. Ce protocole suit-il les recommandations de la HAS ? b. Ce protocole est-il adapté aux pratiques ? c. Mettez-vous en pratique ce protocole ? d. Avez-vous déjà adapté/modifié le protocole à vos pratiques ? 2. NON <ol style="list-style-type: none"> a. Pensez-vous que la présence d'un protocole soit pertinente ?
Recommandations de la HAS	Les nouvelles recommandations de la HAS publiée en Janvier 2018 sur « l'accueil du nouveau-né sain en salle de naissance » ont-elles été diffusées dans votre service ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI <ol style="list-style-type: none"> a. Publiées sous quelles formes ? b. Avez-vous pu en discuter ? c. A-t'il eu des adaptations au sein du service pour la mise en place de ces nouvelles recommandations ? 2. NON <ol style="list-style-type: none"> a. Êtes-vous informé sur ces recommandations ? b. Comment avez-vous été informé sur ces recommandations ?
	Les recommandations de la HAS citent qu'il n'est plus recommandé de vérifier la perméabilité des choanes chez le nouveau-né à terme, avec un liquide amniotique clair et sans infection potentielle, qui respire avec un cri vigoureux et un bon tonus. Qu'est ce que vous en pensez ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. + <ol style="list-style-type: none"> a. Réussissez-vous à mettre en pratique ces recommandations ? b. Trouvez-vous qu'elles sont adaptés à votre pratique et à votre service ? 2. - <ol style="list-style-type: none"> a. Sont-elles inadaptées à vos pratiques ? à votre service ? b. Pensez-vous que ces recommandations alourdissent la prise en charge de la parturiente et de son nouveau-né ? c. Toutefois, réussissez-vous à mettre en pratique ces recommandations ?

Grille d'entretien permettant la réalisation des différents entretiens

ANNEXE 6

L'échantillon se composait de seize sages-femmes. Les années d'expérience, les lieux de formation, les établissements où elles ont exercé avant d'exercer à la maternité du CHRU de Nancy, leur pratique actuelle et leurs connaissances au sujet des recommandations de la HAS sur l'accouchement physiologique et l'accueil du nouveau-né sain ont été illustrés dans cette partie.

1. Les années d'expérience

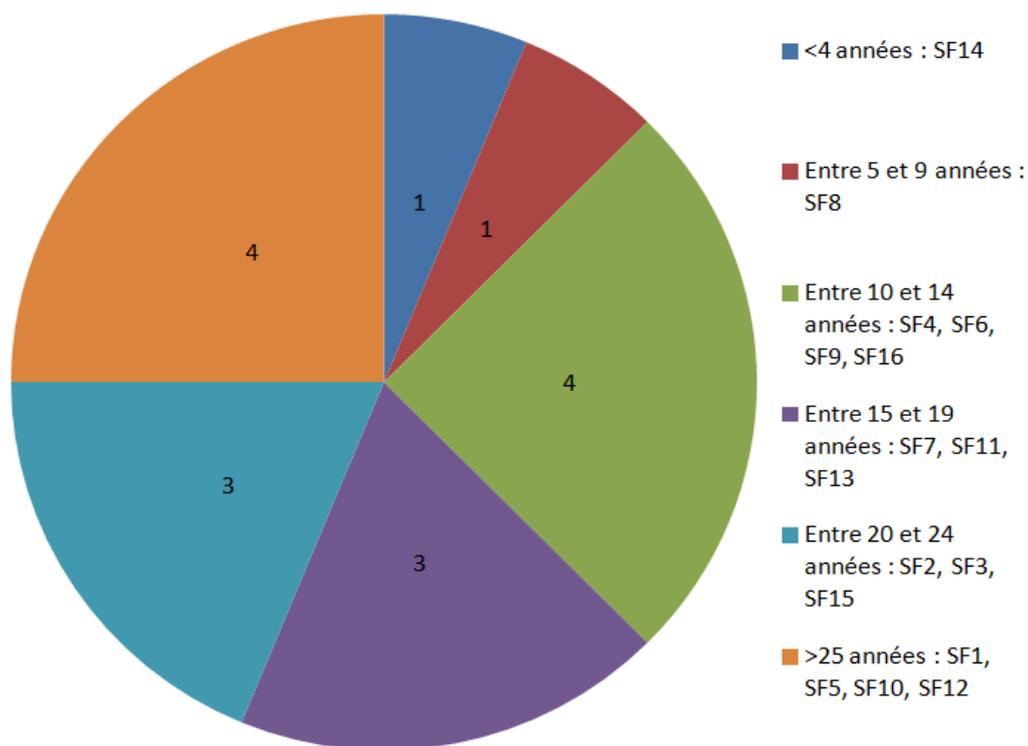


Figure 1: Diagramme en secteur représentation le nombre de sages-femmes en fonction de leurs années d'expérience

2. Les lieux de formation

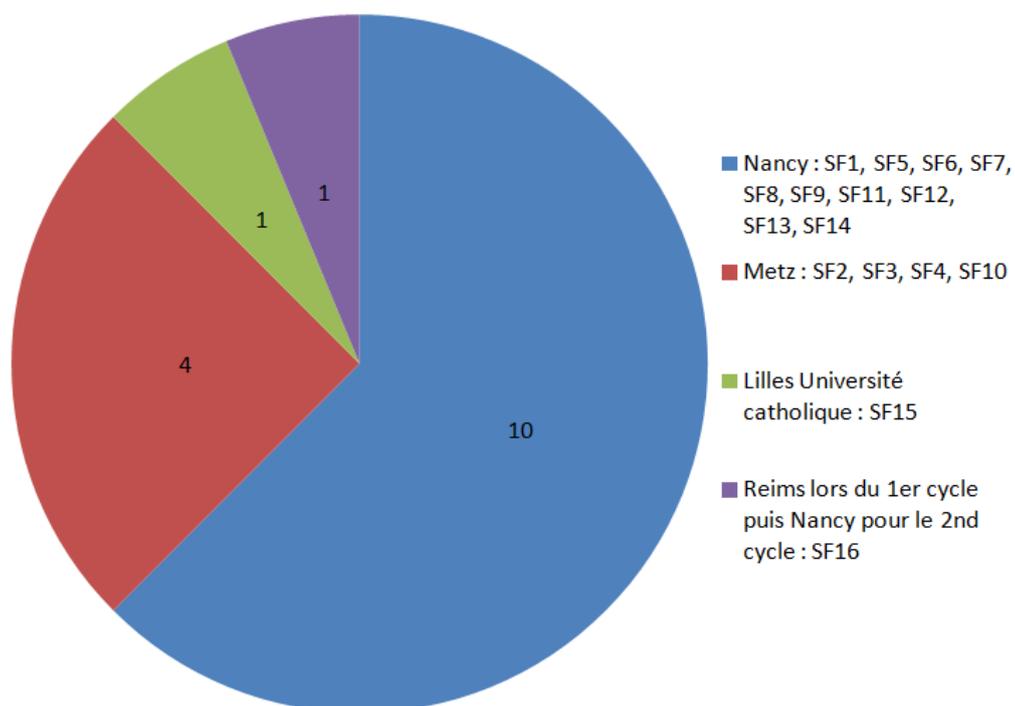


Figure 2 : Diagramme en secteur représentant le nombre de sages-femmes en fonction de leur lieu de formation

3. Les établissements fréquentés avant la maternité régionale

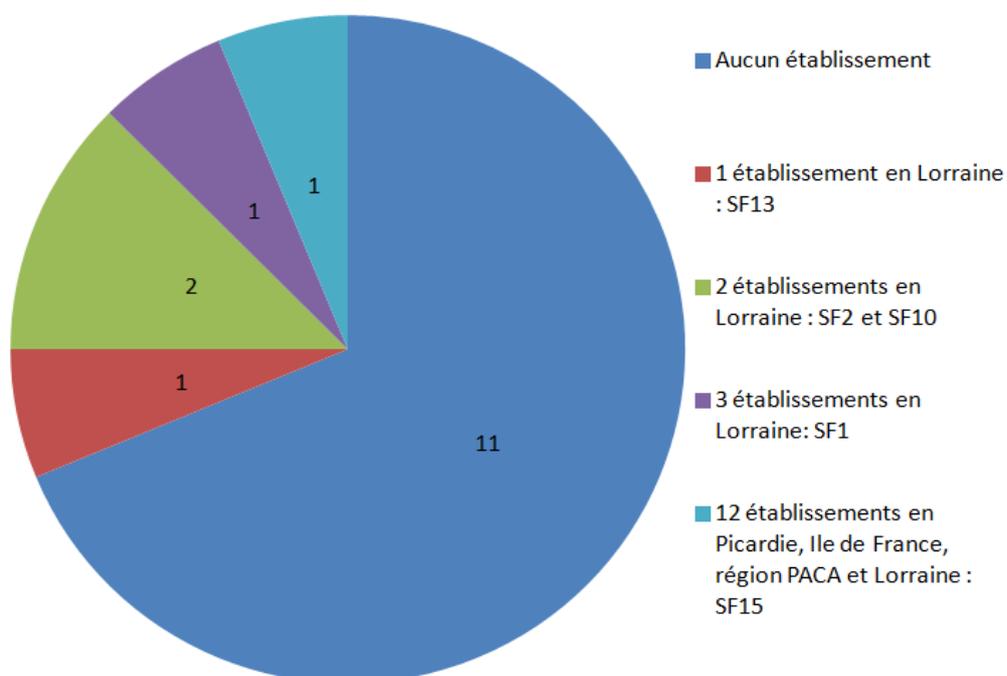


Figure 3 : Diagramme en secteur représentant le nombre de sages-femmes en fonction des établissements et des lieux où elles ont exercées auparavant

4. Les pratiques actuelles

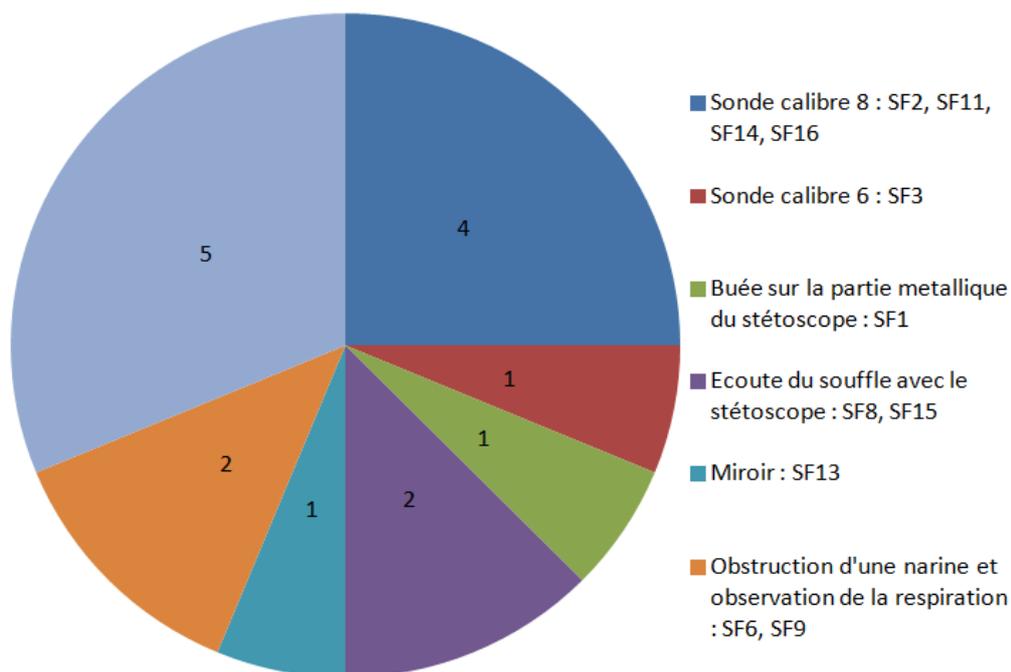


Figure 4 : Diagramme en secteur représentant le nombre de sages-femmes en fonction de la méthode utilisée pour la vérification de la perméabilité des choanes

5. Les connaissances des recommandations de la HAS

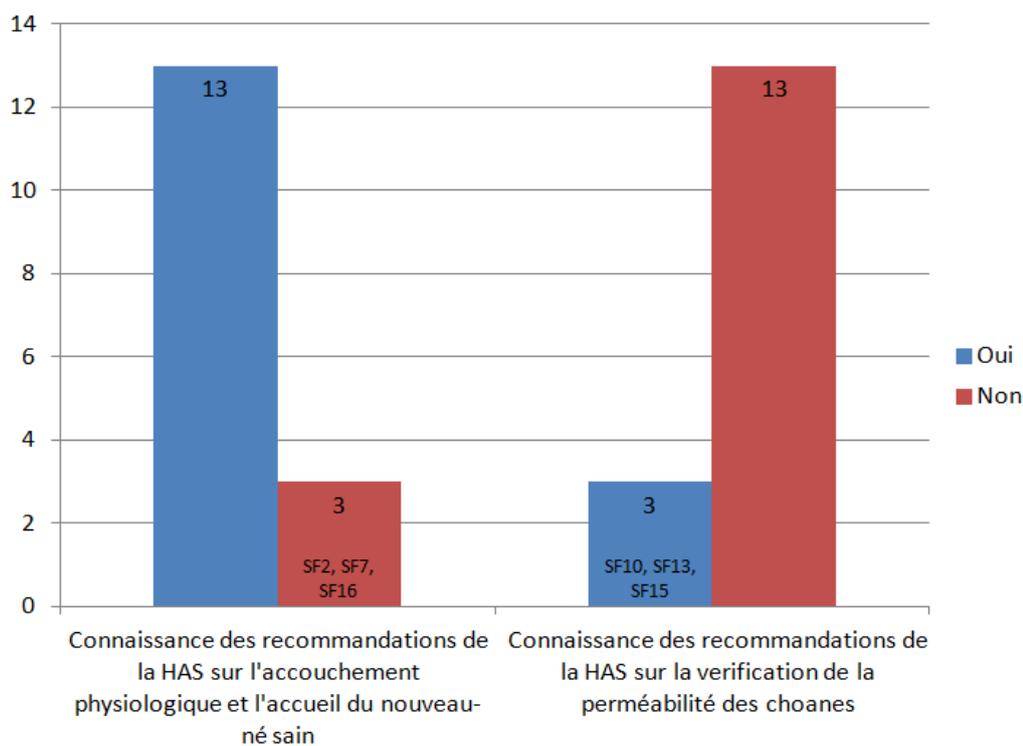


Figure 5 : Histogramme représentant le nombre de sages-femmes en fonction des connaissances des recommandations de la HAS

Titre du mémoire

« Comment une maternité du Grand-Est met-elle en place la vérification de la perméabilité des choanes en salle de naissance chez le nouveau-né sain ? »

Résumé structuré

Améliorer la qualité de l'accueil du nouveau-né sain à la naissance par l'abstention de certains gestes, comme la vérification de la perméabilité des choanes, est un des objectifs fixés par les recommandations de la HAS.

Les objectifs de ce travail étaient de faire un état des lieux des pratiques du dépistage de l'atrésie des choanes et de discuter des modalités de mises en pratique des recommandations nationales.

L'étude qualitative menée était une enquête de type descriptive par entretiens semi-directifs avec les sages-femmes de salle de naissance de la maternité du CHRU de Nancy.

L'échantillon se composait de seize sages-femmes. L'étude menée a montré que seul un tiers de l'échantillon respectait les recommandations. Toutes les sages-femmes étaient en accord avec ces recommandations. Toutefois, la formation initiale en école de sages-femmes, la disparité de certaines informations dispensées, la persistance d'informations et de croyances erronées au sein du service, le manque de matériel, la conscience personnelle des sages-femmes et la difficulté de diffusion des recommandations étaient des éléments qui ont expliqué les pratiques actuelles des sages-femmes.

La mise en place d'un protocole détaillé, accompagné de notes informatives et d'une stratégie de surveillance du nouveau-né à la naissance permettraient une meilleure compréhension et diffusion des recommandations et ainsi un meilleur respect de celles-ci. L'harmonisation des pratiques et la création d'un cadre légal précis sont les principales motivations des sages-femmes quant au respect des recommandations de la HAS.

Mots clés

Vérification systématique, Perméabilité des choanes, Atrésie des choanes, Nouveau-né sain, Recommandations HAS