



Retour à domicile des nouveau-nés : les sages-femmes libérales face à leurs compétences en pédiatrie. Étude réalisée auprès de 11 sages-femmes libérales du secteur Lens-Liévin
Pauline Fraczyk

► **To cite this version:**

Pauline Fraczyk. Retour à domicile des nouveau-nés : les sages-femmes libérales face à leurs compétences en pédiatrie. Étude réalisée auprès de 11 sages-femmes libérales du secteur Lens-Liévin. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01440494

HAL Id: dumas-01440494

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01440494>

Submitted on 3 Jul 2019

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

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

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

RETOUR A DOMICILE DES NOUVEAU-NES :

Les sages-femmes libérales face à leurs compétences en pédiatrie.

Etude réalisée auprès de 11 sages-femmes libérales du secteur LENS-LIEVIN

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Pauline FRACZYK

Sous la direction de

Mr Cédric ROUTIER – Directeur Unité HaDéPaS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

RETOUR A DOMICILE DES NOUVEAU-NES :

Les sages-femmes libérales face à leurs compétences en pédiatrie.

Etude réalisée auprès de 11 sages-femmes libérales du secteur LENS-LIEVIN

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Pauline FRACZYK

Sous la direction de

Mr Cédric ROUTIER – Directeur Unité HaDéPaS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur Cédric ROUTIER, directeur de ce mémoire, pour sa guidance, sa disponibilité et son investissement tout au long de mon travail ;

Je tiens également à remercier Madame Anne-Sophie PIHEN, sage-femme enseignante référente, pour son écoute, sa confiance et ses conseils avisés ;

Je tiens surtout à témoigner toute ma reconnaissance à l'ensemble des sages-femmes libérales de la communauté d'agglomération de Lens-Liévin pour leur participation à cette étude, leur disponibilité et leur accueil ; ainsi qu'à leurs patientes qui ont accepté ma présence lors de l'étude ;

Je souhaite remercier ma famille et mes amis qui m'ont apportée leur soutien moral et intellectuel tout au long de mon travail et de mes études ;

Je souhaite par ailleurs remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de la filière Maïeutique de la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique pour son écoute, son empathie et son accompagnement tout au long de ces 4 années ;

Avec une pensée pour l'ensemble de la promotion 2016.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	- 3 -
MATERIEL ET METHODE.....	- 7 -
Protocole de recherche.....	- 7 -
Considérations éthiques	- 8 -
RESULTATS	- 9 -
La prise en charge du nouveau-né à domicile.....	- 9 -
Les variables retrouvées faces aux difficultés des sages-femmes dans cette activité	- 18 -
ANALYSE ET DISCUSSION.....	- 22 -
Discussion méthodologique.....	- 22 -
Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes auprès du nouveau-né	- 23 -
Propositions	- 34 -
Ouverture	- 36 -
CONCLUSION	- 37 -
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	- 38 -
ANNEXES	
ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN	
ANNEXE II : GRILLE D'OBSERVATION	
ANNEXE III : DEMANDE D'AUTORISATION	
ANNEXE IV : PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ICTERE DU NOUVEAU-NE.....	- 11 -

TABLE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé

CASSF : Collection des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes

CIANE : Collectif Inter Associatif de la Naissance

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

DE : Diplôme d'Etat

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

SA : Semaine d'Aménorrhée

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

INTRODUCTION

En France, la situation économique actuelle justifie selon l'Etat des décisions économiques et sociales parfois mal reçues, notamment relatives à la réduction des déficits publics et à la réorganisation de notre quotidien. Un des points sensibles des politiques de santé en matière de réduction des déficits est principalement celui relatif à l'assurance sociale.

Les contraintes budgétaires des établissements de santé depuis 2004, liées au coût d'hospitalisation [1], mais également à l'embolisation des services de maternité avec la fermeture des petites structures hospitalières et la concentration de l'activité obstétricale dans de grands pôles sans ouverture de lits supplémentaires [2], ainsi qu'une relative hausse des naissances [3], ont eu pour conséquence de tendre vers des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes pour les couples mère-enfant [4].

Pourtant, au plan international, l'OMS définit le post-partum comme « *une période de transition critique pour la femme, son nouveau-né et sa famille sur le plan physiologique, affectif et social et comme la période allant d'une heure après l'accouchement jusqu'à 6 semaines plus tard* » [5]. Cette période du post-partum nécessite donc une surveillance médicale de la mère et du nouveau-né, couplée à un soutien à la parentalité.

L'accompagnement du couple mère-enfant lors du post-partum se retrouve au cœur des préoccupations actuelles car il existe une grande variabilité dans cet accompagnement dont bénéficient les femmes, surtout lors de leur retour à domicile. En effet, si l'accompagnement de la femme lors de grossesse est optimal, la période du retour à domicile semble elle quelque peu délaissée par notre société. Une étude [6], réalisée à partir des données de l'enquête nationale de 2010 sur la périnatalité, démontre que très peu de mères et de nouveau-nés bénéficient d'un accompagnement à domicile après leur sortie de maternité. Il s'avère que c'est une demande croissante des femmes elles-mêmes qui jugent que leur préparation à la sortie de la maternité n'est pas satisfaisante vis-à-vis des informations et conseils médicaux qui leur sont donnés, d'après une étude de la DREES en 2008 [7].

Dans ce contexte l'Assurance Maladie a créé, en 2012, un dispositif d'accompagnement des femmes et de leurs nouveau-nés après un accouchement physiologique : le Programme d'Accompagnement de retour à DOmicile, volet maternité (PRADO), pour répondre aux nouvelles attentes des femmes ainsi qu'à celles des politiques de santé [8]. Ce programme s'adresse aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social selon des critères d'éligibilité bien précis. Le cahier des charges recommande la réalisation de deux à trois visites faites préférentiellement au domicile des patientes par une sage-femme libérale. Ce suivi doit débuter et être organisé au cours des vingt-quatre à quarante-huit premières heures après la sortie du service maternité du couple mère-enfant selon le type de sortie envisagée. Le choix de la sage-femme se fait par la patiente elle-même sur une liste présentée par un agent de la CPAM. A sa mise en place, le PRADO était un

programme controversé faisant face à beaucoup de résistance de la part des professionnels de santé. D'un côté, l'UNSSF appelait au boycott du programme du fait de la disparité géographique des sages-femmes libérales, de la rigidité des critères d'éligibilité et de la maigre rémunération en échange de ce service [9]. De l'autre, les autres professionnels de la périnatalité s'insurgeaient du peu de concertation avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et de la non prise en compte des réseaux déjà existants [10]. De ce fait, en 2014, l'HAS [11] a actualisé ses recommandations tant au niveau organisationnel que médical pour établir les conditions et modalités optimales du retour à domicile des mères et des nouveau-nés à bas risque médical en y incluant la possibilité d'un retour précoce à domicile et d'inclure les accouchées par césarienne. A noter que l'ANAES avait auparavant créé en 2004 un dispositif [12] de retour précoce à domicile après l'accouchement. Il permettait aux maternités d'organiser, avec son personnel soignant, des sorties précoces pour les couples mère-enfant avec un relais à domicile.

L'objectif de l'accompagnement du couple mère-enfant lors de leur sortie de maternité est de garantir un suivi à domicile satisfaisant car la marge de sécurité est réduite par rapport à la maternité vis-à-vis du repérage des anomalies chez le nouveau-né [13]. En effet, le nouveau-né est un être vulnérable.

« La première semaine de la vie est une période cruciale où le nouveau-né doit s'adapter à un nouvel environnement pour acquérir une autonomie de ses fonctions vitales et assurer sa croissance. Le nouveau-né traverse dans les premières heures et les premiers jours une période d'adaptation à la vie extra-utérine constituée d'une extraordinaire série d'ajustements fonctionnels, métaboliques, respiratoires et circulatoires destinée au maintien des fonctions vitales. Les premiers jours de la vie sont une période d'observation attentive pour détecter, le plus tôt possible, le moindre indice de dysfonctionnement grâce à une connaissance appropriée de la physiologie néonatale. Dans des conditions normales, les données de cette physiologie montrent que l'autonomie des grandes fonctions peut être acquise dans des délais de 3 à 5 jours » [14].

Il existe donc à chaque période de son développement des pathologies spécifiques en lien avec son adaptation à la vie extra-utérine tel que l'ictère néonatal avec risque d'encéphalopathie, les infections materno-foetales à révélation secondaire ou nosocomiales, les troubles alimentaires, les défaillances cardio-circulatoires dues aux cardiopathies congénitales, des troubles consécutifs à l'imprégnation de toxiques en ante ou périnatale, d'affections congénitales à symptomatologie discrète ou retardée et des anomalies orthopédiques [13-14].

L'enjeu pour les sages-femmes libérales est de réussir à dépister les anomalies lors de leur prise en charge à domicile de ce couple mère-enfant, surtout chez le nouveau-né pour éviter un retard au diagnostic. Actuellement, le suivi et la prise en charge du retour à domicile du couple mère-enfant sont essentiellement effectués par les sages-femmes libérales. Il est en lien avec le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011 sur le rôle des sages-femmes dans le système de soins qui conseille la « *[réorientation de] l'activité des sages-femmes libérales vers le suivi postnatal et le suivi global* », afin de « *revaloriser les actes à forte responsabilité médicale* » « *aux dépens des actes n'impliquant aucune prise de risque* » [15]. Le PRADO est en continuité avec ces recommandations, mais c'est en lien également avec l'évolution de la profession vers le libéral. Elle est en partie due à une augmentation du nombre total de sages-femmes et une stagnation des offres de postes en milieu hospitalier, mais aussi à une politique visant à donner plus de compétences et d'autonomie à la profession, avec l'élargissement de leurs compétences en 2009. En 2015, la France compte 21 632 sages-femmes. Les sages-femmes exercent majoritairement en milieu hospitalier (74 %) mais sont de plus en plus nombreuses à s'installer en libéral. Le nombre des sages-femmes libérales, qui avait plutôt tendance à baisser jusqu'à la fin des années 1980, a triplé en 20 ans. Leur nombre devrait encore augmenter et même doubler d'ici 2030 [16-17].

Or l'exercice des visites à domicile en postnatal est une activité relativement nouvelle et peu cadrée au niveau des textes officiels. D'après l'article L4151-1 du code de la santé publique¹, « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte [...] la pratique [...] des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.* » [18]. Dans le cadre d'une mission « *évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé* », le ministère de la Santé et des Sports, le CNGE, CNOSF, CASSF et CNGOF ont élaboré un « *référentiel métier et compétences, médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens* ». Ce référentiel métier et compétences vise à clarifier les compétences attendues et requises pour exercer ces métiers. La situation 6 tirée du référentiel métier et compétences des sages-femmes, en lien avec le suivi mère-enfant dans les suites de couches, indique l'ensemble des savoir-faire et connaissances à acquérir pour maîtriser cette situation tels que : l'accueil mère-enfant, l'examen pédiatrique, les conseils hygiéno-diététiques et d'éducation à la santé, le dépistage des situations de vulnérabilité, le soutien et l'accompagnement à l'allaitement maternel et la promotion du développement du lien mère-enfant et de l'accès du couple à la parentalité [19].

En partant de ce constat, on peut se demander

Quelles compétences pédiatriques les sages-femmes déploient-elles lors des visites de retour à domicile pour leur prise en charge ?

Que font-elles ?

¹ Article L.4151-1 du CSP portant sur le champ d'exercice de la sage-femme

Comment le font-elles ?

Sur quoi s'appuient-elles pour mener leur prise en charge ?

Cette recherche vise principalement à décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales dans leur prise en charge du nouveau-né à domicile.

Secondairement, elle s'efforcera d'évaluer leurs différentes réactions face à cette prise en charge, de manière à appréhender les difficultés et les leviers auxquels ces professionnelles sont confrontées dans cette activité.

MATERIEL ET METHODE

PROTOCOLE DE RECHERCHE

TYPE D'ETUDE

Etude qualitative sur les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales.

TERRAIN ET POPULATION

La population ciblée était celle des 14 sages-femmes libérales exerçant sur le secteur de la communauté d'agglomération de Lens-Liévin situé dans le département du Pas-de-Calais. J'ai choisi d'étudier ce terrain car ce secteur faisait et fait toujours face à « *une insuffisance des ressources pédiatriques* » [20] d'après le rapport de la cour des comptes de 2015 sur les Maternités de la région Nord-Pas-De-Calais. Il me paraissait important et intéressant de savoir quelle place les sages-femmes libérales jouent dans le parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie dans cette zone géographique.

CRITERES D'INCLUSION

Les sages-femmes pratiquant le suivi à domicile postnatal du couple mère-enfant ainsi que celles qui ont décidé de ne pas le pratiquer.

OUTIL

Entretien semi-directif complété, sur accord de la sage-femme libérale et de la patiente, par l'observation non participante d'une visite à domicile.

MODE DE RECUEIL DE DONNEES

Les entretiens étaient semi-directifs et s'appuyaient sur une grille d'entretien [Annexe I]. Ils étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone pour permettre la transcription et l'analyse des données par la suite. La grille d'entretien comprenait une première partie axée sur la prise en charge du nouveau-né à domicile par les sages-femmes libérales. Les questions étaient les plus ouvertes et neutres possibles afin de ne pas influencer leur réflexion et leur réponse. Puis, une seconde et dernière partie concernait leur parcours professionnel. Le but était de connaître le type de formation que chacune avait pu recevoir lors de ses études et de voir l'apport de leur expérience professionnelle, qu'il soit pratique ou théorique, dans cette activité.

Les observations non participantes sont effectuées à partir d'une grille préalablement construite à partir de la Situation 6 du Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes [16] et des recommandations de bonne pratique vis-à-vis de l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés lors de leurs sorties de maternité de l'HAS, édité en mars 2014 [11]. [Annexe II].

Complémentairement, la tenue d'un carnet d'observation relatant des observations faites lors de l'entretien, des discussions informelles avec les sages-femmes libérales en dehors des entretiens ou des observations non participantes, et de premières ébauches d'analyse selon la méthode de l'entretien compréhensif de Kaufmann [21] a été utilisée. La bibliographie m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le sujet pour appuyer les résultats obtenus.

CRITERES DE JUGEMENT

Typologie des savoirs, des savoir-faire, des savoir-être, des ressources ainsi que des attentes perçues et des relais possibles exprimés par les sages-femmes libérales sur leur prise en charge du nouveau-né à domicile.

Typologie des principaux facteurs repérés aux leviers et difficultés des sages-femmes : la date d'obtention du Diplôme d'Etat, le contenu de la formation initiale, la formation continue et l'apport de leur expérience professionnelle.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les données rapportées lors de l'entretien semi-directif et lors de l'observation non participante ont été anonymisées de manière à ce que toute citation utilisée par la suite soit sous la forme « Diplômée + Année d'obtention du DE ».

Chaque sage-femme libérale interrogée et chaque couple mère-enfant faisant partie de l'observation non participante ont dû signer un document écrit m'autorisant par la suite à utiliser les données fournies lors de l'étude [Annexe III].

RESULTATS

Le travail de recherche s'est déroulé du mois d'octobre au mois de décembre 2015.

➤ DESCRIPTION DE LA POPULATION CIBLEE :

Ayant choisi d'interroger les sages-femmes libérales de la communauté d'agglomération de LENS-LIEVIN, j'ai dû déterminer dans un premier temps les communes faisant partie de ce secteur. Pour y parvenir, je me suis appuyée sur le site de l'Institut Régional de la Ville (IREV) de la Région Nord Pas-de-Calais [22]. Puis, j'ai cherché leurs coordonnées grâce à l'annuaire santé du site internet de l'assurance maladie [23]. Entre le 9 novembre et le 23 décembre 2015, j'ai commencé le recrutement téléphonique de ces sages-femmes libérales afin de présenter l'étude et de fixer les rendez-vous pour la réalisation de l'entretien ainsi que celui de l'observation non participante. Si j'avais une non-réponse après 2 appels, je leur laissais un message vocal explicatif ou dans les cas où le recrutement par courriel était possible, je leur laissais un mail explicatif. Si je n'avais toujours pas réponse après cette démarche, j'ai considéré cela comme un refus.

Les entretiens semi-directifs se sont faits du 26 novembre 2015 jusqu'au 24 décembre 2015 et les observations non participantes se sont effectuées du 28 novembre 2015 jusqu'au 23 décembre 2015.

11 sages-femmes libérales sur 14 ont accepté de participer à l'étude. Pour les 3 refus, une ne voulait pas en raison de son installation récente et les deux autres étaient des non-réponses. Sur les 11 sages-femmes participantes, toutes avaient accepté l'entretien et l'observation non participante. Par manque de disponibilité de part et d'autre sur cette période, 5 observations n'ont pas pu aboutir.

Pour faciliter la lecture, les résultats seront présentés par thème. Les thèmes développés sont en lien avec les objectifs de l'étude, à savoir la description des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales dans leur prise en charge du nouveau-né à domicile et l'identification des potentiels difficultés et leviers auxquels ces professionnelles sont confrontées dans leur activité.

LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE A DOMICILE

Lors de l'entretien, j'ai initié par leurs représentations professionnelles afin de savoir ce que les sages-femmes englobaient sous cette activité. Une des définitions actuelles fait consensus. Elle est proposée par une communauté de chercheurs des sciences humaines Mias, Bataille, Blin et Piasser, et se définit telle que : « *Ni savoir scientifique, ni savoir de sens commun, elles [les représentations professionnelles] sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités*

professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ ».

Les « *objets* » susceptibles d'être des objets de représentation professionnelle ont certaines propriétés. Ils sont polymorphe dans un champ professionnel donné, et remarquables pour ceux qui les mobilisent dans l'interaction professionnelle, c'est-à-dire qu'ils sont assez importants à leurs yeux pour qu'ils aient une volonté de les maîtriser. Du reste, ces professionnels doivent pouvoir se sentir concernés par l'objet en question et ses multiples facettes « *relationnelles, organisationnelles, institutionnelles dans une représentation efficace et utile* ».

Les « *acteurs* » porteurs de représentations professionnelles ont cette particularité d'être perçus par la société comme des professionnels. Selon Bataille, « *Etre professionnel, c'est exercer une activité généralement au sein d'une organisation publique ou privée après avoir suivi une formation garantissant une compétence spécifique et assurant, par l'obtention d'un diplôme, l'appartenance à une identité de métier. Chaque profession désigne socialement la réalisation d'activités spécifiques non réductibles à un poste et à partir desquelles les professionnels se reconnaissent entre eux et se distinguent des autres, par-delà leurs contextes d'exercice* ». Les membres d'un groupe professionnel partagent des préoccupations semblables, des échanges réguliers, des pratiques et références communes autour de cet objet qui les inscrit dans une culture commune. L'identité professionnelle de ce groupe ne se distingue clairement que par ce rapport d'identification/différenciation avec d'autres groupes professionnels.

Lorsque Mias, Bataille, Blin et Piasser mentionnent « *dans l'action et l'interaction professionnelles* », ils font en fait référence aux contextes de production, de circulation et de modification des représentations professionnelles. Ce collectif de chercheurs définit le contexte professionnel comme « *à la fois le cadre des activités (les structures spatiales et temporelles dans lesquelles s'inscrivent les actions et les interactions) pourvu d'une certaine autonomie, l'organisation qui régule une communauté réunissant un ensemble de personnes et de groupes en interactions et l'institution qui la fonde symboliquement* ». Le groupe qui les porte, les objets qu'elles concernent et les contextes de leur production caractérisent et spécifient ce qu'il faut comprendre donc par « *représentations professionnelles* ».

Les représentations professionnelles disposent de quatre fonctions caractéristiques : la fonction cognitive (Les représentations professionnelles sont des cognitions, autrement dit des savoirs pratiques, produites et partagées dans un groupe professionnel. Elles se transforment au gré des changements de pratiques professionnelles et des évolutions du contexte professionnel considéré) ; la fonction d'orientation des conduites, des comportements et des pratiques (Les représentations professionnelles permettent aux membres d'un groupe professionnel d'agir quelque soit la nature des situations professionnelles accomplies (situations habituelles dans le cadre de l'exercice professionnel, situations d'incertitude, situations nouvelles, etc.). Elles orientent les actions des professionnels, produites dans le

cadre de leurs fonctions) ; la fonction justificatrice (anticipée ou rétrospective des pratiques) (Les représentations professionnelles « *facilitent la communication professionnelle [dans le groupe] et permettent a posteriori une justification des opinions émises et/ou des conduites tenues* ». Ces représentations sont utilisées par les professionnels pour expliquer ou valider leurs actions) ; et la fonction identitaire (Les représentations professionnelles permettent aux membres d'un groupe professionnel de se construire une identité commune, d'avoir un sentiment d'appartenance envers ce groupe et de se situer par rapport aux autres groupes professionnels. Elles sont également un « *socle de stabilité* » pour protéger cette identité professionnelle d'éventuelles modifications provenant de l'extérieur) [24-25].

En résumé, une représentation professionnelle est caractérisée par un groupe professionnel donné, un objet polémique et un contexte social particulier. Elle est une « grille de lecture » pour comprendre et interpréter la réalité à un endroit et un moment donné afin qu'un groupe professionnel puisse prendre position sur l'objet polémique. Ils définissent alors ensemble ce qu'il est licite et tolérable de faire (en termes de comportements et de pratiques) et de dire (en termes d'opinions) à propos de cet objet. Le rôle de ces représentations professionnelles est de produire des savoirs et savoir-faire dans un groupe professionnel au gré des changements de pratiques professionnelles et des évolutions du contexte professionnel considéré ; de savoir agir quelle que soit la nature des situations professionnelles accomplies ; de faciliter la communication professionnelle et de permettre aux membres d'un groupe professionnel de se construire une identité professionnelle commune.

Spontanément, les premières représentations de la prise en charge du nouveau-né à domicile évoquées par les sages-femmes sont purement techniques « *C'est l'examen que je réalise lors des visites de retour à domicile : [la] surveillance, un examen clinique total, de la tête au pied avec auscultation, palpation des pouls fémoraux, tonus voilà... et évoquer l'alimentation* » dicit Diplômée 2008, puis tendent vers un aspect plus relationnel « *Mais aussi surtout la partie relationnelle avec la mère, avec le père quand il est présent, de voir aussi, la façon dont vivent les parents avec les enfants et les locaux, pouvoir réassurer les parents sur leur capacité à être parents et tout ce qui est lien mère-enfant et le développement de l'enfant* » dicit Diplômée 1978. On retiendra que la prise en charge du nouveau-né à domicile est essentiellement basée sur l'examen clinique du nouveau-né afin d'assurer une surveillance clinique de l'adaptation à la vie extra-utérine et le lien mère-enfant, qui sont les deux éléments qui ressortent le plus pour 5 d'entre elles. Plus finement, l'aspect relationnel est souvent plus détaillé que celui technique. Elles nomment par exemple les conseils à donner aux parents face à leurs questionnements au retour à domicile, la réassurance des parents, le lien famille-enfant et la qualité de l'environnement familial (Le logement est-il décent ? Existe-t-il des intoxications exogènes de la mère et de l'entourage pouvant impacter la santé de l'enfant ? Quelle est la qualité du contexte familial vis-à-vis de l'étayage et des personnes ressources de la famille ?). Un autre aspect est développé, plus en lien avec les objectifs professionnels, le nouveau-né comme étant l'axe principal du PRADO et l'inscription du PRADO dans le suivi global. Enfin, j'ai pu constater que pour une sage-femme la prise en charge néonatale ne se limitait pas pour elle

au suivi à domicile dans le cadre du PRADO, mais pouvait regrouper : *« Tout ce qui va être éventuellement fin de grossesse : de la patho près du terme, de la prépa à domicile, ça peut être du PRADO en effet, et ça peut être aussi des consultations vis-à-vis de l'allaitement maternel »* dicit Diplômée 1981. Ici, je pense que le mot « néonatal » a dû l'induire en erreur et engendrer une réponse à la marge de celles données par les autres. Malgré tout, le fait qu'elle englobe les activités faites en ante et postnatal montre qu'une sage-femme s'occupe toujours de deux êtres : la mère et l'enfant, et ce, à travers tout le suivi de la femme enceinte.

➤ LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

Selon Le Boterf, une pratique professionnelle pertinente est *« le fait de savoir agir avec compétences dans une situation de soin donnée en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources »* telles que les savoirs scientifiques et techniques, les gestes professionnels, les savoir-faire techniques, l'expérience pratique, les raisonnements cliniques, les savoir-faire relationnels, la déontologie et l'éthique médicale [26]. La notion de compétence est porteuse de définitions multiples. Je me suis basée sur celle de P. Perrenoud [27].

« La compétence renvoie [...] à la maîtrise globale de la situation, donc à l'orchestration d'un nombre plus ou moins important de ressources cognitives acquises au préalable, au gré de formations ou d'expériences antérieures.

La définition de la compétence se réfère d'abord à une catégorie de situations et à ce que représente une maîtrise honorable, compte tenu des résultats attendus, des contraintes, des règles à respecter. Mais l'identification de la compétence n'est pas complète si l'on ne peut dire à quelles ressources cognitives elle fait appel. Ces dernières sont de divers types : Des savoirs [...], des savoir-faire [...] et des savoir-être [mêlant des « attitudes » et des « comportements normatifs intériorisés »]. »

La compétence est donc le fait de savoir mobiliser face à une situation complexe un ensemble de savoirs (connaissances acquises par l'apprentissage ou l'expérience), savoir-faire (habileté à mettre en œuvre son expérience et ses connaissances acquises dans un contexte donné) et savoir-être (capacité de produire des actions et des réactions adaptées lors d'interactions sociales) qui permettront de s'adapter et de résoudre des problèmes.

A partir de cela et afin de décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes lors de leur prise en charge du nouveau-né à domicile, je leur ai demandé de m'expliquer quels savoirs, savoir-faire et savoir-être, elles mettaient en place pour agir dans ces situations.

Vis-à-vis des savoirs, 4 sages-femmes ont été en incapacité de me les définir. Les autres sages-femmes m'ont majoritairement répondu que c'était l'ensemble de leurs connaissances scientifiques (théorie apprise lors de la formation initiale ou de formations complémentaires) comme peut le dire Diplômée 2008 : *« L'évolution normale d'un enfant*

pendant la maternité... Tout ce qui est connaissance des pathologies ou au contraire de la physiologie » ; et minoritairement l'ensemble de leurs connaissances techniques (la pratique acquise pendant les études ou par l'expérience professionnelle) et scientifiques comme le nomme Diplômée 2015 par « [Ses] connaissances, sur ce [qu'elle a] appris, sur le peu de théorie [qu'elle a] eu à l'école ou sur la pratique [qu'elle a] pu avoir que ce soit pendant [ses] stages ou avec [sa] petite expérience professionnelle ».

A l'égard des savoir-faire, toutes les sages-femmes m'ont évoqué leur savoir-faire technique « *Par exemple sur l'alimentation : combien de fois, etc. ... le nombre de selles et d'urines, etc. ... ; sur l'auscultation : moi je fais une auscultation cardiaque... je vérifie aussi la fréquence respiratoire... la couleur de l'enfant... les fontanelles : sont-elles bombées ? Dépressives ? Etc. ... sur tout l'examen clinique... que j'essaie de faire attentif* » dicit Diplômée 1978 et minoritairement l'ensemble de leurs savoir-faire technique et méthodologique comme l'évoque très bien Diplômée 1980 : « *Une première partie en commençant par un interrogatoire très pointu de la façon dont la femme est accouchée, je veux savoir ce qu'il s'est passé pour pouvoir voir l'état de l'enfant à ce moment-là. Et un examen clinique médical, voire un traitement s'il le faut... et je vais mettre beaucoup d'attention sur l'enfant et mon entretien sera dirigé essentiellement sur l'enfant* » (Propos appuyés par sa pratique lors de l'observation non participante : Il s'agissait de la première visite à domicile d'un enfant à 3 jours de vie. La sage-femme a procédé à une anamnèse complète du dossier avec les éléments de l'interrogatoire maternel et des différents courriers de sortie, puis à réaliser un examen clinique ancré dans le dialogue sage-femme/nouveau-né et nouveau-né/parents par la pratique de l'haptonomie)

Au sujet du savoir-être, toutes les sages-femmes m'ont parlé de l'importance de l'empathie et de l'écoute active lors de leur prise en charge : « *Il faut être à l'écoute des parents, il faut être capable de les déculpabiliser : Si vous faites avec votre cœur, alors c'est que vous faites bien les choses* » dicit Diplômée 2008 ou encore par « *Beaucoup d'écoute, d'empathie* » dit Diplômée 2015 qui l'a mis en œuvre, lors de l'observation non participante d'une visite à domicile, en donnant des explications et des conseils au fur et à mesure des interrogations ou doutes maternels concernant les coliques et le sommeil de son nouveau-né. Ensuite, les sages-femmes m'ont exposé d'autres réponses plus dispersées et individuelles comme les valeurs individuelles telles que le respect : « *On rentre dans l'intimité des gens et ça aussi il faut le respecter* » rapporté par Diplômée 2008 ou la tolérance exprimée par Diplômée 1978 « *Je pense que nous devons soigner tout le monde indépendamment de nos croyances, et on n'a pas à juger les pratiques des gens. C'est le choix des parents, et à partir du moment où ce n'est pas dangereux, et où ça ne met pas en péril l'enfant, on n'a pas à intervenir* » ou l'altruisme caractérisé par « *Le goût pour les autres, l'intérêt pour les autres* » par Diplômée 1981 ; et l'intelligence émotionnelle expliquée par Diplômée 1978 : « *Par exemple l'emballage : Avant on le faisait tout le temps et pour tous les bébés, puis à un moment on n'a arrêté parce que soit disant on entravait les mouvements de bébé et qu'il fallait les laisser en pyjama pour qu'ils puissent bouger et maintenant, on revient un peu sur ce discours et ré-emballote les enfants, ce qui peut s'expliquer d'ailleurs. Du coup, attention ! Ne jamais prendre ce qu'on nous apprend*

comme une vérité vraie parce que la science évolue et nos pratiques de santé aussi. C'est pour ça qu'il faut être toujours très mesuré dans ses propos ».

Au niveau de leurs ressources personnelles, toutes m'ont décrit l'importance du lien avec les autres professionnels de santé ou collègues par exemple pour Diplômée 2007 : « Avec l'hôpital de Lens, on a demandé une réunion. Le pédiatre nous a vu pendant une demi-journée, en nous disant voilà : « si vous avez tel cas, vous appelez tel numéro, et après moi » « si vous avez tel cas, vous m'appellez en premier et vous faites ça après puis vous pouvez nous l'envoyer ». Il nous a établi plus ou moins des protocoles quand on peut tomber sur certains cas en domicile » ou pour Diplômée 2009 qui « Travaille avec une puéricultrice de PMI. On communique beaucoup par mail « Qu'est-ce que t'en penses ? » « Est-ce que tu voudrez bien aller voir ce bébé ? » « Ok, je suis allée voir, ça va » « Au pire, j'y retourne » Pour moi c'est vraiment un travail d'équipe quoi ! » ou pour Diplômée 1978 « Appeler une ressource, hospitalière ou libérale et même une collègue et de lui demander face à ce qu'on a ce qu'elle ferait dans cette situation. C'est une attitude qu'on doit avoir autant quand on est dans une établissement de santé que libérale et ça tout au long de sa carrière ». Plus minoritairement, certaines m'ont mentionné leur trait de personnalité tel que « Se faire confiance mais savoir aussi nos limites, il ne faut pas vouloir aller trop loin » pour Diplômée 2004 ou « Savoir gérer ses limites : des choses que je ne connais pas, je ne m'engage jamais et je passe la main, de toute façon, c'est ce qu'on nous apprend dans nos études » pour Diplômée 1978, leurs qualités professionnelles « on a besoin d'autres qualités comme la patience (Rire), l'ingéniosité aussi des fois hein, savoir euh... s'adapter à toutes les situations parce qu'on côtoie toute sorte de famille » dicit Diplômée 1981 ou « « On ne sait pas lire la température » « On ne sait pas... » Fin, j'ai déjà fait des échelles de température « voilà ce qui est affiché vous le mettez, et j'avais colorié, si c'est dans le rouge ben du coup faut aller voir quelqu'un, si c'est dans le vert c'est bon on ne s'affole pas » parce qu'elles ne savaient pas dire que 37°5 c'était la limite » dicit Diplômée 2014 ou « Un truc que je fais souvent : laisser ma balance pour quelques jours comme ça ils ne sont totalement lâchés quand c'est le week-end par exemple, et ils m'envoient le poids par SMS euh... et si vraiment ça ne va pas je leur dis d'aller aux urgences » dicit Diplômée 2008 et d'autres ressources comme Internet via les revues scientifiques, les recommandations de bonne pratique et autres réseaux documentaires comme ont pu l'exprimer Diplômée 2014 par « La question des coliques du nourrisson, dans nos cours on nous apprend pas à réagir face à ça et là, faut essayer de changer de lait, ou mettre tel ou tel probiotique... et ça, c'est parce que j'ai été fouillé dans des articles où euh... j'ai lu que ça et ça c'était efficace, ça non et puis voilà » ou Diplômée 2015 « Je n'hésite pas à aller sur Internet (Rire) quand je ne sais pas en utilisant des sources fiables bien entendu » ou encore Diplômée 2009 : « Faut s'informer, acheter de bons bouquins, chercher l'information... »

Pour finir, en ce qui concerne la question des conduites à tenir face à une situation de soin pathologique, les sages-femmes m'ont toutes cité comme éléments déterminants : l'examen clinique, l'anamnèse, leurs connaissances théoriques et pratiques et la question de la réorientation si la prise en charge dépassait leur champ de compétences. Certaines ont précisé

qu'elles prenaient en considération l'avis des parents et le lieu d'accouchement pour affiner leur stratégie d'intervention auprès de l'enfant.

« Que ce soit clinique ou paraclinique... si j'ai un doute, je ne sais pas, par exemple sur l'ictère je renvoie vers l'hôpital et il m'envoie un courrier... comment dire un bilan sanguin avec la posologie... la conduite à tenir, même si c'est eux qui la prennent, j'aurais pu dire aussi il faut un tunnel... une séance de tunnel, par rapport à tout ça... Après c'est en fonction de mes connaissances théoriques... en libéral, mais aussi à l'hôpital, je trouve que c'est un réflexe... tu prends la démarche médicale... l'interrogatoire et... (Mouvements de mains consistant à expliquer quelque chose) tu arrives à ta conduite à tenir. Après c'est : est-ce que ça dépasse nos capacités ou pas. » Dixit Diplômée 2014.

Sa démarche médicale et sa stratégie d'action peut encore être illustré par sa gestion de la surveillance de l'encombrement nasal par la mère (par la prise de la température, regarder la respiration de l'enfant et les soins avec du sérum physiologique et si pas d'amélioration ou symptômes ajoutées ou aggravés, rendez-vous avec le médecin traitant) élaborée lors de l'observation non participante.

➤ LES ATTENTES PERÇUES ET RESEAU SOLICITE :

Du côté des mères :

Majoritairement, les sages-femmes ont trouvé qu'elles avaient un rôle à jouer dans la réassurance des parents et la valorisation de leurs compétences auprès de leur enfant, ainsi que dans les conseils à donner aux parents face à leurs questionnements au retour à domicile, c'est ce qu'on évoquait notamment Diplômée 2004 : *« Dans un premier temps rassurer les parents, répondre à leurs questions parce qu'en maternité il y a beaucoup d'informations et elles ne sont pas toutes entendues, et pas toutes comprises, donc on ferait le point à domicile »* ou Diplômée 1980 : *« La valorisation de ses compétences [la mère] de mettre au monde un enfant et de la relation des parents avec l'enfant dans la compétence de l'enfant. Ça renforce et valorise leurs propres compétences d'être parent »*.

Minoritairement, elles évoquent le fait que le rôle de la sage-femme libérale dans cette activité ne soit pas connu par les parents comme l'évoque Diplômée 2007 : *« Les patientes n'ont pas tellement conscience du métier qu'on fait »*, et qu'elles tiennent un rôle dans l'explication du suivi médical et devenir du nouveau-né comme peut le dire Diplômée 2014 : *« Les aiguiller sur la prise en charge par la suite... moi je reparle aussi des infos du type les vaccins c'est telle date, faudra aller voir tel professionnel, pas besoin de voir pour l'instant tel professionnel pour telle chose »* ou Diplômée 1978 sur *« Comment le bébé va se développer, ce qui est normal/pas normal, son comportement et développement psychomoteur, puis aussi tout ce qui est conseils de prévention et des protocoles de vaccination »* qu'elle complète lors de ses visites par l'explication du suivi pédiatrique de l'enfant avec les différentes consultations

obligatoires, le début de la vaccination et par la demande du professionnel de santé qui va s'occuper du suivi de l'enfant.

Du côté des autres professionnels de santé :

Majoritairement, les sages-femmes pensent que les autres professionnels de santé du réseau de périnatalité attendent d'elles un rôle dans le dépistage de pathologies, la réorientation des patientes vers un autre professionnel de santé en cas d'anomalies et la surveillance clinique de l'adaptation à la vie extra-utérine comme le résume Diplômée 2009 : « *On attend de nous une surveillance maximale... notamment du dépistage de pathologies... qui pourraient arriver un peu plus tardivement qu'à la naissance et se mettre en relation avec les professionnels compétents si on dépiste des situations de vulnérabilités* ». Les relais possibles sont différenciés par la moitié d'entre elles quand elles évoquent une éventuelle réorientation, à savoir pour Diplômée 2008 : « *Diriger vers un praticien plus compétent si jamais je détecte une pathologie ou un mauvais fonctionnement entre la mère et l'enfant donc plutôt vers la PMI, et de diriger vers un pédiatre ou le médecin traitant pour tout ce qui est problème de santé* ».

Minoritairement, elles rapportent des doublons de prises en charge comme l'expriment Diplômée 2008 : « *Une fois sur deux quand j'arrive à domicile, soit le médecin traitant passe l'après-midi, le jour même ou est passé le jour même ou passe le lendemain* » ou Diplômée 2014 : « *Ça a du mal à bien coordonner avec la PMI : souvent j'ouvre la porte et la sage-femme ou la puéricultrice de PMI est là. Elle ne savait pas que je passais, je ne savais pas non qu'elle passait* » ; un temps de réponse rapide du PRADO déclarée par Diplômée 1981 : « *une réponse rapide parce que nous on va intervenir rapidement* » ; une activité dualiste perçue à la fois comme une aide et comme une concurrence par les autres professionnels de santé du réseau de périnatalité comme le signifie Diplômée 2014 : « *Clairement ici, il y a un médecin traitant qui m'a dit qu'on leurs bouffait leur boulot quoi mais sinon c'est quand même bien accueilli parce que ça désengorge, fin pour les autres médecins traitants* ».

➤ LES DIFFICULTES RENCONTREES :

À la question : « Vous êtes-vous déjà senti(e)s en difficulté sur une prise en charge ? » 8 sages-femmes se sont déjà senties en difficultés lors de ces prises en charge. Majoritairement, les difficultés sont en lien avec le dépistage de pathologies rares comme pour Diplômée 2007 face à « *[Son] premier souffle cardiaque, où [elle] ne savai[t] pas quoi faire à domicile* » ou de pathologies avec une clinique non tranchée et où la conduite à tenir à adopter est plus compliquée à élaborer comme peut l'exprimer Diplômée 2004 : « *Rien qu'avec l'ictère néonatal, on peut vite se demander ce qu'on fait... est-ce que on attend encore... est-ce que j'estime qu'il faut l'emmener tout de suite en maternité... ou au laboratoire pour le faire piquer... pour un contrôle* ». Minoritairement, les difficultés étaient en lien avec des situations familiales complexes telles que peut le citer Diplômée 1981 : « *Les situations de conflits de couples [où on se retrouve mêlée et prise à partie sans le vouloir], puis, toutes les situations non rassurantes comme l'agressivité, des quartiers [où on se demande si on va] retrouver [sa] voiture* » ou avec le PRADO, notamment à cause du manque d'informations ou de discordances d'informations comme l'exprime Diplômée 2008 : « *Quand on n'a pas d'infos ou très peu d'infos et où il y a une discordance entre ce qu'on peut recevoir de la maternité et ce qu'on a dans les comptes rendus de la mère* » et des doublons de prises en charge entre les

différents professionnels de santé du réseau périnatal évoquant notamment par Diplômée 2004 : « *Beaucoup de nos patientes voient leur médecin traitant très rapidement en plus de nous, soit le même jour. Et c'est un problème... parce que on n'a rien du tout contre les médecins traitants au contraire ils nous confortent dans nos diagnostics, mais examiner un enfant tous les deux jours voire le même jour on trouve ça complètement crétin... (Rire). Autant équilibrer les consultations, et faire un examen à distance du nôtre* ».

3 sages-femmes ne sont pas senties en difficultés lors de ces prises en charge.

LES VARIABLES RETROUVEES FACES AUX DIFFICULTES DES SAGES-FEMMES DANS CETTE ACTIVITE

➤ DATE D'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT (DE)

Afin de comprendre l'intérêt de répartir les sages-femmes interrogées selon la date d'obtention du DE de sage-femme et celles des différentes réformes modifiant la formation initiale, il me semblait important de préciser succinctement l'évolution de la formation à partir de l'article de C. Morin et M-C Leymarie [28].

En 1973, les études de sage-femme deviennent indépendantes des formations d'infirmières et d'assistantes sociales et à partir de 1983, le baccalauréat est exigé pour intégrer les écoles de sage-femme.

En 1985, le décret du 27 septembre allonge les études de sage-femme à quatre ans.

En 2001, l'arrêté du 11 septembre modifie le programme d'enseignement en organisant les études en deux phases.

Fort de l'expérience de l'école de sages-femmes de Grenoble qui, depuis 1992, admet les étudiants sages-femmes à l'issue du concours du premier cycle des études médicales, tous les étudiants sages-femmes sont recrutés parmi les étudiants de première année de médecine à partir de 2003, amenant la formation à 5 ans d'études. Dans le cas particulier des écoles de sage-femme du Nord-Pas-de-Calais, le recrutement parmi les étudiants de première année de médecine s'est effectué dès 2002.

Enfin, la loi du 7 juillet 2009 permet de réunir les trois professions médicales en une année commune. Ainsi, la Première Année Commune des Études en Santé, mise en place à la rentrée 2010, a significativement modifié le principe de sélection des étudiants entrant dans la filière maïeutique : désormais aucun étudiant ne peut poursuivre ses études de sage-femme s'il n'a pas choisi l'UE spécifique maïeutique. Dans le cadre du processus de rattachement des études de sage-femme à l'université, en 2011 de nouveaux programmes sont adoptés.

L'évolution de la formation initiale et des différentes exigences de recrutement en formation initiale permettent de répartir la population ciblée de la manière suivante :

- 3 sages-femmes ont eu leur DE après la réforme de 1973 mais avant celle de 1983
- 1 sage-femme a eu son DE après la réforme de 1985 mais avant celle de 2001
- 6 sages-femmes ont eu leur DE après la réforme de 2002
- 1 sage-femme a eu son DE après la réforme de 2011

➤ CONTENU DE LA FORMATION INITIALE EN PEDIATRIE

Concernant la prise en charge du nouveau-né à domicile par les sages-femmes libérales, c'est une activité relativement nouvelle et peu cadrée au niveau législatif comme j'avais pu l'évoquer lors de l'introduction de ce travail. Son enjeu principal est de réussir à dépister les anomalies chez le nouveau-né pour éviter un retard au diagnostic. C'est pourquoi lors de l'étude, il m'a semblé important d'avoir l'avis des sages-femmes par rapport à leur formation initiale selon l'année d'entrée dans leurs études, notamment vis-à-vis du programme de pédiatrie et de son application pratique.

Ainsi, 9 sages-femmes jugent leur formation initiale insuffisante pour assurer la prise en charge du nouveau-né en dehors de la maternité. Elles trouvent majoritairement qu'elles ne sont pas assez formées en pratique sur la prise en charge du nouveau-né notamment en regard de la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né et des différents dépistages des anomalies d'adaptation à la vie extra-utérine comme le résume très bien Diplômée 2008 :

«Je pense qu'elle a voulu l'être [suffisante], c'est-à-dire qu'on a eu beaucoup de cours de pédiatrie maintenant il a toujours été difficile en stage de s'imposer auprès des pédiatres et l'opportunité d'ausculter un enfant et justement de croiser une pathologie et de sentir les choses, ça on l'a pas. Donc, du coup, quand tu n'as pas l'habitude d'écouter forcément, parce qu'on te laisse pas faire, ça manque après parce que quand on a entendu ou vu les choses avant, tu ne passes pas à côté après. Je pense qu'en théorie la formation était pas mal, mais en pratique non ».

Minoritairement, on retrouve comme motif un manque de formation à l'exercice libéral comme le révèle Diplômée 2015 : « *Maintenant pour se lancer en libéral, on n'est pas très formée... que ce soit pour les visites à domicile ou le reste* », et enfin un manque de confiance en soi pour se lancer dans cette activité en étant jeune diplômée face aux bagages théoriques, pratiques et relationnels constitués lors des études comme nous le confie Diplômée 2004 : « *Moi personnellement, je pense qu'à l'époque de ma formation, je n'étais pas assez mûre ni suffisamment à l'aise pour par exemple gérer les visites à domicile qui englobaient la maman, le bébé voire l'allaitement. J'ai eu besoin de ma pratique à l'hôpital pour me sentir plus à l'aise et plus armée avant de me lancer dans le libéral* ».

Au contraire, 2 sages-femmes considèrent leur formation initiale suffisante pour assurer la prise en charge du nouveau-né en dehors de la maternité. En effet, elles estiment toutes deux qu'elles étaient en accord avec les besoins en matière de pédiatrie de la vie professionnelle lors de l'obtention de leur DE comme l'indique Diplômée 2014 : « *La formation était top, en plus, on avait des évaluations sur le terrain. Faire un examen clinique du nourrisson, puis après pour l'avoir vu et revu, fait et refait, après quand même, on est assez solide sur ça* ».

A la question : « A l'époque de votre formation, quels étaient vos besoins en matière de prise en charge du nouveau-né ? » 5 d'autres elles ne s'en rappelaient plus mais m'évoquaient que leurs besoins étaient arrivés lors de leur installation en libéral comme l'affirme Diplômée 2004 : « *Pas de besoins ou de questions, c'est venu plus tard quand j'ai voulu m'installer* » ou quand elles ont été confrontées à des difficultés lors de cette activité comme cela a pu arriver à Diplômée 2008 : « *Je m'en rends compte surtout depuis le PRADO, quand j'entends un truc bizarre et que je ne sais pas mettre de nom là-dessus... (Rire) Parce qu'à l'époque, tu sors de l'école, de toute façon, tu as toujours quelqu'un pour venir t'aider ou à qui tu vas demander conseils en maternité. Là, tu es toute seule donc j'aurais aimé qu'on me forme à un cœur* ». 3 d'entre elles m'ont évoqué leur manque de savoir-faire technique vis-à-vis de l'auscultation cardio-vasculaire notamment Diplômée 2009 : « *Les besoins : l'auscultation cardio-pulmonaire* », puis minoritairement, on m'a évoqué un manque de connaissance à la fois du PRADO et de ses attentes médicales auprès du nouveau-né, ainsi que du suivi médical du nouveau-né pendant son premier mois de vie comme l'exprime Diplômée 2015 : « *J'avais besoin de savoir en gros tout ce qui fallait qu'on vérifie parce qu'on peut rapidement oublier quelque chose* » ou Diplômée 2009 : « *Des rappels aussi sur la vaccination et compagnie, ça serait bien...* ».

➤ FORMATION CONTINUE

Le besoin de faire une formation complémentaire en lien avec la prise en charge du nouveau-né est en lien avec leur ressenti vis-à-vis de leur formation initiale et avec la manière dont elles sont dispensées actuellement.

5 sages-femmes ont ressenti le besoin de faire une formation complémentaire en lien avec la prise en charge du nouveau-né sous la forme de formations théoriques sur le PRADO comme l'annonce Diplômée 2015 : « *Il faudrait des petits rappels de théorie... sur le dispositif PRADO et le contenu des visites à domicile* » ;, sur le bien-être du nouveau-né comme l'exprime Diplômée 1978 : « *Quelques formations sur le bien-être de l'enfant, notamment sur le massage, l'emballage, voilà ce qui me permettrait des fois d'aider certains parents un petit peu perdus par rapport aux pleurs de l'enfant* » et sur des rappels théoriques et pratiques de pathologies pédiatriques comme le dit Diplômée 2009 : « *Des rappels aussi d'urgence : quand s'inquiéter ? Ou au contraire quand dédramatiser quoi* ».

5 sages-femmes éprouvent le besoin de se former davantage pour mieux prendre en charge les nouveau-nés en émettant l'idée de se former auprès des pédiatres ou médecins généralistes pratiquant la pédiatrie comme peuvent le solliciter Diplômée 2009 : « *Je crois au stage avec des pédiatres, même au cabinet de ville, ça pourrait être pas mal* » ou Diplômée 2008 : « *J'attendrais plus que les médecins du coin ou pédiatres du coin nous sollicitent sur une journée pour faire le point de nos connaissances en pédiatrie et nous forme sur la pratique à acquérir en consultations pédiatriques* ».

Et en marge, une sage-femme souhaiterait faire une formation sans lien avec la prise en charge du nouveau-né à savoir Diplômée 2008 « *J'ai besoin de faire des formations plus relationnelles ou psychologiques, sur des choses qu'on nous apprend pas à l'école* » et l'autre juge la formation continue obligatoire pour l'exercice de la profession de sage-femme pour être le plus armé possible aux questions des patientes et aux difficultés rencontrées sans plus de précisions vis-à-vis du sujet de l'étude.

ANALYSE ET DISCUSSION

DISCUSSION METHODOLOGIQUE

POINTS FORTS DE L'ETUDE

➤ PARTICIPATION A L'ETUDE

Le taux de participation a été bon puisque seulement trois sages-femmes libérales ont décliné l'étude. Les résultats obtenus sont donc une image fiable de l'état actuel des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales sur la zone géographique concernée.

➤ INTERET DE L'ETUDE QUALITATIVE

Le type d'étude choisi a permis de recueillir la perception des sages-femmes libérales sur leurs pratiques professionnelles auprès du nouveau-né à domicile. Mais il a permis également de soulever les besoins et les difficultés auxquels les sages-femmes se sont heurtées lors de leur prise en charge. Elles ont eu la possibilité d'exprimer leur avis sur cette activité et d'apporter des nuances à leur propos sans guidance de ma part ou celle d'un support. Cette étude permet donc d'apporter et de proposer des pistes de réflexion qui sont ancrées dans les problématiques professionnelles quotidiennes, afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des nouveau-nés par les sages-femmes libérales.

➤ RENCONTRES AVEC LES SAGES-FEMMES

Généralement, j'ai eu un très bon accueil des sages-femmes que ce soit lors des contacts téléphoniques ou lors des rencontres. Je pense avoir eu des relations confraternelles avec elles de bonne qualité qui ont été propices à l'échange et au témoignage de ce qu'elles faisaient au quotidien.

LIMITE DE L'ETUDE

Les entretiens effectués duraient entre 10 à 45 minutes selon les sages-femmes. Certains se sont déroulés au domicile des sages-femmes et d'autres au cabinet. Certains entretiens étaient fixés entre deux rendez-vous de patientes, intervenaient lors de la pause déjeuner ou en fin de journée. Tous ses différents facteurs ont pu influencer leurs propos au moment de l'entretien. De plus, certaines sages-femmes ont pu être déconcertées face à la forme choisie d'entretien : les questions étaient parfois trop ouvertes pour elles et ne savaient pas quoi répondre à cela malgré mes relances et explications.

Toutes les observations n'ont pas pu être faites. C'est pourquoi au vu de l'échantillon, la meilleure option pour analyser les résultats obtenus était de les corrélérer avec les propos de l'interrogée lors de l'entretien. Cette méthode permet d'appuyer les propos recueillis lors de l'entretien d'une seule personne. Il est donc inopportun de tenter de généraliser les observations faites, puisqu'elles sont réduites à une pratique professionnelle personnelle.

DIFFICULTES RENCONTREES

➤ ENREGISTREMENT AUDIO

Sur certains enregistrements audio, la qualité était parfois médiocre du fait des nuisances exogènes comme l'isolation de la pièce ou les interruptions lors de l'entretien par des événements extérieurs (coups de téléphone, patientes, conjoint ou réalisation de l'entretien avec la présence d'un enfant en bas-âge).

D'autre part, certaines informations pouvaient être délivrées en dehors de l'entretien lors des discussions informelles avec l'interrogé(e) lors des contacts téléphoniques ou des rencontres.

Pour pallier ces difficultés, j'ai essayé au maximum de recourir à ma mémoire, à mes prises de notes lors des entretiens et observations après leurs réalisations, et enfin de poser mes interrogations aux sages-femmes de l'étude lors de la deuxième partie de mon étude, c'est-à-dire lors de l'observation non participante pour être la plus complète et la plus objective possible dans ce genre d'étude.

ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SAGES-FEMMES AUPRES DU NOUVEAU-NE

Actuellement, la prise en charge du nouveau-né à domicile dans la zone géographique ciblée se fait essentiellement dans le cadre du PRADO pour des sorties de maternité de durée standard, à savoir après un séjour en maternité d'au moins 3 jours pleins. L'organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né à leur sortie de maternité se base sur les recommandations de bonne pratique réactualisée en 2014 par la HAS [11]. Ces retours à domicile s'adressent aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social. Les critères pour définir le bas risque chez l'enfant et pour définir une sortie après une durée de séjour standard sont :

- le nouveau-né à terme ≥ 37 SA, singleton et eutrophe
- un examen clinique normal réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
- une température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C

- une alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises et un transit établi.
- une perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
- une absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique
- une absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection (sachant que s'il existait des facteurs de risque d'infection, les prélèvements biologiques et bactériologiques devaient être récupérés et négatifs)
- Tous les dépistages néonataux doivent être réalisés à la maternité.

Puis, la prise en charge, réalisée préférentiellement à domicile, est composée par une ou deux interventions. La première doit être faite systématiquement dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie, et la deuxième visite est planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant et en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple. Les paramètres de surveillance lors des visites à domicile chez l'enfant sont :

- l'évaluation du risque d'ictère par la coloration cutanée, voire par la mesure de la transcutanée si besoin
- le dépistage des cardiopathies par une auscultation cardiaque et une perception nette des pouls fémoraux
- l'évaluation du risque de déshydratation/dénutrition par la surveillance de la courbe de poids, la surveillance de l'alimentation qu'il soit maternel ou artificiel, la surveillance du transit par la présence d'urines à chaque change et l'émission de selles spontanées et régulières
- l'évaluation du risque infectieux par la température, la fréquence respiratoire et les troubles hémodynamiques
- l'évaluation du comportement néonatal par le tonus, l'éveil et le contact
- l'existence d'une supplémentation en vitamine D et en cas d'allaitement maternel en vitamine K.

A partir des résultats présentés, l'analyse qui s'en suit n'a pas pour but d'établir des généralités mais tente de proposer une réflexion sur l'état actuel des compétences des sages-femmes libérales et de son rôle auprès du nouveau-né. Le but est d'identifier les points de progrès potentiels à travers l'expérience personnelle des sages-femmes interrogées et leurs pratiques professionnelles réelles lors de cette prise en charge.

➤ L'EXEMPLE DE L'EVALUATION DU RISQUE D'ICTERE

J'ai choisi d'analyser cet exemple car la résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine due à une surveillance non ou mal adéquate était un point d'alarme lancé par l'Académie nationale de Médecine en 2010 [29]. Mais aussi, parce qu'à travers mon étude auprès des sages-femmes libérales, c'est majoritairement ce point de la

prise en charge qui était le plus sensible. Pourtant, l'ictère est fréquent en période néonatale. Cette coloration est due à une accumulation de bilirubine au niveau muqueux et conjonctival et à une hyperbilirubinémie [Annexe IV]. Son pic de concentration plasmatique se situe habituellement entre le 3ème et le 5ème jour de vie révolus. Ainsi une sortie à J3 peut empêcher le repérage d'un ictère évolutif ou d'une hyperbilirubinémie décalée. D'après l'Académie de Médecine, elle serait pourtant nécessaire pendant toute la première semaine de vie même si l'évolution est simple dans la grande majorité des cas, il existe un risque de complications et de séquelles graves. Il apparaît que les services de néonatalogie voient arriver de plus en plus d'enfants dont les taux de bilirubine ont dépassé le seuil de risque d'ictère nucléaire et que d'authentiques cas d'atteintes cérébrales soient observés avec leur cortège de séquelles neurologiques, sensorielles (surdité) et mentales irréversibles dus notamment à un défaut du dépistage de cette pathologie [13-14, 29].

Par conséquent, lors du PRADO les sages-femmes libérales doivent être un maillon de la chaîne diagnostique et thérapeutique dans l'évaluation du risque d'ictère (Le retour à domicile empêchant une continuité de la surveillance de ce risque). Cette situation de soins doit aboutir inévitablement à un résultat comportant un ensemble de critères de réalisation souhaitable.

« Sur quels éléments construiriez-vous votre conduite à tenir ? »

Diplômée 2008 : « Alors beaucoup sur l'avis des parents parce que les bébés jaunes, il y en a plein. Donc... moi j'estime qu'après si on les a laissé sortir c'est que ça allait globalement. Donc je me base à la fois sur l'état clinique de l'enfant, l'avis des parents, moi je leur demande par exemple, quand moi je le trouve jaune, « il est jaune ce bébé ? Hier c'était pire ? Ou vous trouvez que c'est plus aujourd'hui ? ». Voilà ! Si globalement, ils trouvent que c'est mieux, que l'examen clinique est correct et que ce bébé... on l'a laissé sortir quoi ! Et que ce n'est pas une sortie contre avis, ... bon voilà, je me base là-dessus. »

« Vous vous êtes-vous déjà sentie en difficulté sur une prise en charge ? »

Diplômée 2008 : « Quand on suspecte un ictère et qu'on n'a pas de bilirubinomètre, nous on en n'est pas équipé donc soit on réoriente vers... Moi je fonctionne comme ça, soit si je trouve que c'est vraiment important et que je veux une réponse tout de suite, je renvoie à l'hôpital pour qu'il refasse directement un dosage à l'hôpital. Si je ne suis pas plus inquiète que ça mais que c'est plus par acquis de conscience personnelle... je prescris une bilirubinémie à faire au laboratoire et à partir du lendemain en général j'ai un résultat et je peux réorienter à ce moment-là s'il y a besoin. »

Diplômée 2004 : « Rien qu'avec l'ictère néonatal... ici on n'a pas de bilirubinomètre parce qu'on n'a pas encore eu les moyens d'investir... donc rien que par rapport à un bébé jaune on peut vite se demander ce qu'on fait... est-ce que on attend encore... est-ce que j'estime qu'il faut l'emmener tout de suite en maternité... ou au laboratoire pour le faire piquer... pour un

contrôle... je dirais toujours pareil avec mon expérience j'arrive maintenant à moins prescrire tout simplement. Parce qu'au départ je prescrivais beaucoup plus de bilirubinémie que maintenant à l'œil je me fais maintenant plus mon idée avec l'état du nouveau-né et aussi par rapport à plein d'autres éléments autour. Alors que quand on débute, on a un petit peu peur de passer à côté de quelque chose, un taux trop élevé et que l'enfant ait des problèmes à cause de ça. »

A travers l'explication des sages-femmes libérales de leur évaluation du risque d'ictère, on arrive à différencier l'ensemble du processus de prise en charge opéré afin d'assurer la gestion de cette situation de soins. L'ensemble des différents moments du processus mis en jeu à un instant donné est la réalisation d'un diagnostic, la décision d'une stratégie d'intervention et d'accompagnement, l'assurance d'un suivi et de la continuité de la prise en charge. De plus, l'évaluation du risque d'ictère semble mettre en difficulté les sages-femmes lors de leur prise en charge. Le recours possible aux outils paracliniques tel que les appareils de mesure transcutanée sont perçus comme une aide, une sécurité pour les sages-femmes libérales lors de leur diagnostic. Il permet d'affiner le diagnostic et donc de proposer une prise en charge plus fiable aux familles. Pourtant actuellement, les appareils de mesure transcutanée ne sont pas obligatoires dans la prise en charge d'une sortie de durée standard. Certaines d'entre elles ont décidé de les acquérir par mesure de sécurité, tels que la Diplômée 1978 « *On a fait l'acquisition d'un bilirubinomètre parce que c'est un outil, qu'on n'utilise pas quand même tous les jours mais qui parfois permet ou évite qu'on envoie un nouveau-né pour faire flasher à la maternité alors qu'il va bien, donc... ce qui évite de donner du stress aux parents voilà, et de donner des réponses plus justes* » ou la Diplômée 2015 qui l'utilise lors de ses premières visites à domicile pour continuer la surveillance du taux de bilirubine et le comparer à ceux de maternité (explications recueillies lors de l'observation non participante : il s'agissait de la première visite à domicile d'un enfant à 3 jours de vie où la sage-femme m'expliquait la manière dont elle évaluait le risque d'ictère).

Diplômée 1980 : « *Si je suis maintenant à l'aise dans ce que je fais, c'est bien les formations autres que ce que j'ai appris à l'hôpital et à l'école de sage-femme.* »

Diplômée 1981 : « *Jeune sage-femme, je n'aurais jamais été à la hauteur. J'ai eu besoin à la fois de mon expérience hospitalière et puis de compléter ma formation initiale par des formations complémentaires plus sur le développement personnel [...] Se faire une expérience quand même en milieu hospitalier... pour arriver plus armée... parce que ce ne sont pas forcément les compétences médicales qui sont les plus difficiles... c'est tout le reste et ça, il n'y a que la vie qui vous l'apprend.* »

Diplômée 2004 : « *Personnellement à l'époque de ma formation, je pense que je n'étais pas assez mûre ni suffisamment à l'aise pour par exemple gérer les visites à domicile qui englobaient la maman, le bébé voire l'allaitement.* »

Diplômée 2007 : « Une fois on tombe sur un truc et comme on se retrouve toute seule à la maison, bon... On se demande ce qu'on fait ? Qui on appelle ? Est-ce qu'on envoie ? On envoie pas ? On envoie en externe ou à l'hôpital ? Et c'est vrai que se retrouver toute seule parfois... voilà on ne sait pas vers qui se tourner. [...] Je dirais... avoir confiance en soi, je pense que c'est vraiment le mot-clef. Les premières visites on est paniquée, on y passe une heure/ une heure et demie... voilà, on se demande si on ne va pas passer à côté de quelque chose... Les premières fois où on tombe sur quelque chose, on n'ose pas appeler de peur d'avoir l'air ridicule... Mais c'est à force que... on prend conf... voilà c'est vraiment avoir confiance en soi et se lancer quoi, (Petite Voix) on ne peut pas faire de bêtises de toute façon... »

Diplômée 2014 : « Avoir confiance en soi, c'est le maître-mot je pense et se dire que si on en est là, ce n'est pas pour rien. »

J'ai pu remarquer que les termes de « confiance en soi », « ne pas être à la hauteur » et « ne pas être suffisamment à l'aise » étaient évoqués pour la moitié d'entre elles. Ce constat n'est pas influencé par le nombre d'années d'expérience ni par la formation initiale reçue puisqu'il est exprimé par les sages-femmes indépendamment de leur parcours professionnel. Selon Rotter, « la confiance est comme une croyance, une attente ou un sentiment profondément enraciné dans la personnalité et puisant ses sources dans le développement psychologique de l'individu ». La confiance en soi est intrinsèque à chacun. Elle est donc le reflet de la personnalité de chacun dans son individualité psychologique à travers les comportements, les sentiments ou attitudes qu'une personne manifeste. Une sage-femme, au-delà de son identité professionnelle, est avant tout un être humain pourvu de traits de personnalité visibles. Ces traits de personnalité peuvent influencer la gestion des émotions et les différentes réactions face à une situation de soin difficile ou qualifiée de difficile. Pour aller plus loin, la capacité d'un individu à évaluer sa confiance en une connaissance est liée à l'apprentissage. L'apprentissage est souvent accompagné du sentiment de "savoir" : il révèle la confiance que l'individu a en sa nouvelle connaissance. On peut donc imaginer que comme le PRADO est une activité récente pour les sages-femmes, leur manque de confiance en leurs connaissances théoriques et/ou pratiques serait lié à un défaut d'apprentissage. D'où le fait qu'elles pallient cette difficulté en faisant des formations complémentaires ou en développant leur expérience professionnelle pour s'adapter aux nouvelles données actuelles sur la prise en charge du nouveau-né. En effet, le cerveau agit comme un statisticien qui traque les informations disponibles et prend en compte les incertitudes qui lui sont associées. Ce phénomène concourt à l'apprentissage et le fait de perdre en confiance déclencherait probablement une attention ou une vigilance particulière permettant l'intégration de nouvelles données pour actualiser ses connaissances [30-32].

Un facteur influant externe pourrait être un élément de réponse : l'organisation actuelle de la prise en charge du nouveau-né dans le système de soin français.

Diplômée 1980 : « La prise en charge du nouveau-né telle qu'on nous la demandait à l'époque c'était l'accueil en salle de naissance. »

Diplômée 2008 : « Ce n'est pas un axe qui déjà existait à l'époque d'une part, je pense que c'est quelque chose qui ne m'avait pas suffisamment intéressée pour que je m'y attelle un peu plus. »

Diplômée 2009 : « Je trouve que c'est important de faire un peu de pédiatrie avant, et de ne pas se lancer d'emblée sans avoir manipulé un bébé à terme à la naissance dans ses premières minutes de vie... Je pensais que justement depuis les 6 ans de mon diplôme, les choses avaient bougés, je pensais qu'ils avaient orienté un peu plus. »

Diplômée 2015 : « Pour se lancer en libéral, on n'est pas très formée... que ce soit pour les visites à domicile ou le reste. »

La prise en charge du nouveau-né en maternité relève de la compétence des sages-femmes en collaboration évidente avec les pédiatres, les puéricultrices et auxiliaires de puériculture et bien évidemment avec les parents et plus spécialement la mère. Actuellement la sage-femme assure le suivi médical, social et psychologique de la mère en maternité majoritairement. Elle intervient auprès de l'enfant dans le cadre de l'allaitement et de l'installation du lien mère-enfant. Sinon, ce sont les pédiatres, puéricultrices et auxiliaires de puériculture qui s'assurent du suivi médical, social et psychologique des nouveau-nés pendant leur séjour en maternité. Pourtant depuis quelques années, il existe des maternités où l'organisation des soins est différente. Les sages-femmes ont la possibilité de prendre en charge le couple mère-enfant pendant le séjour en maternité si tout est physiologique, comme peuvent le faire les sages-femmes du centre hospitalier d'Arras par exemple avec son unité physiologique. Pour le moment, ce n'est pas le cas des hôpitaux du secteur étudié. Donc, le fait de devoir s'occuper du nouveau-né pour la sage-femme libérale dans le cadre du PRADO est quelque chose de nouveau car il n'est fait que dans ce cadre. D'où, la difficulté de ces prises en charge du nouveau-né : tenir une démarche médicale rigoureuse servant à l'élaboration d'un diagnostic et d'une stratégie d'intervention adéquate sans inquiéter les parents.

Diplômée 2014 : « La formation était top, en plus, on avait des évaluations sur le terrain. Faire un examen clinique du nourrisson, puis après pour l'avoir vu et revu, fait et refait, après quand même, on est assez solide sur ça. »

Diplômée 2009 : « Principalement l'auscultation cardio-pulmonaire, c'est ce qu'il nous manque le plus. »

Diplômée 2008 : « Je pense qu'elle a voulu l'être, c'est-à-dire qu'on a eu beaucoup de cours de pédiatrie maintenant il a toujours été difficile en stage de s'imposer auprès des pédiatres et l'opportunité d'ausculter un enfant et justement de croiser une pathologie et de sentir les choses, ça on ne l'a pas. »

Diplômée 1978 : « On a une bonne connaissance du nouveau-né, sur ce qu'il est, mais on n'a pas l'habitude de pratiquer, de les prendre, de les porter, de les écouter, de faire une auscultation, voilà. Maintenant on ne pratique pas suffisamment, et parfois, c'est un peu de notre fait. Peut-être parce qu'on ne veut pas s'imposer parce que ce n'est pas facile, puis parce qu'on est facilement entouré par d'autres professionnels donc... on laisse. Et des fois, quand on veut essayer de faire autrement, ce n'est pas toujours évident. »

Ainsi, le constat des sages-femmes libérales face à leur formation initiale est le même pour toutes : il existe un manque de formation pratique. Il est fait indépendamment de l'année d'obtention du DE, même si on peut noter que la nouvelle génération est plus à l'aise avec la pratique, notamment par la possibilité selon les stages et les objectifs de chaque étudiant de suivre les pédiatres en maternité ou les sages-femmes libérales. Effectivement, la prise en charge du nouveau-né a évolué au fil du temps, mais les études de sages-femmes n'ont pas évolué au même rythme. C'est pourquoi, elles ont une très bonne base théorique mais un manque de pratique évident car le champ de la pédiatrie n'est pas encore investi par les sages-femmes actuellement. Hors comme on a pu déjà l'aborder, la seule prise en charge actuellement gérée exclusivement par les sages-femmes est le PRADO. Pour pallier ce manque, les sages-femmes doivent donc investir dès leur entrée dans les études le champ de la pédiatrie afin de pouvoir se former correctement auprès des professionnels compétents et d'assurer une visibilité et une reconnaissance de ce champ de compétences.

Paradoxalement, les sages-femmes libérales savent ce qui aient attendues d'elles auprès des nouveau-nés, parce qu'elles s'occupent toujours de deux êtres : la mère et l'enfant car ils sont indissociables. C'est ce qui détermine leur éthique spécifique, elles se doivent d'agir pour deux. En ce sens elles se différencient des autres intervenants médicaux ou soignants de cette étape de la vie parce qu'il y aura toujours deux sujets qui se présenteront à elles, et qu'elles ne peuvent choisir de privilégier l'un au détriment de l'autre.

Diplômée 1981 : « compétences intellectuelles et savoir technique »

Diplômée 2015 : « mes connaissances, sur ce que j'ai appris, sur le peu de théorie que j'ai eue à l'école ou sur la pratique que j'ai pu avoir que ce soit pendant mes stages ou avec ma petite expérience professionnelle. »

Diplômée 1978 : « par exemple sur l'alimentation : combien de fois, etc. ... le nombre de selles et d'urines, etc. ... ; sur l'auscultation : moi je fais une auscultation cardiaque... je vérifie aussi la fréquence respiratoire... la couleur de l'enfant... les fontanelles : sont-elles bombées ? Dépressives ? Etc. ... sur tout l'examen clinique... que j'essaye de faire attentif. »

Diplômée 2014 : « l'examen clinique du nouveau-né, dépistage d'ictère... savoir appliquer ce qu'on nous a appris. »

Diplômée 2008 : « être capable de les déculpabiliser : attention vous êtes les parents, c'est vous qui choisissez et qui décidez du mieux pour votre enfant. »

Diplômée 1978 : « savoir doser ce qu'on dit savoir le dire avec les formes, écouter les parents et adapter son discours ! L'enfant ne nous appartient pas, c'est l'enfant des parents. On voit toutes sortes de personnes, il y a des habitudes sociologiques, religieuses... Nous, on est des professionnels et on se doit d'être en dehors de tout ça même s'il y a des choses qui nous paraissent bizarres. C'est le choix des parents, et à partir du moment où ce n'est pas dangereux, et où ça ne met pas en péril l'enfant, on n'a pas à intervenir. »

En conséquence, elles savent identifier les ressources nécessaires qu'elles doivent posséder et mobiliser dans les diverses situations de soins qui se présenteront. De telle sorte, que les sages-femmes libérales montrent qu'elles possèdent un recul et une réflexion sur leur pratique professionnelle. Le but des visites à domicile et de l'organisation de la sortie de maternité est d'éviter une ré-hospitalisation du nouveau-né et de proposer une prise en charge qui s'inscrit dans la continuité de l'accompagnement des parents autour de la naissance de leur enfant.

Le fait d'accompagner est de se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui. Dans les relations professionnelles en matière d'accompagnement, il existe deux manières d'accompagner sans que l'une ou l'autre ne s'excluent dans la prise en charge puisqu'elle suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun : soit le professionnel accompagne la personne là où il veut qu'elle aille en s'appuyant sur son statut d'expert et en fonction de ce qui lui paraît bon pour elle ; soit le professionnel accompagne la personne là où elle veut aller de la façon qui lui convient en s'appuyant de façon conjointe sur son expertise professionnelle et le savoir profane de la personne [33]. Le but de l'accompagnement des parents ici, est de faciliter leur apprentissage du « devenir parent » et de les valoriser dans leur compétence. Selon Louis Lavelle, « le plus grand bien que nous puissions faire aux autres n'est pas de leur communiquer notre richesse, mais de leur révéler la leur » [34]. Le « Devenir parent » est un processus dynamique passant par des modifications psychiques, identitaires, relationnelles et par des remaniements de l'inscription sociale et familiale, que l'on regroupe en trois dimensions. Les transformations qu'il implique, amènent un adulte à « être parent » reconnu comme tel par la « filiation généalogique » ; « faire parent » en se comportant comme tel avec son enfant et « se vivre parent » par l'investissement affectif et imaginaire envers son enfant [35]. Mais cela ne va pas de soi : « L'enfant est un étranger qu'il faut apprendre à

connaître et à reconnaître » [36]. Il est donc essentiel pour les sages-femmes de pouvoir garantir les conditions minimales d'attention, de temps et d'engagement nécessaires à la transmission de savoirs et de savoir-faire parentaux dans le cadre du « devenir parent ».

➤ RÔLE DE LA SAGE-FEMME LIBÉRALE

Diplômée 2015 : « Je ne sais jamais si j'ai le droit de prescrire ça ou ça. Je ne sais pas trop ce que j'ai le droit de prescrire, ni quoi prescrire non plus »

Diplômée 2008 : « Des fois ça coince auprès des organismes parce que ce droit de prescription des sages-femmes n'est pas connu... »

Diplômée 2014 : « Un pharmacien m'a refusé ma prescription ou certains pharmaciens se permettent de changer le traitement et il faut faire attention à ça... Notre droit de prescription est assez mal connu. »

La profession de sage-femme a évolué très rapidement au cours de ces vingt dernières années, et les compétences des sages-femmes soient souvent encore méconnues, voire par certains de leurs aspects, inconnus. C'est le cas de la prescription médicale² auprès des nouveau-nés [37]. En effet, à travers le témoignage des sages-femmes libérales, il est apparu que ce droit de prescription soit déjà mal connu de la profession elle-même mais également des autres professionnels de santé, notamment des pharmaciens.

Diplômée 1978 : « Les parents sont parfois étonnés de... voir ce que l'on fait et de... voir le lien qu'on peut faire entre... le suivi médical tel que le font très bien en général aussi les médecins traitants qui est plus habituel pour eux. »

Diplômée 2007 : « Les patientes n'ont pas tellement conscience du métier qu'on fait. »

Diplômée 2008 : « Elles ne comprennent pas du TOUT notre place qu'on n'est pas identifié dans le parcours de soin. »

De plus, il existe une méconnaissance partielle, voire totale du rôle de la sage-femme libérale dans le suivi du retour à domicile par les parents [38]. Jankélévitch distingue la méconnaissance (qui peut n'être qu'un défaut de connaissance), de l'ignorance brute, c'est-à-dire de la naïveté pure et simple. L'« avantage » de l'ignorance est qu'il est possible de la « corriger » par l'apprentissage, alors que dans le cas de la méconnaissance, il s'agit d'une « fausse vérité », dont la rectification semble être plus complexe. La fausse vérité en effet peut apparaître aux yeux de l'individu comme crédible, voire vraie, et par conséquent aucune critique n'est appelée à la remettre en cause. Elle résiste très fortement à toute modification et comme elle s'intègre au système de croyances de la personne, elle est très difficile à substituer. Les

² Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des nouveau-nés

mécanismes de la méconnaissance résultent soit d'une déformation responsable du message par l'auteur (où il existe une déformation consciente du vocabulaire usuel de telle sorte qu'il peut faire croire qu'il crée un phénomène nouveau), soit d'une diffusion erronée du message par « des suiveurs de la thèse » (due simplement à une mauvaise lecture, ou une lecture imparfaite ou encore parce qu'ils estiment que l'interprétation qu'ils en font est plus convenables que celle de l'auteur). Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre cas, l'opinion publique est l'un des éléments essentiels dans la méconnaissance. Sans un contexte « favorable » ni l'une, ni l'autre des deux mécanismes n'auraient eu lieu [39-40]. L'information délivrée aux patientes sur le PRADO, que ce soit par les agents de la CPAM en maternité ou par les autres professionnels de santé en anténatal, ne leur permettrait apparemment pas de comprendre en quoi consiste le PRADO ni ses objectifs. Or, la loi du 4 mars 2002 rappelle que le patient doit recevoir une information claire, compréhensible, et adaptée sur sa prise en charge. S'il existe une méconnaissance, il faut donc retravailler à la base l'information délivrée aux patientes de sorte à ce qu'elles comprennent ce que propose le PRADO et la sage-femme libérale pour le retour à domicile dans la réalité de l'activité prescrite et du champ de compétences de la sage-femme.

Diplômée 2008 : « Une fois sur deux quand j'arrive à domicile, soit le médecin traitant passe l'après-midi, le jour même ou est passé le jour même ou passera le lendemain. »

Diplômée 2014 : « Ça a du mal à bien coordonner avec la PMI, je ne sais pas mais il faudrait se mettre d'accord sur le fonctionnement. »

Diplômée 2004 : « Beaucoup de nos patientes voient leur médecin traitant très rapidement en plus de nous, soit le même jour. Et c'est un problème... parce que on n'a rien du tout contre les médecins traitants au contraire ils nous confortent dans nos diagnostics, mais examiner un enfant tous les deux le même jour on trouve ça complètement crétin ... (Rire). Autant équilibrer les consultations, et faire un examen à distance du nôtre. »

Enfin, l'organisation même du PRADO révèle qu'il n'y a aucune concertation en amont sur le retour à domicile des patientes et sur le rôle de chaque professionnel de santé dans cette prise en charge à cause de la présence de doublon de prise en charge.

Au total, le rôle de la sage-femme libérale dans cette prise en charge reste indéfini. Le champ d'action actuelle des sages-femmes libérales auprès du nouveau-né est limité au PRADO, aux visites à domicile dans le cadre du soutien à la parentalité dans les 28 premiers jours de vie de l'enfant et au suivi de l'alimentation maternelle dans la première année de vie de l'enfant. L'une des critiques faite au PRADO par les professionnels de santé de la périnatalité était un manque de prise en compte des réseaux de santé. En effet, ils dénoncent qu'au long terme le PRADO altérerait le parcours de soins du nouveau-né en ne permettant pas à chacun d'organiser le retour à domicile et de mener à bien leur mission de santé publique [10]. D'après A. Thépaut [41] : La prise en charge à la sortie de la maternité est essentiellement assurée par une sage-femme libérale et la prise en charge des mères et des enfants s'opère dans le cadre

d'un réseau près d'une fois sur trois, essentiellement par la visite à domicile de professionnels du réseau. Elles sont donc un maillon fort de cette prise en charge.

Diplômée 2008 : « Ce qui pose soucis dans la pratique : c'est le lien entre la ville et l'hôpital, qui est souvent difficile. Ce sont les réunions de réseau qui vont permettre d'améliorer ce genre de soucis. »

Diplômée 2009 : « Il faut solliciter ses collègues de PMI, les médecins traitants... dialoguer avec le réseau. Puis je travaille avec une puéricultrice aussi de PMI. On communique beaucoup par mail « Qu'est-ce que t'en penses ? » « Est-ce que tu voudrais bien aller voir ce bébé ? » « Ok, je suis allée voir, ça va » « Au pire, j'y retourne » Pour moi c'est vraiment un travail d'équipe ! Tu es en libéral mais finalement tu n'es pas toute seule quoi »

Diplômée 2008 : « Pouvoir diriger... vers un pédiatre pour tout ce qui est problème de santé et plutôt vers la PMI pour tout ce qui est problème relationnel. »

Diplômée 1978 : « Beaucoup de liaisons avec les médecins traitants parce que ça reste quand même en général le lien privilégié de la famille. Les informer sur la PMI car ça leur permet de rencontrer des professionnels spécialisés face au manque de pédiatres dans notre secteur d'activités et réorienter vers la PMI si une situation me semble nécessiter une prise en charge plus précise à domicile. »

A travers les témoignages des sages-femmes libérales, on constate que les liens entre les différents professionnels de santé ou avec les réseaux existants est dépendant de la volonté individuelle et semble difficile à mettre en œuvre. Les liens privilégiés par les sages-femmes libérales sont le recours du médecin traitant en cas de pathologies somatiques et des professionnels de PMI en cas de troubles d'investissement du lien mère-enfant. Aucune des sages-femmes interrogées ne m'a fait part du réseau « Bien naître en Artois », le réseau de professionnels de santé autour de la périnatalité du secteur d'activité. C'est pourtant un lien étroit créé entre les établissements publics et privés et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des grossesses et naissances où la sage-femme de tout mode d'exercice en est « l'élément central et fédérateur ». Son but est d'améliorer la sécurité du couple mère-enfant en favorisant la coordination et la continuité entre les différents partenaires. Il privilégie la proximité de domicile, une information éclairée de la patiente et le respect de son libre choix. La critique de l'altération du parcours de soins du nouveau-né n'a pas l'air d'être un argument fiable puisque la sage-femme tient un rôle de surveillance, de dépistage, de prévention et de réorientation lors de sa prise en charge du nouveau-né. Le travail en réseau avec l'ensemble des professionnels de santé nécessite des relations de reconnaissance où le niveau de confiance qui s'établit entre les acteurs tend vers l'implication et la coopération.

Or la reconnaissance pour Renault est « *la confirmation par autrui de la conviction acquise par un individu de sa propre valeur, à l'issue de différents processus d'identification* » [42]. La reconnaissance a deux dimensions : l'une active qui est le fait de reconnaître l'autre et l'autre passive correspondant à la demande pour être reconnue [43]. Elle est associée à la notion d'identité et au besoin fondamental de se sentir exister (cf. pages 10-11). Elle appelle à la reconnaissance par autrui de la singularité, de la valeur au travail et des compétences de l'individu. L'individu a besoin d'autrui pour se confirmer sa valeur [44]. Donc pour des individus de groupes professionnels distincts puissent travailler ensemble, il faut que chacun puisse le reconnaître dans son champ de compétences et dans son identité professionnelle. En effet, la reconnaissance sous une forme négative relative à son absence ou à un défaut de reconnaissance peut être perçue comme du mépris c'est-à-dire la perception d'être reconnu comme au-dessous de ses capacités et du statut que l'individu estime avoir acquis ou comme une forme d'indifférence autrement dit la personne n'existe pas dans le monde de l'autre et est ignorée [45].

L'entrée dans la pédiatrie de la sage-femme libérale avec l'expansion du PRADO modifie la dynamique des conduites, des comportements et des pratiques des professionnels de santé de la périnatalité. Les représentations professionnelles de la prise en charge du nouveau-né évoluent et orientent les actions des professionnels, produites dans le cadre de leurs fonctions, à s'interroger sur leur place, leurs pratiques et l'évolution de leurs missions afin que chacun puisse exercer son métier dans le respect des domaines de compétences de chacun.

PROPOSITIONS

Les éléments recueillis lors de ce travail de recherche me permettent d'identifier les difficultés auxquelles les sages-femmes libérales sont confrontées dans leur prise en charge du nouveau-né à domicile et me permettent d'imaginer des pistes de travail afin d'améliorer les pratiques professionnelles autour de la surveillance du nouveau-né à domicile par les sages-femmes libérales.

➤ TRAVAILLER SUR LA FORMATION INITIALE

Souvent, la première difficulté rencontrée lors des prises en charge du nouveau-né par les sages-femmes libérales est leur manque de savoir-faire technique autour de l'auscultation cardio-vasculaire. En effet, durant leurs études, la plupart a été formée théoriquement sur cet aspect de l'examen clinique du nouveau-né mais seulement une minorité a pu le réaliser en stage sous l'encadrement d'un pédiatre.

Je trouverais donc judicieux d'accentuer la formation initiale autour de l'examen clinique du nouveau-né et des dépistages neurosensoriels en proposant systématiquement un stage auprès des pédiatres ou des médecins traitants réalisant le suivi des nouveau-nés ou de sages-femmes libérales effectuant des prises en charge à domicile du nouveau-né. Le but est de permettre à chaque étudiant sage-femme d'apprendre à faire et de savoir réaliser un examen

clinique complet du nouveau-né en sortant de sa formation initiale. Il pourrait être proposé par exemple lors d'un stage de découverte des autres modes d'exercices de la sage-femme ou lors d'un stage de parcours personnalisé.

➤ TRAVAILLER LES LIENS EN RESEAU

Lors de l'étude, il est apparu que le rôle de la sage-femme libérale dans cette prise en charge par les autres professionnels de santé et des parents était peu connu. Il se traduisait par des doublons de prise en charge et des réactions vives des autres professionnels de santé à l'égard des sages-femmes libérales de cette zone géographique notamment par rapport au manque de concertation en amont sur l'organisation du retour à domicile des patientes et sur le rôle de chacun dans cette prise en charge.

Hors même si ces dernières ont déjà investi ce champ d'activité, les changements en cours impliqueront, à terme, une répartition différente des rôles de chacun dans l'accompagnement de la grossesse, de la naissance et du post-partum dans le cadre du fonctionnement en réseau. En effet, l'évolution des prises en charge tend de plus en plus vers des approches interdisciplinaires. C'est pourquoi, je suggérerai l'idée d'une table ronde autour de l'organisation du retour à domicile des patientes et de leur enfant dans cette zone géographique. Le but de cette démarche est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins proposées aux femmes et à leur enfant. Elle nécessite que les rôles et les missions de chacun soient mieux définis et que les modalités d'action de chacun dans cette prise en charge soient revues et connues de tous.

De plus, il me semble qu'il serait intéressant de travailler un dossier de liaison ou de retravailler le dossier obstétrical commun des départements du Nord et du Pas-de-Calais en y ajoutant une partie dédiée au suivi du retour à domicile. Ce dossier, à l'intention des sages-femmes libérales qui effectueront le suivi à domicile, permettrait une meilleure transmission des informations médicales concernant le suivi de grossesse, l'accouchement et le séjour en maternité du couple mère-enfant. Il garantirait également la sécurité et la qualité des soins du couple mère-enfant et s'inscrirait tout à fait dans une démarche d'accompagnement global par un référent désigné.

➤ PROMOUVOIR LA PARENTALITE ET LA SANTE AUPRES DE LA POPULATION DU BASSIN MINIER

Sur la zone géographique étudiée, la population du bassin minier est l'une des populations les plus touchée par les intoxications exogènes (Tabac, alcool et autres drogues), la précarité, l'obésité, les pathologies mentales et la violence d'après le Conseil Départemental du Pas-de-Calais [46]. A l'occasion des visites à domicile auprès de cette population, les sages-femmes libérales devraient toutes pouvoir promouvoir la parentalité et aborder avec eux la qualité des liens d'attachement, la prévention de la mort subite du nourrisson et de la maltraitance, les accidents domestiques, la prévention par rapport aux écrans et aux troubles visuels ainsi que les dangers de certains produits cosmétiques destinés aux enfants. Mais

aussi, de promouvoir la santé à travers l'organisation des modalités du suivi médical de l'enfant par l'explication du suivi pédiatrique, des vaccinations, des différents modes de garde et des différents signes cliniques que pourraient présenter l'enfant et qui doivent amener les parents à consulter. En effet, j'ai pu constater qu'elles ne le faisaient que trop peu lors de leur prise en charge, ou que lorsqu'elles étaient face à une situation à risque ou lors des séances de préparation à la naissance. Or le PRADO ne met pas forcément, et même rarement, en lien des patientes et des sages-femmes libérales qui se connaissent. Face aux problématiques de cette population, il est important que cette partie de la prise en charge soit plus systématique. L'accès aux soins par le biais de la PMI étant facilité par un accueil gratuit, libre et une plage de consultation sans rendez-vous, il est important que les sages-femmes libérales et les professionnels de PMI travaillent conjointement auprès de cette population afin de garantir un suivi de l'enfant de qualité et que les relais entre ces professionnels soient rapides.

OUVERTURE

Depuis 2010, sept catégories de zones existent sur le territoire, allant de la zone sans sage-femme à la zone sur-dotée en sages-femmes libérales. Elles visent à réguler l'installation en libéral. Notre étude a été réalisée dans un secteur classé en zone très sous dotée d'après le zonage des sages-femmes libérales dans les départements du Nord et du Pas de Calais effectué par l'Agence Régionale de Santé [47].

Dans le but de compléter notre étude et d'avoir une vision plus objective et globale de l'impact du PRADO volet maternité sur l'activité des autres professionnels de santé de la périnatalité, il conviendrait de réaliser une enquête auprès notamment de la PMI et des médecins généralistes afin de connaître l'incidence réelle de ce dispositif sur cette zone géographique pourtant classée comme très sous dotée.

De plus, l'inégale répartition des sages-femmes libérales sur le territoire pourrait être un facteur d'altération du fonctionnement du PRADO. Notre étude étant réalisée sur une zone géographique spécifique, il serait intéressant de réaliser une étude du PRADO dans des zones sur-dotées, intermédiaires ou sans sages-femmes afin de comparer les différentes pratiques professionnelles et de voir si les difficultés sont les mêmes.

Il serait également intéressant d'évaluer l'impact du PRADO d'un point de vue médical, en étudiant par exemple, l'incidence du PRADO sur les taux de ré-hospitalisations et s'il existe un retard de prise en charge des nouveau-nés au cours de leur premier mois de vie.

Enfin, une enquête de satisfaction plus approfondie chez les usagères du PRADO, permettrait d'évaluer le recours aux sages-femmes libérales dans la suite du suivi des nouveau-nés, dans le champ de compétences qui leur est alloué.

CONCLUSION

L'accompagnement du couple mère-enfant est au cœur des préoccupations actuelles car il existe une grande variabilité dans cet accompagnement dont bénéficient les femmes, surtout lors de leur retour à domicile. En effet, si l'accompagnement de la femme lors de grossesse est optimal, la période du retour à domicile semble elle quelque peu délaissée par notre société. A travers la mise en place du PRADO, la société tend à répondre aux attentes des parents ainsi qu'à celles des politiques budgétaires. L'enjeu pour les sages-femmes libérales est de réussir à prendre en charge le nouveau-né à domicile, considéré comme un être vulnérable, pour éviter un retard au diagnostic dans cette nouvelle activité qu'est le PRADO.

Par le biais de leurs expériences et pratiques professionnelles lors de cette prise en charge, le but de l'étude était de proposer une réflexion sur l'état actuel des compétences en pédiatrie des sages-femmes libérales afin de comprendre leur rôle auprès du nouveau-né et d'identifier les améliorations potentielles à apporter à leur prise en charge. A partir des résultats obtenus et de leur analyse, plusieurs propositions ont été envisagées : un stage fortement recommandé auprès des pédiatres ou des médecins traitants ou de sages-femmes libérales pour tous les étudiants sages-femmes ; l'organisation d'une table ronde sur le thème du retour à domicile du couple mère-enfant afin de discuter des rôles de chacun dans ces prises en charge et d'élaborer un dossier de liaison à l'intention des sages-femmes libérales qui effectueront le suivi à domicile. Le but de ces propositions est d'inscrire le PRADO dans une démarche de prise en charge globale de la patiente, de l'anténatal au postnatal au sein du réseau de périnatalité, mais aussi de permettre aux professionnels de santé concernés par le PRADO, les sages-femmes primordialement, d'avoir toutes les compétences nécessaires lors de leur formation pour gérer cette situation de soin nouvelle.

Pour terminer, si jusque-là les sages-femmes étaient très minoritaires dans le paysage professionnel libéral, elles sont actuellement de plus en plus nombreuses. Elles modifient la dynamique et la nature du travail en réseau en investissant le champ de la périnatalité par le PRADO qui est le moyen de promouvoir la profession. L'offre de soins et d'accompagnement des femmes va de ce fait devoir conduire chaque professionnel de santé de la périnatalité à s'interroger sur sa place, ses pratiques et l'évolution de ses missions afin que chacun puisse prendre en charge ses patientes dans le respect des domaines de compétences de chacun. Dans la zone géographique étudiée, j'ai pu constater que malgré leurs difficultés initiales face à l'introduction du PRADO, les sages-femmes libérales ont su répondre aux attentes des mères et des différents professionnels de santé en utilisant leurs compétences en pédiatrie au profit d'une prise en charge optimale du nouveau-né dans ce secteur en « *insuffisance de ressources pédiatriques* ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Tarification à l'activité. [En ligne]. 2010 Juillet [Consulté le 08/04/2015] ; 1 (1) : [1 page]. Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/tarification-a-l-activite.html>
2. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures, Etudes et résultats, n°814, Octobre 2012, 8 p
3. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Démographie - Nombre de naissances vivantes - France métropolitaine. [En Ligne]. 2015 Mars [Consulté le 08/04/2015] ; 1 (1) : [1 page]. Consultable à l'URL : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/bsweb/serie.asp?idbank=000436391>
4. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, Volume 42, n°1, Février 2013, Pages 76-85.
5. OMS, Organisation Mondiale de la Santé - Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum - Guide pratique – 1998 - 9 p
6. Inserm, Institut National de la santé et de la recherche médicale. Enquête nationale périnatale 2010, les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. Juillet 2011, 81 p
7. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, Études et résultats, n° 660, Septembre 2008, 6 p
8. L'Assurance maladie. PRADO, Programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés, le champ de la maternité. [En ligne]. 2012 Février [Consulté le 08/04/2015] ; 1 (1) : [15 pages]. Consultable à l'URL : http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf
9. UNSSF, Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. Enquête de satisfaction PRADO auprès des sages-femmes libérales. [En ligne]. 2012 Septembre [Consulté le 08/04/15] ; 1 (1) : [30 pages]. Consultable à l'URL : http://www.unssf.org/uploads/prado_enquete_adherents_2012.pdf
10. Umberto S, Puech F, Chabrol B. Communiqué de presse à propos du programme PRADO de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, La revue Sage-femme, Volume 11, n°6, Décembre 2012, Pages 253-254
11. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, SAINT DENIS LA PLAINE, Mars 2014, 36 p
12. ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations de bonne pratique, PARIS, Mai 2004, 23 p
13. Hascoët J-M, Vert P - Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né – Ed. Elsevier Masson - ISSY-LES-MOULINEAUX – 2010 – 264 p
14. Vert P, Arthuis M. Rapport sur la première semaine de la vie, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Tome 189, n°5, Mai 2005, Pages 1031-1040
15. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Démographie – Professions de santé en 2015. [En ligne]. 2015 Janvier [Consulté le 08/04/2015] ; 1 (1) : [1 page]. Consultable à l'URL : http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103

16. Cour des comptes. Chapitre VI : Le rôle des sages-femmes dans le système de soins – Cour des comptes, La Sécurité sociale, PARIS, 2011. Pages 173-198.
17. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs, Etudes et résultats, n°791, 2012, 8 p
18. Code de la Santé Publique Art L.4151-1
19. Ministère de la Santé et des Sports, le CNGE, Collège National des Gynécologues Enseignants, CNOSF, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, CASSF, Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes et CNGOF, Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France. Référentiel Métier et Compétences Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. [En Ligne]. 2010 Janvier [Consulté le 08/04/2015] ; 1 (1) : [34 pages]. Consultable à l'URL : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
20. Cour des comptes. Les Maternités en Nord-Pas-De-Calais, Cour des Comptes, Rapport sur les maternités, PARIS, 2015, Pages 51-60
21. Kaufmann J-C - L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif - 3^{ème} Ed. Armand COLIN – PARIS – 2014 – 126 p
22. IREV, Institut Régional de la Ville. Communauté d'agglomération de Lens-Liévin. [En Ligne]. [Consulté le 08/04/15] ; 1 (1) : [1 page]. Consultable à l'URL : <http://www.irev.fr/territoires/communaut%C3%A9-dagglom%C3%A9ration-lens-li%C3%A9vin>
23. L'assurance maladie. Annuaire santé. [En ligne]. [Consulté le 08/04/2015];1(1) : [1 page]. Consultable à l'URL : <http://annuaire.sante.ameli.fr>
24. Mias C, Bataille M, Blin J-F, Piasser, A, Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. L'Année de la recherche en Sciences de l'Éducation, Ed. PUF, PARIS, 1996, Pages 57-89.
25. Abric J-C – Les représentations sociales : aspects théoriques – in Abric J-C – Pratiques sociales et représentations - 3^{ème} Ed. PUF – PARIS – 2003 – Pages 11-36
26. Le Boterf G - Repenser la compétence Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions - 2ème Ed. Editions d'Organisation – PARIS – 2010 - 140 p
27. Perrenoud Ph. Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle, [En Ligne]. 2001. [Consulté le 08/04/15] ; 1 (1) : [1 page]. Consultable à l'URL : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html
28. Morin C, Leymarie M-C. Evolution de la formation de sage-femme, Les Dossiers de l'Obstétrique, n°440, Août-Septembre 2014, Pages 28-32
29. Vert P, David G. Communiqué sur Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Tome 194, n°8, Novembre 2010, Pages 1623-1624
30. Rotter J-B, Generalized expectancies for interpersonal trust, American Psychologist, n°26, 1971, Pages 443-452
31. Rotter J-B, Interpersonal trust, trustworthiness, and gullibility, American Psychologist, n°35, 1980, Pages 1-7
32. Meyniel F. The Sense of Confidence during Probabilistic Learning: A Normative Account. [En ligne]. 2015 Juin [Consulté le 08/03/2016] ; 1 (1) : [1 page]. Consultable à l'URL : <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/le-sentiment-de-confiance-accompagne-l-apprentissage>

33. Maela P - L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique – Ed. l'Harmattan – PARIS - 2004 - p.153.
34. Lavelle L – L'erreur de Narcisse – Ed. Grasset – PARIS – 1939 – 266 p
35. Houzel D. – Les enjeux de la parentalité – Ed. Érès – TOULOUSE – 1999 – 160 p
36. Moro M-R, Construire ensemble un berceau pour l'enfant, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Volume 23, n°1, Mars 2010, Pages 55-60
37. Code de la Santé Publique Art L.4151-1
38. Briday C – Programme d'accompagnement du retour à domicile – Mémoire – UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud – 2013 – 121 p
39. Jankélévitch V. – Je ne sais quoi et le presque rien Tome III : La Méconnaissance, Le Malentendu – Ed. Points – PARIS – 1981 – 247 p
40. Lazar J – Variations sur le malentendu : ambiguïté, ignorance, déformation – In Géographie, économie, société – Volume 7 – Ed. Lavoisier – CACHAN – 2005 – Pages 109-118
41. Thépaut A. Les sages-femmes libérales dans la dynamique des réseaux de santé en périnatalité. Vocation Sage-femme, Volume 14, n°114, Mars 2015, Pages 10–14
42. Renault E, Reconnaissance, injustice, institution. Revue du MAUSS, n°23, 2004, Pages 180-195.
43. Ricoeur P – Parcours de la reconnaissance, Trois études – Ed. Folio – PARIS – 2006 – 448 p
44. Todorov T – La vie commune. Essai d'anthropologie générale – Ed. Seuil – PARIS – 1995 – 224 p.
45. Honneth A. – La lutte pour la reconnaissance – Ed. Cerf – PARIS – 1992 – 233 p
46. Conseil Départemental du Pas-de-Calais. Priorités de santé. [En ligne]. [Consulté le 20/03/16] ; 1 (1) : [1 page]. Consultable à l'URL : <http://www.pasdecalais.fr/Solidarite-Sante/Sante/Les-priorites-de-sante>
47. ARS, Agence Régionale de Santé Nord Pas de Calais. Détermination dans le Schéma Régional de l'Organisation des Soins du zonage Sages-Femmes libérales. [En Ligne] 2012 Juin [Consulté le 08/04/2015] ; 1 (1) : [19 pages]. Consultable à l'URL : http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Consultation/Saisine_CRSA_zonage_Sages_femmes.pdf

ANNEXES

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN

Entretien n°

Date :

Bon nombre de sages-femmes sont aujourd'hui amenées, dans leur exercice professionnel, à s'occuper de nouveau-nés notamment dans le cadre du PRADO. Dans cette optique, je recueillerai votre point de vue, vos besoins et questions pratiques, en matière de prise en charge du nouveau-né à leur sortie de maternité.

Prise en charge néonatale :

Qu'est-ce que la prise en charge du nouveau-né à domicile vous évoque ? Qu'est-ce qu'on attend de vous auprès des nouveau-nés en tant que professionnel(le) ?

- Quels savoirs, savoir-faire et savoir-être mettez-vous en place ? (Connaissances théoriques et revues scientifiques, Connaissances pratiques et expériences professionnelles, Démarches intellectuelles et cognitives, Capacités relationnelles)
- Sur quels éléments construiriez-vous votre conduite à tenir ?

Votre formation initiale vous semble-t-elle suffisante pour pratiquer cette activité ? Et Pourquoi ?

- Dans vos souvenirs/A l'époque, quels étaient vos besoins en matière de prise en charge du nouveau-né ? (Besoins théoriques ou pratiques, Questionnement)

Vous vous êtes-vous déjà senti(e)s en difficulté sur une prise en charge ? Pourquoi ? Quelles ressources avez-vous dû mettre en place pour résoudre la situation ?

- Avez-vous des contacts, un réseau de professionnels à joindre en cas de besoin ?
- Pensez-vous que la formation continue serait une des clefs pour pallier ces difficultés ?

Quel(s) retour(s) d'expérience(s), ou conseil(s) vous semble(nt)-il(s) utile(s) à partager ?

- Que pensez-vous de la prescription médicale auprès de ce public dans votre pratique ? (adaptée, limitée)

Présentation générale du professionnel :

Année d'obtention du Diplôme d'Etat :

Formation(s) complémentaire(s) :

Pratique hospitalière :

Installation en libérale :

- Année d'installation :
- Cabinet seul / collaboration avec d'autres professionnels de santé ou d'autres SF :
- Expérience libérale antérieure :

Activités proposées au cabinet :

Réseau professionnel constitué en cas de prise en charge complexe :

ANNEXE II : GRILLE D'OBSERVATION

Observation n°

Date :

Comportement professionnel	Incomplet	Complet	Commentaires
REALISER UN DIAGNOSTIC			
ACCUEIL DE LA MERE ET L'ENFANT : - en vérifiant l'identité de l'enfant - en organisant la consultation en fonction du rythme de l'enfant (examen clinique en état d'éveil calme) - en prenant en compte l'environnement (logement, famille, nuisance possible)			
REALISATION ANAMNESE : - en reprenant le dossier (ATCD familiaux, la période prénatale, le moment de la naissance et le séjour en maternité) - en évaluant les risques : infectieux, d'ictère, de cardiopathies congénitales, alimentaires et les dépistages néonataux			
EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE : - en commençant par une observation générale - en réalisant l'examen cardio-pulmonaire avec l'auscultation cardio-pulmonaire - en réalisant l'examen somatique et morphologique - en réalisant l'examen neurologique - en faisant participer la mère, en lui expliquant le déroulement de l'examen et en la rassurant - en repérant une situation pathologique ou une anomalie qui			

nécessite de l'adresser à un médecin - en renseignant le carnet de santé et/ou les feuilles de soins			
ECOUTER, QUESTIONNER ET DONNER DES CONSEILS HYGIENO-DIETETIQUES ET D'EDUCATION A LA SANTE - en répondant aux inquiétudes parentales (troubles alimentaires, pleurs, dermatologie et sommeil) - en éduquant les populations sur la prévention de la mort subite du nourrisson, les accidents domestiques, les écrans, les produits d'hygiène à destination des enfants et des bons gestes face à l'infection - en vérifiant le statut sérologique de la famille face à la coqueluche			
REPERER LES SITUATIONS DE VULNERABILITE : - en évaluant le lien mère-enfant (Lecture des besoins du nouveau-né, Qualité du portage et l'ajustement physique et comportemental de la mère à son enfant, Sentiments ressentis pour le nouveau-né, Interactions visuelles mère-enfant, Qualité du contexte familial et Stabilité émotionnelle de la mère) - en repérant des conduites de consommation à risque de la mère ou de l'entourage (intoxications exogènes)			
VERIFIER LA MISE EN PLACE DE L'ALIMENTATION : - en surveillant l'alimentation (transit, courbe de poids) - en accompagnant, évaluant et corrigeant l'allaitement maternel (questions, sevrage et complications) - en observant ou évaluant la préparation d'un biberon, son hygiène et sa conversation			

EFFECTUER UN SUIVI ET ASSURER LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE			
ASSURER LA TRANSMISSION : - en complétant le carnet de santé de l'enfant - en prescrivant des examens complémentaires appropriés ou réalisant une ordonnance complète - en organisant avec la mère les modalités de suivi de son enfant (explication du suivi pédiatrique, vaccination, signes cliniques néonataux amenant à consulter et mode de garde)			
COMPETENCES TRANSVERSALES			
SAVOIR GERER ET ORGANISER SON TEMPS : - La sage-femme s'exerce, dans toutes ses interventions, à structurer son temps et ses priorités. - En prenant le temps nécessaire pour soigner et aider la femme et/ou le couple et le nourrisson			

DECIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DANS LES CAS DE SITUATIONS PATHOLOGIQUES (Raisonnement clinique, collaboration, coopération et respect de son champ de compétences) :

DEROULEMENT DE LA VISITE :

ANNEXE III : DEMANDE D'AUTORISATION



M^{elle} FRACZYK Pauline



Université Catholique de Lille

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE

Filière Maïeutique

56 rue du port

59000 LILLE

Tel. 03 20 13 47 36

Mail : flm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION

Sujet de la recherche : Prise en charge néonatale et le suivi à domicile : le point de vue des sages-femmes libérales.

Objectif de l'étude :

Décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales dans leur prise en charge du nouveau-né à domicile à partir du recueil de votre point de vue, connaissances et expériences en matière de prise en charge du nouveau-né, à leur sortie de maternité.

Modalités de l'étude :

Entretien semi-directif, complété avec votre accord d'une observation non participante sur une prise en charge néonatale lors d'une visite à domicile.

NB : Afin de ne pas altérer vos propos et si vous n'y voyez pas d'inconvénients, l'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone. Cet entretien restera anonyme et les données que vous me confierez confidentielles. Vous pourrez à tout moment décider d'arrêter votre participation, et ce, malgré votre éventuel accord initial.

Autorisation :

NOM :

Lieu d'exercice :

Accord pour :

- ☐ Entretien
- ☐ Observation

Signature :



M^{elle} FRACZYK Pauline



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE

Filière Maïeutique

56 rue du port

59000 LILLE

Tel. 03 20 13 47 36

Mail : flm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION

pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en deuxième année d'études approfondies en sciences maïeutiques à la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique de l'Université Catholique de Lille. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le point de vue des sages-femmes sur la prise en charge néonatale et le suivi à domicile.

Mon étude tentera de décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales dans leur prise en charge du nouveau-né à domicile et de recueillir leur point de vue en matière de prise en charge du nouveau-né, à leur sortie de maternité.

Pour cela, je sollicite votre consentement afin de pouvoir observer la prise en charge de votre nouveau-né dans le cadre d'une visite à domicile par la sage-femme. Cette observation restera anonyme et les données récoltées confidentielles. Bien entendu, vous pourrez à tout moment décider de réviser votre consentement et ce, malgré votre éventuel accord initial.

Autorisation :

NOM de la patiente :

Participation à l'étude menée :

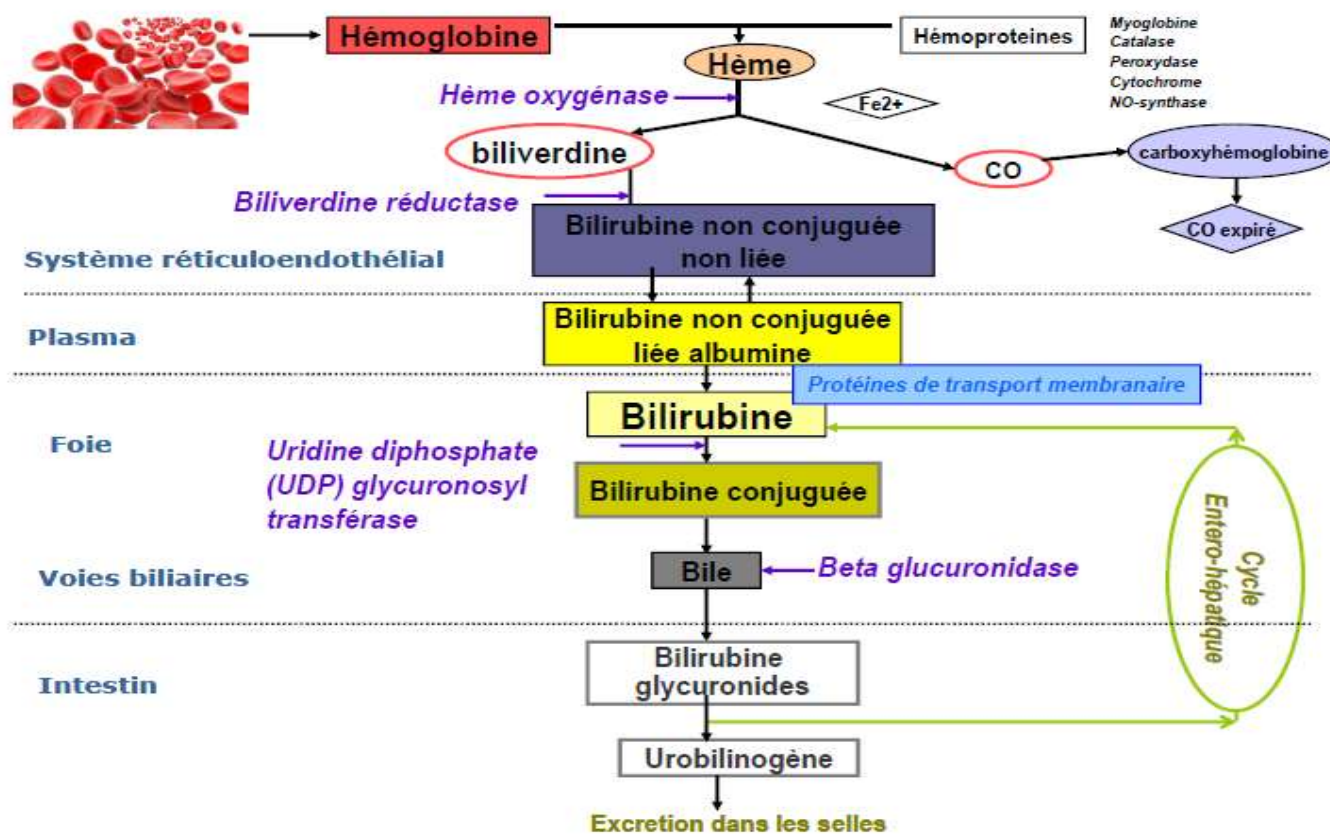
- ☐ Accord
- ☐ Refus

Signature :

ANNEXE IV : PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ICTERE DU NOUVEAU-NE

Lors de la vie intra utérine, la bilirubine produite par le fœtus est conjuguée et épurée par le foie de la mère. A la naissance, quelques jours sont nécessaires pour que les mécanismes d'épuration propres du nouveau-né parviennent à équilibrer la production de pigment. La production de bilirubine provient majoritairement du catabolisme de l'hème lors de l'hémolyse qui est chez le nouveau-né deux fois plus élevée qu'aux autres âges de la vie. Au niveau des hépatocytes, la bilirubine se conjugue. Puis elle est excrétée dans la bile, puis dégradée dans l'intestin grâce à la flore bactérienne et peut alors être éliminée sous forme de selles. Sauf que chez le nouveau-né, le cycle entéro-hépatique est immature et contribue à entretenir un taux élevé de bilirubine sanguine. C'est pourquoi, il existe une accumulation de bilirubine entraînant un ictère cutané, muqueux et conjonctivale et une hyperbilirubinémie.

ANNEXE IV : PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ICTERE DU NOUVEAU-NE



MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2016

<u>TITRE :</u> RETOUR A DOMICILE DES NOUVEAU-NES : Les sages-femmes libérales face à leurs compétences en pédiatrie.
<u>AUTEUR :</u> Pauline FRACZYK Sous la Direction de : Mr Cédric ROUTIER, Directeur Unité HaDéPaS

MOTS-CLES : NOUVEAU-NE / RETOUR A DOMICILE / COMPETENCE / PEDIATRIE / SAGE-FEMME LIBERALE / PRADO

<u>RESUME :</u> L'accompagnement du couple mère-enfant est au cœur des préoccupations actuelles car il existe une grande variabilité dans cet accompagnement dont bénéficient les femmes, surtout lors de leur retour à domicile. C'est pourquoi, en 2014, la HAS a établi les conditions et modalités optimales du retour à domicile du couple mère-enfant dit « à bas risque » afin de répondre aux attentes des femmes et de pallier les durées de séjour qui tendent à se raccourcir. L'enjeu pour les sages-femmes libérales est donc de réussir à dépister les anomalies lors de leur prise en charge à domicile, surtout chez le nouveau-né considéré comme un être vulnérable, pour éviter un retard au diagnostic dans cette nouvelle activité qu'est le PRADO. Ce travail s'est construit autour de la problématique des compétences pédiatriques des sages-femmes lors de leurs visites à domicile dans le cadre du retour à domicile. Le but était de décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales dans leur prise en charge du nouveau-né à domicile et d'identifier les potentiels difficultés et leviers auxquels ces professionnelles sont confrontées dans cette activité. Plusieurs propositions ont été faites afin d'améliorer cette prise en charge et de l'inscrire dans un suivi global du couple mère-enfant. En investissant le champ de la périnatalité, les sages-femmes libérales ont l'opportunité de promouvoir la profession auprès des femmes et des professionnels, mais modifie la dynamique des réseaux de périnatalité existants. Le défi dans l'avenir est de mieux définir les rôles et les modalités d'action de chacun dans cette prise en charge afin qu'ils soient connus de tous les acteurs accompagnant le couple mère-enfant.
--

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN

60 rue du Port - 59040 Lille Cedex

Tél. : 03-59-56-69-79

Mail : contact-bibliotheque@univ-catholille.fr