



HAL
open science

Examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie : quelle place pour la sage-femme?

Christelle Desbats

► To cite this version:

Christelle Desbats. Examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie: quelle place pour la sage-femme?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01945601

HAL Id: dumas-01945601

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945601>

Submitted on 18 Dec 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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE A TERME AU PREMIER
JOUR DE VIE :
QUELLE PLACE POUR LA SAGE-FEMME ?**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Christelle DESBATS

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE A TERME AU
PREMIER JOUR DE VIE :**

QUELLE PLACE POUR LA SAGE-FEMME ?

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

Sous la direction de Madame Karen COSTE

Docteur en pédiatrie

Et

Sous la co-direction de Madame Delphine POUMEYROL

Sage-femme enseignante

PROMOTION 2014-2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Karen COSTE, pour l'intérêt qu'elle a porté à mon sujet ainsi que ses précieux conseils.

Je remercie également ma co-directrice, Madame Delphine POUMEYROL pour son investissement et son aide précieuse.

Je remercie aussi Madame Marie RIQUELME, biostatisticienne, qui m'a apporté quelques précisions pour les parties méthodologiques et résultats.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de ces années.

Enfin, je tiens à saluer ceux qui sont partis bien trop tôt mais qui je sais m'auraient soutenue de tout leur cœur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	4
I. CONTEXTE ACTUEL	5
II. INTÉRÊTS DE L'EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ	9
III. EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE AU PREMIER JOUR DE VIE	12
IV. PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS SA RÉALISATION	18
DEUXIEME PARTIE : ETUDE ET RESULTATS	22
I. METHODES	23
II. RESULTATS	28
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	44
I. LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ETUDE	45
II. SIMILITUDES ET DIFFERENCES RETROUVEES FACE AUX DONNEES ISSUES DE LA LITTERATURE	47
III. PLACE DE LA SAGE-FEMME AUPRES DES NOUVEAU-NES	50
IV. ELEMENTS ACTUELS POUVANT JOUER UN ROLE SUR L'INTERVENTION DE LA SAGE-FEMME AUPRES DES NOUVEAU-NES	54
QUATRIEME PARTIE : PROJETS D'ACTION	58
I. OUVERTURE A UNE AUTRE ETUDE	59
II. CONCERNANT LA FORMATION DES SAGES-FEMMES	59
III. EN PRATIQUE DANS LES MATERNITES	60
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
TABLE DES MATIERES	

INTRODUCTION

Depuis toujours et encore actuellement la sage-femme est au cœur du suivi de la femme enceinte. Elle représente le professionnel de santé référent pour les grossesses, l'accouchement et les suites de couches physiologiques. Elle possède les compétences nécessaires lui permettant d'assurer un suivi global de la mère, du fœtus puis du nouveau-né.

La naissance marque la fin de la vie intra-utérine et le commencement d'une toute autre. Le fœtus devient alors nouveau-né. Comme défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un enfant est considéré comme un nouveau-né du jour de sa naissance jusqu'au 28^{ème} jour après [1]. De plus il sera considéré à terme pour une naissance survenant au-delà de 37 semaines d'aménorrhée.

Les premiers jours sont essentiels et constituent une période dite d'adaptation à la vie extra-utérine avec la mise en place de nombreux systèmes. C'est une phase de grande vulnérabilité et le rôle des professionnels de santé est de s'assurer de son bon déroulement. Une surveillance attentive du nouveau-né en vue de prévenir, dépister et prendre en charge précocement toute anomalie est donc indispensable.

Dans le contexte actuel de diminution des durées de séjour et de multiplicité des examens du nouveau-né en maternité, il est intéressant de se questionner à propos de la place de la sage-femme dans l'accompagnement et le suivi médical du nouveau-né après sa naissance.

Afin de répondre à cette interrogation, l'objectif principal de cette recherche est d'étudier la place laissée à la sage-femme dans la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né à terme au premier jour de vie dans les maternités de type III des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Île-de-France.

Elle comprend également un objectif secondaire qui s'attache à déterminer les freins et les éléments facilitateurs qui influent actuellement sur le rôle de la sage-femme auprès des nouveau-nés à terme. Le but est de comprendre les motivations ainsi que les limites ayant un impact sur les pratiques professionnelles des sages-femmes par rapport à l'examen pédiatrique.

Le travail suivant a été construit autour de quatre parties. Tout d'abord une revue de la littérature permet de faire le point sur le contexte et les connaissances actuelles autour de ce sujet. Les deuxième et troisième partie concernent respectivement la partie méthodologie et résultats d'une part, et la partie discussion d'autre part. Enfin, pour conclure, quelques idées d'amélioration et de projets en rapport avec la pratique de l'examen clinique du nouveau-né à terme par les sages-femmes au premier jour de vie sont proposés.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE

I. CONTEXTE ACTUEL

L'objectif de cette première partie est de mettre en regard le fonctionnement des maternités françaises avec ce qui est préconisé dans les textes de loi.

1. CADRE LÉGISLATIF

Actuellement tous les examens relatifs aux nouveau-nés sont codifiés par des textes de loi précisant la nature ainsi que le but de chacun d'eux. En ce sens, la loi prévoit un seul examen obligatoire dans les huit jours qui suivent la naissance de l'enfant. Le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 précise au sein du chapitre II, section 1, article R.2132-1 que : « Les enfants sont soumis à des examens médicaux obligatoires dont le nombre est fixé à neuf au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance [...]. Ils ont pour objectif la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences [...]. Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé institué par l'article L.2132-1 » [2].

Bien que plus ancien, l'arrêté du 18 octobre 1994 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux apporte quelques précisions en lien avec les examens cliniques réalisés pendant le séjour à la maternité. Plus particulièrement, il précise que l'examen du premier jour de la naissance doit permettre de s'assurer de plusieurs éléments avec d'une part l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, et d'autre part le dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques...). Ce texte spécifie notamment que cet examen peut se cumuler avec l'examen médical obligatoire prévu dans les huit jours suivant la naissance. Ce dernier devant être impérativement réalisé par un pédiatre puisqu'il conduit à l'élaboration du premier certificat médical obligatoire du nouveau-né et aboutit à la sortie de l'enfant [3].

2. EN PRATIQUE DANS LES MATERNITÉS

Parallèlement aux réglementations issues des lois énoncées précédemment, des pratiques hospitalières actuellement appliquées mettent en avant la réalisation de deux ou trois examens cliniques du nouveau-né au cours du séjour en maternité : le premier ayant lieu peu de temps après la naissance, le second se déroulant durant le premier jour de vie et enfin le dernier étant celui de la sortie de l'enfant.

A. EXAMEN CLINIQUE À LA NAISSANCE

Non obligatoire d'après les textes de loi, il est pourtant réalisé systématiquement dans de nombreuses maternités. Il est l'aboutissement de toute une démarche clinique puisqu'il devra être précédé par une anamnèse complète de l'histoire de la grossesse et des antécédents médicaux familiaux et maternels. De plus l'opérateur devra également prendre en compte les données de l'accouchement comme le type de présentation (céphalique ou podalique pouvant influencer sur la survenue de certaines complications comme une luxation de hanche, une fracture de la clavicule), la voie d'accouchement (césarienne ou par les voies naturelles), la présence d'un risque infectieux (durée d'ouverture de l'œuf, couleur physiologique du liquide amniotique). En pratique il est réalisé par la sage-femme ayant pratiqué l'accouchement sauf dans les cas où une pathologie ou une malformation diagnostiquée en anténatal nécessite une prise en charge d'emblée par un pédiatre.

Ce premier examen vise à dépister précocement toute éventuelle anomalie tant physique que comportementale du nouveau-né pouvant entraîner chez ce dernier des difficultés d'adaptation. Pour cela, l'examen clinique doit être méthodique et rigoureux. Il comprend systématiquement une évaluation de l'état du nouveau-né par le calcul du score d'Apgar effectué à une, cinq et dix minutes de vie par l'appréciation de cinq critères : la fréquence cardiaque, les mouvements respiratoires, la coloration, le tonus musculaire, et la réactivité à la stimulation (Annexe I). Il est complété par la vérification à l'aide de plusieurs tests de la perméabilité des choanes (car initialement le nouveau-né ne peut respirer que par le nez), celle de l'œsophage (avec en même temps le contrôle de l'intégrité du palais), et enfin celle de l'anus (par ailleurs, toute émission de méconium

ou d'urine devra être consignée dans le dossier de l'enfant). A noter que ces tests ne sont pas systématiques et sont propres à chaque protocole d'établissement.

Cependant, dernièrement la Haute Autorité de Santé a publié de nouvelles recommandations de bonne pratique : « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales ». Il est précisé que « Tout nouveau-né doit bénéficier après la naissance d'un premier examen réalisé par la sage-femme ayant pour but la vérification de sa bonne adaptation, le dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques, etc.) » [4].

Plus spécifiquement par rapport aux interventions médicales, ce texte recommande :

- De ne plus « procéder systématiquement à l'aspiration de l'oropharynx ni des narines » ;
- Aussi de ne pas « vérifier systématiquement la perméabilité des choanes » ;
- Et enfin « 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 ».

La suite de l'examen se fait par une inspection de tout le corps et une palpation de l'abdomen, du dos et des organes génitaux externes [5].

B. EXAMEN CLINIQUE AU PREMIER JOUR DE VIE

Dans de nombreuses maternités, l'enfant est examiné de manière plus approfondie au cours du premier jour de vie. Là encore, il n'est pas précisé clairement qui est en charge de réaliser cet examen et il est ainsi possible d'en déduire que le pédiatre ou la sage-femme du service soient tous deux en mesure de le faire.

Les objectifs de cet examen sont d'apprécier l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né, de rechercher des signes de pathologies postnatales, de contrôler un élément ayant pu paraître anormal à l'examen précédent et tout simplement d'apprécier la qualité de la relation mère-enfant [6]. C'est pourquoi il doit être effectué en présence des parents

ou de l'un des deux dans le cas contraire. C'est un moment privilégié d'échange entre le professionnel de santé et les parents. Des informations diverses sur l'alimentation, le sommeil, le développement ou encore les vaccinations peuvent être transmises pendant cette entrevue.

Il s'agit pour l'enfant d'un examen morphologique mais aussi neurologique. Comme à chaque fois, il est précédé d'un temps d'interrogatoire afin de recueillir des informations quant au déroulement de la grossesse, de l'accouchement ainsi que du comportement du nouveau-né depuis sa naissance (sommeil, alimentation, élimination, éveil). Le pédiatre ou la sage-femme va prendre le temps d'observer l'enfant, voir sa coloration générale, son éveil, ses mouvements. L'inspection est un temps important de l'examen. La suite logique va être d'apprécier le nouveau-né dans son ensemble, appareil par appareil (cardio-vasculaire, pulmonaire, digestif, locomoteur, et uro-génital) [5]. Ceci étant fait, il faut aussi juger de la maturation neurologique de l'enfant en testant ses tonus passif et actif à l'aide de différentes manœuvres bien codifiées.

C. EXAMEN CLINIQUE DE SORTIE

Ce dernier examen, ayant lieu vers le troisième ou quatrième jour de vie l'enfant dans la majeure partie des cas va permettre de conclure le séjour en maternité avec l'établissement du certificat médical du huitième jour, le remplissage du carnet de santé ainsi que la rédaction de diverses prescriptions médicales. Cet examen ne peut être effectué que par un médecin ou par le pédiatre du service. En plus de ces différentes tâches, il faut s'assurer que le test de dépistage néonatal sanguin a été effectué ainsi que le dépistage néonatal de surdité maintenant obligatoire dans toutes les maternités [5, 6].

D'un point de vue clinique, l'examen reste le même que celui pratiqué lors du premier jour de vie. Les objectifs étant comparables à ceux des précédents tout en reprenant les différents éléments qui ont pu survenir pendant le séjour afin de garantir la sortie d'un enfant en bonne santé.

II. INTÉRÊTS DE L'EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ

La naissance constitue une étape fondamentale à l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. En effet, plusieurs mécanismes vont survenir et permettre à l'enfant de s'adapter à de nouvelles conditions de vie. C'est une période de grande vulnérabilité qui nécessite de la part du corps professionnel une surveillance rigoureuse afin de s'assurer de son bon déroulement.

1. L'ADAPTATION À LA VIE EXTRA-UTÉRINE

Dans la littérature, quatre grands phénomènes sont décrits comme étant à l'origine de l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né : des phénomènes respiratoires, circulatoires, de thermorégulation et de régulation glycémique [7].

Les premiers mouvements respiratoires du nouveau-né vont provoquer les premiers cris et donc la pénétration de l'air dans les alvéoles. C'est principalement cette expansion qui va mettre en route la circulation pulmonaire fonctionnelle. A cela se rajoute l'action tensioactive du surfactant permettant de maintenir les alvéoles ouvertes même pendant l'expiration.

L'établissement de la respiration est à l'origine de plusieurs modifications circulatoires. La circulation sanguine fœtale est composée de deux shunts permettant le passage du sang oxygéné vers les organes. Il s'agit du foramen ovale et du canal artériel. A la naissance, il y a une inversion des pressions hémodynamiques par l'arrêt de la circulation placentaire et l'ouverture du lit vasculaire pulmonaire ce qui entraîne la fermeture des deux shunts et donc la séparation des circulations systémique et pulmonaire.

En outre, au moment de la naissance, le nouveau-né passe d'un milieu à une température constante de trente-sept degrés à un environnement tournant généralement autour des vingt degrés. Le principal risque est donc l'hypothermie puisque le nouveau-né perd très rapidement de la chaleur et ce par des mécanismes de conduction, de convection, de radiation et d'évaporation. La thermorégulation n'étant pas encore

complètement fonctionnelle à la naissance, il est donc essentiel d'aider le nouveau-né à conserver sa température.

Afin de maintenir une glycémie efficace, le nouveau-né va devoir mettre en place sa propre glycolyse hépatique et mettre aussi à profit les réserves qu'il a pu faire pendant la grossesse. Pour cela il puisera dans ses tissus adipeux et musculaires pour récupérer les éléments nécessaires à la synthèse du glycogène. Il est donc important d'alimenter rapidement le nouveau-né pour l'aider à mettre en marche tous ses systèmes sans trop s'épuiser [7, 8].

2. EVALUATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

L'évaluation de l'âge gestationnel d'un nouveau-né passe par un examen clinique morphologique et neurologique rigoureux. A l'issue de ce dernier, l'examineur pourra se positionner par rapport à différents critères pour évaluer un âge, reflet de la clinique, indépendamment du terme de l'accouchement. Pour cela, le nouveau-né est tout d'abord classé en fonction de sa maturité et de sa trophicité. Dans le premier cas, il sera considéré à terme si la naissance survient entre trente-sept et quarante-deux semaines d'aménorrhées. Avant on parlera de prématuré et après de post-mature. Dans le second cas, un enfant sera dit eutrophe pour un poids se situant entre le troisième et le quatre-vingt-dix-septième percentile pour l'âge gestationnel. Cette évaluation est capitale car les risques encourus et la prise en charge sont différents pour chaque catégorie.

A cela se rajoutent des éléments de l'examen clinique. Dans un premier temps l'examen neurologique et, en particulier, l'évaluation du tonus des membres, du tronc et du cou (critères neurologiques de Claudine AMIEL-TISON). Puis dans un second temps, l'aspect de l'enfant par l'évaluation des critères de FARR avec (Annexe II) : l'aspect de la peau, des cheveux, du lanugo, des plis plantaires, des mamelons, des organes génitaux externes et l'élasticité du pavillon de l'oreille. Ces critères ne sont pas modifiés en cas d'hypotrophie fœtale et permettent de diagnostiquer la pré- ou post-maturité [9].

3. DÉCOMPENSATION DE CERTAINES PATHOLOGIES DANS LES PREMIERS JOURS DE VIE

La période néonatale s'étend de la naissance jusqu'au vingt-huitième jour de vie. Elle correspond à une période d'adaptation à la vie extra-utérine pour le nouveau-né. Il s'agit d'une phase de grande vulnérabilité notamment pendant les premiers jours suivant la naissance. De ce fait, une surveillance rapprochée du nouveau-né pendant ce laps de temps semble nécessaire afin de ne pas causer un retard de diagnostic et de prise en charge en cas de décompensation.

Une première catégorie de complications néonatales concerne les pathologies métaboliques parmi lesquelles se trouvent l'ictère, l'hypoglycémie, l'hypocalcémie ou encore les troubles de la thermorégulation. Chacune d'elle pouvant être à l'origine de troubles et de séquelles neurologiques importantes en cas de retard dans la prise en charge.

Une autre catégorie concerne les infections néonatales précoces. De nos jours, la grande majorité des infections sont dues au streptocoque du groupe B. Les enfants à risque surtout, mais les autres aussi, doivent donc bénéficier d'une surveillance rigoureuse afin de repérer les premiers signes d'infections au plus vite. Là encore, les conséquences de l'infection peuvent être sévères.

Certaines cardiopathies sont révélées en postnatal une fois que les phénomènes de compensation sont dépassés. Elles sont dépistées par une auscultation cardiopulmonaire anormale mettant en avant des troubles du rythme, un souffle, une anomalie des poulx, des troubles hémodynamiques associés à un comportement anormal du nouveau-né. Les cardiopathies les plus couramment retrouvées sont la coarctation de l'aorte, la communication intra-auriculaire, la communication intra-ventriculaire et le canal artériel persistant.

Le nouveau-né peut également développer une détresse respiratoire notamment en cas d'infection. L'enfant présentera alors un geignement plus ou moins associé à des signes de lutte pouvant amener à le transférer et le mettre sous assistance.

Le nouveau-né est aussi susceptible de rencontrer des difficultés alimentaires et digestives pouvant induire une dénutrition et/ou une déshydratation. Parmi ces problèmes

il peut y avoir des reflux gastro-œsophagiens, des vomissements et des troubles du transit (exemple du retard d'émission du méconium) [6, 10, 11].

La majorité de ces pathologies sont bénignes mais peuvent révéler une anomalie sous-jacente qu'il faudra prendre en charge.

III. EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE AU PREMIER JOUR DE VIE

Après avoir exposé les différents examens couramment perpétrés en maternité et montré leur légitimité, il semble judicieux de s'intéresser plus particulièrement à celui réalisé lors du premier jour de vie.

1. EN PRATIQUE, SA RÉALISATION

Bien plus complet que celui réalisé en salle de naissance, cet examen va permettre d'apprécier l'enfant tant sur le plan physique que neurologique.

A. EXAMEN PHYSIQUE ET MORPHOLOGIQUE

Initialement il doit comprendre une observation attentive de l'aspect général du nouveau-né. Elle se fait sur un nouveau-né totalement nu, avant toute mobilisation évitant ainsi agitation et cris. Généralement l'enfant est en quadriflexion. La gesticulation spontanée de ce dernier est riche, symétrique et les mouvements sont harmonieux. Le cri est clair et vigoureux. Le nouveau-né normal est vigilant, actif, tonique, capable d'interactions visuelles et auditives. Dans le même temps le praticien en profite pour examiner la coloration de l'enfant. La peau du nouveau-né est habituellement rosée.

Ensuite, les examens cardiovasculaire et respiratoire sont réalisés à l'aide d'une auscultation rigoureuse. A noter que l'observation de la coloration faite juste avant est un bon élément d'appréciation du fonctionnement cardio-vasculaire. Il est important de

garder en mémoire que le rythme cardiaque d'un nouveau-né est rapide puisque l'amplitude peut aller de cent-vingt à cent-soixante battements par minutes. L'auscultation cardiaque doit rechercher la présence d'un souffle, d'un galop, d'une anomalie de rythme à type d'arythmie, de bradycardie ou de tachycardie. La palpation des pouls périphériques doit être systématique avec notamment celle des pouls fémoraux. La respiration quant à elle doit être régulière, de type abdominal avec quarante à soixante mouvements par minute. Le murmure vésiculaire est audible des deux côtés. Si besoin, on notera l'existence éventuelle de signes de lutte cotés par le score de Silverman : geignement, tirage intercostal, balancement thoraco-abdominal, entonnoir xiphoïdien et battement des ailes du nez.

L'examen morphologique se fait ensuite généralement de la tête aux pieds afin de ne pas oublier une partie. Une palpation du crâne à la recherche des sutures et des fontanelles est pratiquée. Ces dernières sont normalement souples, ni déprimées ni bombées. Puis, on contrôle la symétrie des différents éléments du visage (position des yeux et des oreilles). Enfin une palpation du cou est faite. Dans le cadre d'un dépistage précoce des handicaps sensoriels, il est réalisé en maternité un examen soigneux de la vue et de l'audition. Ceci passant par l'appréciation des réactions de l'enfant à des stimuli à la fois visuels et auditifs. Le dépistage auditif est devenu obligatoire depuis l'arrêté du 23 avril 2012 avec la mise en place des otoémissions acoustiques provoquées ou des potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral [12].

Toujours en descendant, il convient d'observer et de palper le thorax et l'abdomen du nouveau-né. Il peut exister une tuméfaction des seins pouvant atteindre la dimension d'une noix et dont la pression fait sourdre un liquide laiteux. Cette tuméfaction mammaire n'étant que le reflet de l'action des hormones maternelles. Elle disparaît en quelques jours. L'abdomen quant à lui est volontiers météorisé mais souple. A la palpation, le foie peut déborder le rebord costal de un à deux centimètres mais la rate quant à elle n'est pas palpable. Les reins eux peuvent être accessibles à la palpation surtout à gauche. Le cordon doit également être observé et des conseils d'hygiène peuvent être transmis à ce moment aux parents.

En retournant le nouveau-né, le praticien apprécie le déroulé de la colonne vertébrale et note l'absence d'anomalie au niveau de la fossette coccygienne. Cette dernière étant une dépression physiologique présente à la base de la colonne.

L'examen du périnée doit également être complet (régions génitale et anale) et ne doit pas être oublié. Chez la fille la vulve est œdématiée les premiers jours, les grandes lèvres sont peu développées, le clitoris et les petites lèvres apparaissent plus saillants. Chez le garçon, on examinera la verge, la position des testicules, l'aspect du scrotum. De plus il est impératif de ne pas oublier le dépistage d'une éventuelle imperforation anale. Afin de compléter cet examen, l'interrogatoire est capital pour recueillir des informations sur l'élimination des urines et du méconium.

Concernant l'appareil locomoteur, la recherche d'une luxation de hanches doit être systématique à l'aide des manœuvres d'Ortolani et/ou de Barlow. Des anomalies de position des pieds sont fréquemment notées et nécessitent de s'y intéresser. Lorsqu'elles sont positionnelles, elles régressent généralement en quelques jours mais parfois elles peuvent nécessiter un suivi par un kinésithérapeute. Un examen des extrémités est fait également [5, 9, 13].

B. EXAMEN NEUROLOGIQUE

Ce dernier est fondamental et renseigne sur l'âge gestationnel de l'enfant. Il commence par l'observation de la motilité spontanée de l'enfant qui doit être riche et symétrique. L'enfant fléchit les membres, décolle les racines, présente des mouvements fins. Ensuite, en utilisant différentes manœuvres l'examineur va pouvoir juger du tonus et des réflexes de l'enfant (Annexe III).

Il existe un tonus dit actif dont dépend la mobilité et surtout les grandes réactions motrices de redressement. Afin de le tester le praticien contrôle le redressement de la tête avec la manœuvre du tiré-assis permettant ainsi d'apprécier les fléchisseurs et les extenseurs du cou. D'autre part, il évalue aussi le redressement global de l'axe corporel suite à la mise en appui sur le plan du lit de l'enfant tenu en position debout.

A l'inverse du précédent, il est décrit un tonus passif. Celui-ci s'apprécie pour beaucoup par l'étude de certains angles. Dans la littérature, les suivants sont fréquemment cités : l'angle talon-oreille, l'angle poplité et celui de dorsiflexion du pied. Parallèlement, il se pratique le signe du foulard. Cette manœuvre consistant à amener une main vers l'épaule controlatérale et à noter l'amplitude du mouvement obtenu.

Enfin, il est intéressant d'observer et de tester les réflexes archaïques du nouveau-né. On trouve parmi ces derniers le réflexe de Moro. Il est provoqué par toute action produisant une rapide extension de la nuque. Les membres supérieurs de l'enfant se mettent d'abord en abduction (bras en croix), les mains s'ouvrent puis les membres se rapprochent (embrassement). Le mouvement recherché doit être symétrique pour être considéré comme normal. Un autre test consiste à maintenir une jambe en extension et venir stimuler la plante de pied de cette jambe. Au niveau du membre resté libre, on constate une flexion puis une extension amenant le pied libre à la rencontre du pied stimulé. Il s'agit du réflexe d'allongement croisé. Souvent exécuté, le réflexe de la marche automatique est très apprécié par les parents. Soutenu debout et incliné en avant avec les pieds touchant la table, le nouveau-né répond par une alternance de flexions et d'extensions des membres inférieurs mimant la marche. D'autre part, il y a aussi le réflexe de succion, celui des points cardinaux (une stimulation douce péribuccale entraîne une ouverture et une rotation de la bouche et de la tête du côté de l'excitation) et d'agrippement (une stimulation de la plante des pieds ou de la paume des mains entraînent un agrippement) [5, 9, 13].

2. L'EXAMEN, UN OUTIL DE DÉPISTAGE DES MALFORMATIONS

Afin de dépister une anomalie latente, l'examen doit être complet et réalisé de manière rigoureuse. Il est essentiel d'avoir en tête la morphologie normale d'un nouveau-né pour être capable de mettre facilement en évidence une anomalie.

L'examen du crâne peut révéler transitoirement des anomalies dues à la naissance. Fréquemment il est possible d'observer une bosse sérosanguine. Il s'agit en fait d'une collection sous-cutanée, molle, mal limitée, chevauchant les sutures et se résorbant rapidement. Une dépression ou un bombement des fontanelles peut signifier une

déshydratation ou une infection latente et doit amener le praticien à faire des examens complémentaires.

L'examen de la face et du cou renseigne quant à lui sur différentes pathologies. En effet, la présence d'une dysmorphie doit faire penser par exemple à une trisomie 21 (dans laquelle se retrouve classiquement un profil dit « aplati », un cou court, des yeux bridés), ou un syndrome de Pierre Robin (avec la présence d'un rétrognatisme). L'inspection de la bouche permet de dépister des fentes oro-faciales (labiales et/ou palatines, ou nasales) ou une brièveté du frein de la langue pouvant entraîner des difficultés alimentaires.

En s'intéressant à l'abdomen, plusieurs éléments doivent retenir l'attention de l'examineur. Une masse arrondie près du nombril de l'enfant fait penser à une hernie ombilicale. Toutefois cette dernière ne justifie pas forcément d'intervention immédiate. Bien plus grave, des anomalies de fermeture de la paroi abdominale antérieure peuvent être rencontrées avec principalement l'omphalocèle, le laparoschisis ou encore l'extrophie vésicale. Plus fréquente et moins grave, une tuméfaction intermittente, impulsive aux pleurs, réductible et indolore est parfois visible au niveau de l'aîne. Il s'agit alors d'une hernie inguinale. Son contenu est habituellement intestinal, sauf chez la fille où elle correspond le plus souvent à une hernie de l'ovaire. Un peu plus bas encore, la marge anale (aspect, position de l'anus) doit être soigneusement examinée pour éliminer une malformation anorectale.

Viennent ensuite les anomalies des organes génitaux externes. Leur examen attentif vérifie l'absence d'ambiguïté sexuelle. Parfois il est difficile de savoir si le bébé est du sexe masculin ou féminin devant un micropénis ou une hypertrophie clitoridienne. Chez le garçon, on vérifie que les testicules sont palpés dans les bourses. Des testicules non palpables définissent la cryptorchidie. Une tuméfaction scrotale connue sous le nom d'hydrocèle est fréquente et non pathologique. Elle régresse spontanément dans la majorité des cas. Il faut aussi vérifier l'abouchement correct de l'urètre. Chez la fille, l'inspection vérifie la présence de l'orifice vaginal et la perméabilité de l'hymen. Des leucorrhées et des métrorragies sont possibles en raison de la crise génitale.

En retournant l'enfant, le rachis doit être palpé sur toute sa hauteur à la recherche d'une anomalie cutanée et/ou osseuse. La partie inférieure de la colonne vertébrale et de la moelle épinière peut être déformée. Les os de la colonne ne se sont pas bien joints sur

la ligne médiane et le tissu de la moelle épinière peut être exposé à l'extérieur. On parle alors de spina bifida. Cette anomalie de fermeture du tube neural doit être suspectée devant la présence dans la région lombo-sacrée d'une touffe de poils, d'une fossette sacro-coccygienne profonde ou encore d'une déviation du sillon inter-fessier. Toutes ces anomalies superficielles peuvent orienter vers des malformations de type spina bifida par exemple et doivent conduire à des explorations.

Enfin, au niveau des membres, plusieurs éléments sont remarquables. Tout d'abord on peut parler de la paralysie du plexus brachial. Il ne s'agit pas d'une malformation congénitale mais d'une lésion survenue lors de l'accouchement. La cause la plus fréquente est la dystocie des épaules, où l'épaule du bébé est coincée dans le canal génital. L'étirement des nerfs du plexus brachial provoqué à ce moment entre le cou et le bras, donne lieu à une paralysie plus ou moins complète et réversible du bras. Plus souvent, des déficiences au niveau des extrémités sont retrouvées. Il s'agit surtout d'anomalies structurelles. Les plus courantes sont la polydactylie (doigts ou orteils surnuméraires), la syndactylie (accolement des doigts ou orteils entre eux) ou encore des aplasies. Parfois il y a aussi des anomalies réductionnelles avec des membres plus courts que d'autres. L'examen des hanches doit être soigneux à la recherche de signes évoquant une dysplasie : limitation et asymétrie de l'abduction des cuisses, asymétrie des plis fessiers, mise en évidence d'une instabilité de hanche par les manœuvres de Barlow et/ou d'Ortolani. Si elle est non diagnostiquée, il en résulte un boitement, une déficience permanente dans la marche. Les malpositions des pieds, fréquentes et bénignes, sont des déformations simples, réductibles (pathologie posturale secondaire aux contraintes utérines), comme les pieds varus ou la clinodactylie (chevauchement des orteils). Il faut savoir les distinguer des déformations rigides (non réductibles), malformatives, comme les pieds bots varus équins [13–15].

Tout cela reflète l'intérêt de la réalisation de cet examen puisqu'il peut permettre de mettre en lumière des anomalies qui pour la plupart peuvent être prises en charge.

IV. PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS SA RÉALISATION

Depuis toujours et encore actuellement la sage-femme est au cœur du suivi de la femme enceinte. Elle représente le professionnel de santé référent pour les grossesses physiologiques. Toutefois, dans le but d'assurer un suivi global de la mère, du fœtus puis du nouveau-né, il est intéressant de se questionner à propos de la place de la sage-femme dans l'accompagnement et le suivi médical de l'enfant après sa naissance tant en France qu'à l'étranger.

1. DROITS DE LA SAGE-FEMME

Comme décrit précédemment, le nouveau-né peut être examiné à plusieurs reprises au cours de son séjour en maternité. A l'exception de celui de la sortie, aucun texte de loi ne précise clairement quel professionnel de santé doit exécuter les autres. L'étude précise du code de déontologie de la profession de sage-femme permet de mettre en lumière différents éléments.

Au sein de ce dernier, un article en particulier expose clairement la place de la sage-femme par rapport aux nouveau-nés. Dans la première partie, dédiée aux compétences de la sage-femme, l'article R.4127-318 du code de la santé publique précise que pour « l'exercice des compétences qui lui sont dévolues, la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, [...] concernant notamment le nouveau-né ». De plus, toujours au sein de ce même article, Il est spécifié que la sage-femme est « notamment autorisée à pratiquer [...] le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né » [16].

Les textes de loi encadrant la profession de sage-femme les autorisent à pratiquer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie dans les limites de leurs compétences.

2. COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME

Depuis quelques années, la profession de sage-femme en France a vu ses missions s'élargir, dans le cadre d'une meilleure réponse aux besoins actuels de santé de la mère et de l'enfant. Il est alors parfois difficile de connaître précisément les rôles de la sage-femme. Afin d'apporter quelques éclairages, le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) s'est concerté avec le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes pour établir un référentiel métier et compétences des sages-femmes. Il a pour but de mettre en lumière sur plusieurs situations types les compétences qui leurs sont dévolues face à ces différents cas.

Au cours de la lecture de ce document, il apparaît une section entièrement consacrée au suivi mère-enfant dans les suites de couches et jusqu'à la visite post-natale. Le but étant ainsi de présenter les actions réalisables par la sage-femme dans ce contexte avec pour objectifs une prise en charge dans la continuité du couple mère-enfant et la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé.

La sage-femme est alors capable de réaliser un diagnostic. Pour cela initialement elle doit veiller à accueillir la mère et l'enfant dans de bonnes conditions. C'est à dire en fonction du rythme de l'enfant et en s'assurant que ce dernier est en état d'éveil calme avant d'entamer son examen. L'anamnèse permet de recueillir des informations par rapport aux antécédents familiaux et maternels, au déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Puis vient le temps de l'examen clinique de l'enfant. Tout cela devant être par la suite consigné dans le carnet de santé de l'enfant et/ou sur les feuilles de soins. Toutefois, ce texte mentionne que devant toute situation pathologique ou anomalie la sage-femme doit adresser l'enfant vers un médecin. La sage-femme a un rôle de dépistage et de diagnostic de la pathologie en se basant sur ses connaissances de la physiologie [17].

3. FORMATION INITIALE À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes présenté précédemment stipule aussi qu'il est nécessaire d'avoir acquis des connaissances dans le domaine de la pédiatrie aux moyens d'enseignements théoriques et de stages. Les savoir-faire à acquérir sont par exemple « La surveillance et la prise en charge des accouchées et du nouveau-né à terme ou prématuré » en étant capable notamment dans le post-partum « De réaliser l'examen pédiatrique » [17].

De ce fait les étudiants sages-femmes reçoivent un enseignement pédiatrique au cours de leur formation initiale. L'arrêté du 11 décembre 2001 fixe le programme des études de sages-femmes. Ce dernier précise différents objectifs de référence : « Pratiquer l'examen clinique des nouveau-nés normaux » (formation clinique minimale demandée : 100 examens), « Assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant en favorisant le lien mère-enfant », « Surveiller et donner des soins aux nouveau-nés ».

Les études de sages-femmes se présentent en deux cycles avec un premier orienté vers la connaissance de la physiologie du nouveau-né tandis que le second s'oriente vers la pathologie, son dépistage et sa prise en charge. Tout au long de la formation, les connaissances théoriques et cliniques sont mises en pratique lors d'évaluations [18].

4. EXEMPLE DE PRATIQUE AU ROYAUME-UNI

Depuis quelques années déjà, une réflexion est en cours et de nombreuses études ont été publiées sur ce sujet. Le questionnement à l'initiative de ces démarches est de déterminer si une sage-femme est en mesure de réaliser correctement l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie ?

Tout d'abord, il semble intéressant de présenter le vécu des sages-femmes anglaises par rapport à l'extension de leur compétence avec l'examen du nouveau-né. Pour cela, des études qualitatives ont été menées auprès de sages-femmes afin de connaître leurs points de vues. Différents éléments plus ou moins favorables en ressortent. Certaines sages-femmes témoignent qu'avec cet examen elles accèdent à une meilleure continuité des soins envers le couple mère-enfant. De plus avoir en charge l'examen du nouveau-né renforce leur position en tant que professionnel autonome et améliore leurs connaissances sur le développement et la physiologie du nouveau-né. A contrario, pour d'autres sages-femmes il en ressort une charge de travail en plus, des responsabilités plus importantes avec notamment la peur de passer à côté d'une anomalie [19, 20]. Ceci témoigne que même au sein de la profession il existe des divergences d'opinions et que mettre en place une conduite à tenir unique pourrait engendrer des mécontentements.

D'autres études anglaises se sont focalisées sur le côté pratique de l'examen. C'est à dire que les auteurs ont cherché à savoir si la sage-femme était en mesure de le réaliser

correctement. Les résultats ont révélé que dans la réalisation de ces examens sur des nouveau-nés il n'existait pas de différence significative entre celui fait par un médecin et celui réalisé par une sage-femme. Pour cela, plusieurs professionnels ont été filmés pendant qu'ils réalisaient leurs examens afin de pouvoir comparer par la suite les actes et les informations délivrées aux parents tout au long de l'examen. Les auteurs précisent que si besoin des formations supplémentaires pouvaient être proposées aux sages-femmes dans le but d'aiguiser leurs connaissances [21–23].

De telles études n'ont pas été retrouvées en France mais les conclusions anglaises peuvent amener les mentalités ainsi que les pratiques françaises à évoluer. En effet, au vu de ces différents résultats, il semble justifiable de se questionner sur la place des sages-femmes françaises par rapport au suivi clinique des nouveau-nés pendant le séjour en maternité et même au-delà en raison notamment du fort développement de la profession libérale. Les sages-femmes sont de plus en plus amenées à examiner les nouveau-nés dans le cadre des visites post-natales proposées afin d'assurer un suivi mère-enfant au sortir de la maternité.

DEUXIEME PARTIE :
ETUDE ET RESULTATS

I. METHODES

1. L'ETUDE ET SES OBJECTIFS

A. TYPE, DUREE ET LIEU DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée sur la base de deux volets afin de répondre au mieux à chacun des objectifs fixés.

Tout d'abord une première partie à visée descriptive (volet 1) puis une seconde à visée étiologique (volet 2). Pour cela, une étude quantitative observationnelle de type transversale a été menée.

L'étude s'est déroulée sur une période de deux mois allant du 15 juillet 2017 au 15 octobre 2017.

Le terrain de cette recherche s'est concentré sur plusieurs maternités de type III de deux régions françaises. Les maternités initialement retenues étaient réparties sur le territoire de la manière suivante :

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes :

- Puy de dôme : 1 maternité
- Rhône : 2 maternités ;
- Savoie : 1 maternité ;
- Isère : 1 maternité ;
- Loire : 1 maternité.

Dans la région Île-de-France :

- Paris : 4 maternités ;
- Seine et Marne : 1 maternité ;
- Yvelines : 1 maternité ;
- Hauts de seine : 2 maternités ;
- Seine Saint Denis : 2 maternités ;
- Val de Marne : 2 maternités ;
- Val d'Oise : 2 maternités.

B. LES OBJECTIFS

L'objectif principal était d'étudier la place laissée à la sage-femme dans la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né à terme au premier jour de vie dans les maternités de type III des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Île-de-France (volet 1).

L'objectif secondaire s'attachait à déterminer les freins et les éléments facilitateurs qui influent sur le rôle de la sage-femme auprès des nouveau-nés à terme. Ici le but était de comprendre les motivations ainsi que les limites ayant un impact sur les pratiques professionnelles des sages-femmes par rapport à l'examen pédiatrique (volet 2).

2. METHODE

A. POPULATION

a. LA POPULATION DE L'ETUDE

La population de l'étude se concentrait exclusivement sur des sages-femmes travaillant en suites de couches dans des maternités de types III des deux régions sélectionnées.

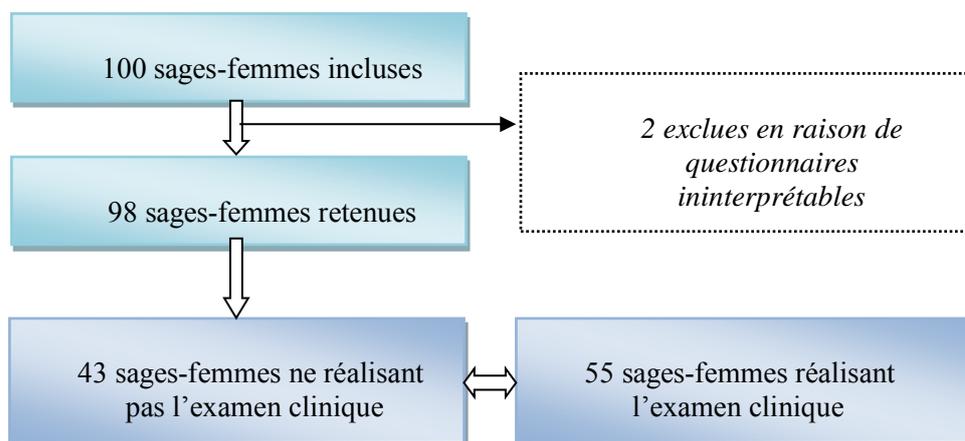
b. LES CRITERES D'INCLUSION

Afin de pouvoir faire partie de l'étude, les maternités préalablement choisies devaient être de type III. C'est-à-dire des maternités disposant, en plus des unités d'obstétrique et de néonatalogie, d'une unité de réanimation néonatale permettant d'assurer la prise en charge des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

En ce qui concerne les personnes invitées à répondre au questionnaire, le seul critère d'inclusion était de travailler en tant que sage-femme dans une des maternités de type III sélectionnées. Aucune limite d'âge ou d'ancienneté dans l'établissement n'avaient été retenues.

c. DIAGRAMME DE FLUX

Le diagramme de flux suivant permet de comprendre l'inclusion des participantes et leur répartition au sein de l'étude :



B. METHODOLOGIE

a. LE RECUEIL DES DONNEES

i. LES CRITERES EVALUES

Le critère principal évalué était de déterminer quel professionnel de santé pratiquait l'examen clinique du nouveau-né à terme au premier jour de vie. Ceci en accord avec l'objectif principal de cette étude.

Les autres critères permettaient de répondre à l'objectif secondaire et se répartissaient entre des questions fermées pour comprendre les pratiques actuelles, et des questions ouvertes permettant une plus grande liberté d'expression des répondants.

ii. LE MODE DE RECUEIL DES DONNEES ET LE CIRCUIT DES DONNEES

Le recueil des données a été fait à partir d'un questionnaire (Annexe IV) qui a été validé par le service responsable en recherche au sein du centre hospitalier universitaire référent pour l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand.

Utilisant les outils mis à notre disposition par l'hôpital, l'application Web REDCap, a été utilisée. Elle permet la construction et la gestion des bases de données et de questionnaires sécurisés et accessibles sur l'Internet.

Après obtention des autorisations pour réaliser l'étude (Annexe V), un lien internet menant au questionnaire était envoyé aux sages-femmes coordinatrices des différentes maternités pour que ces dernières le transmettent à leurs équipes.

Plus tard au cours de l'étude, en raison d'un défaut de participation de certaines maternités, et pour perdre le moins d'information possible, toutes les sages-femmes coordinatrices des maternités de type III initialement sélectionnées ont été recontactées soit par mail soit par téléphone en fonction de leur disponibilité afin de répondre à trois questions nécessaires pour compléter cette étude (Annexe VI).

iii. LE CODAGE DES DONNEES

Pour les questions fermées, un codage numérique a été réalisé sur Excel pour simplifier la lecture et l'analyse des données. Les variables ont été recodées pour obtenir des variables numériques discrètes.

C'est-à-dire que pour chacune des propositions de réponse d'une question, un chiffre était attribué. Le codage était équivalent au nombre de possibilité (par exemple si une question comportait trois choix, la réponse se codait par 1, 2 ou 3). Ceci étant valable pour les questions 1 à 6, 8, 10, 12, 13, 15.

La question 18 étant de type binaire « oui-non », le codage a été fait en 0 ou 1.

En ce qui concernait les questions ouvertes (7, 9, 11, 14, 16, 17, 19), des variables ont été créées à partir de mots clefs ressortant fréquemment dans les réponses pour établir des calculs par la suite.

iv. LA SAISIE DES DONNEES

Les données ont été transférées depuis la plateforme REDCap puis retravaillées sur le logiciel Excel pour une meilleure lisibilité.

v. *LE CONTROLE QUALITE DES DONNEES*

Les questionnaires ont tous été lus une première fois afin de juger de leur conformité pour être correctement interprétés (absence de doublons, d'erreurs).

b. *L'ANALYSE DES DONNEES*

Le questionnaire était composé de questions fermées permettant une analyse statistique des pratiques. Elles ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 12 ; StataCorp, College Station, Texas, USA). Les réponses au questionnaire sont des variables catégorielles et sont décrites par des effectifs et pourcentages associés.

Les questions ouvertes, permettant aux sages-femmes de s'exprimer ont été traitées par analyse du contenu.

c. *LES ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES*

i. *AUTORISATIONS REQUISES POUR L'ETUDE*

Avant toute diffusion du questionnaire, des autorisations avaient été demandées auprès des chefs de service et des sages-femmes coordinatrices des différentes maternités sélectionnées. Afin d'appuyer cette demande et pour une meilleure compréhension du projet, le protocole de recherche et le questionnaire ont été envoyés par mail.

ii. *INFORMATIONS ET CONSENTEMENT*

Une note explicative rappelant les objectifs de l'étude ainsi que le caractère non obligatoire de participer à cette recherche accompagnait le lien menant au questionnaire.

iii. *ANONYMAT*

Les données recueillies ne permettaient pas de reconnaître les personnes interrogées. Il était bien précisé à l'égard des participants au début du questionnaire que celui-ci était anonyme.

II. RESULTATS

1. TAUX DE PARTICIPATION

A. PAR RAPPORT AUX MATERNITES INITIALEMENT CHOISIES

Initialement, vingt maternités avaient été retenues pour participer à cette étude. Parmi elles, six se situaient en région Auvergne-Rhône-Alpes et quatorze en Île-de-France.

Au total, un tiers des maternités de la région Auvergne-Rhône-Alpes avait accepté de participer alors qu'un peu plus de la moitié de celles d'Île-de-France s'était montrées favorables (tableau I).

	Effectif total (n= 20)	Echantillon (n=10)	Taux de participation par région (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	6	2	33.33
Ile-de-France	14	8	57.14

Tableau I : Taux de participation des maternités en fonction des régions

B. TAUX DE REPONSE DES SAGES-FEMMES

Parmi toutes les maternités ayant acceptées de diffuser le questionnaire, on comptait initialement 346 sages-femmes susceptibles de répondre. Finalement, 100 questionnaires ont été retournés. Le taux de participation des sages-femmes s'élevait ainsi à 28.90 %.

Plus précisément, on retrouvait un taux de participation de 38.74 % de sages-femmes de centres où les sages-femmes pratiquent l'examen clinique du nouveau-né contre un taux de 23.40 % de sages-femmes de centres où les sages-femmes ne réalisent pas l'examen clinique du nouveau-né.

2. RESULTATS LIES A L'OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ETUDE

A. RESULTATS ISSUS DES INTERROGATIONS AUPRES DES SAGES-FEMMES COORDINATRICES DE MATERNITE

Afin d'avoir une vision d'ensemble sur les pratiques actuelles des différentes maternités de type III des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Ile-de-France, trois questions ont été posées à toutes les sages-femmes coordinatrices, même au sein des maternités n'ayant pas diffusé le questionnaire.

Pour répondre tout d'abord à l'objectif principal de l'étude, qui visait à déterminer la place de la sage-femme par rapport à l'examen clinique du nouveau-né à terme au premier jour de vie, les données suivantes ont pu être recueillies.

A l'unanimité, seuls les pédiatres examinent les nouveau-nés au premier jour de vie dans les maternités de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Pour plus de la majorité des maternités d'Ile-de-France de type III, le pédiatre est celui qui réalise l'examen (78.57 % contre 21.43%).

Que l'examen soit pratiqué par le pédiatre ou par la sage-femme, il s'agissait pour toutes les maternités d'une volonté de service.

Enfin, dans le cas où l'examen était exécuté par le pédiatre, il a été demandé en plus s'il existait une discussion de service pour évoluer sur une pratique par les sages-femmes. Sur les 6 maternités d'Auvergne-Rhône-Alpes, toutes ont répondu qu'il n'y avait pas de projet en cours. Parmi, les onze d'Ile-de-France, il ressortait :

- 9 maternités sans projet en cours de discussion ;
- 1 maternité avec un projet d'action étant donné l'ouverture prochaine d'une unité physiologique où les sages-femmes pourront faire l'examen du nouveau-né pendant le séjour en suites de couches ;
- 1 maternité où les sages-femmes se forment en pédiatrie dans l'espoir de voir un jour apparaître une opportunité pour leur profession.

B. RESULTATS ISSUS DES QUESTIONNAIRES

Par rapport aux réponses de l'échantillon (n = 98), il ressort que le pédiatre est celui qui réalise le plus souvent l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie (56.12 % contre 43.88 % pour les sages-femmes). A l'unanimité, il s'agit des deux seuls professionnels de santé qui pratiquent l'examen clinique du nouveau-né dans les maternités étudiées.

A partir de là, le questionnaire se divisait en deux parties induisant ainsi deux groupes avec des questions plus ciblées en fonction du praticien réalisant l'examen clinique du nouveau-né :

- « Sage-femme réalisant l'examen » dont l'effectif était de 43 ;
- « Pédiatre réalisant l'examen » dont l'effectif était de 55.

3. RESULTATS LIES A L'OBJECTIF SECONDAIRE DE L'ETUDE

A. DANS LE CAS OU LA SAGE-FEMME REALISE L'EXAMEN

En s'intéressant tout d'abord au cas où la sage-femme pratiquait elle-même l'examen clinique du nouveau-né à terme au premier jour de vie, il en découlait les résultats suivants.

Il semblerait, dans ce cas de figure, qu'il s'agisse d'une pratique ancienne déjà installée depuis de nombreuses années (plus de quinze ans d'après 37.21 % du groupe « sage-femme réalisant l'examen »). Cependant ce résultat reste à nuancer en raison du fort taux de non réponse (37.21 %). De plus, quelques sages-femmes indiquaient une mise en place de cette pratique plus récente dont le délai était inférieur à quinze ans (25.58 %).

Par rapport à la mise en place dans les services de suites de couches, on constatait à l'unanimité qu'aucune sage-femme n'était spécifiquement rattachée à cette tâche. Il s'agissait d'une pratique courante pour toutes.

Face aux connaissances nécessaires pour être apte à réaliser cet examen, il apparaissait que la formation initiale à l'école de sage-femme était au centre de l'apprentissage (90.70 %). Quelques-unes décrivaient une formation dispensée au

sein de l'hôpital par les pédiatres ou alors issue d'une initiative personnelle extérieure (tableau II).

	Effectif (n=43)	Pourcentage (%)
Formation initiale à l'école	39	90.70
Formation dispensée par l'hôpital	2	4.65
Formation personnelle	2	4.65

Tableau II : Formation reçue

En s'intéressant au moment de sa réalisation sur le terrain, aucune tendance particulière ne semblait se dégager tant les résultats étaient proches. Encore une fois, en raison de non réponses (20.93 %), il restait difficile de se positionner avec certitude. On retrouvait quand même que pour 37.21 % l'examen se déroulait à un moment précis dans la journée (en matinée ou en après-midi) alors que pour 41.86 % il avait lieu en fonction du rythme d'éveil de l'enfant.

Toutes les sages-femmes interrogées s'accordaient pour dire que la retranscription de leur examen clinique prenait place dans le dossier papier ou informatique du nouveau-né (100%, n=43).

Il se posait ensuite la question de déterminer à quel(s) moment(s) la sage-femme jugeait nécessaire ou indispensable de passer le relais à un pédiatre du service. On retrouvait en première intention la détection de tout élément suspect, d'anomalies présentes à l'examen clinique d'après 58.14 % (n=25) des sages-femmes ayant répondu. Dans le cas où rien d'anormal n'était détecté, le relais avait lieu pour 34.88 % (n=15) lors de l'examen de sortie de la maternité.

La sage-femme étant au premier plan dans le suivi des nouveau-nés dans cette partie du questionnaire, il était légitime de s'interroger sur leur aisance dans la pratique de cet examen clinique (tableau III).

	Effectif (n=43)	Pourcentage (%)
Très à l'aise	22	51.16
A l'aise	19	44.19
Pas vraiment à l'aise	2	4.65
Pas du tout à l'aise	0	0.00
Ne sait pas	0	0.00

Tableau III : Aisance dans la pratique de l'examen clinique

A cette question, toutes les sages-femmes avaient répondu et il se dégageait majoritairement un sentiment d'aisance face à cette pratique puisque 51.16 % et 44.19 % se disaient respectivement « très à l'aise » et « à l'aise ».

Afin d'aller plus loin dans l'étude des résultats, il semblait intéressant de mettre en regard les réponses précédentes avec les éléments de la question suivante. Par ailleurs, dans le but de permettre une analyse statistique, les réponses à cette dernière ont été étudiées de manière à faire ressortir des thématiques communes.

Il apparaissait dans les sages-femmes « très à l'aise », que onze valorisaient l'expérience : « Il s'agit d'une pratique courante pour les sages-femmes. » ; trois grâce à une bonne formation initiale et enfin pour une, le cumul entre une bonne formation initiale et l'expérience acquise sur le terrain était à l'origine de son aisance. On retrouvait aussi dans ce groupe une sage-femme qui avait mentionné précédemment dans le questionnaire avoir réalisé une formation au sein de l'hôpital en lien avec cet examen. Toutefois, sept n'ont pas donné de réponse.

Parmi les dix-neuf dites « à l'aise », quatorze n'ont pas souhaité donner leur avis. Pour les restantes, deux se positionnaient ainsi en raison d'une bonne formation et d'une certaine expérience, deux autres grâce à leur expérience et une en raison d'une formation insuffisante notamment sur : « l'auscultation cardio-pulmonaire ». A côté de cela, deux sages-femmes précisaient dans une précédente question avoir entrepris pour l'une, une formation au sein de l'hôpital et pour l'autre, une formation personnelle.

Enfin, dans celles qui n'étaient « pas vraiment à l'aise », une n'a pas souhaité répondre et la deuxième jugeait une formation insuffisante : « pas assez de formation pour dépister les pathologies, pas suffisamment de connaissances notamment sur la dermatologie ». Les deux avaient répondu n'avoir suivi que la formation initiale au métier de sage-femme pour être apte à réaliser cet examen.

Globalement, les données recueillies semblaient mettre en avant l'expérience acquise sur le terrain plutôt que la formation initiale même si pour certaines elle reste nécessaire bien qu'incomplète pour d'autres (tableau IV).

	Effectif (n=43)	Pourcentage (%)
Si très à l'aise, à l'aise		
Bonne formation initiale	3	6.98
Expérience	13	30.23
Bonne formation initiale et expérience	3	6.98
Formation insuffisante	1	2.33
Non réponse	21	48.83
Si pas vraiment, pas du tout à l'aise, ne sait pas		
Formation insuffisante	1	2.33
Non réponse	1	2.33

Tableau IV : Explications face à l'aisance pour pratiquer l'examen clinique

Il était ensuite demandé aux sages-femmes si pour elles, il était important qu'elles puissent réaliser l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie. Majoritairement, la réponse était positive (90.70 %, n=39). Toutefois une avait répondu « non » et trois étaient « sans avis ».

A l'exception d'une sage-femme se décrivant comme « pas vraiment à l'aise », toutes les autres s'estimaient « très à l'aise » et « à l'aise » parmi celles qui jugeaient important de pouvoir faire l'examen.

Bien que « très à l'aise » face à cet exercice, une sage-femme ne trouvait pas important pour notre profession de le faire. Elle ajoutait à cela : « Pas d'intérêt car le même que celui réalisé par le pédiatre ».

Parmi les « sans avis », deux étaient respectivement « très à l'aise » et « à l'aise » tandis que la troisième ne se sentaient « pas vraiment à l'aise » en raison d'une formation insuffisante.

Pour conclure cette première partie du questionnaire, il était demandé aux sages-femmes d'expliquer leur positionnement par rapport à la question précédente sur l'importance pour la sage-femme de faire l'examen clinique du nouveau-né (tableau V).

	Effectif (n=43)	Pourcentage (%)
Si oui		
Compétence des sages-femmes	17	39.53
Dépistage	5	11.63
PEC globale	4	9.30
Non réponse	13	30.23
Si non		
Compétence des pédiatres	1	2.33
Si sans avis		
Non réponse	3	6.98

Tableau V : Explications face à l'importance de pouvoir faire cet examen

Malgré un fort taux de non réponse parmi celles qui trouvaient important de pouvoir le faire, la tendance semblait mettre en avant la motivation principale suivante : la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né fait partie des compétences de la sage-femme (39.53 %) :

- « Parce que nous en avons les compétences, la capacité légale de le faire » ;
- « Cela fait partie de notre formation, nous sommes donc aptes à réaliser cet examen, cela fait partie de nos fonctions ».

Dans de plus faibles proportions, on notait l'importance de notre rôle dans le dépistage à travers cette pratique pour 11.63% :

- « La SF est en première ligne, cet examen permet d'éviter un retard dans le diagnostic et la prise en charge de l'enfant, rassurer/informer les parents au plus vite, le pédiatre ne les voyant qu'à J2 ou J3. »
- « Il s'agit d'un premier examen de dépistage qui sera renouvelé par le pédiatre avant la sortie de maternité. »

Il ressortait aussi l'idée d'une prise en charge globale du couple mère-enfant pour 9,30% :

- « Cela fait partie de la prise en charge globale du couple mère-enfant et diminue le nombre d'intervenants auprès du couple. »
- « Permet de faire le point de façon globale sur l'enfant à distance de l'accouchement en termes de douleur, alimentation, lien mère-enfant, suivi de pathologies néonatales. Très enrichissant. »

B. DANS LE CAS OU LE PEDIATRE REALISE L'EXAMEN

Dans cette seconde partie, il est mis en avant les résultats obtenus dans le groupe où le pédiatre est le professionnel qui s'occupe de réaliser l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie. Pour rappel, ce groupe était constitué de 55 répondants.

Tout d'abord, on voulait savoir si une discussion était en cours dans la maternité permettant ainsi aux sages-femmes de pouvoir faire évoluer leur pratique pour réaliser cet examen. Majoritairement, la réponse était négative (83.64 %, n=46) contre 14.55 % de réponse positive (n=8). Une personne ne savait pas.

La question suivante était hypothétique. Dans la mesure où les sages-femmes auraient l'opportunité de pouvoir pratiquer l'examen du nouveau-né, est-ce que les sages-femmes le souhaiteraient ? Encore une fois ici, la réponse était principalement négative pour 65.45 % (n=36). Une autre portion était plutôt favorable (21.82 %, n=12) tandis que 12.73 % (n=7) restaient sans avis. A noter tout de même que parmi les 12 personnes qui ont répondu positivement, cinq ont mentionné le fait qu'il s'agisse d'un projet en cours de discussion et sept autres pour lesquels rien ne laisse présager un changement pour le moment. Parmi les 36 réponses négatives, deux précisaient qu'une discussion était engagée.

Afin d'appréhender un peu plus les motivations de chacun, il avait été demandé les raisons de ce positionnement par rapport à la question sur le souhait de réaliser ou non l'examen. Les résultats ont été obtenus par analyse thématique (tableau VI).

Parmi les motivations de celles désirant rajouter cet examen à leur pratique quotidienne, on retrouvait le souhait d'une prise en charge globale ainsi que la notion de compétence dévolue à la sage-femme :

- « Meilleure prise en charge du couple mère-enfant » ;
- « Intérêt intellectuel et rapport avec le couple, diminution des intervenants auprès de l'enfant » ;
- « Dans notre champ de compétences » ;
- « Afin d'approfondir mes connaissances sur le nouveau-né bien portant et mieux dépister ceux qui nécessitent une prise en charge particulière ».

	Effectif (n= 55)	Pourcentage (%)
Si oui		
PEC globale	6	10.91
Compétences	4	7.27
Non réponse	2	3.64
Si non		
Surcharge de travail	11	20.00
Rôle du pédiatre	11	20.00
Examen à la naissance suffisant	1	1.82
Formation initiale insuffisante	10	18.18
Non réponse	3	5.45
Si sans avis		
Examen à la naissance suffisant	2	3.64
Non réponse	5	9.09

Tableau VI : Explication du souhait de réaliser ou non l'examen clinique

Dans les cas où ce n'était pas un souhait, on retrouvait à proportion égale (20.00%, n=11) la surcharge de travail déjà présente dans les services ainsi que pour d'autres le rôle du pédiatre :

- « Charge de travail en suites de couches, manque de temps » ;
- « La sage-femme examine les nouveau-nés en salle de naissance, nous n'avons pas l'habitude de le faire dans le service. Je pense que l'expertise du pédiatre est plus précise ».

Il découlait aussi des résultats pour 18.18 % (n=10), une formation initiale insuffisante pour être suffisamment compétente :

- « Je ne me sens pas de faire une auscultation cardiaque correcte. Je ne connais pas toutes les pathologies générales qui pourraient découler d'une anomalie anatomique » ;
- « Je ne me sens pas assez qualifiée pour l'auscultation cardio-pulmonaire et le dépistage de souffle ».

Minoritairement, certaines sages-femmes considéraient que l'examen clinique effectué en salle de naissance était suffisant.

Toujours dans le cas où l'examen serait perpétué par la sage-femme, on souhaitait connaître leur aisance face à sa réalisation (tableau VII).

	Effectif (n= 55)	Pourcentage (%)
Très à l'aise	4	7.27
A l'aise	22	40.00
Pas vraiment à l'aise	21	38.18
Pas du tout à l'aise	6	10.91
Ne sait pas	2	3.64

Tableau VII : Aisance dans la réalisation de l'examen clinique

Il en ressortait principalement que peu de sages-femmes étaient « très à l'aise » (7.27 %, n=4). Avec des proportions quasi équivalente et majoritaire, on notait surtout des sages-femmes dites « à l'aise » et « pas vraiment à l'aise ». Parmi les restantes, 10.91 % (n=6) se décrivaient comme « pas du tout à l'aise ».

En cherchant plus en détail les raisons de ce positionnement, on identifiait les éléments suivants (tableau VIII).

	Effectif (n= 55)	Pourcentage (%)
Si très à l'aise, à l'aise		
Expérience pratique	12	21.82
Peur	1	1.82
Nécessité d'une remise à niveau	2	3.64
Non réponse	11	20.00
Si pas vraiment, pas du tout à l'aise, ne sait pas		
Faible pratique	7	12.72
Peur	8	14.55
Nécessité d'une remise à niveau	9	16.36
Non réponse	5	9.09

Tableau VIII : Explication face à l'aisance dans la réalisation de l'examen

Pour celles qui se qualifiaient comme « très à l'aise » et « à l'aise », malgré un fort taux de non réponse, une tendance semblait pointer du doigt l'importance de l'expérience à force d'en réaliser sur le terrain. Toutefois, pour certaines s'étant positionnées comme « à l'aise », il persistait un inconfort notamment par rapport à « l'auscultation cardio-pulmonaire » et « l'examen ophtalmique ». C'est pourquoi on notait la présence des variables « peur » et « nécessité d'une remise à niveau » même parmi les sages-femmes les plus confiantes.

Globalement, les mêmes idées ressortaient dans le groupe des sages-femmes exprimant leur inconfort face à cet exercice. Ici les effectifs se répartissaient de façon plus ou moins équitable entre les différentes thématiques. On pouvait noter une faible pratique pour certaines. Ces dernières estimant que celui en salle de naissance n'est pas tout à fait identique à celui du premier jour en suites de couches : « On le fait à la naissance mais de façon plus succincte ». A de nombreuses reprises, le mot « peur » a été repris pour décrire l'appréhension de « ne pas dépister quelque chose qui pourrait potentiellement

être grave ». Enfin, concernant l’item « nécessité d’une remise à niveau », il concernait à l’unanimité dans les réponses une formation complémentaire sur l’auscultation cardio-pulmonaire du nouveau-né.

En accord avec l’objectif secondaire de cette étude, il a été demandé aux sages-femmes de décrire selon elles quels pouvaient être les freins les empêchant de pouvoir réaliser l’examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie (figure 1).

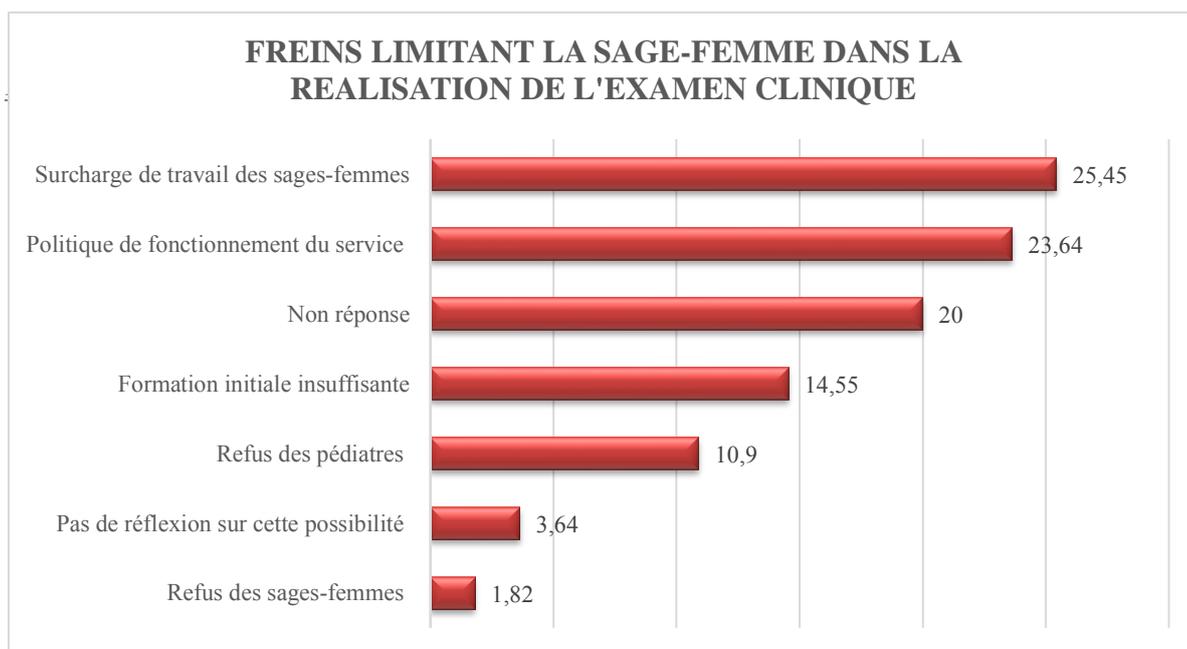


Figure 1: Freins limitant la sage-femme dans la réalisation de l'examen clinique

En raison d’un fort taux d’abstention de réponse (20.00%, n=11), il est difficile d’interpréter de manière juste ces résultats. Il semblait toutefois se dégager quatre principaux freins avec :

- En premier lieu une surcharge de travail des sages-femmes de suites de couches (25.45%, n=14)
 - « Trop de charge de travail juste avec les mamans » ;
 - « Par manque de temps pour pouvoir gérer les nouveau-nés en plus ».

- En second une politique de fonctionnement du service faisant pratiquer l'examen au premier jour de vie par un pédiatre (23.64%, n=13)
 - « Organisation propre du service avec la chance d'avoir le nombre adéquat de pédiatre » ;
 - « Pas de frein : simplement une organisation comme cela ».

- Une formation initiale insuffisante (14.55%, n=8)
 - « Compétences pas assez approfondies » ;
 - « Absence de formation des sages-femmes à l'auscultation cardio-pulmonaire du nouveau-né »

- Un refus des pédiatres (10.9 %, n=6)
 - « Refus des pédiatres par manque de confiance »
 - « Le turn-over important des sages-femmes et des internes de pédiatrie, les pédiatres ne font plus assez confiance aux jeunes SF ».

Malgré une organisation dans les services où le pédiatre est celui qui réalise l'examen, il a été demandé aux sages-femmes si parfois elles étaient amenées à examiner les nouveau-nés et dans quel cadre.

Il ressortait principalement que les sages-femmes n'examinaient pas les nouveau-nés pour 65.45 % (n=36) contre 34.55 % (n=19). Parmi ces deux sous-groupes, on retrouvait les motivations suivantes (tableau IX).

	Effectif (n= 55)	Pourcentage (%)
Si oui		
Compétence	2	3.64
Signes d'appel	8	14.55
Non réponse	9	16.36
Si non		
Déjà fait à la naissance	15	27.27
Enfant forcément vu par la pédiatre	6	10.91
Surcharge de travail	4	7.27
Non réponse	11	20.00

Tableau IX : Justification des sages-femmes examinant ou pas les nouveau-nés

En raison du fort taux de non réponse parmi celles qui examinaient quand même les enfants, on ne pouvait décrire qu'une tendance. Il semblait que la détection de signes d'appel soit à l'origine de cette pratique : « détresse respiratoire » ; « altération de l'état général » ; « en cas d'urgence avant d'appeler le pédiatre de garde ». L'alerte pouvant être donnée par les parents, les auxiliaires de puériculture ou la sage-femme elle-même. Dans une plus faible proportion, elles estimaient que cela faisait partie de nos compétences et « qu'il était important d'en faire pour ne pas perdre la main ».

Les raisons mentionnées par celles n'examinant pas les nouveau-nés en suites de couches étaient les suivantes. Principalement, elles ne jugeaient pas utile de le faire puisqu'il était déjà pratiqué à la naissance (27.27%, n=15). A proportions pratiquement égales, on identifiait la surcharge de travail en suites de couches et le fait que l'enfant était forcément vu à un moment donné par le pédiatre du service. Toutefois, ces résultats restaient à nuancer car il y avait quand même là aussi une importante part de non réponse.

4. COMPARAISON ENTRE LES SAGES-FEMMES PRATIQUANT ET NE PRATIQUANT PAS L'EXAMEN

A. AISANCE DANS LA REALISATION DE L'EXAMEN

Dans cette partie, l'objectif était de comparer les réponses obtenues à une même question posée dans les deux groupes : c'est-à-dire quand le pédiatre réalise l'examen et quand il est fait par la sage-femme (Figure 2).

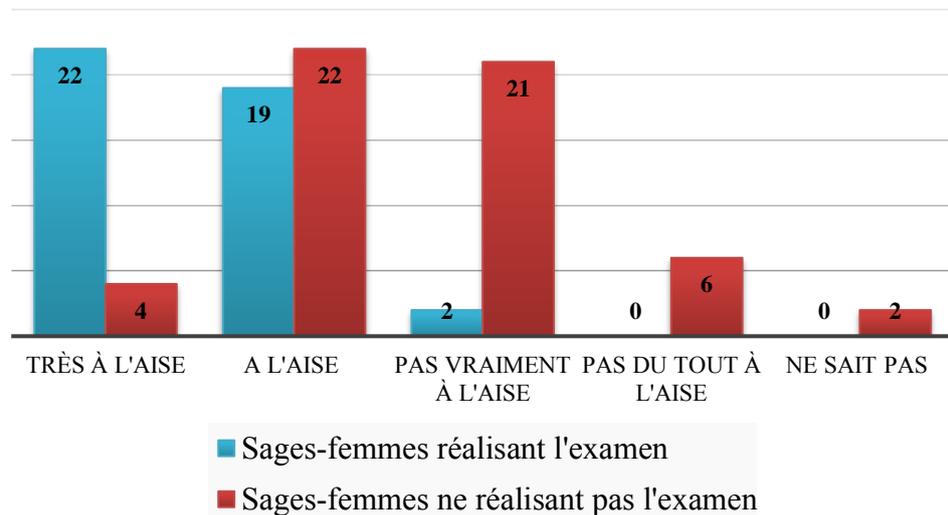


Figure 2 : Comparaison de l'aisance des sages-femmes par rapport à l'examen clinique

On pouvait constater que majoritairement le sentiment d'aisance était plus marqué parmi celles pratiquant l'examen clinique du nouveau-né. À l'inverse, les avis étaient plus mitigés avec moins d'assurance dans le groupe où le pédiatre est celui qui examine les nouveau-nés.

TROISIEME PARTIE :

DISCUSSION

I. LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ETUDE

1. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE

L'originalité du sujet étudié fait partie des points forts de cette étude. Bien qu'aujourd'hui la sage-femme soit au cœur du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches physiologiques, son positionnement par rapport à l'examen clinique du nouveau-né reste flou. Comme il a été constaté au cours de cette étude, il n'existe pas de consensus ni de recommandation définissant précisément la place de la sage-femme dans le suivi médical du nouveau-né en maternité. Les différences de pratiques observées dans les maternités de type III d'Ile-de-France confirment cette problématique. De plus, aucune étude française n'a pu être retrouvée sur cette thématique lors des recherches effectuées dans le cadre de ce travail. A contrario, de nombreuses études ont été retrouvées dans la littérature anglaise permettant ainsi de faire des liens entre nos pratiques.

L'ouverture de cette étude à deux régions françaises plutôt qu'une comme initialement prévu au tout début de ce projet se place également dans les points forts. Grâce à cela, il a été possible d'évaluer à plus grande échelle le phénomène. Finalement, au vu des résultats de l'étude, il aurait été dommage de passer à côté des données recueillies auprès des maternités d'Ile-de-France puisque seules certaines d'entre elles font pratiquer l'examen clinique du nouveau-né par les sages-femmes.

Enfin, parmi les points remarquables de cette étude, on peut noter sa forme avec les deux volets permettant un recueil varié d'informations. Le premier permettait de faire un état des lieux sur les pratiques actuelles des sages-femmes dans les maternités afin de déterminer leur place par rapport au suivi de l'enfant au premier jour de vie. Le second, visait à comprendre les motivations et les limites pouvant influencer sur le positionnement de la sage-femme. En ce sens, les questions ouvertes permettaient une plus grande liberté d'expression des personnes interrogées sans incitation de la part de l'investigateur.

2. LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

En premier lieu, on peut citer le manque de puissance de l'étude. Comme convenu initialement dans la partie méthodologie, toutes les maternités de type III des régions Auvergnès-Rhône-Alpes et Ile-de-France avaient été sélectionnées. Cependant suite à un refus et plusieurs abstentions de réponse, l'échantillon s'en est retrouvé diminué. De ce fait cette étude ne peut être réellement représentative de la situation actuelle.

A cela se rajoute ensuite un biais de non réponse assez important de la part des sages-femmes interrogées. Comme dit précédemment dans la partie résultat, le taux de participation était de seulement 28.90 %. En essayant de rechercher les causes de ce phénomène, quelques hypothèses ont vu le jour :

- La diffusion du questionnaire s'est déroulée sur une période de congés d'été ;
- La perte de sujets en raison de la méthode choisie pour diffuser le questionnaire. En effet, fréquemment les boîtes de messageries sont saturées et certains mails peuvent ne jamais arriver ou être non lus.

Quelques erreurs méthodologiques dans le recueil des données sont également à déplorer. Il était prévu initialement de récupérer la provenance du questionnaire en visualisant la terminaison des adresses mail des participants à l'étude. Cependant, lors de la programmation du questionnaire en ligne avec l'application REDCap, ces données ont été perdues rendant impossibles certains liens dans l'analyse des résultats. Aucune analyse comparative des pratiques entre les maternités n'a pu être faite.

Enfin, à plusieurs reprises, certains résultats ont été difficiles à exploiter en raison d'un fort de taux de non réponse à certaines questions. Il est alors légitime de se demander si les questions étaient bien comprises ou si les personnes interrogées ne savaient pas quoi répondre. Cependant, en regardant à posteriori, certaines questions étaient peut-être mal formulées n'incitant pas assez les sages-femmes à répondre. Ceci principalement pour les questions ouvertes où les sages-femmes étaient libres de s'exprimer.

II. SIMILITUDES ET DIFFERENCES RETROUVEES FACE AUX DONNEES ISSUES DE LA LITTERATURE

1. PAR RAPPORT AUX COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME

A. EN FRANCE

Dans l'arrêté ministériel fixant le programme des études de sage-femme, il apparaît plusieurs éléments. Tout d'abord, la formation initiale permet l'acquisition de compétences et de connaissances pour : « s'engager dans la promotion et la prévention de la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles ». Les enseignements se structurent en unités d'enseignement dans divers domaines dont la néonatalogie. Parmi les objectifs généraux validés pour être en accord avec le référentiel métier et compétences de la profession de sage-femme, il est mentionné le fait :

- « D'acquérir les bases de la physiologie néonatale suffisantes sur l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né [...] ;
- D'assurer la surveillance, l'examen et la prise en charge du nouveau-né dans un cadre hospitalier et extrahospitalier »[18].

Toutefois, l'étude qui a été réalisée amène à se poser des questions sur la formation initiale et principalement par rapport à l'examen clinique du nouveau-né.

Quand les sages-femmes réalisaient l'examen clinique au premier jour de vie, l'aisance dans la réalisation de cet acte était très satisfaisante. Cependant, ce qui semblait se dégager comme raison n'était pas la qualité de la formation initiale mais plutôt l'expérience acquise sur le terrain. Il ressortait pour certaines sages-femmes un peu moins à l'aise que le problème venait justement de la formation. La principale source d'inquiétude étant l'examen cardio-pulmonaire. Dans le groupe de celles ne pratiquant pas l'examen, une des raisons pour lesquelles elles ne souhaitaient pas le faire était une formation initiale insuffisante.

Que ce soit dans un groupe ou dans l'autre, les résultats mettent peut-être simplement en lumière le problème de la formation. C'est à dire que même avec de bonnes connaissances théoriques, il reste difficile d'être compétent et confiant sans un bon entraînement sur le terrain. Il est compliqué de reconnaître un souffle cardiaque tant

que l'oreille de l'examineur ne s'est pas déjà habituée à écouter des cœurs normaux. La « peur » décrite par les sages-femmes reflète certainement le manque de pratique pendant les études. Une étude anglaise concluait sur l'importance de l'examen clinique du nouveau-né pour le dépistage de certaines maladies et rejoignait la notion développée ci-dessus en disant : « [...] For this reason it is critical that the examining physician not only have a through understanding of abnormal findings but also the normal findings and their variants » [24].

Afin d'être dans de bonnes conditions pour faire cet examen, un certain nombre de sages-femmes interrogées pensaient qu'il serait utile de faire une remise à niveau. En pratique cela ne semblait pas être proposé. Quand il avait été demandé quelles formations elles avaient reçu pour être en mesure de faire l'examen, très peu avaient mentionné une formation autre que celle de l'école. Pour pallier à ce besoin de remise à niveau, il existe aujourd'hui des formations diplômantes sur le thème de la prise en charge du nouveau-né en maternité.

B. EN ANGLETERRE

Dans les années 2000, un programme intitulé « Child Health Surveillance » a vu le jour. La réalisation d'un examen clinique détaillé du nouveau-né était une composante essentielle en plus d'autres éléments comme la nutrition, l'hygiène, les vaccinations, la détection de handicap, l'éducation à la santé et la réassurance des parents sur leurs rôles [25]. C'est ainsi que, dans un esprit de restructuration des maternités et des conditions de travail du personnel, cette idée de faire pratiquer l'examen clinique du nouveau-né par les sages-femmes est apparue. De nombreuses études ont alors cherché à comparer, identifier les avantages et les inconvénients de cette nouvelle tendance, et à mettre en avant les compétences des sages-femmes.

Une étude cherchait à évaluer la qualité de l'examen. L'évaluation se faisait par le biais d'enregistrements vidéos et comparaison des pratiques entre les sages-femmes et les pédiatres. Deux conditions devaient être cependant remplies. La sage-femme devait avoir validé une formation supplémentaire (English National Board N96) et le nouveau-né examiné devait être a priori en bonne santé (c'est-à-dire sans complications à la

naissance, sans pathologies décelées en anténatal). La conclusion de cette étude était la suivante : « This study suggests, [...], that with adequate training and support the examination of the newborn may be carried out satisfactorily by midwives » [22]. Avec une formation adéquate, la sage-femme est en mesure de réaliser un examen clinique satisfaisant et de qualité.

Parallèlement à la France, les mêmes inquiétudes se retrouvent outre atlantique notamment par rapport à l'auscultation cardio-pulmonaire. Bien que formées pour le faire, les études montrent que sur le terrain la pratique de cette auscultation mériterait encore d'être améliorée [22]. En ce sens les données recueillies au cours de l'étude coïncident avec celles de la littérature. Une différence ressort cependant. Alors qu'à aucun moment l'examen des hanches n'est cité dans notre étude, il est souvent mis en cause dans les éléments à améliorer lors de l'examen fait par les sages-femmes anglaises [21].

2. EN LIEN AVEC LES ATTENTES DES SAGES-FEMMES

Les résultats obtenus au cours de cette étude coïncident avec les données de la littérature. Les questions ouvertes ont permis une meilleure compréhension des motivations et des freins influant sur la participation ou non de la sage-femme dans la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né.

Des ressemblances dans les motivations poussant les sages-femmes françaises et anglaises à réaliser l'examen clinique du nouveau-né sont intéressantes à remarquer. Ces deux catégories de professionnelles mettaient en avant le souhait d'une prise en charge globale du couple mère-enfant ainsi qu'une compétence dévolue à la sage-femme en raison d'une formation adéquate pour le réaliser. La notion de dépistage pour ensuite une meilleure prise en charge ressortait également.

Dans les études qualitatives anglaises menées auprès des sages-femmes et des mères, il apparaissait plusieurs éléments. Les sages-femmes interrogées mentionnaient que le fait de réaliser cet examen :

- Augmentait leur satisfaction professionnelle ;
- Augmentait leur compréhension et leur connaissance sur le nouveau-né en bonne santé ;
- Renforçait leur position en tant que praticien autonome dans le cadre de la physiologie [20].

Parmi les mères questionnées, l'avantage pour elles était la proximité avec le professionnel de santé. Elles se sentaient plus à l'écoute, plus en confiance pour communiquer avec les sages-femmes (notamment sur l'alimentation, les soins de nursing du nouveau-né, le sommeil, ...) [19].

Certaines sages-femmes ne souhaitent cependant pas ajouter cet examen à leur pratique quotidienne. Pour cause, autant en France qu'en Angleterre, le problème de la surcharge de travail ressortait nettement. Un sentiment de pression à cause de l'augmentation des responsabilités paralysait quelques professionnelles interrogées. En accord avec cette dernière idée, il ressortait ici et dans la littérature, la « peur » de passer à côté d'un élément anormal. Quelques sages-femmes anglaises décrivaient avoir peur de perdre la relation avec la femme. Elles craignaient une forme de « médicalisation » de leur relation si elles devaient prendre en charge le suivi médical de l'enfant [20].

III. PLACE DE LA SAGE-FEMME AUPRES DES NOUVEAU-NES

1. AU SEIN DES MATERNITES

A. A L'HEURE ACTUELLE

Le constat que l'on peut émettre à la suite des résultats de cette étude est le suivant. Il n'existe pas de consensus pour déterminer la place de la sage-femme par rapport à l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie. A l'heure actuelle des pratiques différentes sont appliquées entre et au sein des régions françaises. Alors que certaines maternités parisiennes ont évolué dans leur pratique, celles de la région Auvergne-Rhône-Alpes campent sur un schéma classique avec le pédiatre au sein du suivi du nouveau-né.

Pour rappel, aucun texte de loi n'oblige la réalisation d'un examen clinique au premier jour de vie. D'un point de vue juridique seul l'examen de sortie (celui souvent assimilé à l'examen du huitième jour) est obligatoire et forcément réalisé par le pédiatre [2]. En dehors de celui-ci, rien ne permet d'exclure la sage-femme pour toute autre intervention auprès du nouveau-né en suites de couches.

La sage-femme a auprès du nouveau-né un rôle dans le dépistage. Elle est dans l'obligation de passer le relais au pédiatre dès qu'une pathologie ou une anomalie est suspectée.

Appuyant d'autant plus la légitimité de la place de la sage-femme dans les suites de couches, le référentiel métier et compétence des sages-femmes fournit de plus amples détails [17]. Un item entier fait référence aux capacités de la sage-femme pour assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches et jusqu'à la visite postnatale. Elle peut ainsi réaliser un diagnostic en :

- Accueillant la mère et l'enfant : en organisant la consultation en fonction du rythme de l'enfant, en s'assurant que l'enfant est en état d'éveil calme avant de l'examiner, en s'assurant du confort de la mère ;
- En réalisant l'anamnèse : en reprenant le dossier et les résultats des examens réalisés, en recueillant le vécu de l'accouchement auprès de la mère, en évaluant le risque infectieux ;
- En pratiquant l'examen général de l'enfant ;
- En renseignant le carnet de santé et/ou les feuilles de soins sur l'auscultation cardio-pulmonaire, l'examen cutanéomuqueux, l'examen des différents appareils et fonctions, l'examen neurologique ;
- En faisant participer la mère : en lui expliquant le déroulement de l'examen et en la rassurant ;
- En repérant une situation pathologique ou une anomalie qui nécessite de l'adresser à un médecin.

B. PERSPECTIVES D'AVENIR

Les données recueillies lors l'étude ne permettent pas de mettre clairement en évidence une évolution prochaine des pratiques actuelles. Les avis sont partagés tant parmi les pédiatres que parmi les sages-femmes.

Alors qu'aucune ouverture ne semble se profiler en Auvergne-Rhône-Alpes, des projets sont en cours de réalisation ou de discussion dans certaines maternités parisiennes de type III. Des sages-femmes sont en train de se former par le biais de leur hôpital concernant les soins et la prise en charge du nouveau-né en maternité. Fortes de ses mises à jour, elles espèrent faire évoluer les pratiques dans les années à venir.

Ayant fait un pas de plus vers une pratique quotidienne des sages-femmes, une maternité a pris le parti d'ouvrir prochainement une unité physiologique au sein de laquelle la sage-femme pourrait assurer de façon autonome le suivi de la mère et du nouveau-né.

D'autre part, les pratiques dans les services de maternité vont certainement devoir évoluer pour répondre aux nouvelles recommandations concernant la prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce. La sage-femme risque probablement de se retrouver au centre de la prise en charge des nouveau-nés. Ceci pouvant aller de la surveillance clinique du nouveau-né à la réalisation d'un examen clinique complet pour évaluer l'état général de l'enfant. En effet, il est clairement spécifié dans ces recommandations de « prévenir le pédiatre ou la sage-femme si une case d'anomalie est cochée ou tout signe clinique ou tout changement d'état inquiétant l'équipe soignante » [26].

2. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE LA POSITION DES SAGES-FEMMES

A. FACTEURS FAVORISANT L'INTERVENTION DE LA SAGE-FEMME AUPRES DES NOUVEAU-NES

Une notion ressortait autant dans l'étude menée ici que dans certaines issues de la littérature. L'idée étant de diminuer le nombre d'intervenants auprès de la femme et du nouveau-né. L'avantage serait alors d'augmenter la qualité des soins promulguée par la

création d'une relation de confiance. La sage-femme est à l'heure actuelle dans les maternités, la personne la plus proche des couples avec une connaissance du dossier obstétrical (autant sur le déroulement de la grossesse que sur les conditions d'accouchement). Dans un article anglais, il parle même de continuité des soins, par la sage-femme des suites de couches : « [...] continuity of care by the midwife caring for the mother in the postnatal period » [20].

D'autre part, il est important d'intégrer dans cette recherche la satisfaction des mères/couples en fonction de qui réalise l'examen du nouveau-né. Une étude avait été menée auprès de plusieurs mères dont les enfants avaient été examinés soit par un pédiatre soit par une sage-femme. Il en ressortait une meilleure communication et une mise en confiance quand l'examineur était une sage-femme. Les femmes se sentaient plus détendues et pouvaient plus facilement poser toutes sortes de questions [19].

B. FREINS LIMITANT L'INTERVENTION DES SAGES-FEMMES

L'étude menée a permis de faire le point sur les principales difficultés rencontrées à l'heure actuelle dans les maternités de type III quant à l'intervention des sages-femmes auprès des nouveau-nés.

Ce qu'il ressortait principalement était la surcharge de travail actuelle des sages-femmes dans les services. Beaucoup décrivaient avoir de nombreuses patientes à s'occuper en raison d'une forte affluence de personnes dans les grands centres, avec potentiellement des pathologies maternelles à prendre en charge. Le rajout d'une tâche supplémentaire ne semble pas possible d'un point de vue organisationnel. De plus à cela se rajoute aussi une organisation interne des services ne laissant pas à la sage-femme de place dans le suivi des enfants notamment par la présence quotidienne des pédiatres ou internes de pédiatrie.

Enfin en dernier point, il ne faut pas négliger l'avis des professionnels de santé. Deux types de refus se rencontrent autant dans l'étude qui a été menée que dans celles issues de la littérature. Il s'est révélé un refus de la part des pédiatres mais aussi des sages-femmes. La sage-femme ayant répondu cela dans l'étude considérait que c'était le rôle du pédiatre. Cependant pour certaines, le frein provient de la méfiance des pédiatres envers les capacités des sages-femmes. Le manque de confiance face au dépistage

d'éventuelles anomalies serait en cause. Cette dernière suggestion est justifiable puisque l'étude a mis en évidence que toutes les sages-femmes ne se sentaient pas forcément assez compétentes. L'intérêt d'une remise à niveau ou d'une formation plus approfondie trouve alors tout son sens.

IV. ELEMENTS ACTUELS POUVANT JOUER UN ROLE SUR L'INTERVENTION DE LA SAGE-FEMME AUPRES DES NOUVEAU-NES

Cette étude avait pour but de montrer la place de la sage-femme auprès des nouveau-nés au premier jour de vie, donc pendant le séjour en maternité. Cependant au vu de la conjoncture actuelle, il est difficile de ne pas parler de la diminution progressive des temps de séjour après la naissance et de la place de la sage-femme dans ce cadre.

1. REDUCTION PROGRESSIVE DU TEMPS DE SEJOUR DU NOUVEAU-NE EN MATERNITE

A. DIMINUTION DES TEMPS DE SEJOUR

Les chiffres sont là pour le prouver. Au fil des dernières années, la durée de séjour des mères en maternité après la naissance a diminué avec une nette augmentation des séjours de courtes durées depuis 2010.

Pour rappel, en 2014, la Haute Autorité de Santé a défini les durées de séjours « standards » après un accouchement, comme des durées d'hospitalisation de 72 h à 96 h en cas de voie basse et de 96 h à 120 h en cas de césarienne. Les sorties précoces, réservées aux couples mère-enfant à bas risque, sont définies comme des séjours de moins de 72 h en cas de voie basse, et de moins de 96 h en cas de césarienne [27].

En considérant les accouchements par voie basse, le pourcentage des séjours de quatre jours est passée de 50,8 % en 2010 à 38,2 % en 2016 et celle des sorties précoces est passée de 3,3 % des accouchements par voie basse en 2010 à 5,0 % en 2016.

La même tendance se retrouve pour les accouchements par césarienne. Le pourcentage des séjours longs est passée de 43,5 % en 2010 à 16,9 % en 2016. En contrepartie, celui des sorties précoces en cas de césarienne est passée de 2,8 % en 2010 à 5,8 % en 2016 [28].

B. CONDITIONS DE SORTIES

Tous les nouveau-nés ne sont pas éligibles pour ces sorties de maternité. Ils doivent remplir certaines conditions pour permettre un retour à domicile dans de bonnes dispositions.

Dans le cadre d'un retour à domicile après une durée de séjour standard, les critères de bas risques pédiatriques sont les suivants : nouveau-né à terme supérieur ou égal à 37 SA singleton et eutrophe, examen clinique normal réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie, température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C, alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi, perte de poids inférieure à 8 % par rapport au poids de naissance, absence d'ictère, absence d'élément clinique ou paraclinique en faveur d'une infection, dépistages néonataux réalisés à la maternité.

Pour les sorties dites précoces, les mêmes éléments sont repris mis à part les suivants : nouveau-né à terme supérieur ou égal à 38 SA, singleton et eutrophe, Apgar supérieur ou égal à 7 à 5 minutes, vitamine K1 donnée, dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée [27].

Tout cela étant plutôt en accord avec la définition de la profession de sage-femme. C'est-à-dire le respect et la prise en charge de la physiologie.

2. PLACE CROISSANTE DE LA SAGE-FEMME AUPRES DU NOUVEAU-NE HORS DES MATERNITES

A. LE SUIVI DU NOUVEAU-NE HORS MATERNITE

Un parcours de soin pour le premier mois de vie du nouveau-né a été défini par la Haute Autorité de santé. Il préconise deux examens cliniques du nouveau-né en maternité. Un dans les deux heures suivant sa naissance réalisé par une sage-femme ou un pédiatre, et un autre examen avant toute sortie de la maternité. Ce dernier a notamment pour but de s'assurer que le nouveau-né ne présente pas de pathologies ou de facteurs de risque particuliers nécessitant de le considérer comme un enfant « à risque ». Toutefois, si l'enfant est considéré comme à bas risque, les recommandations disent que : « [...] le suivi du nouveau-né peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin » [27], ceci légitimant la place de la sage-femme auprès du nouveau-né.

De plus, au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite d'un professionnel dit référent du suivi post-natal. Il peut alors s'agir ici encore d'une sage-femme. Le but étant de s'assurer de la récupération du poids de naissance, de la bonne prise alimentaire, de la bonne mise en place de l'allaitement maternel, de l'absence d'ictère ou le caractère non pathologique de celui-ci, de l'absence d'éléments en faveur d'une infection, de l'absence de détresse respiratoire, de la bonne instauration du lien mère-enfant et du lien parents-enfant.

B. PLACE CROISSANTE DE L'ACTIVITE LIBERALE DES SAGES-FEMMES

Au cours des dernières années, la profession libérale des sages-femmes s'est fortement développée. Les prévisions faites pour les années à venir confortent cela. En effet, ces dernières prévoient que la part des sages-femmes exerçant en cabinet libéral se situerait en 2030 entre 48% et 45% des actives [29]. A noter qu'à ce jour, elles représentent environ 20% des actives [30].

A côté de ce phénomène, l'assurance maladie a instauré depuis 2010 le PRADO (PRogramme d'Accompagnement de retour à DOmicile après un accouchement). Ce dernier a pour objectif de favoriser un retour à domicile plus rapide après une

hospitalisation sans complication. Ce système permet d'organiser le retour à domicile et de proposer un suivi par une sage-femme libérale, pour les femmes avec un nouveau-né unique bien portant.

En 2010, 8 % des maternités déclaraient proposer aux femmes une visite à domicile par une sage-femme libérale à la sortie de suite de couches. Elles étaient 79 % à le faire dans le cadre du PRADO et 13 % en dehors de ce cadre en 2016 [28].

Toutefois, pour le moment, le PRADO pour les sorties précoces reste encore en expérimentation dans certains départements [31]. La prise en charge des patientes en sorties précoces doit contenir la réalisation, en ville, d'une surveillance médicale comprenant les examens cliniques appropriés de la mère et de l'enfant, ainsi que la proposition des tests de dépistage actuellement effectués en établissement de santé (test de Guthrie, dépistage surdité) [32].

QUATRIEME PARTIE :
PROJETS D'ACTION

I. OUVERTURE A UNE AUTRE ETUDE

Ayant vu au cours cette étude les contraintes à la fois humaines et organisationnelles dans les maternités de type III des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Ile-de-France, il serait intéressant d'envisager cette étude à plus grande échelle. C'est-à-dire en incluant les maternités de type I et II de tout le territoire français.

Cela permettrait d'avoir un regard plus vaste pour analyser les pratiques professionnelles en fonction du type de maternité (I, II ou III), de l'organisation des services (pédiatre tout le temps sur place ou pas), de la faisabilité pour les sages-femmes de prendre en charge en plus l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie (charge de travail par rapport au niveau d'activité).

Des améliorations bien entendu par rapport au questionnaire actuel et au recueil des données seraient nécessaires pour parvenir à de bons résultats (reformulation de certaines questions, consignation de la maternité de provenance de la réponse pour pouvoir faire des études comparatives).

II. CONCERNANT LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

Bien entendu, cette partie reste modulable en fonction des écoles de sages-femmes et des méthodes d'enseignements de chacune.

Toujours en se fiant aux résultats de l'étude, il semble que le problème ne soit pas issu de la qualité de la formation théorique mais plutôt par rapport à la pratique clinique. Il ressortait de l'étude que « l'expérience sur le terrain » était à l'origine de l'aisance dans la réalisation de l'examen clinique.

Pour répondre à cette problématique, il pourrait être intéressant de créer un temps dans les stages de suites de couches pour suivre spécifiquement les pédiatres et participer activement à la réalisation d'examen clinique du nouveau-né. Ceci dans le but de mettre en pratique in vivo les éléments posant le plus de problème comme l'auscultation cardio-pulmonaire, le dépistage de la luxation/dysplasie de hanche, l'examen ophtalmique. Seule une pratique régulière peut permettre de développer des automatismes face à la normalité et ainsi alerter en cas d'élément inhabituel. Pour rappel, la formation initiale au métier de sage-femme doit comporter la réalisation d'au moins cent examens de nouveau-nés

normaux d'après le programme officiel des études de sages-femmes.

D'autre part, certaines sages-femmes interrogées ont mentionné la nécessité d'une remise à niveau. Une formation par les pédiatres de maternité pourrait être intéressante de manière à satisfaire ce besoin. Toutefois, il est important de savoir qu'il existe des formations axées sur la pédiatrie accessibles aux sages-femmes même en dehors de la maternité.

III. EN PRATIQUE DANS LES MATERNITES

Comme il a été montré au cours de cette étude, un des freins limitant l'intervention des sages-femmes auprès des nouveau-nés est le manque de confiance de la part des pédiatres.

Dans un premier temps, il faudrait peut-être déterminer des critères d'éligibilité pour les nouveau-nés susceptibles d'être examinés par une sage-femme. Pour cause, en revenant à la définition même de la profession de sage-femme, il ne peut s'agir que de nouveau-né a priori en bonne santé. On pourrait par exemple imaginer que la sage-femme n'examine que les nouveau-nés issus d'une grossesse physiologique, nés à terme, sans antécédents maternels ou familiaux particuliers et dont la naissance s'est déroulée sans complication.

Une checklist pourrait être imaginée permettant d'assurer un suivi complet en n'oubliant aucune étape (informations à demander, détails de l'examen clinique). Elle servirait d'aide-mémoire pour les sages-femmes et de fiche de liaison avec les pédiatres lors de l'examen de sortie de maternité de l'enfant.

Ci-dessous un exemple de ce qui pourrait être proposé.

FICHE DE LIAISON DU NOUVEAU-NE

Nom et prénom enfant :

Date et heure de naissance :

1^{er} examen réalisé le : / / 2018

Nom et qualification de l'examineur :

Critères	OUI	NON	Commentaires
<u>Interrogatoire</u>			
Atcd familiaux malformations			
Atcd familiaux maladies héréditaires			
Atcd familiaux anomalies chromosomiques			
Atcd familiaux luxation congénitale de hanche			
Atcd familiaux de surdité			
Gs Rh maternel et sérologies / Gs paternel			
Atcd maternel de pathologie générale			
Atcd d'herpès génital			
Déroulement de la grossesse			
Pathologie lors de la grossesse			
Traitement pris lors de la grossesse			
Episode infectieux pendant la grossesse			
Présentation (céphalique, podalique) ?			

Accouchement		
Voie d'accouchement / extraction ?		
Streptocoque B : ATB prophylaxie complète ?		
Durée ouverture œuf > 12 h ? /couleur LA		
Suites de couches		
Alimentation, élimination (urine, méconium/selles), sommeil/éveil		

<u>Examen clinique morphologique</u>	Normal	Anormal	A recontrôler	Commentaires
Attitude générale				
Aspect de la peau				
Tête				
Crâne				
Yeux (<i>poursuite oculaire, pupille, iris, sclérotique, reflet</i>)				
Oreilles				
Bouche /palais /frein de la langue				
Cou				
Examen cardio-vasculaire				
Fréquence cardiaque				
Temps de recoloration cutané				
Palpation des pouls fémoraux				
Présence d'un souffle ?				
Mesure saturation membres supérieurs et inférieurs				
Examen respiratoire				
Fréquence respiratoire				
Murmure vésiculaire symétrique				
Signes de lutte ?				

Appareil locomoteur				
Membres supérieurs				
Membres inférieurs				
Examen des hanches				
Position des pieds				
Abdomen				
Examen génito-urinaire + anus				
Rachis				

<u>Examen clinique neurologique</u>	Normal	Anormal	A reconrôler	Commentaires
Tonus passif (<i>attitude spontanée globale, attitude spontanée de la tête, retour en flexion, manœuvre du foulard, angles poplité/pied-jambe/talon-oreille</i>)				
Tonus actif (<i>fléchisseur/extenseur nuque, redressement des MI/tronc, coordination main-bouche</i>)				
Réflexes archaïques (<i>grasping, points cardinaux, extension croisée, marche automatique, succion, incurvation latérale du tronc</i>)				

<u>Conduite à tenir particulière</u>

CONCLUSION

A l'heure actuelle le champ de compétence des sages-femmes est très vaste. Cependant, les sages-femmes n'exploitent pas encore toutes leurs compétences et notamment la pratique de l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie.

Au terme de cette étude, plusieurs constats ont pu être faits. Pour répondre à l'objectif principal, il semble qu'encore aujourd'hui la place de la sage-femme par rapport à l'examen clinique du nouveau au premier jour de vie ne soit pas clairement définie. Bien que faisant partie des compétences de la sage-femme, les pratiques actuelles au sein des maternités divergent. Alors qu'aucune maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes ne propose aux sages-femmes de le faire, certaines maternités parisiennes ont décidé de les intégrer dans le suivi classique des nouveau-nés.

Fortes d'un bagage théorique sur le nouveau-né et d'une expérience acquise sur le terrain, les sages-femmes réalisant cet examen pointent du doigt l'importance pour notre profession de conserver cette compétence et de participer à une prise en charge plus globale du couple mère-enfant.

Il ne faut cependant pas oublier que pour une grande majorité des maternités interrogées, la sage-femme n'est pas le praticien référent pour l'examen clinique du nouveau-né. La surcharge de travail déjà présente pour ces professionnelles ainsi qu'une organisation de service fonctionnant avec des pédiatres ne sont pas en faveur d'une évolution des pratiques. De plus, une remise à niveau avec des formations pratiques pourrait être nécessaire afin dans un premier temps de compléter l'expertise des sages-femmes et dans un second temps de rassurer les pédiatres sur les compétences des sages-femmes.

Une évolution des pratiques est possible dans les années à venir. Cette étude l'a démontré puisqu'elle a révélé que certains projets sont en cours de réalisation pour que la sage-femme puisse pratiquer l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie. Au terme de ce travail, il reste encore à voir quelles sont les pratiques dans les autres maternités de type III du territoire français mais aussi au sein des plus petites structures de type I et II

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Thème de santé : Nourrisson, nouveau-né. [Internet]. OMS. [Cité 10 mars 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/infant_newborn/fr/
- [2] Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de Santé Publique, chapitre II carnet de santé et examens obligatoires, article R.2132-1 et article R.2132-2. Journal officiel, n°122, 2003.
- [3] Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Arrêté du 18 octobre 1994 modifiant l'arrêté du 27 mars 1972 modifiant la nomenclature des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal officiel, n°251, 1994.
- [4] Haute Autorité de Santé. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. [Internet] HAS. 2017 [Cité 03 mars 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201801/fiche_memo_nouveau_ne_v3.pdf
- [5] P. Labrune. Examen clinique du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant. Encycl Méd Chir. 2015 ; 4-001-C-10.
- [6] Gascoin G. Le nouveau-né en maternité et durant le premier mois de vie. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod 2015 ; 44 : 1147–1151.
- [7] F. Gold, E. Saliba, V. Biran-Mucignat, et al. Physiologie du fœtus et du nouveau-né. Adaptation à la vie extra-utérine. Encycl Méd Chir. 2007 ; 4-002-P-10.
- [8] Interprofessional Education and Research Committee of the, Champlain Maternal Newborn Regional Program (CMNRP). Newborn adaptation to extrauterine life and newborn assessment [Internet]. 2013 [Cité 20 mai 2017]. Disponible sur : http://www.cmnrp.ca/en/cmnrp/Home_p2974.html

- [9] Roussey M, Peudenié S, Betremieux P, et al. Examens systématiques. *Pédiatrie - Mal Infect.* 1994 ;4-002-B-10.
- [10] M. Lenot. Pathologies courantes néonatales. [Internet]. Fédération nationale des associations d'information continue des praticiennes de l'obstétrique. 2001 [Cité 15 mai 2017]. Disponible sur : <http://asincoprob.free.fr/compterendus/pathoneonat.htm>
- [11] Cooper P, Weltgesundheitsorganisation (eds). *Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin.* Genève : Organisation mondiale de la santé, 2007.
- [12] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale. *Journal officiel de la République française-N° 105*, 2012.
- [13] Collège national des pédiatres universitaires (France), Bourrillon A, Benoist G, et al. *Pédiatrie.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2014.
- [14] Centers for disease control and Prevention. Specific Birth Defects [Internet]. National Center Of Birth Defects and Developmental Disabilities (NCBDDD). 2017 [Cité 30 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/ncbddd/index.html>
- [15] CBM. Reconnaître les déficiences à la naissance [Internet]. 2014 [Cité 27 août 2016]. Disponible sur : <http://www.cbm.org/Publications-252011.php>
- [16] Ministère de la santé et de la solidarité. Article R4127-318. *Journal officiel*, n°242, 2006.
- [17] Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-femmes (CASSF). *Référentiel métier et compétences des sages-femmes.*2010.
- [18] Ministère de la santé. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. *Journal officiel*, n°294, 2001.
- [19] Bloomfield L, Townsend J, Rogers C. A qualitative study exploring junior paediatricians', midwives', GPs' and mothers' experiences and views of the examination of the newborn baby. *Midwifery* 2003 ; 19 : 37–45.

- [20] Rogers C, Bloomfield L, Townsend J. A qualitative study exploring midwives' perceptions and views of extending their role to the examination of the newborn baby. *Midwifery* 2003 ; 19 : 55–62.
- [21] Townsend J, Wolke D, Hayes J, et al. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. *Health Technol Assess Winch Engl* 2004 ; 8 : 1–100.
- [22] Bloomfield L, Rogers C, Townsend J, et al. The quality of routine examinations of the newborn performed by midwives and SHOs ; an evaluation using video recordings. *J Med Screen* 2003 ; 10 : 176–180.
- [23] Hayes J, Dave S, Rogers C, et al. A national survey in England of the routine examination of the newborn baby. *Midwifery* 2003 ; 19 : 277–284.
- [24] Lowe MC, Woolridge DP. The Normal Newborn Exam, or Is It ? *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2011 ; 25 : 921-946
- [25] Polnay L. Child health surveillance. *BMJ* 1989 ; 299 : 1351–1352.
- [26] Sociétés Françaises de Pédiatrie et de Néonatalogie. Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (> 34 SA). *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2017 ; 30 : 284-291
- [27] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. [Internet]. 2014 [Cité 10 janvier 2018]. Disponible sur : http://onssf.odns.fr/wp-content/uploads/2015/03/HAS_fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [28] INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale: Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. [Internet]. 2016 [Cité 07 mars 2018]. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

- [29] CNOSF. Deuxième étude sur le marché du travail des sages - femmes : modérer la croissance excessive des actives et l'amplification des disparités interrégionales. [Internet]. 2016 [Cité 10 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/09/Etude-march%C3%A9-du-travail-sages-femmes-CNOSF-2016.pdf>
- [30] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge. Drees-Ministère des Solidarités et de la Santé. [Internet]. 2017 [Cité 04 janvier 2018]. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3253>
- [31] Organisation Nationale Syndicale des Sages-femmes (ONSSF). Protocole d'expérimentation pour les sorties précoces de maternité. ONSSF. [Internet]. 2015 [Cité 10 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.onssf.org/protocole-d-experimentation-pour-les-sorties-precoces-de-maternite/>
- [32] Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. Expérimentation Prado sorties précoces. UNSSF. [Internet]. 2015 [Cité 10 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=365&cntnt01returnid=16&cntnt01returnid=16>

ANNEXES

Annexe I : Le score d'Apgar

Ce score est établi après la naissance de l'enfant à 1, 5 et 10 minutes de vie. La cotation de ce dernier comprend cinq paramètres chiffrés de 0 à 2, permettant d'évaluer la qualité de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. On considère comme normal un score d'Apgar ≥ 7 [13].

Paramètres	0	1	2
Battements cardiaques	Absents	< 100/min	≥ 100 /min
Mouvements respiratoires	Absents	Lents, irréguliers	Vigoureux, avec cris
Tonus musculaire	Nul	Faible (légère flexion des extrémités)	Fort (quadriflexion, mouvements actifs)
Coloration	Globalement bleue ou pâle	Corps rose, extrémités bleues	Globalement rose
Réactivité à la stimulation	Nulle	Faible (grimace)	Vive (cris, toux)

Tableau permettant de coter le score d'Apgar

Annexe II : Score de maturation morphologique de FARR

		0	1	2	3	4
P e a u	Couleur (en dehors du cri)	Rouge sombre	Rose	Rose pâle, irrégulier	Pâle	
	Transparence	Nombreuses veinules collatérales très visibles sur l'abdomen	Veines et collatérales visibles	1 ou 2 gros vaisseaux nettement visibles	1 ou 2 vaisseaux peu nets	Absence de vaisseaux visibles
	Texture	Très fine, "gélatineuse" à la palpation	Fine et lisse	Lisse et un peu épaisse Desquamation superficielle ou éruption fugace	Épaisse, rigide Craquelures des mains et des pieds	Parcheminée Craquelures profondes Desquamation abondante
Oedème (des extrémités)		Evident, pieds et mains	Non évident Petit godet tibial	Absent		
Lanugo (enfant soutenu en position ventrale vers la lumière)		Absent	Abondant, long et épais sur tout le dos	Clairsemé dans le bas du dos	Présence de surfaces glabres	Absent sur au moins la moitié du dos
O r e i l l e s	Forme	Pavillon plat Rebord de l'hélix à peine ébauché	Début d'enroulement sur une partie de l'hélix	Enroulement complet de l'hélix Début de saillie de l'anthélix	Reliefs nets bien individualisés	
	Fermeté	Pavillon pliable ne revenant pas à sa forme initiale	Pavillon pliable revenant lentement à sa forme initiale	Cartilage mince L'oreille revient rapidement en place	Cartilage sur tout le bord L'oreille revient immédiatement en place	
O G E	Masculins (testicules)	Aucun testicule intrascrotal	Au moins un testicule abaissable	Au moins un testicule descendu		
	Féminins (grandes lèvres)	Grandes lèvres ouvertes Petites lèvres saillantes	Grandes lèvres incomplètement recouvrantes	Grandes lèvres bord à bord		
Tissu mammaire (diamètre mesuré entre le pouce et l'index)		Non palpable	Inférieur à 0,5 cm	Entre 0,5 et 1 cm	Supérieur à 1 cm	
Nodule mamelonnaire		Mamelon à peine visible Aréole = 0	Mamelon net Aréole plane	Mamelon net Aréole surélevée	Mamelon net Aréole de diamètre supérieur à 0,7 cm	
Plis plantaires		Absents	Minces traits rouges sur la moitié antérieure de la plante	Plis plus marqués sur le tiers antérieur	Indentations sur les deux tiers antérieurs	Indentations profondes sur toute la plante

Diagnostic de maturation ou score de Farr

Score	AG	Score	AG	Score	AG
5	28,1	15	35,9	25	40,3
6	29,0	16	36,5	26	40,6
7	29,9	17	37,1	27	40,8
8	30,8	18	37,6	28	41,0
9	31,6	19	38,1	29	41,1
10	32,4	20	38,5	30	41,2
11	33,2	21	39,0	31	41,3
12	33,9	22	39,4	32	41,4
13	34,6	23	39,7	33	41,4
14	35,3	24	40,0	34	41,4

Score et âge gestationnel correspondant

Annexe III : Paramètres de maturation neurologique

Paramètres de maturation neurologique (d'après saint-Anne-Dargassies et Arrieu).

Semaines	28	30	32	34	36	38	40
Tonus passif	Hypotonie complète		Début de flexion des membres inférieurs		Flexion des quatre membres		Hypertonie
Posture	Appui latéral du visage		Menton touche l'acromion		Menton très en avant de l'acromion		Menton près du sternum
Position de la tête	180° à 150°		130° à 110°		100° à 90°		90°
Angle popité (degré)	40° à 50°		30°		20°		10°
Angle pied jambe (degré)	Facile		Petite résistance		Résistance		Impossible
Talon-oreille	0		0		Faible		Inhibé
Retour en flexion de l'avant-bras	Complet sans résistance		Limité		Le coude dépasse la ligne médiane		Rapide et non inhibé
Foulard	0		±		La tête ne passe pas le tronc		Le coude n'atteint pas la ligne médiane
Tonus actif	0		±		La tête tombe en avant		La tête se maintient quelques secondes verticalement
Réflexeurs de la nuque	0		±		La tête tombe en arrière		+++
Extenseurs de la nuque	0		±		+++		++
Redressement des membres inférieurs	0		±		+		+
Redressement du tronc	0		±		+		++
Succion	Faible et non synchrone de la déglutition		Plus forte et synchrone		Parfaite		
Points cardiaux	Réponse lente et imparfaite		Réponse complète et plus rapide		Réponse complète, rapide et durable		
Moro	Extension des bras et ouverture des mains		Réflexe complet avec abduction des bras et cri				
Agrippement	Limités aux doigts		Diffuse au bras		Diffuse à l'épaule		Enfant soulevé du plan du lit
Allongement croisé	Réaction de défense		Extension et abduction		Extension et abduction		Extension, adduction et écartement desorteils
Marche automatique	0		0		Bonne sur lesorteils		Marche sur les talons

Paramètres de maturation neurologique EMC-Pédiatrie

Annexe IV : Questionnaire à destination des sages-femmes

**PRATIQUE DE L'EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE A TERME AU
PREMIER JOUR DE VIE**

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Christelle DESBATS, étudiante sage-femme, et je réalise mon mémoire de fin d'études à propos de la place laissée à la sage-femme dans la pratique de l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie. Ce questionnaire anonyme vous est adressé afin de pouvoir faire un état des lieux des pratiques actuelles dans différentes maternités.

Je vous remercie d'avance pour vos réponses essentielles à l'élaboration de mon mémoire.

Je reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires à l'adresse mail suivante : Christelle.Desbats@etu.udamail.fr

1) Au sein de votre maternité, qui réalise l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie ?

- La sage-femme
- Le pédiatre
- Un autre professionnel

Si l'examen est réalisé par la sage-femme, merci de répondre aux questions suivantes, sinon veuillez passer à la question numéro 12

2) Depuis combien de temps la sage-femme pratique-t-elle cet examen dans votre maternité :an (s)

3) Par rapport au fonctionnement du service :

- Il s'agit d'une pratique courante pour toutes les sages-femmes
- Certaines sages-femmes sont spécifiquement rattachées à cette tâche

4) Avez-vous reçu une formation particulière pour être en mesure de le réaliser ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Au sein de votre formation initiale à l'école de sage-femme
- Au cours d'une formation dispensée au sein de l'établissement où vous travaillez
- Au cours d'une formation que vous avez entreprise personnellement
- Non aucune

5) A quel moment de la journée le réalisez-vous ?

- Au cours de la matinée (8-12h)
- En début d'après-midi (12-16h)
- En fin d'après-midi (16-20h)
- En fonction du rythme de l'enfant

6) Où inscrivez-vous cet examen ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Dans le carnet de santé de l'enfant
- Dans le dossier papier ou informatique de l'enfant
- A aucun endroit

7) A quel moment passez-vous le relais au pédiatre du service ?

8) Êtes-vous à l'aise dans la réalisation de cet examen ?

- Très à l'aise
- A l'aise
- Pas vraiment à l'aise
- Pas du tout à l'aise
- Ne sait pas

9) Pourquoi ?

10) Était-il important pour vous que la sage-femme puisse réaliser cet examen

- Oui
- Non
- Sans avis

11) Pourquoi ?

Si vous êtes amenés à répondre à ces questions, c'est que vous ne pratiquez pas l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie au sein de votre maternité.

12) Est-ce un projet en cours de discussion au sein de votre maternité ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

13) Si cela était possible, souhaiteriez-vous pouvoir réaliser cet examen ?

- Oui
- Non
- Sans avis

14) Pour quelles raisons ?

15) Vous sentiriez-vous à l'aise dans la réalisation de cet examen ?

- Très à l'aise
- A l'aise
- Pas vraiment à l'aise
- Pas du tout à l'aise

16) Pourquoi ?

17) Quels sont d'après vous les freins qui empêchent la sage-femme de réaliser cet examen au sein de votre établissement ?

18) Vous arrive-t-il parfois d'examiner un nouveau-né même si ce n'est pas une pratique courante du service ?

- Oui
- Non

19) Pourquoi ?

Merci de votre participation.

Commentaires divers :

Annexe V : Mail demande autorisation de diffusion du questionnaire

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante sage-femme à l'école de Clermont-Ferrand et dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, je viens par ce mail présenter mon étude et obtenir votre accord afin de diffuser mon questionnaire au sein de votre établissement. Je réalise ce travail avec le Docteur Karen COSTE, pédiatre au CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

Mon mémoire s'intéresse à l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie. L'objectif principal étant d'étudier la place laissée à la sage-femme dans la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né à terme dans les maternités de type III des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Ile-de-France. L'objectif secondaire consiste à déterminer les freins et les éléments facilitateurs qui influent sur le rôle de la sage-femme.

Pour cela, je souhaiterais diffuser mon questionnaire par mail à toutes les sages-femmes de votre maternité (un lien sera envoyé renvoyant vers la plateforme sécurisée REDcap où le questionnaire pourra être complété).

Je laisse ainsi à votre disposition en pièce jointe mon protocole de recherche ainsi que mon questionnaire afin que vous puissiez en prendre connaissance.

Vous remerciant par avance de l'intérêt que vous porterez à ma requête.

En attendant votre accord, je reste à votre entière disposition pour toutes informations complémentaires.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Christelle DESBATS

Annexe VI : Mail demande d'informations complémentaires

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante sage-femme à l'école de Clermont-Ferrand. Je réalise mon mémoire de fin d'études sous la direction et co-direction d'un pédiatre Mme Coste Karen et d'une sage-femme enseignante Mme Poumeyrol Delphine. J'aurais besoin de quelques précisions concernant le fonctionnement de votre structure simplement par retour de mail, après avoir déjà interrogé des sages-femmes.

Je m'intéresse à l'examen clinique du nouveau-né à terme au premier jour de vie (c'est-à-dire l'examen réalisé en suite de couche). L'objectif principal étant d'étudier la place laissée à la sage-femme dans la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né dans les maternités de type III des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Ile-de-France. L'objectif secondaire consiste à déterminer les freins et les éléments facilitateurs qui influent sur le rôle de la sage-femme.

Pourriez-vous s'il vous plaît répondre aux 3 questions suivantes ?

- Qui réalise l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie dans votre structure (l'examen réalisé en suite de couche et non celui fait en salle de naissance) ?
- Est-ce une pratique ou une volonté de service ?
- Dans le cas où le pédiatre réalise l'examen à J1, existe-il une discussion de service pour évoluer sur une pratique par les sages-femmes ?

En vous remerciant par avance pour vos réponses essentielles à la réalisation de mon mémoire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Christelle DESBATS

Annexe VI : Résultats complets de l'étude sous forme de tableaux.

	Effectif (n= 98)	Pourcentage (%)
Professionnel réalisant l'examen clinique		
Pédiatre	55	56.12
Sage-femme	43	43.88
Autre professionnel	0	0,00

Lorsque l'examen est réalisé par la sage-femme :

	Effectif (n= 43)	Pourcentage (%)
Examen fait par la sage-femme depuis		
0-5 ans	2	4.65
5-15 ans	9	20.93
>15 ans	16	37.21
Non réponse	16	37.21
Fonctionnement du service		
Pratique courante pour toutes les sages-femmes	43	100.00
Certaines sages-femmes sont dédiées à cette tâche	0	0.00
Formation reçue		
Formation initiale à l'école	39	90.70
Formation dispensée par l'hôpital	2	4.65
Formation personnelle	2	4.65
Réalisation au cours de la journée		
Période fixe dans la journée	16	37.21
Rythme de l'enfant	18	41.86
Non réponse	9	20.93
Retranscription de l'examen clinique		
Dossier papier ou informatique de l'enfant	43	100.00
Dans le carnet de santé de l'enfant		0.00
A aucun endroit	0	0.00

Relais avec le pédiatre du service		
Anomalies	25	58.14
Examen de sortie	15	34.88
Non réponse	3	6.98
Réalisation de l'examen		
Très à l'aise	22	51.16
A l'aise	19	44.19
Pas vraiment à l'aise	2	4.65
Pas du tout à l'aise	0	0.00
Ne sait pas	0	0.00
Explications face à l'aisance pour pratiquer l'examen		
Si très à l'aise, à l'aise		
Bonne formation initiale	3	6.98
Expérience	13	30.23
Bonne formation initiale et expérience	3	6.98
Formation insuffisante	1	2.33
Non réponse	21	48.83
Si pas vraiment, pas du tout à l'aise, ne sait pas		
Formation insuffisante	1	2.33
Non réponse	1	2.33
Importance pour la sage-femme de faire cet examen		
Oui	39	90.70
Non	1	2.33
Sans avis	3	6.98
Pourquoi		
Si oui		
Compétence des sages-femmes	17	39.53
Dépistage	5	11.63
PEC globale	4	9.30
Non réponse	13	30.23

Si non		
Compétence des pédiatres	1	2.33
Si sans avis		
Non réponse	3	6.98

Lorsque l'examen est réalisé par le pédiatre :

	Effectif (n= 55)	Pourcentage (%)
<hr/>		
Projet en cours de discussion		
Oui	8	14.55
Non	46	83.64
Ne sait pas	1	1.82
<hr/>		
Souhait de pouvoir réaliser l'examen		
Oui	12	21.82
Non	36	65.45
Sans avis	7	12.73
<hr/>		
Pour quelles raisons ?		
Si oui		
PEC globale	6	10.91
Compétences	4	7.27
Non réponse	2	3.64
Si non		
Surcharge de travail	11	20.00
Rôle du pédiatre	11	20.00
Examen à la naissance suffisant	1	1.82
Formation initiale insuffisante	10	18.18
Non réponse	3	5.45
Si sans avis		
Examen à la naissance suffisant	2	3.64
Non réponse	5	9.09

Réalisation de l'examen		
Très à l'aise	4	7.27
A l'aise	22	40.00
Pas vraiment à l'aise	21	38.18
Pas du tout à l'aise	6	10.91
Ne sait pas	2	3.64
Pourquoi		
Si très à l'aise, à l'aise		
Expérience pratique	12	21.82
Peur	1	1.82
Nécessité d'une remise à niveau	2	3.64
Non réponse	11	20.00
Si pas vraiment, pas du tout à l'aise, ne sait pas		
Faible pratique	7	12.72
Peur	8	14.55
Nécessité d'une remise à niveau	9	16.36
Non réponse	5	9.09
Freins empêchant la sage-femme de le faire		
Formation initiale insuffisante	8	14.55
Politique de fonctionnement du service	13	23.64
Refus des pédiatres	6	10.90
Refus des sages-femmes	1	1.82
Surcharge de travail des sages-femmes	14	25.45
Pas de réflexion sur cette possibilité	2	3.64
Non réponse	11	20.00
Réalisation de l'examen même si hors pratique du service		
Oui	19	34.55
Non	36	65.45
Pourquoi		
Si oui		
Compétence	2	3.64
Signes d'appel	8	14.55
Non réponse	9	16.36

Si non

Déjà fait à la naissance	15	27.27
Enfant forcément vu par la pédiatre	6	10.91
Surcharge de travail	4	7.27
Non réponse	11	20.00

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	4
I. CONTEXTE ACTUEL.....	5
1. CADRE LÉGISLATIF.....	5
2. EN PRATIQUE DANS LES MATERNITÉS	6
A. EXAMEN CLINIQUE À LA NAISSANCE.....	6
B. EXAMEN CLINIQUE AU PREMIER JOUR DE VIE.....	7
C. EXAMEN CLINIQUE DE SORTIE	8
II. INTÉRÊTS DE L'EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ.....	9
1. L'ADAPTATION À LA VIE EXTRA-UTÉRINE	9
2. EVALUATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL	10
3. DÉCOMPENSATION DE CERTAINES PATHOLOGIES DANS LES PREMIERS JOURS DE VIE	11
III. EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE AU PREMIER JOUR DE VIE	12
1. EN PRATIQUE, SA RÉALISATION.....	12
A. EXAMEN PHYSIQUE ET MORPHOLOGIQUE	12
B. EXAMEN NEUROLOGIQUE	14
2. L'EXAMEN, UN OUTIL DE DÉPISTAGE DES MALFORMATIONS	15
IV. PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS SA RÉALISATION	18
1. DROITS DE LA SAGE-FEMME.....	18
2. COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME.....	19
3. FORMATION INITIALE À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME.....	19
4. EXEMPLE DE PRATIQUE AU ROYAUME-UNI.....	20
DEUXIEME PARTIE : ETUDE ET RESULTATS	22
I. METHODES.....	23

1.	L'ETUDE ET SES OBJECTIFS	23
	A. TYPE, DUREE ET LIEU DE L'ETUDE	23
	B. LES OBJECTIFS	24
2.	METHODE	24
	A. POPULATION	24
	a. LA POPULATION DE L'ETUDE	24
	b. LES CRITERES D'INCLUSION	24
	c. DIAGRAMME DE FLUX	25
	B. METHODOLOGIE	25
	a. LE RECUEIL DES DONNEES	25
	i. LES CRITERES EVALUES	25
	ii. LE MODE DE RECUEIL DES DONNEES ET LE CIRCUIT DES DONNEES	25
	iii. LE CODAGE DES DONNEES	26
	iv. LA SAISIE DES DONNEES	26
	v. LE CONTROLE QUALITE DES DONNEES	27
	b. L'ANALYSE DES DONNEES	27
	c. LES ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	27
	i. AUTORISATIONS REQUISES POUR L'ETUDE	27
	ii. INFORMATIONS ET CONSENTEMENT	27
	iii. ANONYMAT	27
II.	RESULTATS	28
	1. TAUX DE PARTICIPATION	28
	A. PAR RAPPORT AUX MATERNITES INITIALEMENT CHOISIES	28
	B. TAUX DE REPOSE DES SAGES-FEMMES	28
	2. RESULTATS LIES A L'OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ETUDE	29
	A. RESULTATS ISSUS DES INTERROGATIONS AUPRES DES SAGES-FEMMES COORDINATRICES DE MATERNITE	29
	B. RESULTATS ISSUS DES QUESTIONNAIRES	30
	3. RESULTATS LIES A L'OBJECTIF SECONDAIRE DE L'ETUDE	30
	A. DANS LE CAS OU LA SAGE-FEMME REALISE L'EXAMEN	30

B. DANS LE CAS OU LE PEDIATRE REALISE L'EXAMEN	35
4. COMPARAISON ENTRE LES SAGES-FEMMES PRATIQUANT ET NE PRATIQUANT PAS L'EXAMEN	43
A. AISANCE DANS LA REALISATION DE L'EXAMEN.....	43
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	44
I. LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ETUDE	45
1. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE	45
2. LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE.....	46
II. SIMILITUDES ET DIFFERENCES RETROUVEES FACE AUX DONNEES ISSUES DE LA LITTERATURE	47
1. PAR RAPPORT AUX COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME.....	47
A. EN FRANCE.....	47
B. EN ANGLETERRE	48
2. EN LIEN AVEC LES ATTENTES DES SAGES-FEMMES	49
III. PLACE DE LA SAGE-FEMME AUPRES DES NOUVEAU-NES	50
1. AU SEIN DES MATERNITES.....	50
A. A L'HEURE ACTUELLE	50
B. PERSPECTIVES D'AVENIR.....	52
2. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE LA POSITION DES SAGES-FEMMES	52
A. FACTEURS FAVORISANT L'INTERVENTION DE LA SAGE-FEMME AUPRES DES NOUVEAU-NES.....	52
B. FREINS LIMITANT L'INTERVENTION DES SAGES-FEMMES.....	53
IV. ELEMENTS ACTUELS POUVANT JOUER UN ROLE SUR L'INTERVENTION DE LA SAGE-FEMME AUPRES DES NOUVEAU-NES	54
1. REDUCTION PROGRESSIVE DU TEMPS DE SEJOUR DU NOUVEAU-NE EN MATERNITE	54
A. DIMINUTION DES TEMPS DE SEJOUR.....	54
B. CONDITIONS DE SORTIES	55
2. PLACE CROISSANTE DE LA SAGE-FEMME AUPRES DU NOUVEAU-NE HORS DES MATERNITES	56
A. LE SUIVI DU NOUVEAU-NE HORS MATERNITE	56

B. PLACE CROISSANTE DE L'ACTIVITE LIBERALE DES SAGES-FEMMES	56
QUATRIEME PARTIE : PROJETS D'ACTION	58
I. OUVERTURE A UNE AUTRE ETUDE.....	59
II. CONCERNANT LA FORMATION DES SAGES-FEMMES	59
III. EN PRATIQUE DANS LES MATERNITES	60
CONCLUSION	65

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

RESUME

Objectifs : L'objectif principal est d'étudier la place de la sage-femme dans la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né à terme au premier jour de vie. L'objectif secondaire cherchait à déterminer les freins et les éléments favorisant l'implication des sages-femmes auprès des nouveau-nés.

Méthodes : Etude quantitative observationnelle de type transversale comprenant deux volets (descriptif et étiologique). Les sages-femmes interrogées provenaient de maternités de type III des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Île-de-France. Le recueil des données a été fait à partir d'un questionnaire en ligne. Les résultats ont été obtenus après analyse statistique et analyse de contenu.

Résultats : En Auvergne-Rhône-Alpes les sages-femmes n'assurent pas l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie contrairement à certaines maternités de type III d'Île-de-France (21.43%). Les connaissances théoriques, l'expérience acquise sur le terrain et le désir d'une prise en charge globale du couple mère-enfant font parties des éléments favorisant. Les principaux freins évoqués sont la surcharge de travail des sages-femmes, le fonctionnement actuel des services avec le pédiatre, au centre du suivi du nouveau-né, ainsi qu'une formation initiale insuffisante sur certains points (notamment l'auscultation cardiaque).

Conclusion : La place de la sage-femme par rapport à l'examen clinique du nouveau-né au premier jour de vie n'est pas clairement définie. Cette étude a montré qu'une modification des pratiques est possible. Une réorganisation des services ainsi qu'une remise à niveau des sages-femmes semblent nécessaires pour une évolution générale des pratiques.

Mots-clés : Nouveau-né, pathologies néonatales, dépistages néonataux, examen clinique, adaptation à la vie extra-utérine, malformations néonatales.

SUMMARY

Objective : To identify the role of the midwife in the physical examination of the term newborn throughout his first day of life. To determine what are the obstacles and motivations for involving midwives to intervene with newborns.

Design and participants : Quantitative observational transversal study including two parts (descriptive and etiological). The midwives interviewed came from maternity of type III in the Auvergne-Rhône-Alpes and Île-de-France regions. Data collection was done from an online questionnaire. The results were obtained after statistical analysis and thematic analysis.

Findings : In Auvergne-Rhône-Alpes, midwives do not achieve the clinical examination of the newborn at the first day of life unlike some maternity of type III in Île-de-France (21.43%). The theoretical knowledge, the experience gained on the field and the desire to provide total care to mothers and babies are arguments for midwives to undertake the newborn examination. The main obstacles mentioned are the midwives's overwork, the current functioning of the services with the pediatrician at the center of the follow-up of the newborn and an initial training insufficient on certain specific points (notably the cardiac auscultation).

Conclusions : The role of the midwife in relation to the physical examination of the newborn at the first day of life is not well-defined. This study showed that a change in practices is possible. A reorganization of services and an upgrade of midwives seems necessary for a general evolution of practices.

Keywords : Newborn, neonatal complications, neonatal screening test, physical examination, early post-partum period, neonatal infection.