



HAL
open science

Examen clinique du nouveau-né pratiqué par les sages-femmes en salle de naissance : étude descriptive par observations directes

Emma Beigbeder

► To cite this version:

Emma Beigbeder. Examen clinique du nouveau-né pratiqué par les sages-femmes en salle de naissance : étude descriptive par observations directes. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01878852

HAL Id: dumas-01878852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878852>

Submitted on 21 Sep 2018

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE
DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ PRATIQUÉ
PAR LES SAGES-FEMMES EN SALLE DE
NAISSANCE :**

Étude descriptive par observations directes

Par : Emma BEIGBEDER

[Données à caractère personnel]

Directrice de Mémoire : Cécile RYBAKOWSKI

Co-directeur : Lionel DI MARCO

Mémoire soutenu le 21 Juin 2018

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme 2018

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE
DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ PRATIQUÉ
PAR LES SAGES-FEMMES EN SALLE DE
NAISSANCE :**

Étude descriptive par observations directes

Par : Emma BEIGBEDER

[Données à caractère personnel]

Directrice de Mémoire : Cécile RYBAKOWSKI

Co-directeur : Lionel DI MARCO

Mémoire soutenu le 21 Juin 2018

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme 2018

RESUME :

Objectifs : Nos objectifs étaient d'effectuer un état des lieux de la pratique des sages-femmes et étudiantes sages-femmes sur l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance ; afin de savoir si les examens pratiqués étaient exhaustifs et de connaître les gestes systématiquement réalisés et ceux rarement effectués. La prise en compte environnementale et la qualification des examinateurs étaient également recherchées. La finalité était d'améliorer la fiche de transmission écrite.

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'un audit de pratique clinique, prospectif, transversal et mono centrique au CHMS de Chambéry. Notre étude descriptive était effectuée par observations directes d'examens cliniques de nouveau-nés à terme, nés par voie basse en Salle de Naissance, pratiqués par des sages-femmes diplômées d'état et des étudiantes sages-femmes en dernière année d'étude.

Résultats : Les examens observés n'étaient pas complets pour 94.4% d'entre eux. Les gestes très fréquemment pratiqués comprenaient la cotation du score d'Apgar et la vérification de l'intégrité : du crâne, de la face, labio-palatine, des narines, périnéal et anal , des membres et du rachis. A contrario les gestes peu réalisés et à améliorer comprenaient les examens cardio-respiratoire, abdominal, locomoteur complet et neurologique détaillé. L'environnement du nouveau-né était globalement respecté mais les informations étaient rarement données aux parents. 36 examens sur 55 étaient pratiqués par les sages-femmes ou étudiantes sages-femmes.

Conclusion : Les examens cliniques des nouveau-nés en salle de naissance ne sont pas complets mais permettent de dépister les anomalies et pathologies d'urgence vitale. Les axes d'amélioration correspondaient à certaines pratiques trop peu réalisées. La feuille de transmissions écrites a été mise à jour.

Mots Clefs : examen clinique, nouveau-né sain et à terme, salle de naissance.

ABSTRACT :

Objectives : Our objectives were to do a check of the midwives practices about the clinical newborn examination in delivery room ; in order to know if the practiced examinations are complete and learn what are the practical gestures always executed and those which are rarely done. Then, we take care also about the context and the qualification of the examiners for the final result. The aim was to improve written transmission record.

Material and methods : It was a clinical audit of practices , prospective, transversal and monocentric in the maternity on the CHMS of Chambéry. Our descriptive study was done by direct observation of graduate midwives and student midwives which practiced the clinical examination of the healthy and full-term newborn infant.

Results : 94.4 % of the examinations were not completed. The very frequently practised gestures included the quotation of the Apgar score and the integrity check of : the skull, the face, the « labio-Palatine », the nostrils, the perineal and anal, limbs and spine. However ,the less frequent moves done and to improve included the complete and neurological cardio-respiratory, abdominal, locomotive examinations detailed.. The newborn's environment was globally respected but informations were rarely given to the parents. 36 about 55 examinations were practiced by the midwives and students midwives

Conclusion : The clinical examinations of the newborn infant in childbirth room are not complete but allow to detect the anomalies and the vital emergency pathologies. The axes of improvement are practical weakly realized. The written transmissions record is update.

Key words : clinical examination, healthy and full-term newborn infant, delivery room

REMERCIEMENTS :

Je remercie les membres du Jury :

Mme Chantal SEGUIN, présidente du jury , Directrice du Département Maïeutique – UFR de Médecine Grenoble –UGA

M le Pr Thierry DEBILLON , Co-président du jury, Praticien Hospitalier en réanimation néonatale et néonatalogie à l’HCE du CHU de Grenoble

M Pierre CARQUILLAT, Sage-femme invité , Sage-femme enseignant à la Haute école de santé de Genève

Mme le Dr Cécile RYBAKOWSKI, Praticien Hospitalier du Centre Hospitalier Métropole Savoie de Chambéry , Directrice de ce mémoire.

Mr Lionel DI MARCO , Sage-femme enseignant du département de Maïeutique de l’UFR de Médecine de Grenoble, Co-directeur de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Dr Cécile RYBAKOWSKI, Praticien Hospitalier du Centre Hospitalier Métropole Savoie de Chambéry , Directrice de ce mémoire.

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité, pour son aide précieuse tout au long de ce travail et sa bienveillance.

Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme enseignant à l'École de Sages-femmes de Grenoble, co-directeur de ce mémoire.

Pour ses conseils précieux, sa disponibilité et ses corrections durant l'élaboration de ce travail.

Mme Fabienne MENJOZ, Sage-femme coordinatrice, cadre supérieure du Pôle mère-enfant de la maternité de l'Eveillon du Centre Hospitalier Métropole Savoie de Chambéry

Pour avoir permis la réalisation de cette étude au sein de son établissement

Mme Delphine SAVOY, Sage-femme coordinatrice du service Salle de Naissance de la maternité de Chambéry

Pour avoir accepté mon étude au sein de son service et m'avoir conseillée

L'ensemble des professionnels travaillant au sein de la maternité de Chambéry, notamment les Sages-femmes ainsi que les Auxiliaires de puériculture présentes en Salles de Naissances sur la période de mes observations

Pour m'avoir accueillie au sein de l'équipe, avoir accepté ma présence lors de mes observations et pour avoir participé à l'étude

Mr Lionel CURTO et Mme Claudine MARTIN, Sages-femmes enseignants Référents de ma promotion 2013-2018, école de Grenoble

Pour leurs accompagnements, leurs soutiens et leurs transmissions de savoir durant ces quatre années d'études.

Ma famille, mon compagnon et mes proches,

Pour leurs soutiens tout au long de ces années d'étude

I. TABLE DES MATIERES :

I.	TABLE DES MATIERES :	7
I.	INTRODUCTION	1
1.	Contexte et Aspect général	1
2.	Problématiques	2
3.	Hypothèse et Objectifs	3
II.	MATERIELS ET METHODES	4
1.	Type , site et période d'étude	4
2.	Population de l'étude, critère d'inclusion et d'exclusion	4
3.	Échantillon	5
4.	Recueil de données	5
5.	Critères de jugements	8
6.	Analyses statistiques	9
III.	RESULTATS	9
1.	Population	9
2.	Caractéristiques de la population étudiée :	10
3.	Exhaustivité des examens	12
4.	Contexte	12
5.	Gestes pratiqués	13
a.	Hygiène de la SF	13
b.	Environnement du nouveau-né lors de l'examen clinique	14
c.	Adaptation à la vie extra utérine	14
d.	Examen morphologique	15
e.	Examen cardio pulmonaire	15
f.	Extrémité céphalique	15
g.	Appareil digestif et urinaire	16
h.	Appareil génital, organes génitaux externes (OGE)	17
i.	Appareil locomoteur	17
	Tableau 9 : appareil locomoteur	17
j.	Examen neurologique : attitude générale	18
	Tableau 10 : Attitude générale de l'enfant	18
k.	Examen neurologique : tonus passif	18
l.	Examen neurologique : tonus actif	18
m.	Examen neurologique : réflexes archaïques	19

6. Transmissions écrites	19
IV. DISCUSSION	20
1. Limites de l'étude	20
2. Analyse des Résultats	21
a. Objectif principal : exhaustivité de chaque examen clinique.....	21
b. Objectif secondaire : proportion de chacun des gestes pratiqués.....	23
c. Qualification du professionnels de santé pratiquant l'examen	39
3. Validation de l'hypothèse.....	42
V. CONCLUSION	43
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES I : Grille d'Observation Examen Clinique du Nouveau-né	47

ABREVIATIONS

AP : Auxiliaire de Puériculture

AVB : Accouchement par Voie Basse

C.H : Centre Hospitalier

C.H. M. S : Centre Hospitalier Métropole Savoie

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNSF : Collège National des Sages Femmes de France

ESF5 : Étudiante Sage-femme en 5^{ème} année d'étude

GHA : Gel Hydro Alcoolique

HAS : Haute Autorité de Santé

LCH Luxation Congénitale des Hanches

NN : Nouveau-né

OGE : Organes Génitaux Externes

PC : Périmètre Crânien

SDN : Salle De Naissance

SF : Sage-femme

UME : Unité Mère-Enfant

I. INTRODUCTION

1. Contexte et Aspect général

La période néonatale constitue une vulnérabilité pour le nouveau-né durant laquelle les professionnels se doivent de veiller à la bonne adaptation à la vie extra utérine de l'enfant.

L'examen clinique du nouveau-né fait en salle de naissance consiste en un examen précoce à visée pédiatrique afin de s'assurer du bien être néonatal de l'enfant dès sa naissance.

Ses principaux objectifs sont de vérifier la bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine, de s'assurer de l'absence de pathologies vitales (respiratoires, cardiaques ou neurologiques) appelant une prise en charge immédiate, ainsi que de dépister d'éventuelles malformations ou anomalies cliniquement décelables. [1] [2] [3] [5] [8] [20]

Cette évaluation globale de l'enfant se constitue en plusieurs temps : d'abord en une anamnèse rigoureuse ensuite en une évaluation de l'état de l'enfant dès sa première minute de vie; puis enfin en un examen clinique complet qui comprend l'inspection, la palpation, l'auscultation et certaines manœuvres permettant le dépistage d'anomalies. [1] [2] [4]

Pour cela, une analyse globale de l'état de l'enfant s'effectue dès la naissance généralement par la sage-femme afin de s'assurer du bien être néonatal. [5] [6] [7]

Selon le CNSF cet examen effectué à la naissance est une obligation légale. [8] [9]

La sage-femme responsable de l'accouchement est habilitée à pratiquer le premier examen clinique d'un nouveau-né normal, né à terme. [6] Elle est formée durant ses études à la pratique de cet examen. Cela fait partie de ses compétences et devoirs professionnels. [2] [6] [10] Selon les recommandations, cet examen doit être complet et doit être fait avant le

passage du couple mère-enfant dans le service d'unité mère-enfant (UME) ; soit dans les deux heures qui suivent la naissance, et dans de bonnes conditions environnementales. [4][8][11][20]

C'est pourquoi il est essentiel que la sage-femme réalise l'examen rigoureusement et de façon exhaustive afin d'éviter un retard de prise en charge du nouveau-né. La place de la clinique reste donc primordiale dans le métier de sage-femme.

2. Problématiques

En réalisant de nombreux stages dans différents établissements de santé, nous avons pu constater que les pratiques des professionnels de santé de cet examen fait en salle de naissance (SDN) divergeaient ; notamment concernant l'organisation, la qualification du professionnel de santé pratiquant cet examen, le temps mis par examen et le nombre de gestes effectués. Selon les établissements, les transmissions écrites dans le dossier décrivant cet examen ne sont pas toujours systématiques et détaillées.

De plus, nous nous sommes aperçus que les recommandations françaises ne sont pas précises sur les items à pratiquer nécessairement en salle de naissance et ceux pouvant attendre plusieurs jours de vie. Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent seulement « un examen complet », sans émettre d'avantage de détail sur le contenu exact de l'examen.[1] [5] [10] [11] Ce manque de consensus nous a conduits à nous pencher sur la problématique de conformité de la pratique de l'examen clinique de chaque nouveau-né en salle de naissance suite à une absence de référentiel national et de protocole de service.

Cela nous amène à nous demander :

Quelle est la pratique courante de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance ?

Les Sages-femmes sont-elles exhaustives dans leurs pratiques du premier examen clinique des nouveau-nés, en salle de naissance?

Quels sont les gestes effectués couramment par les sages-femmes ? Quels sont les items essentiels pour un dépistage clinique en post partum immédiat fréquemment réalisés ou au contraire très peu pratiqués en salle de naissance?

3. Hypothèse et Objectifs

L'hypothèse de cette étude était la suivante : les Sages-femmes ne pratiquent pas un examen clinique complet, mais pratiquent habituellement des gestes suffisants pour dépister les anomalies vitales à la naissance.

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux sur la pratique des examens cliniques des nouveaux nés fait par les SF ou les ESF observées afin de connaître l'exhaustivité des examens.

Les objectifs secondaires étaient de décrire la proportion de chaque geste effectué afin d'en faire ressortir les items fréquemment effectués ainsi que ceux peu réalisés. Le respect de l'environnement du nouveau-né était également recherché. Un des objectifs était de connaître les différentes qualifications de professionnels de santé effectuant cet examen à la naissance

L'intérêt final de l'étude était de créer éventuellement un protocole de service conforme aux recommandations, ainsi que d'améliorer la grille de transmissions écrites qui précise les dépistages à réaliser systématiquement en salle de naissance.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Type , site et période d'étude

Ce travail de recherche était un audit de pratique clinique réalisé par observations directes ; qui consistait à une étude quantitative, descriptive, prospective, transversale et mono centrique.

Le recueil de données s'est déroulé sur le site de la maternité de l' « Eveillon » du Centre Hospitalier Métropole Savoie à Chambéry, de type trois réalisant environ 3200 accouchements par an. C'est la plus grande maternité du Réseau Périnatal des deux Savoie (RPSS) avec la présence de quatre sages-femmes par garde, ce qui permettait d'observer un grand nombre d'examen néonataux par journée.

L'étude s'est déroulée du 10 Juillet au 22 Août 2017 ainsi que du 16 Octobre au 07 Décembre 2017 lors d'observations directes en journée (8h à 19h) . Au total, 31 jours d'observations ont dû être nécessaires.

2. Population de l'étude, critère d'inclusion et d'exclusion

La population source étudiée comprenait les sages-femmes (SF) diplômées, en activité à la maternité de Chambéry ainsi que les étudiantes sages femmes en dernière année d'étude (ESF5).

Étaient éligibles pour cette étude : toutes les sages-femmes diplômées d'état travaillant en Salle de Naissance pendant la durée de l'étude (titulaires, contractuelles...) ainsi que les Étudiantes Sages-femmes en dernière année d'étude présentent lors des journées d'observation. Les observations ont été effectives seulement pour des examens cliniques lors d'une naissance par voie basse (eutocique ou dystocique) d'un nouveau-né à terme (de 37SA

à 42SA) , issu d'une grossesse suivie et n'ayant aucune pathologie décelée en anténatal. Enfin, la population analysable concernait les sages-femmes et étudiantes sages-femmes consentantes pour participer à cette étude.

Les critères d'exclusion à postériori comprenaient : les accouchements par césarienne qu'ils soient réalisés en prophylaxie ou en urgence; les naissances de nouveau-nés prématurés ; des examens cliniques effectués par un professionnel autre qu'une sage-femme ou étudiante sage -femme (comme une auxiliaire de puériculture ou un pédiatre).

3. Échantillon

Dans le cadre d'un audit clinique, l'échantillon doit contenir au minimum 30 cas selon les recommandations de l'HAS. L'étude portait donc sur les SF et les ESF observées lors de leurs pratiques de l'examen clinique du nouveau-né.

4. Recueil de données

Les données ont été recueillies de façon prospective lors d'observations journalières, par une seule personne (moi-même) en Salles de Naissances, afin d'évaluer les pratiques cliniques des SF ainsi que de quelques ESF.

Ce recueil s'est fait à l'aide d'une grille préalablement établie (**voir ANNEXE I**)

Les Sages-femmes observées n'étaient pas au courant de l'intitulé du sujet de ce mémoire, ni des critères d'observations, ni des objectifs, afin de limiter au maximum les biais et d'éviter d'influencer leurs pratiques professionnelles. Pour cela, la présence dans la salle de naissance de l'observateur était effective dès l'installation de la patiente pour les efforts

expulsifs jusqu'au passage du couple mère/enfant en UME (soit une présence lors de l'accouchement et des 2h du post partum immédiat) . Afin de maintenir l'intimité du couple après la naissance, l'observateur restait dans la salle seulement lorsque la sage-femme ou l'auxiliaire de puériculture y était présente également. Les observations directes de la sage-femme responsable de l'accouchement et effectuant l'examen clinique s'effectuaient donc durant les 2h du post partum en salle de naissance. L'observateur n'a participé à aucune manœuvre clinique ni paraclinique de l'accouchement, du suivi du post partum ainsi que de la surveillance néonatale et de l'examen pédiatrique.

Le consentement de la patiente et/ou du couple se faisait à l'oral en salle de naissance, le jour même, en amont du début des efforts expulsifs et après avoir donné des informations claires et éclairées.

Le consentement des Sages-femmes observées le jour même s'effectuait également à l'oral lors de mon arrivée le matin. Un mail d'information sur l'étude a été envoyé en amont des dates de présences de l'observateur, à la totalité des sages-femmes exerçant en salles de naissances de Chambéry (**voir : ANNEXE II**). Chaque observation était anonyme (patiente nouveau-né et professionnel observés).

Les grilles de recueil de données étaient remplies durant l'observation de l'examen, à l'abri du regard de la SF ou ESF. Ces grilles ont été réalisées à partir de recommandations nationales [1] [4] [5] [8] [10] [11] et internationales [12], ainsi que des livres de bonnes pratiques de la sage-femme en périnatalité. [2] [3]

Les grilles de recueil comportaient les items principaux (**ANNEXE I**) :

- Contexte et environnement dans lequel est placée la SF : activité en SDN , AVB eutocique ou dystocique (extraction instrumentale, dystocie aux épaules), recours au pédiatre , temps dédié à l'examen clinique, moment de l'examen au cours du Post Partum immédiat. L'examen morphologique (poids, taille, PC) ainsi que les premiers soins du NN (soin du cordon, température, administration des vitamines) réalisés par l'auxiliaire de puériculture, n'était pas comptabilisé dans « temps mis pour chaque examen ».
- Hygiène de la sage-femme : hygiène des mains, gants, sur blouse.
- Environnement du nouveau-né lors de l'examen : NN calme, NN nu, table d'examen adaptée, rampe chauffante activée, lumière adaptée, présence d'un accompagnant à proximité, explications données aux parents.
- Inspection, examen global et évaluation de l'adaptation à la vie extra utérine : examen morphologique (taille, poids, PC), température cotation du score d'Apgar, (fréquence cardiaque, respiration , réactivité, tonus, coloration et état de la peau)
- Examen cardio respiratoire : état général de l'enfant, respiration, auscultation cardiaque et palpation des pouls fémoraux
- Examen somatique appareil par appareil : extrémité céphalique, appareil digestif et abdomen, appareil urinaire, appareil génital (OGE fille ou garçon), appareil locomoteur
- Examen neurologique : attitude générale, tonus passif (6critères : angle poplité, angle de dorsiflexion du pied, retour flexion membre inférieur , retour flexion membre supérieur, manœuvre du foulard, tonus de l'axe avec flexion antérieure et latérale du tronc), tonus actif (3 critères : mouvements spontanés lors de l'éveil, manœuvre du « tirer assis », mise debout ou extension des membres inférieur à la stimulation) et réflexes archaïques (7 critères : marche automatique, succion/ déglutition, grasping des doigts et orteils, points cardinaux, réflexe de Moro, allongement croisé des membres inférieurs , poursuite oculaire).

Au total 20 items ont été retenus pour l'analyse de l'exhaustivité de chaque examen : évaluation de l'état général du NN (score d'Apgar), auscultation cardiaque, palpation des pouls fémoraux, crâne, symétrie de la face, yeux, intégrité labio palatine, perméabilité des choanes, perméabilité de l'œsophage si facteurs de risques, palpation abdominale, intégrité ano-rectale, OGE , palpation de la clavicule, intégrité des membres et extrémités, rachis et région sacrée, dépistage de la LCH, attitude générale de l'enfant, tonus passif, tonus actif, réflexes archaïques .

Pour la partie « examen neurologique », nous avons considéré que cela a été fait lorsqu'au moins 1 critère par items a été réalisé (par exemple : pour le tonus passif : si 1 critère sur les 6 a été fait).

L'anamnèse et la prise de connaissance du dossier médical (antécédents, déroulement de la grossesse et de l'accouchement) qui doivent être effectués systématiquement en amont de l'examen clinique du nouveau-né, n'ont pas été pris en compte car nous avons estimé que cela était acquis par le professionnel prenant en charge le nouveau-né.

5. Critères de jugements

Le critère de jugement principal a été déterminé afin de savoir si l'examen clinique pratiqué par chaque sage-femme en salle de naissance était exhaustif afin : d'évaluer le bien-être néonatal, d'éliminer toute pathologie vitale et de dépister les malformations vitales. Les examens cliniques du NN étaient considérés comme complets si 20 items sur 20 ont été réalisés (soit 100% des gestes).

Les critères de jugements secondaires étaient le pourcentage de chaque geste effectué lors de la prise en compte environnementale de l'enfant et les gestes techniques de l'examen clinique, ainsi que la proportion des différents professionnels de santé effectuant cet examen.

6. Analyses statistiques

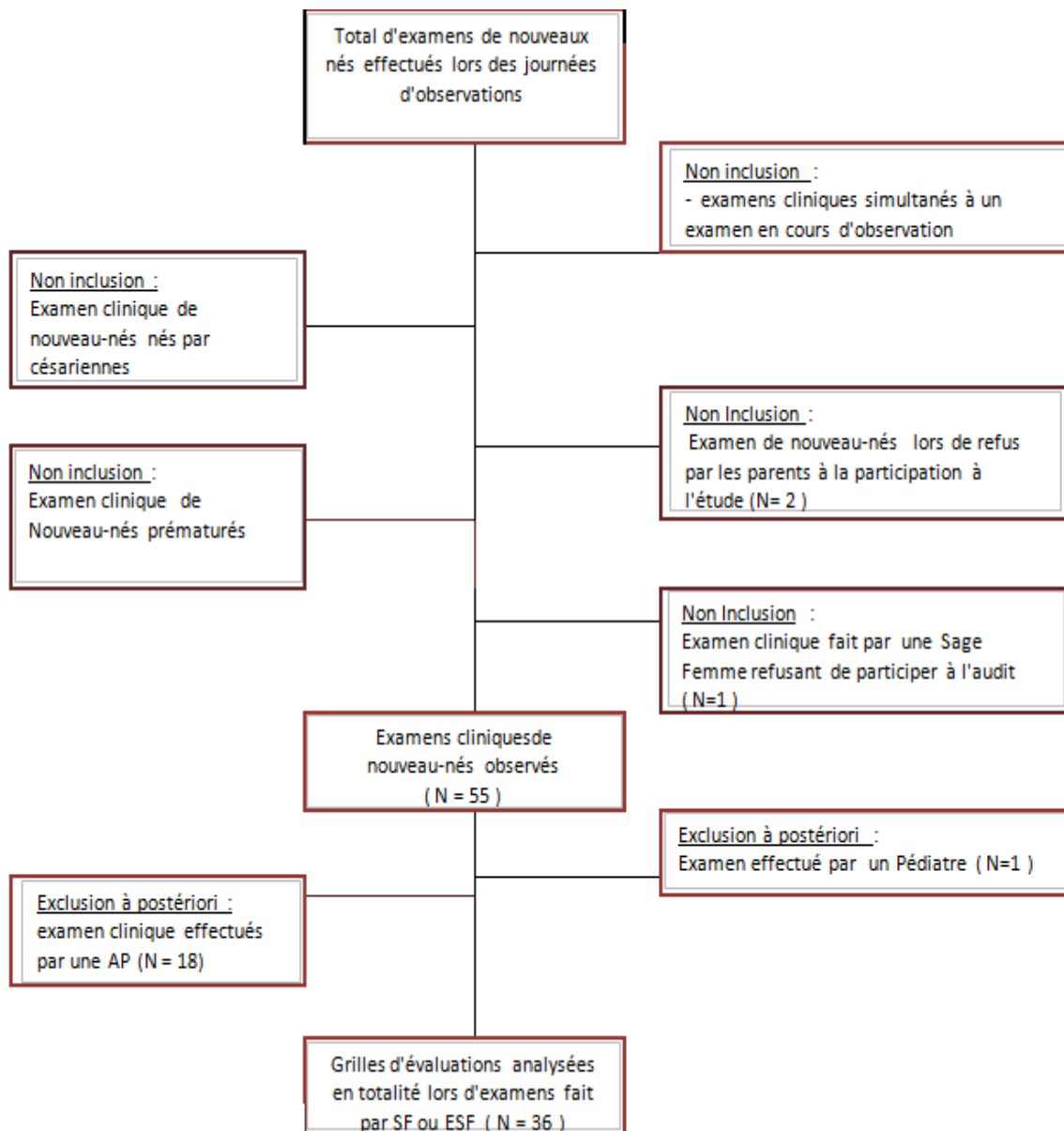
Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide des logiciels Microsoft Excel et R2Web. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et proportions. Les variables quantitatives ont été décrites par les moyennes et les écarts types.

III. RESULTATS

1. Population

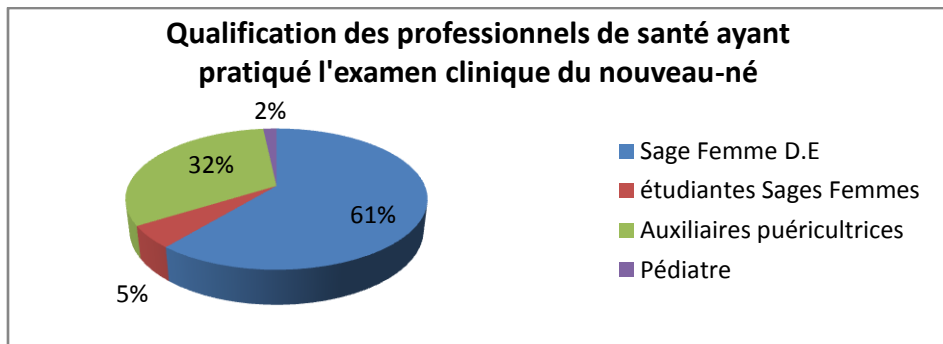
Au total 55 observations d'examen clinique du NN ont été réalisées, dont 36 sont analysables.

Figure 1 : Diagramme d'inclusion :



Sur les 36 examens : 33 examens ont été pratiqués par des sages-femmes diplômées d'état (SF D.E) et 3 par des étudiantes sages-femmes en 5^{ème} année d'étude (ESF5). Quatorze sages-femmes ont pu être observées plusieurs fois. Néanmoins, dans nos critères d'exclusion à postériori nous avons retrouvé 18 examens pratiqués par les auxiliaires de puériculture (AP) présentes lors de l'accouchement et prenant en charge le nouveau-né ; sans contrôle par une sage-femme ou un pédiatre référent. Un examen a été pratiqué par un Pédiatre suite à l'appel de la sage-femme.

Figure 2 : Qualification du professionnel de santé pratiquant l'examen :



SF D.E	ESF5	Pédiatre	AP	TOTAL n (%)
33 (61)	3 (5)	1 (2)	18 (32)	55 (100)

2. Caractéristiques de la population étudiée :

Au total 18 SF différentes + 3 ESF ont été observées N =21

Figure 3 : Age des SF et ESF observées :

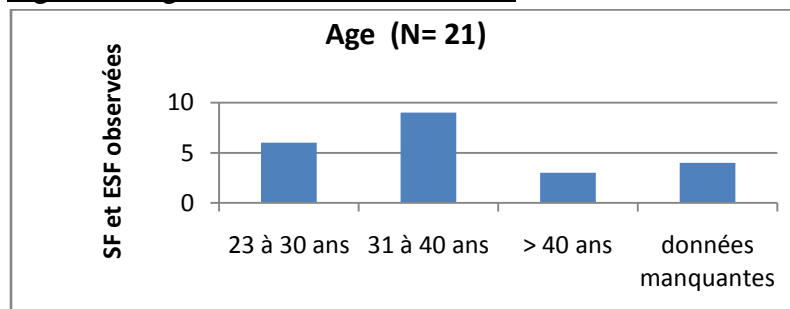


Figure 4 : Année de diplôme de la personne observée :

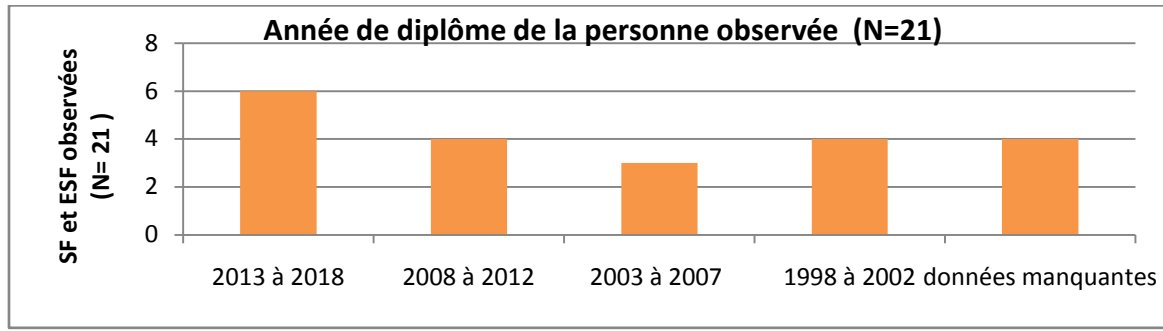


Figure 5 : École de Sage Femme du diplôme :

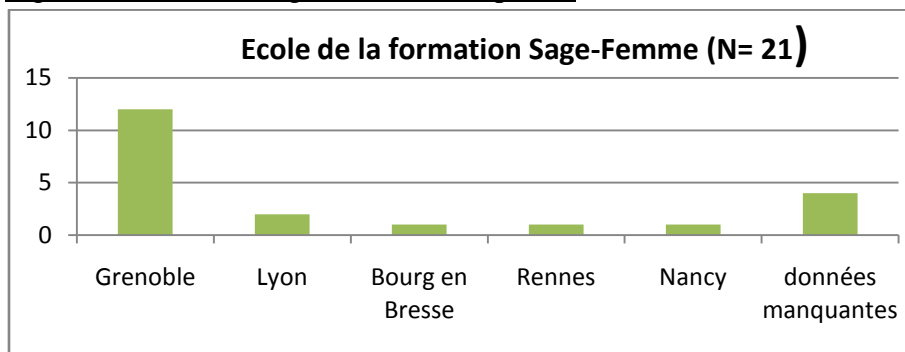
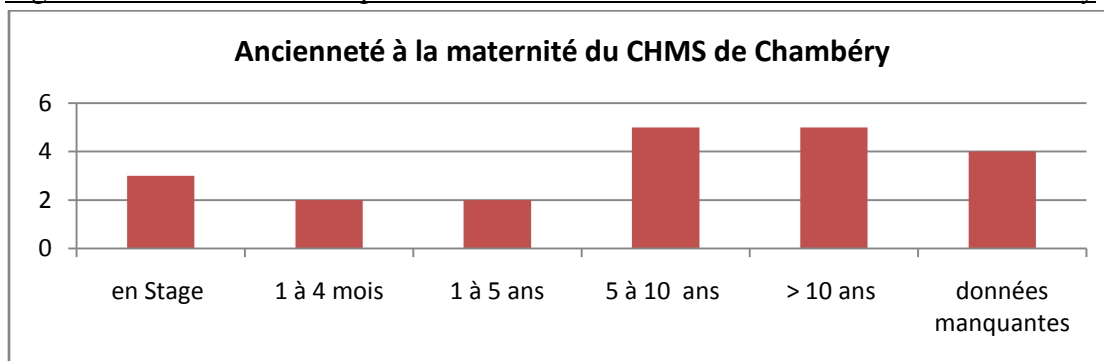


Figure 6 : Ancienneté de la personne observée à la maternité l'Éveilillon de Chambéry



Formation pédiatrique des 18 SF diplômées en dehors de leur formation initiale :

11 SF sur 18 n'ont bénéficié d'aucune formation pédiatrique supplémentaire à leur étude.

4 SF ont été formées en réanimation néonatale , 1 SF en allaitement maternel .

Nous avons 4 données manquantes. Aucune des Sages-femmes n'avait effectué une formation sur l'examen clinique du nouveau-né.

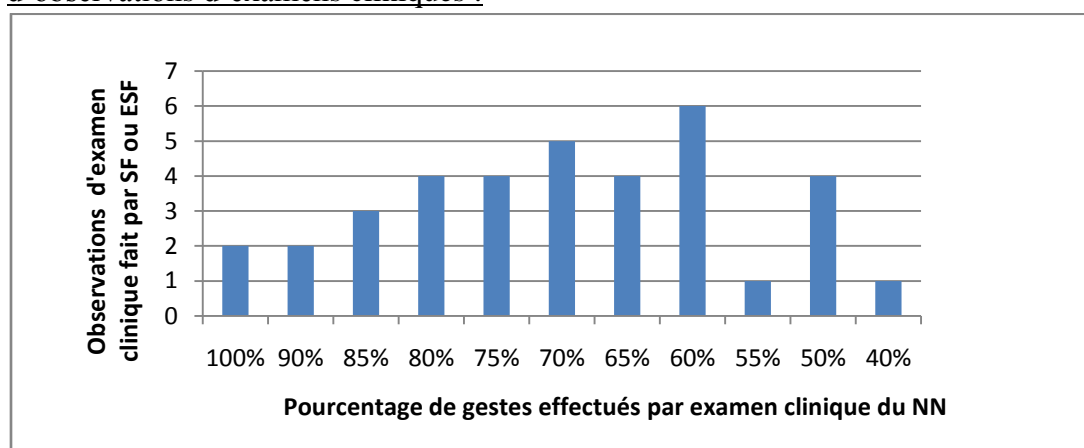
3. Exhaustivité des examens

Au total 2 examens / 36 ont été complets (20 items / 20 ont été réalisés) soit 5.6% de la population observée. Pour les 34 examens effectués partiellement, les SF ou ESF ont pratiqués 8 à 19 gestes sur les 20 items au total. Les tableaux détaillent les gestes pratiqués ou non par examen afin de savoir si chacun des examens a été complet ou non. (voir : ANNEXE III : Tableaux détaillés de l'examen clinique pour chaque observation).

	N = 36
	Effectifs (%)
20 / 20 items effectués	2 (5.6%)
De 15 à 19 items effectués	13 (36.1%)
De 11 à 14 items effectués	16 (44.4%)
10 items ou moins de 10 effectués	5 (13.9%)

Tableau 1 : Nombre de gestes effectués sur les 20 items, par examen clinique du NN

Figure 7 : Pourcentage des gestes pratiqués par examen clinique, en fonction du nombre d'observations d'examens cliniques :



4. Contexte

a- Généralités

Quatre examens observés, soit environ 11.2 %, concernait un nouveau-né né par voie basse dystocique (extraction par ventouse ou forceps). L'avis du pédiatre a été demandé pour 3 nouveau-nés ayant eu des difficultés d'adaptation à la vie extra utérine (cyanose du NN, NN hypotonique, détresse respiratoire...), soit 8.4% des observations. Une forte activité était retrouvée en salle de naissance lors de 19 observations (52.8%).

b- Temps mis par examen clinique :

Le temps moyen mis par examen clinique du nouveau-né était de 3.944 minutes, l'écart type était de 2.517 minutes. Les SF et ESF observées ont mis de 1 à 9 minutes pour effectuer l'examen clinique. Les 3 ESF ont mis respectivement 7min, 6min et 9 minutes pour la réalisation de l'examen, une jeune diplômée présente à Chambéry 1 mois en amont de l'examen clinique a effectué l'examen en 6 minutes.

c- Moment de l'examen clinique après la naissance :

La majorité des examens cliniques (66.7%) ont été réalisés entre 15 minutes et 110 minutes du post partum , c'est-à-dire au cours du peau à peau mère-enfant ; souvent après la réfection périnéale , avant ou après une mise au sein . Les examens réalisés rapidement après la naissance, c'est-à-dire avant 15 minutes de vie et avant le peau à peau comprenaient 19.5% de nos observations. Cinq examens cliniques du NN (13.8%) ont été effectués au-delà de 110 minutes de vie , soit lors du passage du couple mère-enfant en UME , après le peau à peau.

	Moyenne / écart type
Moment après la naissance : (en minutes)	55.6/44.3 Min : 5min Maxi : 190min

Tableau 2 : moyenne et écart type du moment de réalisation de l'examen clinique

5. Gestes pratiqués

a. Hygiène de la SF

L'hygiène des mains avant les soins du nouveau-né a été respectée dans 100% des observations (elle a été faite soit par lavage des mains au savon doux dans 23 cas (63.9%), soit par l'utilisation du Gel Hydro Alcoolique (GHA) dans 28 cas (77.8%), soit les deux).

Le port de gants dans 13 cas (36.1%) et de sur sur-blouse (6 cas soit 16.7%) pour protéger la SF était relativement rare.

b. Environnement du nouveau-né lors de l'examen clinique

Globalement l'environnement et la prise en compte des besoins du nouveau-né étaient respectés. La rampe chauffante n'était activée que lors de 3 observations, l'accompagnant n'était à proximité uniquement dans la moitié des examens cliniques et les explications étaient données aux parents dans seulement 16 observations.

	OUI	
	N=36	Effectif (%)
Aisance des gestes de la SF ou ESF	36	(100%)
Nouveau-né calme	33	(91.7%)
Nouveau-né entièrement nu	34	(94.4%)
Table d'examen adaptée en SDN	36	(100%)
Rampe chauffante activée	3	(8.3%)
Lumière adaptée	25	(69.4%)
Père ou accompagnant proximité de la table d'examen	18	(50%)

Tableau 3 : environnement dans lequel est placé le nouveau-né lors de l'examen clinique

	OUI N=36	Pendant l'examen N= 16	Complètes N = 16	Chacun des gestes N= 16
Explications données aux parents	16 (44.4%)	14 (87.5%)	6 (37.5%)	2 (12.5%)
Effectif (%)				

Tableau 4 : explication données au(x) parent(x)

c. Adaptation à la vie extra utérine

Le score d'Apgar est coté systématiquement, on observe donc que 100% de ces éléments (Fréquence cardiaque, Tonus, Coloration, Réactivité et Respiration) ont été vérifiés méticuleusement à 1 min – 3 min – 5min et 10 min de vie.

Une prise en charge était effectuée systématiquement (100%) lorsqu'un nouveau-né avait des difficultés d'adaptation à la vie extra utérine (hypotonie , réactivité faible , nouveau-né cyanosé détresse respiratoire ...)

d. Examen morphologique

Les examens morphologiques (taille , poids , PC) ainsi que la prise de température axillaire, ont été réalisés dans 100% des examens cliniques et exclusivement par l'auxiliaire de puériculture. Ces informations ont été données automatiquement à la SF ainsi qu'au(x) parent(s) et les transmissions écrites ont été bien remplies. Le score de Valérie Farr n'a jamais été coté, sachant que chacune des patientes avait un suivi clinique et échographique, et qu'il n'y avait pas de doute sur le terme de naissance.

e. Examen cardio pulmonaire

Seulement 2 auscultations cardiaques ont été effectuées, et ces deux fois par la même sage-femme. Sur les 36 observations, uniquement 8 palpations de pouls fémoraux ont été réalisées.

	OUI N= 36 effectifs (%)
Auscultation cardiaque	2 (5.5%)
Palpation des pouls fémoraux	8 (22.2%)

Tableau 5 : examen cardiaque et pulmonaire

f. Extrémité céphalique

	OUI N=36 Effectif(%)	Palpation correcte	Observation correcte
Palpation crâne, sutures et fontanelles	36 (100%)	31 (86.1%)	
Face symétrie - oreilles	31 (86.1%)		11 (30.5%)
Yeux	17(47.2%)		17 (47.2%)
Cavité buccale, intégrité labio palatine	36 (100%)	33 (91.7%)	3 (8.3%)
Nez , perméabilité des choanes	36(100%)		
Cou	25 (69.4%)		
Intégrité de l'œsophage	10(27.7%)		

Tableau 6 : gestes effectués au niveau de l'extrémité céphalique et du visage

L'examen des yeux et du cou ont été insuffisamment réalisés . Les autres dépistages étaient quasi systématiques.

Le dépistage d'une atrésie des choanes a été réalisé dans 100% des observations, grâce au passage d'une sonde d'aspiration nasale dans 13 cas (36.1%) ou en pratiquant le test au papier dans 23 cas (63.9%). Une aspiration du nouveau-né permettait le dépistage d'une atrésie de l'œsophage dans 10 observations et le désencombrement de l'enfant simultanément.

g. Appareil digestif et urinaire

	OUI	observation	sonde	méconium
	N= 36 effectif (%)			
Volume abdominal	10 (27.8%)			
Palpation foie et rate	7 (19.4%)			
Palpation recherche d'hernie inguinale	7 (19.4%)			
Perméabilité anale	34 (94.4%)	15 (41.7%)	13 (36.1%)	15 (41.7%)
méconium	15 (41.7%)			
miction	2 (5.6%)			
Palpation des Reins – surrénales	2 (5.6%)			

Tableau 7 : Dépistage d'anomalies abdominales, digestives, urinaires et périnéales

L'observation correcte de la paroi et du volume abdominal n'était effective que lors de 10 observations et très peu de palpations abdominales ont été effectuées. La recherche d'une malformation ano-rectale a été réalisée dans 94.4%. La prise de la température en rectale n'a jamais été réalisée. La fonction urinaire et rénale n'a été vérifiée que dans 5.6 % des cas.

h. Appareil génital, organes génitaux externes (OGE)

	OUI effectif (%)	Observation approfondie	Palpation bi-manuelle
Fille : N= 16			
OGE fille	16 (100%)		
Vulve, petites lèvres, orifice...		5 (13.9%)	
Garçon : N= 20			
OGE garçon	20(100%)		
Gonades			11 (30.6%)
Verge, méat		11 (30.6%)	

Tableau 8 : vérification de l'absence d'anomalie des organes génitaux externes

La vérification de l'intégrité des OGE a été effectuée systématiquement, mais était rigoureuse et de qualité dans seulement 30.6% pour les examens de garçon et dans 13.9% pour les filles .

i. Appareil locomoteur

	OUI N=36 Effectif (%)	Palpation	Observation rapide
Palpation des clavicules		17 (47.2%)	
Intégrité rachis	36(100%)	30 (83.3%)	6 (16.7%)
Région sacrée	32 (88.9%)	28 (77.8%)	2 (5.6%)
Hanches	6 (16.7%)		
Souplesse des articulations	27 (75%)		
Membres supérieurs :			
Bras-mains-doigts	36 (100%)		4 (11.1%)
Membres inférieurs:			
Jambes – pieds -orteils	36 (100%)		3 (8.3%)

Tableau 9 : appareil locomoteur

La recherche d'une fracture des clavicules n'a pas toujours été réalisée. L'intégrité du rachis a été vérifiée systématiquement, malgré le manque de palpation correcte. La recherche d'une pathologie de la région sacrée n'a pas été faite pour chaque examen clinique. Le dépistage d'une luxation congénitale des hanches n'a été effectué uniquement lors de 6 examens.

j. **Examen neurologique : attitude générale**

	Observés Effectifs (%)
Réactivité à la stimulation	36(100%)
<u>Tonus général :</u>	
Membres en flexion spontanée	36(100%)
Mouvements spontanés	36(100%)

Tableau 10 : Attitude générale de l'enfant

L'examen neurologique général de l'enfant a été fait dans 100% des cas en s'assurant du bon état général (à l'aide du score d'Apgar, dès la mise de l'enfant en peau à peau avec sa mère)

k. **Examen neurologique : tonus passif**

	OUI N=36 Effectif (%)
Total :	15(41.7%)
<u>Membre supérieur:</u>	
Retour flexion avant bras	10 (27.8%)
Manœuvre du foulard	1 (2.8%)
<u>Membre inférieur :</u>	
Retour flexion jambe	10 (27.8%)
Angle poplité genou	1 (2.8%)
Angle de dorsiflexion pied / tibia	0(0%)
<u>Tronc :</u>	
Tonus de l'axe flexion latérale	8 (22.2%)

Tableau 11 : Tonus passif

Au total 6 éléments peuvent être effectués afin de s'assurer d'un bon tonus passif de l'enfant.

l. **Examen neurologique : tonus actif**

	OUI N=36 Effectif (%)
Total :	29 (80.6%)
Gesticulation spontanée lors de l'éveil	36(100%)
Mise debout	29 (80.6%)
Extension des membres inférieurs (enfant allongé, appui manuel pieds)	9 (25%)
Position allongée à assis (« tirer-assis »)	4 (11.1%)

Tableau 12 : Tonus actif

Quatre éléments du tonus actifs permettent la vérification du tonus actif dont 3 manœuvres pratiquées par l'examineur.

m. Examen neurologique : réflexes archaïques

	OUI
	N=36 Effectif (%)
Total :	28 (77.8%)
Marche automatique	27 (75%)
Grasping	18 (50%)
succion	18 (50%)
Points cardinaux	2 (5.6%)
Le Moro	0 (0%)
Allongement croisé des membres inf	0 (0%)
Poursuite oculaire	1 (2.8%)

Tableau 13 : Réflexes archaïques

6. Transmissions écrites

Les transmissions écrites ont été complètes et réalisées systématiquement sur la feuille de transmission de l'examen clinique du NN actuelle en SDN. (voir **ANNEXE V : Fiche de transmission écrite actuelle du service de SDN de la maternité du CHMS de Chambéry**)

Le score d'Apgar côté a été transmis sur différents endroits (carnet de santé de l'enfant, dossier obstétrical papier et informatique, cahier d'accouchements, dossier de l'enfant avec les feuilles de transmissions écrites de l'accueil du nouveau-né). Les mensurations du nouveau-né ont été retranscrites systématiquement.

Le carnet de santé a été rempli systématiquement, dans la partie « examen de l'enfant à la naissance » les 3 cases (perméabilité : choanes , œsophage, anus) ont été cochée dans 100 % des cas , même lorsque la recherche l'atrésie de l'œsophage n'a pas été pratiquée. (voir **ANNEXE IV : Carnet de santé de l'enfant, mises à jour Avril 2018**)

IV. DISCUSSION

1. Limites de l'étude

- Le type d'étude :

Cette étude prospective menée par observations directes des professionnels de santé en SDN, limitait ainsi les biais de sélection et d'information. Effectivement, ce type de recueil de données était le plus adapté afin d'analyser les pratiques cliniques des professionnels, car étaient un reflet direct de la réalité de pratique professionnelle. Comme l'évoquaient Arborio AM et Fournier P « Observer est une pratique sociale qui permet de recueillir des faits et d'accéder à ce qui se joue derrière les discours » [16].

Or, la présence d'une personne tierce observatrice en SDN, a pu entraîner une modification des habitudes des pratiques professionnelles des SF et ESF en étant plus rigoureux lors de leurs soins. Afin de limiter ce biais déclaratif, dès le début des observations, les sages-femmes ne connaissaient nullement le sujet de l'étude ; et les observations se déroulaient de façon à ne pas donner d'indice sur l'objet d'étude, ni influencer les pratiques professionnelles.

Un dernier biais d'examineur a pu être présent en raison d'une part de subjectivité de l'observateur, présente sur certains points (notamment les items d'inspection : de l'état général de l'enfant, de la coloration, du tonus général, l'inspection de la symétrie du visage ou même l'inspection du volume abdominal). L'observateur a pu donc commettre des erreurs lors de la saisie des informations par son manque d'objectivité. Une grille de recueil de données, précise a été élaborée afin de limiter ce biais et l'observateur se devait donc de rester très attentif lors de chaque examen clinique néonatal.

- **Intérêt et rareté du sujet**

Cette étude n'avait encore jamais été réalisée au CHMS de Chambéry et seulement quelques mémoires traitant l'examen clinique du nouveau-né sous différents points de vue et problématiques existent [13] [14] [15]. Globalement, très peu de références sur le sujet sont disponibles, alors que la sage-femme est au cœur de la surveillance et de la prise en charge du nouveau-né dès sa naissance.

La rareté et l'originalité du sujet a permis d'accentuer notre intérêt pour cette étude concernant la pratique quotidienne des sages-femmes en salle de naissance.

2. Analyse des Résultats

a. Objectif principal : exhaustivité de chaque examen clinique

Le premier objectif était de savoir si les professionnels observés pratiquaient des examens cliniques du nouveau-né complets. Notons qu'il existe très peu de référence et de littérature sur le sujet ; les recommandations n'étant pas précises.

L'arrêté de 1994 stipule que « tout nouveau-né doit avoir un examen clinique complet avec traçabilité écrite avant de quitter la salle de naissance »[20].

Sur l'ensemble des examens cliniques de nouveau-nés , seulement deux étaient exhaustifs. En effet selon le tableau de l'**Annexe III** , qui reprend les éléments à effectuer ; la majorité de ces examens n'a été pratiquée que partiellement. Nous avons classé ces examens non complets en différentes catégories comprenant le nombre de gestes effectués. Nous avons remarqué que 36.4 % de ces examens se rapprochent d'un examen complet (15 à 19 gestes ont été effectués sur les 20 items au total). Cependant certains examens étaient encore insuffisants afin de dépister les principales malformations et anomalies du nouveau-né, effectivement 10 items ou moins ont été effectués lors de 5 examens.

Selon le CNSF (2011) « La sage-femme procède à cet examen [...] Elle réévalue l'état du nouveau-né. Les quelques points déterminants à effectuer sont : l'examen physique et somatique : [...] inspection générale, palpation abdominale, vérification des organes génitaux et de l'anus, auscultation cardio pulmonaire, âge gestationnel, poids, taille, la mesure du périmètre crânien. L'examen morphologique : l'inspection doit être très attentive, certaines anomalies ou malformations justifiant d'une prise en charge rapide. [...]

L'examen neuro-sensoriel : [...] les réflexes archaïques, le tonus passif, le tonus actif, la motricité, les capacités sensorielles, les réponses comportementales aux sollicitations. Les éléments non mis en évidence à la naissance seront recherchés ultérieurement. » [8]

Nous soulignons grâce à ce référentiel de la profession des sages-femmes toute l'importance de réaliser un examen clinique complet et rigoureux afin de permettre le dépistage d'anomalies et malformations.

Concernant l'hétérogénéité de pratique entre les différents professionnels, nous nous interrogeons sur les raisons de ces différences de pratiques. Par le manque de protocole de service dans cette maternité concernant l'accueil, les premiers soins et l'examen clinique du nouveau-né ; nous pouvons émettre l'hypothèse que cet examen clinique du nouveau-né se pratique selon l'expérience et les habitudes professionnelles des sages femmes.

Une des propositions serait d'effectuer un protocole de service précis sur les gestes à pratiquer lors de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance, afin que chaque professionnel du CHMS de Chambéry se base sur les mêmes références.

Selon le conseil national de l'ordre des sages-femmes, le référentiel des compétences des sages-femmes précise que la sage-femme doit décider d'une stratégie de prise en charge en accueillant le nouveau-né : « en réalisant le premier examen clinique : adaptation de l'enfant à la vie aérienne et cotation du score d'Apgar ; en décelant si l'enfant a besoin d'aide urgente ; en prenant en charge l'enfant [6] De plus le code de déontologie précise que les

sages-femmes sont autonomes dans l'exercice de ses compétences. Cette indépendance engendre une responsabilité médicale d'effectuer ou non certaine pratique. Les sages-femmes jouent un rôle primordial en salle de naissance dans le dépistage de toute anomalie présente chez le nouveau-né afin d'agir dans l'intérêt de la santé et de la sécurité du nouveau-né.

Nous pouvons approfondir le sujet en se demandant si les sages-femmes sont conscientes de leurs compétences et devoirs professionnels dans cette tâche ?

Une partie de notre hypothèse est donc validée : les SF et ESF pratiquent des examens cliniques du nouveau-né incomplets.

Les gestes très rarement pratiqués sont concomitants entre les différents examens observés. De même ; nous retrouvons les même items étant systématiquement pratiqués lors de l'examen clinique du nouveau-né.

b. Objectif secondaire : proportion de chacun des gestes pratiqués

- Contexte général :

Le temps mis par examen de chaque SF ou ESF observée était situé entre 1 à 9 minutes. Étant donné le nombre élevé de gestes à pratiquer lors de cet examen clinique, cette rapidité de pratique nous mène à nous poser des questions sur la qualité de cet examen.

L'activité en salle de naissance était importante lors de 52.8% des journées d'observations, ce qui pourrait être mis en relation avec la rapidité d'exécution des examens cliniques des nouveau-nés. Une deuxième hypothèse de cette rapidité pourrait concerner le bon maintien du nouveau-né dans une condition de sécurité en minimisant les gestes invasifs et perturbants pour l'enfant ; ainsi qu'en favorisant le lien mère-enfant grâce au peau à peau durant les 2 premières heures de vie de l'enfant. En outre, l'expérience et l'habitude des sages-femmes engendrent certainement une bonne dextérité dans les gestes cliniques et donc

un temps moindre pour effectuer l'examen. Effectivement les ESF et SF jeune diplômée pratiquaient des examens cliniques plus longs que les SF expérimentées.

- **La prise en compte environnementale :**

Selon l'HAS (2014) : « Chez le nouveau-né à terme, sain et normal, la sage-femme prodigue les soins immédiats selon le protocole établi, en respectant les règles standard d'hygiène » [5] Nous retenons donc que l'hygiène des mains de la SF et de l'ESF a systématiquement été respectée. L'utilisation de gants et de sur blouse n'est pas stipulée par les recommandations, nous estimons que cela s'est effectué selon le bon sens du professionnel afin de respecter les règles d'hygiènes et selon le contexte, comme par exemple la présence de vernix sur l'enfant induisait le port de gants par la SF.

La mise de l'enfant dans de bonnes conditions environnementales est très importante.

Selon le CNSF (2011) : « Cet examen doit être réalisé de façon adaptée, en préservant la sécurité thermique et émotionnelle de l'enfant »[8]. Selon l'HAS (2017) : « Ce premier examen du nouveau-né se fait sur un plan dur, dans de bonnes conditions thermiques et d'éclairage » [10]. La prise en charge de l'enfant à la naissance, lorsqu'il n'y a pas d'urgence ; doit se faire dans de bonnes conditions afin de permettre une bonne adaptation du nouveau né.

Les examens étaient réalisés dans 19.4% avant le peau à peau avec la mère et dans 16.7 % des cas au moment du passage, c'est-à-dire après le peau à peau et avant d'habiller l'enfant ; ce qui permettait de respecter au mieux l'environnement de l'enfant. Il semblerait plus judicieux de réaliser l'examen clinique du nouveau-né de façon à respecter son propre rythme en le dérangeant le moins possible. Nous pouvons émettre la proposition de pratiquer cet examen de préférence soit avant le peau à peau avec la mère, soit au moment du passage du couple mère-enfant en UME ; c'est-à-dire juste avant d'habiller l'enfant.

Les enfants étaient placés systématiquement sur une table d'examen adaptée, si leur état le permettait ils étaient examinés en salle de naissance à proximité de la mère et de

l'accompagnant ; s'ils avaient besoin de soins immédiats ils étaient examinés sur la table de réanimation néonatale après avoir effectué une prise en charge selon leur état.

La majorité des NN était calme lors de la réalisation de l'examen ce qui montrait un maintien du bien-être néonatal de l'enfant, et permettait par ailleurs une bonne réalisation de l'examen clinique. Cependant, deux nouveau-nés n'étaient pas entièrement nus, un drap couvrait une partie de leurs corps pouvant être une barrière à l'examen général et cutané. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela permettait de maintenir la température de l'enfant. Nous suggérons que l'évaluation de l'état cutané de l'enfant doit s'effectuer sur tout le corps afin de dépister une éventuelle anomalie en pratiquant l'examen sur un enfant entièrement nu ; tout en prenant en compte l'état thermique du nouveau-né.

Les 3 examens effectués entièrement ou partiellement sous rampe chauffante concernaient ceux effectués en salle de réanimation néonatale lors d'une prise en charge adaptée au besoin de l'enfant. Aucune rampe chauffante n'était présente dans les salles d'accouchements au dessus de la table adaptée pour le nouveau-né et concernait donc 91.7% des examens. Le maintien de la sécurité thermique de l'enfant reste limité sur ce point. Nous émettons l'hypothèse que la rapidité d'exécution de l'examen, au dépend d'une bonne rigueur, permettait en outre de maintenir l'enfant dans de bonnes conditions thermiques et de mettre l'enfant en peau à peau avec sa mère rapidement après la naissance.

La lumière n'était pas adaptée dans 30.6% des observations afin de permettre une bonne visualisation des éléments cutanéomuqueux de l'enfant, mais nous estimons que cela évitait de mettre l'enfant dans une situation de stress, perturbante pour son bien être.

Nous pouvons conclure au bon respect global des recommandations dans la pratique des SF et ESF afin de permettre un examen clinique de qualité dans un environnement respectant les besoins de chaque nouveau-né.

Selon le CNSF (2011), l'examen clinique doit se faire « si possible en présence du père donc commenté ». Selon l'ordre des sages-femmes (2010): « en faisant participer la mère, en lui expliquant le déroulement de l'examen et en la rassurant ».

Lors de notre étude, la présence du père ou d'un accompagnant à proximité de la table d'examen n'était réalisée que dans 50% des observations et nous avons remarqué que la personne effectuant l'examen n'a pas demandé à l'accompagnant de se placer proche de l'enfant dans la majorité des ces cas. En outre, un point positif était que 91.7% des examens s'effectuaient dans la salle d'accouchement où la mère de l'enfant pouvait l'observer cet examen de son lit.

Les explications données aux parents n'étaient effectives dans 44.4% des cas seulement. De plus, elles ont été faites soit brièvement (62.5%) ; soit à postériori (12.5%) et ne détaillaient pas chaque geste dans 87.5% des observations. Ceci traduit des transmissions orales aux parents trop faibles. Des hypothèse de cette pratique insuffisante seraient que l'examineur estime que ces informations ne sont pas utiles pour les parents , que ce n'est pas un moment opportun pour leurs donner de nombreuses informations ou même que ces explications ne sont pas spontanées lorsque le père n'est pas à proximité de l'enfant. Cependant, nous pensons que faire participer le père ou l'accompagnant, tout en détaillant chacun des gestes permettrait de maintenir l'enfant dans de bonnes conditions de sécurité. Afin de changer ces pratiques professionnelles ; nous proposons que ce soit au professionnel de prendre l'initiative de demander systématiquement au père ou à l'accompagnant de participer à l'examen ; ainsi les explications seraient également données plus spontanément. Les informations sur chaque soin devraient donc être données de façon systématique.

- **Les items systématiquement pratiqués :**

L'évaluation de l'état de l'enfant et l'élimination de toute pathologie vitale ont été réalisées dans 100% des examens cliniques du NN. Le score d'Apgar a été coté systématiquement à la naissance à 1, 3, 5 minutes de vie. C'est un score qui permet de veiller à la bonne adaptation à la vie extra utérine de l'enfant et d'adapter la prise en charge en fonction du bien être de l'enfant à la naissance. [17]

Selon l'HAS (2017) « il est recommandé dévaluer à la naissance la respiration , le cri et le tonus du nouveau-né afin de déterminer rapidement si les manœuvres de réanimations sont nécessaires » [10]. Lors de nos observations, nous pouvons donc conclure en une bonne réalisation de ces pratiques et au bon respect des recommandations par les SF et ESF observées , qui poursuivaient la surveillance globale du nouveau-né en collaboration avec l'AP lors des 2 heures de post partum.

L'examen morphologique comprenant la taille, poids, PC, la prise de la température ainsi que les premiers soins (soins du cordon, bracelets de naissance, couche , bonnet, administration de vitamine K1 et de collyre) a été fait dans 100% des cas par l'auxiliaire de puériculture. Selon l'Has (2017) : « les mesures et soins de routines ne sont réalisées qu'à la fin des deux heures de peau à peau » [10]. L'examen morphologique peut donc être fait à distance de l'examen clinique global du nouveau-né. La mesure de la taille peut être effectuée au cours du séjour en maternité afin de préserver le bien-être néonatal , cependant la mesure de la taille se fait systématiquement en salle de naissance à la maternité de Chambéry. La prise de poids et du PC doit se faire obligatoirement à la naissance afin de permettre un suivi de l'évolution lors du séjour en maternité[3] [4] [8]. Selon le CNGOF (2016) : La mesure du périmètre crânien effectuée à la naissance doit être répétée et vérifiée avant la sortie de l'enfant de la maternité [11]. Le poids est à confronter à l'âge gestationnel afin de classer le

nouveau-né eutrophe, macrosome ou hypotrophe. Cela a été le cas lors de 100% de mes observations, qui se traduit par une bonne pratique clinique.

Le dépistage de l'atrésie des choanes a été effectué dans 100% des cas. Il peut se faire de différentes manières : soit par le passage d'une sonde d'aspiration nasale, soit en pratiquant le « test au miroir » (présence de buée lors de l'expiration) ou un test avec une compresse ou papier (mouvement lors de l'expiration du nouveau-né) pour chacune des narines. Cependant selon l'HAS (2017), « il n'est pas recommandé de vérifier systématiquement la perméabilité des choanes » [10]. L'évaluation clinique reste primordiale, une atrésie de des choanes pourrait engendrer en conséquence une détresse respiratoire sévère du nouveau-né.

Selon les recommandations, il n'y a pas d'indication de pratiquer systématiquement une aspiration nasale, ni de passer une sonde de petit calibre dans les narines. En effet cela est traumatique pour le nouveau-né, et réservé lors d'un encombrement. [10] [18]

A l'encontre des recommandations de l'HAS , les SF et ESF évaluant la perméabilité des choanes devraient l'effectuer de préférence grâce au test du miroir (buée présente à l'expiration) ou à l'aide d'une compresse (mouvement à l'expiration) pour chacune des 2 narines, afin de respecter la physiologie du nouveau-né, ce qui a été fait dans 63.6 % des observations. [18] De plus, cette pratique s'est effectuée rapidement et facilement démontrant l'importance de la systématisation dès la naissance.

Des anomalies du crâne , de la face et du cou doivent être recherchées à l'examen clinique. Ces vérifications ont été réalisées dans 100% des examens cliniques du NN. Une palpation correcte et approfondie du crâne (effectuée dans 81.6% des cas) est préférable afin de dépister une anomalie des sutures et des fontanelles, ainsi que la présence d'une bosse séro-sanguine ou d'un céphalématome. [2] [3] Ces recherches effectuées dès la naissance

permettent le suivi de l'évolution les jours et semaines suivantes , en mettant en relation la clinique avec la mesure du PC. La recherche d'une paralysie faciale suite à un accouchement voie basse effectuée en post partum immédiat permet une prise en charge rapide en faisant appel au pédiatre de la maternité, les informations données aux parents seront plus précoces lorsqu'un dépistage s'est réalisé dès la salle de naissance. Lors notre étude, une observation attentive de la face et du cou a été réalisée dans 86.1% des cas, cependant aucune recommandation ne préconise sa réalisation obligatoire dès la naissance, alors même que nous comprenons l'utilité de sa pratique systématique vis-à-vis des pathologies pouvant être rencontrées.

L'intégrité labio-palatine a été contrôlée lors de 100% des examens cliniques observés. Deux méthodes sont faisables : soit grâce au toucher en utilisant l'auriculaire qui permet simultanément de vérifier la succion de l'enfant (effectué dans 91.7% des cas), soit par inspection, à l'aide d'un bon éclairage et la bouche grande ouverte (pratiqué dans 8.3 % des cas). Cela permet de dépister notamment une fente vélo-palatine pouvant être passée inaperçue lors des échographies morphologiques de grossesse. D'après une étude française, dans 99% des cas le diagnostic d'une fente palatine seule n'est réalisé qu'en post natal [21]. Afin de permettre des conduites à tenir adaptées (une prises en charge pluridisciplinaires pour organiser un traitement chirurgical) et d'éviter des problèmes alimentaires, un dépistage dès la naissance serait appropriée, malgré l'absence de référence nationale. Cela permettrait une information adaptée aux parents ainsi que prise en charge alimentaire et médicale précoce. Le fait que ce geste pratiqué s'effectue rapidement, n'est pas invasif pour l'enfant et ne pose donc pas de problème de complexité de pratique serait une hypothèse de sa réalisation systématique.

L'examen des organes génitaux externes a été réalisé dans 100% des cas. Il permet d'abord de s'assurer de l'absence d'ambiguïté sexuelle. La recherche de cette anomalie doit être réalisée précocement afin de permettre une prise en charge dès les premières heures de vie pour ne pas déclarer abusivement un sexe indéterminé (une suspicion d'ambiguïté sexuelle permet de différer la déclaration du sexe à l'état civil). La seconde utilité serait de dépister une hyperplasie congénitale des surrénales (relevant de l'urgence) [4] [2]. Nous notons donc l'importance de pratiquer cet examen dès la salle de naissance. Dans un deuxième temps un examen plus poussé des organes génitaux externes (fille ou garçon) permet de dépister une anomalie, ce qui n'a pas toujours été le cas dans notre étude. Nous nous interrogeons donc sur la rapidité de réalisation de ces gestes, étant certainement en lien avec les habitudes de pratiques professionnelles ; car cette vérification demande une rigueur appropriée.

L'examen de la région périnéale et notamment de l'anus permet de dépister l'absence de toute anomalie uro-digestive. La vérification d'une bonne perméabilité anale a été pratiquée dans 94.4% des observations. Une observation approfondie en écartant les fesses a été effectuée dans 41.7 % des cas ; cette inspection permet de s'assurer de tous les caractères d'un anus normal sans avoir une pratique invasive pour l'enfant, et serait la méthode à utiliser préférentiellement [4] [8]. Afin de s'assurer d'une bonne perméabilité, le passage d'une sonde de faible calibre a été effectué lors de 36.1% des cas. L'émission de méconium a été relevée dans 41.7 % des observations ; certaines SF ou ESF ont pratiqué la vérification de la bonne perméabilité malgré une émission de méconium. Lors d'une imperforation anale ou d'une malformation périnéale et ano-rectale, une prise en charge chirurgicale précoce permet de lever l'occlusion [4]; c'est pourquoi le diagnostic précoce en salle de naissance est

essentiel et doit être systématique. La recherche de la bonne perméabilité anale est d'ailleurs à notifier dans le carnet de santé de l'enfant.

L'intégrité du rachis a été vérifiée lors de chaque examen (dans 100% des cas) ; cependant une palpation du rachis a été observée dans 83.3% des cas et une simple observation dans 16.7% dans cas. L'examen de la région sacrée a été réalisé dans 88.9% des observations (dont 77.8 % par palpation), ce qui concerne la majorité des examens cliniques. L'examen clinique grâce à l'inspection (des signes cutanés pouvant alerter une anomalie) et la palpation sur toute la hauteur du rachis, permet un dépistage plus précis de défaut du rachis, de malformation vertébrale pouvant passer inaperçue en anténatal. Ces pratiques ont été effectuées soit en mettant l'enfant sur le ventre, soit en le mettant debout ; ce qui permettait en outre de s'assurer de critères neurologiques. Le dépistage ou suspicion d'une anomalie comme la présence d'une fossette sacro-coccygienne douteuse doit faire pratiquer des examens complémentaires rapidement [11]. Les quelques cas où une palpation n'a pas été réalisée, traduisaient une rapidité dans l'exécution de l'examen. C'est pourquoi un dépistage dès la naissance d'une anomalie permet une prise en charge rapide et cela a été respecté dans la majorité de notre étude.

L'intégrité des membres supérieurs, inférieurs ainsi que des extrémités (mains, pieds, doigts et orteils) ont été examinés lors de 100% des observations. Ce dépistage d'une malformation ou d'une déformation suite à une malposition in utéro ne relève pas de l'urgence vitale. Toutefois, il est important de le réaliser rapidement après la naissance afin de donner des informations aux parents, de les rassurer et de pouvoir répondre à leurs questions, nous pensons que c'est pour ces raisons que la pratique a été systématique. Une prise en charge pourra être organisée par la suite. Le bon fonctionnement des articulations de chacun des quatre membres et l'absence de paralysie doit être recherchée lors de l'examen du

nouveau-né en salle de naissance, notamment lors d'accouchement voie basse difficile [3] [11]. Dans notre étude, nous avons inclus les accouchements par voie basse dystociques dans lesquels il était d'autant plus utile de réaliser ces dépistages.

Globalement, les gestes étant très fréquemment réalisés concernaient les dépistages des principales anomalies ou malformations, ayant des répercussions précoces sur la santé de l'enfant. Le contexte global de la salle de naissance nous montre que les gestes effectués sont les plus rapides et ceux demandant une faible manipulation de l'enfant, ce qui traduit une bonne prise en compte de l'environnement de l'enfant sans induire trop de gestes invasifs dès la naissance.

- Les gestes rarement effectués :

L'auscultation cardiaque n'a été pratiquée que lors de 5.5% des examens cliniques du nouveau-né à la naissance, ce qui est très faible. Cette auscultation faite lors de l'examen du nouveau-né permettrait de connaître la fréquence cardiaque ainsi que la fréquence respiratoire. Une auscultation cardiaque anormale lorsqu'un souffle systolique est perçu peut correspondre à une cardiopathie congénitale non diagnostiquée en anténatal ; mais peut également correspondre à la persistance physiologique du canal artériel (qui se ferme dans les 24 à 48h de vie). [3] [4] [10] [11] Une anomalie de l'état général de l'enfant et de la coloration peut également faire suspecter une cardiopathie congénitale. Une prise en charge précoce doit se faire dès la naissance.

Selon le CNGOF (2016) : « L'examen se fait dans le calme avec un stéthoscope adapté au nouveau-né » [3]. Lors de nos observations, nous avons pu noter l'absence de stéthoscope dans chaque salle de naissance ; des stéthoscopes pédiatriques sont présents uniquement en

salle de réanimation néonatale. Cela peut être une des hypothèses pour lesquelles cette pratique est très peu réalisée. D'autres questions se posent suite à l'absence de réalisation de ce geste ; comme le manque de formation ou de compétence des sages-femmes afin d'être en capacité de dépister des anomalies cardiaques. Effectivement, l'auscultation cardiaque est un geste technique demandant une bonne concentration et une maîtrise afin de permettre un dépistage d'une anomalie.

Afin de s'assurer de la bonne fonctionnalité cardiaque et vasculaire de l'enfant, la clinique est primordiale. La cotation du score d'Apgar, des constantes et de l'état général du nouveau-né permet également d'évaluer la fonction cardio-respiratoire , ce qui a été effectué systématiquement.

La palpation des pouls fémoraux a été effective uniquement dans 22.2% des cas.

Selon le CNGOF (2016) : « La palpation des pouls périphériques, aux membres supérieurs et inférieurs doit être systématique » [11]. Une diminution ou une absence de pouls fémoraux perçus permet le dépistage d'une coarctation de l'aorte. Il est important de pratiquer également la palpation des pouls huméraux afin d'évoquer une hypoplasie du ventricule gauche si ceux-là sont mal ou peu perçus. Une anomalie de la palpation des pouls fémoraux doit faire pratiquer des examens complémentaires (comme la prise de tension artérielle, l'avis du pédiatre) [3] [4]. Elle doit se faire dans de bonnes conditions et lorsque l'enfant est calme.

Nous émettons l'hypothèse que cette pratique a été faiblement réalisée en raison de sa difficulté de pratique, et sa demande concentration et de prise de temps plus important. De plus, le manque d'habitude et d'expérience des SF et ESF pratiquant ce geste peut induire une mauvaise prise en charge.

Aucune transcription de l'examen cardiaque (auscultation et palpation des pouls fémoraux) n'a été effectuée, effectivement la grille de transmission écrite actuelle ne le permettait pas (voir ANNEXE V).

Le Dépistage de l'atrésie de l'œsophage ne s'est pas effectué en systématique.

Selon la HAS : « En l'absence de signes cliniques évocateurs, la vérification systématique de la perméabilité de l'œsophage par la pratique du test à la seringue n'est pas recommandée. » [18]. Les signes cliniques à la naissance, évocateurs d'une atrésie de l'œsophage sont : une hyper salivation, une toux, des régurgitations, des fausses routes lors de l'alimentation associé majoritairement à une détresse respiratoire du nouveau-né. De plus, un hydramnios présent en anténatal peut également faire suspecter une atrésie de l'œsophage et permet de pratiquer ce dépistage en SDN lors de l'examen clinique du nouveau-né , ceci est spécifié dans la dernière version du carnet de santé de l'enfant « perméabilité de l'œsophage si hydramnios » (voir ANNEXE IV). Ce dépistage, lorsqu'il y a présence de signes évocateurs doit se faire rapidement après la naissance, afin de limiter une détresse respiratoire chez le nouveau-né et d'effectuer une prise en charge immédiate (médicale, chirurgicale). Cette malformation s'associe dans 50% d'autres malformations congénitales (cardiaques, digestives, vertébrales) ayant un impact sur l'urgence de prise en charge. Ce dépistage par le test à la seringue n'a jamais été effectué par les SF ou les ESF, comme le recommande la HAS car il n'y avait pas de signes cliniques évocateurs. Le passage d'une sonde d'aspiration de gros calibre permettait simultanément une aspiration gastrique ainsi qu'une vérification de la perméabilité de l'œsophage. Selon la HAS (2017) : « Si ce dépistage n'est pas réalisé, un protocole formalisé de surveillance du nouveau-né est nécessaire et la première tétée doit être réalisée sous la surveillance d'un soignant ». [10] La première mise au sein s'effectue lors du suivi du post partum en salle de naissance et avec une tierce personne aux côtés de la maman et du

nouveau-né à l'Eveil, comme le préconise les recommandations. Sur les 36 observations, aucun nouveau-né n'a été à risque d'atrésie de l'œsophage ; les praticiens n'ayant pas effectué ce dépistage sont restés conformes afin de respecter la sécurité émotionnelle et physique du nouveau-né.

L'inspection des yeux n'a été effective que dans 47.2% des observations lorsque l'enfant ouvrait ses yeux spontanément. Cependant une inspection approfondie ne relevant pas de l'urgence vitale peut être reportée les jours suivant, un œdème palpébral physiologique étant souvent présent à la naissance et durant les premiers jours ; les SF et ESF observée n'ont ainsi pas insisté et perturbé le nouveau-né lors du premier examen [8] [11]. De plus, le dépistage d'une anomalie de la cornée ou d'autre anomalie morphologique de l'œil demande une concentration importante ainsi qu'une bonne expérience professionnelle, ce qui pourrait être mis en relation avec le manque de pratique. Nous précisons que les collyres ophtalmiques étaient mis systématiquement chez tous les nouveau-nés par l'AP, nous pensons donc que la SF ou l'ESF qui effectuait l'examen en amont comptait sur sa collègue AP qui inspectait les yeux du nouveau-né à ce moment.

La palpation de la clavicule n'a été réalisée que dans 47.2 % des examens. Une recherche d'asymétrie permet de détecter une fracture de la clavicule et elle est à mettre en relation avec l'examen locomoteur des membres supérieurs. Il n'y a pas d'urgence vitale à pratiquer ce dépistage rapidement après la naissance. Cependant, si une fracture est dépistée précocement, elle permet une gestion de la douleur du nouveau-né rapidement après la naissance et lors du séjour en maternité [8]. Elle permet également aux soignants et parents d'être attentifs lors des manipulations de l'enfant. La plupart des examens cliniques observés concernaient des accouchements eutociques. Il aurait été intéressant de repérer le lien entre un

accouchement dystocique étant plus à risque d'une fracture avec l'examen des clavicules. Nous nous demandons si cette faible réalisation est en lien avec le contexte de l'accouchement, ou si c'est parce qu'elle demande une dextérité précise.

Les manœuvres de Barlow ou d'Ortolani qui permettent le dépistage d'une Luxation Congénitale ds Hanches (LCH) ont été réalisées dans 16.4 % des cas seulement.

Selon le CNGOF : « Toute hanche luxée ou luxable doit être dépistée dans les premiers jours de vie pour commencer le traitement (lavage en abduction) le plus vite possible pour être efficace » [11]. Il est d'autant plus important que ce dépistage soit rigoureux lors de présence de facteurs de risques (antécédents dans la famille, d'une naissance en présentation du siège ou l'existence d'une malposition des pieds). Cependant selon le CNSF (2011) , « cette manœuvre est peu aisée à la naissance et douloureuse pour l'enfant et peut être reportée au lendemain » [8] et selon l'HAS (2013) cet examen « est difficile et requiert donc attention et expérience » . [22] Ces manœuvres nécessitant une capacité et des compétences de l'examineur relativement poussées permettent de nous interroger sur la relation entre la complexité de réalisation de ces gestes avec l'absence de pratique par les sages-femmes lors de l'examen clinique du nouveau-né en SDN. D'autant plus que cet examen nécessite de l'expérience qui permet de maîtriser la sensibilité nécessaire à ce dépistage. [8] Il n'y a donc aucune nécessité de pratiquer ce dépistage à la naissance par les sages-femmes ayant peu d'expérience, sous réserve d'un deuxième examen pédiatrique les jours suivant. D'après l'HAS (2013) : «Il doit être réalisé dans de bonnes conditions : enfant détendu (si besoin, provoquer le réflexe de succion), déshabillé (sans la couche), sur un plan dur ». [22] Nous pouvons émettre l'idée que les SF et ESF ne considéreraient pas être dans d'assez bonnes conditions en SDN afin de réaliser ces manœuvres. Enfin, une des hypothèses pourrait être que la manipulation de l'enfant lors de ces manœuvres complexes engendrerait une

perturbation du bien être de ce dernier, ce qui pourrait éventuellement être une des raisons de la faible pratique par les SF et les ESF.

L'inspection abdominale n'a été réalisée que lors de 27.8% des examens cliniques. La palpation abdominale a été pratiquée dans 19.4% seulement. Les anomalies de fermeture de la paroi abdominale, les anomalies herniaires et ombilicales sont également à rechercher dès la naissance. [2] [3] [8] Cependant la réalisation de l'inspection de la paroi abdominale était difficile à côté par l'observateur dans notre étude, ce qui peut être une source d'erreur des résultats ; mais ce qui traduirait une rapidité beaucoup trop excessive. Les anomalies de paroi étant majoritairement visibles, cette inspection par la SF ou l'ESF a pu être réalisée simultanément avec d'autres gestes lors de l'examen.

Cependant, selon le CNGOF (2016) : « L'abdomen est légèrement météorisé, souple et facilement dépressible. Toute anomalie de volume de l'abdomen, surtout si elle est associée à des vomissements, doit faire rechercher une pathologie digestive ». [11]

Il est donc essentiel d'associer l'inspection à la palpation abdominale.

Le manque de réalisation d'une palpation abdominale pourrait être la conséquence d'une difficulté de réalisation de ces gestes demandant une manipulation douce de l'enfant, une dextérité et une maîtrise relativement importantes afin de permettre le dépistage d'une anomalie ; comme d'une hépatomégalie ou d'une splénomégalie. Les hypothèses du manque de réalisation de l'examen digestif pourraient être une absence de formation et d'expérience par les sages-femmes, un manque de temps et une estimation par les examinateurs de l'utilité de ce geste. Le fait de manipuler l'enfant et étant susceptible de perturber son bien être pourrait également être une hypothèse.

L'examen de l'appareil urinaire a été très peu effectué (5.6% pour la palpation rénale). Cependant, il faut vérifier l'absence de globe vésical , l'absence de masse ou d'autres anomalies [11] et surveiller la première miction et la qualité du jet, surtout chez le garçon. Ceci n'est pas toujours faisable dans les 2 heures après la naissance. La palpation rénale étant complexe à réaliser pour un dépistage correct pourrait expliquer le manque de réalisation de ce geste. Globalement, ces dépistages sont essentiels mais ne relèvent pas d'une urgence de prise en charge.

L'examen neurologique a été dans l'ensemble réalisé aléatoirement, et toujours partiellement. La qualité de la vigilance a été évaluée dans 100% des examens, la recherche de tonus passif a été pratiquée dans 41.7% des examens, la recherche de tonus actif a été fait dans 80.6% par la possibilités de plusieurs manœuvres et les réflexes archaïques ont été testés dans 77.8% des cas. Le dépistage d'un déficit sensoriel (visuel ou auditif) n'est jamais réalisé en salle de naissance. Selon le CNGOF (2016) : « l'examen neurologique doit être mené avec patience sur un enfant bien éveillé. Il permet d'évaluer l'âge gestationnel et la maturation neurologique » [11]. L'examen neurologique complet et détaillé demande un temps important, une mise de l'enfant dans de bonnes conditions et une concentration importante. L'examen neurologique comporte différentes manœuvres dans leurs réalisation complexes, ce qui pourrait éventuellement être en lien avec la faible réalisation de chacun des items.

Une deuxième évaluation plus complète et rigoureuse est réalisée par le pédiatre lors du séjour en maternité de l'enfant. Le manque de réalisation des différentes manœuvres afin d'évaluer l'état neurologique de l'enfant en SDN, pourrait être relié avec la pratique d'un examen plus complet effectué par un pédiatre expérimenté les jours suivant la naissance.

Certaines manœuvres, comme la recherche du réflexe de Moro qui n'a jamais été recherché par les SF ou ESF, sont perturbantes pour l'enfant, il n'y a donc pas d'utilité de le

réaliser dès la naissance. De plus, il n'est pas nécessaire de pratiquer chacune des manœuvres pour chaque item de l'examen neurologique du nouveau-né en SDN afin de ne pas mobiliser excessivement l'enfant. En revanche, afin d'évaluer l'état général de l'enfant il est utile de vérifier un bon tonus passif, actif ainsi que la présence d'au moins un réflexe archaïque, ce qui a été fait lors de nos observations.

Les examens neurologiques ont globalement été insuffisants, mais sont en relation avec le maintien du bien être néonatal tout en respectant de la sécurité et de la santé de l'enfant, car ils ne représentent pas une urgence vitale pour l'enfant.

L'examen clinique du nouveau-né pratiqué en salle de naissance est une base de référence, il est essentiel de le renouveler ultérieurement et d'en apprécier les évolutions. [10] [11]

Lors de notre étude, nous avons repéré que les examens ne se pratiquaient que partiellement et d'une rapidité excessive. Nous émettons l'hypothèse que cette pratique est en lien avec une facilité d'exécution des gestes suite à l'habitude et l'expérience professionnelle. Les gestes les moins effectués concernaient les gestes les plus complexes à réaliser, c'est à dire ceux nécessitant des gestes plus précis, des manœuvres particulières et globalement demandant une concentration, expérience et dextérité plus importante.

Cela nous mène à nous interroger sur les capacités des sages-femmes. La formation des sages femmes est-elle suffisante ? Les sages femmes se sentent t'elles en capacité d'exercer un examen clinique complet à la naissance ?

c. Qualification du professionnels de santé pratiquant l'examen

La population cible de l'étude comprenait des SF diplômées d'état ainsi que des ESF. Cependant, 32 % des examens cliniques du nouveau-né ont été réalisés par des Auxiliaires de puériculture (AP), notamment lors de très fortes activités en salle de naissance, ce qui a été

retrouvé dans le mémoire S. SEDIRA « examen clinique du nouveau-né en salle de naissance », 2017 [15]. La SF doit veiller à la bonne adaptation à la vie extra utérine de l'enfant en collaboration avec l'AP.

Malgré l'expérience des AP, cette pratique ne fait pas partie de leurs champs des compétences, l'auxiliaire de puériculture agit donc sous la responsabilité d'une sage-femme. Ces examens auraient dû être pratiqués par la sage-femme responsable de l'accouchement [10] [8] [12]. Suite aux résultats de notre étude, nous pouvons nous interroger sur la place des sages femmes ainsi que des auxiliaires de puériculture dans cet examen. Nous nous interrogeons également sur la relation entre la pratique de l'examen par les AP et le contexte global présent en salle de naissance, notamment l'activité intense selon les gardes et l'organisation générale pouvant potentiellement amener à un manque de temps de la pratique de l'examen par les SF, au dépend de leurs collègues AP.

d- Transmissions écrites et propositions

Selon l'ordre des sages-femmes (2010): « la sage-femme pratique l'examen général de l'enfant [...] en renseignant le carnet de santé et/ou les feuilles de soins » [6]. De plus le référentiel national de la HAS stipule « avec traçabilité écrite avant de quitter la salle de naissance » [10].

Lors de nos observations, nous pouvons conclure que les transmissions écrites ont été systématiquement réalisées sur le carnet de santé (perméabilité des choanes, de l'œsophage et perméabilité anale); cependant la recherche d'une atrésie de l'œsophage en passant une sonde d'aspiration ou en effectuant le test à la seringue n'a pas toujours été réalisée. Nous remarquons donc une divergence entre la pratique réelle et les transmissions écrites.

Une mise à jour du carnet de santé en avril 2018, précise de réaliser ce dépistage uniquement si présence d'hydramnios ; qui engendrera des transmissions véridiques sur le carnet de santé.

De plus, les sages-femmes remplissaient systématiquement des transmissions écrites concernant l'examen clinique du nouveau-né dans une grille dédiée (voir ANNEXE V). Cependant, cette feuille n'étant pas complète et largement simplifiée, nous mène à nous interroger sur le lien entre cette feuille de transmission et la proportion de chacun des gestes effectués.

Dans notre étude, nous remarquons que les gestes systématiquement pratiqués sont les mêmes gestes que ceux présents sur la feuille de transmission comme la perméabilité des narines droites et gauches ou la perméabilité anale.

De plus, les gestes étant que faiblement pratiqués lors de l'examen clinique ne sont absolument pas présents sur la feuille de transmission écrite.

Une relation entre la pratique fréquente voire systématique de certain geste et la présence de ces mêmes items sur la feuille de transmission écrite de l'examen clinique du nouveau-né est donc démontrée.

Cependant cette grille n'est pas assez précise, il manque plusieurs items. Il serait donc intéressant de proposer une nouvelle grille de transmissions écrites adaptées. Le détail des gestes réalisés ou non en SDN, ainsi que la présence d'une anomalie, d'un doute à l'examen ou d'un besoin d'une réévaluation sur certains critères pourraient être précisés. Ainsi , nous avons recherché à améliorer la grille préexistante en proposant une nouvelle fiche de transmissions écrites , étant toujours simplifiée (voir **ANNEXE VI : Fiche de transmission écrite de l'accueil et de la prise en charge du nouveau-né**)

Enfin, aucun protocole de l'accueil du nouveau-né sain n'existe actuellement en SDN. Il serait donc intéressant de créer un protocole et de préciser les critères de l'examen clinique à effectuer systématiquement.

3. Validation de l'hypothèse

Les examens cliniques de nouveau-nés en salle de naissance ne sont donc pas complets pour la grande majorité. Cependant les sages femmes pratiquent des items primordiaux permettant de dépister des anomalies vitales afin d'apporter une prise en charge du nouveau-né immédiate à la naissance. Notre hypothèse est donc confirmée.

V. CONCLUSION

Face aux problématiques actuelles de l'absence de recommandation nationale précise et du manque de consensus sur le contenu exact de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance, nous nous sommes interrogés sur la pratique courante des sages-femmes de l'examen clinique du nouveau-né.

Lors de nos observations, nous avons pu constater que les examens cliniques n'étaient pas complets. Cependant les sages femmes effectuaient des gestes suffisants afin d'évaluer l'état général du nouveau-né et de dépister toute anomalie vitale précocement en salle de naissance nécessitant une prise en charge immédiate permettant d'envisager le retour du couple mère-enfant en chambre sereinement. De plus, les examinateurs respectaient globalement le bien être du nouveau-né afin de prodiguer peu de manipulations de l'enfant et le moins de soins invasifs possibles, ce qui permettait de maintenir la sécurité émotionnelle du nouveau-né et de favoriser la rencontre avec ses parents dans de bonnes conditions.

Les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes adaptaient donc cet examen à la salle de naissance.

Seuls deux examens sont pratiqués au cours du séjour en maternité : le premier en salle de naissance par la sage-femme et le second lors de la sortie de l'enfant de la maternité par un pédiatre. Il est donc essentiel qu'un dépistage soit effectué rigoureusement en amont du séjour du nouveau-né en unité mère-enfant.

Lors de notre étude, nous avons démontré que les gestes rarement effectués concernaient ceux demandant le plus d'expérience et de maîtrise. Nous nous interrogeons donc sur le manque d'information, de connaissances et de formation des sages-femmes et des étudiantes sages-femmes dans la pratique de l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance.

Étant donné la problématique actuelle des sorties précoces de la maternité de plus en plus fréquentes, la sage-femme a un rôle primordial dans l'évaluation de l'état du nouveau-né.

L'examen clinique du nouveau-né, dans les deux premières heures de vie est hautement recommandé par la Haute Autorité de Santé et certains réseaux de périnatalité. La place de la sage-femme est donc primordiale dans la pratique de cet examen qui fait entièrement partie de ses compétences professionnelles.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France : évaluation et soins du nouveau-né à terme, 2011, consultable en ligne à l'URL: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item23/site/html/cours.pdf>
- [2] A Hourdin - Guide pratique de clinique périnatale dans le cadre de la normalité -2^{ème} édition- édition Les Etudes hospitalières - collection pratiques professionnelles- 2014
- [3] C Cantin, F Letendre, M-J Martel, I Milette - L'Examen Clinique du Nouveau-né- Broché- 2014
- [4] Université Virtuelle Maïeutique Francophone, Le nouveau-né, prise en charge systématique en salle de naissance et dépistage des principales malformations, 2012, consultable en ligne à l'URL : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/examen_nne/site/html/cours.pdf
- [5] Haute Autorité de Santé, Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, HAS - Service développement de la Certification ,p16, Mars 2014
consultable en ligne à l'URL: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf
- [6] le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-femmes, Référentiel métier et compétences des sages-femmes, consultable en ligne à l'URL: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
- [7] Ameli, le dépistage à la naissance et le suivi à la maternité, 2018
consultable en ligne à l'URL <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveaune/depistage-neonatal-suivi-maternite>
- [8] Collège National des Sages-femmes Les bonnes pratiques à la naissance et dans les deux premières heures de vie, 2011, consultable à l'URL : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/B63D4E28-5056-9C00-41673E8021C5EF40.pdf>
- [9] Service public, Suivi médical de l'enfant, examens médicaux obligatoires, mise à jour janvier 2018
consultable à l'URL : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F967>
- [10] Haute Autorité de Santé, recommandations de bonnes pratiques, « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales », p31, décembre 2017
consultable en ligne à l'URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
- [11] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, Évaluation et soins du nouveau-né à terme, 2016, consultable en ligne à l'URL <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-38.html>
- [12] Organisation Mondiale de Santé, Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles, 2009, disponible en ligne à l'URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43227/9242590843_fre.pdf;jsessionid=62200509C38AE75E3CF2392BE9E25985?sequence=1

- [13] C. NOGUES , L'examen du nouveau-né au premier jour de vie : quelle place pour la sage-femme ? , Mémoire de fin d'étude, étudiante sage-femme, Metz , 2011
- [14] S. SEDIRA : l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance , Mémoire de fin d'étude 2017
- [15] P Stricher , L'accueil du nouveau-né bien portant en salle de naissance , Mémoire de fin d'étude, Lille , 2013
- [16] Arborio A-M, Fournier P.- L'observation directe - édition Armand Colin-2015
- [17] Apgar V. A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant dans Current Researches in Anesthesia and Analgesia
Consultable à l'URL: <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/cpbkkg.pdf>
- [18] Haute Autorité de Santé. Atrésie de l'oesophage. Protocole national de Diagnostic et de Soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
- [19] Réseau naissance Soins du nouveau-né normal, supérieur à 36 SE dans les 2 premières heures de vie , Juin 2017 . consultable en ligne à l'URL : http://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/07/soins_nn_normal_juin2017.pdf
- [20] Arrêté du 18 octobre 1994 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. NOR : SPSS9403285A. Publié au JORF le 28 octobre 1994
- [21] Doray B., Badila-Timbolschi D., Schaefer E., Fattori D., Monga B., Dott B., et al. Epidémiologie des fentes labio-palatines : expérience du Registre de malformations congénitales d'Alsace entre 1995 et 2006
- [22] Haute Autorité de Santé. Luxation congénitale de la hanche , 2013 , fiche mémo disponible en ligne à l'URL : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/B63D4E28-5056-9C00-41673E8021C5EF40.pdf>

ANNEXES I : Grille d'Observation Examen Clinique du Nouveau-né

Grille Observation

N° Anonymat :

Date :

- Qui réalise l'examen ?
- Âge :
- année de diplôme :
- école de formation de la Sage Femme :
- Ancienneté dans le service :
- Formations principales :

- Contexte (*ATCD, grossesse, AVB sontané ou extraction, dystocie ?*)
- Environnement de la Sage Femme (*garde chargée ?*) :
- Examen à quel moment après la naissance ? : *en h de vie du nouveau-né*
- Recours au pédiatre ? :
- Temps réel dédié à l'examen ? :
- Aisance des gestes ?
- (*pdt examen ? avant, après, détails gestes ...*) :
- Transmissions orales / écrites :

		fait	Non fait	Mal Fait	Dépistage anomalie	commentaires
Hygiène de la Sage-Femme	Lavage des mains / GHA					
	Gants					
	Sur blouse					
Environnement	NN calme NN nu					
	Table d'examen adaptée					
	Rampe chauffante activée					
	Lumière adaptée					
	Présence d'un accompagnant à proximité					
	<i>Explications données aux parents ? (détails ?, pdt l'examen ?)</i>					
Examen global / Inspection	Morpho : taille – poids – PC					
	T°C					
	Mouvements spontanés					
	État de la peau (angiomes, lésions...)					
Adaptation à la vie extra utérine (score d'Apgar)	Fréquence cardiaque					
	Réactivité					
	Tonus					
	Respiration					
	Coloration état de la peau (trc, angiomes...)					
	Inspection respiration :					

Examen cardio pulmonaire		fréquence, symétrie, score de silvermann ...					
		Auscultation cardiaque: FC, souffle					
		Palpation pouls fémoraux					
Appareils par appareils	Extrémité céphalique	Crâne : palpation fontanelles / sutures					
		Face : - forme générale <i>symétrie</i> - yeux <i>opacités blanchâtres</i> - cavité buccale → <i>fente labio palatine</i> - nez → perméabilité des choanes					
		Cou					
	Appareil digestif / abdomen	Inspection : volume abdominal					
		Palpation Foie et rate					
		Perméabilité Anus					
		Émission méconium					
		Recherche hernie inguinale					
	Appareil urinaire	Palpation Fosses lombaires : reins , surrénales					
		Miction en jet					
	Appareil génital : OGE	<u>Fille :</u> - Observation rapide - Palpation (petites lèvres, clitoris, orifices urétral et vaginal, distance ano vulvaire)					
		<u>Garçon :</u> - observation rapide - palpation gonades bi manuelle - taille verge, position méat					
	Appareil locomoteur	Intégrité rachis					
		Région sacrée : <i>fossette</i>					
		Palpation Clavicules					
		Hanches, manœuvre Ortolani → <i>LCH</i>					
		Membre sup mains et doigts → <i>plexus brachial</i>					
		Membres inf Pieds et orteils → <i>pbve</i>					
		Souplesse des articulations					
		Symétries des mouvements spontanés					

Examen neurologique	Attitude générale	Vigilance : -Membres sup en flexion -Mvnt membres inf spontanés					
		Cri					
		Réactivité :À la stimulation					
	Tonus Passif	Mbr inf : -retour flexion jambes - ane poplité - angle dorsiflexion					
		Mbr supérieurs -Retour flexion av bras -manœuvre du foulard					
		Tronc : Tonus de l'axe avec flexion antérieure et latérale					
	Tonus Actif	Gesticulation spontanée lors de l'éveil de l'enfant					
		Position allongé / assis <i>Extenseurs, fléchisseurs de la tête</i>					
		Mise debout : extension mbr inf					
	Réflexes archaïques	Succion / déglutition					
		Grasping doigts : stimulation paumes et plantes					
		Points cardinaux , stimulation région péri buccale					
		Réflexe de Moro					
		Marche automatique					
		Allongement croisé des mbr inf : stimulation plante / maintient mbr en extension					
		Poursuite oculaire					
	Score de Valérie Farr	Diagnostic de maturation morphologique					

ANNEXE II : Informations apportées aux Sages-femmes de l'équipe en amont des observations :

A l'attention de tous et toutes les Sages Femmes travaillant à la maternité de Chambéry , et notamment en Salle de Naissance d'Octobre à Décembre 2017 :

Bonjour ,

Je suis Emma BEIGBEDER , étudiante Sage Femme en dernière année.

Dans le cadre de mon Mémoire de fin d'étude ; je vous propose de participer à mon travail de recherche ayant pour objectif un état des lieux de la pratique des Sages-Femmes de Chambéry.

J'effectue une étude concernant « **l'évaluation des pratiques professionnelles des Sages Femmes en Salles de Naissances** » par **observations directes de l'accouchement voie basse et des 2h du Post Partum immédiat** (en ciblant une pratique précise).

Mon recueil de données se déroulera à partir du **10 Juillet 2017**.

Pour cela je rentrerai dans la Salle de naissance en tant qu'observatrice **dès l'installation pour l'accouchement** et resterai pour le post partum immédiat, avec **votre accord** ainsi que le consentement des parents.

Je serai donc présente dans la salle de naissance si vous le souhaitez ; et ne jouerai aucun rôle ni n'influencera la prise en charge du couple mère-enfant.

L'étude sera totalement anonyme. Les informations potentiellement recueillies au cours de cette observation resteront confidentielles.

Le titre précis de mon étude ne peut vous être donné avant les observations pour éviter un biais durant l'étude. Cependant, pour ceux qui le désire et les participants à l'étude je vous ferai parvenir les résultats de mon travail de recherche.

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous pouvez également à tout moment en cours d'étude, arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Merci pour votre éventuelle coopération qui me sera précieuse.

Cordialement,

Emma BEIGBEDER
Étudiante Sage Femme en 5^e année
École de Sages femmes de Grenoble

ANNEXE III : Tableaux détaillés de l'examen clinique pour chaque observation de SF ou ESF5 :

Pour la partie «examen neurologique » nous avons considéré que l'item a été fait si au moins 1 des critères a été réalisé (par exemple 1/6 critères du tonus passif a été réalisé alors tonus passif a été recherché) .

N = Non fait Case vide = élément effectué

Observations n°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Numéro Anonymat		2	3	4	5	6	7	8	10	12	14	17	20	
Qualification de professionnels		SF												
Évaluation de l'état général du NN : cotation du score d'Apgar		Fait (100% des examens)												
Dépistage d'anomalie ou malformations	Auscultation cardiaque : <i>pathologie cardiaque</i>	N	N	N	N		N	N	N	N	N	N	N	
	Palpation Pouls fémoraux : <i>coarctation de l'aorte</i>	N	N	N	N			N	N	N	N	N	N	
	<i>Anomalies du crâne</i>										N			
	Symétrie face : <i>Paralysie faciale</i>	Fait (100%)												
	<i>Anomalie des yeux</i>	N	N	N	N			N			N	N	N	
	<i>Fente labio palatine</i>	Fait (100%)												
	Narines : <i>atrésie des choanes</i>	Fait (100%)												
	Perméabilité Œsophage si FdR : <i>atrésie de l'œsophage</i>	Fait (100%)												
	Palpation Abdominale : <i>anomalie de la paroi abdominale, hépatomégalie , spénomégalie</i>	N		N	N			N	N		N	N	N	
	<i>Malformation ano-rectale et imperforation anale</i>	N												
	<i>Malformation des OGE</i>	N												
	<i>Fracture clavicule</i>	N			N				N			N	N	N
	Membres : <i>paralysie du plexus brachial , membres et extrémité...</i>	Fait (100%)												
	Rachis ET Région sacrée : <i>anomalie lombo sacrée</i>				N					N				N
Dépistage LCH	N		N	N			N	N	N	N	N	N	N	
Examen Neurologique	Attitude générale	Fait (100%)												
	Tonus passif /6 critères	N	Fait 2/6	fait 2/6	N	4/6	3/6	N	N	3/6	N	N	N	
	Tonus actif /3 critères	fait 1/3	Fait 3/3	N	N	2/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	N	
	Réflexes archaïques /7 critères	fait 1/7	fait 3/7	N	N	4/7	4/7	2/4	1/7	3/7	N	N	N	
Nombres d'éléments faits / 20 items (pourcentage)		13	17	13	10	20	18	12	14	17	10	12	10	

N = Non fait


Case vide = élément effectué

Observations n°		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Numéro Anonymat		21	22	24	25	28	30	31	33	34	35	37	38	
Qualification de professionnels							SF		ESF			SF		
Évaluation de l'état général du NN : cotation du score d'Apgar														
Déistage d'anomalie ou malformations	Auscultation cardiaque : <i>pathologie cardiaque</i>	N	N	N	N		N	N	N	N	N	N	N	
	Palpation Pouls fémoraux : <i>coarctation de l'aorte</i>	N	N	N	N		N	N	N				N	
	<i>Anomalies du crâne</i>						N		N					
	Symétrie face : <i>Paralysie faciale</i>												N	
	<i>Anomalie des yeux</i>			N			N		N	N	N			
	Intégrité buccale : <i>Fente labio palatine</i>													
	Narines : <i>atrésie des choanes</i>													
	Perméabilité Œsophage si FdR : <i>atrésie de l'œsophage</i>													
	Palpation Abdominale : <i>anomalie de la paroi abdominale , hépatomégalie , spléno mégalie</i>		N	N	N		N	N	N	N	N	N	N	N
	<i>Malformation ano-rectale et imperforation anale</i>													
	<i>Malformation des OGE</i>													
	<i>Fracture clavicule</i>		N	N	N		N		N	N				N
	Membres : <i>paralysie du plexus brachial , anomalies membres</i>													
	Rachis ET Région sacrée : <i>anomalie lombo sacrée</i>												N	
Dépistage LCH		N	N	N		N	N	N	N	N	N	N	N	
Examen Neurologique	Attitude générale													
	Tonus passif /6 critères	1/6	N	N	N	2/6	N	2/6	N	N	N	2/6	1/6	
	Tonus actif /3 critères	3/3	N	N	N	3/3	N	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	
	Réflexes archaïques /7 critères	3/7	N	N	1/7	3/7	N	1/7	1/7	1/7	3/7	3/7	2/7	
nombre d'éléments faits / 20 items par examen clinique		18	12	11	13	20	10	16	12	14	15	16	14	

N = Non fait Case vide = élément effectué

Observations n°		25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Numéro Anonymat		40	42	44	45	47	48	49	50	51	52	53	55
Qualification de professionnels		ESF		SF			ESF		SF				
Temps par examen (min)													
Évaluation de l'état général du NN : cotation du score d'Apgar		Fait											
Déistage d'anomalie ou malformations	Auscultation cardiaque : <i>pathologie cardiaque</i>	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Palpation Pouls fémoraux : <i>coarctation de l'aorte</i>	N		N	N	N	N	N	N	N	N		N
	Anomalies du crâne	N		N									
	Symétrie face : <i>Paralysie faciale</i>	N			N		N						N
	Anomalie des yeux	N				N	N					N	N
	Intégrité buccale : <i>Fente labio palatine</i>												
	Narines : <i>atrésie des choanes</i>												
	Perméabilité Œsophage si FdR : <i>atrésie de l'œsophage</i>												
	Palpation Abdominale : <i>anomalie de la paroi abdominale, hépatomégalie , spénomégalie</i>	N	N		N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Malformation ano-rectale et imperforation anale	N		N	N				N	N			N
	Malformation des OGE	N											
	Fracture clavicule	N	N	N	N			N					
	Membres : <i>paralysie du plexus brachial , membres et extrémité...</i>												
	Rachis ET Région sacrée : <i>anomalie lombo sacrée</i>	N						N					
Dépistage LCH	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		N	N
Examen Neurologique	Attitude générale	Fait											
	Tonus passif /6 critères	N	3/6	N	N	N		2/6	2/6	1/6	1/6	N	N
	Tonus actif /4 critères	2/3	3/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	2/3	2/3	1/3	1/3
	Réflexes archaïques /7 critères	3/7	4/7	1/7	3/7	2/7	1/7	4/7	3/7	2/7	3/7	1/7	2/7
nombres d'éléments faits / 20 items par examen clinique		8	16	13	12	14	14	15	15	16	17	15	12

ANNEXES IV : Carnet de santé de l'enfant, (mise à jour avril 2018)



NAISSANCE

Période périnatale

Un médecin doit, au cours des huit premiers jours, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le premier certificat de santé obligatoire à cet âge.

M3 Accouchement

Date de naissance :

Heure de naissance :

Lieu de naissance (nom de l'établissement et adresse) :

.....

.....

Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée révolues) :

Présentation : sommet siège autre

Début de travail : spontané déclenché césarienne avant travail

Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement : non oui

Analgesie : aucune générale péridurale rachianesthésie autre

Naissance par : voie basse non instrumentale césarienne programmée
extraction voie basse instrumentale césarienne en urgence

En cas de césarienne, quelle est l'indication ?
Cause maternelle Cause foetale

Couleur du liquide amniotique : clair teinté
méconial autre

Fièvre maternelle : non oui

M4 Examen de l'enfant à la naissance

Poids : g Taille : cm PC : cm

Apgar à 1 minute : Apgar à 5 minutes :

L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ?
non oui

Préciser :

.....

Transfert : non oui

Si oui, lieu du transfert (service et adresse) :

.....

.....

Soins et gestes pratiqués : vitamine K collyre

Perméabilité : des choanes de l'œsophage si hydramnios de l'anus

Autres renseignements :

.....

Nom : Cachet et signature :

Qualification :

M5 Examen clinique

Fréquence cardiaque au repos <input type="text" value="fréquence"/>	Fréquences respiratoires au repos <input type="text" value="fréquence"/>	Fémorales perçues non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Souffle cardiaque non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Hépatomégalie non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Vigilance normale non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Réaction aux stimuli sonores non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Splénomégalie non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Hernie inguinale non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus axial normal non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus des membres normal non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Ictère non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Si oui, taux maximum à J (...) de bilirubine :	Mobilité normale non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Fosses lombaires libres non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Organes génitaux :		Hanche droite normale non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Hanche gauche normale non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
		Pied droit normal non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Pied gauche normal non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Autres anomalies :

M6 Examen ophtalmologique

Globes oculaires de taille normale non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Cornées transparentes non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Pupilles normales non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Lueurs pupillaires présentes non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

Examen fait et certificat établi par le D^r le

M7 Dépistage d'une déficience auditive

Méthode :

Résultat : **normal** **à surveiller**

OD OG

Cachet et signature :

M8 Tests biologiques de dépistage

Dépistage de phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales et hypothyroïdie : non oui

Dépistage de la drépanocytose : non oui

Dépistage de la mucoviscidose :
Consentement des parents recueilli non oui
Test effectué non oui

Autres dépistages (préciser) :

Prélèvements effectués par :
Nom : Qualification :
À : Le :
Signature :

ANNEXE V : Feuille de transmission écrite à la maternité l'Eveillon de Chambéry

Prise en charge du nouveau-né par :
 Pédiatre : SF : et AP :

Mode d'accouchement : VSB Ventouse Forceps Césarienne

Indication :

Poids : g Taille : cm PC : cm AG : SA
 pH artériel : pH veineux :

APGAR	0	1	2	1 min	3 min	5 min
Cœur	absent	< 100	> 100			
Respiration	absente	hypoventilation ou cri faible	bon cri			
Réactivité	pas de réponse	léger mouvement	bonne			
Couleur	bleu ou blanc	corps rose ext. cyanosés	rose			
Tonus	Fiasque	légère flexion	bon			
			TOTAL			

Nouveau-né endormi (tonus et réflexe non chiffrable) : oui ou non

Gestes et inspection :
 Malformations évidentes : oui non
 Si oui lesquelles :

Cordon 2A 1 V : oui non
 Lésions traumatiques : oui non
 Si oui lesquelles :

Allaitement : maternel artificiel
 Peau à peau : oui non
 Proto regard : oui non

Désinfection oculaire : oui non
 Vitamine K : orale injection non
 Passage sonde gastrique : oui non
 Perméabilité œsophagienne : oui non
 Perméabilité narine droite : oui non gauche : oui non
 Perméabilité narine gauche : oui non
 Perméabilité anale : oui non
 Emission d'urines : oui non
 Emission de méconium : oui non
 Autre :

Avis pédiatrique : oui non
 Présent en salle de naissance : non avant la naissance après la naissance

ANNEXE VI : Fiche de transmission écrite actualisée de : « l'accueil et la prise en charge du nouveau-né à terme à la naissance »

Pédiatre : SF : et AP :

Mode d'accouchement : VBS Ventouse Forceps Césarienne

Indication :

Poids : g Taille : cm PC : cm AG : SA

Ph artériel : pH veineux : Cordon 2A1V oui non

APGAR	0	1	2	1min	3 min	5 min
Coeur	absent	< 100	>100			
Respiration	absente	Hypoventilation ou cri faible	Bon cri			
Réactivité	Pas de réponse	Léger mouvement	bonne			
Couleur	Bleu ou blanc	Corps rose ext. cyanosés	rose			
Tonus	Flasque	Légère flexion	bon			
			TOTAL			

Allaitement : maternel artificiel

Peau à peau : oui non

Protoregard : oui non

Premiers soins pratiqués :

Désinfection oculaire : Oui Non

Recommandée uniquement si ATCD ou FR infections sexuellement transmissible

Vitamine K1 : Oui Non

Aspiration : Oui Non

Premier examen réalisé par la SF en SDN :

Malformations évidentes et état cutané Si oui, lesquelles :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lésions traumatiques : Si oui, lesquelles :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen cardio-vasculaire : Auscultation cardiaque : Palpation des pouls fémoraux : Droit Gauche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> souffle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> doute <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> pouls bien perçu <input type="checkbox"/> non perçu <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> pouls bien perçu <input type="checkbox"/> non perçu <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/>
Examen respiratoire : signes de lutte	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Perméabilité œsophagienne :	Ou i <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Passage Sonde <input type="checkbox"/> Test à la seringue <input type="checkbox"/>
<i>Recommandée uniquement sur signes d'appel : hydramnios et Hypersialhorée</i>	
Perméabilité des choanes : Droite Gauche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> test au papier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen buccal : fente labio-palatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen de la région périnéale : OGE Anomalie	féminins <input type="checkbox"/> Masculins <input type="checkbox"/> indéterminés <input type="checkbox"/>
Perméabilité anale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Émission de méconium :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Émission d'urines :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen neurologique :	Tonus : bon <input type="checkbox"/> hypotonie <input type="checkbox"/> hypertonie <input type="checkbox"/> Marche automatique <input type="checkbox"/> Autres manœuvres :

Avis pédiatrique : oui non

Présent en salle de naissance : non avant la naissance après la naissance

RESUME :

Objectifs : Nos objectifs étaient d'effectuer un état des lieux de la pratique des sages-femmes et étudiantes sages-femmes sur l'examen clinique du nouveau-né en salle de naissance ; afin de savoir si les examens pratiqués étaient exhaustifs et de connaître les gestes systématiquement réalisés et ceux rarement effectués. La prise en compte environnementale et la qualification des examinateurs étaient également recherchées. La finalité était d'améliorer la fiche de transmission écrite.

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'un audit de pratique clinique, prospectif, transversal et mono centrique au CHMS de Chambéry. Notre étude descriptive était effectuée par observations directes d'examens cliniques de nouveau-nés à terme, nés par voie basse en Salle de Naissance, pratiqués par des sages-femmes diplômées d'état et des étudiantes sages-femmes en dernière année d'étude.

Résultats : Les examens observés n'étaient pas complets pour 94.4% d'entre eux. Les gestes très fréquemment pratiqués comprenaient la cotation du score d'Apgar et la vérification de l'intégrité : du crâne, de la face, labio-palatine, des narines, périnéal et anal, des membres et du rachis. A contrario les gestes peu réalisés et à améliorer comprenaient les examens cardio-respiratoire, abdominal, locomoteur complet et neurologique détaillé. L'environnement du nouveau-né était globalement respecté mais les informations étaient rarement données aux parents. 36 examens sur 55 étaient pratiqués par les sages-femmes ou étudiantes sages-femmes.

Conclusion : Les examens cliniques des nouveau-nés en salle de naissance ne sont pas complets mais permettent de dépister les anomalies et pathologies d'urgence vitale. Les axes d'amélioration correspondaient à certaines pratiques trop peu réalisées. La feuille de transmissions écrites a été mise à jour.

Mots Clefs : examen clinique, nouveau-né sain et à terme, salle de naissance.

ABSTRACT :

Objectives : Our objectives were to do a check of the midwives practices about the clinical newborn examination in delivery room ; in order to know if the practiced examinations are complete and learn what are the practical gestures always executed and those which are rarely done. Then, we take care also about the context and the qualification of the examiners for the final result. The aim was to improve written transmission record.

Material and methods : It was a clinical audit of practices, prospective, transversal and monocentric in the maternity on the CHMS of Chambéry. Our descriptive study was done by direct observation of graduate midwives and student midwives which practiced the clinical examination of the healthy and full-term newborn infant.

Résultats : 94.4 % of the examinations were not completed. The very frequently practised gestures included the quotation of the Apgar score and the integrity check of : the skull, the face, the « labio-Palatine », the nostrils, the perineal and anal, limbs and spine. However, the less frequent moves done and to improve included the complete and neurological cardio-respiratory, abdominal, locomotive examinations detailed.. The newborn's environment was globally respected but informations were rarely given to the parents. 36 about 55 examinations were practiced by the midwives and students midwives

Conclusion : The clinical examinations of the newborn infant in childbirth room are not complete but allow to detect the anomalies and the vital emergency pathologies. The axes of improvement are practical weakly realized. The written transmissions record is update.

Key words : clinical examination, healthy and full-term newborn infant, delivery room