



HAL
open science

Cartographie de la prise en charge du nouveau-né dans les maternités de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et de la place de la sage-femme dans cette prise en charge

Marion Mallet

► To cite this version:

Marion Mallet. Cartographie de la prise en charge du nouveau-né dans les maternités de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et de la place de la sage-femme dans cette prise en charge. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03107311

HAL Id: dumas-03107311

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03107311v1>

Submitted on 19 Feb 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 18 juin 2020

Par

Marion MALLET

Née le 23 novembre 1997

**Cartographie de la prise en charge du nouveau-né
dans les maternités de l'Assistance Publique des
Hôpitaux de Paris et de la place de la sage-femme
dans cette prise en charge**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Claire Boithias

Pédiatre néonatalogiste, Kremlin Bicêtre

JURY :

Mme Karine Hillion

Sage-femme coordinatrice, Port Royal

Mme Hélène Guillaume

Sage-femme enseignante, École Baudelocque

Mme le Docteur Valérie Marcou

Pédiatre Praticien Hospitalier, Port Royal

Mémoire N° : 2020PA05MA22

Remerciements

Je remercie tous les membres de mon jury pour l'attention portée à mon mémoire de fin d'étude

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Mme Claire BOITHIAS d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de cet écrit, de m'avoir apporté son expertise, de m'avoir soutenu et aidé durant ces derniers mois.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur bienveillance durant ces quatre ans d'étude. Je tiens à remercier particulièrement Mme Anne CHANTRY et Mme Magalie DELAHAYE pour leur aide et leur relecture de ce mémoire.

Un énorme remerciement à tous mes camarades de promotion pour ces quatre années passées ensembles et en particulier à toutes les mauvaises futures sages-femmes : Agathe, Lola, Margaux, Alizée, Ophélie, merci pour tous ses bons moments passés ensemble

Lauriane, un grand merci d'avoir toujours été là, toujours souriante et si attachante ; une personne en or qui mérite le meilleur, profite bien de ta nouvelle vie avec ta blonde et ton choupichat.

Marion, mon double pas si opposé finalement, merci d'être toi, d'être là, toujours débordante d'énergie et de très bonnes idées (ou pas...), hâte de partager cette nouvelle aventure avec toi dans le sud (hâte de voir si tu me supporteras plus de 2min...).

Je n'aurai rien pu faire sans vous les filles, je vous aime fort fort les meilleures des mauvaises amies

Mon Eva, un énorme merci pour toutes ses années passées ensemble, merci pour ton aide et ta relecture de ce mémoire.

Je tiens à remercier ma famille qui a toujours été là pour moi et m'a soutenu toutes ses années pendant mes hauts et mes bas. Merci pour votre relecture, pour vos appels FaceTime sur le parking avant mes gardes, pour ces petits weekends à la campagne pour décompresser. Merci pour votre présence malgré la distance. Je vous aime plus que fort

Merci à toi qui j'espère est un petit peu fier de ton oda, je ne t'oublie pas

Résumé

Contexte : La prise en charge globale reste privilégiée dans l'accompagnement des couples mère-enfants. Toutefois, nous pouvons remarquer une multiplication des intervenants auprès de ce couple en suites de couches. Les sages-femmes sont des professionnels de santé ayant les compétences pour s'occuper des nouveau-nés bien portants ainsi que de la mère. La sage-femme est donc au centre de cette prise en charge globale.

Objectif : L'objectif de cette étude est de cartographier la prise en charge des nouveau-nés bien portant dans les maternités de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et de montrer comment la sage-femme s'inscrit dans cette prise en charge.

Population et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive multicentrique. Pour cela, nous avons réalisé deux questionnaires : le premier à l'intention des coordinatrices de suites de couches et le second à l'intention des sages-femmes des 13 maternités de l'APHP. Dans ces questionnaires, nous les avons interrogées sur l'organisation des soins réalisés auprès des nouveau-nés dans leur maternité. Nous avons également interrogé les sages-femmes sur leurs sentiments de compétence et de légitimité auprès du nouveau-né.

Résultats : Nous avons obtenu 181 réponses de sages-femmes réparties dans les 13 maternités de l'APHP (soit 24,69% des sages-femmes de l'APHP) et 11 réponses des coordinatrices (soit 84,61%). D'après les différents questionnaires, la sage-femme est le professionnel qui accompagne majoritairement les nouveau-nés dans leur alimentation. Elle n'est que peu citée lors de la prise en charge des dépistages systématiques, ainsi que des pathologies. Ces résultats varient en fonction des maternités, et nous pouvons observer une réelle disparité des compétences utilisées.

Les sages-femmes s'autoévaluent de manière positive en ce qui concerne leurs aptitudes auprès des nouveau-nés avec une moyenne de 13,84/20. En ce qui concerne leur légitimité, elles se notent à hauteur de 14,95/20.

Les freins à l'investissement auprès des nouveau-nés sont variables. Toutefois, le frein majoritaire cité par 60,77% des sages-femmes est un manque de temps.

Mots-clés : sage-femme, organisation des soins, prise en charge globale, suites de couches, nouveau-né, compétences, légitimité, freins

Abstract

Background : Comprehensive care is more and more popular in the nursing of mother-child couples. However, we can notice a multiplication of protagonists with this couple in the postpartum. Midwives are health professionals with skills in taking care of healthy infants and the mother. In this way, the midwife is at the center of this overall nursing.

Objective : The objective of this study is to track the care of the healthy newborns in the maternities of the Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) and to show how the midwife is an integral part of this care.

Population and method : This is about a descriptive multicenter observational study. To achieve this, we carried out two questionnaires: the first one to the coordinators of childbirth and the second to the midwives of the 13 maternities of the APHP. In these questionnaires, we inquire them regarding the organization of cares provided to the newborns in their maternity unit. We also asked the midwives about their competence and legitimacy feelings with newborns.

Results : We obtained 181 responses from midwives in 13 APHP maternities (being 24.69% of APHP midwives) and 11 responses from coordinators (84.61%). According to the different questionnaires, the midwife is the professional who, for the most part, guides the newborns in feeding. Midwives are rarely named in the management of systematic screenings and pathologies. These results vary according to the different maternities, and we can notice a real disparity in the skills used.

Midwives evaluate themselves positively regarding their abilities with newborns with an average of 13.84 / 20. Regarding their legitimacy, the self-assessment is 14.95 / 20.

Disincentives to investment in newborns are variable. However, the main impediment quoted by 60.77% of the midwives is due to a lack of time.

Keywords : midwife, organization of care, comprehensive care, postpartum, newborn, skill, legitimacy, obstacles

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	4
Abstract	5
Liste des tableaux	8
Liste des figures	9
Liste des annexes	10
Lexique.....	11
Introduction	12
1. Contexte démographique et épidémiologique	12
2. Physiologie du nouveau-né et soins en maternité.....	12
3. Compétences des sages-femmes et cadre législatif.....	15
3.1. L'historique du rôle pédiatrique de la sage-femme	15
3.2. La formation de sage-femme.....	15
3.3. La profession de sage-femme.....	16
4. Justification de l'étude	17
Première partie	18
Matériels et méthodes	18
1. Problématique	18
2. Hypothèses et objectifs	18
2.1. Objectif principal	18
2.2. Objectifs secondaires	18
2.3. Hypothèses	18
3. Type d'étude et population étudiée.....	19
4. Méthodologie.....	19
4.1 Outils d'étude	19
4.2 Construction des questionnaires	19
4.3 Diffusion et relances.....	24
5. Critères de jugement principal et secondaires.....	25
6. Stratégie d'analyse.....	25
7. Considérations éthiques et règlementaires.....	27
Deuxième partie	28
Résultats	28
1. Description générale de la population étudiée.....	28
2. Organisation des suites de couches dans l'APHP.....	30

3.	<i>Cartographie de la prise en charge du nouveau-né au sein de l'APHP</i>	32
3.1.	Prise en charge de l'alimentation.....	32
3.2.	Prise en charge des dépistages.....	35
4.	<i>Sentiments des sages-femmes sur leur rôle auprès du nouveau-né</i>	39
Troisième partie		45
Discussion		45
1.	<i>Forces et limites de l'étude</i>	45
1.1.	Forces de l'étude	45
1.2.	Limites et biais de l'étude	46
2.	<i>Discussion des résultats et perspectives</i>	47
2.1.	Population étudiée.....	47
2.2.	L'organisation de la prise en charge du nouveau-né	48
2.3.	Les compétences de la sage-femme auprès du nouveau-né bien portant	49
2.4.	La légitimité de la sage-femme auprès du nouveau-né bien portant	52
Conclusion		55
Bibliographie		56
Annexes		59
<i>Annexe 1 : Inscription au registre général des traitements de l'APHP</i>		60
<i>Annexe 2 : Lettre d'information à l'intention des sages-femmes et coordinatrices de suites de couches</i>		62
<i>Annexe 3 : Questionnaire à l'intention des coordinatrices de suites de couches</i>		63
<i>Annexe 4 : Questionnaire à l'intention des sages-femmes de suites de couches</i>		67
<i>Annexe 5 : Prise en charge de l'alimentation du nouveau-né dans les maternités de l'APHP</i>		72
<i>Annexe 6 : Prise en charge des dépistages systématiques et des dépistages de pathologies dans les maternités de l'APHP</i>		73
<i>Annexe 7 : Concordances des réponses des sages-femmes et des coordinatrices dans 3 maternités de l'APHP</i>		75
<i>Annexe 8 : Comparaison des scores de compétences auprès du nouveau-né bien portant des sages-femmes dans les services de suites de couches</i>		76

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des sages-femmes.....	29
Tableau 2 : Caractéristiques des maternités	31
Tableau 3 : Prise en charge de l'alimentation du nouveau-né dans les maternités de l'APHP	32
Tableau 4 : Prise en charge des dépistages néonataux.....	36
Tableau 5 : Prise en charge d'une pathologie néonatale.....	36
Tableau 6 : Comparaison des scores de compétences et de légitimité auprès du nouveau-né bien portant des sages-femmes dans les services de suites de couches	42

Liste des figures

Figure 1 : Chronologie de la diffusion et des relances des questionnaires	24
Figure 2 : Cartographie de la prise en charge de l'alimentation du nouveau-né par la sage-femme dans les maternités de l'APHP selon les coordinatrices et les sages-femmes.....	34
Figure 3 : Cartographie de la prise en charge des dépistages systématiques et des dépistages des pathologies du nouveau-né par la sage-femme dans les maternités de l'APHP selon les coordinatrices et les sages-femmes	38
Figure 4a et 4b : Sentiments des sages-femmes sur leurs compétences et leur légitimité auprès du nouveau-né bien portant.....	40
Figure 5 : Cartographie du sentiment de compétence et de légitimité auprès du nouveau-né selon des sages-femmes de l'APHP.....	44

Liste des annexes

Annexe 1 : Inscription au registre général des traitements de l'APHP	60
Annexe 2 : Lettre d'information à l'intention des sages-femmes et coordinatrices de suites de couches	62
Annexe 3 : Questionnaire à l'intention des coordinatrices de suites de couches	63
Annexe 4 : Questionnaire à l'intention des sages-femmes de suites de couches	67
Annexe 5 : Prise en charge de l'alimentation du nouveau-né dans les maternités de l'APHP	72
Annexe 6 : Prise en charge des dépistages systématiques et des dépistages de pathologies dans les maternités de l'APHP	73

Lexique

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

CME : Commission Médicale d'Établissements

CNOSF : Conseil National Ordre des Sage-Femme

GHR : Grossesse à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

PACES : Première Année Communes aux Études de Santé

SDC : Suites De Couches

SDN : Salle de Naissance

SF : Sage-Femme

Introduction

1. Contexte démographique et épidémiologique

L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) correspond à un regroupement de centres hospitaliers universitaires de la région parisienne, soit treize maternités réparties en :

- Type I (Beaujon)
- Type IIa (Tenon, La Pitié, Lariboisière)
- Type IIb (Bichat, Jean Verdier)
- Type III (Necker, Port Royal, Louis Mourier, Trousseau, Le Kremlin Bicêtre, Robert Debré, Antoine-Béclère) (1)

C'étaient 733 sages-femmes qui travaillaient au sein de l'APHP en 2018, soit 5,13% du nombre total de sages-femmes travaillant en milieu hospitalier en France en 2018 (14 293) (2).

En France en 2018, 760 100 enfants (3) sont nés dont 38 520 naissances dans les treize maternités de l'APHP. (4)

La mortalité infantile est, selon l'Institut National d'Étude Démographique, « le nombre de décès d'enfants de moins d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes » (5).

Après une très forte baisse de cette mortalité durant le vingtième siècle, celle-ci est stable depuis plus de dix ans avec une fluctuation autour de 3,7 ‰ depuis 2005. Il est à noter qu'une grande partie des décès a lieu pour des enfants de moins de 28 jours : cela représente la mortalité néonatale soit 2,62 ‰ en 2016 (5).

Pourquoi cette période néonatale est-elle à risque pour le nouveau-né ?

2. Physiologie du nouveau-né et soins en maternité

Le nouveau-né peut être défini comme « un enfant ayant moins de 28 jours » (6), cette période est cruciale puisqu'elle correspond à une période à risque de décès.

Pour identifier les enjeux de la prise en charge du nouveau-né, il faut comprendre la physiologie qui suit la naissance (7) (8). Durant la vie intra-utérine, le cordon ombilical et le placenta permettent l'échange circulatoire mais aussi nutritif entre le fœtus et sa mère. Grâce à ce milieu protecteur, le fœtus bénéficie pendant neuf mois d'une nutrition continue et d'une chaleur quasiment constante. Or, au clampage du cordon peu après la naissance, le nouveau-né se doit d'être autonome

Il s'agit de l'adaptation à la vie extra-utérine nécessitant la gestion :

- De sa respiration,
- De sa circulation sanguine,
- De ses glycémies,
- Et de sa thermorégulation.

Cette adaptation est mesurée à la naissance par le score d'APGAR : évaluant la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, le tonus, la coloration et la réactivité.

Au-delà de la gestion des aspects physiologiques, cette période est aussi caractérisée par son développement affectif (9). À la naissance du nouveau-né, celui-ci commence à développer des compétences relationnelles à travers les différentes interactions qu'il a avec son entourage. Le nouveau-né a un besoin primaire d'attachement dès la naissance nécessaire à son bon développement (10) : l'équipe de maternité a donc un rôle, non seulement dans la prise en charge médicale du couple mère-enfant, mais aussi dans l'accompagnement de la création de ce lien (11) (12) (13).

La prise en charge du nouveau-né commence dès la salle de naissance (14). Ce dernier doit être examiné avant qu'il se rende, avec sa mère, en suites de couches. Cet examen permet, dans un premier temps, de s'assurer de sa bonne adaptation à la vie extra-utérine, et dans un second temps, de dépister certaines malformations (15).

À noter cependant qu'il n'existe pas de consensus sur le contenu exact de l'examen, toutefois, celui-ci est obligatoire avant le départ du nouveau-né en suite de couches (16).

Au vu des éléments de physiologie du nouveau-né, notamment avec la fermeture des différents shunts, un deuxième examen peut donc s'avérer nécessaire afin de dépister le maximum de troubles de l'acquisition aux grandes fonctions vitales (17). Le *National Health Service* recommande que cet examen soit réalisé dans les 72 h suivant l'accouchement (18).

Hormis l'acquisition des grandes fonctions vitales, la surveillance du nouveau-né inclut celle de l'alimentation, avec l'accompagnement dans la mise en place de l'allaitement maternel quand il est souhaité par la mère (19) (20). La surveillance du nourrisson passe aussi par l'évaluation quotidienne du risque d'ictère ainsi que du risque infectieux. Pendant son séjour, des dépistages systématiques seront réalisés à travers le test de Guthrie pour les maladies rares et le test auditif. Des conseils pour le retour à la maison seront prodigués par le biais de réalisation des soins de tous les jours en binôme

avec les parents (toilette, changes, prise des vitamines...). Tout cela en assurant la mise en place du développement affectif de l'enfant (21) (22) (23).

Ces critères doivent être respectés avant toute sortie de maternité. Les sorties sont réalisées de plus en plus tôt avec la généralisation des sorties précoces (13). Celles-ci sont définies par des sorties au cours des 72 premières heures pour un accouchement voie basse et des 96 premières heures pour un accouchement par césarienne (21). Elles sont validées par un pédiatre après un examen médical. Seuls les nouveau-nés bien portants (>38SA, eutrophe et singleton) ainsi que les mères ne présentant pas de pathologie sont éligibles à ces sorties. A leur retour à la maison, une prise en charge doit être mise en place pour continuer cet accompagnement par le biais de rendez-vous avec des sages-femmes, pédiatres ou médecins généralistes, ainsi que des visites en PMI (21).

3. Compétences des sages-femmes et cadre législatif

3.1. L'historique du rôle pédiatrique de la sage-femme

Le terme de pédiatrie est un terme récent puisqu'il date de 1872. La pédiatrie n'était pas une discipline propre mais souvent regroupée avec la médecine générale dans un premier temps, puis, par la suite, avec la médecine obstétricale (24). Toutefois, si le terme est récent, cette médecine, elle, a toujours existé. De nombreux écrits en font l'objet à travers des conseils autour des soins des nouveau-nés et des enfants dès l'antiquité (24).

La pédiatrie est dès le début associée aux sages-femmes. Au II^e siècle déjà, dans *Maladie des Femmes* Soranos d'Ephèse parlait du rôle de la sage-femme auprès du nouveau-né (25). Celle-ci s'occupait alors des soins autour de l'hygiène et de l'alimentation du nouveau-né. La pédiatrie a depuis ce temps toujours été une partie prédominante de la profession de sage-femme. C'est ainsi qu'en 1947 lorsque le diplôme d'État de puéricultrice a été créé, celui-ci était réservé aux infirmières et aux sages-femmes (24).

Si la pédiatrie a une place historique dans la profession de sage-femme, qu'en est-il dans la formation actuelle des étudiants sages-femmes ?

3.2. La formation de sage-femme

La formation pour devenir sage-femme est composée de 5 années :

- La première, commune aux études de santé (PACES), est validée par un concours.
- Les deux années suivantes portent sur l'acquisition des matières générales (cardiologie, digestif, bactériologie etc...) et l'apprentissage des bases de la physiologie de la mère et du nouveau-né. Au terme de ses trois années, l'étudiant(e) obtient une licence en sciences maïeutiques.
- Les deux dernières années sont davantage consacrées à l'étude des pathologies gynécologiques, obstétricales et pédiatriques, et conduisent à l'obtention du grade de master.

À l'issue de sa formation, l'étudiant(e) sage-femme doit être capable de :

- « Participer à la prise en charge d'un nouveau-né présentant une pathologie ; acquérir les bases de la physiologie néonatale ; participer à la prise en charge des urgences néonatales ;
- Assurer la surveillance, l'examen et la prise en charge du nouveau-né dans un cadre hospitalier et extra hospitalier » (26).

De plus, il doit être capable de :

- « Dépister et participer à la prise en charge des pathologies et urgences néonatales ;
- Participer à la prise en charge des nouveau-nés affectés par une pathologie maternelle » (26).

Pour un nouveau-né ayant besoin d'une réanimation néonatale, il doit par ailleurs « maîtriser les gestes techniques et assurer efficacement la réanimation d'un nouveau-né ».

La pédiatrie a donc une grande place dans la formation initiale des sages-femmes au même titre que la gynécologie ou l'obstétrique.

3.3. La profession de sage-femme

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Il s'agit d'un professionnel de santé ayant des compétences officielles pour la surveillance et l'accompagnement du développement du nourrisson (27) (28). Ses compétences sont régies par le Code de Santé Publique et par le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes créé par le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (29).

Ainsi, selon la partie législative du Code de la Santé Publique : « 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 pathologies, concernant le nouveau-né ».

Dans les services de suites de couches, elle a donc légalement les compétences pour prendre en charge un nouveau-né bien portant de façon autonome.

De plus, elle est « notamment autorisée à pratiquer la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin et le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né » (30).

La sage-femme a aussi un droit de prescription qui concerne le nouveau-né, notamment au niveau de la vaccination pour les vaccins et immunoglobulines anti-hépatite B ainsi que le BCG (30).

En primo-prescription, elle peut être amenée à prescrire des antiseptiques locaux, des antifongiques locaux, des anesthésiques locaux, des antalgiques (paracétamol), des vitamines ainsi que des solutions pour perfusion. Dans l'attente du médecin et en cas d'urgence vitale, la sage-femme peut être amenée à prescrire et utiliser l'adrénaline et la naloxone (30).

4. Justification de l'étude

Dans le référentiel métier de la sage-femme il est indiqué que la sage-femme doit « assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches et jusqu'à la visite post-natale ». Cela passe par la réalisation d'un diagnostic « en pratiquant l'examen général de l'enfant », mais aussi « en prescrivant les éventuels examens complémentaires », ou encore « en accompagnant le développement du lien mère-enfant ». La place de la sage-femme paraît donc primordiale en suites de couches auprès du nouveau-né. De plus, cette prise en charge s'inscrit dans la volonté actuelle de prise en charge globale de la diade mère-enfant. Toutefois, on remarque une multiplication du nombre d'intervenants auprès de ce couple.

Si le métier de sage-femme est un métier en évolution permanente avec de plus en plus de responsabilités, les compétences exercées sont disparates selon les maternités, notamment en pédiatrie.

C'est avec toutes ses observations et constats lors des stages, que nous avons choisi de nous questionner sur le rôle de la sage-femme en suites de couches.

En effet, si elle dispose des compétences légales pour la prise en charge du nouveau-né, les utilise-t-elle pour autant et ressent-elle la reconnaissance de ses pairs ?

À travers la cartographie de la prise en charge du nouveau-né, cette étude a cherché à démontrer la place effective de la sage-femme au sein des hôpitaux de l'APHP.

Première partie

Matériels et méthodes

1. Problématique

Quelles sont les différentes organisations de prise en charge du nouveau-né dans les hôpitaux de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et comment la sage-femme s'inscrit-elle dans cette prise en charge ?

2. Hypothèses et objectifs

2.1. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de cartographier les prises en charge du nouveau-né dans les maternités de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude étaient :

- D'analyser la disparité de l'utilisation des compétences des sages-femmes auprès du nourrisson,
- D'évaluer dans quelles mesures les sages-femmes se sentent compétentes et légitimes dans la prise en charge du nouveau-né bien portant.

2.3. Hypothèses

Nos hypothèses pour cette étude étaient les suivantes :

- L'organisation de la prise en charge du nouveau-né est différente suivant les maternités de l'APHP entraînant une disparité dans l'utilisation des compétences de la sage-femme,
- La sage-femme n'utilise pas toutes ses compétences pédiatriques,
- La sage-femme ne se sent pas légitime dans son rôle auprès du nouveau-né bien portant.

3. Type d'étude et population étudiée

Il s'agissait d'une étude d'observation descriptive multicentrique à travers deux questionnaires, l'un à l'intention des coordinatrices de suites de couches et l'autre à l'intention des sages-femmes travaillant en suites de couches.

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les coordinatrices de suites de couches des maternités de l'APHP,
- Les sages-femmes des maternités de l'APHP travaillant en suites de couches.

Nous avons exclu de notre étude :

- Les coordinatrices et sages-femmes travaillant dans des maternités hors APHP,
- Les sages-femmes ne travaillant jamais en suites de couches,
- Les questionnaires incomplets.

4. Méthodologie

4.1 Outils d'étude

Nous avons effectué une étude observationnelle descriptive multicentrique à travers deux questionnaires anonymes.

4.2 Construction des questionnaires

Questionnaire à l'intention des coordinatrices (Annexe 3)

Avant d'envoyer les différents questionnaires aux coordinatrices de suites de couches, celui-ci a été testé par 6 personnes prises au hasard parmi des étudiantes sages-femmes. Cela a permis d'évaluer le temps moyen pour répondre (9 minutes en moyenne), ainsi que de reformuler certaines questions pour apporter plus de clarté et éviter les interprétations erronées.

Le questionnaire débutait par une note d'information. Celle-ci présentait aux coordinatrices des suites de couches, notre étude, ses objectifs et ses différentes parties. Elle avait pour but également de les informer de leurs droits quant à l'utilisation de leurs données et de leur garantir l'anonymat.

Le questionnaire était divisé en 5 parties couvrant 47 questions en cas d'absence de suites de couches pathologiques, et de 8 parties couvrant 69 questions en cas de suites de couches pathologiques.

En effet, dans la mesure où l'organisation des suites de couches, pouvait être différente, au sein d'un même hôpital en cas de présence d'un service de suites de couches pathologiques, nous avons décidé de doubler certaines parties pour obtenir une plus grande justesse dans la cartographie, et prendre en compte chaque organisation de service.

Les questions de l'étude étaient pour la plupart fermées (à choix unique, multiple ou par échelle). Ces questions ont été analysées de manière quantitative.

Nous avons posé deux questions ouvertes afin d'obtenir une plus grande richesse dans les réponses. Ces deux questions ont été analysées de manière qualitative.

La première partie était consacrée aux caractéristiques de l'hôpital (son nom, son type) :

Nous avons tout d'abord demandé le nombre d'accouchements en 2018.

Nous avons ensuite cherché à savoir s'il existait une unité d'hospitalisation de néonatalogie au sein de la maternité, et le cas échéant, si la sage-femme était impliquée dans les soins du nouveau-né hospitalisé.

Le nombre de pédiatres sur place pouvant différer suivant les heures de la journée et de la nuit, nous avons demandé leur nombre la journée pendant la semaine, la nuit et le week-end.

Enfin, nous avons souhaité identifier s'il existait une unité de suites de couches pathologiques. En cas de réponse positive, la coordinatrice des suites de couches devait répondre à un double questionnaire pour les services de maternité physiologiques et pathologiques. Lors d'une réponse négative, la coordinatrice des suites de couches n'avait à remplir qu'un questionnaire pour son service.

La deuxième partie portait sur l'organisation générale du service.

Pour commencer, nous avons cherché à identifier le nombre de lits dans le service. Puis nous avons interrogé les coordinatrices sur le nombre de soignants (sage-femme, infirmier(ère), infirmier(ère) de puériculture, aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture), en journée et en nuit, ainsi que leurs horaires. Cela nous permettait de connaître le nombre de patients par soignant.

Nous avons, enfin, demandé qui pouvait être appelé la nuit en cas de problème (sage-femme des urgences, de salle de naissance, de grossesse à haut risque...) si les SF n'étaient pas présentes systématiquement dans le service la nuit.

La troisième partie portait sur la prise en charge du nouveau-né bien portant. Dans cette partie, nous avons questionné les coordinatrices sur les différentes répartitions des tâches auprès du nouveau-né, à savoir :

- La courbe de poids,
- Les surveillances glycémiques,
- Les surveillances de l'ictère,
- Les dépistages auditifs,
- Le guthrie.

En cas de prescriptions médicales (prescription de compléments alimentaires, de tire-lait, de surveillances glycémiques), nous avons cherché à identifier qui effectuait la prescription : la sage-femme en autonomie, la sage-femme après avis du pédiatre, ou le pédiatre lui-même.

Enfin, nous avons demandé qui décidait de la sortie du nouveau-né bien portant : la sage-femme en autonomie, la sage-femme après avis du pédiatre, ou le pédiatre lui-même.

La quatrième partie portait sur la prise en charge du nouveau-né présentant une pathologie. Nous nous sommes intéressés en particulier à la prise en charge de deux pathologies très fréquentes en suites de couches, à savoir l'ictère et l'infection.

Par rapport à l'ictère, nous avons demandé qui prescrivait les bilans, qui les réalisait, qui prescrivait la photothérapie et qui la surveillait.

Pour l'infection, nous avons demandé qui prescrivait les bilans, qui les réalisait, qui prescrivait l'antibiothérapie et qui la surveillait.

Nous avons enfin ajouté une question pour savoir si le nouveau-né présentant une pathologie était systématiquement hospitalisé en néonatalogie. Cela nous a permis de savoir si le nouveau-né dépendait toujours du service des suites de couches.

En cas de suites de couches physiologiques et pathologiques, les parties deux, trois et quatre étaient doublées.

La dernière partie était une partie plus ouverte afin de recueillir l'opinion des coordinatrices sur le rôle de la sage-femme en suites de couches.

Pour cela, plusieurs affirmations leur ont été proposées dans le questionnaire :

- « Je trouve que les sages-femmes sont compétentes pour le suivi du nouveau-né bien portant,
- Je trouve que les sages-femmes sont reconnues par leur pairs pour le suivi du nouveau-né bien portant,
- Je souhaiterai donner plus de compétences aux sages-femmes pour le suivi du nouveau-né bien portant ».

Afin d'apprécier leurs opinions vis-à-vis des affirmations précédentes, nous avons utilisé des échelles de Likert : 1,2,3 et 4 (1 étant pas du tout d'accord et 4 complètement d'accord).

Au travers de deux questions ouvertes complémentaires, nous cherchions à identifier les arguments de leurs réponses et leurs remarques éventuelles.

Questionnaire à l'intention des sages-femmes (Annexe 4)

Comme pour celui à l'intention des coordinatrices de suites de couches, le questionnaire à l'intention des sages-femmes a été testé par 6 personnes prises au hasard parmi des membres de notre entourage et a nécessité en moyenne 5 minutes pour le remplir.

Le questionnaire débutait par une note d'information. Celle-ci présentait aux sages-femmes des suites de couches, notre étude, ses objectifs et ses différentes parties. Elle avait pour but également de les informer de leurs droits quant à l'utilisation de leurs données et de leur garantir l'anonymat.

Le questionnaire était divisé en 5 parties et se composait de 42 questions.

Les questions étaient pour la plupart fermées (à choix unique, multiple ou par échelle). Ces questions ont été analysées de manière quantitative.

Pour conclure le questionnaire, une question ouverte permettait de recueillir leurs remarques éventuelles sur le sujet ou sur le questionnaire. Cette question a été analysée de manière qualitative.

La première partie portait sur les caractéristiques socio-démographiques de la sage-femme, à savoir leur sexe, leur âge, leur année de diplôme ainsi que l'école dans laquelle il a été obtenu.

Il leur était demandé la maternité dans laquelle elle travaillait, et ce, depuis combien de temps.

Dans certaines maternités, les suites de couches sont divisées en suites de couches physiologiques et pathologiques. Afin de ne pas faire remplir deux fois le questionnaire aux sages-femmes, il leur a été demandé d'indiquer dans quel service elles travaillaient principalement, puis en fonction de leur réponse, elles étaient redirigées vers un questionnaire pour les suites de couches physiologiques ou pathologiques. Les sages-femmes non concernées étaient directement redirigées vers le questionnaire pour les suites de couches physiologiques.

Le questionnaire comportait ensuite deux parties : l'une sur la prise en charge du nouveau-né bien portant, et l'autre sur la prise en charge du nouveau-né présentant une pathologie. Ces deux parties sont composées des mêmes questions que celles posées aux coordinatrices des suites de couches.

De plus, quelques questions ont été ajoutées afin d'obtenir davantage de précisions sur l'opinion des sages-femmes quant à leurs connaissances pédiatriques. Nous avons utilisé le même outil – l'échelle de Lickert – avec les mêmes modalités d'analyse que pour les coordinatrices de suites de couches.

Les affirmations étaient les suivantes :

- « Je me sens très à l'aise dans l'examen clinique du nouveau-né,
- Je me sens très à l'aise dans la prise en charge de l'alimentation du nouveau-né,
- Je me sens très à l'aise dans la prise en charge de l'ictère du nouveau-né,
- Je me sens très à l'aise dans la prise en charge du nouveau-né infecté ».

La dernière partie était une partie plus ouverte afin de recueillir l'opinion des sages-femmes sur leur rôle en suites de couches.

Comme précédemment, plusieurs affirmations ont été accompagnées d'une échelle de Likert comme outil d'appréciation :

- « Je pense m'investir suffisamment dans mon rôle auprès du nouveau-né,
- Je pense avoir les connaissances suffisantes pour la prise en charge d'un nouveau-né bien portant,
- Je pense être reconnue par mes pairs pour la prise en charge d'un nouveau-né bien portant,
- Je souhaiterais m'investir davantage auprès du nouveau-né bien portant ».

Il leur était enfin demandé quelles étaient, selon elles, les limites de la prise en charge par la sage-femme du nouveau-né bien portant :

- « Manque de temps,
- Manque de compétences,

- Manque de légitimité,
- Manque de reconnaissance par les pairs,
- Prise en charge déjà suffisante,
- Autre raison ».

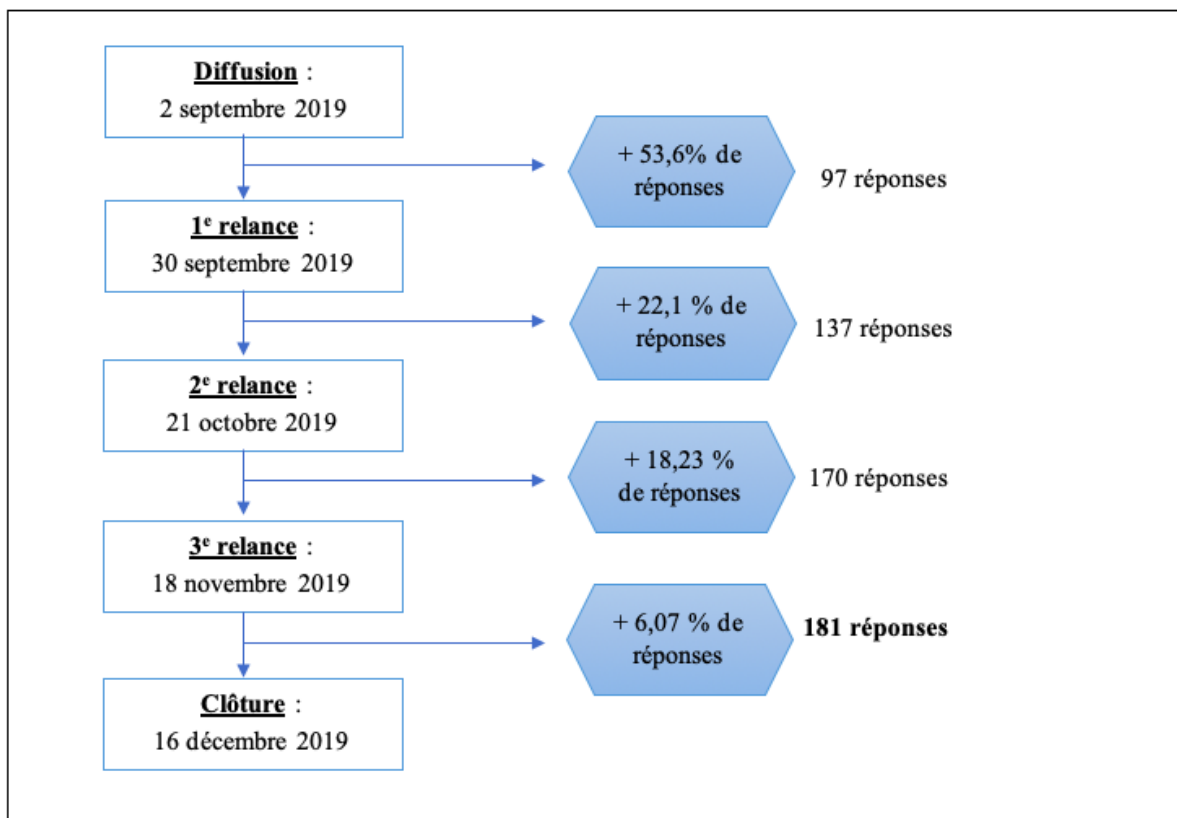
4.3 Diffusion et relances

Pour obtenir le plus de réponses possibles, nous avons décidé de diffuser ces questionnaires de manière informatique. Les questionnaires ont été transmis par mail aux coordinatrices de suites de couches des 13 maternités de l'APHP le 02 septembre 2019 en vue d'une transmission à leur équipe. Ce courriel contenait une explication de l'étude réalisée, de ses modalités et de ses objectifs. Il était précisé dans celui-ci toutes les considérations éthiques et règlementaires.

Afin d'augmenter le nombre de réponses, trois relances ont été effectuées à 4 semaines d'intervalle avec une clôture le 16 décembre 2019.

Cela correspondait à une phase de collecte de 16 semaines.

Figure 1 : Chronologie de la diffusion et des relances des questionnaires



5. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal de cette étude était la description de l'organisation des soins du nouveau-né pendant son séjour en suites de couches.

Les critères de jugement secondaires portaient sur l'organisation du personnel en suites de couches et sur la place de la sage-femme dans la prise en charge du nouveau-né bien portant.

6. Stratégie d'analyse

Une première partie de l'analyse des résultats avait été faite de manière descriptive. Il s'agissait notamment des caractéristiques socio-professionnelles des sages-femmes interrogées ainsi que les caractéristiques des maternités de l'APHP à l'aide du questionnaire à l'intention des sages-femmes coordinatrices.

Nous avons présenté les variables catégorielles sous forme d'effectif et du pourcentage correspondant et les variables continues, sous forme de moyenne associée à leur écart type.

Par la suite, nous avons souhaité montrer qui assure la prise en charge du nouveau-né concernant l'alimentation, les dépistages systématiques (guthrie, biliflash) ainsi que les dépistages en cas de pathologies.

Nous avons ainsi réalisé une analyse descriptive pour mettre en évidence qui s'occupait de quelle tâche.

Afin de faire ressortir le rôle de la sage-femme, nous avons réalisé des cartographies :

- La première avait pour but de cartographier la prise en charge par la sage-femme de l'alimentation dans les différentes maternités de l'APHP : des pictogrammes ont été retenus afin de représenter les différentes tâches réalisées auprès du nouveau-né.
- Lorsqu'une majorité de sages-femmes avaient répondu que c'était une tâche réalisée par elles, le pictogramme correspondant figurait sur la carte.
- A contrario, lorsque cette tâche était en majorité réalisée par un autre personnel soignant, ce pictogramme n'apparaissait pas sur la carte. Les réponses des sages-femmes et des coordinatrices des suites de couches pouvant varier, il a été décidé d'afficher les réponses des deux, l'une à côté de l'autre.

La deuxième cartographie reprenait, quant à elle, la prise en charge par la sage-femme des dépistages systématiques et des dépistages de pathologies.

Nous avons ainsi réalisé un score de compétences des sages-femmes. Pour cela, nous avons additionné leur auto-évaluation sur leurs compétences à propos de :

- Examen clinique du nouveau-né,
- Prise en charge de l'alimentation,
- Prise en charge de l'ictère,
- Prise en charge de l'infection.

Le score étant sur 16, afin de faciliter la lecture des résultats, nous avons converti ce score sur 20. Nous avons considéré que les sages-femmes ayant obtenu une note ≥ 13 , s'auto-évaluaient comme ayant de bonnes compétences.

Nous avons réalisé un deuxième score à partir des auto-évaluations des sages-femmes, sur leur légitimité.

Pour cela, nous avons additionné leur auto-évaluation, pour savoir si elles se sentaient :

- Suffisamment investie auprès du nouveau-né,
- Suffisamment compétente,
- Suffisamment reconnue par leurs pairs.

Le score était sur 12, afin de faciliter la lecture des résultats, nous avons converti ce score sur 20. Nous avons considéré que les sages-femmes ayant obtenu une note ≥ 13 , s'auto-évaluaient comme ayant une bonne légitimité auprès du nouveau-né bien portant. Nous avons fait le choix de retenir cette valeur 13 au vu de notre médiane à 13,75.

Nous avons ensuite cherché à savoir s'il existait un lien entre :

- Le score et le type de maternité,
- Le score et les années d'expérience,
- Le score et la présence de puéricultrice,
- Les deux scores entre eux.

Enfin, nous avons cartographié le sentiment de compétence et de légitimité des sages-femmes de l'APHP auprès du nouveau-né.

Pour cela, nous avons, dans un premier temps, additionné les tâches réalisées en majorité par la sage-femme (à l'aide des deux premières cartographies). Nous avons pu ainsi obtenir un nombre de tâches effectuées en majorité par la sage-femme dans chaque maternité.

Nous avons ensuite fait figurer sur la cartographie le pourcentage de sages-femmes ayant obtenu un score de compétence ≥ 13 , et un score de légitimité ≥ 13 .

Nous avons utilisé pour les variables catégorielles un test de Chi2 lorsque les conditions d'utilisation étaient réunies. Lorsque les effectifs étaient trop faibles, nous avons utilisé un test exact de Fisher.

Les analyses comparatives ont été réalisées à partir du site internet BiostatGV (31). Nous avons réalisé des tests avec un risque alpha de 5 %, le test était donc considéré comme positif lorsque *p value* était inférieur ou égal à 0,05 %.

7. Considérations éthiques et réglementaires

Cette étude a été réalisée selon les règles éthiques : l'anonymat, des sages-femmes, des coordinatrices des suites de couches et des maternités, a été respecté.

Une note d'information était présente en début de questionnaire afin d'informer les participantes de leurs droits (Annexe 2).

À tout moment de l'étude, les sages-femmes et coordinatrices interrogées avaient le droit d'accès, de modification, de suppression, de limitation et de portabilité des données.

Enfin, un diagnostic de conformité et sécurité V7 a été déposé. Cette étude a alors été inscrite au registre général des traitements de l'APHP avec le numéro : 20190724221057 (Annexe 1).

Deuxième partie

Résultats

1. Description générale de la population étudiée

Nous avons obtenu 181 réponses de la part des sages-femmes et 11 réponses de la part des coordinatrices des suites de couches. Nous avons eu au moins une réponse de chaque maternité de l'APHP en ce qui concerne les sages-femmes.

Cela correspondait à 24,69 % des sages-femmes travaillant à l'APHP et à 84,61 % des coordinatrices des suites de couches.

Notre population était majoritairement féminine avec 98,00 % de femmes pour les sages-femmes et 100,00 % de femmes pour les coordinatrices.

Les sages-femmes ayant répondu étaient en moyenne jeunes : la moitié ayant moins de 28 ans. Notre population avait obtenu son diplôme entre 1983 et 2019 dont 50 % après 2015. Elles ont été diplômées de la région parisienne pour 58,01 % des sages-femmes et hors région parisienne pour 41,99 %.

Elles étaient 30,94 % à travailler depuis moins d'un an dans leur hôpital : 50,27 % avaient entre 1 et 10 ans d'ancienneté et 18,78 % plus de 10 ans.

Au cours de la dernière année, 24,31 % avaient travaillé moins d'un mois en suites de couches, 33,70 % entre 1 et 3 mois, 31,49 % entre 3 et 6 mois et 11,64 % plus de 6 mois.

Dans certaines maternités, il existe plusieurs types de suites de couches (physiologiques et pathologiques). Les sages-femmes avaient alors le choix, au moment de remplir le questionnaire, de le compléter pour le service dans lequel elles étaient affectées le plus souvent.

Nous avons obtenu 146 réponses (80,66 %) pour le questionnaire portant sur les suites de couches physiologiques et 35 réponses (19,34 %) pour les suites de couches pathologiques.

Les populations des deux questionnaires étaient comparables avec des différences non significatives au niveau de leurs caractéristiques socio-démographiques.

Le tableau 1 reprend toutes ces caractéristiques.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des sages-femmes

	Sages-femmes suites de couches physiologiques n (%) m ± sd	Sages-femmes suites de couches pathologiques n (%) m ± sd	p	Sages-femmes total n (%) m ± sd
Sexe				
Féminin	146 (80,70)	35 (100)	0,92 [£]	178 (98,00)
Masculin	3 (2,10)	0 (0,00)		3 (2,00)
Âge				
≤ 25 ans	49 (35,56)	10 (28,57)	0,61 ^{\$}	59 (32,60)
26-30 ans	38 (26,03)	12 (34,29)		50 (27,62)
≥ 31 ans	59 (40,41)	13 (37,14)		72 (39,78)
Obtention du diplôme				
Année du diplôme	2011 ± 8,16	2011 ± 6,28	0,56 [€]	2011 ± 7,12
Nombre d'années d'expérience	8 ± 8,17	8 ± 6,28		8 ± 7,12
Lieu de formation				
Région Parisienne	83 (56,85)	22 (62,86)	0,65 ^{\$}	105 (58,01)
Autre	63 (43,15)	13 (37,14)		76 (41,99)
Exercice libéral				
Oui	140 (95,89)	31 (88,57)	0,10 [£]	171 (94,48)
Non	6 (4,11)	4 (11,43)		10 (5,52)
Type de maternité				
1	14 (9,59)	0 (0,00)	0,02 [£]	14 (7,75)
2	37 (25,34)	4 (11,43)		41 (22,65)
3	95 (65,07)	31 (88,57)		126 (69,62)
Ancienneté au sein de l'établissement				
< 6 mois	24 (16,44)	4 (11,43)	0,57 [£]	28 (15,47)
6 mois - 1 an	23 (15,75)	5 (14,29)		28 (15,47)
1 - 5 ans	34 (23,29)	11 (31,43)		45 (24,86)
5 - 10 ans	35 (23,97)	11 (31,43)		46 (25,41)
> 10 ans	30 (20,55)	4 (11,43)		34 (18,78)
Temps en suites de couches la dernière année				
< 1 mois	36 (24,66)	8 (22,86)	0,60 [£]	44 (24,31)
1 - 3 mois	46 (31,51)	15 (42,86)		61 (33,70)
3 - 6 mois	47 (32,19)	10 (28,57)		57 (31,49)
> 6 mois	17 (11,64)	2 (5,71)		19 (10,50)

Tests utilisés : Chi2 (\$), Fisher (£) et Student (€)

2. Organisation des suites de couches dans l'APHP

En ce qui concerne les coordinatrices de suites de couches, 11 d'entre elles nous ont répondu. Nous avons donc pu réaliser la cartographie de la prise en charge du nouveau-né de 11 maternités de l'APHP.

Nous avons eu : 6 réponses de type 3, 2 réponses de type 2b, 2 réponses de type 2a et 1 réponse de type 1.

Tous les hôpitaux, hormis celui de type 1, possédaient une unité d'hospitalisation néonatale. Les sages-femmes étaient alors impliquées dans les soins du nouveau-né hospitalisé dans 54,55 % des cas.

Sur ces 11 hôpitaux, 5 ont déclaré avoir un service de suites de couches physiologiques et un service de suites de couches pathologiques.

7 coordinatrices sur les 11 interrogées (63,64 %) ont répondu qu'il y avait une fiche de poste pour les sages-femmes en suites de couches.

Nous avons présenté dans le tableau 2 les caractéristiques des maternités. Lors de notre questionnaire, nous avons demandé le nombre de soignants par jour et par nuit. Les résultats obtenus présentaient le nombre de lits affectés à un soignant par jour (12 h) et par nuit (12 h).

En cas d'absence de sage-femme la nuit, nous avons fait figurer dans le tableau la sage-femme à appeler en cas de problème.

Tableau 2 : Caractéristiques des maternités

	Béclère	Beaujon	Jean Verdier	La Pitié	Lariboisière	Necker	Port Royal	Tenon	Trousseau	Robert Debré	Kremlin Bicêtre
Caractéristiques générales											
Nombre d'accouchement en 2018	2600	1141	2500	2300	2353	3100	5499	2500	3865	3090	3300
Type	3	1	2b	2b	2a	3	3	2a	3	3	3
Unité hospitalisation	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SDC pathologiques	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Nombre de lits	25	25	25	28	33	30	68	25	56	40	45
Nombre de pédiatre											
La journée	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2	3
La nuit	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Le week-end	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
Nombre de lits par sage-femme											
La journée	7	13	16	18	11	8	12	13	28	20	15
La nuit	25	25	SF SDN	SF SDN	33	15	34	25	SF SDN	SF GHR	45
Nombre de lits par infirmier(ère) de puériculture											
La journée	13	0	0	14	17	0	0	0	14	20	23
La nuit	13	0	0	18	33	0	0	0	28	20	23
Nombre de lits par aide soignant(e) ou auxiliaire de puériculture											
La journée	6	6	6	7	9	15	8	6	7	20	11
La nuit	8	8	8	9	10	19	20	8	28	20	23

3. Cartographie de la prise en charge du nouveau-né au sein de l'APHP

3.1. Prise en charge de l'alimentation

Au-delà des questions générales, nous avons interrogé les sages-femmes et les coordinatrices de suites de couches sur la prise en charge de l'alimentation du nouveau-né.

D'après le questionnaire à l'intention des sages-femmes, cette surveillance était réalisée à 72,93 % par la sage-femme, à 19,34 % par les auxiliaires de puériculture ou les aides-soignantes à 7,18 % par le pédiatre et à 0,55 % par les infirmières de puériculture.

De plus, la sage-femme était majoritairement citée comme autonome dans la prescription de compléments (58,01 %), de tire lait (98,90 %), et de surveillances glycémiques (72,93 %). Ces surveillances glycémiques étaient alors majoritairement réalisées par les sages-femmes (55,25 %).

Dans le tableau 3, nous retrouvons la répartition des réponses quant à l'organisation des personnels soignants pour la prise en charge de l'alimentation du nouveau-né.

Tableau 3 : Prise en charge de l'alimentation du nouveau-né dans les maternités de l'APHP

	Sages-femmes n (%)	Coordinatrices des suites de couches n (%)
Surveillance de la courbe de poids		
Pédiatre	13 (7,18)	0 (0,00)
Sage-femme	132 (72,93)	9 (81,82)
Infirmière	1 (0,55)	0 (0,00)
AS/AP	35 (19,34)	2 (18,18)
Prescription compléments		
Pédiatre	29 (16,02)	1 (9,09)
Sage-femme après avis du pédiatre	47 (25,97)	2 (18,18)
Sage-femme en autonomie	105 (58,01)	8 (72,73)
Prescription tire-lait		
Pédiatre	0 (0,00)	0 (0,00)
Sage-femme après avis du pédiatre	2 (1,10)	0 (0,00)
Sage-femme en autonomie	179 (98,90)	11 (100,00)
Prescription surveillances glycémiques		
Pédiatre	26 (14,36)	2 (18,18)
Sage-femme après avis du pédiatre	23 (12,71)	0 (0,00)
Sage-femme en autonomie	132 (72,93)	9 (81,82)
Réalisation surveillances glycémiques		
Pédiatre	0 (0,00)	0 (0,00)
Sage-femme	100 (55,25)	8 (72,73)
Infirmière	72 (39,78)	3 (27,27)
AS/AP	9 (4,97)	0 (0,00)

Nous avons alors réalisé une cartographie, en figure 2, afin de montrer cette répartition pour chaque maternité de l'APHP (Annexe 5).

Comme expliqué précédemment, nous avons associé à chaque tâche auprès du nouveau-né un pictogramme. Ce pictogramme était représenté sur la carte quand cette tâche était, d'après les réponses des questionnaires, majoritairement effectuée par une sage-femme.

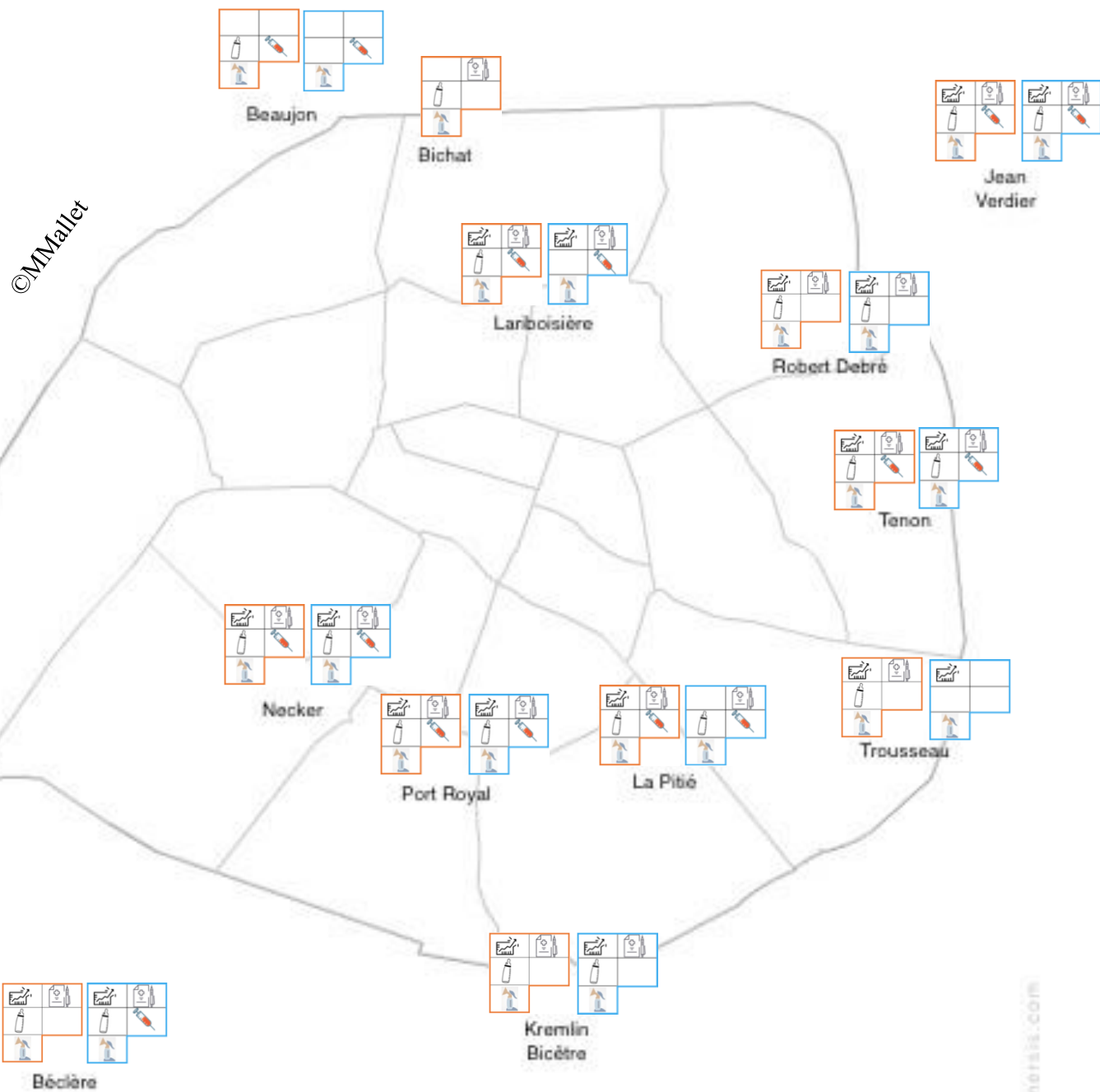
Si, en regardant le total des résultats, la sage-femme était le soignant qui s'occupait en majorité de la prise en charge de l'alimentation, nous avons pu constater qu'en analysant nos résultats par maternité, ce n'était plus toujours le cas.

Ainsi, la sage-femme réalisait en majorité la surveillance de la courbe de poids dans 11 maternités parmi les 13 maternités de l'APHP (soit dans 84,61% des maternités). Elle prescrivait en autonomie des compléments et des tire-laits dans toutes les maternités de l'APHP. Elle prescrivait les surveillances glycémiques dans 12 maternités (soit dans 92,31% des maternités). Enfin, c'est elle qui réalisait ces surveillances glycémiques dans 7 maternités (soit dans 53,85% des maternités).

Nous avons observé alors une réelle disparité dans les compétences utilisées par les sages-femmes en fonction de leurs lieux d'exercice.

Toutefois, cette disparité existait aussi au sein d'une même maternité. Les réponses des coordinatrices et des sages-femmes n'étant pas toujours identiques. C'est pour cela que nous avons décidé de faire apparaître sur la figure 2 les réponses des sages-femmes ainsi que des coordinatrices.

Figure 2 : Cartographie de la prise en charge de l'alimentation du nouveau-né par la sage-femme dans les maternités de l'APHP selon les coordinatrices et les sages-femmes



- Surveillance de la courbe de poids
- Prescription des compléments.
- Prescription d'un tire lait
- Prescription des surveillances glycémiques
- Réalisation des surveillances glycémiques
- D'après les réponses des sages-femmes
- D'après les réponses des coordinatrices

©MMallet

3.2. Prise en charge des dépistages

Si la sage-femme était très présente dans la prise en charge de l'alimentation du nouveau-né, elle l'était moins en ce qui concerne les dépistages systématiques et les dépistages des pathologies.

L'examen clinique est réalisé en salle de naissance systématiquement par la sage-femme dans toutes les maternités de l'APHP. Nous avons interrogé les sages-femmes ainsi que les coordinatrices sur le nombre d'examen clinique que le nouveau-né a pendant son séjour en maternité. Le nouveau-né est examiné 2 fois dans 12 maternités : une fois en salle de naissance par la sage-femme et une fois pendant son séjour en suites de couches par le pédiatre. Le nouveau-né est examiné 3 fois dans une seule maternité de l'APHP : une fois en salle de naissance par la sage-femme, une deuxième fois par la sage-femme à J1 et une troisième fois par le pédiatre avant sa sortie.

En cas de signe d'appel d'une pathologie, les sages-femmes répondaient que le soignant qui allait examiner le nouveau-né en première intention était la sage-femme dans 48,62 % des cas et le pédiatre dans 51,38 %. Les réponses transmises par les sages-femmes étaient en corrélation avec les réponses données par les coordinatrices des suites de couches.

Dans les maternités de l'APHP, la surveillance de l'ictère par la réalisation de biliflash était en majorité réalisé par les auxiliaires de puéricultures ou les aides-soignantes (55,80 %). Les dépistages auditifs (OEA ou PEA) étant réalisés en grande majorité par les auxiliaires de puéricultures ou les aides-soignants (96,69 %). La sage-femme était majoritairement citée pour la réalisation du guthrie (55,25 %) ainsi que pour la décision de sortie d'un nouveau-né bien portant (65,19 %).

En ce qui concerne la prise en charge d'une pathologie, nous avons décidé de questionner les sages-femmes sur deux pathologies les plus fréquentes en suites de couches : l'ictère et l'infection (Annexe 6).

En cas de suspicion d'ictère, la sage-femme réalisait en majorité la prescription du bilan, en autonomie dans 46,96 % des cas et, après avis du pédiatre, dans 32,60 % des cas.

Pour ce qui est du dépistage de l'infection, la sage-femme n'était citée que dans 8,38 % des cas pour la prescription du bilan en autonomie et dans 31,84 % des cas pour la prescription après avis du pédiatre.

La réalisation de ces bilans étant faite en majorité par les sages-femmes : dans 68,51% des cas pour l'ictère, et dans 62,43% des cas pour l'infection.

La prescription de photothérapie et d'une antibiothérapie était réalisée par le pédiatre dans la plupart des cas. Le nouveau-né étant en grande majorité hospitalisé lors d'un ictère ou d'une infection, la sage-femme n'était jamais citée pour la surveillance du nouveau-né une fois la photothérapie ou l'antibiothérapie mises en place.

Tableau 4 : Prise en charge des dépistages néonataux

	Sages-femmes n (%)	Coordinatrices des suites de couches n (%)
Surveillance de l'ictère		
Pédiatre	6 (3,31)	0 (0,00)
Sage-femme	68 (37,57)	3 (27,27)
Infirmière	6 (3,31)	0 (0,00)
AS/AP	101 (55,80)	8 (72,73)
Réalisation des OEA/PEA		
Pédiatre	1 (0,55)	0 (0,00)
Sage-femme	1 (0,55)	0 (0,00)
Infirmière	4 (2,21)	0 (0,00)
AS/AP	175 (96,69)	11 (100,00)
Réalisation du guthrie		
Pédiatre	0 (0,00)	0 (0,00)
Sage-femme	100 (55,25)	9 (81,82)
Infirmière	72 (39,78)	2 (18,18)
AS/AP	9 (4,97)	0 (0,00)
Décision de sortie du nouveau-né bien portant		
Pédiatre	28 (15,47)	1 (9,09)
Sage-femme après avis du pédiatre	35 (19,34)	3 (27,27)
Sage-femme en autonomie	118 (65,19)	7 (63,64)
Examen du nouveau-né en cas de signe d'appel		
Pédiatre	93 (51,38)	8 (72,73)
Sage-femme	88 (48,62)	3 (27,27)

Tableau 5 : Prise en charge d'une pathologie néonatale

	Ictère	Infection
Suspicion maladie : Prescription du bilan		
Pédiatre	37 (20,44)	108 (59,78)
Sage-femme après avis du pédiatre	59 (32,60)	58 (31,84)
Sage-femme en autonomie	85 (46,96)	15 (8,38)
Suspicion maladie : Réalisation du bilan		
Pédiatre	0 (0,00)	6 (3,31)
Sage-femme	124 (68,51)	113 (62,43)
Infirmière	57 (31,49)	62 (34,25)
AS/AP	0 (0,00)	0 (0,00)
Prescription		
	Photothérapie	Antibiothérapie
Pédiatre	161 (96,41)	166 (99,40)
Sage-femme après avis du pédiatre	5 (2,99)	1 (0,60)
Sage-femme en autonomie	1 (0,60)	0 (0,00)
Surveillance		
	Photothérapie	Antibiothérapie
Pédiatre	45 (26,95)	56 (33,53)
Sage-femme	0 (0,00)	0 (0,00)
Infirmière	121 (72,45)	5 (2,99)
AS/AP	1 (0,60)	106 (58,56)
Nouveau-né systématiquement hospitalisé		
Oui	126 (69,61)	134 (74,03)
Non	55 (30,39)	47 (25,97)

Comme pour la prise en charge de l'alimentation, nous avons décrit les résultats par maternité à l'aide d'une cartographie (Annexe 6).

Pour ce faire, nous avons choisi de mettre en avant les compétences qui peuvent être utilisées par la sage-femme, à savoir : le dépistage du risque d'ictère, la réalisation du test du guthrie, la prescription d'un bilan en cas de suspicion de pathologie et la réalisation de ce bilan.

Nous avons retrouvé, là aussi, une disparité entre les maternités, ainsi qu'une disparité entre les réponses des sages-femmes et des coordinatrices à l'échelle des maternités.

En ce qui concerne le dépistage du risque d'ictère, la sage-femme était citée comme étant le soignant le réalisant dans 1 maternité (soit 0,77 % des cas). La sage-femme était citée dans 8 maternités pour la réalisation du guthrie (61,54 %).

À propos du dépistage en cas de suspicion de pathologie, elle prescrivait le bilan dans 4 maternités (30,76 %), et le réalisait dans 9 maternités (69,23 %).







Figure 3 : Cartographie de la prise en charge des dépistages systématiques et des dépistages des pathologies du nouveau-né par la sage-femme dans les maternités de l'APHP selon les coordinatrices et les sages-femmes



Louis Mounier

©MMallet



-  Dépistage du risque d'ictère (Biliflash)
-  Réalisation du guthrie
-  Prescription du bilan en cas de risque d'ictère ou d'infection
-  Réalisation du bilan en cas de risque d'ictère ou d'infection
-  D'après les réponses des sages-femmes
-  D'après les réponses des coordinatrices

4. Sentiments des sages-femmes sur leur rôle auprès du nouveau-né

Enfin, nous nous sommes intéressés aux sentiments des sages-femmes sur leur rôle auprès du nouveau-né. Nous avons réalisé un score afin d'apprécier leurs perceptions sur leurs compétences et sur leur légitimité.

En ce qui concerne leurs compétences, les sages-femmes avaient un score de 13,84/20 en moyenne. Ce score se compose d'une note pour l'examen clinique (15,58/20 en moyenne), la prise en charge de l'alimentation (15,03/20 en moyenne), la prise en charge de l'ictère (13,78/20 en moyenne) et la prise en charge de l'infection (10,97/20 en moyenne).

L'examen clinique du nouveau-né étant la compétence pour laquelle les sages-femmes interrogées se sentaient le plus à l'aise : 58,01 % se disaient assez à l'aise et 27,62 % très à l'aise.

A contrario, la prise en charge de l'infection étant la compétence pour laquelle les sages-femmes se sentaient le moins à l'aise : 51,38 % se considéraient peu à l'aise et 16,02 %, pas du tout à l'aise.

Pour se sentir légitime dans son travail, une personne doit se sentir suffisamment investie, suffisamment compétente et suffisamment reconnue par ses pairs.

Nous avons interrogé les sages-femmes sur chacun de ces critères. En moyenne, les sages-femmes évaluaient leur investissement auprès du nouveau-né à 15,25/20, leurs compétences à 15,50/20 et la reconnaissance par leurs pairs à 14,12/20.

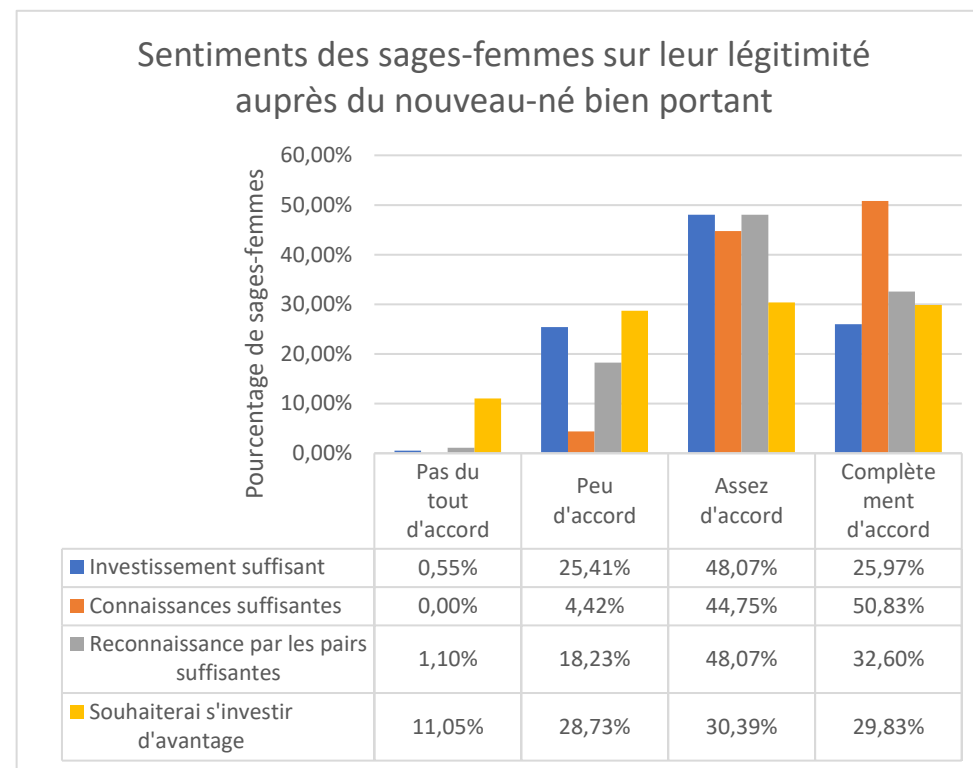
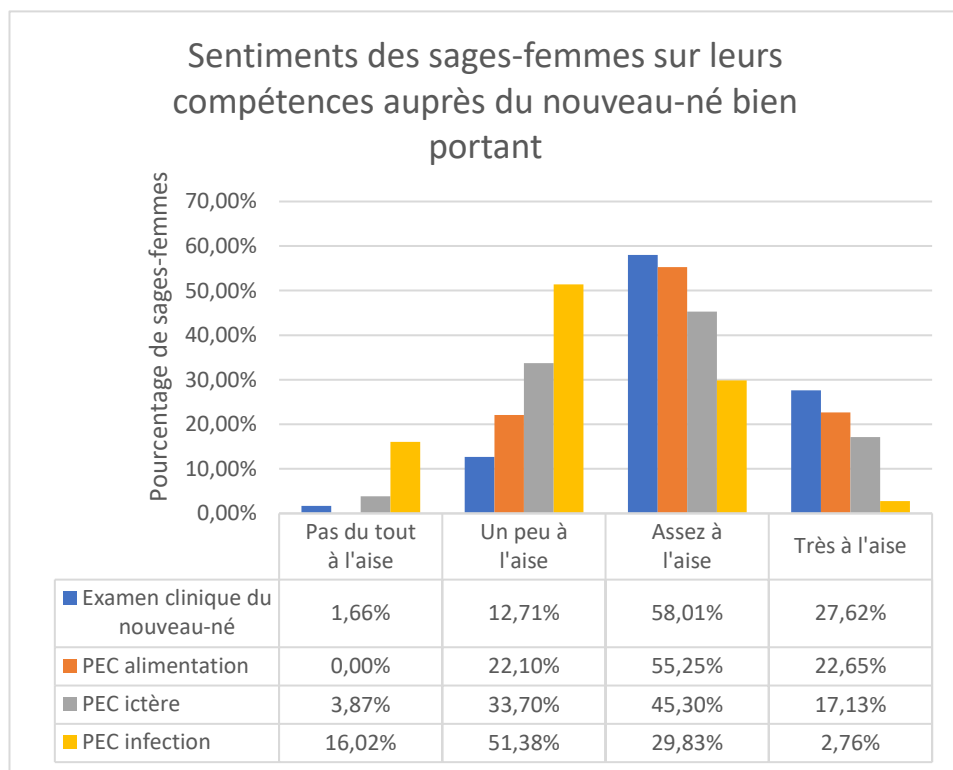
Leur score de légitimité, composé de ces trois critères, s'élevant à 14,95/20 en moyenne.

Enfin, nous avons demandé aux sages-femmes si elles souhaiteraient davantage s'investir auprès du nouveau-né bien portant : 30,39 % des sages-femmes ont répondu être assez d'accord pour s'investir davantage et 29,83 % complètement d'accord.

La dernière question portant sur les freins, selon elles, à leur investissement. Les sages-femmes avaient le choix de plusieurs propositions. Pour elles, le principal frein à leur investissement était le manque de temps, cité par 60,77 % des sages-femmes : le manque de compétence étant donné en explication par 19,89 % des sages-femmes, le manque de reconnaissance par 11,05 % des sages-femmes et le manque de légitimité par 5,52 % des sages-femmes.

24,86 % des sages-femmes interrogées estimaient que la prise en charge du nouveau-né bien portant par les sages-femmes était déjà suffisante.

Figure 4a et 4b : Sentiments des sages-femmes sur leurs compétences et leur légitimité auprès du nouveau-né bien portant



Nous avons par la suite cherché à identifier s'il existait une différence de score en fonction des caractéristiques des sages-femmes. Pour cela, nous nous sommes intéressés aux types de maternités, aux types de suites de couches (pathologiques et physiologiques), aux années d'expérience et à la présence de puéricultrice (Annexe 8).

Nous avons séparé notre population en deux populations suivant le score obtenu. Nous avons considéré qu'un score supérieur ou égal à 13 était un bon score de compétences. Nous avons donc obtenu deux populations à comparer : une population ayant obtenu un score < 13 et une avec un score ≥ 13 . Il n'existe alors aucune différence significative pour aucun des scores en fonction de ces caractéristiques. Ces résultats sont reportés ci-dessous dans le tableau 6.

Nous avons, pour finir, étudié si le score de légitimité avait une influence sur le score de compétence et inversement. Nous avons pu alors remarquer qu'il existait une différence significative : lorsqu'une sage-femme s'autoévaluait avec un mauvais score de légitimité, son score de compétence était moins bon, et inversement.

Tableau 6 : Comparaison des scores de compétences et de légitimité auprès du nouveau-né bien portant des sages-femmes dans les services de suites de couches

Score de compétence	Score < 13 n (%)	Score ≥ 13 n (%)	p	Total
Type de maternité				
1 et 2	26 (47,27%)	29 (52,73%)	0,21 ^{\$}	55
3	47 (37,30%)	79 (62,70%)		126
Type de suites de couches				
Physiologiques	59 (40,41%)	87 (59,59%)	0,96 ^{\$}	146
Pathologiques	14 (40,00%)	21 (60,00%)		35
Années d'expérience				
≤ 1 an	27 (52,94%)	24 (47,06%)	0,03 ^{\$}	51
> 1 an	46 (35,38%)	84 (64,62%)		130
Présence d'infirmier puériculture				
Oui	26 (44,07%)	33 (55,93%)	0,51 ^{\$}	59
Non	47 (38,52%)	75 (61,48%)		122
Score de légitimité				
< 13	35 (97,22%)	1 (2,78%)	< 0,001 [£]	36
≥ 13	38 (26,21%)	107 (73,79%)		145
Score de légitimité	Score < 13 n (%)	Score ≥ 13 n (%)	p	Total
Type de maternité				
1 et 2	12 (21,81%)	43 (78,18%)	0,67 ^{\$}	55
3	24 (19,05%)	102 (80,95%)		126
Type de suites de couches				
Physiologiques	31 (21,23%)	115 (78,77%)	0,36	146
Pathologiques	5 (14,29%)	30 (85,71%)		35
Années d'expérience				
≤ 1 an	11 (21,57%)	40 (78,43%)	0,72 ^{\$}	51
> 1 an	25 (19,23%)	105 (80,77%)		130
Présence d'infirmier puériculture				
Oui	11 (18,64%)	48 (81,36%)	0,77 ^{\$}	59
Non	25 (20,49%)	97 (79,51%)		122
Score de compétences				
< 13	66 (90,41%)	7 (9,59%)	< 0,001 [£]	73
≥ 13	1 (0,93%)	107 (99,07%)		108

Tests utilisés : Chi2 (\$), Fisher (£)

Nous avons réalisé une dernière cartographie pour faire figurer ce sentiment de légitimité et de compétences par maternité.

Nous avons, dans un premier temps, fait figurer le nombre de compétences réalisées en majorité par les sages-femmes dans les maternités de l'APHP. Pour cela, nous avons additionné les compétences précédemment observées dans les cartographies 1 et 2 (9 compétences au maximum).

Les sages-femmes disaient exercer moins de 4 compétences dans une maternité, entre 4 et 5 compétences dans 4 maternités, entre 6 et 7 compétences dans 7 maternités, et, plus de 7 compétences dans une maternité.

Nous avons, dans un second temps, fait figurer le pourcentage de sages-femmes ayant obtenu un score ≥ 13 en ce qui concerne la légitimité et les compétences.

Nous avons 59,67 % de sages-femmes ayant obtenu un score de compétences supérieur ou égal à 13. Il est intéressant de noter que ce score est en corrélation avec le nombre de compétences exercées par les sages-femmes auprès du nouveau-né. Ainsi, le pourcentage le plus faible de sages-femmes se sentant compétentes (à savoir 30,00 %) était observé dans la maternité avec le plus faible nombre de soins réalisés par la sage-femme. Il en va de même pour le plus fort pourcentage (75,00 %) observé dans la maternité pour laquelle les sages-femmes disaient utiliser le plus de compétences.

Cette corrélation entre le nombre de compétences et le score n'était pas observé en ce qui concerne la légitimité de la sage-femme. Les résultats étaient alors très disparates entre les maternités, sans distinction avec le nombre de compétences utilisées. Le pourcentage de sages-femmes avec un score de légitimité supérieur à 13 allait de 70,00 % à 100,00 %, avec une moyenne de 80,11 %.

68,75% **75,00%**

Figure 5 : Cartographie du sentiment de compétence et de légitimité auprès du nouveau-né selon des sages-femmes de l'APHP

Louis Mourié

50,00% **71,43%**

Beaujon

30,00% **70,00%**

Bichat

50,00% **100,00%**

Jean Verdier

©MMallet

50,00% **75,00%**

Larboisière

46,15% **76,92%**

Robert Debré

81,82% **81,82%**

Tenon

62,50% **75,00%**

Necker

75,00% **87,50%**

Port Royal

50,00% **90,00%**

La Pitié

58,33% **91,67%**

Trousseau

56,00% **76,00%**

Kremlin Bicêtre

66,67% **91,67%**

Béclère

Nombre d'actes exercés par les sages-femmes :

- 1-2-3
- 4-5
- 6-7
- 8-9

Italique % de sage-femme ayant obtenu un score de compétences > 13

Gras % de sage-femme ayant obtenu un score de légitimité > 13

©Gaffi

Troisième partie

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Nous avons relevé plusieurs points forts de notre étude.

D'une part, il s'agit d'une étude inédite en Ile-de-France. Il n'y a pas eu à notre connaissance d'autres études sur la prise en charge du nouveau-né et la place de la sage-femme dans cette prise en charge dans les services de suites de couches. De plus, le format de cette étude est original avec la restitution des résultats sous forme de cartographie.

D'autre part, nous avons eu une bonne couverture de la population. Toutes les maternités de l'APHP sont représentées avec au moins une sage-femme ayant répondu au questionnaire. Nous avons obtenu des réponses de la part de 24,69 % des sages-femmes des maternités de l'APHP. Ce chiffre peut être considéré comme bon compte tenu du fait que toutes les sages-femmes ne travaillent pas en suites de couches et donc n'ont pas rempli le questionnaire. La population est assez proche de la population nationale avec un ratio homme/femme proche du ratio national et une bonne diversité dans les lieux de formation (41,99 % de notre population avait été formée hors région parisienne). Nous avons eu, de plus, une bonne représentation des coordinatrices des maternités avec 11 coordinatrices sur 13 ayant répondu.

Enfin, à travers cette étude, nous avons souhaité montrer que la sage-femme pouvait être le principal acteur de la prise en charge du nouveau-né bien portant. Cela s'inscrit dans la volonté actuelle de prise en charge globale du couple mère-enfant. Il s'agit donc d'un sujet d'actualité.

1.2. Limites et biais de l'étude

Cependant, cette étude comporte quelques biais et limites.

Tout d'abord, il s'agissait d'un questionnaire basé sur le volontariat. Nous pouvons donc retrouver un biais d'auto-sélection. Les sages-femmes répondant au questionnaire étaient peut-être les sages-femmes les plus intéressées par ce sujet, ou les plus formées.

De plus, cette étude a été réalisée au sein de l'APHP, les résultats ne sont donc pas extrapolables à la France entière. Il s'agit en effet d'un regroupement de maternités publiques et de centres hospitaliers universitaires. Les organisations ne sont donc pas les mêmes dans toutes les maternités du territoire français, ainsi que les moyens alloués dans chaque maternité.

Par ailleurs, il s'agit d'une étude déclarative. Les réponses peuvent donc être biaisées ou approximatives. C'est ce que nous avons pu remarquer avec parfois des réponses très différentes entre les sages-femmes d'une même équipe.

Après avoir eu l'avis des sages-femmes ainsi que des coordinatrices de suites de couches, il serait intéressant d'avoir l'avis des patientes. En effet, leur point de vue sur la prise en charge globale et sur la satisfaction des patientes dans les maternités ayant une plus grande prise en charge globale serait constructif pour améliorer l'organisation actuelle.

Enfin, si nous avons réussi à obtenir une réponse dans la totalité des maternités, parfois, nous avons obtenu que très peu de réponses pour la même maternité. Ainsi, la cartographie peut manquer d'exactitude dans certains cas. Une étude plus vaste sur le territoire français, avec d'autres types d'organisations (plus grande représentation de maternités de type 1 ou de maternités privées par exemple), pourrait permettre une meilleure cartographie avec une plus grande exactitude dans les compétences utilisées par les sages-femmes et dans leurs sentiments face à leurs compétences.

2. Discussion des résultats et perspectives

2.1. Population étudiée

Nous avons réussi à obtenir une population composée de 181 sages-femmes et de 11 coordinatrices. Malgré nos différentes recherches, nous n'avons pas réussi à obtenir le chiffre officiel du nombre de sages-femmes travaillant dans l'APHP. Nous avons constaté qu'il y avait 733 sages-femmes titulaires de l'APHP et votantes à la Commission Médicale d'Établissement (CME) centrale de novembre 2019. Nous sommes donc partis de ces données pour notre étude (32) pour évaluer notre taux de réponses en sachant que ces chiffres ne prennent pas en compte les sages-femmes sous contrat. Au regard de ces éléments, cela représenterait une participation de 24,69 % des sages-femmes titulaires. Le pourcentage ne prenant pas en compte les sages-femmes sous contrat, ce chiffre peut paraître sur estimé. Toutefois, il faut prendre en compte que les sages-femmes ne tournent pas toutes dans les services de suites de couches, ce qui a sûrement entraîné une sous-estimation de notre pourcentage de réponse.

Donc, il s'agit d'une bonne représentation des sages-femmes travaillant en suites de couches dans les maternités de l'APHP.

Parmi ces 181 sages-femmes, 2,00 % étaient des hommes. Cela rejoint les chiffres de la DREES quant à la représentation des hommes dans la profession de sage-femme, à savoir 1,89 % en 2019.

Notre population était en moyenne jeune : nous avons 75,00 % des sages-femmes ayant moins de 35 ans alors qu'au niveau de l'Ile-de-France, on comptait 47,86 % de sages-femmes hospitalières de moins de 35 ans (33).

Cette différence peut être expliquée par la proportion très importante de jeunes diplômées dans la population (28,17 %). Étant un questionnaire basé sur le volontariat, elles ont pu être plus motivées pour le remplir du fait de leur souvenir face au mémoire récent (34) (35).

2.2. L'organisation de la prise en charge du nouveau-né

Notre première hypothèse était que l'organisation de la prise en charge du nouveau-né était différente suivant les maternités de l'APHP entraînant une disparité dans l'utilisation des compétences de la sage-femme.

D'après les résultats précédents, nous avons pu remarquer une réelle différence, non pas dans les soins réalisés auprès du nouveau-né, mais dans les soignants les réalisant. En se basant sur les tâches effectuées par la sage-femme, nous pouvons nous rendre compte que celles-ci divergent en fonction des maternités. Dans certaines maternités, le rôle de la sage-femme est très prépondérant auprès du nouveau-né, elle va réaliser de nombreux actes. Dans d'autres, nous avons remarqué une sous exploitation des compétences des sages-femmes. Cela allait de 3 à 8 compétences utilisées par la sage-femme.

Pourquoi de tels écarts entre les maternités ? D'après les sages-femmes, la limite principale pour la prise en charge du nouveau-né bien portant est le manque de temps. D'après le tableau 2, on observe une réelle disparité dans le nombre de patientes prises en charge par sage-femme en suites de couches. Par exemple, dans une maternité, une sage-femme va avoir à s'occuper de 10 couples mère-enfant. Dans une autre, la sage-femme s'occupe de 20 couples mère-enfant. Les organisations de service sont donc disparates, engendrant une différence dans le temps possiblement consacré à la prise en charge du nouveau-né bien portant.

De plus, si nous retrouvons une différence entre les hôpitaux, nous retrouvons aussi une disparité au sein d'un même hôpital.

Les réponses n'ont pas toujours été les mêmes entre les sages-femmes et les coordinatrices, ainsi qu'entre les sages-femmes entre elles. Afin d'illustrer cette différence dans les résultats, nous avons calculé la concordance des réponses par rapport aux réponses des cadres. Pour ce faire, nous avons choisi 3 maternités pour lesquelles nous avons eu plus de 24 réponses (Annexe 7).

Ainsi, même si nous avons pu constater que les réponses des sages-femmes pouvaient varier avec les réponses données par les coordinatrices. En moyenne, il existait une bonne concordance des réponses dans ces maternités avec 81,01 % de réponses de sages-femmes identiques aux réponses des coordinatrices. Toutefois, sur certaines questions le pourcentage de réponses concordantes était plus faible. Par exemple 8,33 % des sages-femmes seulement avaient répondu comme la coordinatrice pour la prescription de bilan sanguin en cas de suspicion d'un ictère dans une maternité.

Cette différence peut venir de plusieurs points. Toutes les maternités ne possèdent pas de fiches de poste, et celles existantes ne détaillent pas chaque acte auprès du nouveau-né. Il y a donc une variabilité inter opérateur qui peut s'effectuer. De plus, les années d'expériences peuvent jouer un rôle important dans les actes réalisés par la sage-femme. Une sage-femme nouvellement diplômée ou récemment arrivée dans une maternité étant moins souvent en poste en suites de couches, son ressenti pour la réalisation des prélèvements sanguins en cas d'ictère sera probablement différent de celui d'une sage-femme expérimentée à la pratique en suites de couches.

Notre première hypothèse semble donc validée car il existe bien une différence dans l'utilisation des compétences pédiatriques par la sage-femme dans les maternités de l'APHP due à l'organisation mise en place. Cette différence semble inter hospitalière et intra hospitalière.

2.3. Les compétences de la sage-femme auprès du nouveau-né bien portant

Au regard de nos résultats, nous avons cibler notre analyse sur notre 2^e hypothèse, à savoir l'utilisation des compétences pédiatriques par la sage-femme.

Pour cela, reprenons les compétences pédiatriques de la sage-femme. D'après le code de santé publique, 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 pathologies, concernant le nouveau-né » (26).

Si l'on s'intéresse à notre questionnaire, cela reprend :

- La surveillance du poids,
- La prescription et la réalisation de surveillances glycémiques,
- La surveillance de l'ictère (biliflash),
- La réalisation du guthrie,
- La réalisation de dépistages auditifs (OEA / PEA),
- La prescription et la réalisation d'un bilan en cas de suspicion d'un ictère,
- La prescription et la réalisation d'un bilan en cas de suspicion d'une infection,
- La surveillance d'un nouveau-né sous photothérapie,
- La surveillance d'un nouveau-né sous antibiothérapie.

Au niveau de son droit de prescription, celui-ci inclut :

- Les compléments (non-besoin d'une prescription médicale),
- Le tire-lait.

La sage-femme, en revanche, n'est pas autorisée à prescrire la photothérapie ainsi que l'antibiothérapie.

Si nous prenons les compétences des autres professionnels de santé par rapport à notre questionnaire, nous remarquons que de nombreuses compétences sont identiques : les IDE sont compétents pour la réalisation des gestes techniques tels que le guthrie, les bilans, les dépistages auditifs, les surveillances glycémiques, les surveillances des nouveau-nés sous antibiothérapie et photothérapie mais pas pour les prescriptions médicales (36) (37).

Les aides-soignants ainsi que les auxiliaires de puéricultures ont les compétences requises pour la surveillance de l'alimentation, la surveillance des nouveau-nés sous antibiothérapie et sous photothérapies mais ne sont pas habilités à réaliser les examens sanguins comme les surveillances glycémiques ou les guthrie (38) (39).

Les pédiatres sont compétents pour tout ce qui a été cité précédemment. Toutefois, les pédiatres étant peu nombreux en maternité et ayant un rôle très important dans la pathologie, ils ne peuvent pas être les professionnels en première ligne pour le nouveau-né bien portant.

Aux vues de ces données, la sage-femme semble être le professionnel de santé le plus approprié pour la prise en charge du nouveau-né bien portant et pour le dépistage des pathologies.

En analysant nos résultats, nous avons pu constater une sous exploitation des compétences des sages-femmes. On remarque une réelle différence entre les textes qui légifèrent la profession et ce qui est pratiqué dans les services.

Pour exemple, elles étaient particulièrement citées pour la prise en charge de l'alimentation alors qu'elles étaient quasiment absentes pour les dépistages des ictères et des infections.

Il faut toutefois prendre du recul sur ces résultats. En effet, la limite principale de ce questionnaire était la présence de questions à choix unique concernant la répartition des soins auprès du nouveau-né. Nous avons fait ce choix afin d'éviter d'avoir tous les professionnels de santé cochés

pour chaque soin. Il a donc été demandé aux sages-femmes de choisir le professionnel qui réalise le plus souvent l'acte. Il faut aussi nuancer les résultats avec des actes qui peuvent être réalisés par plusieurs intervenants.

Cette critique est d'ailleurs revenue de nombreuses fois dans la dernière question ouverte où plusieurs sages-femmes ont fait remarquer qu'elles auraient aimé pouvoir choisir plusieurs intervenants. Parmi les raisons invoquées, elles citaient dans la majorité des cas le caractère collégial de ces décisions, en particulier pour les situations pathologiques où elles auraient aimé choisir sages-femmes et pédiatre.

Dans les maternités de l'APHP, la sage-femme n'utilise donc pas toutes ses compétences d'après les réponses à notre questionnaire, notamment dans le dépistage de pathologies. Nous pouvons ainsi valider notre deuxième hypothèse.

Pour aller plus loin, dans la quasi-totalité des maternités de l'APHP (12 maternités sur les 13), les sages-femmes réalisent un examen clinique du nouveau-né en salle de naissance mais aucun en suites de couches. Il existe une maternité où le nouveau-né est examiné par la sage-femme. Celle-ci réalise un examen clinique à J1, puis le nouveau-né est examiné par un pédiatre entre J2 et J3 avant sa sortie.

Lors du séjour en suites de couches les enfants sont donc tous examinés par un pédiatre et cet examen donne lieu à la signature du 1er certificat de santé.

Or, dans le référentiel métier des compétences des sages-femmes, il est bien stipulé que la sage-femme est compétente pour examiner le nouveau-né à la sortie de salle de naissance et dans les suites de couches jusqu'à la visite post natale. Une sage-femme ne pourrait-elle pas également être compétente pour examiner un nouveau-né bien portant et orienter le nouveau-né vers un pédiatre en cas de pathologie pendant son séjour en suites de couches ? Il s'agit en effet du même acte technique et des mêmes compétences.

De plus, d'après le décret du 27 août 1971, un examen médical obligatoire doit être réalisé « par un médecin » dans les 8 premiers jours de vie (39). Aucun autre texte de loi ne stipule que cet examen doit être réalisé pendant le séjour en suites de couches ou que le nouveau-né doit obligatoirement être examiné par un pédiatre avant sa sortie de maternité. Il faut remettre cette loi dans le contexte de l'époque ; à savoir avec une durée de séjour en maternité beaucoup plus longue qu'actuellement, elle était aux alentours d'une semaine. L'examen par le pédiatre était alors forcément réalisé en maternité.

En raison du raccourcissement de ce séjour, il pourrait être imaginé une organisation avec un examen réalisé par la sage-femme en cas de physiologie suivi d'un contrôle en ville par un médecin avec établissement d'un certificat. En cas de pathologie cet examen serait réalisé par le pédiatre en maternité.

Cette organisation nécessiterait toutefois quelques adaptations. D'une part, il faudrait veiller à une meilleure collaboration au sein du réseau ville/hôpital. Un circuit bien établi devrait alors être mis en place afin d'être certain que l'enfant ne soit pas perdu de vue à sa sortie et soit bien examiné par un médecin dans les 8 premiers jours. D'autre part, une organisation sans examen par le pédiatre en maternité poserait aussi la question de leur rémunération dans les maternités privées. L'examen systématique représentant, dans certaines maternités, une grande partie de leur revenu.

En tenant compte de ses ajustements, une telle organisation permettrait de remettre la sage-femme au centre de la prise en charge du couple mère-enfant en cas d'absence de pathologie, et dégagerait plus de temps pour les pédiatres de maternité.

Il s'agirait alors d'une véritable appropriation des compétences de la sage-femme qui sont les siennes.

2.4. La légitimité de la sage-femme auprès du nouveau-né bien portant

Enfin, nous partions du postulat que les sages-femmes ne se sentaient pas légitimes auprès du nouveau-né. Qu'en est-il d'après nos résultats ?

Tout d'abord, qu'est-ce que la légitimité ? La légitimité vient du latin *lex* : la loi, à l'origine du mot était légitime ce qui était écrit dans la loi, conforme au droit (41). Ce terme a évolué et est à présent plus complexe. Une personne va être légitime d'une part, lorsqu'elle peut légalement effectuer une tâche, mais aussi lorsqu'elle a les compétences pour effectuer cette tâche. D'autre part, au-delà d'être légitime légalement, il est nécessaire que le professionnel se sente légitime. Ce sentiment de légitimité implique la reconnaissance de ses compétences par ses pairs (42).

Nous avons donc interrogé les sages-femmes sur ces trois critères : le sentiment de compétences, le sentiment d'être reconnu par leur pairs, et le sentiment d'investissement des sages-femmes.

Le sentiment global de compétences exprimée par les sages-femmes était relativement élevé : celles-ci s'évaluaient compétentes avec une moyenne de 15,50/20.

Toutefois, l'analyse de ce sentiment selon le type de compétences faisait apparaître des différences. En effet, les sages-femmes se sentaient plus compétentes sur la prise en charge de l'alimentation (15,58/20) et de l'examen clinique (15,03/20) par rapport à la prise en charge de l'ictère (13,78/20) et de l'infection (10,97/20). Il est donc intéressant de noter que les sages-femmes ont exprimé être plus à l'aise dans la prise en charge de la physiologie que de la pathologie.

La reconnaissance par les pairs et l'investissement des sages-femmes étaient aussi élevés avec respectivement une moyenne de 14,12/20 et de 15,25/20.

Il est aussi intéressant de noter que lorsque nous les avons interrogées sur les freins à leur investissement, le manque de légitimité n'était cité que dans 5,52 % des cas et le manque de reconnaissance dans 11,05 % des cas contrairement au manque de temps, cité dans 60,77 % des cas.

Le manque d'investissement auprès du nouveau-né n'est donc pas forcément ressenti par les sages-femmes, et quand il l'est, ce n'est pas dû à un manque de légitimité mais à un manque de temps et à l'organisation propre de la structure. Notre troisième hypothèse est donc invalidée.

Comment pourrait-on améliorer ce ressenti ?

La réponse la plus simple pourrait être une augmentation des effectifs ou la définition d'un ratio de couple mère enfant par sage-femme en suites de couches. En effet, nous avons pu constater que ce ratio était très différent d'une maternité à l'autre.

Une autre piste pourrait être de repenser une organisation plus efficiente et collaborative avec les autres intervenants en suites de couches pour les soins quotidiens auprès des enfants. Chaque professionnel de santé possède des compétences qui lui sont propres. La sage-femme, bien qu'ayant de nombreuses compétences en commun avec les autres professionnels, est le seul professionnel qui assure la jonction entre le couple mère-enfant. Il s'agit du professionnel le plus à même d'assurer l'accompagnement à la parentalité.

Une réaffectation des soins et actes auprès du nouveau-né entre les IDE/puéricultrices (comme par exemple la réalisation de bilan) ou aux auxiliaires permettrait une revalorisation des compétences propres de chacun des professionnels de santé et dégagerait ainsi un gain de temps.

La sage-femme pourrait pleinement jouer son rôle de lien entre les différents acteurs et de prescriptions médicales en accord avec ses compétences.

Le duo sage-femme / auxiliaire de puériculture serait alors central pour permettre une meilleure répartition des tâches et laisser plus de temps à la sage-femme pour l'accompagnement du lien mère-enfant. Ce duo sage-femme / auxiliaire de puériculture dans la prise en charge du nouveau-né bien portant pourrait alors être complété avec les puéricultrices et le pédiatre en cas de pathologie.

Conclusion

Au terme de cette étude, plusieurs constats ont pu être faits.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une cartographie des prises en charge du nouveau-né au sein des maternités de l'APHP. Cela nous a permis de montrer une grande diversité dans la répartition des rôles auprès du nouveau-né. Cette disparité est observée entre les hôpitaux mais aussi à l'intérieur des hôpitaux eux-mêmes.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés à l'utilisation des compétences de la sage-femme, compétences inégalement utilisées en pédiatrie. Si pour la prise en charge de l'alimentation, la sage-femme est le soignant principalement cité, son rôle dans le dépistage des pathologies est beaucoup plus faible. On remarque ainsi que les sages-femmes n'exploitent pas au maximum leurs compétences. Cela en partie par faute de temps et du fait de l'organisation du service.

Enfin, nous nous sommes penchés sur le sentiment de légitimité de la sage-femme, montrant que la sage-femme se sentait plutôt compétente et légitime auprès du nouveau-né. Le manque d'investissement auprès du nouveau-né n'était d'ailleurs par toujours relevé par les sages-femmes et quand il l'était, il n'était pas causé par un manque de légitimité ou de reconnaissance par leurs pairs.

Le métier de sage-femme est un métier en évolution permanente, avec des compétences très larges tant auprès du nouveau-né bien portant que dans l'accompagnement de la création du lien mère enfant. L'évolution et la multiplication des compétences des sages-femmes ne doivent pas leur faire oublier leur cœur de métier, à savoir l'accompagnement à la parentalité et la prise en charge du couple mère-enfant.

Une évolution des pratiques est possible dans les prochaines années avec, comme nous avons pu le voir à travers cette étude, des organisations laissant plus de place à la sage-femme. Une nouvelle organisation permettrait alors à la sage-femme d'assumer et d'utiliser au mieux les compétences qu'elle possède auprès du nouveau-né bien portant.

Bibliographie

1. INSEE. Bilan démographique 2018 – Bilan démographique 2019 [Internet]. 2019 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693?sommaire=1912926>
2. SAE. Enquête Périnatalité Région Ile de France. 2017.
3. APHP. L'AP-HP en bref [Internet]. 2019 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/lap-hp-en-bref>
4. INSEE. La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse - situation démographique [Internet]. 2016 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308>
5. République française. Relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. oct 9, 1998.
6. Université Médicale Virtuelle Francophone. Adaptation à la vie extra-utérine [Internet]. Campus Cerimes. 2012 [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/vie_extrauterine/site/html/
7. GOLD F, Saliba E, Bircan-Mucignat V, Mitanchez-Mokhtari D. Physiologie du fœtus et du nouveau-né. Adaptation à la vie extra-utérine [Internet]. EM-Consulte. 2007 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/66268/physiologie-du-foetus-et-du-nouveau-ne-adaptation->
8. MAURY M, Lazartigues A, Sauvage D. Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. 2008;17.
9. LORIN A. Les Etapes du Développement Affectif de l'enfant, illustrées de dessins [Internet]. 2017 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/86-les-etapes-du-developpement-affectif-de-lenfant-illustrees-de-dessins-dr-anne-lorin-.html>
10. CHANEL C E, PATURAL H. Examen clinique du nouveau-né en salle de naissances. *Vocat Sage-Femme*. 2018;17(134):29-34.
11. AUDIENNE A. Comment optimiser le séjour d'un couple mère-enfant? Université de Nantes; 2003.
12. DURET PLESSE C. La prise en charge globale des couples mères-enfants en suites de couches - Pertinence et validité d'une démarche au CHU de Rennes. *Ecole de Cadre Sage-Femme Dijon*; 2007.
13. ELAIN A. La sage-femme coordinatrice de la prise en charge globale du couple mère/nouveau-né en suites de couches. Université d'Angers; 2011.
14. BIDOT S, DUREAU P, CAPUTO G. Examen et sémiologie générale du nourrisson. *J Fr*

Ophtalmol. oct 2013;36(8):704-9.

15. HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
16. DUGNAT M. Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Erès. France; 2004.
17. NOGUES C. L'examen du nouveau-né au premier jour de vie : quelle place pour la sage-femme [Mémoire de fin d'étude de sage-femme]. Université Henri Poincaré, Nancy I; 2011.
18. DURANTEL M. Etude descriptive du suivi néonatal au cours du premier mois de vie à partir de trois maternités à Montpellier et Sète. Université de Montpellier; 2017.
19. KNIBIEHLER Y. Maternité et parentalité. ENSP. Paris; 2004.
20. DUBOIS A. Suites de couches physiologiques [Internet]. Entretiens de Bichât. 2010. Disponible sur: <https://www.lesentretiensdebichat.com/bichat/sommaires-sages-femmes>
21. REYNAUD A. Sorties précoces de maternité dans le pays de Fougères: comment organiser la prise en charge des nouveau-nés par les médecins généralistes ? Université Bretagne Loire; 2017.
22. MAUVAIS P. La parentalité accompagnée. Erès. France; 2004.
23. WINICOTT D. Le bébé et sa mère. France: Payot; 1992.
24. Université Médicale Virtuelle Francophone. Introduction à la puériculture et à la pédiatrie [Internet]. Campus Cerimes. 2011. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/intro_pediatrie/site/html/2.html
25. D'EPHESE S. Maladie des femmes. Les Belles Lettres. France; 1988. 298 p.
26. CNOSF. La sage-femme et le nouveau-né : compétences et bonnes pratiques. 2012;
27. Code de Santé Publique. Les compétences des sages-femmes [Internet]. juill 17, 2012. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
28. Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
29. Code de Santé Publique. Prescription et pratique des vaccinations. L 4151 aout, 2016.
30. Code de Santé Publique. Droit de prescription des sages-femmes [Internet]. déc 14, 2012. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/textes-essentiels/>
31. BiostatGV [Internet]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/>
32. CNOSF. Sages-femmes inscrites 2019 par département région. 2019.
33. DREES. Age moyen des sages-femmes par mode d'exercice global, zone d'activité principale, secteur d'activité et sexe [Internet]. 2019. Disponible sur:

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3752>

34. DREES. Effectif des sages-femmes par secteur d'activité, mode d'exercice global, zone d'activité et sexe [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3753>

35. DREES. Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,982

36. Bulletin officiel santé - protection sociale - solidarité. Diplôme d'Etat d'infirmier - Référentiel de compétences [Internet]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/3annexe2competences.pdf>

37. Code de Santé Publique. Profession d'infirmier ou d'infirmière [Internet]. déc 19, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000017832771&idSectionTA=LEGISCTA000006171306&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080531>

38. Code de Santé Publique. Formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant [Internet]. oct 22, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>

39. Code de Santé Publique. Formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture [Internet]. janv 16, 2006. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000457507>

40. Décret relatif à la délivrance obligatoire de certificat de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs [Internet]. Journal Officiel de la République Française, Loi n°70-633 juill 15, 1970. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000874473&pageCourante=06657

41. BOUQUET B. La complexité de la légitimité. Vie Soc. 22 déc 2014;4(8):13-23.

42. GUEGEN H. Reconnaissance et légitimité. Vie Soc. 22 déc 2014;4(8):67-82.

Annexes

Annexe 1 : Inscription au registre général des traitements de l'APHP

Entité déclarante

12 - HUPC

CCH-2019-213 MASTER MALLET

Traitement n°

20190724221057

Finalités

Description succincte des finalités principales et secondaires

Finalité principale : Enseignement master de sage-femme Finalité secondaire : Rôle et compétence des sages-femmes en néonatalogie dans les services de suites de couches Evaluation sur questionnaire multicentrique

Catégorie du traitement

Prise en charge, soins

Licéité du traitement:

Le traitement est nécessaire pour l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relève de l'exercice de l'autorité publique du responsable du traitement

Formalité applicable

Inscription simple au registre

Sites/PIC concernés par le traitement

- 01 - HUPSSD
- 02 - HUSLSLRBFW
- 03 - HUPNVS
- 04 - PSLCFX
- 06 - HUEP
- 07 - HUPS
- 12 - HUPC
- 61 - NCK
- 70 - RDB

Responsables de traitement

Personne morale responsable du traitement

Coordonnées

HUPC 27, rue du Faubourg St Jacques 75014 Paris

Responsable des opérations de traitement au sein de l'AP-HP

BOITHIAS GUEROT Claire

Direction ou service de rattachement

Ecole de sages-femmes Baudelocque

Collaboration avec des sous-traitants ou des fournisseurs ?

Non

Traitement mis en oeuvre

Date de première mise en oeuvre du traitement

01/09/2019

Modification substantielle

Date de dernière modification substantielle

Durée de conservation

2 ans après soutenance du mémoire

MALLET Marion

Catégories & destinataires de données

Personnes concernées par le traitement

Types de données

Destinataires de données

Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Patients pris en charge à l'AP-HP		

Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Professionnels de l'AP-HP	<input checked="" type="checkbox"/> Données d'identification (civilité, nom, prénom, date de naissance, n° CNI etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Coordonnées (adresse, courriel, n° de téléphone) <input checked="" type="checkbox"/> Autres (préciser)	<input checked="" type="checkbox"/> Utilisateurs de l'application (préciser) <input checked="" type="checkbox"/> Encadrement (préciser)
	Ressenti Opinions	Elève Marion MALLET Directeur de mémoire : Claire BOITHIAS Université Paris Descartes pour le mémoire données anonymisées

Diagnostic conformité & sécurité des données

Diagnostic sécurité complété

Oui

PIA renseigné

Non

Transfert de données hors UE envisagé

Non

Information et consentement des personnes

Type d'information

Individuelle

Recueil du consentement

Non

Annexe 2 : Lettre d'information à l'intention des sages-femmes et coordinatrices de suites de couches

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme à l'école Baudelocque, à Paris. Dans le cadre de mon mémoire je réalise une cartographie de la prise en charge du nouveau-né dans les maternités de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris afin de montrer la place de la sage-femme dans cette prise en charge, encadré par Mme Claire BOITHIAS.

Les objectifs de ce mémoire sont de cartographier les prises en charge du nouveau-né au sein de l'APHP, d'analyser la disparité des compétences utilisées par la sage-femme auprès du nourrisson et enfin, de montrer la légitimité de la sage-femme dans la prise en charge du nouveau-né bien portant.

Pour cela je souhaiterais interroger des sages-femmes ayant travaillé en suites de couches durant la dernière année.

Ce questionnaire est composé de plusieurs parties portant :

- sur les caractéristiques socio-démographiques,
- sur l'organisation des suites de couches dans l'hôpital,
- sur l'avis sur la place en tant que sage-femme dans cette organisation.

Il est strictement anonyme et est conforme à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'à la réglementation européenne en matière de traitement de données dans le cadre de la recherche. Les données récoltées grâce à ce questionnaire seront détruites 2 ans après la soutenance de ce mémoire. Vous avez droit à tout moment de l'étude d'accès, de modification, de suppression, de limitation et de portabilité des données. Afin de faire exercer ce droit vous pouvez vous adresser à Mme Claire BOITHIAS (claire.boithias@aphp.fr) ou moi-même (mmarion78@yahoo.fr) , au responsable de la protection des données (protection.données.dsi@aphp.fr) ou directement à la CNIL.

Je vous remercie d'y consacrer quelques minutes et d'y répondre le plus spontanément et honnêtement possible.

Merci, par avance, pour vos réponses et pour votre aide.

Marion Mallet

Étudiante en 5e année à l'école BAUDELOCQUE

Annexe 3 : Questionnaire à l'intention des coordinatrices de suites de couches

1. Nom de la maternité :
2. Type de maternité :
 - Type 1
 - Type 2a
 - Type 2b
 - Type 3
3. Nombre d'accouchement en 2017 :
4. Nombre d'accouchement en 2018 :
5. Existe-il une unité d'hospitalisation de néonatalogie au sein de la maternité ?
 - Oui
 - Non
6. La sage-femme est-elle impliquée dans les soins du bébé hospitalisé ?
 - Oui
 - Non
 - Non concernée
7. Combien de pédiatres interviennent dans l'unité de suites de couches : la journée en semaine ?
8. Combien de pédiatres interviennent dans l'unité de suites de couches : la nuit ?
9. Combien de pédiatres interviennent dans l'unité de suites de couches : le week-end ?
10. Existe-t-il une unité de suites de couches pathologique ?
 - Oui
 - Non
11. Combien y a-t-il de lits dans le service de suites de couches pathologiques ?
12. Existe-il une fiche de poste ?
13. Nombre de sage-femme en journée :
14. Nombre d'infirmier(ère) en puériculture en journée :
15. Nombre d'infirmier(ère) en journée :
16. Nombre d'aide-soignant(e) ou d'auxiliaire de puériculture en journée :
17. Nombre de sage-femme par nuit :

18. S'il n'y a pas de sage-femme la nuit en suites de couches, qui peut être appelé en cas de problème ?
- Sage-femme des urgences
 - Sage-femme de salle de naissance
 - Sage-femme de grossesses à haut risque
 - Non concerné
19. Nombre d'infirmier(ère) en puériculture par nuit : `
20. Nombre d'infirmier(ère) par nuit :
21. Nombre d'aide-soignant(e) ou d'auxiliaire de puériculture par nuit :
22. Quel(s) jour(s) est examiné le nouveau-né bien portant et par qui ? (Hors signes d'appel) :
23. Qui surveille la courbe du poids du nouveau-né ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)
24. Qui prescrit si besoin des compléments ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
25. Qui prescrit si besoin un tire lait ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
26. Qui prescrit si besoin des surveillances glycémiques ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
27. Qui réalise si besoin les surveillances glycémiques ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - L'auxiliaire de puériculture, l'aide-soignant(e)
28. Qui réalise la surveillance de l'ictère (bilié flash) ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - L'auxiliaire de puériculture, l'aide-soignant(e)

29. Qui réalise les dépistages auditifs (OEA, PEA) ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - L'auxiliaire de puériculture, l'aide-soignant(e)
30. Qui réalise le guthrie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)
31. Qui décide de la sortie du nouveau-né bien portant ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
32. En cas de suspicion d'ictère : qui prescrit les bilans ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
33. En cas de suspicion d'ictère : qui réalise les bilans ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)
34. En cas d'ictère : qui prescrit la photothérapie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas de photothérapie au sein de l'hôpital)
35. En cas d'ictère : qui surveille la photothérapie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas de photothérapie au sein de l'hôpital)
36. En cas de photothérapie, le nouveau-né est-il systématiquement hospitalisé en néonatalogie ?
- Oui
 - Non il reste en suites de couches en surveillance (malgré un service de néonatalogie)
 - Non il reste en suites de couches en surveillance (car il n'y a pas de service de néonatalogie)
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas de photothérapie au sein de l'hôpital)
37. En cas de suspicion d'infection : qui prescrit les bilans ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie

38. En cas de suspicion d'infection : qui réalise les bilans ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignante
39. En cas d'infection : qui prescrit l'antibiothérapie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas d'antibiothérapie au sein de l'hôpital)
40. En cas de d'infection : qui surveille le nouveau-né sous antibiothérapie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignante
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas d'antibiothérapie au sein de l'hôpital)
41. En cas d'antibiothérapie, le nouveau-né est-il systématiquement hospitalisé en néonatalogie ?
- Oui
 - Non il reste en suites de couches en surveillance (malgré un service de néonatalogie)
 - Non il reste en suites de couches en surveillance (car il n'y a pas de service de néonatalogie)
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas d'antibiothérapie au sein de l'hôpital)
42. En cas de signes d'appel d'une pathologie qui va examiner le nouveau-né en première intention ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) de puériculture
43. Je trouve que les sages-femmes sont compétentes pour le suivi du nouveau-né bien portant.
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord
44. Je trouve que les sages-femmes sont reconnues par leur pairs pour le suivi du nouveau-né bien portant.
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord
45. Je souhaiterai donner plus de compétences aux sages-femmes pour le suivi du nouveau-né bien portant.
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord
46. Pourquoi ?
47. Avez-vous des remarques sur le questionnaire / le sujet ?

Annexe 4 : Questionnaire à l'intention des sages-femmes de suites de couches

1. Êtes-vous ?
 - Une femme
 - Un homme
2. Quel âge avez-vous ?
3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?
4. Dans quelle ville / école ?
5. Dans quelle maternité travaillez-vous ?
6. Depuis combien de temps ?
 - < 6 mois
 - 6 mois - 1 an
 - 1 - 5 ans
 - 5 - 10 ans
 - > 10 ans
7. Avez-vous déjà exercé en tant que sage-femme libérale ?
 - Oui
 - Non
8. Si oui, combien de temps ?
 - Remplacements occasionnels
 - < 1 an
 - 1 - 3 ans
 - > 3 ans
9. Sur la dernière année combien de mois avez-vous effectué en suites de couches ?
 - < 1 mois
 - 1 - 3 mois
 - 3 - 6 mois
 - > 6 mois
10. Existe-il différents services de suites de couches dans votre maternité ?
 - Oui
 - Non
11. Si oui, indiquez le service dans lequel vous travaillez le plus souvent et répondez aux questions suivantes en fonction de l'organisation dans ce service
 - Suites de couches physiologiques
 - Suites de couches pathologiques
 - Non concerné(e)
12. Quel(s) jour(s) est examiné le nouveau-né bien portant et par qui ?

13. Que pensez-vous de l'affirmation suivante : je me sens très à l'aise dans l'examen clinique du nouveau-né ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord

14. Qui surveille la courbe du poids du nouveau-né ?

- Pédiatre
- Sage-femme
- Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
- Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)

15. Qui prescrit si besoin des compléments ?

- Pédiatre
- Sage-femme après avis du pédiatre
- Sage-femme en autonomie

16. Qui prescrit si besoin un tire lait ?

- Pédiatre
- Sage-femme après avis du pédiatre
- Sage-femme en autonomie

17. Qui prescrit si besoin des surveillances glycémiques ?

- Pédiatre
- Sage-femme après avis du pédiatre
- Sage-femme en autonomie

18. Qui réalise si besoin les surveillances glycémiques ?

- Pédiatre
- Sage-femme
- Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
- Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)

19. Que pensez-vous de l'affirmation suivante : je me sens très à l'aise dans la prise en charge de l'alimentation du nouveau-né ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord

20. Qui réalise la surveillance de l'ictère (bili flash) ?

- Pédiatre
- Sage-femme
- Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
- Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)

21. Qui réalise les dépistages auditifs (OEA, PEA) ?

- Pédiatre
- Sage-femme
- Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
- Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)

22. Qui réalise le guthrie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)
23. Qui décide de la sortie du nouveau-né bien portant ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
24. En cas de suspicion d'ictère : qui prescrit les bilans ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
25. En cas de suspicion d'ictère : qui réalise les bilans ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)
26. En cas d'ictère : qui prescrit la photothérapie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas de photothérapie au sein de l'hôpital)
27. En cas d'ictère : qui surveille la photothérapie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignant(e)
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas de photothérapie au sein de l'hôpital)
28. En cas de photothérapie, le nouveau-né est-il systématiquement hospitalisé en néonatalogie ?
- Oui
 - Non il reste en suites de couches en surveillance (malgré un service de néonatalogie)
 - Non il reste en suites de couches en surveillance (car il n'y a pas de service de néonatalogie)
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas de photothérapie au sein de l'hôpital)
29. Que pensez-vous de l'affirmation suivante : je me sens très à l'aise dans la prise en charge de l'ictère du nouveau-né ?
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord
30. En cas de suspicion d'infection : qui prescrit les bilans ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie

31. En cas de suspicion d'infection : qui réalise les bilans ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignante
32. En cas d'infection : qui prescrit l'antibiothérapie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme après avis du pédiatre
 - Sage-femme en autonomie
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas d'antibiothérapie au sein de l'hôpital)
33. En cas de d'infection : qui surveille le nouveau-né sous antibiothérapie ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Infirmier(ère) en puériculture, infirmier(ère)
 - Auxiliaire de puériculture, aide-soignante
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas d'antibiothérapie au sein de l'hôpital)
34. En cas d'antibiothérapie, le nouveau-né est-il systématiquement hospitalisé en néonatalogie ?
- Oui
 - Non il reste en suites de couches en surveillance (malgré un service de néonatalogie)
 - Non il reste en suites de couches en surveillance (car il n'y a pas de service de néonatalogie)
 - Non concerné (nouveau-né transféré car pas d'antibiothérapie au sein de l'hôpital)
35. Que pensez-vous de l'affirmation suivante : je me sens très à l'aise dans la prise en charge du nouveau-né infecté ?
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord
36. En cas de signes d'appel d'une pathologie qui va examiner le nouveau-né en première intention ?
- Pédiatre
 - Sage-femme
 - Puéricultrice
37. Je pense m'investir suffisamment dans mon rôle auprès du nouveau-né
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord
38. Je pense avoir les connaissances suffisantes pour la prise en charge d'un nouveau-né bien portant
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord
39. Je pense être reconnu par mes pairs pour la prise en charge d'un nouveau-né bien portant
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord
40. Je souhaiterais m'investir davantage auprès du nouveau-né bien portant
- Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Complètement d'accord

41. Quels sont pour vous les limites de la prise en charge du nouveau-né bien portant par la sage-femme :

- Manque de temps
- Manque de compétences
- Manque de légitimité
- Manque de reconnaissance par les pairs
- Prise en charge déjà suffisante
- Autre :

42. Avez-vous des remarques sur le questionnaire / le sujet ?

Annexe 5 : Prise en charge de l'alimentation du nouveau-né dans les maternités de l'APHP

	Béclère	Beaujon	Bichat	Jean Verdier	Kremlin Bicêtre	La Pitié	Lariboisière	Louis Mourier	Necker	Port Royal	Tenon	Trousseau	Robert Debré
Surveillance de la courbe de poids													
Pédiatre	1	1	6	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0
Sage-femme	10	4	0	1	24	2	8	15	14	24	11	7	8
Infirmier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Auxiliaire de puériculture	1	9	4	1	1	6	0	1	9	0	0	3	4
Prescription de compléments													
Pédiatre	3	7	4	0	0	5	0	1	5	0	0	4	0
Sage-femme après avis du pédiatre	4	3	6	2	2	3	6	9	7	1	0	3	1
Sage-femme en autonomie	5	4	0	0	23	2	2	6	12	23	11	5	12
Prescription de tire-lait													
Pédiatre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sage-femme après avis du pédiatre	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Sage-femme en autonomie	12	14	10	3	25	8	8	16	16	24	11	12	13
Prescription de surveillances glycémiques													
Pédiatre	2	8	2	0	2	2	1	0	5	1	0	3	0
Sage-femme après avis du pédiatre	1	2	0	0	4	0	2	3	4	5	0	1	2
Sage-femme en autonomie	9	4	8	3	19	8	5	13	15	18	11	8	11
Réalisation de surveillance glycémique													
Pédiatre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sage-femme	11	14	0	2	2	1	8	3	22	24	11	0	2
Infirmier	0	0	6	0	23	8	0	12	0	0	0	12	11

Annexe 6 : Prise en charge des dépistages systématiques et des dépistages de pathologies dans les maternités de l'APHP

	Béclère	Beaujon	Bichat	Jean Verdier	Kremlin Bicêtre	La Pitié	Lariboisière	Louis Mourier	Necker	Port Royal	Tenon	Trousseau	Robert Debré
Réalisation de surveillance de l'ictère (bili flash)													
Pédiatre	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Sage-femme	3	3	0	0	8	2	0	4	9	24	6	3	5
Infirmier	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1
Auxiliaire de puériculture	9	11	10	2	16	6	8	11	15	0	5	7	7
Réalisation OEA/PEA													
Pédiatre	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Sage-femme	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
Auxiliaire de puériculture	12	14	10	2	23	10	8	14	24	24	11	11	12
Réalisation du guthrie													
Pédiatre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sage-femme	12	2	0	2	0	1	8	3	24	24	11	12	13
Infirmier	0	0	10	0	25	9	0	13	0	0	0	0	0
Auxiliaire de puériculture	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Décision sortie du nouveau-né bien portant													
Pédiatre	0	1	7	0	0	1	1	2	1	0	0	1	13
Sage-femme après avis du pédiatre	0	10	3	0	2	5	8	4	0	1	4	1	0
Sage-femme en autonomie	12	3	0	3	23	4	1	10	23	23	7	10	0

	Béclère	Beaujon	Bichat	Jean Verdier	Kremlin Bicêtre	La Pitié	Lariboisière	Louis Mourier	Necker	Port Royal	Tenon	Trousseau	Robert Debré
Suspicion d'ictère : prescription du bilan													
Pédiatre	0	9	8	0	0	3	3	0	5	1	0	6	0
Sage-femme après avis du pédiatre	1	4	2	1	3	3	5	2	9	13	9	3	5
Sage-femme en autonomie	11	1	0	1	22	4	0	14	10	10	2	3	8
Suspicion d'ictère : réalisation du bilan													
Pédiatre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sage-femme	12	14	2	2	0	1	2	1	24	24	11	12	13
Infirmier	0	0	8	0	25	9	0	15	0	0	0	0	0
Auxiliaire de puériculture	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ictère : prescription de la photothérapie													
Pédiatre	12	NC	10	1	25	10	8	13	21	24	11	12	13
Sage-femme après avis du pédiatre	0		0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0
Sage-femme en autonomie	0		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Ictère : surveillance de la photothérapie													
Pédiatre	3	NC	2	1	11	2	0	5	0	11	0	3	7
Sage-femme	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier	9		8	1	14	7	8	11	24	13	11	9	6
Auxiliaire de puériculture	0		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Nouveau-né systématiquement hospitalisé													
Oui	8	14	2	0	21	9	8	16	15	23	8	6	13
Non	4	0	8	2	4	1	0	0	9	1	3	6	0
Suspicion d'infection : prescription du bilan													
Pédiatre	6	14	8	2	0	8	4	4	22	18	9	10	2
Sage-femme après avis du pédiatre	6	0	2	0	11	2	4	9	1	6	2	2	10
Sage-femme en autonomie	0	0	0	0	14	0	0	3	0	0	0	0	1
Suspicion d'infection : réalisation du bilan													
Pédiatre	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0
Sage-femme	12	14	0	1	0	0	8	1	23	21	11	11	12
Infirmier	0	0	8	1	25	10	0	15	1	0	0	0	1
Auxiliaire de puériculture	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection : prescription de l'antibiothérapie													
Pédiatre	12	NC	10	2	25	10	8	16	24	23	11	12	13
Sage-femme après avis du pédiatre	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Sage-femme en autonomie	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection : surveillance de l'antibiothérapie													
Pédiatre	3	NC	2	1	11	0	0	8	1	15	2	3	5
Sage-femme	0		0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0
Infirmier	9		8	1	14	1	8	8	20	8	9	9	9
Auxiliaire de puériculture	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nouveau-né systématiquement hospitalisé													
Oui	8	14	4	2	7	10	8	15	18	20	8	9	13
Non	4	0	6	0	18	0	0	1	6	4	3	3	0

Annexe 7 : Concordances des réponses des sages-femmes et des coordinatrices dans 3 maternités de l'APHP

	% de sages-femmes ayant répondu comme la coordinatrice			% de sages-femmes ayant répondu comme la réponse majoritaire		
	Maternité 1	Maternité 2	Maternité 3	Maternité 1	Maternité 2	Maternité 3
Alimentation						
Poids	100,00 %	96,00 %	58,33 %	100,00 %	96,00 %	58,33 %
Compléments	100,00 %	92,00 %	50,00 %	100,00 %	92,00 %	50,00 %
Tire lait	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Surveillance glycémique	79,17 %	16,00 %	62,50 %	79,17 %	60,00 %	62,50 %
Dépistages systématiques						
BiliFlash	100,00 %	28,00 %	37,50 %	100,00 %	52,00 %	62,50 %
OEA/PEA	100,00 %	92,00 %	100,00 %	100,00 %	92,00 %	100,00 %
Guthrie	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Ictère						
Prescription dépistage	08,33 %	88,00 %	25,00 %	54,17 %	88,00 %	37,50 %
Réalisation dépistage	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Prescription photothérapie	100,00 %	100,00 %	87,50 %	100,00 %	100,00 %	87,50 %
Surveillance photothérapie	70,83 %	56,00 %	100,00 %	70,83 %	56,00 %	100,00 %
Infection						
Prescription dépistage	75,00 %	68,00 %	95,83 %	75,00 %	68,00 %	95,83 %
Réalisation dépistage	87,50 %	100,00 %	91,67 %	87,50 %	100,00 %	91,67 %
Prescription photothérapie	91,67 %	100,00 %	100,00 %	91,67 %	100,00 %	100,00 %
Surveillance photothérapie	29,17 %	72,00 %	87,50 %	54,17 %	72,00 %	87,50 %
Moyenne	82,78 %	80,53 %	79,72 %	87,50 %	85,07 %	88,22 %

Annexe 8 : Comparaison des scores de compétences auprès du nouveau-né bien portant des sages-femmes dans les services de suites de couches

Examen clinique	1 = pas du tout à l'aise	2 = peu à l'aise	3 = assez à l'aise	4 = complètement à l'aise
Type de maternité				
1 et 2	0 (0,00%)	8 (14,55%)	32 (58,18%)	15 (27,27%)
3	3 (2,38%)	15 (11,90%)	73 (57,94%)	35 (27,78%)
p (Test Fisher)	p = 0,84			
Type de service				
Suites de couches physiologiques	3 (2,05%)	17 (11,65%)	86 (58,90%)	40 (27,40%)
Suites de couches pathologiques	0 (0,00%)	6 (17,14%)	19 (54,29%)	10 (28,57%)
p (Test Fisher)	p = 0,75			
Année d'expérience				
≤ 1 an	1 (1,96%)	3 (5,88%)	36 (70,59%)	11 (21,57%)
> 1 an	2 (1,54%)	20 (15,38%)	69 (53,08%)	39 (30,00%)
p (Test Fisher)	p = 0,11			
Présence d'infirmier puériculture				
Oui	0 (0,00%)	9 (15,25%)	31 (52,54%)	19 (32,20%)
Non	3 (2,46%)	14 (11,48%)	74 (60,66%)	31 (25,41%)
p (Test Fisher)	p = 0,45			
Alimentation	1 = pas du tout à l'aise	2 = peu à l'aise	3 = assez à l'aise	4 = complètement à l'aise
Type de maternité				
1 et 2	0 (0,00%)	9 (16,36%)	40 (72,73%)	6 (10,91%)
3	0 (0,00%)	31 (24,60%)	60 (47,62%)	35 (27,78%)
p (Test Fisher)	p < 0,01			
Type de service				
Suites de couches physiologiques	0 (0,00%)	31 (21,23%)	82 (56,16%)	33 (22,60%)
Suites de couches pathologiques	0 (0,00%)	9 (25,71%)	18 (51,42%)	8 (22,86%)
p (Test Fisher)	p = 0,83			
Année d'expérience				
≤ 1 an	0 (0,00%)	15 (29,41%)	31 (60,78%)	5 (9,81%)
> 1 an	0 (0,00%)	25 (19,23%)	69 (53,08%)	36 (27,69%)
p (Test Fisher)	p = 0,026			
Présence d'infirmier puériculture				
Oui	0 (0,00%)	16 (27,12%)	32 (54,24%)	11 (18,64%)
Non	0 (0,00%)	24 (19,67%)	68 (55,74%)	30 (24,59%)
p (Test Fisher)	p = 0,44			

Ictère	1 = pas du tout à l'aise	2 = peu à l'aise	3 = assez à l'aise	4 = complètement à l'aise
Type de maternité				
1 et 2	1 (1,81%)	24 (43,65%)	25 (45,45%)	5 (9,09%)
3	6 (4,76%)	37 (29,37%)	57 (45,24%)	26 (20,63%)
p (Test Fisher)	p = 0,11			
Type de service				
Suites de couches physiologiques	6 (4,11%)	47 (32,29%)	66 (45,21%)	27 (18,49%)
Suites de couches pathologiques	1 (2,86%)	14 (40,00%)	16 (45,72%)	4 (11,43%)
p (Test Fisher)	p = 0,74			
Année d'expérience				
≤ 1 an	0 (0,00%)	21 (41,18%)	25 (49,02%)	5 (9,80%)
> 1 an	7 (5,38%)	40 (30,77%)	57 (43,85%)	26 (20,00%)
p (Test Fisher)	p = 0,097			
Présence d'infirmier puériculture				
Oui	3 (5,08%)	22 (37,29%)	26 (44,07%)	8 (13,56%)
Non	4 (3,28%)	39 (31,97%)	56 (45,90%)	23 (18,85%)
p (Test Fisher)	p = 0,69			

Infection	1 = pas du tout à l'aise	2 = peu à l'aise	3 = assez à l'aise	4 = complètement à l'aise
Type de maternité				
1 et 2	10 (18,18%)	28 (50,91%)	16 (29,09%)	1 (1,82%)
3	19 (15,07%)	65 (51,59%)	38 (30,16%)	4 (3,17%)
p (Test Fisher)	p = 0,97			
Type de service				
Suites de couches physiologiques	22 (15,07%)	79 (54,11%)	40 (27,40%)	5 (3,42%)
Suites de couches pathologiques	7 (20,00%)	14 (40,00%)	14 (40,00%)	0 (0,00%)
p (Test Fisher)	p = 0,26			
Année d'expérience				
≤ 1 an	9 (17,65%)	32 (62,75%)	10 (19,61%)	0 (0,00%)
> 1 an	20 (15,38%)	61 (46,92%)	44 (33,85%)	5 (3,85%)
p (Test Fisher)	p = 0,11			
Présence d'infirmier puériculture				
Oui	11 (18,64%)	38 (64,41%)	8 (13,56%)	2 (3,39%)
Non	18 (14,75%)	55 (45,08%)	46 (37,70%)	3 (2,46%)
p (Test Fisher)	p < 0,01			

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'État. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.