



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

L'EXAMEN DU NOUVEAU-NE

AU PREMIER JOUR DE VIE :

QUELLE PLACE POUR LA SAGE-FEMME ?

Mémoire présenté et soutenu par

Célia NOGUES

Née le 08 novembre 1988

Promotion 2007-2011

"Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur."

Remerciements

Merci aux professionnels qui m'ont guidé dans l'élaboration de cet écrit.

Merci à ma famille et à mes amis qui m'ont soutenu tout au long de ce travail.

SOMMAIRE

Introduction	6
Première Partie : La sage-femme et le nouveau-né en maternité	7
1. Contexte actuel	8
1.1. Contexte socio-économique	8
1.2. Contexte législatif	9
2. Les différents examens du nouveau-né	11
2.1. A la naissance.....	12
2.2. A la sortie de la maternité	13
2.3. Au premier jour de vie	14
3. Adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine	16
3.1. Passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine.....	16
3.2. Les 24 premières heures de vie	18
3.3. Les problèmes d'adaptation durant les 24 premières heures de vie.....	19
4. Cadre législatif	20
4.1. Compétences sages-femmes	20
4.2. Droits de prescription	22
4.3. Formation des étudiants sages-femmes.....	23
Deuxième Partie : Etude et résultats	25
1. Présentation de l'étude	26
1.1. Problématique, objectifs, hypothèses	26
1.2. Méthode	26
1.3. Difficultés et biais	27
1.4. Caractéristiques de la population étudiée.....	28
2. Résultats	30
2.1. Les pratiques professionnelles	30
2.2. A propos de vos compétences sages-femmes	31
2.3. A propos de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie	36

Troisième Partie : Analyse et propositions	48
1. Analyse des résultats.....	49
1.1. Pratiques actuelles des sages-femmes.....	49
1.2. Les sages-femmes et leurs compétences.....	50
1.3. L'examen du nouveau-né au premier jour de vie : vision des sages-femmes .	51
2. Propositions concrètes	53
2.1. Formation	53
2.2. Organisation pratique	54
2.3. Enrichissement professionnel	57
Conclusion.....	59
<i>Bibliographie</i>	60
Annexes	63

Introduction

Depuis quelques années, les concepts de périnatalité et de prise en charge globale sont apparus. Les sages-femmes, professionnelles de la périnatalité, s'inscrivent dans ces nouveaux concepts. Le nouveau-né est un être humain qui découvre le monde et qui a besoin d'être entouré par ses parents. Les sages-femmes sont présentes pour contribuer à la construction de cette nouvelle famille.

Suite à des observations effectuées au cours de stage, je me suis posé la question de la place des sages-femmes auprès des nouveau-nés en suites de couches ainsi que de l'intérêt de l'examen du premier jour de vie. Dans le contexte actuel de diminution des durées moyennes de séjour et de multiplicité des examens du nouveau-né en maternité, la sage-femme a-t-elle une place dans la pratique de l'examen au premier jour de vie ?

Pour résoudre cette problématique, j'ai effectué une étude auprès des sages-femmes de suites de couches de cinq maternités de la région au moyen de questionnaires. Mon but était de mesurer l'écart entre les pratiques professionnelles et les pratiques attendues par la législation.

En premier lieu, je développerai la position des sages-femmes et des nouveau-nés en maternité : contexte actuel, différents examens effectués au cours du séjour, adaptation néonatale, compétences et formation des sages-femmes dans le domaine de la pédiatrie. Je poursuivrai en exposant les résultats de mon enquête. Enfin, j'aborderai les solutions envisagées permettant de répondre à ma problématique.

Première Partie

LES SAGES-FEMMES
ET
LE NOUVEAU-NE
EN MATERNITE

1. CONTEXTE ACTUEL

Dans cette partie, nous allons développer brièvement le contexte socio-économique et le contexte législatif actuel ainsi que son évolution dans le temps.

1.1. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ^{[21] [23] [24] [27]}

Les données présentées sont issues d'études menées par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), par l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cepidc).

Quelques définitions : le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. Le taux de fécondité est le nombre d'enfants nés vivants de l'ensemble des femmes en âge de procréer au cours de l'année. Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an à l'ensemble des enfants nés vivants.

En France, le nombre de naissances varie en fonction des années : 862 300 en 1950, 729 600 en 1995, 797 000 en 2010 (annexe I). Le taux de décès infantile est en constante diminution : 52,0 ‰ en 1950, 3,6 ‰ en 2010. Il est stable depuis 2005 (annexes I et II). Le taux de natalité est stable depuis 1995 : environ 12,7 ‰ (annexes I et III). Après une décroissance du taux de fécondité entre 1960 et 1995, celui-ci augmente régulièrement (annexe IV).

En Lorraine, en 2008, le taux de natalité (11,5 ‰) et le taux de décès infantile (3,7 ‰) est stable dans tous les départements. Le taux de natalité est inférieur à celui de France tandis que le taux de décès infantile est égal. Le nombre de naissances varie en fonction des départements (en 2009, 2 122 dans la Meuse, 11 381 en Moselle) (annexe V).

En 2008, sur 1356 décès de nouveau-nés entre 0 et 6 jours de vie, 901 étaient dus à des affections de la période périnatale, 275 étaient dus à d'autres malformations congénitales et anomalies chromosomiques, 104 étaient dus à des symptômes et des états morbides mal définis (annexe IV). En 2000, le nombre de décès infantiles entre 0 et 6 jours de vie était de 1543 : il y a donc une légère diminution.

Selon une étude de l'assurance maladie, la durée moyenne de séjour en maternité était de 4,4 jours en 2010 en France. Cette durée diminue depuis quelques années.

Ces statistiques indiquent un changement socio-économique depuis les années 1995. Cette évolution de la société nécessite un changement des pratiques des professionnels de la périnatalité.

1.2. CONTEXTE LEGISLATIF ^[3] ^[17] ^[18] ^[19] ^[20]

La périnatalité est définie comme la période qui entoure la naissance (de 28 semaines de grossesse jusqu'au 7^e jour de vie), les sages-femmes étant présentes tout au long de cette période. Depuis les années 1990, plusieurs textes sont apparus pour encadrer ce domaine.

Le plan gouvernemental sur la périnatalité de 1995 à 2000 a été annoncé le 12 avril 1994. Il comprenait 16 mesures répondant aux 5 priorités définies à la suite du rapport du Haut Comité de la Santé Publique, une des priorités étant d'améliorer les soins aux nouveau-nés. L'un des objectifs prioritaires était de réduire les morts périnatales de 20 %. Parmi les mesures mises en place, les politiques ont cherché à "valoriser le rôle des pédiatres en maternité en inscrivant dans la nomenclature des actes professionnels une consultation au premier jour pour l'enfant bien portant". Suite à ce plan, deux décrets de périnatalité ont été votés en octobre 1998 fixant les règles d'organisation des maternités (architecture et personnel).

Le décret 98-899 du 09 octobre 1998 remplacé par le chapitre III, section 3 du Code de Santé Publique le 20 juillet 2005 fait apparaître pour la première fois la notion d'appartenance à un réseau de périnatalité. L'article R.712-85 stipule : "Afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique (...) assurent le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.". L'article R.712-86 précise : "L'unité d'obstétrique assure (...) les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement.".

Le décret 98-900 du 09 octobre 1998 remplacé par le chapitre IV, section 1, sous-section 3 du Code de Santé Publique le 20 juillet 2005 définit les objectifs des diverses unités. Ce décret donne des précisions qualitatives et quantitatives sur le personnel, l'architecture, les locaux, le matériel. Par exemple, en suites de couches, quelle que soit l'activité, il est nécessaire qu'il y ait au moins une sage-femme présente.

En novembre 2004, un nouveau plan de périnatalité a été présenté, les objectifs du premier n'étant pas complètement atteints. Ce plan 2005-2007 s'intitulait : "humanité, proximité, sécurité, qualité". Il visait à mettre en œuvre un plan d'action pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. Un des objectifs était la diminution de la mort périnatale à un taux de 5,5 %. Les missions des soignants en maternité ont été redéfinies : "observer, dépister, éduquer, assurer la continuité des soins en amont et en aval de l'accouchement", "assurer une relation de qualité mère/enfant à long terme". L'accent est mis sur la prise en charge globale mère/enfant. Un des items développé par ce plan est de mieux reconnaître les professionnels de la santé par la prise en compte à leur juste valeur des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité depuis 2004, par la valorisation des compétences des professionnels de la naissance (sage-femme, puéricultrice, gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste-réanimateur, généraliste), par une étude approfondie sur la responsabilité médicale.

Depuis avril 2008, pour valoriser les conditions d'exercice des pédiatres en maternité, il est désormais inscrit "dans la nomenclature générale des actes professionnels pour l'enfant apparemment bien portant une consultation du premier jour, facturée de façon identique à l'examen du huitième jour (31 € en secteur 1)".

Tous ces textes ont permis de remanier la prise en charge du nouveau-né en maternité ainsi que le rôle des différents professionnels de la périnatalité. Ces dernières années, les tâches dévolues au pédiatre ont augmenté avec notamment l'apparition de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie. Cette nouvelle pratique a multiplié les examens que l'enfant subit au cours de son séjour en maternité. Ces constats soulèvent deux questions : Cet examen est-il nécessaire ? Les sages-femmes peuvent-elles l'effectuer ?

2. LES DIFFERENTS EXAMENS DU NOUVEAU-NE

Au cours de son séjour en maternité, le nouveau-né subit plusieurs examens : dès sa naissance, au premier jour de vie et avant le retour à domicile.

Actuellement, selon la loi, un seul examen est obligatoire avant le huitième jour de vie. Le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de Santé Publique dans le chapitre II indique : " Les enfants sont soumis à des examens médicaux obligatoires dont le nombre est fixé à neuf au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance (...). Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations. Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé institué par l'article L. 2132-1." (annexe VI). Cet examen effectué dans les huit jours suivant la naissance donne lieu à l'établissement d'un certificat de santé fait par le médecin. L'arrêté du 18 octobre 1994 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux mentionne l'examen effectué au premier jour de vie mais précise qu'il n'est pas obligatoire : " examen du premier jour de la naissance : contrôle de l'adaptation du nouveau-né, dépistage d'anomalies latentes (malformations, infection, troubles métaboliques) C ou CS. Cet examen peut se cumuler avec l'examen médical obligatoire prévu dans les huit jours suivant la naissance." (annexe VIII).

Malgré le fait qu'un seul examen du nouveau-né soit légalement obligatoire avant le huitième jour de vie, il semble souhaitable qu'il y ait deux autres examens : l'un précocement dans les premières heures de vie et l'autre à distance de la naissance. Dans cette partie, nous allons décrire succinctement ces trois examens.

Nous parlerons de l'examen du nouveau-né normal, c'est-à-dire : à terme (né entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée), eutrophe (mensurations entre le 10^e et le 90^e percentile des courbes de référence), absence de pathologies en anté, per ou postnatal immédiat, ayant présenté une adaptation correcte à la vie extra-utérine. ^{[8][12]}

2.1. A LA NAISSANCE ^{[1] [2] [3] [5] [6] [22] [25] [28]}

L'examen du nouveau-né en salle de naissance n'est pas imposé par la loi mais est reconnu nécessaire, permettant de dépister au plus tôt les pathologies et de les prendre en charge précocement. Les différents items à vérifier obligatoirement sont répertoriés dans le carnet de santé de l'enfant (annexe IX). Cet examen est à effectuer dans les deux heures qui suivent la naissance avant le transfert en suites de couches.

Avant tout examen, il faut effectuer une anamnèse rigoureuse qui permet d'orienter sur les points précis à vérifier plus spécifiquement. L'anamnèse comporte cinq grands points : antécédents familiaux, antécédents maternels, déroulement de la grossesse, déroulement de l'accouchement, état de l'enfant à la naissance.

L'examen de naissance est effectué par la sage-femme responsable de l'accouchement sauf en cas de pathologie. Les objectifs sont de vérifier la bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, de vérifier l'absence de pathologies vitales (essentiellement cardiaques, respiratoires, neurologiques), de dépister des anomalies et des malformations cliniquement décelables, de déterminer le terme exact de la naissance ainsi que la trophicité (mensurations), d'effectuer les premiers soins systématiques. L'examen est effectué dans un endroit clair, chaud, calme, intime.

Dans un premier temps, il faut sécher l'enfant (maintien de sa température), observer son teint, son attitude, son comportement. Il faut ensuite procéder à une désobstruction des voies aériennes et effectuer une auscultation cardiorespiratoire.

Une fois sûr que le pronostic vital de l'enfant n'est pas engagé, la sage-femme ou le pédiatre vérifie l'absence d'anomalies et de malformations: crâne, faciès, palais, perméabilité des choanes et de l'œsophage, membres, tronc, organes génitaux et perméabilité de l'anus, palpation des pouls fémoraux. On explorera ensuite les réflexes archaïques, le tonus passif et la réactivité.

Ensuite, il est nécessaire de déterminer la maturité de l'enfant et de vérifier si elle correspond à son terme. Ainsi, on appréciera sa croissance grâce aux différentes mensurations (poids, taille, périmètre crânien).

A la fin de l'examen, la sage-femme effectuera les premiers soins systématiques : désinfection du cordon ombilical, administration de vitamine K.

A l'issue des soins, la sage-femme remplira les différents items du carnet de santé (annexe IX).

L'examen effectué en salle de naissances est très important car il permet de dépister les pathologies entraînant un risque vital immédiat pour l'enfant. Il est cependant nécessaire d'effectuer un autre examen à distance de l'accouchement pour dépister des problèmes d'adaptation plus tardifs, qui peuvent être masqués à la naissance.

2.2. A LA SORTIE DE LA MATERNITE ^{[1] [2] [3] [4] [5] [25] [28]}

Cet examen est exclusivement réalisé par le pédiatre. Les objectifs sont d'apprécier la qualité d'adaptation à la vie extra-utérine, de rechercher des malformations ou des signes de pathologies postnatales, de contrôler un item suspect à l'examen précédent, d'apprécier la qualité de la relation mère-enfant. Cet examen est effectué en présence des parents ce qui permet de leur transmettre des informations. Il doit être réalisé une fois les mécanismes d'adaptation achevés. Il s'agit d'un examen neurologique et morphologique. Il donne lieu à l'établissement du certificat médical du huitième jour, au remplissage du carnet de santé ainsi qu'à différentes prescriptions médicales.

Il faut d'abord observer l'enfant : état de veille, position de couchage, teint.

L'inspection clinique suit dans un deuxième temps. L'examen du crâne comprend la mesure de son périmètre, la palpation des fontanelles et des sutures. Ensuite vient l'inspection de la face : symétrie, fentes palpébrales, globes oculaires, oreilles, nez, lèvres, cavité buccale, intégrité du palais, menton, cou, clavicules. Puis l'examen des membres supérieurs : symétrie de la mobilité, longueur des bras, des avant-bras, des mains, des doigts, présence de plis palmaires, absence de syndactylie. L'examen du thorax et de l'abdomen comprend : l'appréciation de l'aspect des mamelons, du temps de recoloration cutanée, l'auscultation cardiaque (fréquence cardiaque, régularité, présence ou non d'un souffle), l'auscultation respiratoire (fréquence respiratoire, murmure vésiculaire, absence de signes de détresse respiratoire), palpation de l'abdomen (foie, rate), palpation des fosses lombaires, aspect du cordon ombilical, palpation des pouls fémoraux. Il faut s'assurer de l'émission correcte des urines et des selles et dépister une malformation sexuelle : examen des

organes génitaux. Ensuite, vient l'examen des membres inférieurs : symétrie de la mobilité, longueur des cuisses, des jambes, des pieds, des orteils, présence des plis plantaires, absence de syndactylie. Il faut effectuer le dépistage de la luxation congénitale de la hanche à l'aide de la manœuvre de Barlow ainsi que de la manœuvre d'Ortolani. Le dernier point à vérifier est le dos : nuque, rachis et fossette sacro-coccygienne.

Le troisième temps de l'examen est l'exploration de la fonction neurologique du nouveau-né. On cherche à connaître les fonctions sensorielles de l'enfant (regards, audition). Le tonus passif résulte de propriétés d'élasticité et de contractilité du muscle : retour en flexion des membres, signe du foulard, angle des adducteurs, angles poplités, angles talon-oreilles, angles de dorsiflexion du pied. Le tonus actif est une réponse motrice à une stimulation précise : tiré-assis, redressement. Les réflexes archaïques sont des réactions motrices stéréotypées exprimant le fonctionnement des structures primitives du cerveau : succion, points cardinaux, grasping, réflexe de Moro, réflexe de Babinski, allongement croisé, marche automatique, fousissement. Les compétences motrices ainsi explorées sont les témoins de l'intégrité du système nerveux.

Au cours de l'examen, le pédiatre questionnera la mère sur l'alimentation (quantités au biberon, efficacité des tétées). Il vérifiera que le test de dépistage des maladies métaboliques a été effectué.

A l'issue de cet examen, le pédiatre remplira le carnet de santé et le certificat du huitième jour (annexe IX).

L'examen du nouveau-né effectué avant le retour à domicile est important de par le temps qu'il réclame et les objectifs à remplir qui sont clairement définis dans les textes de lois.

2.3. AU PREMIER JOUR DE VIE ^{[1] [2] [3] [4] [5]}

Selon la loi l'examen du nouveau-né au premier jour de vie n'est pas obligatoire. Il est cependant recommandé par la plupart des professionnels du fait de pathologies néonatales pouvant décompenser entre l'examen effectué en salle de naissances et celui effectué à la sortie de la maternité.

Les objectifs de cet examen sont similaires à ceux de l'examen de sortie. Il s'agit de dépister une anomalie retardée de l'adaptation à la vie extra-utérine, le début d'une pathologie postnatale, des anomalies ou des malformations congénitales non diagnostiquées en anténatal. Les autres objectifs sont d'évaluer le comportement du nouveau-né et la bonne mise en route de l'alimentation, de contrôler un item suspect à l'examen de naissance. Il s'effectue de préférence en présence des parents. Cet examen n'est pas effectué dans toutes les maternités. De même, il n'est pas réalisé par les mêmes personnes selon l'établissement : sage-femme ou pédiatre.

Cet examen permet une inspection physique et une exploration neurologique plus poussée que lors des autres examens grâce au temps qui est disponible. Il est plus complet, plus détaillé et plus précis. Il se déroule de la même manière que l'examen de sortie. C'est un moment d'échanges avec les parents, qui sont plus accessibles à distance de l'accouchement. Ils découvrent les capacités et les compétences de leur enfant, peuvent poser des questions. C'est l'occasion pour les professionnels de transmettre des informations : soins à l'enfant, allaitement maternel, conseils de sécurité. C'est une prise en charge globale des parents et de leur enfant.

Au moment de l'examen du nouveau-né effectué en salle de naissances, les processus de l'adaptation néonatale ne sont pas tous achevés. A l'inverse, ils le sont tous au moment de l'examen de sortie. Au premier jour de vie, les mécanismes de l'adaptation à la vie extra-utérine ne sont pas tous achevés mais les phénomènes adaptatifs entourant la naissance se sont dissipés permettant une autre vision globale du nouveau-né ainsi que la révélation de certaines pathologies.

L'examen du nouveau-né est un moment important au cours de son séjour en maternité. Ce n'est pas uniquement un contrôle de l'intégrité physique et neurologique mais aussi une découverte de l'enfant et de ses parents.

3. ADAPTATION DU NOUVEAU-NE A LA VIE EXTRA-UTERINE

Il est important de connaître la physiologie de l'adaptation de la naissance et des 24 premières heures de vie ainsi que les problèmes d'adaptation qui peuvent se révéler au cours de cette période.

L'organisme du nouveau-né s'adapte à son nouvel environnement dès la naissance ainsi qu'au cours des premiers jours de vie. Les problèmes d'adaptation peuvent donc apparaître lors des 24 premières heures de vie d'où la nécessité d'un examen du nouveau-né au premier jour de vie.

3.1. PASSAGE DE LA VIE INTRA-UTERINE A LA VIE EXTRA- UTERINE ^{[1] [25]}

Le fœtus est dit mature après 37 semaines d'aménorrhée : tous ses organes sont formés, prêts à fonctionner dès la naissance. Celle-ci peut être définie comme le passage de la vie aquatique dépendante à la vie aérienne autonome.

La vie intra-utérine est faite de conditions particulières : vie dans un milieu aquatique, température constante à 37 °C, protection contre les traumatismes et les infections, apesanteur, poumons matures mais non fonctionnels, élimination des déchets par le placenta, nutrition parentérale exclusive et oxygénation extracorporelle. L'organisme du nouveau-né doit adapter rapidement ces grandes fonctions à la vie extra-utérine : respiration, cœur, rein, température, glycémie, digestion.

Dès la naissance, après clampage du cordon ombilical, les poumons doivent être capables d'assurer leur fonction d'hématose. La résorption du liquide pulmonaire ainsi que les premiers mouvements respiratoires vont entraîner les premiers cris et la pénétration de l'air dans les alvéoles permettant l'oxygénation du sang.

La circulation sanguine fœtale est composée de deux shunts permettant le passage du sang oxygéné vers les organes. Le foramen ovale permet la communication entre l'oreillette droite et l'oreillette gauche. Le canal artériel permet la communication entre l'artère pulmonaire et l'aorte. A la naissance, il y a une inversion des pressions hémodynamiques par l'arrêt de la circulation placentaire et l'ouverture du lit vasculaire pulmonaire ce qui entraîne la fermeture des deux shunts et donc la séparation des circulations systémique et pulmonaire.

Pendant la vie intra-utérine, le fœtus élimine les déchets et maintient son équilibre grâce au placenta. Les fonctions glomérulaire et tubulaire sont présentes chez le fœtus et sont fonctionnelles dès la naissance mais ne s'adaptent pas toujours aux diverses situations pathologiques.

Au moment de l'accouchement, le fœtus passe d'un milieu à une température constante de 37 °C à un environnement à 23 °C : il y a un risque d'hypothermie. La thermorégulation est efficace uniquement chez le nouveau-né à terme et seulement quelques heures après la naissance.

La nutrition parentérale transplacentaire s'arrête après le clampage du cordon. Pour maintenir une glycémie efficace, le nouveau-né va devoir mettre en place la glycogénolyse hépatique et devra être alimenté rapidement. La motricité et l'absorption digestives continuent leur maturation après la naissance.

Tous les organes, toutes les fonctions doivent s'adapter à cette vie extra-utérine. En effet, ils doivent contrôler l'homéostasie de l'enfant qui devient autonome.

La plus grande partie de l'adaptation à la vie extra-utérine s'effectue lors des 2 premières heures suivant la naissance. Cependant, l'organisme du nouveau-né continue à s'adapter à son nouvel environnement durant les premiers jours de vie.

3.2. LES 24 PREMIERES HEURES DE VIE ^{[1][25]}

La première journée de vie est une période cruciale de transition où les risques de morbidité et de mortalité sont élevés si les pathologies néonatales ne sont pas dépistées et prises en charge précocement. Durant les 24 premières heures de vie, le nouveau-né va adapter de nouvelles fonctions.

L'organisme du nouveau-né va s'adapter au niveau métabolique. Les phénomènes régulant le métabolisme du calcium sont complexes : ils impliquent plusieurs hormones apportées à travers le placenta pendant la vie fœtale. Après la naissance, la régulation du calcium va se mettre en place lentement. Le nouveau-né doit fabriquer les hormones nécessaires pour la première fois. La fabrication de bilirubine augmente durant la première semaine de vie. Cette augmentation est due à l'hémolyse suivant la naissance et à l'immaturation des mécanismes hépatiques d'élimination de la bilirubine. La thermorégulation n'est pas complètement mise en place à la naissance. Elle sera efficace après plusieurs jours de vie.

Le système immunitaire du nouveau-né est immature à la naissance. Le fœtus vit dans un environnement stérile. La colonisation du nouveau-né par des germes saprophytes (physiologiques) est importante pour sa protection contre les infections.

L'adaptation cardiaque se met en place dès la naissance mais n'est complète qu'après plusieurs jours. La circulation sanguine durant cette période est dite transitionnelle. En effet, les shunts mis en place lors de la vie fœtale (foramen ovale, canal artériel) peuvent se rouvrir.

La maturation digestive ainsi que les fonctions de motilité et d'absorption se mettent en place en plusieurs jours.

L'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine ne s'effectue pas uniquement à la naissance mais tout au long des premiers jours de vie. Si cette adaptation n'est pas correcte, elle peut entraîner des pathologies néonatales qui sont susceptibles de décompenser lors du premier jour de vie.

3.3. LES PROBLEMES D'ADAPTATION DURANT LES 24 PREMIERES HEURES DE VIE ^[26]

Les pathologies néonatales apparaissant dans les 24 premières heures de vie sont la conséquence d'une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine ou d'une malformation n'ayant pas été dépistée auparavant.

Au niveau ostéologique, il existe trois pathologies plus facilement diagnostiquées en suite de couches qu'en salle de naissances : la fracture de la clavicule, l'instabilité ou la luxation de hanche, les déformations des pieds.

Une grande famille de pathologies néonatales concerne les pathologies métaboliques : ictère, hypoglycémie, hypocalcémie, troubles de la thermorégulation. L'ictère précoce apparaît dans les premiers jours de vie et entraîne, comme les autres pathologies métaboliques, un risque important de séquelles neurologiques.

Certaines pathologies digestives malformatives décompensent dans les premiers jours de vie. Ce type de pathologies néonatales est difficile à diagnostiquer en anténatal, il est donc important de connaître les symptômes les révélant (atrésie, hernie diaphragmatique). Le nouveau-né peut aussi présenter des diarrhées ou des régurgitations.

Certaines cardiopathies sont compensées à la naissance par la présence du canal artériel. Elles sont révélées en postnatal une fois que les phénomènes de compensation sont dépassés et que le canal artériel se ferme. Les cardiopathies les plus courantes sont la coarctation de l'aorte, la communication intra-auriculaire, la communication intra-ventriculaire et le canal artériel persistant. Ils sont révélés par une auscultation cardio-pulmonaire anormale : trouble du rythme, souffle.

Le nouveau-né peut décompenser au niveau respiratoire notamment en cas d'inhalation ou d'infection. L'enfant présentera alors une détresse respiratoire.

Les conséquences de l'infection néonatale peuvent être graves au niveau du système nerveux central (méningite, septicémie, choc) d'où l'importance d'un dépistage précoce.

La pathologie dermatologique la plus fréquente est l'érythème allergique.

Les 24 premières heures de vie sont l'occasion de dépister des malformations congénitales non diagnostiquées en anténatal telles que des malformations digestives, des hernies diaphragmatiques, des cardiopathies...

L'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine s'effectue dès la naissance pour les grandes fonctions et tout au long des 24 premières heures de vie pour tout l'organisme. Des déficiences dans l'adaptation néonatale peuvent entraîner des pathologies qui apparaissent entre la naissance et la sortie de la maternité. La majorité de ces pathologies sont bénignes si elles sont prises en charge précocement mais peuvent devenir dangereuses si le dépistage est trop tardif. Nous voyons donc l'intérêt d'effectuer plusieurs examens du nouveau-né lors de son séjour à la maternité pour dépister au plus tôt les pathologies néonatales et ce malgré la diminution des durées de séjour (un à la naissance, un au premier jour de vie, un avant la sortie de la maternité).

4. CADRE LEGISLATIF

La profession de sage-femme est en évolution avec une augmentation du champ de compétences. Or, actuellement, les sages-femmes possèdent des compétences qu'elles n'exploitent pas entièrement.

Dans cette partie, nous allons mettre en évidence leurs compétences dans la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ainsi que leurs droits de prescription. Nous développerons aussi la formation initiale reçue par tous les étudiants sages-femmes lors de leur cursus dans les domaines de la pédiatrie.

4.1. COMPETENCES SAGES-FEMMES ^{[7][14][16]}

Le Code de Santé Publique définit la profession de sage-femme comme une profession médicale à compétences définies, qui intervient lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. L'article L.4151-1 modifié par la loi du 21 juillet 2009 indique : "L'exercice de la profession de sage-femme comporte (...) la pratique (...) des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (...)." (annexe X). L'article R.4127-318 précise : "(...) la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment (...) le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né (...)." (annexe XI).

En octobre 2007, le collectif associatif et syndical des sages-femmes (CASSF) en collaboration avec le conseil national de l'ordre des sages-femmes ont édité le référentiel métier et compétences des sages-femmes (modifié en janvier 2010). L'élaboration de ce document a été initialisée lors d'une mission d'évaluation des compétences professionnelles. En effet, depuis quelques années, la sage-femme a vu ses missions s'élargir du fait des besoins actuels en matière de santé des mères et des enfants. Le CASSF et le conseil national de l'ordre des sages-femmes ont donc défini des situations clés et des valeurs professionnelles selon les recommandations et les données actuelles de la science.

Ce référentiel est composé de trois axes : exposition des compétences sages-femmes dans la prise en charge en pré, per et postnatal, qualité des pratiques à développer et compétences à acquérir. Pour développer ces compétences, le CASSF et le conseil national de l'ordre des sages-femmes ont choisi d'exposer 8 situations types de la pratique de la profession de sage-femme. Il s'agit de situations représentatives de la profession qui font partie intégrante du métier.

La situation type 6 s'intitule "Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale" (annexe XII). Il est expliqué les différents points nécessaires à l'établissement d'un diagnostic : "accueillir la mère et l'enfant (consultation en fonction de l'enfant), pratiquer l'examen général de l'enfant (observation générale, auscultation cardio-pulmonaire, examen cutanéomuqueux, examen des différents appareils et fonctions, examen neurologique)". Il est rappelé que devant une situation pathologique ou une anomalie, il faut s'adresser au pédiatre qui prendra le relais. La sage-femme a un rôle de dépistage et de diagnostic de la pathologie en se basant sur ses connaissances de la physiologie.

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

4.2. DROITS DE PRESCRIPTION ^{[9][11][13][15]}

La profession de sage-femme est classée dans le Code de Santé Publique comme une profession médicale ayant un droit de prescription (4^e partie : profession de santé, livre I^{er} : profession médicale, titre V : profession de sage-femme). L'article L.4151-4 du Code de Santé Publique stipule : "Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministère chargé de la Santé pris après avis de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.". Dans cette partie, nous allons développer les droits de prescription des sages-femmes par rapport à la prise en charge des nouveau-nés.

L'arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixe les médicaments que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. L'annexe II précise la "liste des médicaments renfermant ou non des substances vénéneuses autorisées aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des nouveau-nés.". Il s'agit de médicaments que la sage-femme peut être amenée à utiliser en suites de couches notamment suite à des observations faites lors de l'examen du nouveau-né (annexe XIII). Le texte précise la molécule et la voie d'administration autorisées aux sages-femmes.

L'arrêté du 27 juin 2006 fixe la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire (annexe XIV).

Les sages-femmes ont aussi le droit de prescrire, d'après l'arrêté du 17 octobre 1983, modifié par l'arrêté du 30 septembre 1997, des examens de laboratoire permettant de dépister certaines pathologies : tests de dépistage des maladies métaboliques, bilirubinémie, glycémie, calcémie, PCR, phénotype Rhésus... (annexe XV). L'arrêté précise : "La sage-femme est en mesure de prescrire des examens biologiques ou hématologiques dans le cadre de la surveillance mère-enfant.". La prescription de ces examens nécessite un examen clinique préalable permettant d'orienter sur les examens complémentaires à effectuer.

4.3. FORMATION DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES ^{[7][10]}

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes édité par le CASSF et le conseil national de l'ordre des sages-femmes en janvier 2010 identifie les compétences "(...)" qui sont particulièrement requises pour exercer la profession de sage-femme.". Il est stipulé qu'il est nécessaire d'avoir acquis des connaissances dans le domaine de la pédiatrie aux moyens d'enseignements théoriques et de stages. Les savoir-faire à acquérir sont : "(...) les soins généraux des adultes et des enfants" ainsi que "(...) la surveillance et la prise en charge des accouchées et du nouveau-né à terme ou prématuré.". Il est précisé qu'il faut "(...) en post-partum être capable de réaliser l'examen pédiatrique".

Pour acquérir ces compétences, les étudiants sages-femmes ont un enseignement pédiatrique au cours de leur formation initiale. L'arrêté du 11 décembre 2001 fixe le programme des études de sage-femme. Cet arrêté précise les objectifs de référence : "Pratiquer l'examen clinique des nouveau-nés normaux" (formation clinique minimale demandée : 100 examens), "Assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant en favorisant le lien mère-enfant", "Surveiller et donner des soins aux nouveau-nés (...)" (annexe XVI). L'enseignement de pédiatrie représente une part importante du programme.

Le programme de la première phase des études est orienté vers la connaissance de la physiologie. Les objectifs de cette phase sont : "Assurer la prise en charge globale et participer à l'accompagnement (...) de l'enfant au cours (...) du post-partum" ainsi que "Assurer la surveillance des suites de couches normales (mère et enfant)" (annexes XVI et XVII). L'enseignement permet d'acquérir les connaissances de base concernant le nouveau-né, de maîtriser sa prise en charge et sa surveillance.

Le programme de la deuxième phase des études est orienté vers la reconnaissance de la pathologie et la mise en œuvre d'actions adaptées. Les objectifs de cette phase sont : "Prévenir, informer, éduquer dans les domaines (...) de la pédiatrie", "Orienter les patients vers les niveaux de soins adaptés (mère et enfant)", "Participer à la surveillance et à la prise en charge des situations à risque au cours (...) des suites de couches (mère et enfant)" (annexes XVI et XVIII). L'enseignement permet d'acquérir des connaissances pour dépister, orienter et participer à la prise en charge des nouveau-nés présentant une pathologie.

La répétition des gestes permet d'intégrer les connaissances et de les transformer en compétences. L'apprentissage théorique et clinique est échelonné par des évaluations de connaissances ce qui permet à chaque étudiant de se situer par rapport à ses acquis. L'objectif de la formation initiale en pédiatrie est d'amener chaque étudiant à posséder des compétences médicales leur permettant de prendre en charge les nouveau-nés.

Nous pouvons donc affirmer que les étudiants sages-femmes sont suffisamment formés dans le domaine de la pédiatrie et qu'ils ont toutes les compétences pour effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie.

Deuxième Partie

ETUDE
ET
RESULTATS

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHESES

Ma problématique est la suivante : dans le contexte actuel de diminution des durées moyennes de séjour et de multiplicité des examens du nouveau-né en maternité, la sage-femme a-t-elle une place dans la pratique de l'examen du premier jour de vie ?

Le premier objectif de mon enquête était de démontrer qu'il est nécessaire de conserver un examen du nouveau-né au premier jour de vie malgré la diminution des durées moyennes de séjour. Le deuxième objectif était de mettre en évidence que les sages-femmes sont compétentes pour effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie afin de dépister d'éventuelles décompensations au cours des 24 premières heures de vie.

Mes hypothèses sont les suivantes : les sages-femmes n'exploitent pas toutes leurs compétences et tous leurs droits auprès du nouveau-né pendant la période néonatale immédiate. Les sages-femmes ont connaissance de leur mission auprès du nouveau-né en postnatal et sont prêtes à exercer leurs compétences.

1.2. METHODE

Mon étude s'est déroulée du 01 novembre 2010 au 21 janvier 2011. Il s'agissait de 2 questionnaires distincts comportant respectivement 21 et 20 items (annexes XIX et XX). Ceux-ci étaient destinés aux sages-femmes de suites de couches de 5 maternités :

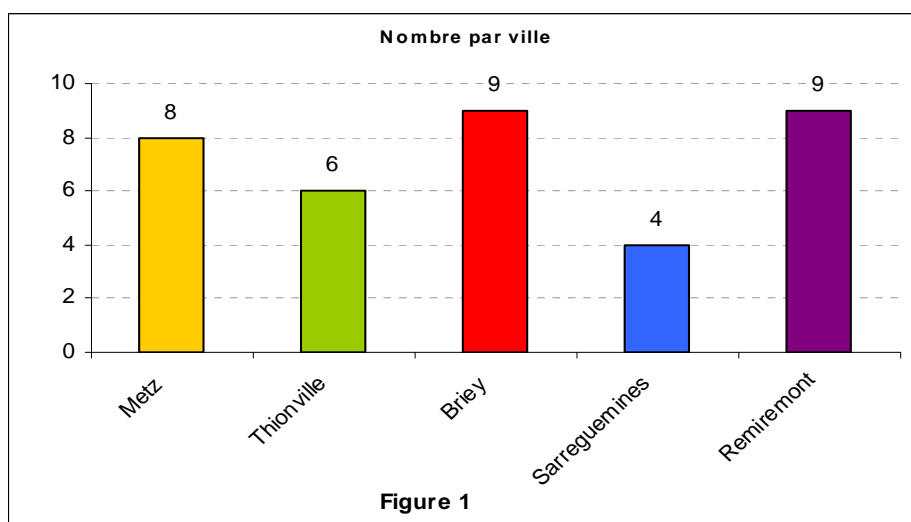
- Centre Hospitalier de Sarreguemines (niveau 1)
- Centre Hospitalier de Briey (niveau 1)
- Hôpital Bel-air de Thionville (niveau 2B)
- Hôpital Maternité de Metz (niveau 2B)
- Centre Hospitalier de Remiremont (niveau 2A) : maternité où les sages-femmes pratiquent l'examen du nouveau-né au premier jour de vie

Les questionnaires étaient anonymes. Ils comprenaient 3 parties : le parcours professionnel, les compétences sages-femmes, l'examen du nouveau-né au premier jour de vie.

Le questionnaire était composé de questions fermées permettant une analyse plus facile ainsi que de questions ouvertes permettant aux sages-femmes de s'exprimer. Les résultats ont été interprétés par étude statistique à l'aide du logiciel Excel[®] et par analyse du contenu.

Au total, sur 64 questionnaires distribués, 36 m'ont été retourné :

- 9/16 au Centre Hospitalier de Briey
- 4/15 au Centre Hospitalier de Sarreguemines
- 8/10 à l'Hôpital Maternité de Metz
- 6/18 à l'Hôpital Bel-air de Thionville
- 9/10 au Centre Hospitalier de Remiremont.



1.3. DIFFICULTES ET BIAIS

Mon questionnaire comportait 11 questions ouvertes sur 20 ce qui demandait du temps pour la rédaction.

La population ayant répondu à mon questionnaire n'est pas suffisante pour effectuer une comparaison des pratiques entre les maternités.

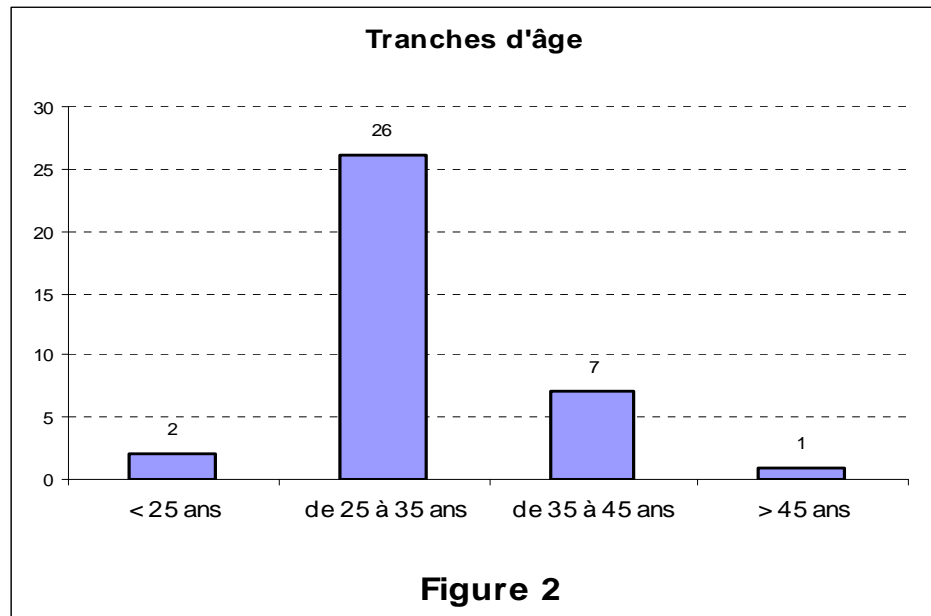
Certaines questions ont été comprises différemment par les sages-femmes.

Les sages-femmes ont exprimé une importante activité de service pendant la période les rendant moins disponible pour répondre à mon questionnaire.

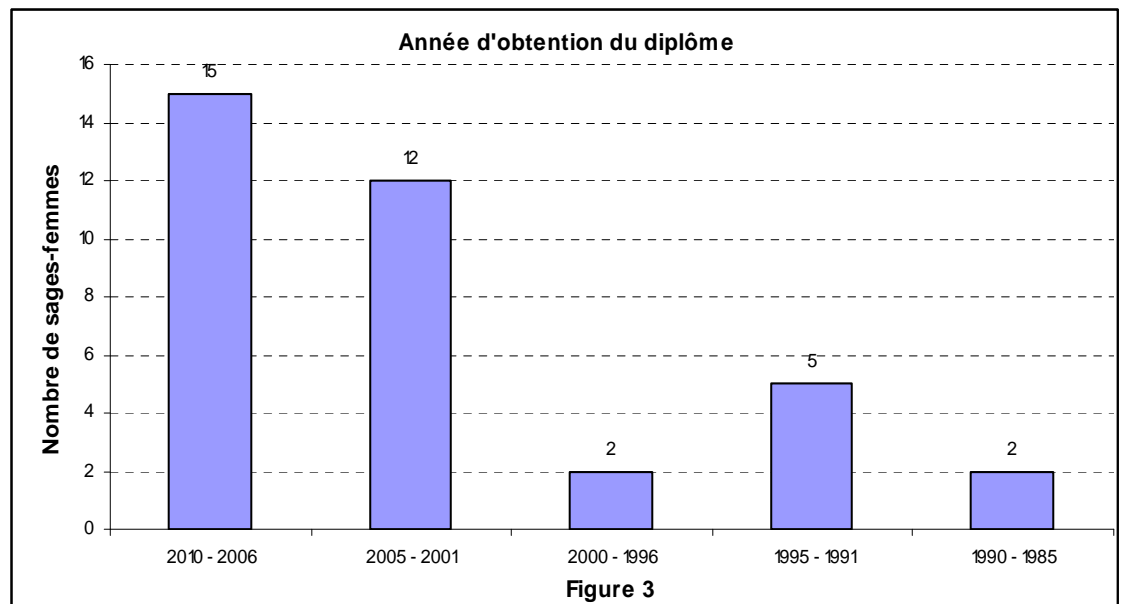
1.4. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Mon questionnaire était destiné aux sages-femmes de maternité.

La majorité des sages-femmes ont entre 25 et 35 ans.



Les sages-femmes ont obtenu leur diplôme entre 1985 et 2010 : la majorité entre 2000 et 2010.



Les sages-femmes ont plus souvent et plus longtemps travaillé en secteur de suites de couches et de salle de naissance. En moyenne, elles ont une expérience de 7 ans d'exercice, toutes filières confondues.

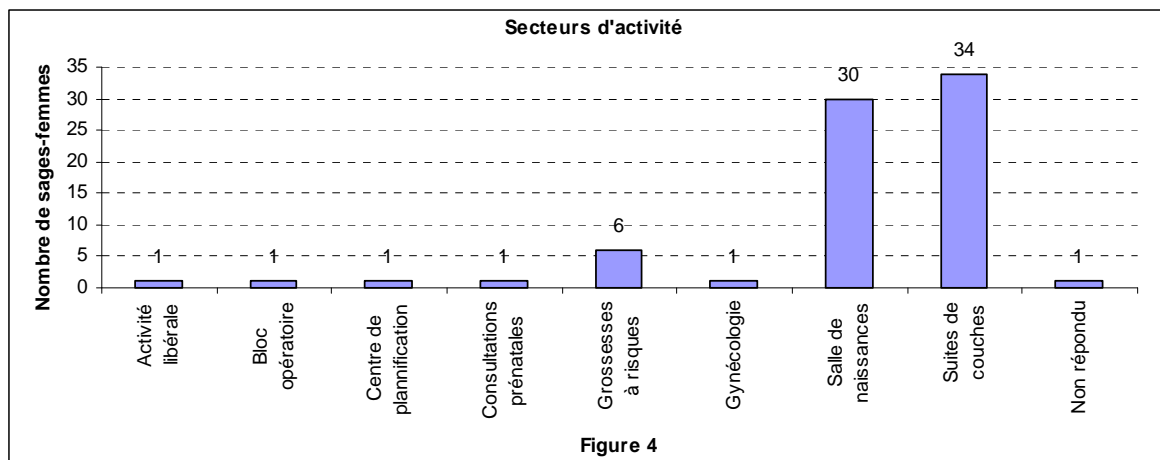


Figure 4

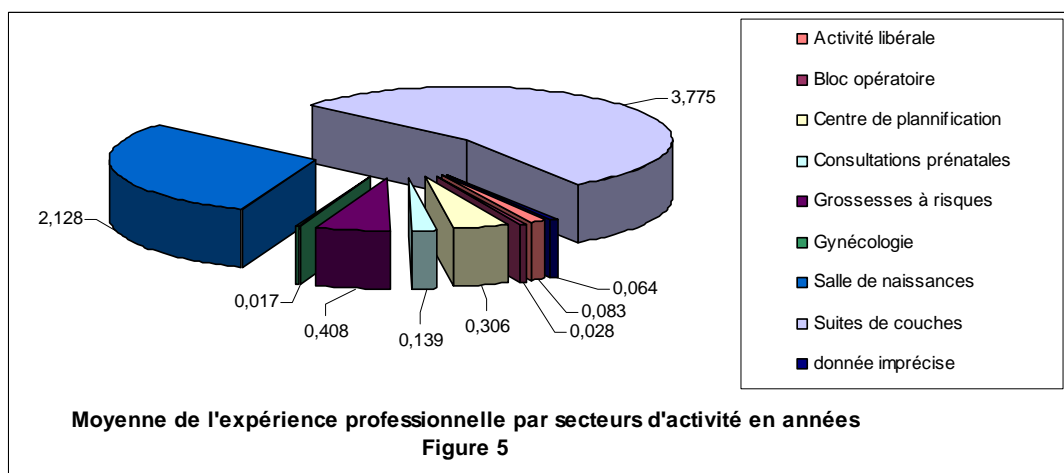


Figure 5

Elles ont travaillé dans tous les niveaux de maternité.

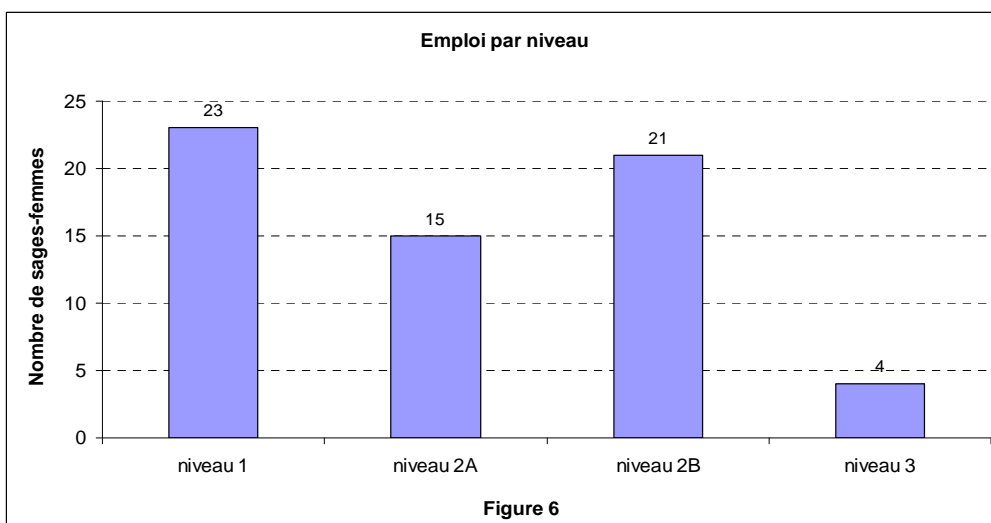


Figure 6

2. RESULTATS

2.1. LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Au cours de votre carrière, avez-vous observés des changements de pratiques professionnelles concernant la prise en charge des nouveau-nés ? Si oui, lesquelles ?

n=36

Oui : 19 sages-femmes

Non : 16 sages-femmes

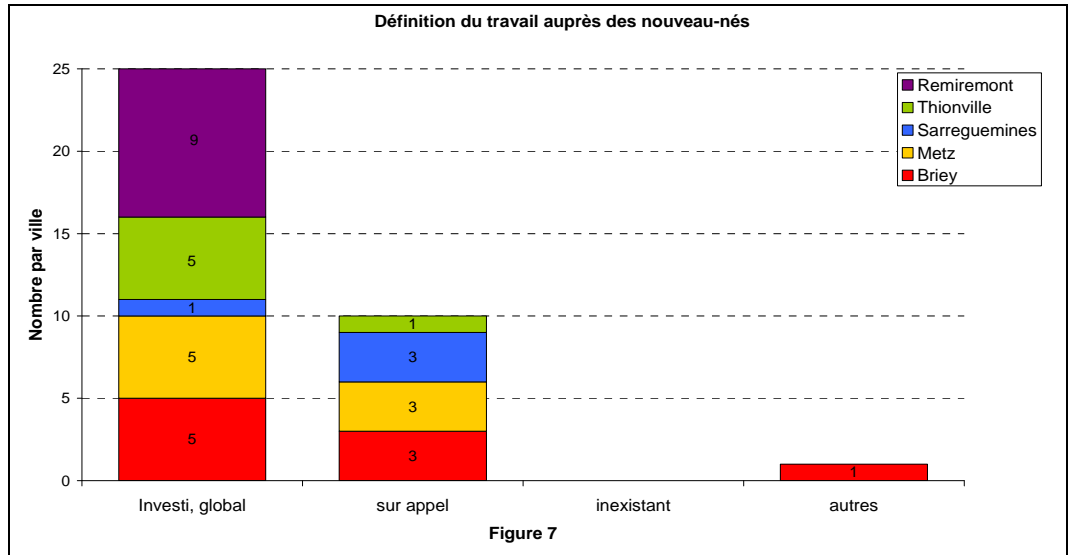
Non répondu : 1 sage-femme

Les changements de pratiques observés sont :

- Une augmentation de la médicalisation :
 - o augmentation des bilans sanguins systématiques
 - o test de dépistage des maladies métaboliques effectué maintenant en prélèvement veineux
 - o prise en charge de la douleur du nouveau-né avec l'utilisation de glucose
 - o changement de pratique des soins de cordon et des bains
- Un changement de l'organisation de travail dans certaines maternités :
 - o création d'un binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture
 - o prise en charge des prises de sang et de la visite pédiatre par une puéricultrice au lieu d'une sage-femme
 - o apparition d'une sage-femme référente auprès des nouveau-nés
- Un changement de prise en charge :
 - o promotion de l'allaitement maternel et de son accompagnement (tétée à la demande)
 - o valorisation de la relation mère/enfant et du bien-être du nouveau-né
 - o respect du rythme de l'enfant
 - o apparition de berceau cocoon

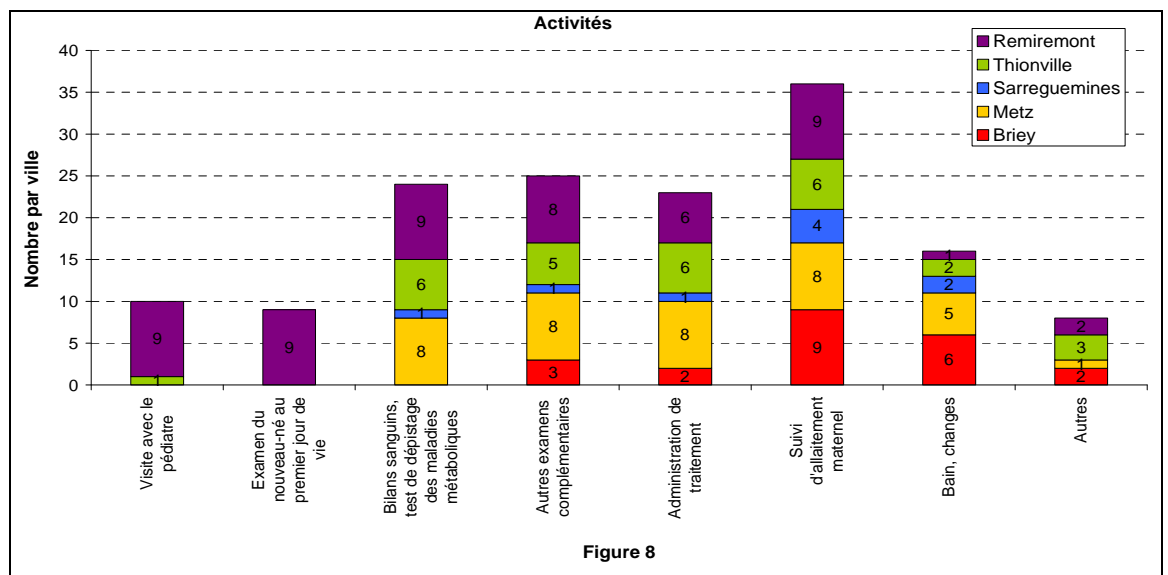
2.2. A PROPOS DE VOS COMPETENCES SAGES-FEMMES

Comment définiriez-vous votre travail auprès des nouveau-nés en suites de couches ? n=36



Une des sages-femmes souligne travailler en collaboration et complémentirement avec les infirmières-puéricultrices, les aides soignantes et les auxiliaires de puériculture.

Quelles activités effectuez-vous auprès du nouveau-né lors d'une journée de travail classique ? (actes, relation) n=36



Huit sages-femmes soulignent la surveillance clinique qu'elles effectuent quotidiennement.

Selon vous, quelles compétences la sage-femme possède-t-elle pour effectuer la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ? n=31

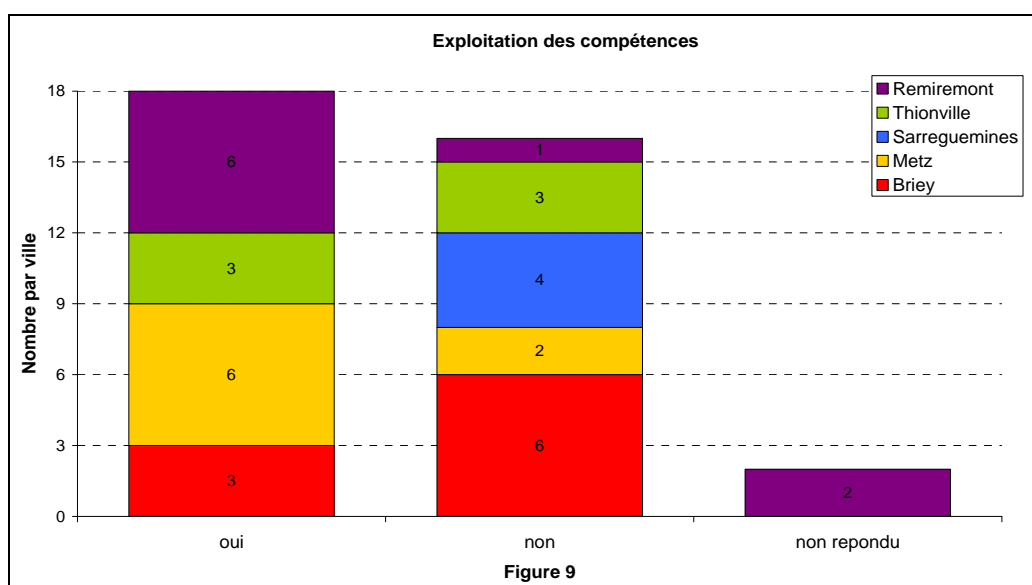
- Connaissances théoriques et cliniques apprises lors de sa formation :
 - o "observation", "analyse", "évaluation clinique"
 - o lien avec le contexte de la grossesse et de l'accouchement
 - o "connaissance de la néonatalogie"
 - o "connaissance de la physiologie de l'adaptation", de la morphologie et de la "neurologie"
 - o "reconnaissance de la pathologie et son dépistage précoce"

- Compétences dans la surveillance clinique et paraclinique du nouveau-né :
 - o surveillance clinique globale (alimentation, poids, température, transit, miction, comportement, adaptation néonatale, ictère)
 - o évolution dans les premiers jours
 - o visite pédiatre
 - o suivi d'allaitement maternel
 - o soins (changes, bain)

- Compétences dans la prise en charge globale :
 - o "éducation de la mère"
 - o établissement du lien mère/enfant
 - o relationnel

- Aucune idée des compétences

Exploitez-vous toutes vos compétences dans la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ? n=36



Si non, quelles compétences n'utilisez-vous pas ? n=13

- l'examen au premier jour de vie
- la visite pédiatre
- la surveillance clinique et paraclinique (bilans sanguins, suivi d'ictère et photothérapie)
- le droit de prescription et l'administration de traitement.

Pour quelles raisons ? n=16

- le travail avec des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture
- une organisation de service particulière
- un manque de temps

Pensez-vous avoir les compétences pour effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ? n=27

Oui : 16 sages-femmes

Non : 11 sages-femmes

Si non, quelles compétences vous manque-t-il ? n=11

- auscultation cardio-pulmonaire et dépistage des pathologies cardiaques
- connaissances sur les droits de prescription et l'explication des traitements
- connaissance des réflexes, de la symptomatologie des pathologies, un examen de hanches correct.

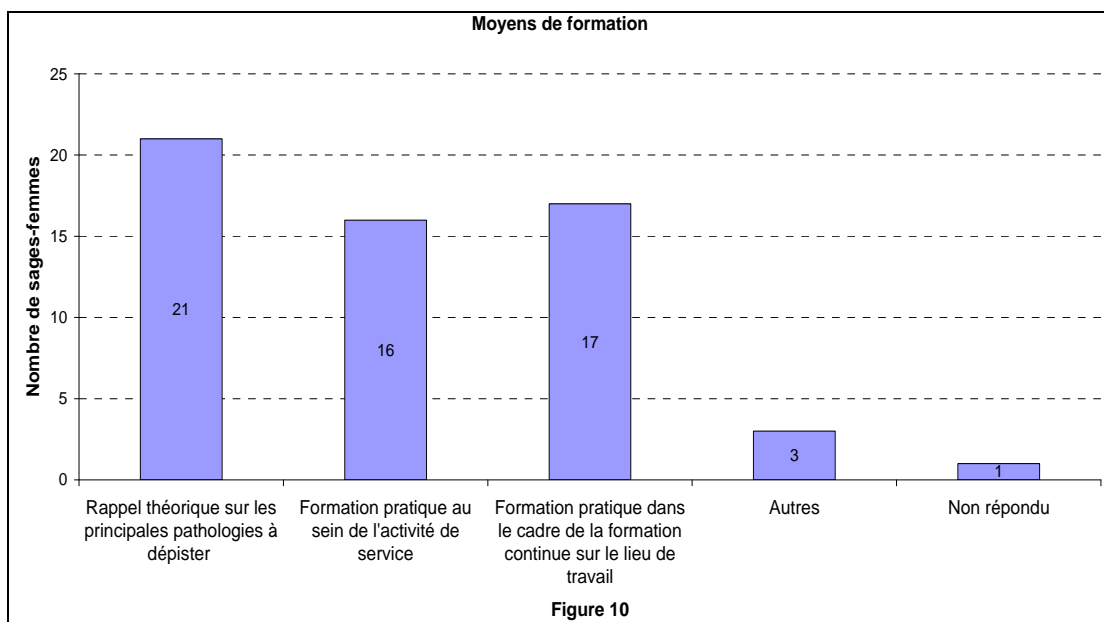
Une sage-femme évoque un "manque de formation pédiatrique qui devrait être plus élargie".

Dans quels domaines souhaiteriez-vous recevoir une formation avant d'effectuer cet examen ? n=22

- formation portant sur l'auscultation cardio-pulmonaire et le dépistage des souffles cardiaques
- rappel global sur les compétences du nouveau-né, les bons gestes à effectuer (examen des hanches, réflexes, tonus), les symptômes des pathologies, les différentes pathologies à dépister et leur conduite à tenir.

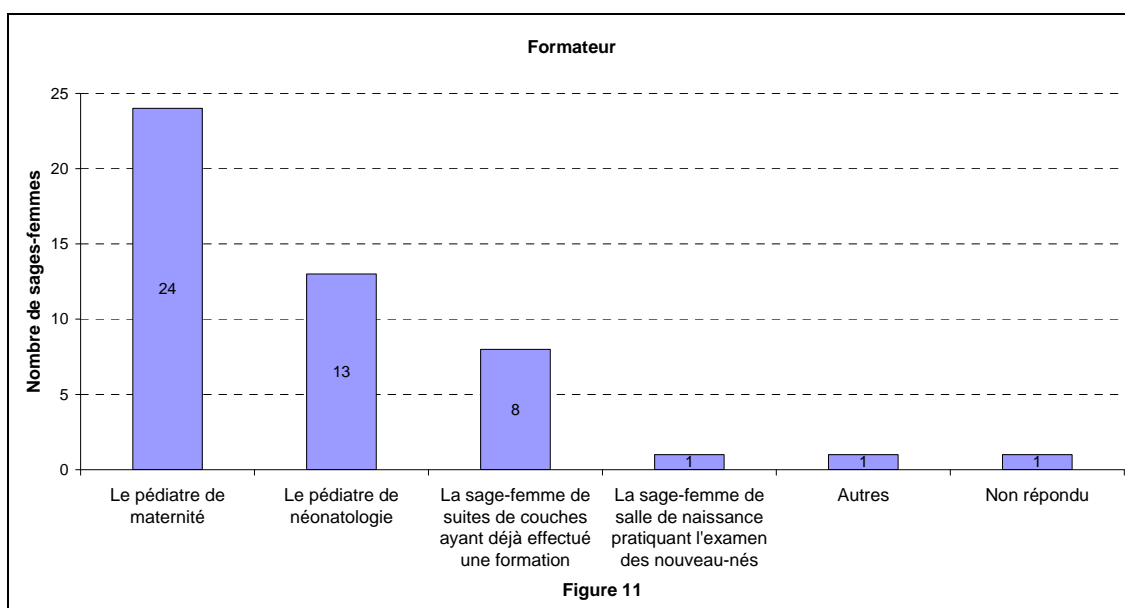
Une sage-femme ne veut pas effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie : "ce n'est pas à nous d'effectuer cet examen car en cas de problème chez l'enfant non diagnostiqué, le risque médico-légal est augmenté".

Quels seraient les moyens nécessaires pour vous permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ? n=36



Les autres propositions sont : un travail avec le pédiatre et une mise en situation avec l'encadrement d'un pédiatre.

Qui pourrait vous former à effectuer cet examen ? n=36



Avez-vous entrepris une formation avant d'effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ? n=9

Oui : 2 sages-femmes

Non : 6 sages-femmes

Non répondu : 1 sage-femme

Si oui, pour quelles raisons ? Dans quels domaines ? Par quels moyens ? n=2

Les deux sages-femmes ont spontanément réétudié les cours de pédiatrie qu'elles ont reçus lors de leur formation initiale.

Si non, pourquoi ? n=6

Leurs raisons sont la formation initiale reçue au cours de leurs études ainsi que la présence du pédiatre tous les jours si besoin.

2.3. A PROPOS DE L'EXAMEN DU NOUVEAU-NE AU PREMIER JOUR DE VIE

Quels sont d'après vous les dépistages à effectuer lors de l'examen de nouveau-né au premier jour de vie ? n=29

- examen morphologique et neurologique : auscultation cardio-pulmonaire, pouls fémoraux, hanches, organes génitaux, anus, étude des réflexes, du tonus et du comportement.
- points où il faut être plus vigilant : hypoglycémie, douleur, infection, courbe de poids, transit, température
- interaction mère/enfant

Quelles différences repérez-vous par rapport à l'examen effectué en salle de naissance ? n=36

Non répondu : 8 sages-femmes

Aucune différence : 7 sages-femmes

Présence de différences : 21 sages-femmes

Les différences remarquées sont :

- examen effectué à la naissance : plus rapide, plus succinct (seulement les malformations et l'adaptation immédiate).
- examen effectué au premier jour de vie :
 - o plus approfondi, plus rigoureux, plus précis, plus minutieux, plus complet (recherche de malformations, observation du comportement global, évaluation cardio-pulmonaire, hanches, âge gestationnel, système nerveux, adaptation à 24 heures de vie, mise en place de conduites à tenir)
 - o "occasion de dépister des pathologies non dépistées auparavant", compensées à la naissance (au premier jour de vie, diminution des phénomènes adaptatifs)
 - o parents présents ce qui permet de répondre à leurs questions

Est-il nécessaire de maintenir l'examen du nouveau-né au premier jour de vie dans le contexte actuel : répétition des examens (J0, J1, retour à domicile) et diminution des durées moyennes de séjour ? n=36

Oui : 30 sages-femmes

Non : 5 sages-femmes

Non répondu : 1 sage-femme

Pour quelles raisons ? n=27

Pour les sages-femmes préférant ne pas maintenir cet examen :

- "la répétition n'est pas un gage d'efficacité"
- l'examen de naissance doit être "fait sérieusement et approfondi"
- "il faut effectuer un examen au premier jour de vie uniquement si doute"

Pour les sages-femmes préférant maintenir cet examen :

- augmentation des chances de dépistage de pathologies (pathologies à révélation tardive telles que souffles, cardio-respiratoire, disparition des pouls fémoraux, "un professionnel peut passer à côté")
- "regard neuf sur l'évolution depuis la naissance"
- temps d'examen plus long
- "présence du pédiatre permet de dépister les pathologies", de répondre aux questions des parents (les rassurer, découverte des capacités de leur enfant)

Selon vous, faudrait-il envisager une alternative à l'examen du nouveau-né au premier jour de vie actuellement effectué par la pédiatre ? n=27

Oui : 10 sages-femmes

Non : 10 sages-femmes

Non répondu : 7 sages-femmes

Pourquoi ? n=15

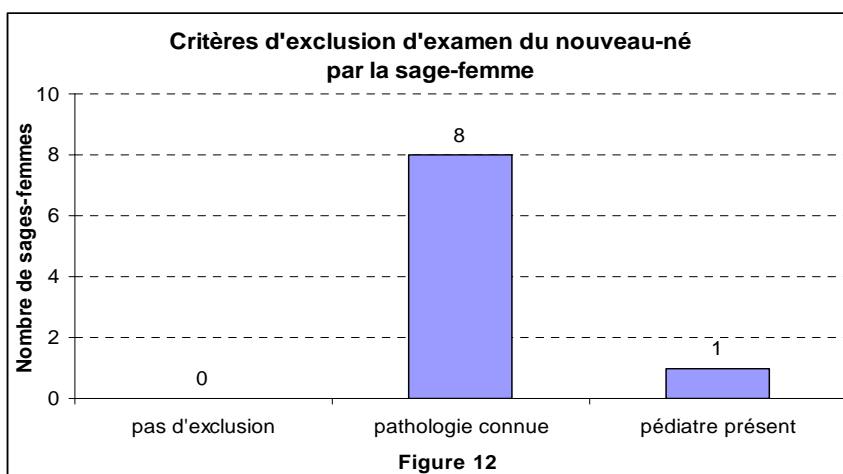
Pour les sages-femmes souhaitant une alternative :

- "pas besoin d'un examen au premier jour de vie si l'examen effectué à la naissance est pratiqué devant les parents"
- "l'examen pourrait être effectué par une sage-femme parce qu'il s'agit de compétences sages-femmes"
- "le pédiatre est trop rapide"
- Une sage-femme émet une condition : nécessité d'une sage-femme en plus.

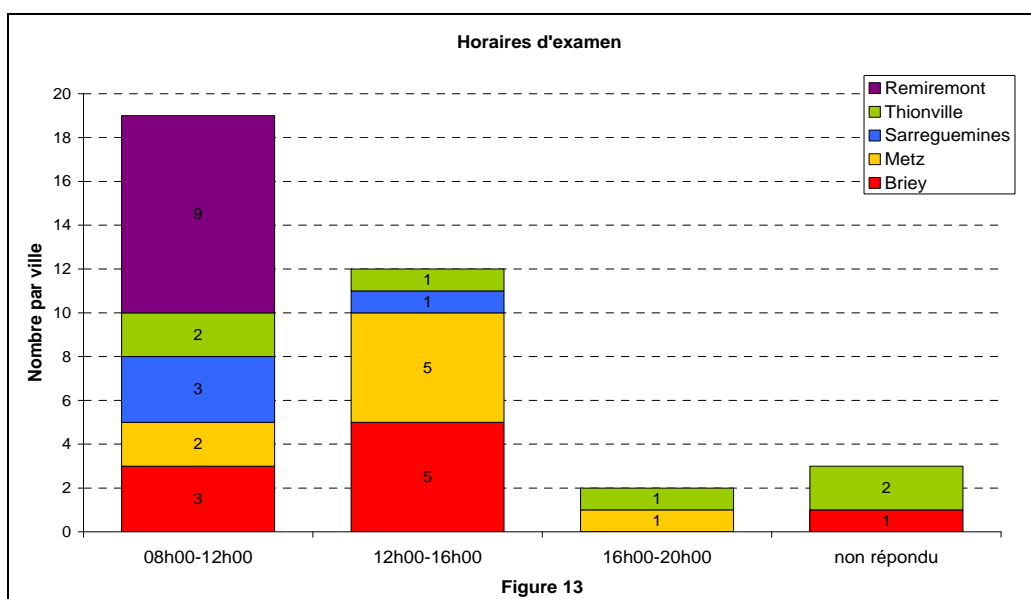
Pour les sages-femmes ne voulant pas d'alternative :

- manque de temps et de personnel
- des problèmes de locaux
- Certaines sages-femmes pensent que "l'enfant doit être vu au moins une fois par le pédiatre au cours de son séjour", qu'il ne faut "pas déplacer les compétences" et que "chacun ses compétences et son champ d'activité".

Selon quels critères les nouveau-nés au premier jour de vie sont-ils exclus de l'examen effectué par la sage-femme ? n=9



Du point de vue de l'organisation pratique, à quel moment pensez-vous qu'il soit opportun d'effectuer cet examen ? n=36



Pour quelles raisons ? n=32

Pour les sages-femmes préférant effectuer l'examen au cours de la matinée :

- pas de visite
- possibilité de programmer les examens complémentaires et d'évaluer l'évolution pendant la journée
- "l'enfant et ses parents sont plus disponibles"
- "continuité avec l'examen de la mère"
- Au centre hospitalier de Remiremont, une sage-femme est en poste supplémentaire de 8h00 à 16h00 pour effectuer cet examen selon le réveil de l'enfant, ses traitements, ses bilans sanguins, son bain.

Pour les sages-femmes préférant l'effectuer en début d'après-midi :

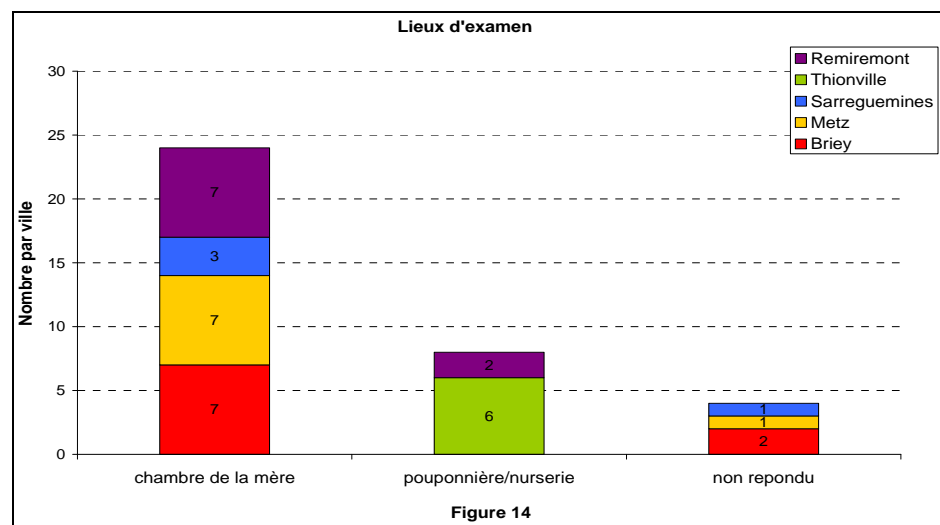
- pas trop de visiteurs
- "diminution de l'activité de service"
- "après les examens des accouchées"
- "fonction de l'organisation de service et du nombre d'enfants à examiner"

Pour les sages-femmes préférant l'effectuer en fin d'après-midi :

- moins d'activité
- "le faire après l'activité propre de la sage-femme"

Dans quelles conditions se déroulerait cet examen ?

Lieux ? n=36



Pourquoi ? n=22

Pour les sages-femmes préférant que l'examen se déroule dans la chambre de la mère:

- évite les erreurs
- permet de poser des questions à la mère
- pas de séparation avec la mère (lien mère/enfant)
- calme, intimité

Pour les sages-femmes préférant qu'il se déroule en pouponnière :

- calme
- peu de visite
- coordination avec le bain

En présence des parents ? n=36

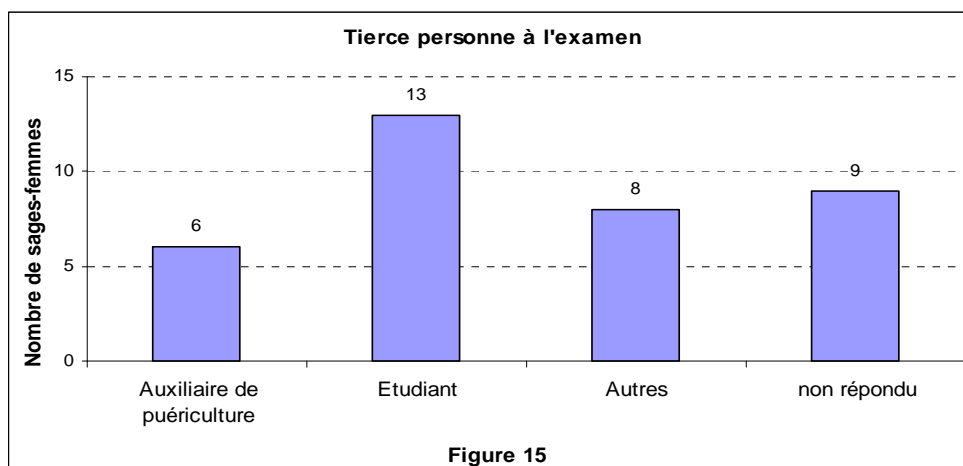
Oui : 35 sages-femmes

Non répondu : 1 sage-femme

Pourquoi ? n=20

- apporte de nouveaux éléments
- rassure les parents
- répond à leurs questions, les impliquer, les informer
- aide à l'établissement du lien
- découvre leur enfant et ses compétences

En présence d'une tierce personne ? n=36



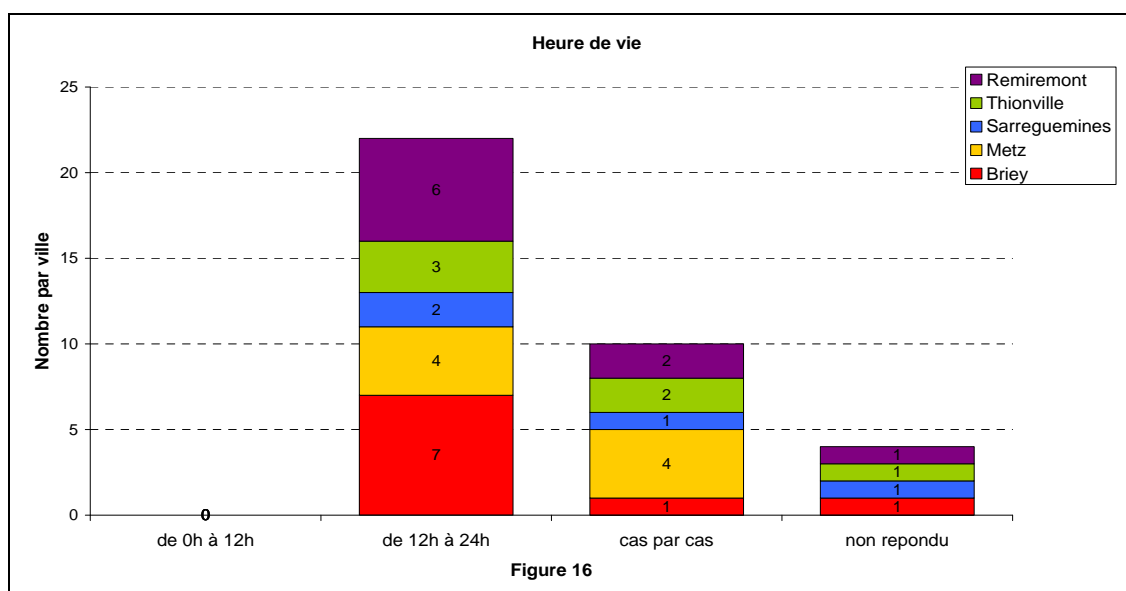
Non : 2 sages-femmes

Etudiants et auxiliaire de puériculture ensemble : 4 sages-femmes

Pourquoi? n=14

- formation des étudiants
- travail en binôme avec l'auxiliaire de puériculture (témoin, avis, possède des informations sur l'enfant)

A combien d'heures de vie ? n=36



Pourquoi? n=15

Pour les sages-femmes préférant examiner l'enfant entre 12h et 24h de vie :

- évaluation de l'adaptation depuis la naissance
- "nécessité d'une distance par rapport à la naissance"
- "dépistage des pathologies au plus tôt"
- "avant trop proche de la naissance et après trop proche de J3"

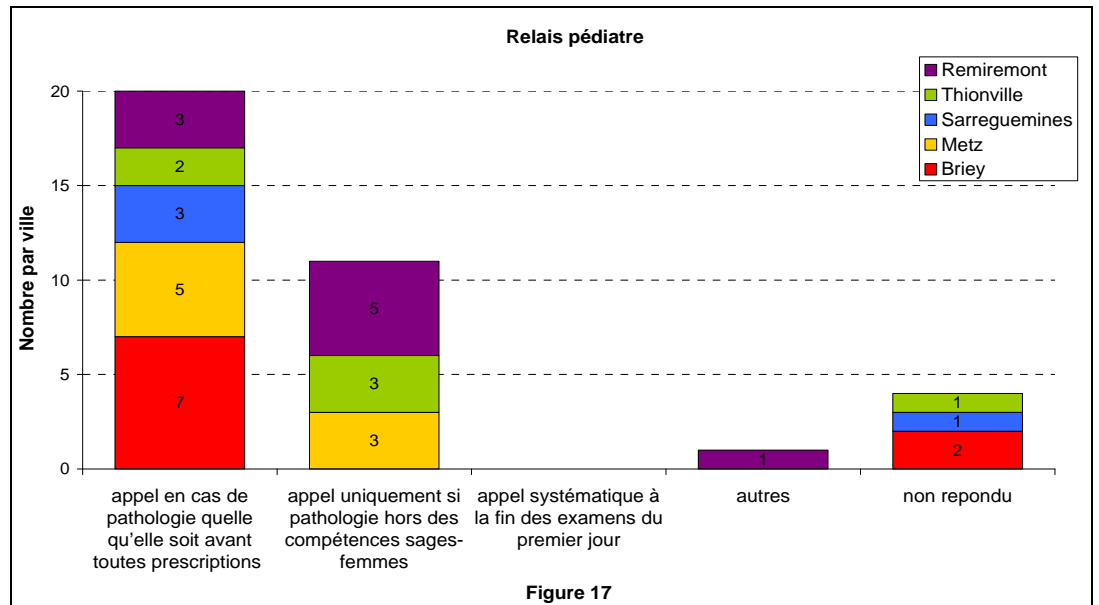
Pour les sages-femmes estimant que c'est au cas par cas :

- en fonction de l'urgence
- en fonction de l'état du nouveau-né, "nouveau-né à risque doit être vu plus tôt qu'un nouveau-né sain"
- en fonction de la "demande des parents"
- en fonction de l'heure de naissance (après 24 heures de vie ou le matin du premier jour de vie)

Quelles autres conditions (matérielles ou autres) souhaiteriez-vous mettre en place avant d'effectuer cet examen ? n=13

- coordination avec les autres soins (traitement, bilans sanguins, bain, tétée) afin d'éviter de réveiller l'enfant.
- matériel : dossier de la mère et de l'enfant, stéthoscope, thermomètre, un endroit chaud.
- Organisation de travail : une sage-femme supplémentaire, aménagement des chambres (coin pouponnière, table à langer ergonomique)

Comment s'effectuerait le relais avec le pédiatre ? n=36



L'autre proposition est : "le pédiatre passe en fin de maternité. On essaye d'avoir fait tous les examens avant son départ."

Avez-vous déjà dépisté des pathologies lors de l'examen systématique du premier jour de vie ? n=9

Oui : 7 sages-femmes

Non : 2 sages-femmes

Si oui, lesquelles ? n=7

- fractures de clavicule
- ressauts de hanche
- malpositions de pieds
- fentes palatines
- freins de langue
- ectopies testiculaires
- souffles cardiaques, des extrasystoles
- infections
- ictères
- pathologies cutanées

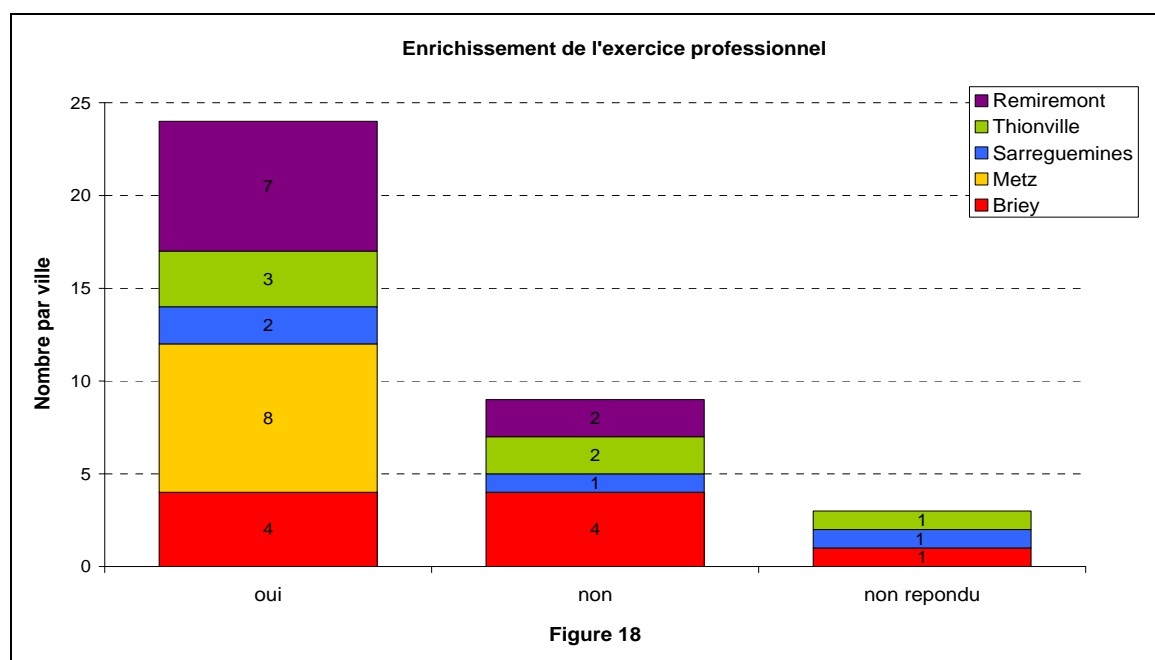
Cela a-t-il nécessité un relais avec le pédiatre ? Si oui, pourquoi ? Comment s'est-il organisé ? n=7

Oui : 7 sages-femmes

- besoin de prescriptions d'examens complémentaires
- besoin de décisions de conduites à tenir
- besoin d'avis de spécialistes hors compétences sages-femmes

Les sages-femmes appellent le pédiatre suite à l'examen ou l'informe pendant qu'il effectue les examens de sortie dans le service. Le pédiatre réexamine alors l'enfant puis fait des courriers aux spécialistes, effectue les prescriptions nécessaires et le relais avec la néonatalogie si besoin. La sage-femme organise ensuite la prise en charge (prise de rendez-vous).

La pratique de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie enrichirait –elle votre exercice professionnel ? n=36



Pourquoi ? n=26

Pour les sages-femmes estimant que cette pratique enrichirait leur exercice professionnel :

- "elle nous permettrait de reprendre notre place de sage-femme avec un suivi complet de la mère et de l'enfant qui est de notre compétence"
- "cela permettrait une prise en charge de l'enfant dans sa totalité"
- "une autre vue de la profession, un autre contact avec les patientes, plus grand investissement sur l'allaitement maternel et la pédiatrie en général, plus grand contact avec l'équipe"
- "permet de garder un esprit clinique face à un nouveau-né, inclus la sage-femme dans une prise en charge globale"
- "il s'agit d'un examen clinique, le premier dans la vie d'une personne. Il est important de dépister des pathologies le plus tôt possible pour une meilleure prise en charge"
- "prise en charge globale du couple mère/enfant, on utilise pleinement nos compétences"
- "dans les compétences de la sage-femme, à exercer"
- "diversité, prise en charge globale parents/bébé"
- "permettrait encore un suivi plus global du couple et de leur enfant et d'éviter de multiplier les intervenants au cours du séjour : la sage-femme resterait la personne référente"
- "relationnel avec les parents"
- "meilleure implication dans la prise en charge des nouveau-nés, intérêt supplémentaire à l'exercice en suites de couches"
- "élargissement du domaine de compétences de la sage-femme"
- "si reconnaissance de la part des parents"
- "il fait partie des compétences des sages-femmes et permet une approche et un suivi global de la mère et de l'enfant"
- "prise en charge totale de l'enfant et de la mère"
- "les compétences cliniques et médicales seraient plus développées...avec toujours plus de responsabilité sur les épaules des sages-femmes"

Pour les sages-femmes pensant que cette pratique n'enrichirait pas leur exercice professionnel :

- "examen fait en salle de naissance"
- "je préfère rester dans mes compétences sages-femmes et m'occuper d'enfants sains et passer le relais aux médecins si pathologie"
- "je pratique déjà cet examen en salle d'accouchement"
- "ce n'est pas mon travail. La sage-femme a suffisamment de choses à faire. Nous bâclons déjà notre travail relationnel à cause de la surcharge de travail alors pas de travail en plus. D'autre part si les pédiatres ne viennent plus, il sera de plus en plus difficile de les faire déplacer pour une pathologie"
- "je trouve ma vie professionnelle assez variée et enrichissante. A force de multiplier les activités, on finit par se disperser, on ne peut pas tout faire"

Troisième Partie

ANALYSE
ET
PROPOSITIONS

1. ANALYSE DES RESULTATS

1.1. PRATIQUES ACTUELLES DES SAGES-FEMMES

La majorité des sages-femmes de l'étude ont entre 25 et 35 ans avec une expérience professionnelle inférieure à 10 ans (figure 2 et 3). Elles connaissent donc le nouveau programme de formation datant du 11 décembre 2001 et ont reçu les enseignements théoriques et cliniques en pédiatrie qui y sont mentionnés. Au cours de leur carrière, elles ont plus souvent et plus longtemps travaillé en secteur de suites de couches tout niveau de maternité confondu (en moyenne 4 ans d'expérience) (figure 4, 5 et 6). Elles ont donc acquis une plus grande expérience dans ce secteur.

Suite à la nouvelle politique de santé publique et aux réformes engagées, les sages-femmes ont observé des changements de pratiques concernant la prise en charge des nouveau-nés en maternité. Ces changements observés sont d'ordre médical, psychologique et professionnel. Depuis les années 1990 des plans gouvernementaux et des décrets de périnatalité sont apparus dans le but d'améliorer les soins aux nouveau-nés. Les sages-femmes, professionnelles de la périnatalité, s'inscrivent dans cette démarche. Ainsi la prise en charge des nouveau-nés se médicalise de plus en plus mais en conservant le souci du bien-être mère/enfant. En lien avec cette volonté, l'organisation du travail des professionnels a été modifiée pour une meilleure prise en charge des patients.

Les sages-femmes se sentent majoritairement investies dans leur travail auprès des nouveau-nés. D'autres pensent être présentes uniquement sur appel (figure 7). Cette évaluation doit tenir compte de l'organisation de service des différents établissements hospitaliers. En effet, dans certaines maternités une puéricultrice est présente, les sages-femmes sont donc moins sollicitées.

La surveillance clinique des nouveau-nés est pratiquée par toutes les sages-femmes. Cette donnée ne figure pas dans mon questionnaire, ce qui est un biais. Il paraît évident cependant qu'elles l'effectuent et ce quelle que soit la maternité. L'activité la plus pratiquée ensuite est l'accompagnement de l'allaitement maternel (figure 8).

L'examen du nouveau-né au premier jour de vie est effectué par les sages-femmes d'une seule maternité. Les soins dispensés aux enfants par les sages-femmes varient en fonction des établissements. Cette disparité est due à la présence de puéricultrices dans certaines maternités. En effet, hormis l'examen au premier jour de vie, toutes les autres activités appartiennent à leur champ de compétences. Les sages-femmes effectuent donc moins de soins mais conservent l'obligation de dépister les pathologies néonatales.

Notre profession évolue avec, depuis peu, une augmentation de notre champ de compétences. Les sages-femmes seront de plus en plus engagées dans le versant médical de la profession. Les activités pratiquées en suites de couches vont donc se modifier, laissant plus de place aux autres professions de santé.

L'examen du nouveau-né au premier jour de vie étant uniquement des compétences des sages-femmes et des pédiatres, pourquoi ne pas poursuivre les changements engagés et souhaités par les sages-femmes en l'intégrant dans la pratique quotidienne ? Ainsi, nous pourrions nous réapproprier notre champ de compétences déjà existant.

1.2. LES SAGES-FEMMES ET LEURS COMPETENCES

Les compétences des sages-femmes sont basées sur les connaissances théoriques et cliniques acquises lors de leur formation initiale. Au cours de leurs études, elles apprennent à connaître la physiologie ainsi qu'à reconnaître la pathologie. Ces connaissances et leurs capacités de raisonnement clinique sont utilisées tous les jours au cours de leur travail auprès des nouveau-nés. Certaines sages-femmes n'arrivent pas à définir précisément leurs compétences. Celles-ci sont définies dans le Code de Santé Publique ainsi que dans le référentiel métier édité par le collectif associatif et syndical des sages-femmes en collaboration avec le conseil national de l'Ordre des sages-femmes. La situation 6 de ce référentiel évoque la période postnatale. Les observations des sages-femmes concordent avec les recommandations et les devoirs énoncés dans les textes de loi.

Si une très grande majorité de sages-femmes connaissent leurs compétences, seule une moitié d'entre elles pense les exploiter entièrement (figure 9). Les compétences non exploitées sont assez variées : examen du nouveau-né au premier jour de vie, différents soins, surveillance paraclinique, prescription et administration de traitement. Ceci est dû à une organisation de service particulière : présence du pédiatre, de puéricultrices, d'auxiliaires de puériculture qui effectuent les soins et actes entrant à la fois dans leur champ de compétences et dans celui des sages-femmes.

L'examen du nouveau-né au premier jour de vie fait partie intégrante des compétences sages-femmes. Cependant la moitié des professionnelles interrogées estiment ne pas avoir les compétences pour l'effectuer. Selon elles, il leur manque des connaissances au niveau de l'auscultation cardio-pulmonaire, du dépistage des pathologies cardiaques, de la symptomatologie des pathologies néonatales, des droits de prescription. Elles souhaiteraient recevoir une formation complémentaire à leur formation initiale concernant ces différents domaines. Quelles seraient les modalités de cette formation ? Une remise à niveau spontanée est-elle suffisante ?

Une de mes hypothèses n'est pas entièrement vérifiée : les sages-femmes n'exploitent pas toutes leurs compétences et droits auprès des nouveau-nés pendant la période néonatale immédiate. En effet, selon les maternités, elles exploitent toutes leurs compétences. Néanmoins, l'examen du nouveau-né au premier jour de vie est peu pratiqué par les sages-femmes. Celles-ci devraient se réapproprier la surveillance des nouveau-nés dans sa globalité car elle fait partie de notre profession.

Souhaiteraient-elles intégrer cette compétence au sein de leur pratique ? Comment l'intégrer ? Sous quelles conditions ?

1.3. L'EXAMEN DU NOUVEAU-NE AU PREMIER JOUR DE VIE : VISION DES SAGES-FEMMES

Le rôle de la sage-femme étant la physiologie, je rappelle que les questions sur l'examen du nouveau-né au premier jour de vie concernent uniquement les nouveau-nés nés à terme (plus de 37 semaines d'aménorrhée), sans pathologies connues en anté, per ou post natal immédiat.

Pour les sages-femmes interrogées, l'examen du nouveau-né au premier jour de vie est un examen neurologique et morphologique. Elles soulignent plusieurs points à vérifier plus particulièrement : l'intégrité des hanches, l'auscultation cardio-pulmonaire, l'étude des fonctions neurologiques (réflexes, tonus, comportement), la détermination de l'âge gestationnel. Quelques sages-femmes indiquent les différentes pathologies à dépister : infection, ictère, troubles métaboliques. Une seule sage-femme mentionne l'évaluation de l'interaction mère/enfant.

Si certaines sages-femmes ne voient aucune différence entre l'examen effectué en salle de naissances et celui du premier jour de vie, les autres les mettent en évidence. D'après elles, l'examen effectué à la naissance est plus rapide et plus succinct. Les sages-femmes disposent de moins de temps, les patientes ne restant que deux heures après leur accouchement et nécessitant des soins autant que leur enfant. Le but de cet examen est de dépister un risque vital immédiat ainsi que des malformations externes. A l'inverse, l'examen du premier jour de vie est plus approfondi, plus rigoureux, plus précis et plus complet. Les professionnels disposent de plus de temps. Cet examen est plus posé car à distance de l'accouchement. Il est l'occasion de dépister les pathologies néonatales non diagnostiquées précédemment (soit compensées à la naissance, soit malformations internes non dépistées en anténatal). Les parents sont présents ce qui est propice aux échanges. Les professionnels peuvent alors répondre à leurs questions, leur montrer les capacités de leur enfant, leur transmettre différentes informations.

Il est important de rappeler que l'examen du nouveau-né au premier jour de vie n'est pas obligatoire. Cependant, des recommandations et des objectifs ont été édités. Dans l'ensemble, les sages-femmes interrogées les connaissent ainsi que le contenu de l'examen.

La majorité des sages-femmes estime qu'il est nécessaire de maintenir l'examen du nouveau-né au premier jour de vie. Cependant, la répétition de l'examen ne certifie pas son efficacité. Le nouveau-né est examiné à la naissance par une sage-femme et à la sortie par un pédiatre. Si ces deux examens sont approfondis et effectués avec sérieux, nous pouvons nous poser la question de l'intérêt de maintenir en place l'examen au premier jour de vie et ce d'autant plus qu'il y a une diminution des durées moyennes de séjour. Les sages-femmes mettent en évidence, en accord avec la littérature, les pathologies qui risquent de décompenser entre la naissance et les 24 premières heures de vie. Celles-ci ne peuvent pas être dépistées à la naissance et sont dépistées trop

tardivement le jour de la sortie. Malgré la diminution des durées de séjour, les trois examens sont à conserver car tout trois utiles et complémentaires. Il y a cependant une certaine redondance dans le contenu et les objectifs des différents examens.

Comment les sages-femmes pourraient-elles intégrer et s'approprier cette pratique en limitant la redondance ? Comment se déroulerait la pratique de cet examen ?

2. PROPOSITIONS CONCRETES

2.1. FORMATION

Les sages-femmes sont compétentes pour dépister la pathologie. Pour ce faire, il est nécessaire de connaître les symptômes les révélant. Les sages-femmes interrogées estiment avoir des lacunes pour dépister certaines pathologies néonatales notamment les pathologies cardiaques. Or c'est précisément ce type de pathologies qu'il faut savoir reconnaître. En effet, elles peuvent être masquées à la naissance et décompenser plusieurs heures après. Les sages-femmes souhaiteraient recevoir une formation générale précisant les points plus spécifiques où il est nécessaire d'être attentif. Elles voudraient avoir des rappels théoriques sur les principales pathologies à dépister ainsi qu'une formation pratique. Celle-ci se déroulerait soit dans le cadre de la formation continue sur leur lieu de travail, soit au sein de leur activité de service (figure 10). Elles pensent en majorité qu'il faudrait qu'elles soient formées par le pédiatre de maternité ou par le pédiatre de néonatalogie (figure 11).

Les sages-femmes interrogées estiment qu'il est nécessaire d'effectuer une formation avant de pouvoir examiner les nouveau-nés au premier jour de vie. Nous pourrions ainsi leur proposer une formation théorique d'un jour ou deux mettant l'accent sur les principales observations et les principaux dépistages à effectuer au premier jour de vie ainsi que sur les symptômes des différentes pathologies néonatales. Ces rappels théoriques seraient couplés à une formation pratique dispensée sur leur lieu de travail par le pédiatre de maternité. Il semble en effet plus intéressant que se soit lui qui la dispense au moment où il effectue les examens du jour. Les sages-femmes seraient alors encadrées en situation réelle par un professionnel ayant l'habitude de cette pratique.

A l'inverse, les sages-femmes effectuant déjà régulièrement l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ont estimé qu'il n'était pas nécessaire de recevoir une formation avant de le pratiquer. Elles se sont formées spontanément, en réétudiant les enseignements reçus au cours de leur formation initiale. Il serait cependant intéressant qu'elles reçoivent une formation pour réactualiser leurs connaissances.

Les sages-femmes possèdent les compétences pour effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie à l'issue de leurs études. De plus, cette compétence est mentionnée dans les textes définissant la profession. Cependant, si toutes ont reçu la même formation théorique, elles n'ont pas été confrontées aux mêmes situations cliniques. Ceci explique qu'elles n'aient pas la même expérience et qu'elles n'estiment pas toutes être capable d'effectuer cet examen d'emblée. De même, les recommandations ayant évolué, il est nécessaire d'avoir des connaissances correspondant aux données actuelles de la science. Ainsi la formation théorique et clinique pourrait être proposée à toutes les sages-femmes de suites de couches, les laissant libres d'apprécier si elle est nécessaire à leur exercice professionnel.

2.2. ORGANISATION PRATIQUE

Les sages-femmes effectuant quotidiennement l'examen du nouveau-né au premier jour de vie précisent qu'elles ne le pratiquent pas s'il y a une pathologie connue antérieurement ce qui concorde avec la définition de leurs compétences (figure 12).

Les sages-femmes pensent qu'il est plus intéressant d'effectuer cet examen le matin ou en début d'après-midi (figure 13). S'il est vrai que l'activité du service est diminuée au cours de l'après-midi, il semble plus opportun d'examiner les nouveau-nés le matin. En effet, c'est une période où les parents et l'enfant sont plus disponibles, les visites étant interdites. De plus cela permettrait de surveiller l'évolution sur la journée des particularités soulignées lors de l'examen. Cela faciliterait aussi l'organisation des examens complémentaires et des consultations de spécialistes s'ils étaient prescrits le matin. Ainsi les nouveau-nés pourraient être pris en charge dans la journée en fonction du degré d'urgence.

La majorité des sages-femmes pense qu'il faut effectuer l'examen dans la chambre de la mère, les autres préféreraient l'effectuer en pouponnière (figure 14). Quel que soit le lieu, il faut qu'il soit propice aux échanges entre le professionnel et les parents : intimité, calme, confidentialité. La chambre de la mère semble plus appropriée cependant nous pourrions envisager d'aménager en pouponnière une pièce séparée dédiée uniquement à l'examen des nouveau-nés.

Il est essentiel que les parents soient présents lors de l'examen. En effet, c'est un temps d'échanges avec eux, un temps pour transmettre et recevoir des informations. Ceci permet de connaître le contexte entourant l'enfant et de préparer au mieux les parents à s'occuper de leur nouveau-né. La présence d'une tierce personne n'est pas indispensable, la sage-femme possédant toutes les compétences nécessaires. Cependant, il serait intéressant que les étudiants puissent participer à l'examen (figure 15). Ainsi, ils pourraient observer les gestes effectués et apprendraient à reconnaître les symptômes révélant les pathologies néonatales. Il ne semble pas utile que l'auxiliaire de puériculture soit présente, il faut néanmoins recueillir les informations qu'elle possède sur le nouveau-né car c'est elle qui le suit de façon plus rapprochée. De cette façon, la sage-femme possèdera toutes les informations nécessaires pour le prendre en charge dans sa globalité.

La plupart des sages-femmes interrogées pensent qu'il faut effectuer l'examen entre 12 et 24 heures de vie de l'enfant (figure 16). C'est en effet ce qui semble le plus approprié. Avant 12 heures de vie, les phénomènes de compensation d'une pathologie néonatale apparue avant ou pendant la naissance sont toujours présents (notamment pour les pathologies cardiaques). Ces pathologies risquent donc de ne pas être dépistées. Il est nécessaire d'examiner l'enfant à distance de l'accouchement pour pouvoir observer son évolution. Après 24 heures de vie, les pathologies néonatales auront déjà décompensé, la prise en charge devra être faite dans l'urgence. Le risque d'erreurs dans la prise en charge est augmenté. Il faut dépister les pathologies néonatales précocement, avant toute décompensation pour pouvoir les prendre en charge au mieux. Il est donc plus approprié d'effectuer l'examen du nouveau-né entre 12 et 24 heures de vie. Il faut cependant tenir compte de son état de santé. Un nouveau-né présentant des symptômes de pathologie devra être examiné en priorité et ce même avant ses 12 heures de vie si nécessaire. L'heure de l'examen variera en fonction de l'heure de naissance. Il est plus judicieux d'examiner les enfants le jour de leur premier jour de vie : début de matinée

pour les enfants nés la veille entre minuit et 12 heures, fin de matinée ou début d'après-midi pour les enfants nés entre 12 heures et minuit.

Quelques sages-femmes soulignent l'importance de coupler cet examen avec les autres soins de l'enfant : l'effectuer avant le bain, l'administration de traitement, la réalisation d'examen complémentaires déjà programmés, en fonction de l'heure des tétées. Cette volonté s'inscrit dans la nouvelle politique de santé publique encadrant la périnatalité : prise en charge globale, respect du rythme de l'enfant.

Selon les sages-femmes, le pédiatre doit être appelé en cas de pathologies et ce avant toutes prescriptions (figure 17). Cependant, certaines sages-femmes estiment qu'il est utile de l'appeler uniquement s'il s'agit d'une pathologie hors des compétences sages-femmes. Celles-ci sont la prise en charge de la physiologie et des nouveau-nés normaux. Ainsi, devant toute pathologie néonatale, il est important de prévenir le pédiatre. Celui-ci pourra alors évaluer l'état de santé de l'enfant, prescrire les examens complémentaires nécessaires ainsi que les traitements à administrer. Si le pédiatre n'est pas prévenu, le risque médico-légal est augmenté pour la sage-femme car elle n'agit plus dans son champ de compétences.

Parmi les pathologies néonatales dépistées par les sages-femmes pratiquant l'examen du nouveau-né au premier jour de vie, toutes ont nécessité un relais avec le pédiatre. Il s'agissait de pathologies cardiaques, orthopédiques, métaboliques et malformatives pour l'essentiel. Le pédiatre a été appelé dès qu'il y avait une suspicion de pathologie. Une fois prévenu, il semble opportun qu'il réexamine l'enfant afin de dépister d'éventuelles pathologies associées. Ce deuxième examen est essentiel pour orienter la prise en charge : prescription d'examen complémentaires et de traitements. La sage-femme retrouve ensuite son rôle dans l'organisation de la prise en charge : prise de rendez-vous avec les spécialistes, pratique des examens prescrits selon ses compétences, administration de traitement.

Pour résumer, les sages-femmes ne devraient pas examiner les nouveau-nés s'il y a une pathologie connue en anté, per ou post natal. Les examens devraient s'effectuer entre 12 et 24 heures de vie, couplés avec les autres soins. Le moment le plus propice serait le matin, entre 8 heures et midi. Peu importe l'endroit où il s'effectue, il est nécessaire qu'il soit au calme et privilégie l'intimité. Les parents devraient être présents ainsi qu'éventuellement les étudiants. Le pédiatre devrait être appelé quelle que soit la pathologie dépistée et ceci avant toute prescription.

2.3. ENRICHISSEMENT PROFESSIONNEL

Une majorité de sages-femmes voudraient intégrer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie au sein de leur pratique professionnelle (figure 18). Cela permettrait une prise en charge globale des parents et de leur enfant, la diversification de la profession et une plus grande exploitation des compétences.

D'autres préféreraient ne pas pratiquer cet examen. Elles mettent en avant l'augmentation du risque médico-légal ainsi qu'un manque de temps et de personnel. Elles considèrent que ce n'est pas dans leurs compétences et qu'il n'est pas intéressant de le pratiquer en suites de couches car elles l'effectuent déjà en salle de naissances.

Pour un investissement professionnel de chaque sage-femme concernant la pratique de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie, il est nécessaire de leur laisser le choix de cette pratique. Les conséquences d'un mauvais engagement de leur part pourraient être importantes. Les pathologies néonatales à dépister peuvent entraîner un risque vital. Il faut donc que les professionnels s'investissent sérieusement dans cette pratique. Une solution envisageable serait de créer un poste de sage-femme dédiée aux nouveau-nés. Celle-ci travaillerait en poste de 8 heures, de 8 heures à 16 heures, 5 jours sur 7 ce qui permettrait une prise en charge globale du nouveau-né et de ses parents tout au long de leur séjour. Cette sage-femme effectuerait alors l'examen du nouveau-né au premier jour de vie, la surveillance clinique et paraclinique, les bilans sanguins, l'administration des traitements, le suivi de l'allaitement maternel... On pourrait imaginer une rotation entre les sages-femmes : une semaine en poste de 8 heures une fois par mois ou une fois tous les deux mois selon le nombre de sages-femmes volontaires. Le reste du temps, elles travailleraient normalement, en poste de 12 heures, auprès des accouchées et de leur enfant. La sage-femme dédiée aux nouveau-nés changerait donc tous les 5 jours. Cette sage-femme serait une intermédiaire particulière des parents en ce qui concerne leur enfant qu'elle pourrait suivre de sa naissance jusqu'à sa sortie (durée moyenne de séjour de 4,4 jours). Elle serait aussi l'intermédiaire privilégiée des autres professionnels de la maternité. Elle posséderait toutes les informations médicales concernant les nouveau-nés du service. Ainsi les sages-femmes auraient le choix de pratiquer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie en choisissant d'intégrer dans leur temps de travail une semaine en poste de 8 heures.

Dans les maternités où les sages-femmes travaillent en collaboration avec les puéricultrices, il ne semble pas intéressant de créer un poste spécifique pour les sages-femmes effectuant l'examen du nouveau-né au premier jour de vie. En effet, les différents soins sont effectués par la puéricultrice. Il n'y a que l'examen au premier jour de vie qu'elle ne peut pas pratiquer. La sage-femme serait alors présente auprès des nouveau-nés uniquement pour les examiner et passer le relais au pédiatre si nécessaire. La sage-femme effectuerait l'examen de l'enfant après avoir examiné sa mère en tenant compte de son rythme et de son éveil. Il y aurait ainsi une continuité de soins et d'une prise en charge globale du couple mère/enfant.

Une de mes hypothèses n'est pas entièrement vérifiée : les sages-femmes ont connaissance de leur mission auprès du nouveau-né en postnatal et sont prêtes à exercer leurs compétences. Effectivement même si mon enquête démontre que, parmi les sages-femmes interrogées, une majorité est prête à effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie, il reste des sages-femmes qui refusent de le pratiquer. La raison principale de ce refus est le manque de temps et de personnel. Ma proposition de créer un poste supplémentaire de sage-femme dédiée aux nouveau-nés répondrait donc à leurs attentes.

Conclusion

Les changements intervenant dans notre profession vont vers une augmentation du champ de compétences. Cependant, les sages-femmes n'exploitent pas encore toutes leurs compétences, notamment la pratique de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie.

Le nouveau-né subit trois examens au cours de son séjour en maternité : à la naissance, au premier jour de vie, le jour du retour à domicile. Ces examens sont complémentaires. Pour changer les pratiques et limiter la redondance, les sages-femmes devraient s'approprier l'examen du premier jour de vie qui fait partie intégrante de nos compétences. Il serait néanmoins utile qu'elles effectuent une formation auparavant. Il faudrait mettre en place une nouvelle organisation de service leur permettant d'effectuer cet acte dans leur exercice professionnel. Pour une prise en charge optimale des nouveau-nés, les sages-femmes doivent être libres de choisir de réaliser cet examen.

Le développement des sorties précoces va entraîner une nouvelle diminution des durées de séjour en maternité. Les pédiatres effectueront alors les examens de sortie au deuxième ou troisième jour de vie. Certaines pathologies néonatales risquent donc de se révéler à domicile. Les sages-femmes libérales seront pleinement concernées par ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

[1] BOURRILLON A. Pédiatrie, collection pour le praticien. 5^e ed. Paris : Masson, 2008, p.5-19.

[2] FRANCOUAL C., BOUILLIE J., PARAT-LESBROS S. Pédiatrie en maternité. Paris : Médecine-sciences Flammarion, 2008, p.390-434.

[3] GOLD F., BLOND M-H., LIONNET C., et al. Pédiatrie en maternité : réanimation en salle de naissance. Paris : Masson, 2009, p.14-21 et p.82-99.

[4] LAUGIER J., MOZE J-C., SIMEONI V., et al. Soins aux nouveau-nés : avant, pendant et après la naissance. Paris : Masson, 2006, p.119-141.

[5] WIELAND-LADEWIG P., LONDON M-L., BROOKNS OLDS S. Soins infirmiers, maternité et néonatalogie. Canada : Erpi, 1992, p.638-683.

Articles de périodiques

[6] PAULARD I. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Vocation sage-femme, 2009, n°70, p.41.

Textes de loi

[7] COLLECTIF ASSOCIATIF ET SYNDICAL DES SAGES-FEMMES, CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Janvier 2010.

[8] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE. Arrêté du 18 octobre 1994 modifiant l'arrêté du 27 mars 1972 modifiant la nomenclature des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal officiel, n°251 du 28 octobre 1994, p.15354.

[9] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SOLIDARITE NATIONALE ET DE LA SANTE. Arrêté du 17 octobre 1983 relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire. Journal officiel, n°complémentaire du 30 octobre 1983, p.59838, mis à jour par le Journal officiel n°241 du 16 octobre 1997.

[10] MINISTERE DE LA SANTE. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. Journal officiel, n°294 du 19 décembre 2001, p.20115.

[11] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, ET DES PERSONNES AGEES. Arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 13 février 2004 fixant la liste des

médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. Journal officiel, n°67 du 19 mars 2004, mis à jour par le Journal officiel n°260 du 08 novembre 2005, p.17528.

[12] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de Santé Publique, chapitre II carnet de santé et examens obligatoires, article R.2132-1 et article R.2132-2. Journal officiel n°122 du 27 mai 2003, p.37006.

[13] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. Journal officiel, n°152 du 02 juillet 2006, p.9947.

[14] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Article L.4151-1 du Code de Santé Publique. Journal officiel, n°185 du 11 août 2004, mis à jour par le Journal officiel n°295 du 20 décembre 2005, p.14277.

[15] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Article L.4151-4 du Code de Santé Publique. Journal officiel n°185 du 11 août 2004, p.14277, mis à jour par le Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009.

[16] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Article R.4127-318 du Code de Santé Publique. Journal officiel, n°242 du 18 octobre 2006, p.15444.

[17] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Décret de périnatalité n°98-899 du 09 octobre 1998 remplacé par le décret relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du Code de la Santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code du 20 juillet 2005. Journal officiel n°172 du 26 juillet 2005, p.12112.

[18] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Décret de périnatalité n°98-900 du 09 octobre 1998 remplacé par le Code de Santé Publique, chapitre IV conditions techniques de fonctionnement, section 1 activité de soins, sous-section 3 obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale. Journal officiel n°172 du 26 juillet 2005, p.12112.

[19] Plan gouvernemental sur la périnatalité 1995-2000, annoncé le 12 avril 1994.

[20] Plan de périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité, annoncé le 10 novembre 2004.

Sites Internet

[21] CEPIDC – INSERM. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès **[en ligne]**. Disponible sur <<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>> (consulté le 19.01.2011).

[22] COMMISSION DES PEDIATRES, COMMISSION DES SAGES-FEMMES, RESEAU SECURITE NAISSANCE – NAITRE ENSEMBLE PAYS DE LA LOIRE. Soins au nouveau-né normal, de plus de 36 SA et sans pathologie, dans les deux premières heures **[en**

ligne]. Disponible sur <http://reseau-naissance.com/medias/soins_nn_normal_15_09.pdf> (consulté le 26.02.2010).

[23] HOSPIMEDIA. L'évolution de la durée moyenne de séjour en maternité **[en ligne]**. Disponible sur <http://abonnes.hospimedia.fr/breves/l_assurance_maladie_reflechit_a_la_periode_who_suit_la_naissance> (consulté le 03.02.2011).

[24] INSEE. Institut national de la statistique et des études économiques **[en ligne]**. Disponible sur <<http://www.insee.fr/fr/default.asp>> (consulté le 19.01.2011).

[25] M-C LA ROCCA, I SCHWARTZ. Le nouveau-né **[en ligne]**. Disponible sur <<http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/nouveau-ne.htm>> (consulté le 27.12.2010).

[26] LENOT M, ASINCOPROB de St Brieuc. Pathologies courantes néonatales **[en ligne]**. Disponible sur <<http://asincoprob.free.fr/comptendus/pathoneonat.htm>> (consulté le 28.12.2010).

[27] UNIVERSITE DE SHERBROOK. Perspective monde **[en ligne]**. Disponible sur <<http://perspective.usherbrooke.ca/>> (consulté le 01.03.2011).

Autres

[28] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Carnet de santé de l'enfant. Mise à jour 01 janvier 2006.

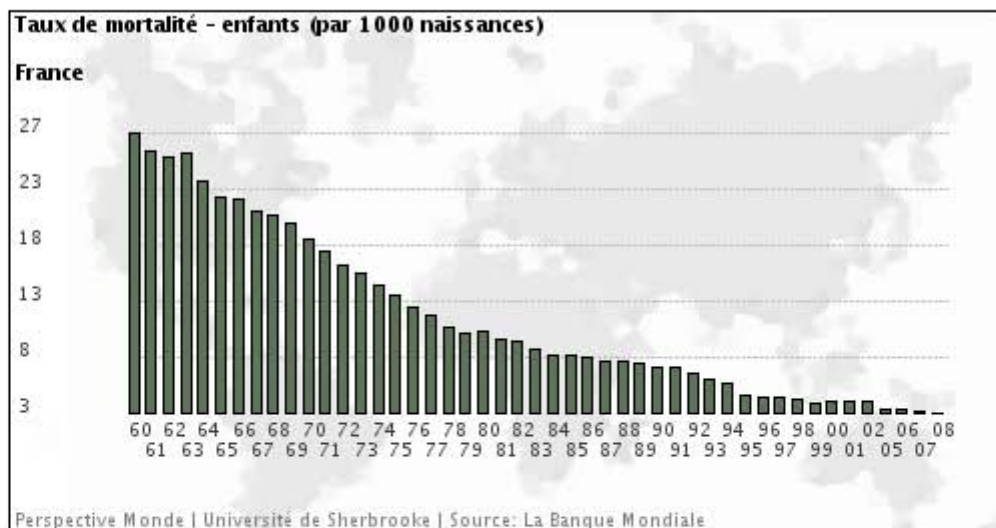
ANNEXES

ANNEXE I
Evolution des statistiques en France

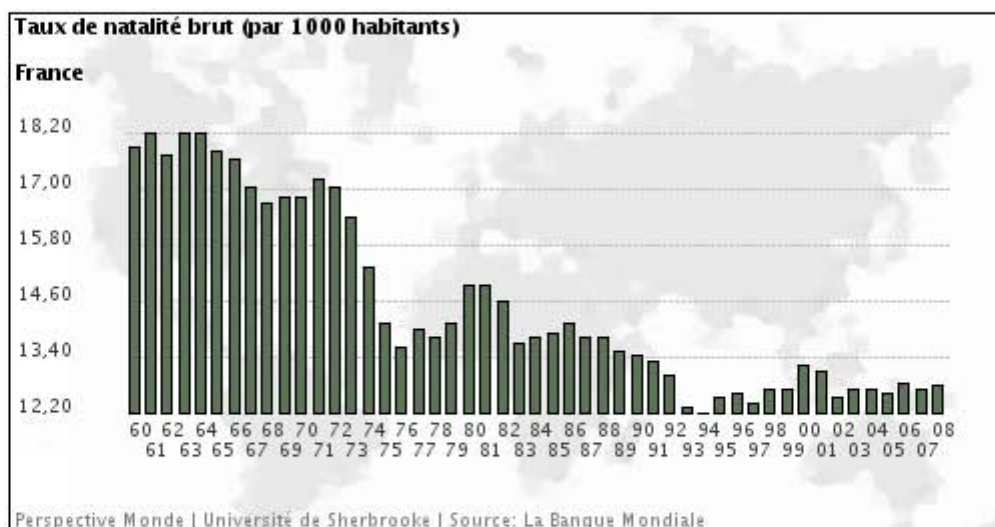
En France	Taux de natalité (‰)	Taux de mortalité infantile (‰)	Nombre de naissances
1950	20,6	52,0	862 300
1960	17,9	27,4	819 800
1970	16,7	18,2	850 400
1980	14,9	10,0	800 400
1990	13,4	7,3	762 400
1995	13,6	4,9	729 600
2000	13,0	4,4	774 800
2005	12,7	3,6	774 400
2006	12,6	3,6	796 900
2007	12,7	3,6	786 000
2008 (p)	12,8	3,6	796 000
2009 (p)	12,7	3,7	793 400
2010 (p)	12,7	3,6	797 000

(p) : données provisoires
Source : Insee

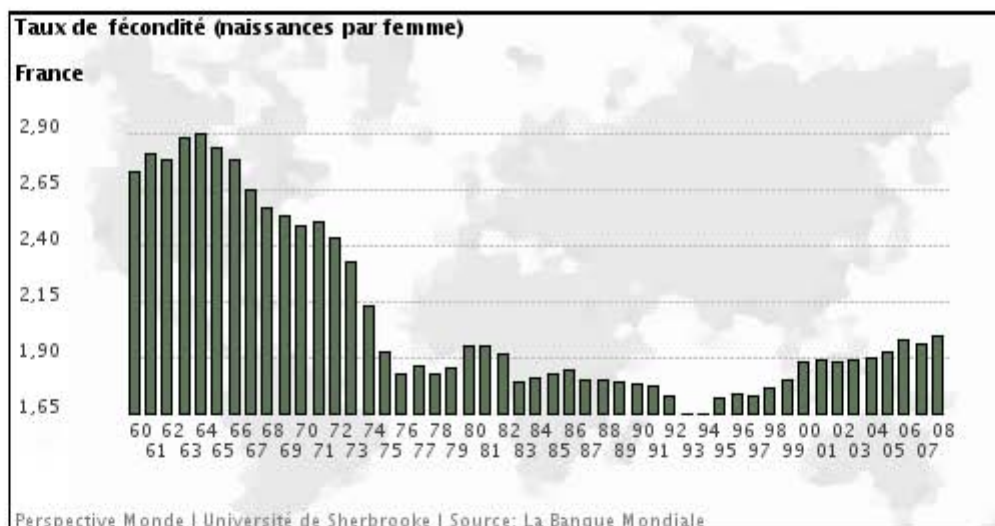
ANNEXE II
Evolution du taux de décès infantile en France



ANNEXE III Evolution du taux de natalité en France



ANNEXE IV Evolution du taux de fécondité en France



ANNEXE V Statistiques en Lorraine

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
Taux de natalité 2008 (‰)	11,7	11,4	11,5	11,1	11,5	12,8
Taux de mortalité infantile 2008 (‰)	3,5	3,2	3,9	3,8	3,7	3,6
Nombre de naissances 2009	8 847	2 122	11 381	4 252	26 692	793 400

Source : Insee

ANNEXE VI
Causes de décès infantile en France en 2008

	<1 an	0-6j	7-27j	28et+
TOTAL des décès survenus en métropole en 2008	2804	1326	578	900
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1394	901	327	166
Fœtus ou nouveau-né affecté par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement	371	318	49	4
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus	143	119	12	12
Hypoxie intra-utérine et asphyxie obstétricale	103	75	22	6
Détresse respiratoire du nouveau-né	35	26	7	2
Autres affections respiratoires spécifiques de la période périnatale	113	62	27	24
Infections spécifiques de la période périnatale	126	59	52	15
Affections hémorragique et hématologique du fœtus et du nouveau-né	167	100	55	12
Entérocolite nécrosante	34	2	11	21
Leucomalacie cérébrale néonatale	26	0	15	11
Autres affections d'origine périnatale	276	140	77	59
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	595	275	153	167
Malformations congénitales du système nerveux	74	42	14	18
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	248	83	82	83
Malformations congénitales de l'appareil respiratoire	26	17	4	5
Malformations congénitales de l'appareil digestif	17	3	4	10
Malformations congénitales de l'appareil urinaire	20	16	2	2
Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles	79	49	21	9
Anomalies chromosomiques	73	39	14	20
Autres malformations congénitales et anomalies chromosomiques	58	26	12	20
Maladies infectieuses et parasitaires	47	1	9	37
Maladies infectieuses intestinales	17	1	2	14
Coqueluche	6	0	1	5
Infections à méningocoques	3	0	0	3
Septicémie	8	0	1	7
Autres maladies infectieuses	13	0	5	8
Tumeurs	20	4	1	15
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	12	0	4	8
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	63	18	14	31
Maladies du système nerveux	109	5	19	85
Méningites	19	1	5	13
Amiotrophies spinales	34	0	2	32
Affections musculaires primitives (Affections myotoniques et myopathies congénitales)	16	2	5	9
Autres maladies du système nerveux	40	2	7	31
Maladies de l'appareil circulatoire	59	10	10	39
Maladies de l'appareil respiratoire	17	1	2	14
Affections aiguës des voies respiratoires	13	0	2	11
Autres maladies de l'appareil respiratoire	4	1	0	3
Maladies de l'appareil digestif	11	2	3	6
Autres maladies non classées ailleurs	5	1	0	4
Symptômes et états morbides mal définis	410	104	33	273
Syndrome de la mort subite du nourrisson	244	7	16	221
Autres causes mal définies et non précisées	132	91	11	30
Autres Symptômes et états morbides mal définis	34	6	6	22
Causes externes	62	4	3	55
Accidents de transport	6	1	0	5
Accidents affectant la respiration	22	1	1	20
Autres causes externes	34	2	2	30
Sources : Inserm – Cepidc 2008				

ANNEXE VII
Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires
des parties I, II et III du code de la santé publique

Chapitre II : Carnet de santé et examens obligatoires
Section 1 : Examens obligatoires

Article R. 2132-1

Les enfants sont soumis à des examens médicaux obligatoires dont le nombre est fixé à neuf au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et un au cours du neuvième ou dixième mois, trois du treizième au vingt-cinquième mois dont un au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois, et à deux par an pour les quatre années suivantes. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents de l'enfant ou par la personne ayant la garde de celui-ci. Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations. Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé institué par l'article L. 2132-1.

Article R. 2132-2

Donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé les examens subis dans les huit jours de la naissance, au cours du neuvième mois et au cours du vingt-quatrième mois.

Article R. 2132-3

L'imprimé servant à établir le certificat de santé est inséré dans le carnet de santé prévu à l'article L. 2132-1. Il comporte une formule d'attestation d'examen et une formule de certificat médical confidentiel dont les modèles sont établis par arrêté du ministre chargé de la santé. L'attestation d'examen et le certificat médical sont établis par le médecin qui effectue l'examen médical. Ce médecin remet l'attestation au père, à la mère ou à la personne ayant la garde de l'enfant, à charge pour ceux-ci, lorsqu'ils sont bénéficiaires de prestations familiales, d'adresser ce document à l'organisme ou service payeur dont ils relèvent dans les conditions prévues par les articles R. 534-3 et R. 534-4 du code de la sécurité sociale. Dans un délai de huit jours, le médecin adresse le certificat médical correspondant à l'âge de l'enfant, sous pli fermé et confidentiel, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant. Le médecin mentionne les résultats de l'examen dans le carnet de santé de l'enfant.

ANNEXE VIII

Arrêté du 18 octobre 1994 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de Sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

Vu les propositions de la commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – A la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels (actes n'utilisant pas les radiations ionisantes), les dispositions du titre XI (actes portant sur l'appareil génital féminin), chapitre II (actes liés à la gestation et à l'accouchement), sont modifiées comme suit :

I – Remplacer les dispositions du 5^e par les dispositions suivantes :

« 5^e actes de néonatalogie :

« Examen du premier jour de la naissance : contrôle de l'adaptation du nouveau-né, dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques...) : C ou CS.

« Cet examen peut se cumuler avec l'examen médical obligatoire prévu dans les huit jours qui suivent la naissance (décret n°73-267 du 2 mars 1973).

« Assistance avant la naissance, sur appel du médecin accoucheur, incluant l'accueil du nouveau-né avec réanimation éventuelle pour une situation de haut risque néonatal prévisible ou un état foetal faisant prévoir une réanimation à la naissance (souffrance foetale aigue, prématurité, troubles de la croissance intra-utérine, malformation attendue, grossesse multiple, siège...) : 15.

« Réanimation immédiate ou différée du nouveau-né comportant intubation, ventilation sur tube, surveillance intensive et, éventuellement, tout autre acte associé : 40.

« Mise en condition d'un nouveau-né pour transfert médicalisé vers un centre spécialisé : 25.

« Les trois cotations ci-dessus ne sont pas cumulables.

« Forfait de surveillance, en unité de néonatalogie autorisée, d'un nouveau-né dont l'état nécessite gavage et/ou perfusion, oxygénation, contrôle et surveillance monitorée cardio-respiratoire, par un médecin susceptible d'intervenir à tout moment, par vingt-quatre heures, avec un maximum de quinze jours : 14.

« Surveillance d'un enfant prématuré élevé en couveuse, par vingt-quatre heures : 9. »

II. – Au 8^e (notations propres à la sage-femme) supprimer l'inscription relative à la surveillance d'un enfant prématuré élevé en couveuse.

Art. 2. – Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé au ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et de la pêche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 18 octobre 1994.

ANNEXE IX
Carnet de santé de l'enfant

Naissance

Accouchement

Date de naissance : jour : _____ mois : _____ an : _____
Heure de naissance : _____ h _____ min
Lieu de naissance (nom de l'établissement et adresse) :
.....
.....

Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée révolues) : _____

Présentation : sommet siège autre

Début de travail : spontané déclenché césarienne avant travail

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

Analgesie : aucune générale
péridurale rachianesthésie autre

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

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

Couleur du liquide amniotique : clair teinté
méconial autre

Fièvre maternelle : non oui

Examen de l'enfant à la naissance

Poids : _____ g PC : _____ cm
Taille : _____ cm
Apgar à 1 minute : _____ Apgar à 5 minutes : _____

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

Préciser :
.....

Transfert : non oui

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

Soins et gestes pratiqués : vitamine K collyre
Perméabilité des choanes de l'œsophage de l'anus

Autres renseignements :
.....

Nom : Cachet et signature :
Qualification :

8

ANNEXE IX
Carnet de santé de l'enfant

Période périnatale

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

Examen clinique

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

Examen ophtalmologique

Dépistage d'une déficience auditive

Globes oculaires de taille normale non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Cornées transparentes non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Méthode <input type="text"/>
Pupilles normales non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Résultat normal <input type="checkbox"/> à surveiller <input type="checkbox"/>
Lueurs pupillaires présentes non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	OD <input type="checkbox"/>
	OG <input type="checkbox"/>

Examen fait et certificat établi
par le Dr
à le

Signature et cachet

Les examens biologiques de dépistage :

Dépistage de la phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales et hypothyroïdie :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Dépistage de la drépanocytose :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Dépistage de la mucoviscidose :	
Consentement des parents recueilli	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Test effectué	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Autres dépistages biologiques :

Prélèvements effectués par :

Nom : Qualification :

A : Le :

9

ANNEXE X

Article L.4151-1 du Code de Santé Publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 86 (V)

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

ANNEXE XI

Article R. 4127-318 du Code de Santé Publique

« Art. R. 4127-318. - I. - Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

« 1° L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;

« 2° Le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal mentionné à l'article L. 2122-1 ;

« 3° L'amnioscopie de fin de grossesse ;

« 4° La surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;

« 5° Le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang ;

« 6° L'oxymétrie du pouls fœtal ;

« 7° L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;

« 8° L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;

« 9° La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;

« 10° La délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;

« 11° Le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né ;

« 12° La surveillance des dispositifs intra-utérins ;

« 13° La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement.

« II. - La sage-femme est autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'anesthésie locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elle en informe le médecin gynécologue-obstétricien.

« Sous réserve qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'analgésie locorégionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion. La première injection doit être réalisée par un médecin. La sage-femme ne peut pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. Elle peut procéder au retrait de ce dispositif. »

ANNEXE XII

Référentiel métier et compétences sages-femmes, Collectif Associatif et Syndical des Sages-femmes, Ordre National des sages-femmes

Situation 6

ASSURER UN SUIVI MERE-ENFANT DANS LES SUITES DE COUCHES JUSQU'A LA VISITE POST-NATALE

Réaliser un diagnostic

- en accueillant la mère et l'enfant
 - en vérifiant l'identité de l'enfant
 - en organisant la consultation en fonction du rythme de l'enfant
 - en s'assurant que l'enfant est en état d'éveil calme avant de l'examiner
 - en s'assurant du confort de la mère
- en réalisant l'anamnèse
 - en reprenant le dossier et les résultats des examens réalisés
 - en recueillant le vécu de l'accouchement auprès de la mère
 - en évaluant le risque infectieux, hémorragique, thromboembolique
- en pratiquant l'examen général de l'enfant
 - en commençant par une observation générale
 - en renseignant le carnet de santé et/ou les feuilles de soins
 - Auscultation cardio-pulmonaire
 - Examen cutanéomuqueux
 - Examen des différents appareils et fonctions
 - Examen neurologique
 - en faisant participer la mère, en lui expliquant le déroulement de l'examen et en la rassurant
 - en repérant une situation pathologique ou une anomalie qui nécessite de l'adresser à un médecin
- en pratiquant un examen général et gynéco-obstétrical de la mère ...
- en écoutant, questionnant et donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé
- en repérant les situations de vulnérabilité
 - en évaluant le lien mère-enfant
 - en repérant des conduites de consommation à risque
- en vérifiant la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel)
 - en étant à l'écoute de la mère, en prodiguant des conseils, en prévenant les complications (crevasses, lymphangites, abcès...)

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge

- en prescrivant les éventuels examens complémentaires
- en recherchant d'éventuels troubles périnéaux ou sphinctériens et en déterminant leur prise en charge
- en recueillant les souhaits de la femme en matière de contraception et en la prescrivant

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- en accompagnant le développement du lien mère-enfant
 - en identifiant d'éventuelles distorsions du lien et en se référant à d'autres professionnels
 - en répondant aux questions de la mère et en lui donnant des règles d'hygiène et des conseils d'éducation à la santé
 - en organisant avec la mère les modalités de suivi de son enfant
- en assurant la transmission
 - en complétant le carnet de santé de l'enfant
 - en renseignant le dossier médical de la mère

ANNEXE XIII

Arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes modifié par l'arrêté du 12 octobre 2005

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.4151-4, R.5128-2, R.5193, R.5194 et R.5212 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 23 octobre 2003,
Arrête :

Article 1

Est fixé dans les annexes I et II au présent arrêté la liste des médicaments par classes thérapeutiques que les sages-femmes peuvent prescrire, d'une part à la femme, d'autre part à l'enfant, et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel. Pour chaque classe thérapeutique, la sage-femme doit tenir compte du résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5128-2 susvisé, et notamment des indications et contre-indications éventuelles. Toute commande de médicaments à usage professionnel ou toute prescription doit être rédigée conformément aux dispositions réglementaires.

Article 2

Est fixée en annexe III la liste des médicaments classés comme stupéfiants que les sages-femmes peuvent prescrire à leurs patientes et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

Article 3

L'arrêté du 17 octobre 1983 est abrogé.

Article 4

Le présent arrêté et ses annexes seront publiés au Journal officiel de la République française.

ANNEXE II

Liste des médicaments renfermant ou non des substances vénéneuses autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des nouveau-nés.

Antiseptiques locaux.

Anesthésiques locaux : - crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne.

Antalgiques : - paracétamol par voie orale ou rectale.

Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs.

Vitamines et sels minéraux par voie orale : - la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1.

Topiques à activité trophique et protectrice.

Solutions pour perfusion : - solutés de glucose (de toute concentration) ; - solutés de bicarbonate isotonique à 1,4 % et semi-molaire à 4,2 % ; - soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ; - soluté de gluconate de calcium à 10 %.

Vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B. BCG.

En cas d'urgence et en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants : - adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né ; - naloxone (forme néonatale, ampoules dosées à 0,04 mg).

ANNEXE XIV

Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,
Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4151-4,
Arrêtent :

Article 1

A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les sages-femmes sont autorisées, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire à leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. Ceinture de grossesse de série ;
2. Orthèse élastique de contention des membres inférieurs ;
3. Sonde ou électrode cutanée périnéale ;
4. Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale ;
5. Pèse-bébé ;
6. Tire-lait ;
7. Diaphragme ;
8. Cape cervicale ;
9. Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap.

Article 2

Le directeur général de la santé, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE XV

Arrêté du 30 septembre 1997 relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire

Article 1^{er}. (Arrêté du 10 octobre 1989.) Les sages-femmes peuvent prescrire les examens radiologiques, de laboratoire et de recherche si après :

- a) En ce qui concerne la mère :
 1. Echographie.
 2. Radiographie du contenu utérin dans les deux derniers mois de la grossesse.
 3. Radiopelvimétrie dans les deux derniers mois de la grossesse.
 4. Diagnostic biologique de la grossesse.
 5. Glycémie
 6. Sérodiagnostic : rubéole, syphilis, toxoplasmose.
 7. Groupe sanguin avec phénotype Rhésus complet et Kell.
 8. Facteur Rhésus.
 9. Agglutinines irrégulières.
 10. (Arrêté du 30 septembre 1997.) Examen cytologique du sang (hémogramme).
 11. Examen cyto bactériologique des urines.
 12. Prélèvement vaginal et examen bactériologique des sécrétions vaginales.
 13. Frottis cervico-vaginaux.
 14. Dosage de l'uricémie.
 15. Dosage de la créatinémie.
 16. Recherche des marqueurs de virus de l'hépatite B chez la femme enceinte.
 17. Sérodiagnostic VIH pendant la grossesse.
 18. (Arrêté du 30 septembre 1997.) Hémoglobine glycolysée (dans le cadre de la surveillance, à l'exclusion du dépistage).
- b) En ce qui concerne l'enfant :
 1. Groupe standard et rhésus.
 2. (Arrêté du 30 septembre 1997.) Examen cytologique du sang (hémogramme).
 3. Bilirubine dans le sang du cordon.
 4. Test de Guthrie.
 5. Test de Coombs.
 6. Bilirubine chez l'enfant.
 7. Examens bactériologiques cutanéomuqueux, sanguins et urinaires chez le nouveau-né (dans le cadre de la prévention de l'infection néonatale).
 8. Glycémie. Calcémie.
 9. Phénotype Rhésus complet et Kell.
 10. (Arrêté du 30 septembre 1997.) Sérodiagnostic de la toxoplasmose.
 11. (Arrêté du 30 septembre 1997.) C réactive protéine (C.R.P).

ANNEXE XVI

Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme

La profession de sage-femme

La sage-femme développera des capacités regroupées dans les différentes catégories d'objectifs afin de produire des actions en faveur de la santé maternelle et infantile :

Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la sexualité, la fécondité et l'infertilité, de la gynécologie et de la pédiatrie.

Assurer la surveillance clinique et paraclinique de la grossesse.

Dépister les situations à risque médical, psychique ou social et orienter les patients vers un niveau de soin adapté.

Assurer la surveillance du travail et de la vitalité fœtale par les moyens cliniques et paracliniques.

Pratiquer l'accouchement normal et sa délivrance.

Accueillir et assurer les soins des nouveau-nés.

Participer à la sécurité physique et psychologique de la mère et du nouveau-né à la naissance.

Assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant.

Favoriser la relation mère-père-enfant.

Participer à l'évaluation de l'activité médicale d'un secteur, de l'évaluation à l'analyse des données.

Participer à de programmes de recherche, d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité des soins.

Développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux, pour une meilleure qualité de soins.

Développer des actions collectives (recherche, formation, évaluation avec des partenaires institutionnels, économiques et industriels).

Objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique

1. Pratiquer les techniques de soins appliqués aux domaines de la médecine et de la chirurgie.

2. Pratiquer les techniques de soins dans les domaines de l'obstétrique, de la néonatalogie, de la pédiatrie et de la gynécologie.

3. Diagnostiquer la grossesse par les moyens cliniques et paracliniques adaptés.

4. Pratiquer des consultations et examens prénatals (au moins 100 examens).

5. Dépister les situations à risque médical, social et psychique, surveiller et orienter les femmes enceintes vers un niveau de soins adapté.

6. Identifier les situations d'urgence en obstétrique et en néonatalogie.

7. Participer à l'identification et à la prise en charge des situations d'urgence en gynécologie.

8. Surveiller la grossesse par des examens cliniques et techniques appropriés.

9. Pratiquer les échographies obstétricales (au moins 30 examens).

10. Surveiller les parturientes par les moyens cliniques et techniques appropriés (au moins 80 examens).

11. Pratiquer les accouchements eutociques (au moins 80 accouchements).

12. Savoir pratiquer les manœuvres obstétricales.

13. Savoir pratiquer les accouchements par le siège et avoir participé activement à plusieurs accouchements par le siège (2 cas minimum).

14. Savoir pratiquer les accouchements multiples et avoir participé activement à plusieurs accouchements multiples (2 cas minimum).

15. Pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum).
16. Pratiquer les délivrances artificielles (5 cas minimum) et les révisions utérines (5 cas minimum).
17. Pratiquer les réanimations des nouveau-nés et assurer les conditions optimales du transfert.
18. Participer à la surveillance des parturientes en salle de surveillance post-interventionnelle.
19. Participer à la prise en charge de la douleur.
20. Participer activement à la prise en charge des parturientes lors des analgésies obstétricales.
21. Pratiquer l'examen clinique des accouchées (100 examens au moins).
22. Pratiquer l'examen clinique des nouveau-nés normaux (100 examens au moins).
23. Surveiller les femmes accouchées, en situation de risque médical, social et psychique (au moins 60 cas).
24. Assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant en favorisant le lien mère-enfant.
25. Surveiller et donner des soins aux nouveau-nés, y compris les nouveau-nés avant terme, de faible poids de naissance ou présentant des troubles.
26. Assurer la préparation à la naissance et à la parentalité (animer 3 séances).
27. Pratiquer la prévention et la correction des troubles périnéosphinctériens et des séances de rééducation (20 séances au moins).
28. Promouvoir l'allaitement maternel et assurer son suivi.
29. Informer les femmes et les couples dans le domaine de la régulation des naissances.
30. Participer aux actions d'éducation sexuelle, à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et à l'information des adolescents.
31. Participer à l'évaluation de l'activité médicale d'un secteur : de l'élaboration à l'analyse des données.
32. Participer à des actions de recherche, d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité de soins.
33. Participer à la prévention, à l'information et à l'éducation dans les domaines de la fécondité et de l'infertilité, de la gynécologie et de la petite enfance.
34. Savoir développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux, pour une meilleure prise en charge des personnes soignées.
35. Savoir développer des actions collectives (recherche, formation, évaluation,...) avec les partenaires institutionnels, économiques et industriels.

Objectifs de la 1^e phase

A l'issue de la 1^e phase, l'étudiant devra être capable de :

1. Participer aux actions de prévention auprès des adultes et des enfants.
2. Assurer les soins généraux des adultes et des enfants.
3. Assurer la prise en charge globale et participer à l'accompagnement du couple, de la mère et de l'enfant au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum.
 - 3.1. Assurer la surveillance clinique et paraclinique d'une grossesse normale.
 - 3.2. Assurer la surveillance d'un travail normal.
 - 3.3. Pratiquer l'accouchement sans risque prévisible.
 - 3.4. Assurer la surveillance des suites de couches normales (mère et enfant).
4. Développer des capacités relationnelles et travailler en équipe.
5. Participer à des actions de recherche et d'évaluation de pratiques professionnelles.

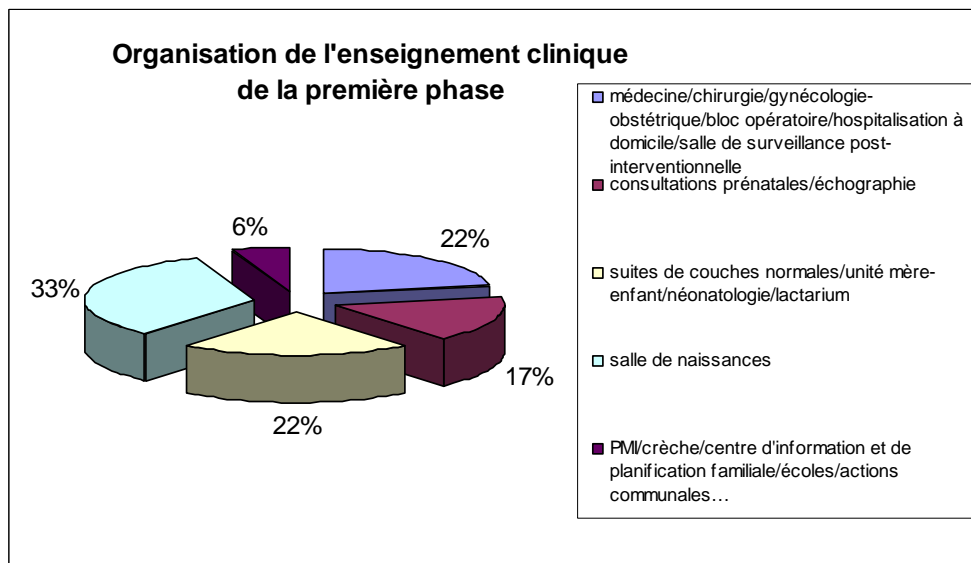
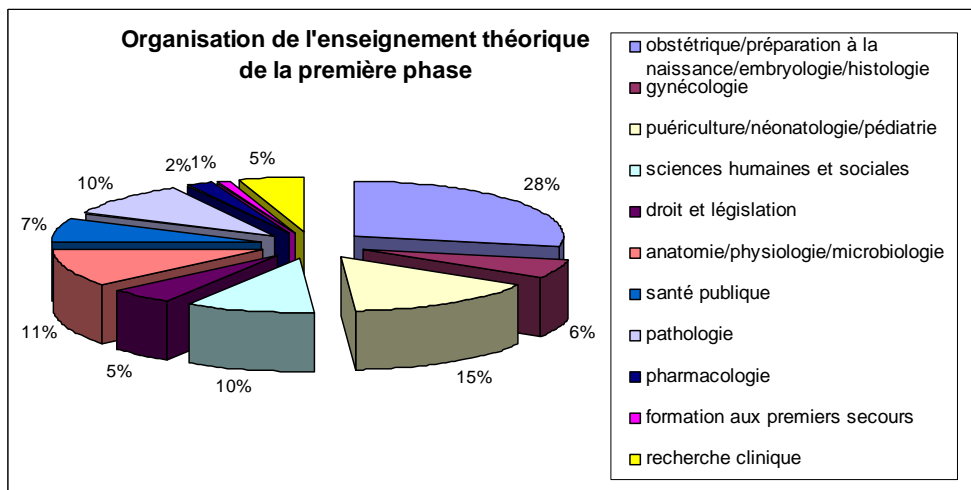
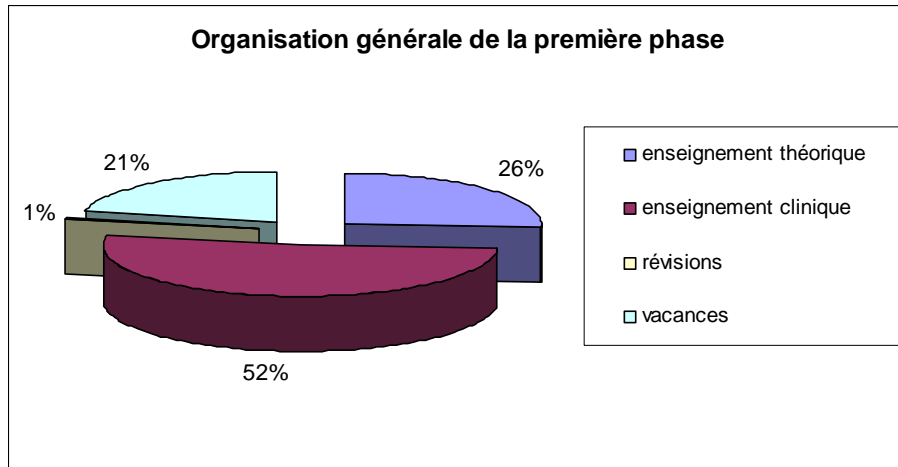
Objectifs de la 2^e phase

A l'issue de la 2^e phase, l'étudiant devra être capable de :

1. Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie.
2. Dépister les situations à risque médical, psychologique et social au cours de la grossesse (mère et enfant).
3. Orienter les patients vers des niveaux de soins adaptés (mère et enfant).
4. Participer à la surveillance et à la prise en charge des situations à risques au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des suites de couches (mère et enfant).
5. Accompagner les couples dans le domaine de la préparation à la naissance et à la parentalité.
6. Participer à l'organisation du travail en équipe.
7. Participer à l'évaluation de l'activité médicale et des pratiques professionnelles.
8. Participer à des programmes de recherche.

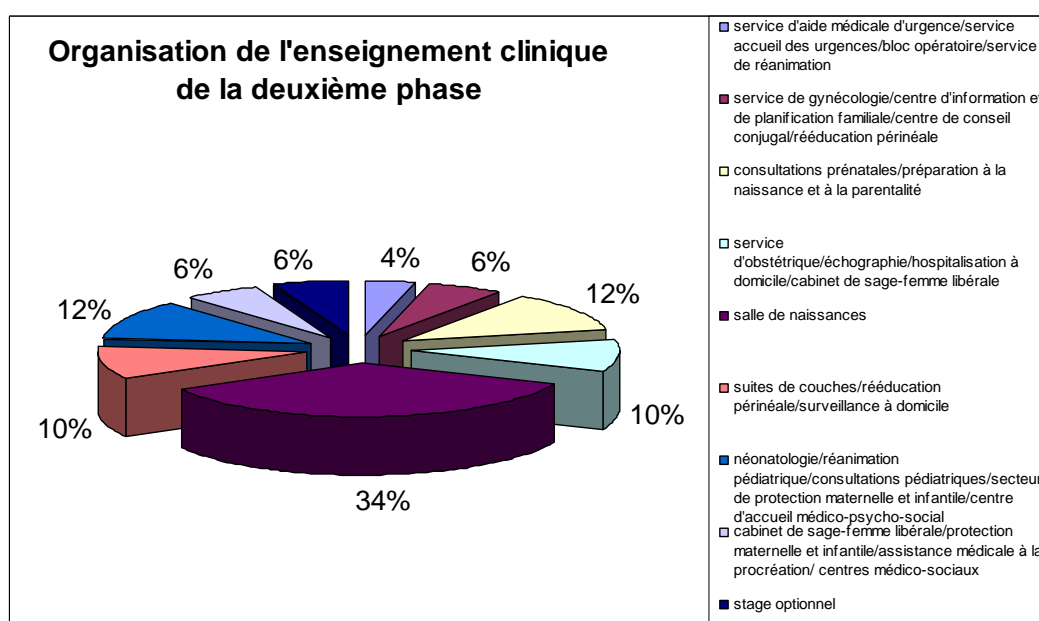
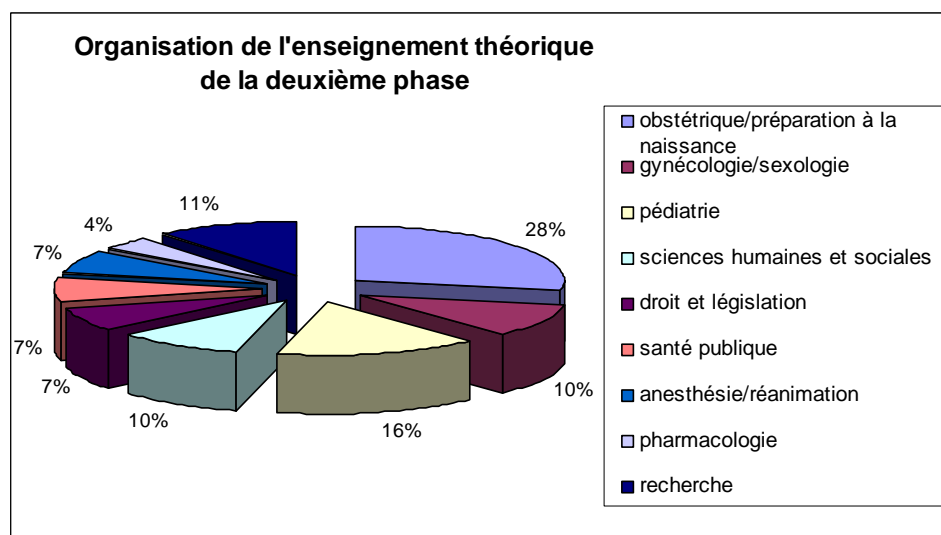
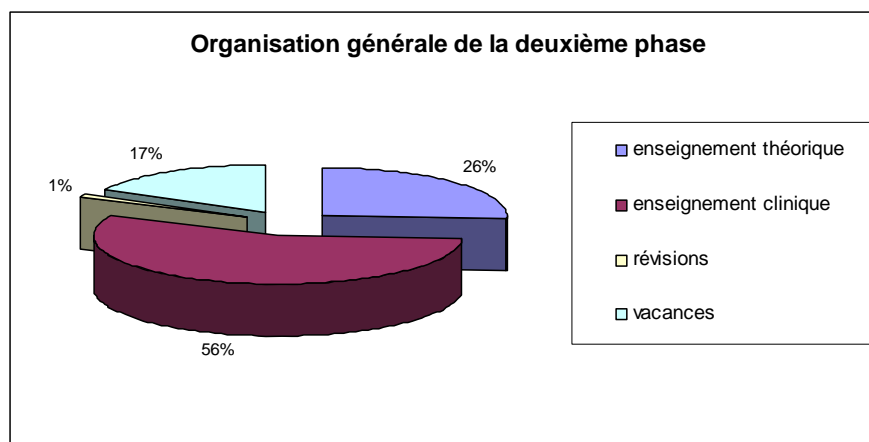
ANNEXE XVII

Organisation de l'enseignement de la première phase des études de sage-femme



ANNEXE XVIII

Organisation de l'enseignement de la deuxième phase des études de sage-femme



ANNEXE XIX

Questionnaire destiné aux sages-femmes ne pratiquant pas l'examen du nouveau-né au premier jour de vie

Au cours de ce questionnaire, nous considérerons uniquement les nouveau-nés en suites de couches nés à terme (> 37 SA), sans pathologie connue en anté, per et postnatal immédiat.

I A PROPOS DE VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

1 Quelle est votre tranche d'âge ?

- < 25 ans
- 25ans – 35 ans
- 35 ans – 45 ans
- > 45 ans

2 Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

.....

3 Quels sont les secteurs dans lesquels vous avez travaillé ? Combien de temps ?

Années	Niveau de maternité	Secteur

4 Au cours de votre carrière, avez-vous observé des changements de pratiques professionnelles concernant la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ?

- Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....

II A propos de vos compétences sage-femme

1 Comment définiriez-vous votre travail auprès des nouveau-nés en suites de couches ?

- Inexistant
 Investi, global
 Sur appel
 Autres :

2 Quelles activités effectuez-vous auprès du nouveau-né lors d'une journée de travail classique ? (actes, relation)

- Visite avec le pédiatre
 Examen du nouveau-né au premier jour de vie
 Bilans sanguins, test de dépistage des maladies métaboliques
 Autres examens complémentaires (suivi de tension, suivi de glycémie...)
 Administration de traitement
 Suivi d'allaitement maternel
 Bain, changes
 Autres :

.....

3 Selon vous, quelles compétences la sage-femme possède-t-elle pour effectuer la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ?

.....
.....
.....
.....
.....

4 Exploitez-vous toutes vos compétences dans la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ? Oui Non

Si non, quelles compétences n'utilisez-vous pas ?

.....
.....
.....
.....

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....

5 Pensez-vous avoir les compétences pour effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ? Oui Non

Si non, quelles compétences vous manque-t-il ?

.....
.....
.....

6 Dans quels domaines souhaiteriez-vous recevoir une formation avant d'effectuer cet examen ?

.....
.....
.....
.....

7 Quels serait(ent) le(s) moyen(s) nécessaires pour vous permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ?

- Rappel théorique sur les principales pathologies à dépister lors de cet examen
- Formation pratique au sein de votre activité de service
- Formation pratique dans le cadre de la formation continue sur votre lieu de travail
- Autres :

8 Qui pourrait vous former à effectuer cet examen ?

- La sage-femme de suites de couches ayant déjà effectué une formation
- La sage-femme de salle de naissance pratiquant l'examen des nouveau-nés
- Le pédiatre de maternité
- Le pédiatre de néonatalogie
- Autres :

III A propos de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie

1 Quels sont d'après vous les dépistages à effectuer lors de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 Quelles différences repérez-vous par rapport à l'examen effectué en salle de naissance ?

.....
.....
.....
.....
.....

3 Est-il nécessaire de maintenir l'examen du nouveau-né au premier jour de vie dans le contexte actuel : répétition des examens (J0, J1, retour à domicile) et diminution des durées moyennes de séjour ? Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 Selon vous, faudrait-il envisager une alternative à l'examen du nouveau-né au premier jour de vie effectué actuellement par le pédiatre ? Oui Non

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

Imaginons l'alternative telle que la sage-femme de suites de couches effectuerait l'examen du nouveau-né au premier jour de vie à la place du pédiatre.

5 Du point de vue de l'organisation pratique, à quel moment pensez-vous qu'il soit opportun d'effectuer cet examen ?

- Au cours de la matinée (8h - 12h)
- En début d'après-midi (12h - 16h)
- En fin d'après-midi (16h – 20h)

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....

6 Dans quelles conditions se déroulerait cet examen ?

6.1 Lieux ?

- Dans la chambre de la mère En pouponnière/nurserie

Pourquoi ?
.....

6.2 En présence des parents ? Oui non

Pourquoi ?
.....
.....

6.3 En présence d'une tierce personne ?

- Auxiliaire de puériculture Etudiant Autres :

Pourquoi ?
.....
.....

6.4 A combien d'heures de vie ?

- 0h - 12h 12h – 24h Au cas par cas

Pourquoi ?
.....
.....

7 Quelles autres conditions (matérielles ou autres) souhaiteriez-vous mettre en place avant d'effectuer cet examen?

.....
.....
.....
.....
.....

8 Comment s'effectuerait le relais avec le pédiatre ?

- Appel systématique à la fin des examens du premier jour
- Appel en cas de pathologie quelle qu'elle soit avant toutes prescriptions (traitement, examen) même si elles sont de la compétence des sages-femmes
- Appel uniquement si pathologie hors des compétences sage-femme
- Autres :

.....
.....
.....

9 La pratique de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie enrichirait-elle votre exercice professionnel ? Oui Non

Pourquoi?

.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour vos réponses

ANNEXE XX
Questionnaire destiné aux sages-femmes pratiquant l'examen du nouveau-né
au premier jour de vie

Au cours de ce questionnaire, nous considérerons uniquement les nouveau-nés en suites de couches nés à terme (> 37 SA), sans pathologie connue en anté, per et post natal immédiat.

I A PROPOS DE VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

1 Quel est votre tranche d'âge ?

- < 25 ans
- 25ans – 35 ans
- 35 ans – 45 ans
- > 45 ans

2 Quel est l'année d'obtention de votre diplôme ?

.....

3 Quels sont les secteurs dans lesquels vous avez travaillé ? Combien de temps ?

Années	Niveau de maternité	Secteur

4 Au cours de votre carrière, avez-vous observé des changements de pratiques professionnelles concernant la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ?

- Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

II A propos de vos compétences sage-femme

1 Comment définiriez-vous votre travail auprès des nouveau-nés en suites de couches ?

- Inexistant
 Investi, global
 Sur appel
 Autres :

2 Quelles activités effectuez-vous auprès du nouveau-né lors d'une journée de travail classique ? (actes, relation)

- Visite avec le pédiatre
 Examen du nouveau-né au premier jour de vie
 Bilans sanguins, test de dépistage des maladies métaboliques
 Autres examens complémentaires (suivi de tension, suivi de glycémie...)
 Administration de traitement
 Suivi d'allaitement maternel
 Bain, changes
 Autres :
.....

3 Selon vous, quelles compétences la sage-femme possède-t-elle pour effectuer la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ?

.....
.....
.....
.....

4 Exploitez-vous toutes vos compétences dans la prise en charge des nouveau-nés en suites de couches ? Oui non

Si non, quelles compétences n'utilisez-vous pas ?

.....
.....
.....
.....

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....

5 Avez-vous entrepris une formation avant d'effectuer l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ? Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....

Dans quel(s) domaine(s) ?

.....
.....
.....

Par quel(s) moyen(s) ?

.....
.....
.....

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

III A propos de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie

1 Quels sont les dépistages que vous effectuez lors de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ?

.....
.....
.....
.....
.....

2 Quelles différences repérez-vous par rapport à l'examen effectué en salle de naissance ?

.....
.....
.....
.....

3 Est-il nécessaire de maintenir l'examen du nouveau-né au premier jour de vie dans le contexte actuel : répétition des examens (J0, J1, retour à domicile) et diminution des durées moyennes de séjour ? Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....
.....

4 Selon quels critères les nouveau-nés au premier jour de vie sont-ils exclus de l'examen effectué par la sage-femme ?

- Pas d'exclusion, vous examinez tous les nouveau-nés
- Vous n'examinez pas les nouveau-nés ayant une pathologie connue
- Vous n'examinez pas les nouveau-nés si le pédiatre est disponible pour effectuer tous les examens
- Autres :

.....

5 Du point de vue de l'organisation pratique, à quel moment effectuez-vous l'examen des nouveau-nés ?

- Au cours de la matinée (8h - 12h)
- En début d'après-midi (12h - 16h)
- En fin d'après-midi (16h – 20h)

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....
.....

6 Dans quelles conditions se déroule cet examen ?

6.1 Lieux ?

- Dans la chambre de la mère
- En pouponnière/nurserie

Pourquoi ?

.....
.....
.....

6.2 En présence des parents ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

.....
.....
.....

6.3 En présence d'une tierce personne ?

- Auxiliaire de puériculture
- Etudiant
- Autres :

Pourquoi ?

.....
.....
.....

6.4 A combien d'heures de vie ?

- 0h - 12h
- 12h – 24h
- Au cas par cas

Pourquoi ?

.....
.....
.....

7 Quelles autres conditions (matérielles ou autres) mettez-vous avant d'effectuer cet examen?

.....
.....
.....

8 Comment s'effectue le relais avec le pédiatre ?

- Appel systématique à la fin des examens du premier jour
- Appel en cas de pathologie quelle qu'elle soit avant toutes prescriptions (traitement, examen) même si elles sont de la compétence des sages-femmes
- Appel uniquement si pathologie hors des compétences sage-femme
- Autres :

.....
.....

9 Avez-vous déjà dépisté des pathologies lors de l'examen systématique du premier jour de vie ? Oui Non

Si oui, laquelle (lesquelles) ? (Pouvez-vous citer quelques exemples ?)

.....
.....
.....

10 Cela a-t-il nécessité un relais avec le pédiatre ? Oui Non

Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....

Comment s'est-il organisé ?

.....
.....
.....

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

Comment avez-vous organisé la prise en charge ?

.....
.....
.....
.....

11 La pratique de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie enrichit-elle votre exercice professionnel ? Oui Non

Pourquoi?

.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour vos réponses

RESUME

D'après des observations effectuées en stage, les sages-femmes sont peu présentes auprès des nouveau-nés. Actuellement, on peut aussi constater une diminution des durées moyennes de séjour ainsi qu'une multiplicité des examens du nouveau-né. Dans ce contexte, la sage-femme a-t-elle une place dans la pratique de l'examen du nouveau-né au premier jour de vie ?

Un questionnaire a été distribué aux sages-femmes de suites de couches de cinq maternités de la région. Il en ressort qu'elles connaissent leur mission auprès des nouveau-nés en postnatal. De même, elles ont connaissance de leurs compétences mais ne les exploitent pas toutes.

Avant d'intégrer l'examen au premier jour de vie au sein de leur pratique, les sages-femmes souhaiteraient recevoir une formation. Il faudrait également mettre en place une nouvelle organisation de service.

Pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés, il est nécessaire de laisser aux sages-femmes le choix de pratiquer l'examen du premier jour de vie.