

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	3
Préambule	6
Introduction.....	9
Formation Des Sages-Femmes	9
La Formation Initiale.....	9
La Formation Continue.....	10
Le Conseil National Professionnel Des Sages-Femmes.....	11
Didactique Professionnelle : Notions Et Concepts.....	13
Prendre Appui Sur La Didactique Professionnelle Pour Comprendre Les Pratiques Du Travail.	13
Concept De Didactique Professionnel : Le Paradigme De La Tâche – Jacques Leplat.....	14
Revue De Littérature : Les Facteurs Influençant La Pratique Professionnelle Des Sages-Femmes.	15
La Didactique Professionnelle Dans Notre Méthode De Recherche :.....	16
La Pratique Du Clampage Ombilical :.....	17
Les Rites Culturels Et Pratiques Autour Des Annexes Fœtales	17
Evolution Des Préoccupations Autour De La Pratique Du Clampage Ombilical Dans Le Monde Occidental	19
Les Recommandations Des Sociétés Savantes Et Des Instances De Santé	20
Synthèse	24
Méthode	26
Délimitation De La Question De Recherche.....	26
Objectifs Et Axes De Recherche	27
Aspect Législatif De La Recherche	28
Outil De Recherche.....	28
Déroulement De L’entretien Semi-Dirigé	29
Lieu De L’étude	30
Population	30
Critères D’inclusion Et D’exclusion	30
Caractéristiques De La Population Interrogée.....	31
Traitement Des Données.....	32
Méthode D’analyse Des Résultats	32
Résultats	33

La Pratique Du Clampage Du Cordon Ombilical.....	33
1 – Le Clampage Du Cordon Ombilical	33
2 – Les Avantages Et Inconvénients.....	35
Une Délivrance A Cordon Intact Aux Lilas.....	39
1 – Instauration De La Pratique	39
2 – Entrer Aux Lilas	40
3 – Sortir Des Lilas	42
L'évolution De La Pratique Clinique :.....	43
1 – Les Moteurs :.....	43
2 – Les Freins :.....	47
3 – Le Terrain Des Lilas :	48
Discussion	50
Résultats De L'étude :	50
Les Connaissances Des Sage-Femmes Vérifiées Dans La Littérature Scientifique.	50
Application Des Concepts De Didactique Professionnelle A La Pratique Du Clampage Du Cordon Ombilical.....	53
Le Jeu Des Influences Expliqué Par La Psychologie Sociale.....	56
La Délivrance A Cordon Intact, Un Outil D'éthique Médicale.....	58
Mettre Sa Pratique Au Service Des Parturientes	59
Analyse De L'étude	60
Limites Et Forces	60
Les Axes D'amélioration De L'étude	61
Conclusion	62
Bibliographie.....	64
Annexes	70
Glossaire	79

L'enseignement de la maïeutique existe depuis des centaines, des milliers d'années. L'art de l'accouchement a été appréhendé par des milliers de sages-femmes et d'obstétriciens. La profession de sage-femme est chargée d'Histoire. On retrouve des traces des accoucheuses datant de l'Antiquité. Jusqu'au début du XIXème siècle, elles étaient des « soignantes empiriques »(1). Au Moyen-âge, les femmes étaient interdites de l'exercice médical, l'expérience avait valeur de savoir et se transmettait de bouche à oreille. Les sages-femmes avaient une réputation mystique qui jusqu'à la persécution, la chasse aux sorcières (2). Puis la réglementation autour de ce métier est apparue. En 1802, la première école de sages-femmes rattachée à la maternité de Port Royal voit le jour. L'apprentissage s'y fait par observation, travail autour de mannequin (création d'Angélique de Coudray au XVIIIème siècle, première enseignante sage-femme (3)) mais aussi par enseignement mutuel, les étudiant.e.s plus avancé.e.s apprennent aux plus jeunes.

La physiologie de l'accouchement est immuable mais les connaissances du corps humain deviennent de plus en plus pointues. L'amélioration des moyens technologiques, l'avènement de l'hygiène sanitaire font évoluer les risques liés à la grossesse et l'accouchement au cours du temps. En conséquence, les prises en charge varient et s'adaptent aux problématiques du moment, aux modes, aux préoccupations de la société. Pour augmenter l'efficacité, des protocoles sont créés pour pallier l'incertitude et faciliter l'exercice des professionnel.le.s de santé. Un algorithme de prise en charge va permettre de systématiser et de réduire les risques liés au stress, à l'inconnu. Cela va permettre d'homogénéiser les connaissances et pratiques des différents opérateurs.

Au fur et à mesure des stages en milieu hospitalier, force est de constater la grande diversité des protocoles entre les établissements mais aussi intrinsèquement, entre les différents maïeuticiens. Si la formation des sages-femmes est homogène sur tout le territoire français depuis l'intégration du parcours LMD, les observations menées en stage permettent de penser qu'il existe autant de manières de pratiquer qu'il existe de sages-femmes et de situations.

Un corps de métiers est formé de professionnel.le.s exerçant dans un même domaine avec les mêmes droits, devoirs et les mêmes règles. Ils reçoivent tous des connaissances théoriques standardisées, enseignées dans des lieux de formation agréés. Les différents individus appartenant à ces corps de métier n'exercent cependant pas tous de la même manière.

Afin de comprendre les tenants et les aboutissants des diversités de pratiques professionnelles chez les sages-femmes, notre recherche va s'axer sur une tâche centrale du travail en obstétrique : le clampage du cordon ombilical (CCO). Il ne déroge pas à ces fluctuations de pratiques. Il semble intéressant de prendre pour objet une pratique dont des divergences sont connues et constatées afin de comprendre ce qui fait qu'un mode d'action est emprunté et s'installe durablement dans la pratique de certain.e.s professionnel.le.s.

La gestion des annexes fœtales a souvent évolué au cours des siècles. Longtemps le clampage tardif (CT) était préconisé. Puis, la médicalisation de l'accouchement au début du XXème siècle, la gestion active de la troisième phase du travail et l'émergence de la réanimation néonatale ont participé à démocratiser le clampage précoce (CP) du cordon. Sa définition est plutôt constante, inférieure à trente secondes de vie. Cependant, celle du CT est assez variable selon les études. Dans une revue systématique de littérature de la Cochrane, on retrouve une limite commune autour des trois premières minutes de vie du nouveau-né(4).

Actuellement, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise un clampage « tardif » du cordon afin de prévenir les anémies infantiles. L'organisation le recommande dans les 1 à 3 minutes de vie (5). En France, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le clampage du cordon ne sont pas exhaustives : « le clampage retardé du cordon ombilical est préconisé au-delà des trente premières secondes chez le nouveau-né ne nécessitant pas de réanimation néonatale »(6).

A l'heure actuelle, une maternité d'Île de France propose aux parturientes un CT du cordon ombilical deux heures après la naissance, pendant l'examen clinique du nouveau-né et avant la sortie de la salle de naissance. La pratique est mise en place depuis trois années et s'est généralisée à la prise en charge de toutes les parturientes qui accouchent par voie basse, il est même envisagé pour les césariennes.

Loin des habitudes de l'ensemble des sages-femmes hospitalières et des apprentissages par la formation initiale de maïeutique, comment cette pratique a-t-elle fait sa place dans cette maternité pour finalement se généraliser à la pratique de toutes les sages-femmes de l'équipe hospitalière de salle de naissance aux Lilas ?

Pour répondre à cette problématique, nous aborderons pour commencer des notions théoriques, nous nous intéresserons aux modalités de formations des sages-femmes, la didactique professionnelle sera expliquée afin de présenter les outils qui nous permettront l'analyse des

pratiques cliniques. L'aspect culturel et historique autour du clampage ombilical sera détaillé pour situer le contexte dans lequel s'inscrit cette pratique singulière telle qu'elle est réalisée à la maternité des Lilas.

Nous proposerons ensuite une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés avec des sages-femmes hospitalières de la maternité des Lilas. Les résultats seront présentés puis discutés pour faire émerger les éléments identifiés comme influençant les pratiques professionnelles des sages-femmes.

INTRODUCTION

Pour situer le contexte de notre recherche, il semble indispensable d'aborder trois grands thèmes : la formation des sages-femmes, certains concepts concernant la didactique professionnelle et des notions théoriques autour du clampage du cordon ombilical.

FORMATION DES SAGES-FEMMES

La formation des sages-femmes peut se décomposer en deux parties. Tout d'abord celle qui va mener au diplôme d'état de sage-femme, la formation initiale. Ensuite celle qui se fait alors que l'on est devenu professionnel, la formation continue. Finalement, nous présenterons le conseil national professionnel de formation des sages-femmes. Créé en 2019, il va permettre de fixer des conditions à la formation continue de notre corps de métier.

LA FORMATION INITIALE

La formation initiale en sciences maïeutiques en France se scinde en deux cycles :

- Le Premier cycle : une Licence sanctionnée par le Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMA) d'une durée de trois ans.

Il est composé de la Première Année Commune Aux Etudes de Santé (PACES) ainsi que de deux années en école de sages-femmes permettant d'acquérir les bases de la physiologie obstétrique, gynécologique, pédiatrique. Les enseignements théoriques s'alternent avec des périodes pratiques de stages en milieu hospitalier ou d'établissements médicaux (7).

- Le Deuxième cycle : un Master sanctionné par le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (DFASMA) d'une durée de deux ans.

Il est composé de deux années en école de sages-femmes. Les étudiant.e.s vont acquérir les connaissances en pathologies obstétriques, gynécologiques et pédiatriques. Ils vont apprendre le diagnostic ainsi que les prises en charge de ces troubles. L'enseignement se fait avec des modules théoriques puis pratiques (7).

A l'issue de la formation en école de sage-femme, les étudiant.e.s reçoivent le Diplôme d'Etat de sage-femme (DE) ainsi qu'un grade master depuis le décret du 15 décembre 2014 (8).

Formation initiale et clampage du cordon ombilical :

Durant la formation initiale, il a été constaté que le CCO est traité au décours de certains cours mais jamais frontalement. Durant la licence en sciences maïeutiques, le sujet est abordé pendant les cours d'obstétrique consacrés à la mécanique de l'accouchement, lors des cours de pédiatrie sur l'adaptation à la vie extra-utérine. Durant le master, un cours est consacré aux pathologies ombilicales sans pour autant aborder clairement la question de la pratique du CCO et d'en donner des consignes de pratiques.

Cependant, la formation initiale s'appuyant fortement sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, celles concernant le CCO sont questionnées et comparées aux pratiques rencontrées en stage à l'occasion de portfolios réalisés par les étudiants.e.s.

Un mémoire de sage-femme réalisé en 2015 et s'intéressant aux recommandations sur le CCO, a mis en évidence qu'une majorité des sages-femmes interrogées ne se souvenaient pas d'avoir eu de cours à ce sujet lors de leur formation initiale (9). Tandis qu'un mémoire de 2017 s'intéressant aux connaissances des sages-femmes sur le CT signifiait que 21% des praticiens en avaient entendu parler par le biais des études de maïeutiques (10). Ces conclusions vont toutes dans le même sens, le CCO, et plus spécifiquement le CT, sont peu abordés en école de sages-femmes et leur étude semble donc intervenir à l'occasion d'une formation post-universitaire.

LA FORMATION CONTINUE

Selon l'article L.4153-1 et 4153-2 du Code de la Santé Publique (CSP),

« La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L. 4153-2. »(11).

L'objectif de la formation continue, particulièrement en sciences maïeutiques est défini selon l'article 4153-1 :

« L'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes » (11).

La formation continue peut se faire par différents biais, des stages courts ou des formations diplômantes (Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire, Licence, Master, Doctorat...). L'orientation du développement professionnel continu est libre et propre à la sage-femme concernée, selon des besoins déterminés de manière autonome.

Formation continue et clampage du cordon ombilical :

Un mémoire de maïeutique réalisé en 2017 questionnait les sages-femmes de centre hospitalier sur leur connaissance des recommandations concernant le CCO. Différents contextes de découverte de cette pratique avaient été identifiés tels que : la formation initiale, un projet de naissance, un contexte de prématurité ou de césarienne, une réunion de services, des discussions entre collègues, des lectures personnelles ou des émissions télévisées. Mais seulement 3% des sages-femmes disaient avoir participé à une formation sur le sujet (10).

En effet, les offres de formation continue universitaires proposées aux sages-femmes ne se consacrent pas au CCO. Sur la liste des diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaires (DIU), aucun ne se destine à cette pratique. Les programmes des DU/DIU pouvant s'en approcher ne mentionnent pas plus d'informations à ce sujet (12).

Quant aux formations privées, on retrouve un enseignement en E-learning proposé par « blood to baby » qui concerne la réanimation du nouveau-né avec cordon intact (13). On retrouve aussi des leçons concernant le CT du cordon ombilical par des entreprises privées comme Concord neonatal. C'est une société néerlandaise, qui produit des tables de réanimation permettant de garder le nourrisson près du lit de la mère en cas de gestes de réanimation afin d'avoir le cordon intact (14). L'absence du sujet du CT en formation initiale et sa présence ponctuelle en formation continue renseigne la place donnée à cette pratique dans le métier et pose la question de comment il est considéré au sein des instances professionnelles.

LE CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES

Le Conseil National Professionnel des Sages-Femmes (CNPSF) a été créé suite au décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels. Les associations nationales et les syndicats de sages-femmes sont rassemblés, représentés au sein du CNPSF (15).

Le CNPSF a pour rôle d'encadrer les obligations de développement professionnel continu des sages-femmes. Pour cela, il doit proposer chaque année des orientations prioritaires, un parcours pluriannuel et un document de traçabilité de l'obligation de DPC (16,17).

Les orientations prioritaires proposées par le CNPSF sont :

- « N°162 : Soutien à l'allaitement, alimentation du nouveau-né
- N°163 : Sorties précoces de maternité
- N°164 : Soutien dans le cadre d'une prise en compte du deuil périnatal
- N°165 : Rééducation périnéale fonctionnelle
- N°166 : Soutien de la parentalité
- N°167 : Urgences périnatales au décours d'un accouchement physiologique » (17)

Les professionnel.le.s qui veulent s'inscrire à une formation dans le cadre du DPC peuvent en choisir une relevant d'une des orientations prioritaires énoncées ou à une des orientations spécifiques à la profession de maïeuticiens. L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) enregistre l'ensemble des organismes et des formations qui sont comptabilisés dans le cadre du DPC.

Les enjeux du CNPSF

La création du CNPSF est une grande avancée pour les sages-femmes. Il permet de garantir une qualité de formation continue et une surveillance de l'obligation de se former des professionnel.le.s de santé en sciences maïeutiques. Dans ce cadre, les maïeuticien.ne.s gagnent en compétences et actualisent leurs connaissances en perpétuel évolution dans le domaine médical du fait des innovations scientifiques et technologiques permanentes. En conséquence, la formation continue conduit à la sécurisation des soins délivrés aux patient.e.s. ?

Le CNPSF permet de légitimer le métier de sages-femmes aux yeux de la population et des autres professionnel.le.s de santé.

Au-delà des modulations de la pratique professionnelle par des apprentissages théoriques provenant de la formation initiale ou continue, d'autres éléments vont intervenir dans cette évolution. La didactique professionnelle est un nouveau prisme à travers lequel il est intéressant d'explorer cette question.

S'il est communément admis que l'apprentissage du métier prend place principalement pendant les situations de « formation instituée » (18), le développement professionnel dû à la pratique de terrain semble également entré en compte et peut être mis en objet. En effet, les rencontres de patientes et situations professionnelles vécues participent à la modification et à l'amélioration progressive des gestes professionnels.

Ces évolutions et apprentissages qui jalonnent l'expérience professionnelle peuvent être étudiés au prisme du courant de la didactique professionnelle. La formulation de ce cadre théorique participera à la détermination de l'objet de recherche qui se trouve au centre de ce mémoire.

PRENDRE APPUI SUR LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE POUR COMPRENDRE LES PRATIQUES DU TRAVAIL.

La didactique professionnelle est un courant d'étude qui a été formalisé en France par Pierre Pastré en 1992 dans sa thèse intitulée *Essai pour introduire le concept de didactique professionnelle* (19). C'est un domaine qui trouve son origine dans plusieurs courants tels que : la psychologie du développement, l'ergonomie collective et la didactique des disciplines (20). C'est un courant des sciences de l'éducation et de la formation qui s'intéresse à la formation des adultes en dehors des lieux à vocation d'apprentissage. Elle ne concerne plus les enfants et l'école mais les apprentissages qui ont lieu tout au long de la vie, notamment chez les adultes sur leurs lieux de travail. Elle s'inscrit dans la continuité de la didactique des disciplines qui est « l'étude de l'enseignement et de l'apprentissage des contenus disciplinaires » (20) comme les mathématiques, la biologie, la physique etc... L'attention est désormais orientée vers l'acquisition des compétences – et non plus des seules connaissances – qui permettent au sujet d'agir en situation professionnelle.

La didactique est une « *étude des processus de transmission et d'appropriation des connaissances* » (20). Pierre Pastré a fondé la didactique professionnelle dans sa thèse en 1992 (19). La didactique professionnelle est « l'analyse du travail en vue de la formation » (21). Il se passe d'autre chose au travail que ce qu'il se passe dans la formation. Patrick Mayen définit les « savoirs d'action » comme des concepts qui sont appris pendant le travail et qui se révèlent plus fonctionnels et plus optimisés que les savoirs appris « à distance » de l'action de travail (20). En d'autres termes, la compétence est un assemblage de savoirs : la connaissance (souvent théorique), le savoir-faire (l'habileté, la technicité) et le savoir-être (l'attitude du professionnel).

C'est là que la didactique professionnelle entre en jeu. Elle va permettre d'analyser le travail pour comprendre comment l'on passe d'un « savoir appris » à un « savoir d'action » dans le but d'optimiser la formation de ce savoir.

Il y a deux temps dans la didactique professionnelle : l'analyse du travail et l'ingénierie de la formation. La formation instituée (à l'école) et la formation sur le tas (en milieu professionnel) et sur le tard (par l'expérience) ne sont pas opposées mais en continuité (20).

CONCEPT DE DIDACTIQUE PROFESSIONNEL : LE PARADIGME DE LA TACHE – JACQUES LEPLAT

Dans ce premier temps qui est l'analyse du travail, un concept est notamment mis en avant, celui du paradigme de la tâche par Jacques Leplat. Il a explicité ce concept en parlant du « paradigme de la tâche ». Les travailleur.se.s vont avoir une prestation à réaliser qui sera baptisée « tâche prescrite ». Cependant les professionnel.le.s vont adapter cette action à l'environnement, aux conditions réelles du travail. C'est la « redéfinition de la tâche » (22). On peut retrouver ces notions dans le milieu médical. La pratique médicale est basée sur l'« Evidence Based Medicine » (EBM) qui donnent naissance à des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Néanmoins, ces instructions de bonnes pratiques ne sont pas forcément exhaustives et laissent une marge de manœuvre non négligeable pour le/la professionnel.le. Avec la recommandation sur le CCO, on constate qu'il y a de multiples possibilités pour les praticien.ne.s de se différencier tout en appliquant les consignes de l'HAS.

La formation des sages-femmes partage les mêmes caractéristiques que les autres métiers de la santé, à savoir un enseignement autant pratique que théorique. La moitié du temps d'apprentissage se déroule à l'école de sage-femme et l'autre en établissement de santé. Proche de l'alternance, l'éducation se fait par les pair.e.s, sur le lieu de travail habituel. En plus des recommandations de bonnes pratiques, « les petits détails » (23) de l'activité clinique vont nourrir celle de l'élève qui va négocier avec les différents types d'injonctions, les valeurs professionnelles pour créer sa propre pratique professionnelle. L'optimisation de la tâche ne se base pas seulement sur son efficacité mais aussi sur sa concordance avec une certaine morale ou éthique du travailleur.r.se.

Il faut appartenir au corps professionnel en se reconnaissant comme étant du même groupe. Seulement, la « redéfinition de la tâche » va nécessairement différencier le travailleur.se d'un autre.

REVUE DE LITTÉRATURE : LES FACTEURS INFLUENÇANT LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES.

Plusieurs recherches se sont intéressées aux facteurs ayant des répercussions sur les pratiques professionnelles des sages-femmes.

L'expérience professionnelle va avoir un impact sur la pratique au travail. Une sage-femme avait axé son mémoire sur l'influence d'une expérience humanitaire sur la pratique des sages-femmes hospitalières. Les professionnel.le.s de santé revenaient plus attentifs, plus dans l'observation. Ils ont moins recours à l'utilisation d'examens paracliniques. Les maïeuticiens en ressortaient plus confiants en leur capacité pour affronter leur retour dans les hôpitaux français (24).

Le **vécu personnel** impacte aussi les agissements de la sage-femme. L'expérience personnelle de la maternité change l'exercice de la profession. Pour certaines, cela va leur donner une légitimité, une confiance pour accomplir leur travail. Ce supplément de connaissances à partager avec les patientes fait toute la spécificité de ce métier qui, au-delà des connaissances théoriques et techniques, nécessitent un partage émotionnel attendu par les futures mères (25).

Une étude observationnelle prospective a été réalisée auprès de 35 écoles de sages-femmes de France. L'objectif de l'étude était de savoir si les connaissances théoriques apportées pendant la formation initiale aux étudiant.e.s en maïeutique étaient conformes à la réalité de la pratique clinique en matière de gestion du travail physiologique. Les résultats de cette enquête montrent que les maïeuticien.e.s fraîchement diplômés avaient eu, pour la plupart, peu d'occasion d'accompagner un travail physiologique (sans analgésie péridurale, avec un monitoring fœtal intermittent, des patientes ayant la capacité de se mobiliser librement...). Ils avaient de bonnes connaissances théoriques en matière de gestion du travail physiologique mais se trouvaient démunis dans la pratique clinique. Pour pallier ces situations, le développement de leurs connaissances sur ce sujet s'est fait au travers **de lectures personnelles**, de **recherches bibliographiques** ou encore **d'échanges d'expériences** avec d'autres sages-femmes (26).

Les **mémoires de fin d'étude** sont aussi des supports qui permettent d'enrichir les connaissances et ont un impact sur les pratiques professionnelles. 60% des cadres sages-femmes et 64,3% des professionnel.le.s des réseaux de santé en périnatalité s'intéressent aux mémoires des étudiant.e.s sages-femmes (27). Ils permettent d'analyser les pratiques professionnelles et sont des bases de réflexion pour leur lecteur.

LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE DANS NOTRE METHODE DE RECHERCHE :

L'observation sur le terrain de la maternité des Lilas a permis de mettre en lumière une pratique du CCO clairement différente de celles généralement observées dans les services de salle de naissance des maternités françaises.

L'objectif premier de notre recherche sera de savoir comment les sages-femmes sont passées d'instructions sur le CCO des grandes instances à leur propre pratique du CCO. Ensuite nous chercherons à comprendre l'intérêt de cette redéfinition de la tâche selon les professionnel.le.s.

Pour cela, nous allons aller voir le travail tel qu'il est réalisé sur le terrain et recueillir la mise en discours du travail par les professionnel.le.s de santé.

LA PRATIQUE DU CLAMPAGE OMBILICAL :

La modification et l'évolution de la pratique clinique des sages-femmes nous intéressent. Pour illustrer ce propos, nous nous baserons sur une pratique particulière qui nous servira de support pour identifier les enjeux.

Le clampage du cordon ombilical est une pratique qui est lourde de symboliques. Pour apprécier toutes les facettes de celle-ci, nous ferons un panorama des rites culturels autour des annexes fœtales et l'évolution des préoccupations qui gravitent autour du CCO. Pour finir, nous resituerons le cadre médical qui entoure le CCO notamment avec les recommandations des différentes instances de santé.

LES RITES CULTURELS ET PRATIQUES AUTOUR DES ANNEXES FŒTALES

LES CROYANCES CULTURELLES AUTOUR DU CLAMPAGE DU CORDON OMBILICAL.

En anthropologie, la naissance est identifiée comme un moment sacré de la vie humaine. Cet instant privilégié est l'occasion de rites de passage pour marquer la séparation entre la mère et son nouveau-né. Les annexes fœtales, placenta et cordon, sont le support de ces traditions diverses qui existent aux quatre coins du monde.

Au XIX^{ème} siècle, de nombreuses traditions existent autour du cordon ombilical. Aux Îles Fidji, le cordon était enterré tandis qu'en Afrique de l'Est, en Ouganda, le cordon est décoré de perles et conservé tout au long de la vie de l'individu. Des croyances sont ainsi associées à certaines situations telles que le circulaire. A Tahiti, un bébé qui naît avec un cordon autour du cou aurait un avenir de guerrier. Si le cordon présente un ou des nœuds, il serait le reflet du nombre d'enfants qu'aura la mère et de l'espacement de leur naissance.

La longueur du cordon est aussi liée à l'espérance de vie du nouveau-né mais aussi à son sexe(28). Le genre du nouveau-né va influencer la pratique autour de cette annexe. Certains peuples vont privilégier une coupe au plus proche du placenta pour avoir un cordon long qui serait le reflet de la taille du pénis du jeune garçon. Tandis que pour les filles, le cordon est conservé pour être transformé en poudre qui servira de base à un philtre d'amour de son futur mari (28). Chez les afro-colombiens, seule la femme ménopausée a le droit de couper le cordon et elle doit respecter une certaine distance en fonction du sexe de l'enfant. Ces règles si elles ne sont pas respectées

pourraient entraîner des personnalités néfastes pour le groupe ainsi que des dysfonctionnements de la société (29). ?

RITUEL AUTOUR DU CLAMPAGE DU CORDON OMBILICAL DANS NOS SOCIÉTÉS OCCIDENTALES : ZOOM SUR LE PLACENTA LOTUS

Dans nos sociétés occidentales, le cordon est aussi le siège de pratiques spirituelles. Le placenta lotus notamment est une pratique qui consiste à garder intact le lien entre le fœtus et le placenta. Le cordon ombilical n'est jamais clampé. Il se sépare naturellement du nouveau-né dans les 3 à 10 jours qui suivent la naissance. Les premiers cas signalés de naissance lotus remontent à 2004 en Australie (30). Les annexes fœtales sont conservées dans du sel, des fleurs séchées et des huiles essentielles afin d'éviter les moisissures et les désagréments de l'organe en putréfaction. Elles sont ensuite emballées dans un linge propre et posées dans un récipient en bambou ou en tissu. Ce processus est répété toutes les 24 heures. Après la séparation, d'autres pratiques peuvent être expérimentées telles que la placentophagie, la capsulation ou encore l'enterrement au pied d'un arbre (31).

Clair Lotus Day a été la première à rapporter l'observation de cette pratique en 1974 qu'elle a vu chez les chimpanzés. Alors enceinte, elle commence à se questionner sur les habitudes obstétricales autour du clampage du cordon ombilical. Elle décide d'imiter ce rite pour la naissance de son propre enfant (32).

Les bénéfices hémodynamiques sont les premiers arguments en faveur de la naissance du lotus. Les demandes qui entourent cette coutume sont souvent associées à une dimension spirituelle qui n'est pas à négliger. Le placenta serait le chakra primaire et le laisser se détacher tout seul permet ainsi d'avoir un téléchargement total de l'âme au travers du cordon vers l'enfant pour une incarnation optimale et totale (33).

De rares complications liées à cette pratique ont été rapportées dans des études de cas. L'un concernait une infection au staphylocoque doré chez un nouveau-né de 20H(34) et l'autre une hépatite idiopathique chez un bébé de 72H(35). Bien que ces cas aient été rapportés, les articles précisent bien qu'ils n'ont pas pu prouver de corrélation avec la naissance du lotus.

EVOLUTION DES PREOCCUPATIONS AUTOUR DE LA PRATIQUE DU CLAMPAGE OMBILICAL DANS LE MONDE OCCIDENTAL

Hippocrate conseillait de couper le cordon ombilical après que l'enfant ait éternué, uriné ou pleuré (28).

Erasmus Darwin disait à la fin du XVIIIème siècle à propos du clampage du cordon ombilical :

« Une autre chose très dangereuse pour l'enfant, est de clamber et de couper le cordon ombilical trop tôt ; celui-ci devrait toujours rester attaché jusqu'à ce que l'enfant ait respiré à plusieurs reprises et jusqu'à ce que toute pulsation du cordon ait cessé. Autrement, l'enfant sera beaucoup plus faible qu'il ne le devrait, une partie du sang restant dans le placenta alors qu'il aurait dû être dans l'enfant »(36)

Bien que les anciennes pratiques autour de la naissance et que l'observation des mammifères tendent vers une approche plus physiologique du clampage du cordon ombilical, les progrès de la médecine ont entraîné une dynamique plus interventionniste autour de la délivrance.

A la fin du XVIIIème siècle, François Mauriceau prônait une prise en charge active de la troisième phase du travail en passant par le clampage précoce du cordon ombilical (37). Il recommandait cette pratique afin d'empêcher que l'utérus se referme sur lui-même. L'objectif était de limiter les rétentions placentaires et les hémorragies du post-partum.

Au milieu du XXème siècle, l'ère de la médecine moderne est plus en faveur d'une gestion active de la délivrance et d'une section rapide du lien entre la mère et son nouveau-né (38). Les soins obstétricaux deviennent actifs, le clampage du cordon ombilical devient immédiat et même précoce (39). A cela s'ajoute : la traction contrôlée du cordon et l'utilisation d'un médicament utérotonique prophylactique. Ce sont les trois composantes permettant une gestion active de la troisième phase du travail (40).

Suzanne Saint-Anne Dargassies, dans ses recherches néonatales, décrivait l'accueil du nouveau-né à la maternité de Baudelocque dans les années 1940 à 1950 :

« Dès son irruption à l'air libre, son cri était presque provoqué ou du moins entretenu, car sa bouche était vivement et profondément désobstruée. Le cordon ombilical à peine sectionné entre deux pinces, son sexe était montré à sa mère, et devant elle, le bracelet d'identification cousu autour de son poignet. »(41)

Dans sa description de l'accueil du nouveau-né dans les années 50 au cœur des maternités parisiennes, on constate que la priorité n'était pas autour du lien mère-enfant. Le bébé était

rapidement séparé de la mère et cela passait par un clampage précoce du cordon ombilical. Les progressions en matière de réanimation néonatale vont aussi pousser à accélérer cette séparation physique.

Paradoxalement, en 1988, une première étude retrouve une diminution des hémorragies intra-ventriculaires chez les prématurés en cas de clampage tardif du cordon ombilical. Les hypothèses évoquées étaient une stabilisation hémodynamique ainsi qu'un effet neuroprotecteur des cellules souches du cordon (42).

Dans les années 1970, à l'ère de la liberté sexuelle et des combats féministes, Leboyer publiait « Pour une naissance sans violence »(43), ouvrage dans lequel il apporte une nouvelle vision de la naissance s'inspirant de pratiques de la culture indienne. Il décrit une nouvelle façon d'accueillir le nouveau-né, lumière tamisée, silence, installation du bébé sur le ventre de sa mère. Il parle notamment du clampage du cordon et préconise un clampage après l'arrêt de la perception des battements cardiaques dans le cordon ombilical afin de permettre une transition plus douce pour le nouveau-né entre la vie intra et extra-utérine(43).

La maternité des Bluets, ouverte en 1950 par les syndicats des métallurgistes de Paris enseignait les principes de l'accouchement sans douleur selon la Méthode Lamaze. La maternité des Lilas a été créée en 1968. Les professionnel.le.s qui y travaillent viennent majoritairement des Bluets et militent pour l'accouchement sans douleur. Formés au principe de la naissance sans violence de Leboyer, ils incluent dans leur protocole le bain à la naissance, l'accouchement dans le silence et une lumière non agressive. Ils veillent à proposer un clampage tardif du cordon ombilical comme décrit dans le livre de Leboyer(44).

De nombreuses études comparatives ont été réalisées afin d'objectiver les avantages et les inconvénients du CT du cordon ombilical. Bien que les résultats penchent en faveur de celui-ci, la pratique clinique autour de cet acte ne va pas totalement dans ce sens.

LES RECOMMANDATIONS DES SOCIÉTÉS SAVANTES ET DES INSTANCES DE SANTÉ

La définition du clampage précoce du cordon ombilical par rapport au clampage tardif du cordon ombilical n'est pas limpide et varie selon chaque institution.

Nous avons préalablement vu que l'OMS préconise un clampage « tardif » du cordon afin de prévenir les anémies infantiles. Il le recommande dans les 1 à 3 minutes de vie. (5)

Les recommandations de l'HAS de 2017 sur l'accouchement normal ont différents objectifs. Tout d'abord, elles vont permettre de répondre à la volonté des parturientes en sécurisant la prise en charge maternelle et pédiatrique. Ensuite, elles vont harmoniser les pratiques des professionnel.le.s de santé pour l'accouchement physiologique dans les services hospitaliers de maternité, les établissements de santé ou encore les maisons de naissance en cours d'expérimentation. Ces indications vont diminuer la surmédicalisation et les risques iatrogènes qui l'accompagnent. Enfin, ce document permet aussi d'apporter une information loyale, claire et adaptée à la situation auprès de la parturiente (45).

En ce qui concerne plus spécifiquement le clampage du cordon ombilical, les recommandations de l'HAS de 2017 indiquent :

« Aucun des gestes suivants n'a démontré son efficacité : vidange systématique de la vessie, moment particulier de clampage du cordon (grade B), drainage systématique du cordon, traction contrôlée du cordon (grade A), mise au sein précoce (grade C), massage utérin systématique (grade A). »(45)

L'accueil du nouveau-né en salle de naissance est aussi encadré par des recommandations de bonnes pratiques. Lorsque le nouveau-né est né eutrophe, à terme, avec un liquide amniotique clair, le clampage du cordon ombilical est préconisé au-delà des trente premières secondes de vie(6).

Ensuite, il est recommandé :

« De proposer à la mère de placer aussitôt le nouveau-né en peau à peau »(6),

« D'éviter la séparation de la femme et de son bébé car cette proximité physique est l'un des éléments essentiels permettant un attachement de bonne qualité entre la mère et son enfant »(6).

L'examen clinique du nouveau-né comprenant les mesures biométriques et les soins sont à réaliser deux heures après la naissance. Il est recommandé de les repousser d'au moins une heure(6).

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) et le Conseil National des Sages-femmes (CNSF) ont émis leur avis en 2012 au sujet du CCO. Après des questionnements concernant le CCO et le don du sang de cordon ombilical, les deux institutions se sont réunies pour rédiger des recommandations (46).

Tout d'abord, ils conviennent qu'un CP survient dans les 10 à 20 secondes après la naissance tandis qu'un CT a lieu dans les 2 à 3^{ères} minutes de la vie ou lorsque « *les battements pulsatiles du cordon cessent* » (46).

Finalement ils recommandent de pratiquer le CT pour les accouchements prématurés. Néanmoins en ce qui concerne le nouveau-né, à terme et eutrophe, ils concluent plutôt en une absence de conséquences délétères en cas de clampage précoce sans préconiser officiellement le CT dans cette situation (46).

Au Royaume-Uni, le Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens (RCOG) s'appuie sur les directives fournies par le National Institut for Health and Care Excellence (NICE). Ils délimitent le CP comme inférieur à 30 secondes et le CT comme supérieur à 2 minutes. En l'absence de complications, ils préconisent un clampage du cordon avant 5 minutes de vie même s'ils invitent à accompagner les femmes qui souhaitent un CCO au-delà de ses 5 minutes(47).

En 2020, L'International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR) a émis de nouvelles recommandations. Le CT fait partie des évolutions notables par rapport aux recommandations de 2015. Ils encouragent le CT aux nouveau-nés ne nécessitant pas de manœuvre de réanimation néonatale. Ils demandent « *Un clampage après au moins 60 secondes est recommandé, idéalement après l'aération des poumons* ». (48)

L'instance	Définition CP	Définition CT	Nouveau-né à terme
OMS	< 1 minute	1 à 3 minutes	CT préconisé
HAS	< 30 secondes	>30 secondes	CT préconisé
CNGOF/CNSF	10 à 20 secondes	2 à 3 minutes	Pas en défaveur du CP
RCOG	< 30 secondes	>2 minutes	CCO avant 5 minutes
ILCOR	< 60 secondes	>60 secondes	CT si pas de nécessité de réanimation néonatale

Tableau 1 - Résumé des définitions et recommandations concernant le CCO

Comme on peut l'observer, les définitions du clampage tardif sont variées. La limite commune peut être établie autour de 2 minutes de vie. En revanche toutes les instances s'accordent en faveur du CT tel qu'elles le définissent ou tout du moins, elles ne tranchent pas en sa défaveur. Ces instructions ne sont pas exhaustives et de multiples façons de pratiquer pourront répondre à ses

consignes. Un clampage du cordon ombilical au bout de 3 minutes de vie sera autant en adéquation qu'un clampage du cordon ombilical au bout de 40 minutes de vie.

La pratique des sages-femmes à la maternité des Lilas est donc conforme aux différentes recommandations des grandes instances. Comme souhaité par l'HAS, elle permet d'éviter la séparation entre la mère et le nouveau-né durant le post-partum immédiat, de différer l'examen du nouveau-né. Cela répond aux désirs d'éviter la surmédicalisation, la iatrogénicité qui peut y être associée mais aussi de répondre à une volonté des femmes. Le clampage tardif tel qu'elles le réalisent ne se fait que sur des nouveau-nés à terme et eutrophe. En effet, la maternité des Lilas étant un type I, elle n'accueille que des parturientes avec une grossesse à bas risque. En conséquence, les nouveau-nés ne nécessitent que très rarement une réanimation néonatale. Cela correspond à l'avis de l'ILCOR de 2020.

Le contexte autour de notre problématique est installé. Tout d’abord, nous avons pu constater que la formation des sages-femmes ne s’intéresse pas vraiment au clampage du cordon ombilical durant l’accouchement. La formation initiale est pauvre autour de cette pratique et les formations continues qui l’enseignent sont faites par des organismes privées avec un intérêt financier. On remarque aussi que depuis quelques années, la formation continue des sages-femmes devient réglementée, il y a une obligation de continuité de formation après l’obtention du diplôme.

En s’inspirant des principes issus de l’analyse du travail en didactique professionnelle, la démarche poursuivie ici consistera à identifier les facteurs qui vont moduler la tâche entre la prescription et la réalisation de celle-ci. La pratique du clampage du cordon ombilical répond à ce modèle, la prescription est faite par les grandes instances de santé. Il existe un delta entre cette recommandation et la réalisation. Plusieurs facteurs ont été identifiés dans des travaux précédents comme influençant la pratique professionnelle des sages-femmes tels que : l’expérience professionnelle, le vécu personnel, les recherches bibliographiques ou les échanges entre professionnel.le.s. Ces pistes seront explorées au détour des expériences sur le terrain de recherche et à l’occasion d’une démarche de recueil de matériaux de recherche.

Le clampage du cordon ombilical est le support de nombreuses croyances et de rites culturels depuis la nuit des temps. La pratique clinique autour de cette annexe fœtale marque l’appartenance à une culture mais aussi à une époque. En Occident à la fin du XXème siècle, les progrès du domaine médical et la prise en charge de plus en plus médicalisée de l’accouchement entraînent l’avènement du clampage précoce du cordon ombilical avec la gestion active de la troisième phase du travail et l’émergence de la réanimation néonatale. Néanmoins, actuellement, les femmes veulent sortir de cette médicalisation à l’excès et souhaitent un accompagnement plus physiologiquement. Là-encore, le mode de réalisation du CCO reflète ces préoccupations. Les recommandations des grandes instances de santé concourent en ce sens. Leur positionnement global est plutôt en faveur d’un clampage qui ne soit pas réalisé instantanément après la naissance. Les prescriptions de bonnes pratiques ne sont pas exhaustives et laissent une grande part de liberté aux professionnels de santé.

La pratique du CCO à la maternité des Lilas est en cohérence avec les recommandations de l’HAS et font écho aux désirs des patientes de se rapprocher le plus possible de l’accouchement physiologique.

Comment leur pratique s'est installée dans le service de salle de naissance de la maternité des Lilas et s'est généralisée à toutes les sages-femmes y travaillant ? Quels sont les éléments qui encouragent les sages-femmes à changer leur façon de travailler et à l'inscrire dans leur pratique clinique ? Nous allons tenter de répondre à ces questions au travers de notre étude.

DELIMITATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Les protocoles en milieu hospitalier sont influencés par de nombreux facteurs tels que : l'époque, la population concernée, des facteurs intrinsèques liés aux individus constituant les équipes médicales et paramédicales, les recommandations de bonnes pratiques, l'évolution des connaissances ainsi que les innovations technologiques mais aussi les différents événements qui ont pu se dérouler.

Si les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sont une base essentielle sur laquelle s'appuyer, elles ne sont pas forcément exhaustives et laissent une marge de manœuvre non négligeable aux professionnel.le.s de santé. Les recommandations de bonnes pratiques et même les protocoles agissent comme des « prescriptions de travail ». Les professionnel.le.s vont donc s'appuyer sur elles mais leur application n'est pas forcément uniforme.

Le clampage du cordon ombilical ne déroge pas à la règle. Après de multiples expériences dans des hôpitaux variés, on constate une diversité des pratiques autour de cet acte. Celle de la maternité des Lilas est particulièrement atypique et pousse à s'interroger sur le mécanisme de mise en place de cette pratique singulière au sein de ce service hospitalier.

A la suite d'un stage en salle de naissance à la maternité des Lilas, il a pu être observé une pratique du clampage du cordon ombilical très différente de celles que l'on peut suivre dans les autres services per partum ou de ce que l'on peut apprendre à l'école de sages-femmes. Habituellement, au cours des stages, il est constaté que le clampage du cordon ombilical est réalisé dans les premières minutes de vie du nouveau-né.

En salle de naissance à la maternité des Lilas, les maïeuticiennes clampent le cordon ombilical au bout de deux heures de vie :

1. Elles font une délivrance dirigée en injectant 5UI de Syntocinon en intra-veineuse rapide.
2. Elles réalisent les prélèvements de pH sur sang artériel immédiatement après la naissance, sans interrompre le flux sanguin par des clamps.
3. Si la situation le permet, elles sortent quelques minutes de la salle de naissance pour laisser la triade mère-accompagnant-enfant partager un moment d'intimité.
4. Elles accompagnent l'expulsion du placenta en réalisant une délivrance à cordon intact.

5. L'intégrité de l'annexe foétale est vérifiée puis il est placé dans une alèse et dans un haricot, à côté de la mère.
6. Elles suturent les déchirures périnéales s'il y a lieu puis elles réinstallent la patiente.
7. Après la surveillance du post-partum immédiat, elles préparent la patiente pour son départ en suites de couches.
8. Elles font l'examen du nouveau-né en compagnie de la mère et de l'accompagnant, à cette occasion, elles clampent et proposent au couple de couper le cordon ombilical.

Ces disparités m'ont particulièrement questionnée sur le savoir-faire des sages-femmes, notamment les déclics qui les poussent à changer de méthode et sur les moyens mis en œuvre pour faire évoluer leur technique. C'est devenu le thème de mon travail de fin d'étude : l'évolution de la pratique clinique des sages-femmes.

J'ai choisi d'illustrer ce thème avec une pratique particulière qui est le clampage du cordon ombilical. Cela pour plusieurs raisons, la première est qu'il me semble plus évocateur d'utiliser un exemple comme support de la recherche. Ensuite le clampage du cordon ombilical est un événement de l'accouchement lourd en symbolique et siège de nombreuses représentations qu'il me semblait intéressant de questionner.

La question de recherche est celle-ci :

Comment une pratique clinique atypique s'installe-t-elle dans un service de maternité ? Pourquoi et comment les sages-femmes font-elles évoluer leur pratique clinique jusqu'à inscrire dans leurs habitudes une technique « atypique » ?

OBJECTIFS ET AXES DE RECHERCHE

Pour répondre à la problématique, nous allons définir des objectifs de recherche ainsi que des axes (Cf. Annexe I).

- I. Déterminer les différentes façons de pratiquer le clampage du cordon de la formation à l'activité professionnelle.
- II. Détecter l'origine d'une volonté de changement de pratique clinique dans le milieu de la maïeutique.
- III. Connaître les éléments moteurs et les freins aux changements de pratiques dans un service hospitalier.

Les axes de recherche qui vont être explorés sont :

1. Le clampage du cordon ombilical :
 - Avantages et inconvénients
 - Le changement de pratique
2. La maternité des Lilas, une culture spéciale.
3. La pratique clinique des sages-femmes :
 - Influences / Freins
 - La systématisation des pratiques par la création de protocoles

ASPECT LEGISLATIF DE LA RECHERCHE

L'étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) par le biais du formulaire MR004. Ce travail de recherche n'implique pas la personne humaine. (cf. Annexe n°II)

OUTIL DE RECHERCHE

Le travail d'introduction du sujet précédemment réalisé permet d'apporter des notions de didactique professionnelle ainsi que le contexte actuel autour du clampage du cordon ombilical à la naissance.

L'objet de ce mémoire concerne l'évolution de la pratique clinique des sages-femmes, comment elle va être modelée au cours de la vie professionnelle et ce qui va l'influencer. Pour cela, nous avons décidé de travailler sur un évènement en particulier qui permettra d'illustrer le thème. Ici le phénomène à analyser est la modification de la pratique clinique des sages-femmes concernant le CCO à la maternité des Lilas. Il faut donc identifier ce qui a changé dans la pratique clinique des sages-femmes depuis qu'elles exercent aux Lilas, trouver les éléments qui ont contribué à ce changement, connaître les paramètres de cette évolution. La maternité des Lilas a été choisie suite à mon expérience personnelle en tant qu'étudiante sage-femme.

L'étude qualitative est celle qui se prête le plus à l'exploration de cette problématique.

« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux),

en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (Mays et Pope, 1995, p. 43).

Pour recueillir les points de vue des participants, nous allons réaliser des entretiens semi-dirigés. Pour répondre à la problématique, une enquête prospective est réalisée. Cela signifie que les entretiens sont réalisés au fur et à mesure.

Un premier entretien exploratoire a été réalisé avec une sage-femme de la maternité des Lilas. L'objectif de cette entrevue était de repérer les points importants à aborder et d'élaborer la grille d'entretien semi-dirigé. Cette enquête a été réalisée avec des questions ouvertes permettant d'« approcher » le terrain de recherche, cibler les thèmes à aborder et leur pertinence par rapport à la situation. Les échanges ont eu pour but d'ouvrir des perspectives, d'inspecter le thème sous des angles différents afin de se confronter au sujet avec l'éclairage le plus adéquat.

La grille d'entretien semi-dirigée (Cf. Annexe n°III) a été élaborée après analyse de l'entretien exploratoire. Des objectifs de recherche et des axes de réponses à la problématique ont été formulés. Ils ont servi de matières pour créer les questions.

DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Avant de participer à l'entretien, les sages-femmes signent un document (cf. Annexe n°IV) permettant d'expliquer l'étude et de recueillir le consentement concernant l'enregistrement et son utilisation.

Les entrevues auxquelles participent les personnes interrogées, sont assurées sous la supervision directe de l'enquêteur. Les mêmes thèmes, préalablement définis par le prospecteur, sont abordés à chaque tête-à-tête. Cela se fait par le biais de questions ouvertes et de questions de relance au moyen d'un entretien non directif.

Pendant la rencontre, l'opérateur procède à une écoute active de la personne interrogée. Il use de reformulations, de questions de relances afin de permettre à l'interviewé d'expliquer pleinement ses idées et approfondir ses propos. Les questions restent ouvertes, sont ponctuées de silences pour encourager la sage-femme questionnée à aborder les thèmes qu'elle désire sans influence. Ces techniques d'interview peuvent aussi être utiles à une clarification de la pensée. En plus de cela, elles vont mettre en confiance l'individu questionné.

A la fin du dialogue, l'enregistrement est retranscrit au mot près.

LIEU DE L'ETUDE

Le choix de la maternité des Lilas comme terrain d'étude a été motivé par plusieurs éléments. Il me semblait intéressant d'observer un phénomène dans un environnement particulier, pour identifier facilement les phénomènes influençant ou freinant ces transformations. Ils seront spécifiques au microcosme de la maternité des Lilas mais donneront des pistes pour identifier les étapes qui encadrent l'inscription d'une pratique dans les habitudes cliniques des sages-femmes.

Au niveau de la maternité des Lilas, toutes les sages-femmes ont homogénéisé leur pratique du clampage du cordon ombilical. Ces changements ont eu lieu il y a trois ans et concernent toutes les sages-femmes de salle de naissance, tout âge de diplôme confondu, qu'importe le niveau d'ancienneté au sein de l'établissement des Lilas. Ce travail a pour but de décortiquer les éléments déclenchants, les étapes d'installation et de pérennisation de la nouvelle méthode de travail dans le service de maternité des Lilas pour pouvoir la généraliser et proposer une sorte de mode d'emploi du changement de pratique, à destination de tous les professionnels de santé.

POPULATION

La population concernée par cette étude sont les sages-femmes de la maternité des Lilas. Il n'y a pas de sélection sur l'âge ou le nombre d'années d'expérience. Dix personnes ont été intégrées à l'étude.

CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude sont donc définis comme suit :

- Critères d'inclusion :
 - o Sage-femme exerçant en salle de naissance ou y ayant exercé à la Maternité des Lilas après 2018.
 - o Avoir eu une activité en salle de naissance à la maternité des Lilas en tant que sage-femme.
- Critères d'exclusion
 - o Sage-femme n'exerçant pas en salle de naissance
 - o Etudiant.e.s sage-femme : ils n'ont pas l'autonomie complète dans leur pratique professionnelle durant leur stage en salle de naissance.

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGEE

La population interrogée est constituée de dix sages-femmes. Elles ont toutes été interrogées sur certaines caractéristiques telles que : l'âge, leur nombre d'années qui les séparent de leur diplôme, l'école dans laquelle elles ont fait leurs études, leur ancienneté aux Lilas, leur présence actuelle aux Lilas et si elles ont eu ou ont une expérience professionnelle autre que celles dans la maternité des Lilas.

La moyenne d'âge des sages-femmes interrogées est de 29,9 ans. La plus âgée a 39 ans et la plus jeune 24 ans. La médiane est de 28,5 ans.

Elles sont diplômées depuis en moyenne 7,4 ans. La plus expérimentée est diplômée depuis 17 ans tandis que la plus jeune depuis 2 ans. La médiane est atteinte pour six années d'expérience.

En moyenne, elles travaillent aux Lilas depuis 4,45 ans. L'ancienneté la plus importante est de 16 ans alors que la plus récente en poste est là depuis 1 an. La moitié des personnes interrogées ont une ancienneté inférieure ou égale à trois années.

L'étude de la médiane par rapport à la moyenne nous apprend que la plupart des participants sont jeunes et ont peu d'ancienneté. C'est un élément à prendre en compte pour l'analyse de nos résultats.

Elles sont toutes employées aux Lilas sauf une qui en est partie depuis moins de 2 ans.

Quatre des dix participantes ont commencé leur expérience professionnelle dans la maternité des Lilas.

	Âge	Date diplôme	Diplômée depuis	Ecole	Ancienneté aux Lilas	Présence aux Lilas	1ère expérience pro aux Lilas
SF1	39	2005	17	Toulouse	16	Oui	Oui
SF2	26	2018	4	Dijon	1	Oui	Non
SF3	36	2008	14	Belgique	6	Oui	Non
SF4	24	2019	3	Paris	2	Oui	Oui
SF5	32	2014	8	Lille	7	Oui	Non
SF6	23	2020	2	Belgique	1	Oui	Oui
SF7	26	2019	3	Paris	2	Oui	Oui
SF8	31	2014	8	Belgique	4	Non	Non
SF9	38	2009	13	Paris	5	Oui	Non
SF10	24	2020	2	Rennes	0,5	Oui	Non
Moyenne	29,9	2014,6	7,4		4,45		4 oui et 6 non
Médiane	28,5	2016	6		3		

Tableau 2 - Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population interrogée

TRAITEMENT DES DONNEES

Après la réalisation des entretiens, chaque enregistrement a été retranscrit. Une dizaine de fichiers composés chacun de cinq pages en moyenne ont été obtenus (cf. Annexe n°V).

METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

Au cours de la réalisation des dix entretiens semi-dirigés, il a été constaté que les mêmes informations étaient redonnées et aucune nouvelle notion n'apparaissait. Nous sommes arrivés à saturation des données.

La relecture des différents entretiens a permis de catégoriser les propos, de les mettre à plat et de faire émerger les thèmes qui ont été les plus récurrents. Ils sont ensuite organisés sous la forme d'un plan cohérent et permettant de faire ressortir une analyse des résultats.

Les verbatims de la dizaine de fichiers sont répertoriés et associés à chaque partie et sous-partie du plan.

En annexe, un document permet de constater le cheminement pour passer des thèmes les plus abordés à un plan organisé (Cf. Annexe n°VI)

RESULTATS

Cette partie a vocation à présenter les résultats tels qu'ils sont ressortis après la réalisation de tous les entretiens. Les données seront exposées et mises en ordre selon les axes de recherche qui ont été préalablement définis. L'interprétation de ces résultats sera réalisée dans la partie discussion.

LA PRATIQUE DU CLAMPAGE DU CORDON OMBILICAL

1 – LE CLAMPAGE DU CORDON OMBILICAL

Pour commencer à décrypter cette nouvelle pratique, il semble essentiel de connaître les représentations des sages-femmes vis-à-vis du clamping du cordon ombilical tout au long de leur cursus de formation jusqu'à leur entrée à la maternité des Lilas : ce qu'elles ont appris pendant leur formation initiale, comment elles se sont mises à le pratiquer après le diplôme et ensuite à leur arrivée dans la maternité des Lilas.

Nous allons aussi mettre en avant les éléments qu'elles mettent en avant pour motiver leur façon de pratiquer, les avantages et les inconvénients qu'elles voient dans la réalisation de ce clamping tardif du cordon ombilical qui va même jusqu'à la délivrance à cordon intact.

A - L'APPRENTISSAGE PENDANT LA FORMATION INITIALE

Les sages-femmes interrogées ont partagé les connaissances acquises au cours de leur formation initiale concernant la durée du délai avant le clamping du cordon ombilical. La plupart ont appris à clamer dans la 1^{ère} minutes qui suit la naissance :

« [...] immédiat [...] Je me rappelle très bien de mon premier accouchement. [...] le bébé était posé et j'ai pris les clamps et voilà j'ai clampé » (SF1). « [...] J'ai appris à le faire comme tout le monde. On clampe directement » (SF3). « [...] Je clampais avant même la délivrance [...] avant de faire les pH. C'était hyper rapide, la première chose que je faisais » (SF4). « [...] de clamer tout de suite, l'enfant sort, tu clames et hop tu le poses sur le ventre de sa mère. » (SF5). « [...] on clame immédiatement après la naissance » (SF7). « [...] j'ai appris [...] il faut clamer tout de suite dès qu'il est né. » (SF9). « [...] j'ai appris au tout début clamping immédiat. » (SF10).

Une sage-femme a appris à clamber après l'arrêt de la perception des battements du cœur dans le cordon ombilical.

« [...] j'ai appris que c'est bien pour le bébé, qu'on attend qu'il arrête de battre. Ça dépendait des sages-femmes. » (SF6)

On constate que les maïeuticiennes ont majoritairement appris à clamber rapidement après la naissance, dans la première minute généralement. Une seule professionnelle parlait de clamber à la fin de la perception des battements du cœur dans le cordon ombilical. On peut conclure que la formation initiale pousse plutôt les praticien.nes à rapidement interrompre cette circulation à la naissance.

B - L'APRES DIPLOME

Les sages-femmes qui n'ont pas travaillés directement à la maternité des Lilas après leur diplôme partagent toutes la même expérience. Dès qu'elles sont devenues professionnelles, elles clampaient immédiatement après la naissance.

« [...] on avait tendance plutôt à clamber. Je nous revois clamber le cordon. Je ne crois pas que j'attendais particulièrement longtemps. 15 secondes avant de clamber, quasi immédiat » (SF2). « [...] je ne suis pas sûre que tout de suite on faisait un clampage retardé. Je ne crois pas. » (SF8). « [...] J'ai continué dans cette lignée. Je ne me posais pas de questions. » (SF9).

La pratique professionnelle est directement influencée par l'apprentissage lors de la formation initiale. Elle reste marquée par cette expérience scolaire qui n'est pas forcément remise en question.

C – LA REALISATION DE L'ACTE AUX LILAS

Les sages-femmes de la maternité des Lilas ont une pratique homogène du clampage du cordon ombilical. La majeure partie du temps, elles évitent de clamber le cordon ombilical, elles prélèvent les gaz du sang dans les premières minutes de vie et utilisent une compresse pour éviter les saignements du point de ponction. Elles font une délivrance à cordon intact dès que possible. Elles séparent le nouveau-né du placenta à deux heures de vie ou quand le cordon est blanc et flasque.

« [...] Je ne clampes pas sauf s'il y a nécessité pour le bébé. » (SF2). « [...] Quand j'ai commencé à travailler, je ne clampaient déjà plus les cordons. » (SF4). « [...] Je laisse le cordon arrêter de

battre. [...] Dès qu'il devient blanc, il n'y a pas de souci, on coupe. [...] Tu fais [les pH] avant de clamber. » (SF5). « [...] Je ne m'occupe pas du cordon, ah si je fais le pH. Je mets une compresse pour éviter que cela saigne et j'attends la délivrance calmement. [...] le placenta arrive, je demande un absorbex et on le met dedans. [...] on attend on les laisse tranquille et on sort de la pièce [...] pour les laisser rencontrer le bébé. Si ça ne saigne pas bien sûr. » (SF9). « [...] On ne clame pas le cordon du tout. On fait le pH comme ça sans clamber. » (SF6). « [...] La délivrance on peut la faire même sans avoir clamber. » (SF10). « [...] Je fais une délivrance à cordon intact. » (SF10).

2 – LES AVANTAGES ET INCONVENIENTS

A – LES INCONVENIENTS

Bien que la nouvelle pratique se soit fait une place dans le service de la salle de naissances de la maternité des Lilas. Les professionnelles interrogées ont partagé des inconvénients qu'elles identifient comme liés à celle-ci.

Le premier frein qui est retranscrit est le risque d'ictère et de polyglobulie lié au « surplus » de sang transfusé au bébé. Certaines disent qu'il est augmenté.

« [...] le principal truc mis en avant c'est le risque d'ictère augmenté et encore les études ne sont pas tranchées. » (SF1). « [...] Nous on a beaucoup de bébé avec hématoците élevée sans retentissement clinique. » (SF1). « Par contre je crois savoir qu'en suites de couches il y a des effets négatifs, il semblerait les bébés soient d'avantage polyglobuliques et que certains fassent quelques ictères. » (SF9). « [...] Quand c'est un macrosome, cela augmente son risque d'ictère. » (SF2). « Je crois qu'il y a un peu plus d'ictère mais c'est assez controversé parce qu'il y a plus de cellules sanguines à éliminer. » (SF7).

Toutefois, elles admettent que ces obstacles au clamping tardif du cordon ombilical ne sont pas fondés sur des preuves scientifiques mais plutôt sur des rumeurs. Ces affirmations émanent de ce qu'elles ont « entendu dire ».

« Mais je n'ai rien lu dessus de scientifique avec preuve à l'appui. » (SF9). « On en avait parlé sur le fait que quand c'est des nouveau-nés macrosomes ce n'est pas forcément recommandé. » (SF2).

Au-delà de ces aspects théoriques, c'est parfois des difficultés associées à la logistique de l'acte. Les caractéristiques du cordon vont avoir un impact direct sur la réalisation de l'axe : un cordon court ou des circulaires peuvent questionner le délai avant de clamper le cordon ombilical.

« [...] le seul truc c'est si le cordon est court. » (SF2). « Il m'est arrivé de clamper quand le cordon est tout blanc et qu'il était très court. » (SF6).

« Maintenant les circulaires on les fait tous passer. [...] Il n'y a plus de situation ou même sur circulaire serré ça ne passe pas. Si tu ne peux pas réduire, il y a le somner sault. » (SF3). « La plupart du temps [je le fais], sauf quand il y a des doubles ou des triples. » (SF4). « C'est assez rare d'avoir un circulaire très serré. Sauf si tu as trois colliers. » (SF6).

Au moment de la naissance, les sages-femmes doivent réaliser des gaz du sang provenant de l'artère ombilical. Il permet de refléter le bien-être du nouveau-né et a une valeur médico-légale. Il doit se pratiquer au moment de la naissance. Les professionnelles émettent des doutes. La réalisation de ce prélèvement avant de clamper peut entraîner des saignements minimes.

« [...] on prend des aiguilles toutes fines mais on a un doute là-dessus parce que chez certain ça continue. » (SF3). « Ça saigne souvent, je laisse ma compresse sur le cordon et voilà. » (SF4).

La délivrance à cordon intact entraîne de faire persister le lien entre le placenta et le nouveau-né. Il faut trouver une place à cette annexe dans les heures qui suivent la naissance. Cet encombrement peut embarrasser la mère.

« Parfois la maman ne sait pas trop où mettre son placenta quand elle allaite [...] mais c'est tellement anecdotique. » (SF10).

Quand l'accouchement sort de la physiologie et qu'il faut pratiquer des actes médicaux plus poussés pour garantir la sécurité du couple mère-enfant, les cliniciennes peuvent être amenées à ne pas préserver l'intégrité du cordon. Par exemple, lors de la nécessité d'une réanimation néonatale :

« Sur un bébé « mort », sur un Apgar très faible où tu vois qu'il faut une réa right now tu clampes, la question ne se pose pas. » (SF4). « S'il y a besoin d'une réa et que le bébé ne va pas très bien. Ben là je clampes. » (SF6).

Ou encore lors de l'accomplissement d'une césarienne :

« [...] Et après en césarienne c'est moins pratique, le bébé est dans les bras du gynéco ce n'est pas très confortable pour lui. » (SF2). « [...] On le fait aussi en césarienne. [...] on n'attend pas que le cordon arrête de battre mais on fait un clampage retardé. [...] en fait c'est une question pratique. » (SF7). « Mais en pratique ce n'est pas si simple, plusieurs laissent l'enfant dans le froid. » (SF3)

Ou encore au moment d'une hémorragie de la délivrance :

« Faire une délivrance artificielle à cordon intact ça commence à être compliqué. » (SF4).
« Quand ça saigne déjà, abondamment, vite, vite il faut couper le cordon faire la révision utérine. » (SF9). « Ne pas vouloir préserver ce cordon à tout prix si on sent que derrière on peut passer dans la pathologie. » (SF10).

B – LES AVANTAGES

De façon unanime, les sages-femmes partagent les intérêts médicaux qu'elles ont constaté ou retrouvé dans la littérature scientifique. Le clampage tardif/délivrance à cordon intact va permettre d'augmenter la transfusion sanguine entre le placenta et le nouveau-né. Il en découle des conséquences évidentes telles que l'augmentation de la volémie, du taux d'hémoglobine, du fer, des cellules souches.

« [...] le bénéfice de le faire c'est la transition entre la vie in utero et la vie à l'air libre, l'intérêt va être dans les premières minutes : stabilité hémodynamique, apport en globules rouges, en fer, substrat important pour le développement cérébral. » (SF1). « Les avantages c'est qu'il récupère une grosse partie de son sang. » (SF2). « On évite l'anémie pendant 6 mois. » (SF2). « L'apport sanguin chez le bébé [...]. » (SF4). « Il y a moins d'anémie chez les nouveau-nés et on augmente la volémie. » (SF7). « Ce qui m'a motivé au niveau sanguin, un tiers du sang dans le placenta, c'est important de pouvoir lui apporter ça, les cellules souches. » (SF4). « Je trouve qu'il y a moins de risque de bébé anémié à la naissance. Tout cet afflux sanguin qui lui est « dû ». » (SF6). « Il a une partie du sang du placenta qui représente un volume important pour lui. » (SF10). « Ça limite le risque infectieux, les risques de nécroses chez les prématurés, les leucomalacies, les hémorragies intra-ventriculaires. » (SF10). « L'intérêt de récupérer les cellules souches. » (SF1). « Il récupère ses cellules souches du cordon. » (SF2).

Maintenir la circulation placentaire à la naissance permet une meilleure adaptation à la vie extra-utérine, une transition en douceur supportée par la respiration pulmonaire et le placenta. Deux organes participent à l'adaptation au nouvel environnement du nouveau-né.

« Tu sens que ton bébé il arrive sereinement. Il est plus apaisé. » (SF6). « J'ai l'impression qu'il y a une adaptation à la vie extra-utérine plus douce. [...] Il a sa double circulation à la naissance. » (SF7). « Je trouvais ça logique, plus doux. » (SF8). « Un atterrissage en douceur. » (SF9). « Ça laisse du temps au bébé d'atterrir. [...] il a encore ce lien, ces échanges. » (SF10)

Les sages-femmes utilisent même cette pratique comme outil au moment de la naissance pour éviter une réanimation néonatale ou pour limiter son importance si elle reste nécessaire.

« La situation où le bébé né et il n'est vraiment pas bien. Tu aurais classiquement envie de couper et d'emmener. Moi typiquement je mets le bébé plus bas que le placenta. » (SF1). « Sur des situations où l'on reste dans la physiologie, avec travail et accouchement physio, souvent c'est résolutif. » (SF1). « Moi j'avais un peu moins de réa quand même ou alors sur des réa, ça repartait plus vite avec le cordon. » (SF5). « L'adaptation se fait beaucoup plus en douceur. Même si parfois on doit faire une réa, le fait d'avoir attendu deux ou trois minutes, c'est vachement bénéfique pour la suite de la réanimation. On a une vraie différence, il récupère plus vite. » (SF6). « Une transition plus douce. Sur des anomalies du rythme cardio-fœtal c'est tout l'intérêt de laisser ton bébé brancher à son cordon sur sa mère. » (SF8).

Au-delà de l'aspect médical, c'est aussi la dimension de l'accompagnement, chère à la sage-femme qui est valorisée.

« Cette famille n'a pas besoin qu'on la dérange du tout. [...] Symboliquement à ce moment-là, on veut que la famille s'attache et on met dans la main du père ou de la partenaire un ciseau. » (SF1). « Surtout pour ne pas couper au niveau de ce qui se joue émotionnellement au niveau de la rencontre [...] rien n'est plus important que de laisser cette famille se rencontrer. » (SF1). « On laisse les choses se faire, on laisse les parents découvrir leur bébé tranquille. » (SF6). « On laisse le couple 2-3 minutes tranquillement tout seul dans la pièce pour qu'il y ait ce boost d'ocytocine pour la délivrance. ». « Il reste en peau à peau avec mère. Et ça c'est vraiment super cool parce que du coup ça permet de garder un lien mère-enfant. » (SF7).

Ce n'est pas seulement l'aspect psychologique de l'attachement et de l'élaboration du lien entre la triade mais aussi les conséquences hormonales qui sont mises en avant. Favoriser l'attachement permet d'augmenter la sécrétion d'ocytocine. Cette hormone est essentielle à la contraction de l'utérus et donc à limiter les saignements en post-partum immédiat. C'est une boucle.

« L'intérêt est dans la constitution de la famille [...] permettre d'avoir un post-partum sécuritaire. » (SF1). « On fait en sorte qu'il y ait le plus d'ocytocine possible, ça permet aussi de diminuer le risque de saignement trop abondant. » (SF1). « Même si on fait une délivrance dirigée, on peut aussi essayer de maximiser l'apport d'ocytocine endogène. » (SF4). « Ça participe à la sécrétion d'ocytocine. » (SF7). « [...] respecter la physiologie au maximum. » (SF4).

On sait l'importance d'avoir une délivrance rapide, dans les trente minutes qui suivent la naissance. Si l'on facilite les contractions utérines en permettant la sécrétion d'ocytocine endogène, éviter de clamper limite les gestes et permet d'accélérer le travail en tant que soignant. Mécaniquement, la sortie d'un placenta moins volumineux semble aussi plus aisée.

« On le fait pour avoir une délivrance rapide, globalement c'est même pour accélérer toi ton travail en tant que soignant. Plus vite tu le fais, plus vite tu délivres. » (SF4). « Un placenta gorgé de sang c'est moins facile à délivrer qu'un placenta plus léger, vidé qui a terminé son travail. Tant qu'à faire, autant que ce sang aille à ce bébé. » (SF10).

UNE DELIVRANCE A CORDON INTACT AUX LILAS

1 – INSTAURATION DE LA PRATIQUE

Une sage-femme de l'équipe se questionne personnellement sur la pratique du clampage du cordon ombilical suite à la vue d'une photo d'un nouveau-né lié à son placenta.

« [...] la photo d'un bébé qui est né probablement 1 ou 2 heures auparavant car il n'est plus en peau à peau et il est encore relié par le cordon. » (SF1).

Elle généralise sa réflexion en proposant une présentation avec une collègue, sur leur temps personnel, consacrée à la physiologie et notamment au clampage du cordon ombilical.

« [...] notre première présentation sur la physiologie [...] on parlait de l'importance du clampage tardif, que c'est un soin à part entière. » (SF1). « [...] ça a initié une réflexion mais absolument pas formalisé et du coup on l'a tous fait » (SF1).

Elle a une place importante dans l'équipe, elle gère officieusement une veille documentaire.

« [...] je suis une des plus anciennes sages-femmes de salle de naissance aux Lilas, [...] je pense que ça avait du poids. » (SF1). « [...] C'est elle qui aux Lilas est le socle de notre pratique.

Quand elle veut un changement elle le fait avec persuasion et pédagogie. » (SF3). « [...] c'était la réflexion de mes collègues. Très intéressante, très documentée. » (SF9).

C'est cette réflexion qui permet **d'ancrer la pratique dans le quotidien** des sages-femmes.

« [...] C'est poussé par mes collègues que je l'ai fait » (SF9). « [...] c'est vrai que ça a pris très vite, maintenant tout le monde le fait, tout le monde est convaincu. » (SF1). « [...] On s'influence beaucoup dans nos pratiques. Une a commencé à le faire. Il y a eu une émulation. » (SF3). « [...] Les collègues nous ont vu faire et en parler et du coup elles l'ont fait. C'est un peu par mimétisme, par appropriation d'une façon de faire. » (SF1).

A distance du diplôme, les sages-femmes vont remodeler leur pratique clinique et cela peut se faire par le biais du terrain de travail et notamment des collègues. L'influence d'une clinicienne plus expérimentée, qui a fait ses preuves au sein de l'équipe est un moteur aux changements.

2 – ENTRER AUX LILAS

Les nouveaux maïeuticien.ne.s qui arrivent dans l'équipe sont informés sur le sujet et sont **incité.e.s à pratiquer de la même manière**. Toutes les sages-femmes de l'équipe s'accordent à dire qu'elles demandent aux nouveaux arrivants de faire une délivrance à cordon intact. C'est ici que l'on peut parler d'une « prescription » par le collectif.

C'est l'équipe de sages-femmes en place qui va orienter la pratique clinique des nouve.aux.iles arrivant.e.s allant jusqu'à leur demander de changer leur façon de faire pour la leur. En cas de résistance, elles peuvent employer différentes méthodes pour exprimer leur mécontentement, allant du questionnement jusqu'à l'injonction de ne pas recommencer dans cette voie.

« On forme les nouvelles personnes au fur et à mesure. [...] Il y aura bien quelqu'un pour lui faire la remarque au fur et à mesure. C'est quelque chose qui nous tient à cœur ici aux Lilas. » (SF9). « On leur dit qu'on fait comme ça ici. » (SF7). « [...] On leur dit que nous ici on a l'habitude de faire une délivrance à cordon intact etc... » (SF6). « [...] Je lui demanderais, « pourquoi t'as clampé si vite, est-ce qu'il y a une raison ? ». « [...] Je n'irai pas lui dire tu ne fais pas bien, mais juste pourquoi ? » (SF4). « [...] J'avoue qu'on impose quand même des pratiques. [...] Il y a des pratiques qu'on ne fait pas ici. » (SF3). « Elle a clampé au bout de une minute et je lui ai dit « tu ne refais plus jamais ça » [...] je lui ai dit en aparté entre elle et moi. » (SF1).

Les nouvelles arrivantes racontent aussi comment le sujet leur a été introduit lors de leur première garde ou même de l'entretien d'embauche. L'équipe médicale et paramédicale se positionne en gardien de leur pratique.

« Dès l'entretien, on m'a présenté les locaux, on m'a dit attention ici on ne travaille pas comme partout ailleurs. [...] On m'a parlé directement de bébé lotus. » (SF10). « Pour mon premier accouchement, il y avait l'auxiliaire et celles qui sont là depuis un moment [...] elles peuvent te dire « ah ben tu sais ici pour le clampage on fait plutôt ça. » (SF2). « Quand je suis arrivée aux Lilas, on m'a dit qu'à la naissance on ne clampé pas le cordon et on attend deux heures avant de le clamer » (SF2). « Elles m'ont dit « ben nous si tout va bien on fait des délivrances à cordon intact ». » (SF4).

Il peut arriver que ces injonctions entraînent une certaine pression sur le dos des nouveaux arrivants.

« C'est un peu bête mais je pense que c'est la pression. Le fait que quand tu as des collègues... [...] On te juge sur ce que tu fais. [...] C'est l'envie de vouloir s'intégrer à l'équipe. » (SF2). « Je ne suis pas en contradiction avec ce que je fais et ce que je pense, je me sens plus à l'aise mais c'est moins libre parce que si je clampé là ben on va me dire « mais pourquoi tu as clampé ? ». » (SF2).

Si ces nouveaux professionnels ne se plient pas aux habitudes du service cela est interprété comme une difficulté d'acculturation qui peut mener jusqu'au départ de la structure.

« Si elle ne change pas sa pratique sur ça, ça veut dire qu'elle pratique un truc dans l'ensemble très différent de la structure, [...] elle sera mieux même ailleurs. » (SF8). « Certaines auxiliaires de puériculture nous disent l'accouchement avec untel c'est plus comme ça, il faut essayer de lui en parler, lui dire qu'on ne fait pas comme ça ici. » (SF6). « Je pense que pour une sage-femme qui n'a rien à faire ici, la cadre lui en parlera ». (SF6). « Y en a qui ne le fait pas et ça nous met en colère. [...] On en discute, on explique. [...] Au moins en salle de naissance, dans notre zone d'influence, il faut que ce soit homogène. » (SF3). « On se sent quand même responsable. » (SF3). « [...] Et si vraiment elle n'est pas d'accord, le CCO c'est anecdotique mais souvent ça fait partie d'un tout mais sinon elle ne reste pas dans l'équipe. » (SF3).

Parfois, cette difficulté à s'adapter peut même conduire à se questionner sur les autres pratiques de la sage-femme et son intégrité professionnelle.

« Ça me ferait forcément réagir. [...]. Ça me questionnerait peut-être sur d'autres types de pratiques qu'elle peut avoir. » (SF4).

Cette demande d'homogénéisation des pratiques autour du cordon ombilical sont aussi faites aux médecins gynécologues obstétriciens mais les sages-femmes reconnaissent une difficulté plus grande à faire respecter leur volonté.

« Il a coupé mais bon c'était lui le maître de l'accouchement à ce moment-là, je ne vais pas pousser. » (SF5). « Aucun médecin ne fait de clampage tardif. Ils coupent direct. [...] Puis moi je ne dis rien j'avoue. [...] c'est son geste, c'est lui qui maîtrise. » (SF9). « Les nouveaux médecins on leur dit « maintenant on fait ça » [...] en pratique ce n'est pas si simple. » (SF3).

3 – SORTIR DES LILAS

Cette façon de pratiquer le clampage du cordon ombilical est vue comme une expression d'une philosophie des sages-femmes. **Ce changement va s'inscrire dans leur pratique professionnelle** et être le point de départ d'une évolution. La plupart des professionnelles interrogées indique qu'en cas de changement d'établissement, elles continueront à pratiquer le CCO de cette manière.

« [...] le fait d'avoir pris cette habitude ben peu importe l'endroit où j'irais bosser. [...] Si c'est juste une question d'habitude de service, je m'en fiche je le ferai quand même. » (SF2). « Je travaille aussi ailleurs et je pratique comme aux Lilas » (SF3). « Moi si je change d'endroit, je continuerai à le faire même si les gens me prennent pour la nana barrée. » (SF6). « Oui je clamerais comme aux Lilas si on me donne les rênes. » (SF9). « Je pense que je ferai pareil. Je garderai ce que je fais maintenant, jusqu'à la DCI. Je ne peux pas faire autrement. » (SF10).

Certaines le pratiqueront d'une manière différente, sans forcément aller jusqu'à la délivrance à cordon intact mais en préservant la notion de clampage tardif.

« Autant le clampage tardif je pense que oui » (SF4). « Je laisse le cordon arrêté de battre et dès qu'il devient blanc je coupe [...] j'ai commencé à faire cette pratique et je la fais même si ça fait hurler mes auxiliaires mais je le fais partout. » (SF5).

Plusieurs maïeuticiennes interrogées s'accordent à dire qu'après leur expérience professionnelle aux Lilas, il sera difficile pour elles de changer de structure.

« C'est toute la problématique, quand tu travailles aux Lilas, c'est dur de travailler ailleurs. [...] La plupart s'installe en libéral ou en maison de naissance, elles retournent peu en CHU. » (SF7). « Je ne pourrais plus travailler dans un centre où l'on me demande de clamber directement » (SF10). « Quand tu quittes les Lilas tu cherches une structure similaire » (SF8).

L'EVOLUTION DE LA PRATIQUE CLINIQUE :

1 – LES MOTEURS :

A – LE COMPAGNONNAGE

Le compagnonnage est une notion qui va permettre de transmettre un savoir faire ou une connaissance entre des collègues. C'est très encouragé aux Lilas et cela fait même partie de l'identité du lieu.

« On valorise beaucoup le compagnonnage aux Lilas. L'idée est que quand elles arrivent, on puisse venir avec elles pendant les naissances et qu'elles puissent venir aussi. » (SF1). « Souvent aux Lilas on a ce truc, on essaye quand il y a des jeunes arrivées, soit d'aller parfois à des accouchements de nos collègues et inversement des collègues qui viennent à nos accouchements. [...] On est dans une optique de compagnonnage. » (SF2). « Aux Lilas on travaille aussi en binôme [...] pour apprendre les unes des autres. Sans cesse on échange. C'est particulier aux Lilas. [...] C'était vraiment le compagnonnage aux Lilas. » (SF3). « On travaille vachement par compagnonnage » (SF4). « Tu fais l'accouchement à deux et je les ai vu faire, c'est comme ça que j'ai appris pour le cordon. » (SF5). « Aux Lilas vu que c'est des pratiques assez différentes, tu avais un compagnonnage avec des anciennes idéalement. Des nanas qui chapotent un peu tout, elles sont très revues de littérature. » (SF8).

D'autres outils sont mis en avant par les sages-femmes interrogées.

B – LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE :

Les premiers supports utilisés sont ceux produits par les sociétés savantes, les rassemblements de pairs, de médecins gynécologues, la littérature scientifique. La mise à jour des **connaissances scientifiques** des professionnelles des Lilas est un point essentiel de leur pratique. Elle peut se faire par la recherche personnelle, des congrès ou encore des formations continues reconnues.

« Je cherche à droite à gauche, j'ai vu une présentation d'une pédiatre » (SF1). « A l'issue de lecture, de formations » (SF1). « En allant lire des articles [...] une formation de réanimation néonatale à cordon intact faite en ligne. » (SF1). « Je vais à beaucoup de congrès de journées professionnelles officielles. » (SF1). « Les recommandations de l'OMS, les congrès de sages-femmes libérales » (SF2). « J'aime participer à des congrès un peu chaque année, les revues de sage-femme. » (SF3). « Je trouve que les congrès sont hyper intéressants » (SF5). « Voir les nouvelles recos, les études qui sortent. » (SF6). « J'ai passé le DU d'écho puis celui de médecine fœtale. » (SF9).

C – LE SOUHAIT DES PATIENTES

Au-delà des recherches personnelles, le souhait des patientes est aussi un ressort pour transformer sa façon de travailler.

« On s'adapte pas mal aux patientes et à leur volonté. » (SF2). « On est très influencé par les demandes des femmes. Elles ont des demandes très précises et se sont informées sur plein de support. » (SF3). « C'est une demande aux Lilas par un certain nombre de parents [...] ça part de la volonté des patientes. » (SF4). « J'apprends vachement avec les couples. Comment être présent pour eux et respecter leur choix. » (SF6). « Aux Lilas, il y a une patientèle qui est très exigeante, elles sont très en demande.

D – LE PARCOURS PROFESSIONNEL

Les diverses expériences professionnelles, les changements de structure, les expériences humanitaires vont aussi modeler le squelette de leur manière d'exercer leur métier de sage-femme.

« Le fait de changer de lieu, d'être confrontée à des situations physiques variables, ça te fait réfléchir et évoluer. » (SF2). « A partir de 10-15 ans on devient vraiment expérimentée. » (SF9). « Aller travailler dans les DOM TOM c'est très enrichissant. » (SF9). « J'ai complètement changé mes pratiques. L'Afrique m'a appris sur moi-même énormément de choses. » (SF5). « J'adore les endroits où je bosse, si je ne m'y reconnais pas je n'y bosse pas. » (SF5).

E – LES CONVICTIONS PERSONNELLES

Au-delà d'une réponse à des questions médicales, ce sont aussi des valeurs personnelles qui sont soutenues par la revendication du clamping tardif.

Dans leur pratique à la maternité des Lilas, les sages-femmes prônent des valeurs éthiques et notamment dans leur position de soignant. Elles veulent promouvoir l'autonomie de leurs patientes en se plaçant en accompagnatrice et non en actrice de l'accouchement. En clampant tardivement et parfois en allant même jusqu'à la délivrance à cordon intact, elles sont moins interventionnistes et donnent le rôle principal à la mère, son enfant et le/la conjoint(e) s'il est présent.

« [...] De notre position de soignant ça nous semble hyper bienveillant de féliciter la mère [...] Cette famille n'a pas besoin qu'on la dérange du tout. » (SF1). « On est là en appui pour l'aider, la guider dans certains moments. Tu es là pour vérifier la physiologie et voir que l'accouchement se passe bien. » (SF6). « Elles ont toutes les ressources en elle pour pouvoir accoucher seules. Tu es là pour les aider à trouver les ressources. » (SF6). « Oui c'est important que tu sois là mais tu l'as aidé à accoucher mais t'as rien fait. » (SF6). « On n'a pas besoin d'être interventionniste. » (SF6). « J'ai appris à être moins interventionniste, à laisser les femmes être maître de leur accouchement en fait. » (SF8). « Tu apprends à être cool, la nature est bien faite, pourquoi je vais intervenir comme ça. » (SF5). « On le fait pour la mère, pour son travail, qu'elle se sente actrice de son accouchement. » (SF9). « La délivrance je ne considère pas que ce soit un geste de ma part. Je ne fais rien, je vérifie que tout se passe bien, je l'oriente. Ce n'est pas moi. » (SF10). « Couper un cordon, tu fais un acte quand même tu agis. » (SF10).

Elles s'attachent à offrir les meilleurs soins à leurs parturientes. Pour cela, elles doivent mettre des stratégies en place et notamment se tenir au courant des dernières évolutions, proposer des actions qui augmentent leur bien-être au cours du travail et apporter aux nouveau-nés les bienfaits médicaux de la transfusion placentaire après la naissance.

« On se sent par contre le devoir d'offrir des choses validées, d'offrir aux femmes les soins qui nous semblent les meilleurs, les plus validés à l'heure actuelle. » (SF3). « On est dans l'obligation de se tenir à jour des dernières recommandations [...] plutôt que d'aller dire ce que l'on croit. » (SF1). « Tu te remets en question, tu approfondis tes connaissances, c'est indispensable pour une sage-femme. » (SF2). « Je crois parce qu'on est bienveillant, on veut le bien de la patiente, pour le nouveau-né, le cordon, le peau à peau, la lumière tamisée et tout. » (SF9). « L'idée c'est d'accompagner nos patientes, nos couples, nos familles dans ce qui pourrait être le mieux dans leur cas. » (SF10). « Pourvoir justifier et apporter une vraie sécurité émotionnelle à nos patientes. » (SF10).

Au-delà d'être en faveur d'un clampage tardif, elles se positionnent en défaveur du clampage précoce qu'elles voient comme une violence envers le nouveau-né, un outil défavorable à son adaptation à la vie extra-utérine. Elles se sentent dans l'obligation morale de pouvoir justifier chaque geste exécuté.

« [...] pour moi c'est une violence en fait de couper tout de suite. » (SF1). « C'est un soin à part entière. » (SF1). « Ce sang il appartient au bébé [...] de quel droit en fait [...] qui on est pour priver ce bébé-là de ce qui lui revient ? » (SF1). « Pour moi c'est comme faire un geste sans consentement, à ce niveau-là c'est violent. » (SF1). « [...] de ne pas être un élément perturbateur. » (SF1). « Puisqu'en fait maintenant on essaye d'éteindre un feu qu'on a nous-même allumé. » (SF1). « Je pars du principe que si je fais un geste médical, je dois pouvoir le justifier. [...] pourquoi je ferai ce geste si je ne peux pas le justifier ? » (SF10).

L'objectif est d'apporter un soin personnalisé aux patientes et de privilégier l'accompagnement.

« L'idée c'est d'accompagner nos patientes, nos couples, nos familles dans ce qui peut être le mieux dans leur cas pour eux. Dans ce dont ils se sentent le mieux. » (SF10). « Mon objectif ce n'est pas l'accouchement naturel pour tout le monde. Je pense qu'il faut avoir le choix vraiment. » (SF1). « L'accompagnement est fondamental, on peut avoir un accouchement respecté même avec une césarienne. » (SF1).

Les sages-femmes interrogées sont toutes animées par un concept fondamental à leur pratique : la physiologie et le respect de celle-ci au cours du travail et de l'accouchement. Elles mettent toute en avant cette condition à leur pratique.

« Pour nous c'est le respect de la physiologie ». (SF1). « [...] Il y avait certaines pratiques qui faisaient que j'avais moins d'engouement pour les naissances que je peux en avoir là aux Lilas ». (SF2). « [...] en me sentant plus libre et notamment sur ce critère-là, la physiologie en fait. » (SF2). « J'ai une vision du métier avec une approche de la physiologie. On a la foi en la physiologie. ». (SF3) « C'est important qu'il y ait un respect de la physiologie, des femmes. » (SF3). « C'est une pratique qui encadre la physiologie et qu'on peut mettre en place. » (SF4).. « Le respect de la physiologie. » (SF6). « Tu te dis que c'est logique. [...] je ne vois pas pourquoi je ne le ferai pas. » (SF8).

La pratique clinique n'est pas qu'une façon de réaliser son travail. Elle est aussi érigée comme reflet de valeurs morales, éthiques du professionnel de santé. Elle participe à son identité. C'est une philosophie, une façon de voir l'exercice professionnel en accord avec ses propres principes.

« Assumer toute ma philosophie de la naissance. » (SF2). « Je pense que c'est plus libre dans le sens où ça me correspond. Je ne suis pas en contradiction avec ce que je fais. » (SF2). « Il ne faut pas se leurrer mais dans les nouvelles recommandations on fait le tri sur ce qui nous semble essentiel. On construit une pratique en accord, on prend ce que l'on veut. » (SF3). « [...] j'essaye au maximum d'être fidèle à mes valeurs. » (SF4). « Si je ne m'y reconnais pas, je n'y bosse pas. Je ne m'épanouis pas si je n'ai pas les mêmes valeurs. » (SF5). « C'est un processus plus long, jusqu'au boutiste au lieu d'un clamping tardif. » (SF9). « Je me sens épanouie dans ma pratique. J'aime bien justifier ce que je fais, je sais pourquoi je fais les choses. » (SF10).

2 – LES FREINS :

A – LES CONDITIONS DE TRAVAIL

La pénurie de sage-femme, le manque de reconnaissance du métier vont constituer des obstacles à l'expansion de la transmission entre collègues par le compagnonnage. Une activité trop importante va limiter les interactions entre collègues et entraver les échanges de savoirs.

« Il n'y a plus ce mix au niveau des générations. [...] j'ai travaillé avec des sages-femmes qui avaient l'âge de ma mère et qui m'ont tellement appris. Il y avait une transmission c'était formidable. » (SF1). « On se retrouvent avec des salles entières gérées par des jeunes sages-femmes qui ne vont pas pouvoir travailler, nourries de ce qu'elles ont vu en salle mais bon. [...] tellement de choses se perdent. » (SF1). « Il y a une arrivée de jeunes sages-femmes sans compagnonnage, c'est assez terrible aux Lilas. [...] Pendant longtemps on était en minorité quand on était nouvelle et on avait un vrai compagnonnage. Et là c'est complètement inversé comme proportion. [...] Il y a moins de brassages des pratiques. » (SF3). « On a eu beaucoup de nouvelles arrivantes donc on n'a pas forcément le temps de se accompagner. » (SF4). « Là il y a eu un turn-over [...] en vrai anciennes sages-femmes, il y en a 3. [...] On est une équipe vachement jeune, on s'est un peu auto-accompagnée au début. [...] il y a moins le compagnonnage d'avant et l'expérience des anciennes sages-femmes. » (SF6). « Les urgences, l'absence de retranscription du RCF ça, c'est compliqué aussi à gérer. C'est les facteurs qui empêchent ce compagnonnage. » (SF7). « Il y a moins de compagnonnage c'est

sûr » (SF9). « Actuellement il y a plus de jeunes que d'anciennes donc le compagnonnage c'est difficile. » (SF10).

B – LA RIGIDITE DES PROTOCOLES

Les protocoles ne sont pas forcément vus d'un très bon œil par les professionnelles médicales. Ils empêcheraient la réflexion et limiteraient l'adaptabilité. Ils constitueraient un frein à l'élaboration du sens clinique des sages-femmes.

« Quand tu es dans quelque chose de très protocolaire ben tu réfléchis plus ». (SF2).
« J'ai appris à comprendre ce qui se passait [...] Maintenant je comprends le pourquoi du comment et je n'agis pas forcément dans le protocole. » (SF5). « A l'Hôpital il y a des protocoles, tu ne peux pas vraiment faire ce que tu veux comme à un accouchement à domicile ou en maison de naissance, des fois on oublie un peu notre clinique. » (SF6). « Je pense que tout ce qui est physiologique, c'est intéressant qu'il n'y ait pas de protocole. Ça laisse une part propre à la clinique. » (SF7). « A l'inverse pour tout ce qui est pathologique, c'est intéressant d'avoir des protocoles. » (SF7). « On n'a pas de protocole établi, à chaque fois on rediscute. C'est ça qui permet aussi les changements. » (SF3). « Une dame arrive, hop tu lis le protocole et tu fais le protocole. Tu n'analyses pas la dame. » (SF5) « C'est n'est pas un protocole qu'il lui faut mais une façon de faire. » (SF5).

Ces absences de protocoles permettent aux sages-femmes de faire progresser leur pratique clinique par d'autre biais tel que l'empirisme, l'audace. Oser procéder d'une telle manière et en observer le résultat jusqu'à la généraliser.

« J'ai trouvé ça vachement plus simple, ça m'a semblé être [...] évident. » (SF3). « Il faut juste oser, parfois tu es obligée d'oser et tu vois que ça marche. » (SF4). « Ça m'a semblé naturel ça a résonné tout de suite. Puis je me suis renseignée. » (SF10).

3 – LE TERRAIN DES LILAS :

A – LE SENS CLINIQUE AVANT TOUT

Au cours des nombreux entretiens, les différentes professionnelles interrogées ont partagé leur avis sur les protocoles. Elles ont insisté sur le fait qu'il existe peu de protocoles aux Lilas ou en tout cas qu'elles en ont peu connaissances.

« Il n'y a pas de protocole, ce n'est pas formalisé. » (SF1). « Aux Lilas il n'y a pas de protocole, ça vient en second temps si tout le monde le réclame » (SF3). « On freine à ce qu'il

y ait des protocoles parce qu'on a une discordance avec les médecins sur place. » (SF3). « Il y a plein de protocoles qui sont très libre finalement, c'est souvent du cas par cas. » (SF6). « C'est une maternité où il y a quand même des protocoles mais malgré tout on doit quand même se justifier. » (SF10).

Ces absences de protocoles permettent aux sages-femmes de faire progresser leur pratique clinique par d'autre biais tel que l'empirisme, l'audace. Oser procéder d'une telle manière et en observer le résultat jusqu'à la généraliser.

« J'ai trouvé ça vachement plus simple, ça m'a semblé être [...] évident. » (SF3). « Il faut juste oser, parfois tu es obligée d'oser et tu vois que ça marche. » (SF4). « Ça m'a semblé naturel ça a résonné tout de suite. Puis je me suis renseignée. » (SF10).

B – LES LILAS EN TOUTE SUBJECTIVITE

On constate que pour les sages-femmes interrogées, le travail à la maternité des Lilas n'est pas seulement alimentaire ou économique. Il répond à une philosophie partagée par ses salarié.e.s. L'attachement à ce service est lié à certains principes propre au lieu : la valorisation de l'accompagnement, l'autonomie et le respect des patient.e.s et plus largement de la famille qui se crée, une histoire militante riche.

« Les Lilas signifie beaucoup de choses pour moi. Le respect des femmes, des couples et des nouveau-nés, que ce soit dans leurs décisions, envies, souhaits mais aussi dans leur intégrité physique et psychique. Les Lilas c'est aussi une grande part d'histoire avec la lutte pour le planning familial et un accouchement – une maternité / parentalité respecté(e). Les Lilas c'est un trésor pour lequel on doit lutter afin de le préserver et de ne pas se le faire dérober. Les Lilas c'était un peu mon « goal » en tant que sage-femme, le « graal » à atteindre ! » [SF2]. « Je voulais dire qu'on peut postuler et atterrir par hasard aux Lilas. Mais le travail est tellement spécifique aux Lilas, que soit on aime et on reste, soit on part. Beaucoup de respect pour le consentement de la patiente, une grande qualité d'accompagnement. Je suis restée aux Lilas parce j'avais envie de travailler comme ça, tout le temps. Ce boulot est tellement épuisant qu'on ne reste pas par hasard, on le fait par conviction personnel. » [SF9]. « Les Lilas pour moi, c'est une philosophie de pratique, de réflexion, d'accompagnement. C'est aussi travailler main dans la main avec les méthodes alternative... au lieu de de surmédicaliser machinalement. C'est aussi et avant tout, la possibilité de pouvoir le faire grâce au temps (petite structure) et aux soutiens de nos chefs. » [SF8]

DISCUSSION

RESULTATS DE L'ETUDE :

Les résultats de l'étude ont mis en évidence des moteurs à l'évolution de la pratique clinique des sages-femmes : la recherche personnelle de connaissances scientifiques, l'apprentissage au travail, l'empirisme, vouloir tendre vers des valeurs chères aux professionnel.le.s et le respect du choix des patientes.

LES CONNAISSANCES DES SAGE-FEMMES VERIFIEES DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE.

Les sages-femmes expliquent leur pratique en partageant leurs connaissances sur le clampage tardif du cordon ombilical. Il est intéressant de réaliser une revue de littérature pour vérifier si leur savoir est en accord avec les données de la littérature scientifique. Le clampage précoce et le clampage tardif du cordon ombilical ont été le sujet de nombreuses études comparatives. Cette pratique a évolué tout au long de l'histoire, tantôt plébiscité, tantôt décriée, le clampage tardif est sujet à de nombreuses controverses. Les professionnels émettent des craintes et des réticences à cet acte(49).

LES IDEES-REÇUES LIEES AU CLAMPAGE TARDIF DU CORDON OMBILICAL

La crainte principale à ce sujet est le risque de polyglobulie chez le nouveau-né (49). Le clampage tardif entraîne un afflux de sang du placenta au nouveau-né qui, théoriquement, augmenterait le taux d'hémoglobine, d'hématocrite et signerait une polyglobulie. Chez le bébé, cet excès de globules rouges peut entraîner une hyperviscosité du sang à l'origine de détresse respiratoire, de troubles neurologiques, d'une hypoglycémie (50).

En plus de l'hyperviscosité, la polyglobulie peut majorer le risque d'ictère néonatal nécessitant le recours à une photothérapie (PTT)(49). A la naissance, la destruction érythrocytaire n'est pas optimale et la bilirubine (métabolite de l'hémoglobine) peut s'accumuler dans le sang en quantité importante. Précédemment éliminer par le biais du placenta, le foie immature doit prendre le relais pour accomplir le catabolisme de l'hème. Sa capacité limitée a pour conséquence une hyperbilirubinémie. Elle est caractérisée par une coloration jaune des téguments progressant en crânio-caudale et de façon centrifuge que l'on appelle ictère. En plus de cette immaturité hépatique,

il peut exister chez certains enfants, une hémolyse liée à une hémoglobinopathie, une allo-immunisation, un trouble métabolique ou une infection. Un autre facteur qui concourt à majorer le risque d'ictère néonatal est la durée de vie plus courte des globules rouges chez le bébé (40-90 jours pour 120 jours chez l'adulte). Le degré de sévérité de l'ictère sera directement lié à son étiologie. Les conséquences sur le nouveau-né peuvent être très importantes et aller jusqu'à un ictère nucléaire qui donnent des atteintes neurologiques gravissimes (51). Le traitement de première intention est la photothérapie. Le nouveau-né est exposé à une lumière bleue qui va participer à la destruction de la bilirubine sanguine.

L'OMS parle aussi du risque de transmission mère-enfant en cas de séropositivité au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (49) comme d'un obstacle théorique à la pratique du clampage tardif ombilical en rappelant toutefois qu'il n'y a aucune preuve à ce sujet.

En dehors des réserves liées aux conséquences néonatales, il existe aussi des défiances plus techniques vis-à-vis de la pratique. Une étude observationnelle menée au CHU de Toulouse visant à évaluer la mise en place d'un protocole de clampage tardif chez les prématurés, identifiait les réticences des professionnels. L'acceptation du protocole avait été impactée par des craintes concernant la conduite à tenir lors de la présence d'un cordon circulaire (52) ou encore la difficulté à effectuer les prélèvements sanguins au cordon, la peur d'obtenir des résultats de la gazométrie altérée par cette pratique (52).

La position de l'enfant au moment de la transfusion placentaire est aussi sujet à controverse. Certains croient que si le placenta est en aval du bébé, le flux sanguin se fera vers lui et sera délétère pour le nouveau-né. Les différentes études faites à ce sujet tendent à prouver que la position du nouveau-né par rapport à son annexe n'entraîne pas de risque d'un flux inverse. Installé le placenta en amont du nouveau-né, permet à la gravité d'impacter la vitesse de transfusion du sang vers le bébé et donc d(53).

LES BENEFICES DU CLAMPAGE TARDIF DU CORDON OMBILICAL

Ces craintes ont été largement explorées par le biais d'études comparatives. Elles ont permis la mise en lumière des bénéfices du clampage tardif du cordon ombilical par rapport au clampage précoce.

Le clampage tardif permet une transition physiologique pour le nouveau-né de la vie intra à extra-utérine. La circulation néonatale est caractérisée par une baisse du flux vasculaire dans le

cordon ombilical ainsi qu'une baisse des résistances dans la circulation vasculaire pulmonaire ayant pour conséquence une augmentation du flux sanguin pulmonaire (54). Le clampage tardif augmente la résilience du bébé, il est d'autant plus intéressant si l'enfant présente des caractéristiques risquant d'entraver cette adaptation tels que la prématurité, un retard de croissance intra-utérin etc... (55).

D'un point de vue hématologique, chez le nouveau-né à terme, la transfusion placentaire permet d'augmenter le volume sanguin de 80 à 100mL ce qui représente entre un tiers et un quart de la masse sanguine totale (56). Le plasma supplémentaire se répartit dans l'organisme. C'est le taux de globule rouge qui est significativement plus élevé par rapport à un clampage précoce. Les différentes études montrent effectivement une hausse de l'hématocrite chez les nouveau-nés ayant bénéficiés du protocole de clampage tardif. Selon une revue de littérature Cochrane, l'augmentation de l'hématocrite n'était pas liée à des signes cliniques d'hyperviscosité (4).

Néanmoins, l'élévation du taux d'hémoglobine va diminuer le taux d'anémie néonatale. Une méta-analyse regroupant quinze études contrôlées sur le sujet conclut à une réduction clinique du risque d'anémie ainsi qu'une hausse de la ferritinémie avec un clampage tardif de deux minutes (57). Le stockage du fer chez le fœtus se fait au cours du troisième trimestre de grossesse. Le statut en fer du nouveau-né est étroitement lié à celui de sa mère (58). La grossesse et l'accouchement étant des événements particulièrement impactant sur le taux d'hémoglobine maternel, la résolution des anémies fœtales par le clampage tardif est un des bénéfices les plus essentiels à cette pratique. Il a d'autant plus d'intérêt dans les pays en voie de développement où l'anémie ferriprive a des conséquences importantes chez les enfants : augmentation de la mortalité infantile, des troubles cognitifs. 200 millions d'enfants en âge préscolaire atteints d'anémie vivent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est (5).

En ce qui concerne l'hyperbilirubinémie secondaire au clampage tardif, de nombreux mémoires de sages-femmes se sont intéressés à cette question. Les résultats convergent tous vers la même conclusion. Il peut exister une augmentation de l'ictère physiologique sans toutefois qu'il y ait une hausse du recours à la photothérapie (59). Une revue de littérature de la Cochrane démontre, à haut niveau de preuve, qu'il n'y a pas ou peu de différence sur la bilirubinémie avec un clampage précoce ou un clampage tardif (4).

Les nouveau-nés prématurés sont plus à risque d'avoir des Hémorragies Intra-Ventriculaire (HIV) du fait de leur faible tension artérielle. Plusieurs études ont démontré l'intérêt du clampage tardif pour diminuer les taux d'HIV. Il permettrait d'augmenter le volume sanguin chez le prématuré

et par conséquent d'augmenter la pression artérielle moyenne (42). Le taux d'échographie transfontanellaire normale chez le nouveau-né était aussi augmenté pour ceux qui ont bénéficié du clampage tardif(52).

Le clampage tardif a aussi montré son intérêt dans la prévalence des Entérocolites Ulcéro-Nécrosantes (ECUN) et des Infections Néonatales Bactériennes Précoces (INBP) (60). On remarque une hausse de la myéline cérébrale et le développement précoce de la substance blanche mise en évidence lors d'une étude contrôlée randomisée menée aux Etats-Unis. Les oligodendrocytes qui synthétisent la myéline sont sensibles à la privation en fer ce qui pourrait expliquer cette corrélation (4).

Le clampage précoce du cordon ombilical était justifié par une gestion active de la troisième phase du travail dans le but de limiter les Hémorragies De la Délivrance (HDD). L'utilisation d'utérotoniques, la traction contrôlée du cordon ainsi que le clampage précoce participait à cette prévention de l'hémorragie de la délivrance. Il a été prouvé que parmi ces trois actes, seul l'utilisation d'utérotoniques était efficace dans la prévention des HDD(61). Les actions liées au cordon n'ont pas prouvé leur intérêt dans ce cadre(60).

On constate que les savoirs des sages-femmes sont en accord avec les données émanant de la littérature scientifique sur le sujet. Leur pratique est donc motivée par des connaissances qui sont validées par des études et des recommandations des hautes instances de santé.

Si la littérature scientifique est un levier indéniable à l'évolution de la pratique clinique des sages-femmes, le lieu de travail, les interactions entre professionnels vont aussi intervenir dans ce phénomène.

APPLICATION DES CONCEPTS DE DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE A LA PRATIQUE DU CLAMPAGE DU CORDON OMBILICAL.

LES PROTOCOLES FREIN OU MOTEUR DE LA PRATIQUE CLINIQUE

Il a été vu précédemment que la didactique professionnelle a pour objectif d'analyser le travail pour permettre de moduler la formation au plus proche de la réalité du futur travailleur (20).

L'intention de notre travail de recherche n'est pas de changer la formation des sages-femmes mais d'apporter des éléments de compréhension à la « redéfinition de la tâche » du clampage du cordon ombilical. Pour cela, les concepts de didactique professionnelle expliqués précédemment, permettent d'analyser ce procédé.

On peut définir la tâche prescrite et la redéfinition de la tâche comme suit :

- Tâche prescrite : Réaliser le clampage du cordon ombilical tel qu'il est demandé par les recommandations des hautes instances de santé. Ex : Clamper le cordon au-delà des trente premières secondes de vie (45).
- Redéfinition de la tâche : Réaliser une délivrance à cordon intact ainsi qu'un clampage du cordon ombilical à 2h de vie (Pratique du CCO à la maternité des Lilas).

Cette pratique du clampage du cordon ombilical nécessite de faire appel à des compétences de différents types. Suite aux résultats obtenus via les entretiens avec les sages-femmes de la maternité des Lilas sur le sujet, on peut les classer comme suit :

- Des connaissances théoriques : l'adaptation à la vie extra-utérine, le suivi de l'accouchement, la physiologie du travail obstétrical.
- Des compétences techniques : la réalisation d'un accouchement, le prélèvement des gaz du sang au cordon, la réanimation néo-natale.
- Des capacités relationnelles : empathie, maîtrise de ses émotions et des situations de stress.

Les sages-femmes montrent une réelle accommodation de leur savoir-faire aux différents cas de figure auxquels elles font face. L'analyse de ces divers types de ressources va permettre d'adapter la pratique professionnelle à la situation. Cet ajustement va faire la différence entre une maîtrise technique et une application ingénieuse.

Selon le Larousse, un ingénieur est : « *Personne que ses connaissances rendent apte à occuper des fonctions scientifiques ou techniques actives en vue de prévoir, créer, organiser, diriger, contrôler les travaux qui en découlent, ainsi qu'à y tenir un rôle de cadre.* ». Un technicien, quant à lui, est : « *une personne qui connaît et pratique une technique* ».

Lors des entretiens, les maïeuticiennes mettent en avant l'absence de protocoles qui leur permettent d'avoir un réel libre arbitre sur leur pratique et un ajustement à chaque couple. Elles analysent toutes les dimensions pour proposer l'action la plus adaptée. La sage-femme est plutôt identifiée à un ingénieur qu'à un technicien.

LA PLACE DE L'EMPIRISME DANS LE MONDE DE LA MEDECINE

L'empirisme a longtemps été le mode d'évolution de la médecine. Selon le dictionnaire Larousse, c'est la « *méthode reposant exclusivement sur l'expérience* ».

Selon Armand Trousseau, il existe différents types d'empirisme (62) :

- L'empirisme primaire : on constate par exemple que l'ingestion d'une écorce amère dans les Andes soulage la fièvre. C'est le hasard qui a permis de guérir. Il n'y a pas d'intelligence de la part de l'homme. Armand Trousseau qualifie cet empirisme de « *brut, triste, indigne à côté de la médecine d'aujourd'hui* » (62).
- L'empirisme secondaire : on décide d'utiliser cette écorce efficace contre la fièvre pour d'autres maladies partageant les mêmes caractéristiques : la périodicité, la douleur, et cela fonctionne. A ce moment-là, ce n'est plus seulement le hasard mais l'association faite par l'homme. C'est l'expérimentation qui est possible car le sort a mis le médecin sur la voie de ces possibilités.

L'attachement à l'expérience du terrain mérite d'être valorisée. Selon Claude Bernard, l'empirisme est « *un moyen d'attente d'un grand secours dans un art où l'on est sans cesse obligé d'agir* ».

Un nouveau paradigme a fait son apparition à la fin du XXème siècle. La médecine basée sur le niveau de preuve donne une importance plus grande à la littérature scientifique et notamment aux résultats d'études systématiques et contrôlées (63). L'intuition du clinicien, son expérience clinique personnelle subjective est alors mise au second plan. Les conduites à tenir proposées par le médecin sont justifiées en fonction de la qualité de l'information scientifique qu'il détient et de son évaluation objective des risques encourus par le patient.

L'évolution de la médecine vers l'objectivité pour guider la pratique clinique prend le risque de la prise en charge impersonnelle. En effet, les statistiques s'appliquent en généralisant, en homogénéisant, en faisant des moyennes et en éliminant toutes les aspérités propres à la population concernée. Seulement on ne peut pas négliger les aspérités propres au patient et à son histoire personnelle (63).

Dans notre étude, on remarque que certaines sages-femmes de la maternité des Lilas ont fait la transition entre le clampage tardif du cordon et la délivrance à cordon intact en « osant ». Même si l'impulsion a été donnée par la recherche de littérature scientifique, le déclic a été enclenché grâce à l'empirisme. Elles ont « *réalisé* » que c'était « *plus logique* » « *plus doux* », que ça se passait « *sereinement* » ou de manière « *apaisée* ». Cela correspond donc à une « *réussite* » sur le plan scientifique. En plus d'obtenir une réalité clinique satisfaisante (une bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né), elles gagnent un épanouissement personnel au travers de cette

exécution. Ces bénéfices vont permettre d'ancrer cette nouvelle façon de faire à des habitudes professionnelles.

Leur mode d'appropriation de cette pratique est un savant mélange entre une médecine fondée sur les preuves et une expertise clinique teintée d'empirisme. En plus de cela, ces résultats positifs vont permettre un cercle vertueux. La pleine maîtrise de leur pratique et son adaptation aux situations agissent aussi en renforcement de leur bonne capacité de réflexion et les encouragent à généraliser cet esprit analytique.

Les notions de didactique professionnelle ne suffisent pas à expliquer comment une sage-femme seule a pu réussir à changer la pratique de tout un service. Certains concepts de psychologie sociale peuvent apporter une lumière à ce processus.

LE MODE DE TRANSMISSION

En médecine, la standardisation des méthodes d'enseignement a permis d'homogénéiser les connaissances et compétences des médecins. Cependant, la transmission se fait aussi sur le terrain entre un professionnel expérimenté et un autre plus novice. Le compagnonnage est présent sur le terrain et ne doit pas être dévalorisé (64).

Dans les mises en discours, à distance de l'activité, les SF font référence au « compagnonnage », mais au sein des situations il semble que les modalités de transmissions soient beaucoup plus rudes. On sent que du côté de la pédagogie autour de cette pratique il y a deux méthodes qui se distinguent. Dans les verbatims on a d'une part un accompagnement réflexif « [...] *Je n'irai pas lui dire tu ne fais pas bien, mais juste pourquoi ?* » (SF4). Et d'autre part une injonction : « [...] *J'avoue qu'on impose quand même des pratiques. [...] Il y a des pratiques qu'on ne fait pas ici.* » (SF3). Les représentations et les affects sont forts et importants à propos de la transmission de cette pratique. Il y a un réel enjeu pour les sages-femmes de protéger cette façon de faire.

LE JEU DES INFLUENCES EXPLIQUE PAR LA PSYCHOLOGIE SOCIALE

Selon le petit Larousse de la psychologie, l'influence sociale se définit comme « *un processus de construction, de diffusion, de maintien et de modifications des modes de pensée d'un individu ou d'un groupe, lors d'interactions sociales* ».

Il existe différentes approches concernant l'influence minoritaire sur la majorité. Selon les fonctionnalistes, c'est une histoire de pouvoir, la personne en minorité doit être reconnue dans le

groupe pour y avoir une influence. Les interactionnistes pensent quant à eux que les changements ont lieu grâce à des phénomènes de négociation, qu'il y a des enchaînements entre phase de stabilité et phase de transformation (65). C'est le point de vue de Serge Moscovici, un psychosociologue français qui a travaillé sur les phénomènes d'influence et notamment les influences minoritaires. Il définit la minorité active comme un groupe de personne qui « *possède ses propres positions, son cadre, ses visées, qu'elle propose comme une solution de rechange* ». Entre la majorité et la minorité active, il y a une relation de réciprocité. Le groupe novateur veut remplacer la vision du groupe en place. Les minorités vont permettre l'innovation, le changement (66).

Moscovici a établi la théorie de la conversion (67), pour que l'influence provienne de la minorité, il faut un long processus qui se fait en quatre phases :

1. **Révélation** : une phase de conflit durant laquelle la minorité va se dévoiler à la majorité en opposition à sa pensée.
2. **Incubation** : La majorité prend en compte l'avis de la minorité. La nouvelle pensée va incubé et mûrir au sein du groupe majoritaire.
3. **Conversion** : Les changements se font à l'échelle individuelle, ils ont lieu de façon latente et privé.
4. **Innovation** : Le changement devient manifeste et public, il se généralise et s'installe. Il prend la place du courant majoritaire.

L'instauration de la nouvelle pratique de clampage du cordon ombilical dans la maternité des Lilas répond à ces critères. Après qu'une sage-femme a été interpellée par une photo d'un nouveau-né toujours rattaché à son cordon, elle a **révélé** son idée marginale à travers une présentation à ses collègues autour de la physiologie. Les autres praticiennes ont **incubé** les informations, elles les ont digérées, questionnées. Cette nouvelle position avait une forte légitimité car elle provenait d'une sage-femme ayant une place forte dans le groupe par son ancienneté et sa réputation. Chacune a pris la décision de **convertir** leur pratique du clampage tardif du cordon ombilical à une délivrance à cordon intact. La satisfaction s'est généralisée si bien que ce changement s'est installé pour devenir une **innovation**. L'influence minoritaire est devenue l'influence majoritaire.

En psychologie sociale, Bandura a défini l'agentivité comme la capacité d'agir sur le monde et d'être l'acteur du changement en ayant conscience. L'auto-efficacité est un moteur pour s'engager dans l'action afin d'atteindre un objectif (68). Pour porter ses idées et être vecteur de

changement, la sage-femme instigatrice a nécessairement une grande agentivité qui a permis d'asseoir son influence sur le groupe.

Cette pratique n'aurait pas eu un tel écho si en plus d'être portée par une professionnelle ayant une place importante dans l'équipe, elle n'était pas porteuse de valeurs qui résonnent chez les autres membres de l'équipe.

LA DELIVRANCE A CORDON INTACT, UN OUTIL D'ETHIQUE MEDICALE

L'éthique médicale est un domaine de l'éthique qui a pour objectif de trouver la meilleure prise en charge dans le domaine de la médecine. Elle a vocation à s'adapter à chaque situation pour offrir le meilleur soin. Quatre grands principes ont été définis par Beauchamp et Childress en 1979 :

- L'autonomie : impliquer le patient, l'amener à prendre des décisions selon ses convictions et sa propre connaissance de sa situation.
- La bienfaisance : agir pour faire le bien.
- La non-malfaisance : « primum non nocere », ne pas faire subir de mal à ses patients.
- La justice, l'équité : permettre l'égalité d'accès aux soins (69).

Comme il a été vu dans les résultats, les praticiennes motivent leur décision de pratiquer la délivrance à cordon intact à travers des convictions personnelles. Ces certitudes concordent avec ces quatre principes éthiques. Elles permettent d'**autonomiser** leurs patientes en leur expliquant les raisons de leur geste, en partageant leurs connaissances. L'acte n'est pas imposé mais proposé. En plus de cela, les sages-femmes sont très attachées à leur position d'accompagnatrice, d'assistante de l'accouchement. Elles placent la future mère au cœur de l'accouchement.

L'équité se retrouve dans l'idée d'apporter à toutes les femmes un accompagnement proche de leurs envies et adapté à leur profil. L'objectif est de procurer à toutes les patientes la même chose : une sécurité émotionnelle qui soit adaptable aux volontés de la future mère et de la famille.

Les praticiennes ont décrit les avantages de cette pratique et veillent à être **bienfaisantes** dans leur prise en charge. En proposant une pratique qui apporte des bénéfices reconnus par la littérature scientifique aux nouveau-nés, elles s'inscrivent dans une démarche bienveillante.

Être bienfaisantes ne suffit pas, les maïeuticiennes des Lilas attachent de l'importance à **ne pas être malfaisantes**, de ne pas causer de méfaits envers la triade. Ne pas pratiquer le clampage

tardif du cordon ombilical est vue comme une violence, un désavantage à la naissance, un vol de sang, de chances envers la mère et le nouveau-né.

La pratique du clampage du cordon ombilical telle qu'elle est réalisée par les sages-femmes des Lilas répond à tous les principes de l'éthique médicale. Elle a pour but de replacer la patiente, le couple parental au centre de la prise en charge.

METTRE SA PRATIQUE AU SERVICE DES PARTURIENTES

La situation périnatale en France tend vers une industrialisation de la naissance. Les petites maternités jugées moins sécuritaires ferment pour laisser place à de grandes maternités plus productives. Pour en augmenter la rentabilité, l'occupation des lits est optimisée par des interventions médicales. L'accouchement devient standardisé et de moins en moins personnalisé (70). Cependant, la vision des choses évolue.

En 2005, les recommandations de bonnes pratiques autour de la préparation à la naissance et à la parentalité donnaient une place de choix au projet de naissance (71). Parallèlement, les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2017 sur l'accouchement physiologique avaient pour objectif de répondre aux nouvelles demandes des femmes enceintes de pouvoir bénéficier d'une prise en charge moins médicalisée (45). L'expérimentation des maisons de naissance depuis 2013 (72) tend à reconsidérer la vision de la grossesse et de l'accouchement en France par le prisme de la physiologie et non plus du risque médical.

On remarque une tendance des parturientes à vouloir reprendre le pouvoir sur leur accouchement. Celles qui le peuvent s'informent, se renseignent et vont chercher une prise en charge plus respectueuse de leur physiologie. Elles rédigent des projets de naissance et font des demandes aux équipes de professionnels qui les prendront en charge.

A la maternité des Lilas, les sages-femmes accordent une grande importance aux volontés des futures mères. Elles se placent au service de leur choix. Comme vu précédemment, ce sont des valeurs qu'elles portent au travers de leur accompagnement. L'arrivée de la délivrance à cordon intact aux Lilas découle aussi de ses demandes qui ont suscité le questionnement chez des membres du collectif de maïeuticiennes de la salle de naissance.

LIMITES ET FORCES

L'étude porte sur une pratique très spécifique, liée à un lieu particulier. Pour comprendre comment les sages-femmes des Lilas ont pu insérer cette technique à leur pratique clinique, il était inévitable d'explorer ce terrain précisément. Sinon, les facteurs intrinsèquement liés à la structure auraient été ignorés. Par définition, une recherche monocentrique est moins généralisable.

Une autre difficulté est directement liée au type de l'étude. Une approche qualitative entraîne des biais liés à l'interaction de l'enquêteurs avec les sujets. Une partie des données extirpées sont obtenues grâce à la complicité qui naît entre les deux protagonistes de l'entrevue. L'entretien semi-dirigé nécessite une certaine souplesse afin de s'adapter aux réponses de la personne interrogée. C'est inhérent à l'étude qualitative mais elle peut présenter un biais affectif, relatif aux émotions, aux sentiments. On peut aussi identifier un biais de désirabilité sociale, le fait de chercher l'approbation de la personne interrogée ou de l'interrogateur.

La connaissance du terrain par les passages en stage peut aussi influencer et fermer des pistes au moment du recueil de données. Des idées préconçues par l'expérience personnelle de l'enquêtrice a pu orienter les questions.

L'objectif d'une étude qualitative est d'obtenir des données précises liées à la construction du discours. Pour cela, cette recherche a des avantages certains. Cette étude de cas permet de recueillir des données précises sur l'objet de recherche. Les différents entretiens ont permis de capter les subtilités du terrain. Les représentations des sages-femmes ont pu être explorées. Cet exercice a contribué à avoir accès à de multiples informations : les commentaires sur l'activité, l'activité telle qu'elle est pratiquée par les maïeuticiennes mais aussi la mise en discours de cet acte. La manière de le dire est une source de données qui est aussi à analyser.

Un autre élément à mettre en avant est la solidité de la méthodologie. En effet, assez de données ont été récoltées pour concourir à croiser les discours des sages-femmes. Les réponses étaient concordantes, ce qui nous a permis de « vérifier » les dires des unes et des autres et de valider la véracité des informations glanées. En plus de cela, la retranscription rigoureuse de chaque entretien apporte du poids à ce travail et participe à une analyse de valeur.

La population interrogée avait des caractéristiques différentes ce qui nous a permis d'obtenir différentes représentations et d'explorer notre question de recherche selon différents prismes. Les

dix personnes couvrent une grande partie des sages-femmes employées actuellement en salle de naissance aux Lilas.

LES AXES D'AMELIORATION DE L'ETUDE

Cette étude sur l'évolution de la pratique clinique des sages-femmes s'est concentrée sur la pratique du clampage du cordon ombilical et sur un lieu, la maternité des Lilas. Pour creuser dans cette voie, il serait intéressant d'élargir le terrain de recherche et de changer d'outil.

La réalisation d'un questionnaire sur la pratique du clampage du cordon ombilical, à destination des sages-femmes françaises permettrait d'avoir une vue sur cette disparité entre l'apprentissage en formation initiale et la pratique après le diplôme. Généraliser l'enquête à un plus grand panel permettrait de voir si certaines caractéristiques de la population sont mis en exergue. Par exemple, est ce que les maïeuticiennes qui exercent en maternité de type 1 vont avoir tendance à clamer plus tardivement que celles qui travaillent en maternité de type 3 ? Est-ce que l'ancienneté, le nombre d'années après le diplôme vont favoriser le clampage tardif ?

CONCLUSION

L'apprentissage ne se limite pas à la formation initiale mais se poursuit tout au long de l'expérience professionnelle. A la maternité des Lilas, il a été identifié une grande disparité entre la pratique du clampage du cordon ombilical telle qu'elle est apprise en école de sage-femme et la façon de faire actuelle dans le service de salle de naissance. Cette étude nous a permis d'identifier les facteurs qui ont participé à cette transition.

Cette recherche a mis en exergue la rigueur des praticiennes, leur attachement à justifier leurs actes avec des arguments scientifiques à haut niveau de preuve. On constate aussi qu'elles vont moduler leur pratique en fonction de leurs expériences sur le terrain. C'est cela qui va rendre leur façon de faire personnelle et même participer à leur identité de professionnelle. Au-delà de l'intérêt médical, la pratique clinique est aussi porteuse de valeurs qui sont chères aux maïeuticiennes. Donner toute l'autonomie à la patiente, accompagner la physiologie de l'accouchement en toute humilité sont des actes révélateurs de certaines vertus de la part des sages-femmes.

D'autres facteurs vont moduler la façon de travailler des professionnel.le.s en salle de naissance. Les choix, les volontés des parturientes et du couple de futurs parents ont un impact et amènent à la réflexion des sages-femmes. Depuis le début des années 2000, il émerge en France une volonté de retourner à la physiologie en ce qui concerne la prise en charge des femmes pendant leur grossesse et l'accouchement. Cela se traduit par les demandes des parturientes au travers des projets de naissance mais aussi par des mesures mises en place par le gouvernement en faveur des maisons de naissance. Les changements de la société vont indéniablement influencer la façon de travailler des sages-femmes. Ces évolutions s'immiscent progressivement pour ensuite s'inscrire de façon pérenne dans la pratique clinique.

L'histoire de l'activité du clampage du cordon ombilical à la maternité des Lilas a dévoilé la part très importante donnée à l'influence des collègues sur la pratique clinique des professionnel.le.s du service. L'absence de protocoles a conduit à une liberté d'action dont a pu se saisir une sage-femme ayant une place essentielle au cœur de l'équipe. L'influence minoritaire a pu s'installer et se généraliser pour devenir une revendication.

La transmission du métier par les pairs est mise en avant par les maïeuticiennes comme un moyen de formation après le diplôme. Cependant, cela est entravé par des conditions de travail de plus en plus usantes entraînant une fuite des sages-femmes expérimentées hors du milieu

hospitalier. Il y a alors une perte de la notion de compagnonnage qui est chère au domaine médical. Les revendications actuelles des professionnel.le.s de la périnatalité vont dans ce sens. A travers le « une femme, une sage-femme » et les demandes de revalorisation salariale, le message est clair, il.elle.s veulent du temps pour accompagner les parturientes correctement, pour mieux supporter la cadence et pouvoir perdurer plus longtemps en salle de naissance. Des sages-femmes moins épuisées, plus disponibles, c'est cela qui va permettre de garder des personnes expérimenté.e.s dans leur travail permettant d'enrichir les compétences des autres collègues.

En opposition à cette dimension, l'intégration universitaire des écoles de sages-femmes de France est en cours. Le savoir scientifique basé sur les niveaux de preuve en est le fondement tandis que le compagnonnage se base lui sur l'expérience du/de la praticien.ne. Malgré cela, cette transmission de savoir tient une place tacite essentielle pour les diplômé.e.s en sciences maïeutiques. Il est utile de rappeler le caractère historique de ce métier, une communication du savoir qui se faisait exclusivement entre confrères, souvent dans le secret (1) et dont il reste les vestiges pendant la formation des étudiant.e.s ou des jeunes diplômées notamment en salle de naissance. La proportion d'enseignement pratique sur le terrain dans la formation initiale des sages-femmes est supérieure à l'enseignement théorique (88 semaines sur le terrain professionnel contre 72 semaines de cours en établissement de formation). Cela traduit bien l'importance accordée à l'apprentissage en situation de travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ehrenreich B, English D. Sorcières, sages-femmes & infirmières. Une histoire des femmes soignantes. Cambourakis. 1973. 121 p. (Sorcières).
2. Brau JL. La Sorcellerie. ENS Editions; 1986. 244 p.
3. Caudron O. Former les sages-femmes des campagnes : Madame du Coudray, l'Aunis et la Saintonge (1765-1782). *Ecrits Ouest* [Internet]. 2013 [cité 23 nov 2021];(n°21):17-28. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01651330>
4. Rabe H, Gyte GM, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 22 déc 2020];(9). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003248.pub4/full?highlightAbstract=clampage%7Ccordon%7Cclamping>
5. World Health Organisation. Clampage tardif du cordon ombilical pour prévenir l'anémie infantile [Internet]. 2014 [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120078/WHO_RHR_14.19_fre.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo - Accueil du nouveau-né en salle de naissance [Internet]. 2017 [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/fiche_memo_nouveau_ne_v3.pdf
7. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes C. La formation initiale [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
8. Valls M, Vallaud-Belkacem N, Touraine M, Fioraso G. Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master. 2014-1511 déc 15, 2014.
9. Corvisier E. Recommandations sur le clampage tardif du cordon ombilical [Internet] [Mémoire Maïeutique]. [Angers]: Université Angers, Ecole de Sages-femmes René Couchy; 2015 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20091151/2015MFASMA3525/fichier/3525F.pdf>
10. Vasse A. Le clampage tardif du cordon : connaissances et pratiques des sages-femmes [Mémoire Maïeutique]. [Lille]: Université Catholique de Lille; 2017.
11. République française. Chapitre III : Développement professionnel continu (Articles L4153-1 à L4153-3) [Internet]. Santé Publique. Sect. Titre V Recherche et formation en santé août, 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171287/2021-03-27
12. De Nave M, Jehl JM, Sanchez Ruiz C, Saudreau M. Tableau récapitulatif des DU-DIU en France [Internet]. 2018 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Tableau-r--capitulatif-des-DU-DIU-France1.pdf>
13. Tizard H, Brooks G, Neiger D. BloodtoBaby Learning Hub [Internet]. Centre d'apprentissage Blood to baby. [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://learning.bloodtobaby.com/courses/enrolled/621883>
14. Grisalena N, Vernooij A, Rotink R. Cord Clamping | Concord Neonatal [Internet]. Concord Neonatal. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://concordneonatal.com/cordclamping/>

15. Phillipe E, Buzyn A. Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé. 2019-17 janv 9, 2019.
16. Tout savoir, sur le Développement professionnel continu (DPC) et le Conseil national professionnel sages-femmes (CNP-SF) [Internet]. Sage-Femme Pratique. 2020 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/005519-tout-savoir-sur-developpement-professionnel-continu-dpc-conseil-national>
17. Le Conseil national professionnel des sages-femmes (CNP-SF) [Internet]. Sage-Femme Pratique. 2020 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/005551-conseil-national-professionnel-sages-femmes-cnp-sf>
18. Mayen P, Orly P, Pastré P. Chapitre 23. L'ingénierie didactique professionnelle. Hors Collect [Internet]. 2017 [cité 13 janv 2022];467-82. Disponible sur: <http://www.cairn.info/traite-des-sciences-et-des-techniques-de-la-format--9782100765430-page-467.htm>
19. Pastré P. Essai pour introduire le concept de didactique professionnelle : rôle de la conceptualisation dans la conduite de machines automatisées [Internet] [These de doctorat]. Paris 5; 1992 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/1992PA05H015>
20. Pastré P, Mayen P, Vergnaud G. La didactique professionnelle. Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation [Internet]. 1 mars 2006 [cité 12 avr 2021];(154):145-98. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/rfp/157>
21. Borer VL, Yvon F, Durand M. Introduction. Analyser le travail pour former les professionnels de l'éducation ? [Internet]. Analyse du travail et formation dans les métiers de l'éducation. De Boeck Supérieur; 2015 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/analyse-du-travail-et-formation-dans-les-metiers--9782804194079-page-7.htm?contenu=resume>
22. Leplat J. Regard sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique. PUF. Paris; 1997.
23. Thievenaz J, Etienne R. Enquêter et apprendre au travail. Approcher l'expérience avec John Dewey. Dijon : éditions Raison et Passions. Éducation Social Cah CERFEE [Internet]. 22 nov 2019 [cité 23 déc 2021];(54). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/edso/8507>
24. Hennequin L. Les effets d'une mission humanitaire sur la pratique professionnelle hospitalière de sages-femmes. Académie de Paris Ecole de sages-femmes Saint-Antoine Sorbonne Université – Faculté de médecine.; 2020.
25. Jacques B, Purgues S. L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé ». Rev Française Aff Soc [Internet]. 2012 [cité 12 avr 2021];(2):52-71. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2012-2-page-52.htm>
26. Ponte C. Sage-femme et formation professionnelle. Wwwem-Premiumcomdatarevues16340760v11i98S163407601200008X [Internet]. 2 oct 2012 [cité 27 mars 2021];11(98):43-4. Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/757870/resultatrecherche/2>
27. Perrier I, Vendittelli F. Devenir et impact sur les pratiques professionnelles des mémoires des étudiants sages-femmes. 8 sept 2010 [cité 12 avr 2021]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/265040/resultatrecherche/2>
28. Saint-Cyr FJ. Du cordon ombilical au point de vue médico-judiciaire. A. Storck; 1891. 88 p.

29. Losonczy A-M. La sagesse et le nombril : Rites de naissance et sages-femmes chez les Embera et les Afro-Colombiens du Haut-Choco (Colombie). *Civilisations* [Internet]. 1986 [cité 8 avr 2021];36(1/2):259-87. Disponible sur: <http://www.jstor.org/stable/41229476>
30. Bonsignore A, Buffelli F, Ciliberti R, Ventura F, Molinelli A, Fulcheri E. Medico-legal considerations on "Lotus Birth" in the Italian legislative framework. *Ital J Pediatr* [Internet]. 18 mars 2019 [cité 4 janv 2021];45(1):39. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0632-z>
31. Hart Hayes E. Placentophagy, Lotus Birth, and Other Placenta Practices: What Does the Evidence Tell Us? *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet]. juin 2019 [cité 4 janv 2021];33(2):99-102. Disponible sur: https://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/2019/04000/Placentophagy,_Lotus_Birth,_and_Other_Placenta.2.aspx
32. Buckley SJ. Lotus Birth - A Ritual for our times. *Midwifery Today Int Midwife*. 2003;67:36-8.
33. La Sage-femme K. Le placenta-lotus : pour une incarnation optimale. [Internet]. Quantik MAMA. 2020 [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://quantikmama.com/le-placenta-lotus-pour-une-incarnation-optimale/>
34. Ittleman B, Szabo J. Staphylococcus lugdunensis sepsis and endocarditis in a newborn following lotus birth. *Cardiology in the young* [Internet]. 2018 [cité 13 avr 2021];28(11):1367-9. Disponible sur: <https://search.proquest.com/openview/e4248e04d1e058d962092ed7449419ea/1?pq-origsite=gscholar&cbl=15995>
35. Tricarico A, Bianco V, Biase ARD, Iughetti L, Ferrari F, Berardi A. Lotus Birth Associated With Idiopathic Neonatal Hepatitis. *Pediatr Neonatol* [Internet]. 1 juin 2017 [cité 13 avr 2021];58(3):281-2. Disponible sur: [https://www.pediatr-neonatol.com/article/S1875-9572\(16\)30075-4/abstract](https://www.pediatr-neonatol.com/article/S1875-9572(16)30075-4/abstract)
36. Darwin E. *Zoonomia; Or, The Laws of Organic Life: In Three Parts : Complete in Two Volumes*. Thomas & Andrews; 1809. 616 p.
37. Boivin MAVG, Mauriceau F, Valota D. *Mémorial de l'art des accouchements ou principes fondés sur la pratique de l'hospice de la maternité de Paris et sur celle des plus célèbres praticiens nationaux et étrangers*. Paris: Méquignon; 1824. 812 p.
38. Vermeylen D, Kalenda M, Melchior M. Le clamping du cordon. In: *Guide du post-partum*. De Boeck Supérieur. De Boeck Supérieur; 2016.
39. Coste K, Barasinski C, Foulhy C, Bentaoui S. Intérêts du clamping tardif du cordon ombilical pour le nouveau-né. *Vocation sage-femme* [Internet]. 17 mai 2017 [cité 8 déc 2020];16(126):17-9. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/1122119/resultatrecherche/1>
40. Prendiville W. Care during the third stage of labour. *Eff Care Pregnancy Childbirth* [Internet]. 1989 [cité 11 avr 2021]; Disponible sur: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10015767654/>
41. Saint-Anne Dargassies S. *Recherches néonatales 1941-1986*. Paris: L'Harmattan; 2002. 112 p. (Mouvement des Savoirs).
42. Hoffmeyer GJ, Bolton KD, Bowen DC. Periventricular/ intraventricular haemorrhage and umbilical cord clamping. Finding and hypothesis. *S Afr Med J*. 1988;73:104-6.
43. Leboyer F. *Pour Une Naissance Sans Violence*. Seuil; 1970. 156 p.

44. Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée. Editions de l'Atelier; 2004. 260 p.
45. Petitprez K, Boutour AS, Lejeune V. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Haute Autorité de Santé; 2017.
46. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Collège National des Sages-femmes. Clampage du cordon précoce ou tardif ? Avis du CNGOF et du CNSF [Internet]. 2012 [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/referentiels-d-origines-diverses/aperçu?path=Clampage_du_cordon_precoce_ou_tardif.pdf&i=217
47. Royal College of Obstetrician Gynecologist. Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusion (Scientific Impact Paper No. 14) [Internet]. Scientific Impact Paper No. 14; 2015 [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/sip14/>
48. Madar J, Roeher CC, Ainsworth S, Ersdal H, Morley C, Rüdiger M, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. Resuscitation [Internet]. avr 2021 [cité 26 nov 2021];161:291-326. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957221000678>
49. Menget A, Mougey C, Thiriez G, Riethmuller D. Intérêt du clampage retardé du cordon ombilical chez le nouveau-né. Arch Pédiatrie [Internet]. 1 sept 2013 [cité 8 déc 2020];20(9):1022-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X13003722>
50. Tchernia G, Dreyfus M, Huchet J, Pinon F. Hématologie néonatale. Wwwem-Premiumcomdatatraitessa13-01272 [Internet]. [cité 11 avr 2021]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/874/resultatrecherche/3>
51. Labrune P, Trioche-Eberschweiler P, Gajdos V. Diagnostic de l'ictère du nouveau-né. Wwwem-Premiumcomdatatraitesspem04-51731 [Internet]. 18 nov 2009 [cité 11 avr 2021]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/232105/resultatrecherche/2>
52. Dicky O, Ehlinger V, Guyard-Boileau B, Assouline C, Arnaud C, Casper C. Clampage tardif du cordon ombilical chez les enfants prématurés nés avant 37 semaines d'aménorrhée : étude observationnelle prospective. Arch Pédiatrie [Internet]. 2 févr 2017 [cité 8 déc 2020];24(2):118-25. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/1103066/resultatrecherche/3>
53. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Deoni SCL, Dean DC, Collins J, Parker AB, et al. Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr [Internet]. déc 2018 [cité 18 févr 2021];203:266-272.e2. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347618307753>
54. Duley L, Dorling J, Gyte G. When should the umbilical cord be clamped? BMJ [Internet]. 9 sept 2015 [cité 12 avr 2021];351:42-6. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h4206>
55. Bhatt S, Alison BJ, Wallace EM, Crossley KJ, Gill AW, Kluckow M, et al. Delaying cord clamping until ventilation onset improves cardiovascular function at birth in preterm lambs. J Physiol [Internet]. 2013 [cité 12 avr 2021];591(8):2113-26. Disponible sur: <https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1113/jphysiol.2012.250084>
56. Farrar D, Airey R, Loi G, Tuffnell D, Duley L. Measuring placental transfusion for term births : weighing babies with cord intact. BJOG [Internet]. 2011 [cité 12 avr 2021];118:70-5. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2010.02781.x>

57. Hutton EK, Hassan ES. Clampage tardif versus precoce du cordon ombilical chez les nouveau-nés à terme: Revue systématique et méta-analyse d'études contrôlées. JAMA-Fr [Internet]. 21 mars 2007 [cité 1 mars 2021];297(11):1241. Disponible sur: <http://triggered.clockss.org/ServeContent?url=http%3A%2F%2Fjamafr.ama-assn.org%2Fcgi%2Fcontent%2Fabstract%2F297%2F11%2F1241>
58. Mezoud A, Agli A, Oulamara H. Fer sérique de la mère, de la veine ombilicale et poids du nouveau-né. Wwwem-Premiumcomdatarevues09850562v31i1S0985056216302990 [Internet]. 10 févr 2017 [cité 8 déc 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/1103683/resultatrecherche/13>
59. Bacconnet M. Influence d'une politique de clampage retardé du cordon ombilical sur la survenue d'un ictère néonatal chez les nouveau-nés entre 36 et 37 semaines d'aménorrhée [Internet] [Mémoire Maïeutique]. [Clermont Ferrand]: Clermont Auvergne; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02437111>
60. McDonald S, Middleton P, Dowswell T, Morris P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [cité 11 avr 2021];(Issue 7). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ebch.1971>
61. Gallos I, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2018 [cité 11 avr 2021];(Issue 12). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011689.pub3/full>
62. Trousseau A. Conférences sur l'empirisme, faites à la Faculté de médecine de Paris les 18 et 25 mai. A. Delahaye; 1862. 82 p.
63. Fieschi M, Giorgi R, Gouvernet J, Degoulet P. De la connaissance à la pratique clinique : l'introduction de la médecine basée sur le niveau de preuve. Rev Med Interne [Internet]. 2000 [cité 11 mars 2022];1(21):105-9. Disponible sur: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-e6b6a360-3aee-3fc9-8eaa-0bb4f175d5e3>
64. Perret A. L'importance du compagnonnage. Bull Médecins Suisses [Internet]. 2020 [cité 3 avr 2022];101(09):311-3. Disponible sur: <https://bullmed.ch/article/doi/bms.2020.18554>
65. Helissen-Schuster C. Gabriel Mugny, Juan Manuel Falomir-Pichastor et Alain Quiazade, Influences sociales. Lectures [Internet]. 5 oct 2017 [cité 9 mars 2022]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/23537#comptendu-23537>
66. Marchand G. Psychologie des minorités actives. Hors série N°42 [Internet]. Sciences Humaines, L'Humanologue. nov 2003 [cité 9 mars 2022]; Disponible sur: https://www.scienceshumaines.com/psychologie-des-minorites-actives_fr_12969.html
67. Moscovici S, Lage E, Naffrechoux M. Influence of a Consistent Minority on the Responses of a Majority in a Color Perception Task. Sociometry [Internet]. 1969 [cité 9 mars 2022];32(4):365-80. Disponible sur: <http://www.jstor.org/stable/2786541>
68. Guerrin B. Albert Bandura and his work. Rech Soins Infirm [Internet]. 2012 [cité 9 mars 2022];108(1):106-16. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-106.htm>

69. Lefebvre des Noettes V. Qu'est-ce que l'éthique médicale ? Des principes aux réalités cliniques. Rev Homéopathie [Internet]. 1 juin 2021 [cité 8 mars 2022];12(2):98-102. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878973021000633>
70. Montazeau O. L'industrialisation de la naissance. Spirale [Internet]. 1 juill 2010 [cité 12 mars 2022];54(2):91-111. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-spirale-2010-2-page-91.htm>
71. Flandin-Créton S, Gillet A. Recommandations professionnelles : la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2005 [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
72. Touraine M. LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. 2013-1118 déc 6, 2013.

Problématique	Modifier et faire évoluer sa pratique professionnelle : l'analyse des pratiques de clampage du cordon ombilical à la maternité des Lilas
Objectifs de recherche	<ol style="list-style-type: none"> I. Détecter l'origine d'une volonté de changement de pratique clinique dans le milieu de la maïeutique. II. Connaître les éléments moteurs et les freins aux changements de pratiques dans un service hospitalier. III. Déterminer les étapes s'articulant entre une pratique et son évolution.
Axes	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'instauration d'une nouvelle pratique passe par l'empirisme 2. L'évolution de la pratique professionnelle se fait par la recherche personnelle et l'expérience. 3. Les pratiques des collègues influencent celle du professionnel. 4. Les souhaits des patientes motivent l'équipe médicale à adapter leurs protocoles.

Annexe I - Tableau récapitulatif de la recherche

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : BAFTEHCHIAN LILA	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse : [REDACTED]	Code APE :
Code postal : [REDACTED] Ville : [REDACTED]	Téléphone : [REDACTED]
Adresse électronique : [REDACTED]	Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler.

Votre nom (prénom) : LILA BAFTEHCHIAN

Service :

Adresse : [REDACTED]

Code postal : [REDACTED] **Ville :** [REDACTED] **Téléphone :** [REDACTED]

Adresse électronique : [REDACTED] **Fax :**

Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	Téléphone :
Code postal : [REDACTED] Ville : [REDACTED]	Fax :
Adresse électronique :	

4 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.	
Nom et prénom : BAFTEHCHIAN LILA	Date le : 15/02/2022
Fonction : Sage-femme	
Adresse électronique : [REDACTED]	

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL, 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Annexe II - Déclaration de conformité CNIL MR004

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

QUESTION DE RECHERCHE :

Quels sont les éléments qui vont modifier et faire évoluer la pratique clinique des sages-femmes ? Exemple du clampage du cordon ombilical à la maternité des Lilas

OBJECTIFS :

IV. Déterminer les différentes façons de pratiquer le clampage du cordon de la formation à l'activité professionnelle.

- Qu'avez-vous appris à l'école à propos du clampage du cordon ombilical ?
- Quelle était votre prise en charge par rapport au clampage du cordon ombilical quand vous êtes devenue professionnelle ?
- Comment pratiquez-vous le clampage du cordon ombilical aujourd'hui ?
- Quelle a été l'évolution de votre pratique du clampage du cordon ombilical ?

V. Détecter l'origine d'une volonté de changement de pratique clinique dans le milieu de la maïeutique.

- D'où est né votre envie de changer votre pratique vis-à-vis du clampage du cordon ombilical ?
- Quels sont les démarches que vous avez entreprises pour changer votre pratique du clampage du cordon ombilical ?

VI. Connaître les éléments moteurs et les freins aux changements de pratiques dans un service hospitalier.

- Qu'est-ce qui vous a aidé à faire évoluer votre pratique du clampage du cordon ombilical ?
- Quels ont été les difficultés que vous avez rencontrées pour changer votre pratique du clampage du cordon ombilical ?

Annexe III - Grille d'entretien semi-dirigé

INVITATION A UN PROJET DE RECHERCHE EN MAÏEUTIQUE : INFORMATION ET CONSENTEMENT

Vous êtes invité.e.s à participer à un projet de recherche. Ce document vous renseigne sur les modalités de cette étude. Nous vous remercions de signer et de dater le consentement à la fin du document.

Titre du projet :

CONSTRUCTION D'UNE PRATIQUE CLINIQUE INDIVIDUALISEE AU TRAVAIL : Analyse de la pratique du clampage du cordon ombilical à la maternité des lilas.

Personnes responsables du projet :

- BAFTEHCHIAN Lila, Etudiante Sage-femme à Sorbonne Université.
- PAGGETTI Marion, Docteure en Sciences de l'éducation et de la formation.

Financement du projet de recherche :

Pas de financement extérieur

Objectif du projet

Question de recherche :

Qu'est ce qui participe à la construction individualisée de la pratique clinique des sages-femmes ?

Objectifs :

1. Détecter l'origine d'une volonté de changement de pratique clinique dans le milieu de la maïeutique.
2. Identifier les éléments moteurs et les freins aux changements de pratiques dans un service hospitalier.
3. Déterminer les étapes s'articulant entre une pratique et son évolution.

Raison et nature de la participation

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

☐ Oui

☐ Non

Compensations financières

Aucune compensation financière n'est allouée à votre participation.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'étudiante recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant.

Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, formation initiale et continue, expériences professionnelles.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un code.

Enregistrement audio

Afin de permettre l'analyse des résultats, les entretiens semi-dirigés seront enregistrés.

L'étudiante utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Autorisez-vous à utiliser vos enregistrements et les données de recherche anonymisées pour des revues scientifiques ou des présentations scientifiques et à les conserver ?

☐ Oui

☐ Non

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Etudes ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche ?

☐ Oui

☐ Non

Consentement libre et éclairé

Je, soussigné(e),

..... déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions nécessaires à ma bonne compréhension.

Par la présente, j'accepte librement de participer à ce projet.

Fait le

Signature :

Déclaration de responsabilité de l'étudiante

Je, soussignée Lila BAFTEHCHIAN, responsable du déroulement du présent projet de recherche, m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et à vous informer de tout élément susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Fait le :

Signature :

Annexe IV - Document de recueil du consentement de participation à l'étude.

Entretien N°2

Données de recherche :

Sage-femme de 28 ans, diplômée de 2018 Dijon. 1 an d'ancienneté aux Lilas.

Expérience professionnelle :

- Stage : CHU Dijon Type 3, Angleterre (maison de naissance et maternité), accompagnement global (domicile et plateau technique). Stage pré-pro en libéral à Puteaux en Accompagnement global.
- Professionnel : 1 an Diaconesses, 1 an Maroc (libéral, pré-nat et post-nat, pas d'accouchement), 1 an aux Lilas

Lila : Qu'est-ce que tu as appris à propos du CCO à l'école.

SF 2 : Alors nous à Dijon, je ne me souviens pas exactement mais je sais qu'on nous a parlé du clampage tardif. Je crois que c'était avec un cours de pédiatrie avec une pédiatre du CHU. Quand on parlait de la polyglobulie. On en avait parlé sur le fait que quand c'est des nouveaux nés macrosomes ce n'est pas forcément recommandé parce que y avait du coup un risque d'ictère mais qu'en dehors de ce cas-là, je crois que quand même il nous avait sensibiliser sur le fait que c'était bien. Je ne peux pas te dire plus dans le détail mais à l'école j'avais quand même déjà cette notion là que le clampage tardif c'était quelque chose de déjà recommandé. Mais c'était encore un entre deux. Il y avait deux équipes y en avait qui était contre et d'autres qui étaient vraiment pour. On nous en avait parlé un petit peu mais je ne me souviens pas exactement. Mais après on ne nous a pas dit quand on nous a expliqué le déroulé normal d'un accouchement, on ne nous a pas dit de pas clamber le cordon mais on nous en a parlé un peu.

Lila : Et quand ils ont parlé du clampage tardif, est ce qu'ils ont parlé de temps, d'une méthode particulière ?

SF2 : Je pense que oui il y avait la notion de temps. Après franchement je ne saurais pas te dire parce que c'est biaisé avec ce que je sais aujourd'hui donc je ne saurais pas te dire ce que l'école nous disait. Mais je pense qu'il y avait cette notion d'au moins une minute. Je ne peux pas te le garantir.

Lila : Et toi en stage comment tu pratiquais le CCO ?

SF2 : Je pense que ça ne m'est pas arrivé souvent de ne pas clamber le cordon quand j'étais étudiante sauf en maison de naissance en Angleterre quand elles accouchaient. Mais en France, sur tous mes stages en Bourgogne on clampait ou alors si la femme demandait à ce que le cordon ne soit pas clampé tout de suite on attendait je pense mais vraiment ce n'était pas... pour moi l'accouchement c'était la femme accouche, le bébé est parti tu clampes le cordon tu fais le prélèvement tu coupes et tu fais la délivrance. Quand j'étais étudiante ce n'était pas systématique, j'en avais entendu parler, j'étais plutôt pour mais bon je clampa. Quand t'es étudiante t'as aussi la sage-femme qui te regarde donc bon, tu clampes quoi.

Lila : Quand tu as été diplômée, comment tu faisais pour le clampage du cordon ?

SF 2 : Bah la première année d'expériences c'était vraiment si les parents, s'il y avait un projet de naissance, s'ils voulaient que j'attende, j'attendais. On avait tendance plutôt à clamber. Je nous revois clamber le cordon. Je ne crois pas que j'attendais particulièrement longtemps. 15 s avant de clamber, quasi immédiat. Par contre quand on me le demandait je le faisais. Mais je ne pense pas qu'en systématique j'attendais. Peut-être que parfois, je en saurais plus te dire exactement. C'est vraiment quand je suis arrivée aux Lilas que je me suis dit « ben oui je suis carrément pour », y a aucune raison que je ne le fasse pas en systématique, en fait il faut que je ne clampe pas en systématique et clamber que s'il y a un problème pour le bébé ». Mais sinon. C'est plutôt quand je suis arrivée aux lilas que maintenant je ne clampe pas sauf s'il y a nécessité pour le bébé.

Lila : Et pourquoi justement aux Lilas tu as changé ta pratique de clampage ?

SF2 : C'est un peu bête mais je pense que c'est la pression, enfin je ne sais pas si c'est une question de pression mais le fait que quand tu as des collègues. Enfin quand tu arrives dans une équipe, quand je suis arrivée aux diac c'était mon premier boulot en plus c'était ma première fois à Paris, j'étais jeune diplômée, je ne connaissais pas les gens. J'ai un peu ce truc de je ne suis plus étudiante mais on te juge sur ce que tu fais, ça ne faut pas faire ça alors que tu es quand même diplômée. Je pense que le principal critère c'est ça. Sinon je n'explique pas pourquoi quand je suis arrivée aux lilas j'ai changé alors que je savais que c'était bien et que je le faisais si on me demandait. Mais pendant mes études je ne l'ai pas bcp vu, pas de façon systématique, aux diaconesses c'est pareil ce n'était pas une pratique ancrée dans les pratiques de service et du coup c'est une certaine pression de l'équipe et si tu dis « oh je n'ai pas clampé » ben on va te dire « ah bon mais pq ? » Je pense que c'est ça, principalement ça et l'envie de s'intégrer dans une équipe et de suivre les pratiques même si elles ne correspondent pas toute à tes pratiques persos. Et ça vient de quand j'étais jeune diplômée, je ne connaissais pas cet environnement et c'est pour ça que je n'ai pas assumé toute ma philosophie de la naissance.

Lila : Parfois quand tu faisais un accouchement aux Lilas quelqu'un te regardait ? te demandait au début ?

SF2 : Non je ne crois pas, je ne me souviens plus de mon premier acc aux Lilas. Souvent aux Lilas on a ce truc, on essaye quand il y a des jeunes arrivées soit d'aller parfois à des accouchements de nos collègues et inversement des collègues qui viennent aussi à ton accouchement, pas pour te juger du tout, on est dans une optique de compagnonnage. Aux Lilas il y a des pratiques un peu différentes, pour te dire on peut faire ci ou ça. Pour mon premier accouchement il y avait l'auxiliaire et celles qui sont là depuis un moment sont sensibilisées à ça donc elles peuvent te dire « ah ben tu sais ici pour le clampage on fait plutôt ça... ». Quand je suis arrivée, on m'a présenté les Lilas, la SDN, et on m'a dit qu'à la

naissance on ne clampé pas le cordon et on attend deux heures avant de le clamber, on fait avant si les parents le demande mais dans l'idée on ne clampé pas et on attend les deux heures. Puis je me suis dit bah je sais que c'est bien et c'est trop cool que ça soit systématique, du coup c'est en adéquation avec ce que j'ai envie de faire.

Lila : Est-ce que, avant cette expérience aux Lilas, est-ce que le clamping c'était une question pour toi ?

SF 2 : Ouais je pense que c'était une question parce que je savais que c'était bien. Je connaissais les bénéfices, que c'était quelque chose de bien et qui n'était pas compliqué à mettre en place quitte même à clamber au bout d'une minute, pas forcément deux heures. Je pense que ça faisait partie de mes questions et ce qui faisait que je ne me sentais pas en adéquation avec ce que je faisais aux diac. Même si ça se passait très bien, il y avait certaines pratiques qui faisaient que j'avais moins d'engouement pour les naissances que là je peux avoir par exemple aux Lilas. En me sentant plus libre et notamment ce critère-là, la physio en fait.

Lila : C'est drôle car tu dis que tu te trouves plus libre mais en même temps ce qui t'as amené à faire ce CT c'est un peu la pression...

SF2 : Oui c'est vrai. Je pense que c'est plus libre dans le sens où ça correspond. Ce n'est pas libre mais c'est une sorte de protocole de service qui correspond à ce que je veux faire et ce que je pense être bien. Du coup je ne suis pas en contradictions avec ce que je fais et ce que je pense. Et du coup je me sens plus à l'aise. Mais c'est moins libre en fait parce que si je clampé là on va me dire bah pq t'as clampé.

Lila : Quand tu es arrivée aux Lilas, elles t'ont dit on ne clampé pas etc... Est-ce qu'il y a eu une formation ou ça se fait de façon officieuse ?

SF2 : Oui c'est officieux. La première fois j'étais un peu paumée pour mon PH, pour emballer le placenta, alors que tu ne fais rien de spécial. Je ne sais pas si une sage-femme est venue la première. Quand j'étais en intégration, j'ai été à un accouchement avec une des sages-femmes et je pense que c'est là que j'ai vu qu'elle ne clambait pas et qu'elle faisait son truc. C'était tout simple, rien de particulier. La première fois je me suis dit « je ne sais pas trop je vais le faire » et après j'ai continué. Il n'y a pas de formation, on te montre une fois et voilà.

Lila : Quand tu l'as fait la 1ère fois ça t'a fait quelque chose ?

SF2 : Au tout début je me suis dit mais comment je vais faire. Perdue, sans stresser mais je me demandais, quand je vais faire mon pH est-ce que ça va gicler ? Voilà je l'ai fait et ça s'est bien passé.

Lila : Et maintenant à chaque patiente tu le fais ?

SF2 : Oui vraiment à chaque patiente, que ça soit physio ou pas, même quand ce n'est pas un accouchement simple, césarienne ou instrument, j'essaie de... Des gynécos vont attendre au moins une minute mais bon j'essaie que ce soit le cas. En tout cas quand le bébé cliniquement va bien.

Lila : Est-ce que tu échanges avec tes copines sages-femmes sur ça ? Pas forcément aux Lilas ?

SF : Oui, alors après j'ai peu de copines sages-femmes qui sont en maternité, à part celles des Lilas. Sinon j'ai une amie en maternité qui travaille en Bourgogne et on en a plusieurs fois parlé parce qu'elle ne le fait pas. Ce n'est pas systématique. Quand la demande est faite ils doivent le faire. Elle trouve ça bien mais elle se demande comment on fait. Elle est intéressée et intriguée. Il suffit d'un élan de groupe pour que ça soit fait. Parce que quand tu le fais toute seule dans ton coin, bon quand t'as plusieurs années de diplômes, que tu te sens à l'aise avec ton équipe bon ça va mais un élan de groupe ça aide. Après j'ai une amie qui fait des AAD, elle trouve ça trop bien que dans une structure on puisse respecter ce CT.

Lila : Elle a une pratique proche de ça ?

SF2 : Oui carrément, en plus il y a même des bébés lotus. Donc ouais elle a une pratique vraiment proche.

Lila : Pour toi c'est quoi les avantages et inconvénients du CCO tel qu'il est pratiqué aux Lilas ?

SF 2 : Ben les avantages c'est des avantages qu'il récupère une grosse partie de son sang, on évite l'anémie pendant 6 mois, qu'il récupère des cellules souches du cordon. Après les inconvénients, une CI c'est quand c'est un macrosome tu augmentes son risque de GR donc un risque d'ictère en plus. Mais bon quand ils naissent t'as un doute s'il est macrosome ou non et même si je sais ça je ne clampé pas le cordon même si je vois qu'il est costaud. Je le sais mais je ne le prends pas en compte. Au début je me disais que ça ne serait pas pratique. Mais pas du tout, le seul truc c'est si le cordon est court. Mais en fait tu expliques à la maman et elle comprend tout à fait et elle le garde bas pour pas que ça tire. C'est pratique en fait. Sinon heu ben l'avantage c'est le fait que le bébé soit relié au cordon et placenta, ben tant que la délivrance n'est pas faite ben il peut vraiment rester en peau à peau. Personne ne va l'emmener pour faire les soins ou je ne sais quoi. Ça renforce le lien avec la mère. Sauf s'il ne va pas bien, bien sûr. Oui ben y a certains cas où on ne devrait pas le faire mais ce n'est difficilement pas faisable pq à la naissance on ne sait pas. Et après en césarienne c'est moins pratique, le bébé est dans les bras du gynéco ce n'est pas très confortable pour lui. Il faudrait trouver une technique plus sympa. Après je ne sais plus où c'était, j'avais vu qu'il passait le bébé sous le champ, sans toucher au cordon mais bon c'est un peu compliqué niveau aseptie etc... Voilà l'inconvénient c'est quand il est macrosome et la césarienne. C'est un peu plus compliqué, césarienne une minute mais c'est tout.

Lila : Est-ce que tu trouves que ça complique la gestion de la délivrance avec les hémorragies ? T'as vu des différences ?

SF2 : Non ça ne complique pas. Une délivrance spontanée complète dans les 30 minutes ben ça ne change rien. Par contre quand t'as une hémorragie ben je vais clamber mais c'est rarement au bout d'une minute donc bon le cordon ne bat quasiment plus et même ne bat plus. Sur une hémorragie je vais clamber mais il va falloir aider pour la délivrance. Ou s'il faut faire une délivrance artificielle. Sur une délivrance classique ça ne change rien.

Lila : Je n'ai pas l'impression qu'il y ait une durée qui soit dite. Pour toi, y a-t-il une durée optimale ?

SF2 : Je pense que le minimum c'est 30s et le mieux au moins jusqu'à ce que le cordon arrête de battre. A partir de ce moment-là il n'y a plus de nécessité. Tu vois aux Lilas on le laisse deux heures mais bon s'il arrête de battre il n'y a plus d'échanges. Il n'y a pas forcément un intérêt qui perdure. Moi je m'enfiche, au minimum 1 min-30s si l'état du bébé ne le permet pas. Mais qu'il bénéficie au moins de 30secondes. S'il arrête de battre pour moi ça me dérange pas de le couper.

Lila : Pourquoi il laisse 2H ?

SF2 : Franchement je ne sais pas, j'espère que tu auras la réponse. Je ne sais pas, j'avais déjà demandé, pourquoi pas, ça ne me dérange pas mais pourquoi 2h. Peut-être que c'est une question d'organisation. Finalement la patiente se délivre assez vite surtout avec la DD. Après tu emballes le placenta, tu mets de côté et tu fais ta suture, bébé est en peau à peau et si jamais le papa veut faire du peau-à-peau ben tu le proposes. Je pense que c'est une question d'organisation mais bon je ne sais pas. Peut-être qu'il y a un bénéfice plus que jusqu'à ce qu'il arrête de battre mais ça je ne sais pas. Il y a peut-être une signification un peu plus sacrée mais je ne sais pas.

Lila : Est-ce que tu as vu des formations sur le CCO ? Etudes, congrès, présentation ?

SF2 : Il y a les recommandations de OMS. Je crois que pendant un congrès, pendant mes études, le congrès des sages-femmes libérales. Je crois qu'il y avait une intervention sur le CT, avantages et inconvénients. Une méta-analyse etc... Mais je ne me souviens pas hyper clairement. Est-ce que j'ai lu des trucs dessus ? Etudiante je pense que oui mais récemment non.

Lila : Si tu changeais d'endroit, de lieu de pratique, est ce que tu penses que tu continuerais à faire un CCO comme celui-ci.

SF2 : Oui c'est sûr. Comme je te disais, au début je ne le faisais pas en systématique mais je sentais que dans le fond je n'étais pas forcément fière de ce que je faisais. On pourrait le faire en fait ça ne changerait rien. Mais du coup, le fait d'avoir pris cette habitude-là ben peu importe où j'irai bosser, même si jamais je me retrouve à aller travailler dans un endroit où ce n'est pas du tout la pratique de le faire. Si c'est juste une question d'habitude de services, je m'en fiche je le ferai quand même. J'expliquerai aux parents et c'est eux qui choisiront. S'ils veulent qu'on clampe on clampe, c'est leur choix, leur enfant. Mais sinon je prendrais ce réflexe comme maintenant de l'expliquer en systématique et de le faire. Les parents refusent très rarement. Le seul truc qui me ferait ne pas le faire c'est si je suis amenée à travailler à l'étranger, dans je ne sais pas quel pays ou avec une ethnie pour qui s'est mal vu pour des raisons un peu traditionnelles et culturelles. Là je ne le ferai pas mais dans un contexte français classique. Je le ferai oui.

Lila : Au niveau de ta pratique clinique, comment tu la vois évoluer ? Qu'est-ce que tu identifies comme moteur à ces changements.

SF2 : Oui il y a des évolutions, le fait de changer d'endroits, que tu rencontres d'autres équipes confrontées à d'autres façons de faire. Depuis 3 ans j'ai changé quand même. Même s'il y a toujours une passion, des convictions que j'avais et tout ça. Mais avec la maturité je les assume plus. Le changement de lieu de travail me fait changer et évoluer. Ça fait un an que je suis aux Lilas, je sais que je ne suis pas la même sage-femme qu'au début. Tu vis des expériences, tu accompagnes des couples sur des choses qui se passent super bien et d'autres non où on se dit qu'on aurait pu faire autrement. Cette réflexion, ça peut paraître un routinier. Aux Lilas tu te poses un peu plus de questions parce qu'on s'adapte pas mal aux patientes et à leur volonté. Mais quand tu es dans quelque chose de très protocolaire ben tu réfléchis plus. Le fait de changer de lieu, d'être confronté à des situations physiques variables, les collègues que tu rencontres, là où tu travailles, pendant les formations. Tu parles à d'autres sages-femmes et d'autres gynécos. Ça te fait réfléchir et évoluer ta clinique et comment tu vois les choses. Tu te remets en question, tu approfondis tes connaissances, c'est indispensable pour une sage-femme, un professionnel de santé. Mais il faut se mettre à jour. On ne peut pas tout faire. Tu ne pourras jamais tout faire c'est sûr. Mais au moins une fois par an se dire « ben ça j'aimerais bien le bosser ».

Lila : Que représente les Lilas pour toi ?

SF2 : Les Lilas signifie beaucoup de choses pour moi.

Le respect des femmes, des couples et des nouveau-nés, que ce soit dans leurs décisions, envies, souhaits mais aussi dans leur intégrité physique et psychique.

Les Lilas c'est aussi une grande part d'histoire avec la lutte pour le planning familial et un accouchement – une maternité / parentalité respecté(e).

Les Lilas c'est un trésor pour lequel on doit lutter afin de le préserver et de ne pas se le faire dérober.

Les Lilas c'était un peu mon « goal » en tant que sage-femme, le « graal » à atteindre !

Annexe V - Retranscription intégrale de l'entretien n°2

DATUM/DATE 23.09.21.

Jeunes 2467

Vieilles +3589

Axes Entretien:

le CCO.

I. Apprentissage Ecole:

- CCO 1 min (2) (7 pour prima)
- Non reçu white maison (2)
- CCO immédiat (3-4-5-7-8-9-1)
- Arrêt battement cœur (6) X

II. Après diplôme (hors lila)

- Immédiat à < 1 min : 2-3-5-8-9

III. Aux lila

- CT après examen blanc Plaque à DCI 2h PPI (1-2-3-4-5-6-7-8-9)
- Aut coupé avant 2h : 5-9

Intérêts:

- Transition AVEU plus facile (1-5-6-7-8)
- Stabilité hémodynamique (1)
- Appareil GR, lila, lila, lila (1-2-6-7-9)
- Appareil lila (1-2-6)
- lien mère-enfant (1-6-7)
- Augmentation supprime PPI oxygène (1-7)
- Déclassement lila (1)
- Logistique (4)
- Plan de lila (5-7-8)
- Plus de pain à peau (7)
- Temps plus étendu (7)
- Symbolique (9)
- Circulaire (1-3)

DATUM/DATE

Inconvénients:

- Polyglobulie (9)
- Sèche (7-9)
- HDD (2-9)
- Ris NN (3-6-9)
- Nauvome (2)
- Céramique (2)
- Circulaire terre (6)

difficultés causées par la mise en place de DCI / CT

Changement d'endroit:

- Continue comme aux lila (1-3-6-9)
- Ne sait pas (4-7-8)
- Un peu différemment: CT pas DCI (5-6-8-9)

Nouvelle année: qui fait faire CT / DCI

- On lui dit de le faire (1-2-3-4-5-6-7-8-9)
- Pas si ne sait pas (1-2-3-6-7)
- Presque équipe (2)
- Questionnaire sur le reste de sa pratique (1)
- Discussion pour qu'elle le fasse (1-5-6-7-8)
- (Gyn) lisse faire ce qu'elle veut (9)

La Pratique Clinique:

Influencé par:

- Recherche personnelle: E learning (1) littérature (3)
- Congrès (1-2-5-6)
- Formation continue: DU DIU (9-8)
- Prise (1-3)
- Collègue, accompagnement: (1-2-3-4-5-6-7-8-9)

DATUM/DATE

Soutien de la patiente: (2-3-4-5-6-7-8-9)

Expérience perso: durée

Expérience pro: lila (5-9) Pa (4)

autres échecs (2-5)

Recommandations: (1-2)

Phylogène: (1-3-6)

Empoigne / lila (1)

Règles du lieu de travail (5) Cadre (3)

Faire par:

- Plan de lila (2-3-5-6-8)
- Temps (4-5-9)
- Qualité de travail (1-5-9)

Les Protocoles:

- le CCO:
- Sait s'il y a protocole
- Ne sait pas (2-5-6-7-8-9)
- Sait qu'il n'y en a pas (1-3-4)
- Intérêt:
- Il n'en faut pas pour être adapté: (1-3)
- Pas pour phylogène (7-6)
- Il en faut plus pour patho (7)
- Il en faut plus (5)

DATUM/DATE

Ouverture:

- Revalorisation lila (accompagnement) (1-3)
- Les lila uniformiser les pratiques
- L'uniformité et la profession vage. femme / accompagnement
- Histoire de la formation
- 1 femme 1 lila femme
- est / technique lila en soit, accompagnement non.

Phylo

lila "ça c'est les lila"

"on arrive pas aux lila, pas besoin"

Connaître l'indicateur et passer une pratique "moyenne" dans l'écriture quotidienne du SF: analyse du CT aux lila

I. Une pratique non enseignée en formation et adoptée à l'écriture lila

1. Représentation formation
2. Une SF dédiée à la veille moteur de la mise en place du lila aux lila
3. Une pratique présente au collectif

II. Pratique à l'écriture quotidienne

- 1. les intérêts

III. la pratique du CT comme réponse aux enjeux pro

1. les valeurs physiologiques
2. les valeurs éthiques: accompagnement projet naissance

Annexe VI – Méthode d'émergence des résultats des entretiens

GLOSSAIRE

CCO : Clampage du Cordon Ombilical

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNPSF : Conseil National Professionnel des Sages-femmes

CNSF : Conseil National des Sages-Femmes

CP : Clampage Précoce

CSP : Code de la Santé Publique

CT : Clampage Tardif

DE : Diplôme d'Etat

DFASMa : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques

DFGSMa : Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques

DPC : Développement Professionnel Continu

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medecine

ECUN : EntéroColite Ulcéro-Nécrosante

HAS : Haute Autorité de Santé

HIV : Hémorragie Intra-Ventriculaire

ILCOR : L'International Liaison Committee On Resuscitation

INBP : Infection Néonatale Bactérienne Précoce

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : première année commune aux études de santé

PTT : Photothérapie

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Titre : L'évolution de la pratique clinique des sages-femmes en faveur du clampage tardif du cordon ombilical : une analyse de l'activité à la maternité des Lilas.

Introduction : La pratique clinique des sages-femmes évoluent au cours de la vie professionnelle. On a constaté que dans une maternité d'Île-de-France, la manière de pratiquer le clampage du cordon ombilical différait considérablement de celle apprise lors de la formation initiale.

Objectif / Question de recherche : Pourquoi et comment les sages-femmes font-elles pour faire évoluer leur pratique clinique jusqu'à inscrire dans leurs habitudes une technique peu usitée ?

Méthodologie : Une étude qualitative est menée par le biais d'entretien semi-dirigé avec les sages-femmes de la maternité des Lilas exerçant en salle de naissance.

Résultats : Plusieurs points ont été identifiés comme moteur à l'évolution de la pratique clinique tels que la littérature scientifique, l'influence des collègues, la volonté des patientes, les valeurs portées par les professionnelles.

Conclusion / Analyse / Discussion : Après le diplôme, la pratique clinique des sages-femmes continue à être en perpétuel évolution. Les conditions de travail actuelles en milieu hospitalier et particulièrement en salle de naissance entrave la transmission du savoir entre professionnel.le.s de différents niveaux d'expériences.

Mots-clés : Pratique clinique, sage-femme, Clampage tardif du cordon ombilical.

Nombre de pages : 70

Nombre d'annexes : 6

Nombres de références : 72

ABSTRACT

Title : The evolution of the clinical practice of midwives in favor of late clamping of the umbilical cord: an analysis of the activity at the Lilas maternity ward.

Introduction : The clinical practice of midwives evolves over the course of professional life. It was seen that in a maternity hospital in Île-de-France, the way of performing umbilical cord clamping differed considerably from that learned during initial training.

Objective / Research Question : Why and how do midwives develop their clinical practice to include a little-used technique in their habits?

Method : A qualitative study was conducted through a semi-directed interview with the midwives of the Lilas maternity unit working in the delivery room.

Results : Several points have been identified as drivers for the evolution of clinical practice such as scientific literature, the influence of colleagues, the will of patients, the values held by professionals.

Conclusion / Analysis / Discussion : After graduation, the clinical practice of midwifery continues to evolve. The current working conditions in the hospital environment and particularly in the delivery room hinder the transmission of knowledge between professionals of different levels of experience.

Key words : Clinical practice, midwifery, Late clamping of the umbilical cord.

Number of pages: 70

Number of annexes: 6

Number of references: 72