



HAL
open science

L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance

Sabrina Sedira

► **To cite this version:**

Sabrina Sedira. L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01666363

HAL Id: dumas-01666363

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01666363v1>

Submitted on 18 Dec 2017

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

**L'EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE
NAISSANCE**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
Présenté et soutenu par Sabrina SEDIRA
Sous la direction du
Pr Marie-Laure CHARKALUK
Année universitaire 2016- 2017

Remerciements

Je tiens à remercier :

Le Professeur Marie-Laure Charkaluk, ma directrice de mémoire, pour son investissement, ses critiques constructives et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Mme Pihen, ma sage-femme référente pour ses précieux conseils et le temps qu'elle a pu m'accorder.

Les cadres de la maternité pour m'avoir donné leur autorisation de mener mon étude. Je remercie également les professionnels de santé du bloc obstétrical et les parents pour leur accueil, leur compréhension et leur gentillesse.

Ma famille, mes amis pour le soutien et les encouragements tout au long de mes études.

Sommaire

GLOSSAIRE	2
INTRODUCTION.....	3
MATERIEL ET METHODE.....	6
A. Etude observationnelle	6
B. Enquête déclarative par questionnaire	9
RESULTATS DE L'ETUDE.....	10
A. Etude observationnelle	10
1) Définition de l'échantillon et caractéristiques de la population	10
2) Lieu et moment de l'examen.....	11
3) Le personnel intervenant.....	11
4) Caractéristiques et durée de l'examen clinique.....	12
B. Résultat de l'étude déclarative par questionnaire	15
1) Définition de l'échantillon.....	15
2) Présentation des résultats.....	15
ANALYSE ET DISCUSSION	18
A. Critiques de l'étude.....	18
B. Rareté et originalité du sujet	20
C. Discussion et validation des hypothèses	20
D. Conséquences de l'absence de pratique d'examen clinique du nouveau-né à la naissance par la sage-femme.....	25
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE	28

Glossaire

ADP : Auxiliaire De Puériculture

CNSF : Collège National des Sages-femmes

CSP : Code de la Santé Publique

DARU : Délivrance artificielle avec révision utérine

EC : Examen Clinique

ESF : Etudiante Sage-Femme

HDD : Hémorragie De la Délivrance

ILCOR : International Liaison Committee on Resuscitation

NN : Nouveau-Né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaine Aménorrhée

SDN : Salle de naissance

SF : Sage-Femme

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Introduction

La naissance est l'un des domaines de la vie les plus intimes où se crée un lien particulier entre la mère et son nouveau-né. Elle symbolise un temps de découverte, de rencontre et d'adaptation aussi bien pour les parents que pour l'enfant.

Néanmoins, la période néonatale constitue un temps de vulnérabilité durant laquelle il est important de veiller à la bonne adaptation à la vie extra utérine du nouveau-né. Dès la naissance, l'état de l'enfant est évalué systématiquement à l'aide du score d'APGAR. Ce dernier a été établi par Virginia APGAR dans les années 1950. Ce score évalue les constantes vitales à 1, 5 et 10 minutes de vie. Il permet d'apprécier les compétences physiologiques du nouveau-né, notamment, sa capacité à respirer [1]. En parallèle de cette dimension médicale, les compétences relationnelles du nouveau-né peuvent être également appréciées, telle que sa capacité à téter et à établir des liens avec sa mère [2].

Hormis cette première évaluation rapide, la Haute Autorité de Santé (HAS), dans la synthèse de Mars 2014 sur la qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, notifie qu'un premier examen clinique du nouveau-né en salle de naissance doit être prodigué par la sage-femme. Ce premier examen du nouveau-né permet de s'assurer de l'absence d'urgence vitale et de repérer une éventuelle pathologie ou malformation. Il doit faire l'objet d'un compte-rendu qui sera transmis à l'équipe chargée de la surveillance en maternité [3]. L'Assurance Maladie parle également de la réalisation « d'un examen très complet » par la sage-femme sans émettre davantage de détails sur le contenu [4]. Par définition, « l'examen clinique fait suite à l'interrogatoire ; il comprend l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation des différentes parties du corps et de certains organes » [5]. Il doit par conséquent être réalisé par un examinateur formé à la sémiologie.

La sage-femme est formée durant ses études à la pratique des examens cliniques du nouveau-né. C'est un acte qui fait pleinement partie de ses compétences [6]. L'article L.4151-1 du Code de la Santé Publique (CSP), définissant l'exercice de la profession de sage-femme, et l'article R.4127-318 du CSP, relatif aux compétences qui sont dévolues à la sage-femme, permettent à la sage-femme de pratiquer cet examen.

Au fil des dernières décennies, le monde des naissances a subi de nombreuses innovations scientifiques. En effet, des progrès ont été réalisés dans plusieurs domaines. Sur le plan obstétrical, une des révolutions dans la surveillance de la grossesse a été l'émergence et la systématisation de l'échographie obstétricale. Elle aura des conséquences directes sur l'organisation de la future prise en charge du nouveau-né. En parallèle, dans les années 80, l'occident assiste à une explosion des techniques en matière de réanimation néonatale [7]. Le bilan démographique cataclysmique de l'après-guerre a poussé les pouvoirs publics à reconsidérer la maîtrise de la mortalité. Grâce à toutes ces avancées en termes de santé

publique, le taux de mortalité infantile a vu ses chiffres décroître passant de 10 pour 1000 enfants en 1980 à 3.5 pour 1000 enfants en 2015 (Annexe 1). La naissance s'est donc centrée sur un accompagnement médicalisé et a atteint un haut niveau de technicité.

Cependant, depuis les années 1990, la technicisation autour de la naissance a atteint un tel niveau qu'une remise en question s'est faite ressentir chez les professionnels de santé et chez les parturientes. La prise en charge trop technique de nouveau-né eutrophe a soulevé une réflexion de démedicalisation de la naissance [8]. Il est question de rechercher un accompagnement plus doux et plus proche de la physiologie. Pour favoriser un retour à des valeurs plus proches des besoins physiologiques, plusieurs dispositifs ont vu le jour tels que les projets de naissance, les maisons de naissance ou encore la mise en place de labels tels que l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB). L'IHAB a été instauré par l'OMS et l'UNICEF en 1992 dans le but d'optimiser l'allaitement maternel, d'encourager le peau-à-peau immédiat après l'accouchement et de favoriser le lien mère-enfant [9-11]. L'OMS incite donc à respecter la physiologie de l'accouchement et notamment du nouveau-né « normal ». Pour l'ILCOR, le comité de liaison international sur la réanimation, le nouveau-né « normal » se définit à partir de 3 questions qui permettent d'affirmer ou d'infirmer la bonne adaptation à la vie extra utérine. Si le nouveau-né présente une adaptation à la vie extra-utérine satisfaisante : « *Le nouveau-né n'a pas besoin de réanimation et ne doit pas être séparé de sa mère. Il peut être séché, placé sur la poitrine de sa mère, couvert avec un tissu pour maintenir la température. L'observation de sa respiration, de ses mouvements et de sa couleur doit être poursuivie* » [12]. Il est donc recommandé de minimiser les gestes envers le nouveau-né dans les 2 premières heures qui suivent la naissance afin de faciliter l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Néanmoins, le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) mentionne l'obligation de procéder à un examen clinique du nouveau-né avant que l'enfant et sa mère soient transférés en suite de naissance [13]. Les manuels de pédiatrie évoquent également la nécessité de pratiquer un premier examen en salle de naissance mais il n'y a pas de consensus sur le contenu exact de l'examen qu'il faut mener en salle de naissance.

Face à l'absence d'un commun accord sur le contenu de l'examen clinique du nouveau-né réalisé en salle de naissance et face aux diverses pratiques que j'ai pu observer durant mes stages en salle de naissance, la question que je me suis donc posée est la suivante :

À la vue de l'évolution des pratiques autour de la prise en charge du nouveau-né, en quoi consiste l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance actuellement ?

L'objectif principal est d'étudier les pratiques professionnelles de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance.

Les objectifs secondaires sont :

- Repérer les critères de réalisation de l'examen clinique du nouveau-né.
- Analyser la place de la sage-femme dans cette pratique.

Pour répondre à la problématique et atteindre les objectifs fixés, nous nous sommes reposés sur plusieurs hypothèses :

Hypothèse 1 : La pratique de l'examen clinique du nouveau-né n'est réalisée que si besoin.

Hypothèse 2 : La pratique de l'examen clinique du nouveau-né par les sages-femmes est influencée par l'organisation du service, notamment par rapport au respect du label IHAB ou encore des protocoles de service.

Hypothèse 3 : La pratique de l'examen clinique du nouveau-né est réalisée en fonction des habitudes et de l'expérience des sages-femmes.

Matériel et méthode

Pour mener à bien ce sujet, nous avons réalisé 2 types d'études : une étude observationnelle directe complétée par une seconde étude par questionnaire destinés aux sages-femmes.

A. Etude observationnelle

La première étude est une étude prospective, observationnelle, qualitative et monocentrique dans le but d'explorer les pratiques professionnelles de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance. Des observations ont été menées au sein d'une maternité de niveau IIB. Cette maternité réalise en moyenne 2000 accouchements par an et a obtenu le label IHAB depuis 2014.

Observer est une pratique sociale qui permet de recueillir des faits et d'accéder à ce qui se joue derrière les discours [14]. Pour mener cette étude, nous avons eu recours à de l'observation directe pendant les 2 premières heures de vie du nouveau-né en salle de naissance. L'observation directe consiste à être présent dans un environnement donné, d'observer et de recueillir les données précises de ce que nous voyons. Nous avons donc recueilli des informations de 11 examens cliniques de nouveau-nés à l'aide d'une grille d'observation préalablement mise au point (Annexe 2). Les observations ont été menées du 27/09/2016 au 28/11/2016.

Les situations d'observations portaient sur les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture exerçant au bloc obstétrical et participant à la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance. Les observations incluaient les nouveau-nés issus d'une grossesse suivie dont les trois échographies recommandées ont été réalisées. Elles concernaient les naissances par voie basse, sans extraction instrumentale et dont le terme était compris entre 37 SA et 41 SA. En revanche, nous avons exclu de l'étude les nouveau-nés de mère qui présentaient des addictions, les grossesses non suivies, les césariennes ainsi que les grossesses gémellaires.

Les observations avaient pour critères de jugements :

1. Le contexte et l'environnement

Nous avons pris en compte dans l'étude :

- L'activité du bloc obstétrical au moment de l'observation c'est-à-dire l'occupation ou non des quatre salles de naissance et des quatre salles de pré-travail.
- Les événements qui ont pu interférés sur la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né tels que les réanimations néonatales, les hémorragies de la délivrance (HDD), les réfections d'épisiotomies ou encore les délivrances artificielles et révisions utérines (DARU).
- Le personnel intervenant dans la pratique de cet examen afin d'analyser par qui il est fait et les disparités éventuelles.

2. Le contenu de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance

Les observations ont pris en considération la pratique détaillée ou non de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance, c'est-à-dire la réalisation de :

- L'examen cardio-pulmonaire avec auscultation et palpation des pouls fémoraux.
- L'examen somatique et morphologique : des téguments, crâne, face, cou, clavicules, membres supérieurs, thorax, abdomen, membres inférieurs, rachis, organes génitaux externes, hanches
- L'examen neurologique : tonus axial et segmentaires, et réflexes archaïques.

Dans la grille d'observation, un classement a été réalisé en fonction de l'exhaustivité de l'examen clinique (EC) du nouveau-né (NN) :

- L'examen clinique très rapide correspond, uniquement, à l'inspection physique (examen somatique et morphologique)
- L'examen clinique sommaire correspond à l'inspection physique (examen somatique et morphologique) et à l'examen neurologique, comprenant les manœuvres nécessaires à l'évaluation du système nerveux central et périphérique.
- L'examen clinique approfondi comprend l'examen cardio-pulmonaire, somatique, morphologique et neurologique.

Ce classement permet de déterminer le niveau d'exhaustivité de l'EC. Son but n'est pas d'émettre de jugement sur la qualité de l'EC.

3. *Le respect du protocole de service et du projet de service, IHAB*

La maternité, au sein de laquelle les observations ont été menées, a élaboré un protocole de service sur « *L'accueil et soins au nouveau-né sans pathologie, dans les 2 premières heures de vie* ». Il a été mis en place en 2014 à la suite d'un groupe de travail constitué de pédiatres, d'une sage-femme cadre et d'un obstétricien. Ce protocole de service définit les différents soins à prodiguer au nouveau-né bien portant, les modalités du peau à peau à la naissance ainsi que les anomalies à rechercher lors de l'examen clinique. Au cours des observations, nous avons souhaité savoir si le protocole de service et les recommandations du label IHAB étaient respectés [9].

Face aux parents et aux professionnels de santé, j'ai justifié ma présence par l'envie d'explorer la prise en charge du nouveau-né à la naissance. Mon but étant de limiter « l'effet perturbateur » de ma présence sur les éventuels gestes que le soignant pouvait réaliser. Avant de débiter chaque observation, une notice d'information et une fiche de non opposition ont été soumis aux parents afin de leur faire part de mon étude, et de leur demander leur accord (Annexe 3).

B. Enquête déclarative par questionnaire

Pour compléter la première étude, nous avons mené une seconde étude déclarative et monocentrique par questionnaires (Annexe 4). Il s'agissait de questionnaires destinés aux sages-femmes exerçant en salle de naissance. Les questionnaires ont été distribués au sein de la même maternité que l'étude A. Nous avons voulu, d'une part, recenser le point de vue des sages-femmes sur leur pratique de l'examen clinique du nouveau-né, et d'autre part confronter ce que nous avons pu observer avec les réponses obtenues via les questionnaires.

Les données ont été recueillies du 1^{er} au 17 décembre 2016. Le questionnaire comportait des questions fermées, des questions à choix multiples et des questions ouvertes. Il était constitué de 5 questions et a été directement déposé en salle de naissance.

Le questionnaire avait pour objet de recueillir l'avis des sages-femmes sur :

1. *La pratique de la sage-femme sur la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance*
2. *L'intérêt de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance*
3. *Le contenu de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance*
4. *Les freins à la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance*
5. *L'impact des protocoles de service sur la pratique des sages-femmes*

En ce qui concerne les considérations éthiques et autorisations, le Comité Interne d'Éthique de la Recherche du GHICL a émis un avis favorable pour l'élaboration de ce mémoire (Annexe 5). Les lieux, personnes et données ont été anonymisés et la réalisation de l'étude a fait l'objet d'autorisations préalables : de la cadre sage-femme, de la directrice de l'école de sage-femme et de la directrice de mémoire (Annexe 6).

Résultats de l'étude

A. Etude observationnelle

1) Définition de l'échantillon et caractéristiques de la population

Nous avons réalisé 11 observations d'examens cliniques du nouveau-né en salle de naissance. Les caractéristiques des NN sont présentées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques des nouveau-nés pris en compte dans l'étude

	Critères des nouveau-nés (Les extrêmes en SA : Semaines aménorrhées)
Age gestationnel	[37 +2 ; 40 +5]
Score d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes	1 observation sur 11 : 7/10/10 1 observation sur 11 : 8/10/10 9 observations sur 11 : 10/10/10

Les observations ont été menées pour la majorité au cours de la journée et une seule en début de soirée. Elles ont été réalisées essentiellement sur mes jours de repos et m'ont demandées environ 45 heures de présence au sein des salles de naissance. La durée de ma présence variait entre 5 heures à 2 heures et demi (heure de naissance : de 10h31 à 20h05). J'ai donc pu réaliser 11 observations pour 16 déplacements. J'ai parfois assisté à des débuts d'accouchements sans avoir pu observer car ils ne respectaient pas mes critères d'inclusion (en l'occurrence quand il s'agissait d'extractions instrumentales).

2) Lieu et moment de l'examen

Le lieu et le moment de réalisation de l'EC du NN sont exposés dans le tableau II et tableau III.

Tableau II : Lieu de réalisation EC du NN / ou de l'inspection partielle du NN

	Nombre de NN observé
Uniquement sur la table dans la salle d'accouchement, destinée au change du bébé	5
Sur la table dans la salle d'accouchement destinée au change du bébé ET sur la mère	2
En salle de réanimation	4

Tableau III : Moment, par rapport au peau-à-peau, de la réalisation de l'EC du nouveau-né / ou de l'inspection partielle

	Nombre de NN Observé
Avant le peau-à-peau	3
Après le peau-à-peau	7
Avant ET après le peau-à-peau	1

Certains examens ont été réalisés avant le peau à peau car des événements ont interféré dans la prise en charge habituelle du nouveau-né. Il était question d'une hémorragie de la délivrance, d'une réfection d'épisiotomie et de 2 réanimations néonatales (pour 1 des 2 réanimations néonatales : l'EC a été fait avant et après le peau à peau)

Les examens observés ont tous été pratiqués en présence d'au moins un des deux parents

3) Le personnel intervenant

Le personnel réalisant l'EC du NN est présenté dans le tableau IV.

Tableau IV : Personnel soignant réalisant l'EC du NN/ ou l'inspection partielle du NN

	Nombre d'EC du NN réalisé
Auxiliaire de puériculture (ADP)	6
ADP et Sage-femme (SF)	3
ADP et Etudiante Sage-femme (ESF)	1
SF	1

Concernant les 3 examens cliniques du nouveau-né menés par l'auxiliaire de puériculture et la sage-femme : Nous notons :

- Un examen clinique réalisé au décours d'une réanimation néonatale
- Un examen clinique réalisé par la sage-femme et complété par l'ADP
- Un examen clinique qui justifie la participation de la sage-femme par les commentaires émis sur les téguments uniquement.

A propos de l'examen clinique du nouveau-né réalisé par la sage-femme seule, il s'agissait d'une réanimation néonatale.

On note 10 examens clinique (ou pour certains inspections partielles) du nouveau-né réalisés en une seule fois contre 1 réalisé en 2 fois.

4) Caractéristiques et durée de l'examen clinique

Les caractéristiques et la durée de l'EC apparaissent dans le tableau V.

Tableau V : Caractéristiques et durée de l'EC du nouveau-né

	Nombre d'EC / d'inspection partielle du nouveau-né	Durée moyenne en minutes de l'EC (les extrêmes)
Très rapide	4	7 minutes [6-9]
Sommaire	5	12 minutes [10-13]
Approfondi	2	15 minutes [15-16]

5) Contenu de l'examen clinique du nouveau-né en rapport avec le protocole de service

Tableau VI : Répartition du contenu de l'examen clinique observé et du personnel intervenant en fonction du protocole de service

Observation N°	1	2	3	4	5	6	7*	8	9	10	11
EC préconisé dans le protocole de service											
Anomalies du crâne, de la face et du cou							ADP	SF	SF ADP	SF	ADP ESF
Anomalies du visage : paralysie faciale	ADP	ADP		ADP	ADP	ADP	ADP	SF	SF ADP		ADP ESF
Anomalie des yeux		ADP					ADP				ADP ESF
Paralysie du plexus brachial, fracture de la clavicule			ADP	ADP	ADP		ADP		SF ADP	SF	ADP ESF
Anomalie de la paroi abdominale	ADP	ADP	ADP			ADP	ADP	SF	SF ADP	SF	ADP ESF
Malformation ano rectales : inspection visuelle en écartant les fesses	ADP	ADP	ADP	ADP	ADP				SF ADP	SF	
Anomalies de la charnière lombo sacrée	ADP		ADP	ADP	ADP	ADP	ADP	SF	SF ADP	SF	ADP ESF
Malformation des organes génitaux et urinaires		ADP		ADP							
Anomalies des extrémités et des membres					ADP		ADP	SF			ADP ESF
Dépistage de l'atrésie des choanes par détection de buée à l'aide d'un miroir	ADP	ADP		ADP	ADP	ADP	ADP	ADP	SF ADP	SF	ADP ESF

(7*) : Avec participation de la sage-femme qui a émis un commentaire sur les téguments.

SF : Réalisation de l'examen clinique du nouveau-né par la SF dans un contexte de réanimation néonatale.

Liste des gestes réalisés et non mentionnés dans le protocole de service :

- La vérification de l'intégrité du palais a été observé 8 fois sur 11 : 7 fois par l'ADP et 1 fois par la sage-femme lors d'une réanimation néonatale.
- La vérification de la perméabilité de l'œsophage a été réalisé 8 fois sur 11 : 6 fois par l'ADP essentiellement dans un contexte de prélèvement gastrique et 2 fois par la sage-femme dans un contexte de prise en charge et de prélèvement gastrique et également de prise en charge seule.
- La palpation des pouls fémoraux et l'auscultation cardio-pulmonaire ont été réalisés par la sage-femme dans les 2 cas de réanimations néonatales
- L'examen neurologique non complet a été fait 6 fois sur 11 : 5 fois par l'ADP et 1 fois par la sage-femme dans le cas d'une réanimation néonatale.
- La manœuvre d'Ortolani a été pratiquée par l'ADP lors de 2 examens cliniques du nouveau-né, puis 2 fois par la sage-femme au décours d'une réanimation néonatale et chez un nouveau-né bien portant.

B. Résultat de l'étude déclarative par questionnaire

1) Définition de l'échantillon

Cette seconde étude a recueilli 13 questionnaires destinés aux sages-femmes du bloc obstétrical du 1^{er} décembre au 17 décembre 2016. Le nombre de sage-femme ayant eu une activité en salle de naissance durant cette période était de 15.

2) Présentation des résultats

a) *A la question suivante « Dans la majorité des cas, êtes-vous la personne qui réalise l'EC du NN en salle de naissance ? »*

Parmi les 13 questionnaires :

- 5 sages-femmes ont répondu qu'il était pratiqué par elles-mêmes
- 8 sages-femmes ont répondu qu'il était pratiqué l'auxiliaire de puériculture

b) *Nous avons interrogé les sages-femmes sur l'intérêt de réaliser l'examen clinique du nouveau en salle de naissance (SDN).*

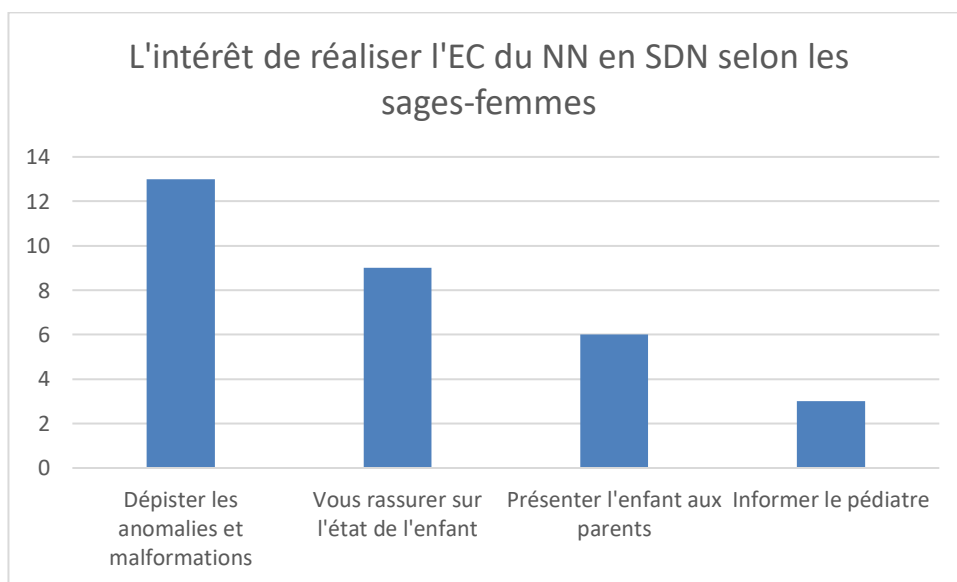


Figure 1 : Répartition des réponses des sages-femmes sur l'intérêt de pratiquer l'EC du NN en salle de naissance

Un espace « autres » était prévu également parmi les différentes réponses proposées ci-dessus. Une sage-femme a répondu que l'examen clinique du nouveau-né permettait de relayer de bonnes transmissions en maternité tandis qu'une autre sage-femme a indiqué qu'il permettait de rassurer les parents.

- c) *A la question, « selon vous, comment doit être l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance ? » Une seule réponse à cocher parmi 3 propositions.*

Tableau VII : Répartition des réponses des sages-femmes en fonction des caractéristiques de l'EC du NN

Caractéristiques de L'EC du NN	Répartition des réponses des sages-femmes
Très rapide (inspection physique)	2
Sommaire (inspection physique et neurologique)	8
Approfondi (examen clinique complet comprenant, auscultation cardio-pulmonaire, palpations et différentes manœuvres)	3

- d) *Les freins à la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance.*

Nous nous sommes intéressés aux raisons pour lesquelles l'EC n'était pas réalisé par la sage-femme. Une question à choix multiples a été proposée aux sages-femmes.

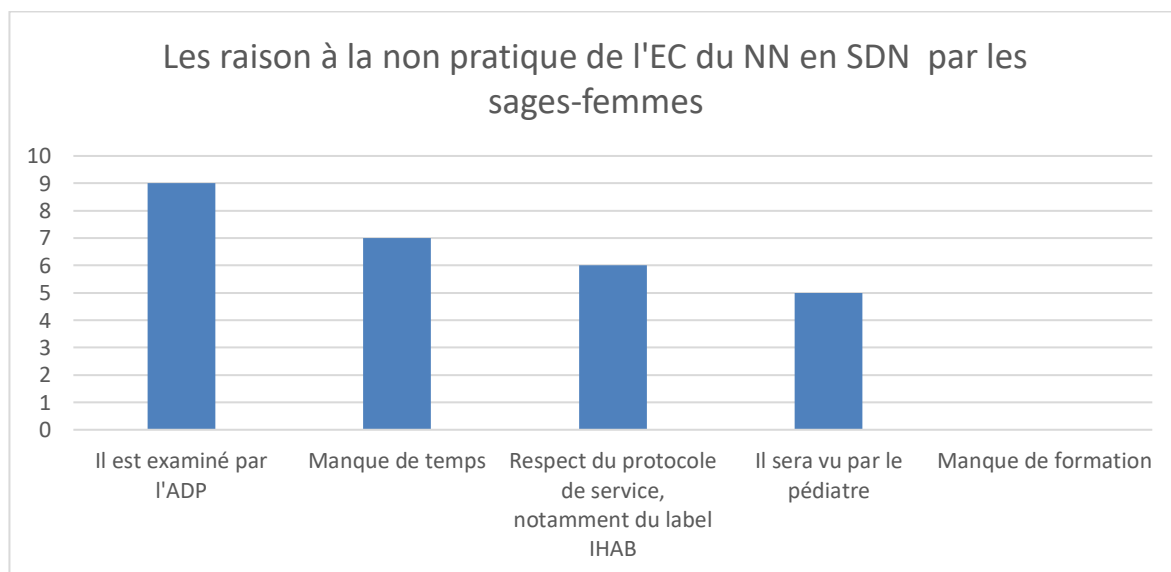


Figure 2 : Les raisons de la non-réalisation de l'EC du NN par les sages-femmes en salle de naissance : effectifs des réponses

e) *Pour la dernière question, nous avons souhaité savoir si les protocoles de service empêchaient les sages-femmes d'avoir une indépendance professionnelle dans leur pratique quotidienne.*

Les sages-femmes avaient le choix entre 4 réponses :

- Toujours
- Parfois
- Rarement
- Jamais

10 sages-femmes se disent rarement limitées dans leur indépendance professionnelle contre 3 qui se sentent parfois freinées dans leur pratique quotidienne à cause des protocoles de service.

Analyse et Discussion

Les observations réalisées en salle de naissance et les questions soumises aux sages-femmes exerçant au bloc obstétrical témoignent que les examens cliniques du nouveau-né en salle de naissance sont très peu pratiqués par les sages-femmes.

A. Critiques de l'étude

1. Les points fort

L'observation directe : une méthode avantageuse : Selon Anne-Marie ARBORIO et Pierre FOURNIER [14], : « *L'observation directe permet d'accéder à ce qui se joue derrière les discours* ». En effet, la méthode utilisée a permis de recueillir des informations plus fiables que celles qu'on peut obtenir par les professionnels de santé. Elle ne repose pas sur des déclarations mais sur des faits qui ont été observés. A travers cette méthode, j'ai été confrontée au « paradoxe de l'observateur », phénomène au cours duquel l'observateur ne reste jamais extérieur à la situation qu'il observe. Pour atténuer « l'effet perturbateur » de ma présence, je participais aux échanges entre le professionnel de santé intervenant et les parents. Cela permettait, d'une part, de mettre à l'aise la personne qui examinait et, d'autre part, d'éviter qu'elle se sente jugée.

Atout de deux études complémentaires et comparatives : Aucun mémoire, à ce jour, n'a étudié le sujet en associant des observations et un questionnaire. La réalisation de ces 2 études, sur une période différente, m'a permis de confronter ce que j'ai vu à ce que j'ai pu recueillir. Les observations m'ont permis d'éviter les biais déclaratifs que le questionnaire pouvait engendrer. De plus, les questionnaires ont été volontairement déposés sur une période différente de celle des observations car je ne voulais pas que ma présence influence les sages-femmes dans l'élaboration du questionnaire.

Le nombre de questionnaires : 13 questionnaires ont été recueillis sur 15. En effet, seules 2 sages-femmes, qui travaillaient au bloc obstétrical durant les 15 jours où les questionnaires étaient disponibles, n'ont pas répondu. Il y a eu donc un très bon taux de réponses dont la majorité coïncide bien avec les observations faites.

Les biais éventuels : Dans l'ensemble, cette étude a comporté peu de biais. Aucun refus m'a été adressé quant à ma présence en salle de naissance, aussi bien du côté des professionnels de santé que des parents. En ce qui concerne les biais de classement, ils sont totalement absents car les observations ont été menées de façon directe et continue. Cependant, on peut noter un biais de sélection qui se porte sur le caractère eutocique de l'accouchement, c'est-à-dire que seul les nouveau-né issus d'un accouchement sans extraction ont pu faire l'objet de l'étude.

Accueil du personnel : Au cours de l'étude, j'ai été très bien reçue aussi bien par les cadres et le personnel soignant que les parents. Pour mener les observations, je devais avoir l'autorisation des parents via la signature d'une fiche de non-opposition. Je n'ai eu aucun refus de leur part. J'ai eu le droit à un très bon accueil à chaque observation menée, par les auxiliaires de puériculture, les sages-femmes, les parents et également les étudiantes sages-femmes qui ont été d'une grande aide dans l'élaboration de mes observations.

2. Les points faibles

Le nombre d'observations : Cette étude comporte un effectif faible d'observations, 11 au total sur un lieu unique.

Cet effectif faible se justifie, d'une part, par la méthode utilisée. Les observations nécessitent beaucoup de temps et d'organisation, surtout lorsqu'elles ne peuvent être planifiées dans des cas tels que les naissances. Initialement, je téléphonais uniquement au bloc obstétrical sur la ligne directe afin de prendre connaissance de l'activité qu'il y avait en salle de naissance. Je me déplaçais uniquement si les parturientes étaient proche d'accoucher. Puis au cours de l'étude, j'ai également sollicité l'aide du personnel et des étudiantes sages-femmes des salles de naissance. En effet, avec l'autorisation de la cadre, j'ai pu laisser mes coordonnées et mon emploi du temps au sein du bloc obstétrical pour que le personnel puisse m'avertir d'un éventuel accouchement qui serait proche. Ainsi, dès l'appel reçu, je me rendais à la maternité et j'expliquais la raison de ma présence aux parents. S'ils acceptaient ma présence, je leur demandais de signer une fiche de non-opposition. Une fois l'accouchement terminé, je restais jusqu'à que la mère et son nouveau-né soient remontés en maternité (environ deux heures après la naissance.)

D'autre part, les critères d'inclusions très précis justifient également l'effectif. Les observations ne concernaient pas les naissances par voie haute ainsi que les accouchements voie basse par extraction instrumentale.

B. Rareté et originalité du sujet

Hormis les trois mémoires suivants, réalisés par des étudiantes sages-femmes : « L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance » [15], « l'accueil du nouveau-né bien portant en salle de naissance » [16] et « l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance : Etat des lieux de la pratique des sages-femmes de Champagne-Ardenne et de Picardie » [17], peu de références sur le sujet sont disponibles. Dans le premier mémoire, Lecourt B. a voulu également déterminer les objectifs de cet examen en interrogeant uniquement les pédiatres. Dans le second mémoire, Stricher P. montre, à travers des observations, que les pratiques concernant l'accueil du nouveau-né sont différentes d'une maternité à une autre (une étude centrée sur les gestes réalisés). Et enfin dans le troisième mémoire, Lemaire H. démontre que les sages-femmes n'effectuent pas l'examen complet qui leur a été enseigné pendant leurs études.

C. Discussion et validation des hypothèses

1. **Hypothèse 1** : *La pratique de l'examen clinique du nouveau-né n'est réalisée que si besoin*

Selon les observations et notamment le tableau VI, qui récapitule les anomalies à rechercher notifiées dans le protocole de service, nous pouvons remarquer que l'examen clinique du nouveau-né n'est jamais réalisé de façon exhaustive. On peut qualifier les examens réalisés, d'inspection partielle.

Cependant, il est intéressant de souligner que lors des réanimations néonatales, les examens cliniques du nouveau-né sont beaucoup plus complets. Par exemple, on retrouve lors des deux réanimations néonatales observées (observations 9 et 10), une auscultation cardio-pulmonaire et une palpation des pouls fémoraux. Cet examen cardio-pulmonaire n'est pas retrouvé dans les autres observations menées. En revanche, d'autres anomalies n'ont pas été recherchées dans le cas de ces deux réanimations néonatales, telles que la recherche des malformations des organes génitaux et urinaires. Nous pouvons donc remarquer que même en cas de besoin, l'examen clinique du nouveau-né n'est jamais fait de façon complète. Pourtant la pratique de cet examen est vivement recommandée par la HAS et fait partie intégrante des compétences des sages-femmes.

Les compétences de la sage-femme sont définies par la loi et encadrées par le code de déontologie. Elles sont également détaillées dans le référentiel métier, outil conçu par le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes en collaboration avec le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes afin d'éclaircir les connaissances et les compétences des sages-femmes. Cet outil expose 8 situations que les sages-femmes rencontrent principalement dans leur pratique quotidienne. Dans la situation 4 qui s'intitule « Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à terme a priori normale) », il est expliqué la stratégie de prise en charge du nouveau-né en salle de naissance dont la réalisation du premier examen clinique par la sage-femme [6]. La sage-femme est autonome dans l'exercice de ses compétences, le code de la santé publique parle « d'indépendance professionnelle »¹. Une indépendance qui induit le principe de la responsabilité médicale. La sage-femme doit agir dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de la mère et du nouveau-né. En salle de naissance, la sage-femme joue un rôle primordial dans le dépistage des anomalies et des malformations chez le nouveau-né, qui pourraient entraîner une urgence vitale. Or, nous avons constaté que l'examen clinique est réalisé d'une manière incomplète, même dans les cas d'urgences.

La pratique de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance est réalisée, mais d'une manière partielle. Toutes les anomalies à dépister ne sont pas recherchées même dans les situations d'urgences telle que la réanimation néonatale. L'hypothèse 1 est donc partiellement validée.

2. **Hypothèse 2** : *La pratique de l'examen clinique du nouveau-né par les sages-femmes est influencée par l'organisation du service, notamment par rapport au respect du protocole de service et des projets de service tels que le label Initiative Hôpital Ami des Bébé*s

En ce qui concerne le protocole de service, nous pouvons constater qu'il n'est pas totalement respecté. Le tableau VI met en évidence l'examen clinique du nouveau-né préconisé dans le protocole de service. Il reprend toutes les anomalies à rechercher. D'après ce tableau, aucune des observations menées ne présente un examen complet comme le voudrait le protocole d'accueil. Nous pouvons relever que certaines anomalies sont davantage recherchées que d'autres. Par exemple, la recherche d'anomalie de la charnière lombo-sacrée et de la paroi abdominale est souvent réalisée. En effet, ces anomalies ont été respectivement recherchées lors de 10 et 9 examens cliniques. Tandis que la recherche de malformation des organes génitaux et urinaires n'a été recensée que lors de 2 observations sur 11.

¹ Article R4127-307 du code de la santé publique

Le constat de non-respect du protocole de service par les sages-femmes coïncide avec le taux de réponses obtenue à la question 5 de l'étude B. La majorité d'entre elles estiment que les protocoles de service les empêchent rarement d'avoir une indépendance professionnelle. Les sages-femmes revendiquent donc une certaine autonomie dans leur pratique. Selon François-Xavier SCHWEYER, « *la réalisation de l'autonomie professionnelle dépend de plusieurs facteurs : du contexte institutionnel du travail (exemple : les protocoles de services), des autres professionnels avec lesquels se définit le travail en interdépendance ou non, des actes pratiqués et de l'idéologie professionnelle* » [18]. Le métier de sage-femme est donc une profession autonome mais qui en même temps s'inscrit dans un protocole collectif.

A l'inverse du protocole de service, le projet de service Initiative Hôpital Ami des Bébé est quant à lui bien respecté. Obtenu en 2014, ce label a bouleversé les pratiques du service. Un protocole d'accueil du nouveau-né a dû être repensé notamment en ajoutant les bénéfices du peau à peau (Annexe 7). Ce nouveau protocole est davantage respecté que celui de 2009 dont Stricher P parle dans son mémoire [16]. Prenons comme exemple le lieu de réalisation des soins et de l'EC : lorsque Pauline Stricher avait mené ses observations, les soins au nouveau-né étaient réalisés dans la salle de réanimation. Actuellement, avec le nouveau protocole qui tient compte du label IHAB, les soins ainsi que l'EC sont faits majoritairement dans la salle de naissance. Dans l'ensemble, les deux protocoles ne sont pas contradictoires. Seul le label IHAB semble influencer les pratiques. En effet selon les sages-femmes interrogées, le label IHAB est une des raisons qui les influence à ne pas réaliser l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance comme indiqué dans le protocole de service. La Haute Autorité de Santé recommande, dans la synthèse de 2014 sur la qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, le peau à peau du nouveau-né à terme selon le protocole. En revanche, elle recommande également à la sage-femme de réaliser le premier examen du nouveau-né pour s'assurer de l'absence d'urgence vitale et repérer une éventuelle anomalie ou malformation [3]. Le réseau sécurité naissance, dans un article sur les Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau à peau en salle de naissance, rejoint l'idée qu'« un examen général » par la sage-femme doit être fait en salle de naissance [19]. Le respect du label IHAB n'empêche pas la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né. A savoir qu'une simple observation du nouveau-né, en peau à peau par exemple, prend une place importante dans l'examen clinique du nouveau-né. Plusieurs auteurs témoignent que « L'observation du comportement d'un enfant en période néonatal est une source unique de renseignements sur son bien-être, son développement et son intégrité neurologique » [20].

Le protocole de service n'influence pas les sages-femmes dans leur pratique de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance, car il n'est, à l'origine, pas respecté. A l'inverse, le label IHAB est totalement respecté mais il semblerait que celui-ci soit interprété comme un projet qui ne permet pas d'intervenir auprès du NN. L'hypothèse 2 est donc partiellement validée.

3. **Hypothèse 3** : *La pratique de l'examen clinique du nouveau-né est réalisée en fonction des habitudes et de l'expérience des sages-femmes.*

Tout au long de l'étude A, nous avons pu observer le personnel intervenant dans la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance, notamment au moment de l'examen de celui-ci. Nous avons remarqué qu'il était essentiellement fait par les auxiliaires de puériculture. Sur 11 observations, 4 examens cliniques ont été réalisés par la sage-femme (1 seul et 3 avec une ADP) et les 7 autres ont été fait par l'ADP.

En ce qui concerne la question 1 de l'étude B, la majorité des sages-femmes interrogées ont affirmé que l'examen clinique du nouveau-né était réalisé par l'ADP.

Au vue de ces réponses, nous nous sommes donc intéressés aux raisons qui pouvaient freiner les sages-femmes dans cette pratique.

Les sages-femmes admettent que si l'examen clinique du nouveau-né n'était pas fait par elles-mêmes, c'est parce qu'il était réalisé par l'auxiliaire de puériculture. Face à cette réponse, nous nous sommes demandé si la pratique de cet examen entrait dans le champ de leurs compétences. L'auxiliaire de puériculture exerce sous la responsabilité de l'infirmière et/ ou de la sage-femme : *« Il dispense dans le cadre du rôle propre de la puéricultrice ou de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité des soins et réalise des activités d'éveil et d'éducation pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de l'enfant et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. L'auxiliaire de puériculture participe à l'accueil et à l'intégration sociale d'enfants en situation de handicap, atteints de maladies chroniques, ou en situation de risque d'exclusion »*. Les ADP possèdent également un référentiel de formation qui expose leurs compétences. Il est composé de huit modules. Elles sont capables d'apprécier les changements dans l'état clinique et le comportement ; de repérer les signes de détresse et de mal-être ; d'identifier et de mesure la douleur ; de réaliser les soins spécifiques du nouveau-né et adaptés à son état clinique. Dans le module 3 qui s'intitule « les soins à l'enfant », il est mentionné qu'à la naissance, l'ADP, en collaboration avec la sage-femme, doit veiller à l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Elle peut apprécier l'état clinique de l'enfant à travers la mesure des paramètres vitaux : *« pulsations, température, pression artérielle, fréquence respiratoire, respiration, mensurations, conscience et volume urinaire »* et en surveillant les signes cliniques suivants : *« couleur de la peau et des téguments, vomissements, selles, urines »*². L'examen clinique du nouveau-né

² Article 1- annexe I de l'arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture

comprenant l'auscultation cardio-pulmonaire, l'examen neurologique et somatique n'est pas stipulé dans leur champ de compétences. Les sages-femmes semblent donc entretenir une relation de confiance avec les auxiliaires de puériculture. Une confiance extrême qui entraîne les sages-femmes à déléguer une partie de leurs compétences en laissant l'ADP réaliser ce premier examen en salle de naissance. De plus, il ne peut être assimilé à l'examen clinique que la sage-femme doit mener, car l'ADP n'est pas formé à la sémiologie. Nous assistons peut-être à une méconnaissance des compétences des auxiliaires de puériculture par les sages-femmes.

Selon les sages-femmes, la seconde raison qui les empêcherait de pratiquer ce premier examen est le manque de temps. Parmi les 13 questionnaires recueillis, 7 sages-femmes ont répondu que l'activité dense au bloc obstétrical était un frein à la réalisation de l'EC. Pourtant, durant les observations que j'ai pu mener, l'activité au bloc était dans l'ensemble correcte. Il n'y avait pas une activité chargée et l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance fait par une sage-femme n'a été relevé que 4 fois (dont 2 dans un contexte de réanimation néonatal).

La troisième raison qui justifierait l'absence d'examen clinique du nouveau-né par les sages-femmes, est qu'elles respectent les protocoles et les projets de service.

Dans l'hypothèse 1, nous avons déjà démontré que le protocole de service n'était pas respecté. En ce qui concerne, le respect des projets de service tels que le label IHAB, nous pouvons affirmer qu'il est totalement respecté. Mais, nous avons également vu que ce label n'était pas un obstacle à la pratique de ce premier examen et qu'il était, au contraire, vivement conseillé. Pour rappel, le label Initiative Hôpital Ami des Bébé favorise une certaine proximité entre l'enfant et sa mère, grâce au peau à peau précoce. Dans ce contexte de proximité, les soins apportés à l'enfant sont davantage réalisés devant les parents. Ces derniers pourraient être une source d'intimidation pour les sages-femmes. Elles peuvent se sentir jugées, car l'examen clinique nécessite des connaissances et un savoir-faire. Durant la formation de sage-femme, les étudiantes reçoivent un enseignement pédiatrique. L'arrêté du 11 décembre 2001 fixe le programme des études de sages-femmes et précise les objectifs de référence tels que « *Pratiquer l'examen clinique des nouveau-nés normaux (minimum 100 examens)* », « *Surveiller et donner des soins aux nouveau-nés (...)* ».

Le programme pédiatrique des deux phases des études de sages-femmes permet d'acquérir des connaissances dans le but de dépister les nouveau-nés présentant des pathologies. Néanmoins il est nécessaire d'avoir une pratique courante afin de pouvoir orienter de façon correcte les nouveau-nés qui nécessitent un avis pédiatrique. Devant le peu d'examen fait par les sages-femmes, nous assistons à une certaine perte de confiance en leurs capacités qui engendre une perte de compétence. La délégation du premier examen clinique du nouveau-né à l'ADP pose question pour la formation des ESF. C'est en pratiquant régulièrement, et de manière répétée que se fait l'intégration des connaissances et le développement des compétences. Or comment assurer la transmission du savoir-faire des sages-femmes aux ESF, si initialement elles n'exploitent pas elles-mêmes leurs compétences ?

La quatrième raison qui excuse les sages-femmes à la non-pratique de ce premier examen est que le nouveau-né sera vu par le pédiatre.

Nous sommes dans un contexte actuel dans lequel les nouveau-nés sont majoritairement vus dans les 24 à 48h après la naissance par un pédiatre ou un interne en pédiatrie. Par conséquent, les sages-femmes ont tendance à se reposer sur le pédiatre et négligent ce premier examen en salle de naissance. Danièle Carricaburu, dans une de ses recherches sur la profession de sage-femme, émet l'idée d'une « autonomie para professionnelle » [21]. Bien que la profession de sage-femme soit une profession médicale, elle semble être limitée et freinée par les autres professionnels de santé tels que les obstétriciens et les pédiatres. Les sages-femmes ont certainement l'impression de ne pas avoir les compétences requises qu'ont les pédiatres, pour mener à bien ce premier examen.

L'examen clinique du nouveau-né n'est pas réalisé en fonction de l'expérience des sages-femmes mais plutôt en fonction des « habitudes » de service. D'après les réponses des sages-femmes, la prise en charge du nouveau-né bien portant en salle de naissance semble être exclusivement du domaine des ADP. De plus, elles utilisent le label IHAB pour se justifier de leur absence auprès du nouveau-né en ce qui concerne cet examen. Elles se reposent également sur le premier examen pédiatrique en maternité. L'hypothèse 3 est donc rejetée.

D. Conséquences de l'absence de pratique d'examen clinique du nouveau-né à la naissance par la sage-femme

La négligence de ce premier examen clinique du nouveau-né à la naissance par la sage-femme peut entraîner plusieurs conséquences sur différents plans.

Au niveau médical, si un nouveau-né présente une anomalie qui n'a pas été dépistée en salle de naissance, il peut y avoir un retard de prise en charge en fonction de la pathologie décelée. Prenons par exemple, le cas de l'ambiguïté sexuelle car nous remarquons que l'examen de l'appareil uro-génital et ano-rectal est très peu fait par les auxiliaires de puériculture et sage-femme. Une ambiguïté sexuelle découverte tardivement peut entraîner un retard dans la démarche médicale habituelle. En effet, des prélèvements biologiques sont effectués à des heures précises quand il y a une anomalie des organes génitaux externes dépistées. Une ambiguïté sexuelle non dépistée peut entraîner des complications au niveau de la déclaration du nouveau-né à l'état civil.

Sur le plan relationnel, une anomalie dépistée tardivement peut altérer la relation entre les parents et les soignants, nous pouvons avoir de la part du couple, une perte totale de confiance en l'équipe. Il peut également avoir une altération de la relation mère-enfant si une anomalie n'est pas diagnostiquée tôt.

La non-pratique de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance entraîne la responsabilité de la sage-femme. Elle est responsable de ses actes. Elle peut donc être amenée à en répondre devant la justice. La sage-femme doit respecter son domaine de compétences et ne pas le déléguer aux autres acteurs de la périnatalité, même si le travail en équipe rend les frontières assez floues entre les différents champs de compétences des professionnels de santé. Laisser l'auxiliaire de puériculture réaliser l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance peut avoir des conséquences directes pour la sage-femme car elle en est responsable.

Conclusion

Face aux diverses pratiques observées en stage et devant l'absence d'un commun accord sur le contenu de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance, nous avons voulu déterminer l'objectif de ce premier examen clinique du nouveau-né en salle de naissance.

A travers les observations, nous avons constaté que l'examen clinique du nouveau-né était partiellement fait, et particulièrement très peu fait par la sage-femme. L'inspection partielle du nouveau-né par l'auxiliaire de puériculture était réalisée dans le but premier de présenter l'enfant aux parents. Alors que, d'après les sages-femmes interrogées, il avait comme but premier de dépister toute anomalie ou malformation impliquant une prise en charge immédiate. Nous sommes face à une discordance entre ce qui est dit et ce qui est fait par les sages-femmes.

L'examen clinique du nouveau-né, dans les deux premières heures de vie, n'est pas imposé par le cadre législatif mais il est reconnu nécessaire afin de s'assurer de l'absence d'urgence vitale. Il est particulièrement recommandé par la Haute Autorité de Santé et certains réseaux de périnatalité, chez tous les nouveau-nés.

Les sages-femmes des salles de naissance devraient davantage s'approprier cet examen initial, qui fait pleinement partie de leurs compétences. La profession de sage-femme peut y gagner en légitimité. Face à la baisse du nombre de pédiatres et au développement des sorties précoces, la sage-femme sera de plus en plus confrontée à l'exercice de cette pratique et plus particulièrement les sages-femmes libérales. Elles rencontreront certaines pathologies qui se manifestaient essentiellement en maternité. Elles devront donc être capable de les dépister.

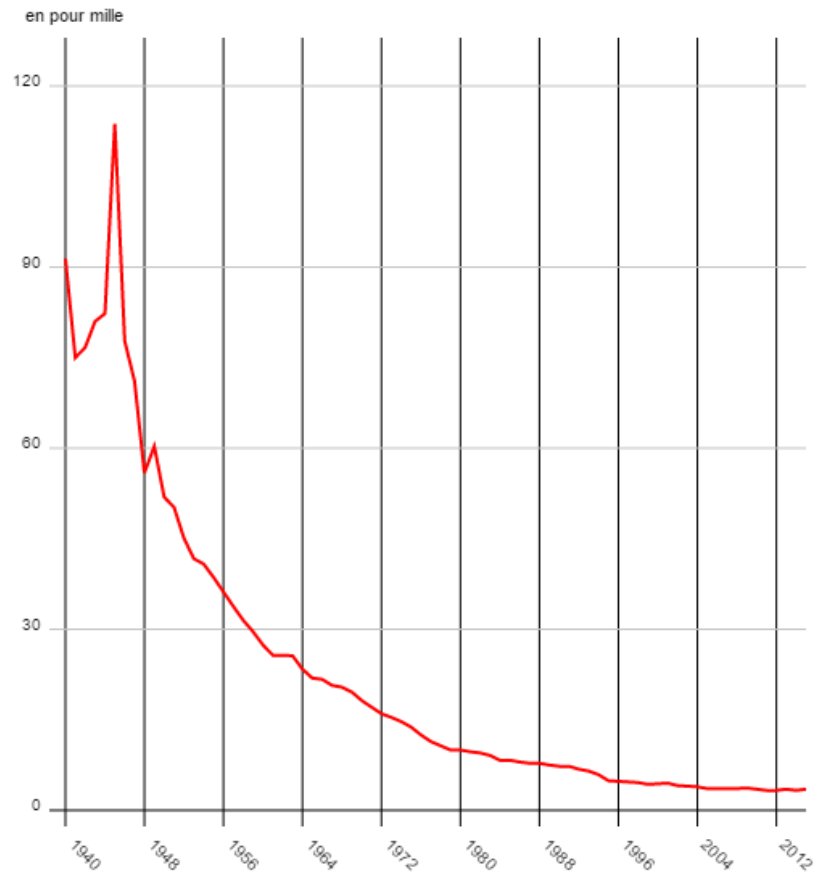
Bibliographie

- [1] Apgar V. A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant dans Current Researches in Anesthesia and Analgesia [En ligne] Juillet-août 1953 [consulté le 01/01/2017] ; volume 32-n°4 page.260-267 Consultable à l'URL: <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/cpbkq.pdf>
- [2] Charrier P, Clavandier G. – Sociologie de la naissance, Regards sur le nouveau-né –Edition ARMAND COLIN -2013 pages 167-168
- [3] Haute Autorité de Santé- Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance- Synthèse Mars 2014- [consulté le 02/01/2017]- consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/synthese_qualite_securite_secteur_naissance.pdf
- [4] AMELI – L'examen à la naissance. Mai 2010- [consulté le 02/10/2017]- consultable à l'URL : <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/examens-du-bebe-a-la-naissance.html>
- [5] « Examen clinique ». Larousse Médical : Larousse , Février 2012
- [6] le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes, Référentiel métier et compétences des sages-femmes, [En Ligne] janvier 2010 [consulté le 02/01/2016]- consultable à l'URL: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- [7] Charrier P, Clavandier G. – Sociologie de la naissance, –Edition ARMAND COLIN -2013 pages 116-124
- [8] Rajguru. M, Soins au nouveau-né normal: les deux premières heures Gynécologie Obstétrique et fertilité 35, 8' février 2007
- [9] L'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé, Introduction et critères du LABEL, décembre 2014
- [10] UNICEF, Initiative Hôpitaux Amis des Bébé- [En ligne] 2009 [consulté le 02/01/2017] – consultable à l'URL : https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24850.html
- [11] Organisation Mondiale de la Santé- Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique-Genève-1997-p.38
- [12] International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)- Neonatal resuscitation Guidelines- Part13- MAJ 2015 [consulté le 02/01/2017] consultable à l'URL : <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-13-neonatal-resuscitation/>

- [13] Collège National des Sages-Femmes Les bonnes pratiques à la naissance et dans les deux premières heures de vie, 2011 [consulté le 02/01/2017] consultable à l'URL : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/B63D4E28-5056-9C00-41673E8021C5EF40.pdf>
- [14] Arborio A-M, Fournier P.- L'observation directe EDITION ARMAND COLIN-2015- 125p
- [15] Lecourt B – L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance – Mémoire – Ecole de sages-femmes de l'institut catholique de Lille – 2012 – 37p
- [16] Stricher P – L'accueil du nouveau-né bien portant en salle de naissance – Mémoire – Ecole de sage-femme de l'institut catholique de Lille – 2013- 38p
- [17] Lemaire H- L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance : état des lieux de la pratique des sages-femmes de Champagne-Ardenne et de Picardie – Mémoire d'étude pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme
- [18] Schweyer F-X, La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste Sciences Sociale et Santé, Volume 14, n°3, 1996, Pages 67-102
- [19] Branger B. Indications et surveillance du nouveau-né en peau à peau en salle de naissance [En ligne], 2013 Juillet [Consulté le 2/04/2017] 10 pages. Consultable à l'URL : <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/zb/8xvxtqj46v4ddpwtqidq5jfjja3644-org.pdf> - Article issue d'une commission entre pédiatres, obstétriciens, anesthésistes et sages-femmes du réseau sécurité naissanc
- [20] Ratynski N., Cioni G., Franck L. – L'observation du comportement du nouveau-né : une source pertinente d'informations médicales- Archives de Pédiatrie-2002-n°9- p.1274-1279
- [21] Carricaburu D. La profession de sage-femme : une autonomie en question , sociologie des professions de santé, Edition de l'Espace Européen, 1990, 364p

Annexe 1 :

**Démographie - Taux de mortalité infantile pour 1000 enfants nés vivants
- France métropolitaine**



■ Série 000067681 : Démographie - Taux de mortalité infantile pour 1000 enfants nés vivants
- France métropolitaine

Source : Insee

Annexe 2 :

Grille de recueil d'observation de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance

A. Contexte et environnement de l'observation

- Terme:
- Heure de naissance :
- Etat de l'enfant à la naissance, score d'Apgar :

- Environnement et lieu d'examen :
 - En salle de réanimation
 - Sur la table dans la salle d'accouchement, destinée au change du nouveau-né.
 - Sur la mère
 - En présence des parents (mère/ père/les deux)
 - Nouveau-né Habillé pendant l'examen
 - Nouveau-né déshabillé pendant l'examen
- Moment de réalisation :
 - Par rapport au peau à peau
 - Avant le peau à peau
 - Durant le peau à peau
 - Après le peau-peau
 - Noter l'heure exacte de la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance :
- Est-il fait :
 - En 1 fois
 - En plusieurs fois
- Personnel intervenant :
 - Aide-soignante
 - Etudiante Sage-femme
 - Sage-femme
 - Pédiatre/ Interne en Pédiatrie
 - Même intervenant tout le long de l'examen ?
 - Oui
 - Non, qui sont ils ?:.....
- Présence d'événements qui ont interférés sur la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né ?
 - Aucun
 - Garde chargée
 - Réfection d'une épisiotomie
 - Hémorragie de la délivrance
 - Autres (précisez) :.....

- Est-il commenté aux parents ?
 - Oui
 - Non

- Durée de l'examen clinique du nouveau-né (notez le temps):
 - Rapide (*Inspection seulement physique*) :.....
 - Sommaire (*Inspection physique et neurologique*) :.....
 - Approfondi (*examen du nouveau-né complet comprenant l'examen cardio-pulmonaire, les différentes palpations et les manœuvres*) :.....

- Respect du protocole de service :
 - Oui
 - Non

B. Contenu de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance.

Examen cardio-pulmonaire	<input type="checkbox"/> Inspection du thorax <input type="checkbox"/> Auscultation cardiaque <input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire <input type="checkbox"/> Palpation des pouls périphériques fémoraux <input type="checkbox"/> Evaluation de la circulation périphérique capillaire (<i>évaluer le temps de recoloration</i>)
Les téguments et les phanères	<input type="checkbox"/> Inspection de la peau <input type="checkbox"/> Inspection des phanères (<i>cheveux, ongles</i>)

<p>La tête et le cou</p>	<p><input type="checkbox"/> Inspection du crâne (<i>la forme, les fontanelles et les sutures</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Inspection des yeux</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Poursuite de la vision oculaire</p> <p><input type="checkbox"/> Inspection des oreilles</p> <p><input type="checkbox"/> Inspection du nez</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vérification de la perméabilité des choanes.</p> <p>Si oui , Comment ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A l'aide de coton - A l'aide d'un miroir - Lors d'une aspiration nasale <p><input type="checkbox"/> Inspection de la bouche</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vérifier l'intégrité du palais</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vérifier l'absence ou la présence d'un frein de la langue</p> <p><input type="checkbox"/> Vérification de la perméabilité de l'œsophage</p> <p>Si oui, dans quel contexte ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - De prélèvement - De geste de prise en charge <p>Comment ?</p>
--------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - A l'aide d'une seringue - A l'aide d'une sonde d'aspiration <p><input type="checkbox"/> Inspection du cou</p>
<p>Les membres supérieurs</p>	<p><input type="checkbox"/> Inspection du bras, avant- bras et mains</p> <p><input type="checkbox"/> Palpation des bras, avant-bras et mains</p>
<p>Le thorax</p>	<p><input type="checkbox"/> Inspection du thorax</p> <p><input type="checkbox"/> Palpation des clavicules</p>
<p>L'abdomen</p>	<p><input type="checkbox"/> Inspection de l'abdomen</p> <p><input type="checkbox"/> Examen de l'ombilic</p> <p><input type="checkbox"/> Palpation de l'abdomen (<i>vérifier le volume du foie, de la rate, des reins</i>)</p>

Les organes génitaux externes et urinaires	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Chez la fille</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inspection des grandes et petites lèvres, du clitoris. <input type="checkbox"/> Inspection du méat urinaire ➤ <u>Chez le garçon</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inspection de la verge, de la position du méat urinaire <input type="checkbox"/> Palpation des bourses <p>➔ <input type="checkbox"/> Vérification de la perméabilité de l'anus. Si oui, Comment ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors de la prise de la température en rectale. - Lors de l'inspection de l'anus. - Autres :.....
Examen du dos	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inspection de charnière lombosacrée <input type="checkbox"/> Palpation de la charnière lombosacrée
Les membres inférieurs	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inspection des MI (<i>identification des malpositions des pieds</i>) <input type="checkbox"/> Palpation des MI
Examen des hanches	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Dépistage de la luxation congénitale de la hanche. <input type="checkbox"/> Manœuvre d'Ortolani <input type="checkbox"/> Manœuvre de Barlow
Examen neurologique	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluation du tonus axial par la manœuvre du tiré-assis. <input type="checkbox"/> Evaluation du tonus segmentaire au niveau des MI. (<i>préciser les manœuvres utilisées</i>) <input type="checkbox"/> Evaluation du tonus segmentaire au niveau des M. (<i>préciser les manœuvres utilisées</i>) <input type="checkbox"/> Evaluation des réflexes archaïques
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réflexe de succion ○ Réflexe d'embrassement de Moro. ○ Le grasping des doigts ○ Réflexe d'enjambement ○ La marche automatique ○ Réflexe de Babinski ○ Réflexe d'allongement croisé ○ Réflexe d'incurvation latérale du tronc.

Annexe 3 :

NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES PATIENTS POUR PARTICIPATION A UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE

Investigateur principal : SABRINA, étudiante sage-femme

Faculté de Médecine et Maïeutique, 56 rue du Port 59046 LILLE – 03-20-13-47-36.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un mémoire de fin d'études en sciences maïeutiques intitulé :

« L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance »

par le biais d'une étude observationnelle et c'est la raison pour laquelle je vous adresse ce formulaire.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette recherche est d'explorer la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat,
- que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité,
- que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées,
- que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes,
- qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant,
- que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière

anonymisée. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois la recherche terminée, je traiterais et analyserais les données collectées. La confidentialité des données sera respectée.

Si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé(e) des résultats globaux de l'étude.

CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque ou si vous ne souhaitez pas que les données collectées soient utilisées, vous pouvez me contacter :

Mlle SEDIRA Sabrina , étudiante sage femme

Tél : 03-20-13-47-36

Ou

Monsieur Julien PAMELARD, Correspondant Informatique et Libertés Recherche

Hôpital Saint Philibert – Département de la Recherche Médicale

Rue du Grand But – BP 249, 59 462 LOMME CEDEX

Tel: 03 20 22 57 32 – Fax: 03 20 22 57 67

Mail : correspondant.recherche@ghicl.net

Fait en deux exemplaires.

Fait à

Le,

Signature du patient,

Signature et nom de la personne ayant, recueilli le consentement

Annexe 4:

Questionnaire destiné aux sages-femmes exerçant en salle de naissance

Je suis Sabrina SEDIRA, étudiante sage-femme en 5^e année. Dans le cadre de mon mémoire qui porte sur : « **l'examen clinique du nouveau-né* en salle de naissance** », j'ai mené des observations en salle de naissance au sein de cette maternité. Je tenais à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de cette première étude. Pour compléter les observations, je réalise également un questionnaire, anonyme, adressé aux Sages-femmes exerçant en salle de naissance.

***Nouveau-né :** Dans mon étude, il s'agit de nouveau-né issue d'une grossesse suivie, né par voie basse, sans extraction instrumentale à terme entre 37 SA et 41 SA.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

1. **Dans la majorité des cas, êtes-vous la personne qui réalise l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance ?**
 - Oui
 - Non
 - Si non, qui d'autre ? :.....

2. **Selon vous, quel est l'intérêt de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance (plusieurs réponses possibles) ?**
 - Présenter l'enfant aux parents
 - Vous rassurer sur l'état de l'enfant
 - Dépister les anomalies et malformations
 - Informer le pédiatre
 - Autres :.....

3. **Selon vous, comment l'examen clinique du nouveau-né dans les 2 premières heures de vie doit-il être (une seule réponse possible) ?**
 - Rapide (inspection seulement)
 - Sommaire (inspection physique et neurologique)
 - Approfondi (examen clinique complet comprenant auscultation cardio-pulmonaire, palpations et différentes manœuvres)

4. **D'après votre expérience professionnelle, quelles sont les raisons qui peuvent vous empêcher de réaliser l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance ?**
 - Manque de formation
 - Manque de temps
 - Respect du protocole, notamment du label IHAB
 - Il est examiné par l'auxiliaire de puériculture
 - Il sera vu par le pédiatre
 - Autres :.....

5. **Est-ce que les protocoles de service vous empêchent de vous sentir pleinement libre dans votre pratique quotidienne ?**
 - Toujours
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais



**Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du
GHICL
Bureau restreint**

Numéro d'ordre de l'avis : 2016-09_01
Intitulé de la recherche : L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance

Responsable du projet : SEDIRA Sabrina
Promoteur : GHICL
Lieu où se déroule la recherche :

Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...) : Grille CIER
Date de réunion du comité d'éthique restreint : 01/09/2016
Personnes ayant délibéré :
✓ L'expert médical : Dr Lansiaux
✓ Le responsable adjoint du DRM : Mme Demilly

Avis du comité d'éthique du GHICL

- Avis favorable sans restriction**
 Avis favorable avec demande de modifications (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis
 Avis défavorable
o motivations :
o recommandations :

La Responsable adjointe du DRM

Nom : DEMILLY Magali

Date : 01/09/16

Signature :

L'Expert médical du GHICL

Nom : LANSIAUX Amélie

Directrice de l'Institut Catholique de Lille
Directrice de GHICL Medical Research Department

Signature : [Handwritten signature]
Phone : 33 320 225 761

Cell phone : 4 30 826 242 783

Mail : lansiaux.amelie@ghicl.net

Avis favorable sans restriction

Annexe 6 : demande d'autorisation



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
 Filière Maieutique
 56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
 Tél. : 03-20-13-47-36 flm -
 maieutique@univ-catholille.fr



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

ETUDIANT NOM - Prénom : SEDIRA Sabrina	Date de la demande : Le 18 août 2016
---	--

DEMANDE

Sujet de la recherche :
 L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)
 Etude observationnelle complétée par une étude descriptive. Etude monocentrique.
 Population étudiée : Sages-femmes exerçant au bloc obstétricale
 Problématique : Au vue de l'évolution des pratiques autour de la prise en charge du nouveau-né, en quoi consiste l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance actuellement ?

Lieu	
Service	Bloc Obstétrical
Période de l'étude	27 septembre -17décembre
Modalités de l'étude	Questionnaire <input checked="" type="checkbox"/> Entretiens <input type="checkbox"/> Recueil de données <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : Observation

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	Dr CHARUKALUK. M-L	Mme ROUX C
Qualité :	Docteur en Médecine	Directrice de l'école de sage-femme, FMM
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	FERRANT Laurence
Qualité :	SF Coordinatrice
Signature :	

Annexe 7 : Le protocole de service de la maternité dans laquelle les 2 études ont été menées

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN OBSTETRIQUE	Page : 1/ 4 Date d'application : 10/07/2014
	Accueil et soins au nouveau né sans pathologie, dans les 2 premières heures de vie	Indice de révision : 6

-1- Objet :

Ce protocole décrit la prise en charge du nouveau né en salle de naissance, dans le souci de garantir la qualité et la sécurité des premiers soins.

Il s'inscrit dans une réflexion sur les pratiques de soins périnatales au regard des recommandations et des conditions à remplir pour une labellisation « Hôpital ami des bébés »

-2- Domaine d'application :

Bloc obstétrical, bloc opératoire, SSPI.

-3- Personnels concernés :

L'équipe médicale : médecins et sages femmes. Les puéricultrices.

Les auxiliaires de puériculture qui participent à la prise en charge.

Le personnel du bloc opératoire : Anesthésistes, IADE, IBODE,

-4- Textes de référence :

Biban P, Filipovic-Grcic B, Biarent D, Manzoni P; International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR); European Resuscitation Council (ERC); American Heart Association

(AHA); American Academy of Pediatrics (AAP). New cardiopulmonary resuscitation guidelines

2010:managing the newly born in delivery room. Early Hum Dev. 2011;87 Suppl 1:S9-11.

ANAES. Prévention anténatale du risqué infectieux bactérien néonatal précoce. Recommandations. 2001

ANAES. Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. Recommandations. 2002.

IHAB France : « Qualité et sécurité du peau à peau à la naissance »

Annexe 7 (2) : Suite du protocole d'accueil du nouveau-né de la maternité

-5- Contenu : Les différents soins :

-5-1 Environnement du nouveau né :

Température de la pièce voisine de 24°
Lumière artificielle réduite au strict minimum nécessaire.
Portes fermées.
Calme et aseptie verbale.
Limitation du nombre d'observateurs.
Table de réanimation prête et vérifiée
Table à langer et ou berceau chaud.

-5-2 Clampage du cordon

Le clampage est réalisé immédiatement pour optimiser les résultats de la mesure du pH au cordon réalisée de façon systématique.
Néanmoins le délai de quelques minutes ne présente pas de risque pour le nouveau né et sa mère.

-5-3 Evaluation de l'état clinique à la naissance

4 questions :

- le nouveau né est-il bien à un terme ≥ 36 semaines ?
- est-ce que le LA est clair ?
- est ce que le nouveau né respire ou crie ?
- est-ce que le nouveau-né a un bon tonus ?

Si oui aux 4 questions :

- Le NN peut être placé directement sur la poitrine de sa mère.
- Sécher l'enfant avec un linge chaud (mis en attente sous une rampe chauffante).
- Recouvrir d'un linge et d'une couverture sur le dos en laissant le visage bien dégagé et visible (mettre un bonnet ajusté au volume de la tête).

Si non à une de ces questions :

- L'enfant est installé sur la table, séché, stimulé, aspiré en bucco pharyngé si nécessaire (avec une sonde n°8 ou 10 sans dépasser 5 cm à partir des lèvres) puis évalué.
Si il y a indication à des prélèvements périphériques bactériologiques, profiter de ce moment pour les réaliser.
Si examen normal ou récupération rapide sans gestes de réa, le peau à peau est possible. S'il n'est pas possible, quelque soit la voie d'accouchement, en expliquer les raisons à la maman.

-5-4 Modalités du peau à peau après la naissance :

-5-4-1 Intérêts du peau à peau à la naissance :

Les bébés qui font du peau à peau précoce et prolongé présentent une meilleure adaptation à la naissance pour le maintien de la température, la fréquence cardiaque, l'oxygénation et la glycémie. En continuité sensorielle avec leur mère, ils sont plus apaisés, pleurent peu et têtent plus facilement.
Le peau à peau doit être privilégié au moins une heure avant les premiers soins.

-5-4-2 Installation :

- La mère est légèrement redressée. Inclinaison d'environ 30° (pas à plat).
- Installez le nouveau-né à plat ventre contre le thorax de sa mère, visage visible et non enfoui.

Annexe 7 (3) : Suite du protocole d'accueil du nouveau-né de la maternité

- La tête est tournée sur le coté, le cou non fléchi, le nez et la bouche sont biens dégagés, non recouverts.

-5-4-3 Précautions à prendre et Surveillance:

- Respecter les indications du peau à peau : mère et nouveau-né sans pathologie.
 - Activité obstétricale compatible avec la surveillance.
 - Surveiller régulièrement l'enfant en restant dans la salle de naissance et en regardant son aspect et son visage.
 - Ne pas laisser seuls une mère et son nouveau né, surtout si elle risque de s'endormir; la présence du père ou d'un accompagnant n'est pas suffisante mais il est nécessaire de les informer des éléments à observer si le personnel s'absente pour une durée minime.
- La saturation est une aide en cas d'absence de surveillance de courte durée.**

- La première prise alimentaire se fait sous surveillance constante du personnel. Elle a lieu quand le bébé se montre prêt à téter. Les signes de recherche sont montrés et expliqués à la mère, et elle est aidée si besoin.

-5-4-4 Contre-indications à la pratique du peau à peau:

- Non consentement de la mère.
- Pathologie maternelle pouvant affecter la vigilance de la mère et l'état de santé du nouveau né en particulier chez la primipare.
- Absence de surveillance possible (personnel insuffisant, activité trop importante).
- Nouveau né ayant nécessité des gestes de réanimation ou présentant une pathologie.

-5-4-4 Cas particuliers:

♦ Naissances par césarienne :

- Le peau à peau sera réalisé si l'intervention a lieu sous Rachis anesthésie selon les conditions précitées en tenant compte de l'état de la maman et de son installation. Il durera toute la durée de la césarienne si la sage-femme reste disponible pour la surveillance de l'enfant. A défaut de pouvoir maintenir une surveillance continue du peau à peau avec la maman durant l'intervention, le peau à peau sera proposé et encouragé avec le papa. Il sera réalisé en salle de naissance au bloc obstétrical.
- En cas de césarienne sous anesthésie générale, le peau à peau sera proposé et encouragé avec le papa. Il sera réalisé en salle de naissance au bloc obstétrical dans l'attente du réveil de la mère.

➤ Surveillance post interventionnelle :

- La journée, en semaine, elle se déroule en SSPI commune à toutes les spécialités chirurgicales. Sous couvert du respect de l'intimité de la patiente et après accord du personnel de SSPI, le peau à peau est prolongé sous la surveillance de l'APU du bloc obstétrical et associé à la première tétée si la maman a opté pour l'allaitement maternel. Si la surveillance n'est pas possible en SSPI, le peau à peau est prolongé avec le papa en attendant la sortie de la SSPI.
- La nuit, les week end et jours fériés, la surveillance se déroule en salle de naissance. Les modalités de mise en œuvre du peau à peau sont identiques à celles pratiquées pour les accouchements voie basse.

Annexe 7 (4) : Suite du protocole d'accueil du nouveau-né de la maternité

- ♦ Les nouveau-nés prématurés à 35 ou 36 SA :
- Peau à peau possible si bonne adaptation, sous surveillance stricte.

- ♦ Les nouveau-nés prématurés de moins de 35 SA :
- Avec accord du pédiatre présent en salle de naissance, après évaluation.
- Durée à déterminer, selon le terme et le poids de naissance.

-5-5 Les soins directs

Le bain n'est pas recommandé. Le nouveau né est essuyé avec un linge propre et chaud. Le bracelet d'identification est placé au poignet au plus tôt (surtout en cas de césarienne).

Le cordon est clampé avec le clamp de Barr à environ 1cm de l'abdomen et coupé avec des ciseaux stériles par un professionnel portant des gants. L'antiseptie du cordon est réalisée avec de la biseptine.

Le cordon est laissé à l'air en dehors de la couche.

Le nouveau né est pesé nu au moment de l'examen clinique.

La mesure de la taille sera différée au moment du premier bain, celle du périmètre crânien le sera au moment de l'examen par le pédiatre à J3 ou J4 sauf situations particulières.

La température est prise par voie axillaire et contrôlée au moins une fois avant la sortie de salle de naissance.

La désinfection oculaire n'est réalisée que sur facteurs de risque d'ophtalmie gonococcique.

-5-6 L'examen clinique

Est à réaliser avant la poursuite du peau à peau ou avant la remontée en chambre, si possible dans la salle de naissance. La traçabilité de cet examen doit apparaître dans le dossier médical.

Les anomalies à rechercher sont les suivantes :

- Anomalies du crâne, de la face et du cou
- Anomalies du visage : paralysie faciale
- Anomalie des yeux
- Paralysie du plexus brachial, fracture de clavicule
- Anomalie de la paroi abdominale
- Malformation ano rectales : inspection visuelle en écartant les fesses
- Anomalies de la charnière lombo sacrée
- Malformation des organes génitaux et urinaires
- Anomalies des extrémités et des membres
- Tout autre signe ou tout ensemble de signes pouvant évoquer une anomalie.
- Dépistage de l'atrésie des choanes par détection de buée à l'aide d'un miroir, si doute, le signaler pour l'examen du pédiatre en maternité.

La supplémentation en vitamine K se fait par voie orale à la dose de 2 mg (pipette graduée) avant de remonter en chambre et après la 1^{ère} tétée.

Dépistage de l'atrésie de l'œsophage +/- prélèvements périphériques

Passage de la sonde gastrique sans aspiration si pas d'indication de prélèvement de liquide gastrique, sinon en même temps que le prélèvement.

Peut être différée et réalisée au moment de l'examen clinique, après la 1^{ère} tétée.

Avant le premier biberon si allaitement artificiel.

LA TRACABILITE DES SOINS EST REGLEMENTAIRE (DOSSIER MEDICAL +/- DOSSIER DE SOINS)

Annexe 7 (5) : Suite du protocole d'accueil du nouveau-né de la maternité

La traçabilité des soins est réglementaire (dossier médical +/- dossier de soins)

-5-7 Prélèvements périphériques pour bactériologie

LG et auriculaire

- Strepto B positif sur PV ou dans les urines de la mère et antibio-prophylaxie incomplète ou absente (l'antibio-prophylaxie complète comportant au moins deux injections).
- Fièvre maternelle > 38° sauf hyperthermie modérée isolée du post-partum immédiat entre 38° et 38°5
- Infection urinaire chez la mère
- Rupture des membranes > 12h
- Rupture spontanée membranes avant 37 semaines
- Prématurité spontanée < 37 semaines
- Mauvaise adaptation du nouveau né à la naissance, sans cause évidente

Les ARCF et/ou LA teintés non associés à l'un des critères cités ci-dessus ne sont pas des indications de prélèvements périphériques.

Membranes

Uniquement en cas de fièvre maternelle.

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

ANNEE : 2017

TITRE : L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance

AUTEUR : Sabrina SEDIRA

Sous la Direction du : Pr Marie-Laure CHARKALUK

MOTS-CLES : examen clinique, nouveau-né eutrophe, salle de naissance, compétences des sages-femmes, IHAB

RESUME :

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé, un examen clinique du nouveau-né en salle de naissance doit être réalisé par la sage-femme. Il permet de s'assurer de l'absence d'urgence vitale et de repérer une éventuelle pathologie ou malformation. Mais, il est également recommandé de minimiser les gestes envers le nouveau-né dans les 2 premières heures qui suivent la naissance afin de faciliter l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Face à l'évolution des pratiques autour de la prise en charge du nouveau-né, nous nous sommes demandés en quoi consistait ce premier examen clinique du nouveau-né en salle de naissance.

Pour mener ce mémoire, nous avons réalisés une étude observationnelle et une étude déclarative par questionnaire. La première étude consistait à mener des observations directes au bloc obstétrical afin d'explorer les pratiques professionnelles de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance et de repérer les critères de réalisations de cet examen. La seconde étude s'agissait de questionnaires destinés aux sages-femmes exerçant en salle de naissance. Elle avait pour but d'analyser la place de la sage-femme dans la pratique de ce premier examen.

Les observations et les questionnaires ont montré que l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance était partiellement fait, et particulièrement très peu fait par la sage-femme. C'est l'auxiliaire de puériculture qui réalise une inspection partielle du nouveau-né, dans le but principal de présenter l'enfant aux parents.

L'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance par la sage-femme n'est pas imposé par le cadre législatif mais il est particulièrement recommandé afin de dépister toutes anomalies nécessitant une prise en charge rapide. Il est donc important que les sages-femmes s'approprient davantage ce premier examen afin d'éviter tout retard de prise en charge chez le nouveau-né.