HAL
open science

La réanimation du nouveau-né en salle de naissance devant ses parents : à propos d'une pratique professionnelle au Centre Hospitalier du Belvédère

Claire Barbier

▶ To cite this version:

Claire Barbier. La réanimation du nouveau-né en salle de naissance devant ses parents : à propos d'une pratique professionnelle au Centre Hospitalier du Belvédère. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00903938

HAL Id: dumas-00903938
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00903938

Submitted on 13 Nov 2013

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

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

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE FEMME

LA REANIMATION DU NOUVEAU NE EN SALLE DE NAISSANCE DEVANT SES PARENTS : A PROPOS D'UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLLE AU CENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE

Mémoire présenté par

Mademoiselle Claire BARBIER

Née le 5 juillet 1989

DIPLOME D ETAT DE SAGE FEMME

PROMOTION 2013

Je tiens à remercier,

Madame BARRE, ma directrice de mémoire, pour ses conseils avisés, sa gentillesse et sa disponibilité tout au long de mon mémoire.

Madame BLANDIN, ma sage-femme référente, pour sa patience, sa disponibilité et ses nombreuses relectures.

Mes parents, Anne laure, Guillaume et David pour m'avoir épaulée et soutenue pendant toutes ces années d'études.

Mes amies de promotion, Camille, Alice et Justine tout particulièrement.

Le professionnels du Belvédère, qui ont favorablement accueilli ce travail et m'ont répondu avec gentillesse, sans eux ce travail n'aurait pas abouti.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

ETAT DES LIEUX DE LA LITTERATURE **3**

1 PREVENTION DE LA MORBI-MORTALITE PERINATALE EN FRANCE 3

1.1 Historique de la réanimation néonatale *3*

1.2 L'organisation de la natalité en France *4*

2 REANIMATION EN SALLE DE NAISSANCE 5

2.1 Les étapes de la réanimation : un consensus aujourd'hui bien établi *6*

2.2 La réanimation effectuée par la sage-femme *10*

3 LA PRESENCE DES PARENTS LORS DE LA REANIMATION NEONATALE 12

3.1 Attachement parent-enfant *12*

3.2 Ouverture des services de soins intensifs à la famille proche *13*

3.3 Les manœuvres de réanimation en présence de la famille *15*

3.4 Vécu des soignants en présence des parents *17*

ENQUÊTE **20**

1 METHODOLOGIE 20

1.1 Problématique *20*

1.2 Hypothèses *20*

1.3 Matériel et méthode *20*

1.4 L'analyse statistique *22*

2 RESULTATS 23

Partie 1 : Profil du professionnel *23*

Partie 2 : Pratiques professionnelles *25*

Partie 3 : Ressenti du professionnel *30*

DISCUSSION **43**

1 INTERET DE L'ETUDE 43

2 PROFILS DES PROFESSIONNELS 44

3 PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE LA REANIMATION 44

3.1 Maitrise des gestes de la réanimation. *44*

3.2 La réanimation en présence des parents. *46*

4 PROPOSITIONS D'ACTIONS 51

CONCLUSION **54**

BIBILIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

L'adaptation à la vie extra-utérine bien qu'elle paraisse empiriquement simple n'en est pas moins complexe. Chaque année, dans les pays industrialisés, 5 à 10 % des nouveau-nés nécessitent une assistance à la naissance ; seulement 1 % d'entre eux justifient d'une réanimation active dans le but de rétablir les fonctions respiratoires et circulatoires défaillantes.

La naissance et les premiers jours de la vie présentent un évènement émotionnel majeur. Celui-ci peut avoir une influence marquante sur la future relation parent-enfant et le bien être fondamental de l'enfant. La prise en charge de cette réanimation néonatale par les sages-femmes, pédiatres, anesthésistes réanimateurs, se doit d'inclure et de doser adéquatement ces besoins biologiques et émotionnels dans le respect de la sécurité.

La formation initiale de ces professionnels de santé est très différente, néanmoins leur compétence en réanimation est légalement pleine et entière, y compris pour la sage-femme. Elle sera bien souvent la première intervenante de cette réanimation néonatale, dans l'attente du pédiatre. Un niveau de technicité élevé peut être requis à tout moment, ce qui oblige une bonne formation initiale et une réelle formation continue des professionnels.

La prise en charge de cette réanimation a fait l'objet d'un consensus international par l'ILCOR (International Liaison Commitee On Resuscitation) depuis 1999 qui est régulièrement revu(9). Sa dernière édition date de 2010 et ne mentionne ni le lieu de cette prise en charge, ni la présence ou non des parents pendant cette réanimation.

Lors de nos stages hospitaliers universitaires, nous avons pu constater des pratiques professionnelles très différentes. Nous nous sommes donc intéressés à une pratique professionnelle, exercée depuis de nombreuses années, au Centre Hospitalier du Belvédère de Mont-Saint-Aignan. Elle consiste à réaliser la réanimation du nouveau-né en salle de naissance devant les parents.

L'analyse des littératures anglo-saxonne et française, montre des points de vue différents. Dans la littérature anglo-saxonne, on retrouve fréquemment la présence des parents pendant la réanimation, lors d'un arrêt cardio-respiratoire ou de gestes invasifs dans les services de néonatalogie.

La littérature française est plus récente, la présence des parents ou des proches reste expérimentale aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Elle est riche sur la réanimation du nouveau-né en salle de naissance ; mais n'évoque jamais la présence des parents.

L'exploitation d'un questionnaire adressé à l'équipe soignante du Belvédère, sages-femmes et pédiatres, permettra d'analyser cette pratique singulière et d'en évaluer le ressenti des professionnels.

ETAT DES LIEUX DE LA LITTERATURE

1 PREVENTION DE LA MORBI-MORTALITE PERINATALE EN FRANCE

1.1 Historique de la réanimation néonatale

La réanimation néonatale est l'ensemble des gestes et soins spécialisés, visant à restaurer les fonctions respiratoires et circulatoires du nouveau-né, lorsqu'elles sont défaillantes à la naissance. Bien qu'on en retrouve des prémisses au moyen âge, c'est une discipline relativement récente, puisqu'on peut la dater de 1964 avec le docteur G.Huault qui fonde et anime la première unité de réanimation pédiatrique polyvalente en France(48)

Empiriquement, dès le 10ème siècle, la littérature évoque la stimulation qui reste l'une des premières étapes de la réanimation actuelle(14). Celle-ci se fait par des onctions de roses pilées, de sel et de miel. Ces méthodes ressemblent plus à des rituels qu'à une véritable pratique médicale.

Au 18ème siècle, John Astruc introduit l'importance de l'examen de toutes les parties du corps du nouveau-né par la sage-femme.

Vers 1770, Mme Du Coudray est la première à enseigner l'art d'accoucher aux matrones à l'aide de ses mannequins de chiffons en parcourant la France. C'est elle qui apporte les premiers conseils de réanimation et de ligature du cordon.

En 1787, Baudelocque est encore plus précis, en ce qui concerne les enfants qui naissent en état de mort apparente, ses conseils se rapprochent singulièrement de ceux que nous utilisons aujourd'hui insufflation d'air par bouche à bouche et massage cardiaque externe, en conseillant d'éloigner l'enfant de sa mère...

Enfin, le refroidissement est reconnu comme première cause de morbidité du nouveau-né. La découverte de la couveuse au bénéfice des prématurés voit le jour à la fin du 19ème siècle.

Les véritables bases de la réanimation sont l'œuvre du pédiatre français G.Huault, qui le premier en 1964, formalise une conduite à tenir face à un nouveau-né en détresse. Il fait preuve de qualités d'organisation et d'innovation hors du commun. Toute technique, tout protocole, font l'objet de fiches destinées aux infirmières et aux médecins(48). Ces actions, déterminantes, permettent la chute du taux de mortalité néonatale qui passe de 12.6 à 8.9 pour 1000 naissances de 1964 à 1972.

D'autres protocoles suivent, le dernier fait consensus. Mis au point par ILCOR, celui-ci s'adapte aux pratiques françaises en 2007 et est régulièrement revu ; sa dernière parution date de 2010(9).

L'algorithme de réanimation (Annexe I) est une base reconnue et acceptée par tous les professionnels en salle de naissance dès que survient la moindre défaillance d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Le respect exhaustif de toutes ces recommandations permettrait sûrement d'améliorer encore les chiffres de la mortalité périnatale en France.

C'est également dans ce souci de diminuer le taux de mortalité périnatale et maternelle qu'un profond remaniement de l'organisation de la naissance a été opéré.

1.2 L'organisation de la natalité en France

Malgré les progrès considérables réalisés en néonatalogie, le risque zéro n'existe pas. De ce fait, la réanimation néonatale restera toujours une réalité en salle de naissance. L'objectif des trois plans successifs de périnatalité (1970/1976, 1994/2000, 2000/2007) est d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance(49)

Dans les années 1980, la France reste en décalage parmi les autres pays européens avec une mortalité périnatale de 8.2 pour 1000 naissances, ce qui la place au 13ème rang européen ; et une mortalité maternelle de 8.8 pour 100000, soit le 11ème rang européen. Ce constat aboutit à un plan de restructuration de l'offre obstétricale et pédiatrique dont les objectifs ont été formalisés par deux décrets du 9 octobre 1998 : n° 98-899 et n° 98-900. Ces décrets portent sur la restructuration des maternités, visant à faire disparaître les plus petites (pratiquant moins de 300 accouchements par an), du fait de l'exigence de normes renforcées et la création de réseaux de soins(21)

La régionalisation des soins périnataux permet de les améliorer, en réalisant une complémentarité des établissements au sein de réseaux, notamment en organisant des « transferts in utero ». Ceux-ci permettent le rapprochement des patientes à risque avant la naissance vers des centres d'obstétrique pourvus de centres de néonatalogie performants. Ils permettent de diminuer la mortalité périnatale et la fréquence des handicaps dus à la naissance. L'objectif à l'horizon 2000 est de diminuer le taux de mortalité maternelle et périnatale, respectivement de 30% et 20%.

De 1991 à 2003, la mortalité maternelle passe de 13.9 à 9 pour 100000 naissances, et la mortalité périnatale de 8.3 à 6.5 pour 1000 naissances ; les objectifs sont atteints(25)

Nous distinguons trois types de maternités, en fonction de leur « équipement » matériel et humain au regard du terme de la grossesse et de la pathologie maternelle et/ou fœtale :

- Niveau I : Maternité permettant des accouchements au cours du 9ème mois d'une grossesse à faible risque. Ces maternités disposent d'une sage-femme 24 heures sur 24, d'un obstétricien, d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre présents ou rapidement joignables.
- Niveau II a : Maternité disposant d'un service de néonatalogie permettant une prise en charge des enfants nés prématurément au 8éme mois de grossesse (à partir de 32 semaines d'aménorrhées), d'un poids de naissance compris entre 1500 et 2000 grammes et/ou ne nécessitant pas de soins spécifiques.

  Niveau II b : maternité ayant un service de soins intensifs pour le nouveau-né, un service de réanimation adulte pour les grossesses à risque maternel.
- Niveau III : Maternité disposant d'un service de réanimation néonatale permettant la prise en charge d'enfants grand prématuré, nés au 6ème ou 7ème mois de grossesse ; ou présentant des maladies ou malformation graves. Également un service d'hospitalisation des grossesses à risque maternel ou fœtal.

Malgré toutes les mesures de prévention des risques mis en œuvre, une défaillance d'adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine peut survenir et nécessiter une réanimation néonatale en salle de naissance.

2 REANIMATION EN SALLE DE NAISSANCE

L'objectif de la réanimation néonatale est double : assurer une ventilation alvéolaire adaptée, ainsi qu'une circulation pulmonaire et tissulaire adéquate, sans omettre de prévenir l'hypothermie et l'hypoglycémie(15).

Chaque année, dans les pays industrialisés, 5 à 10% des nouveau-nés nécessitent une assistance à la naissance et seulement 1% justifient une réanimation active.

On distingue l'assistance réalisant des gestes simples de réanimation tels que la stimulation et la désobstruction des voies aériennes supérieures, de la réanimation active qui débute à partir de la ventilation du nouveau-né.

Pour être efficace, elle est conditionnée par une bonne anticipation, une préparation adéquate du matériel et du personnel(3)

Même si la naissance s'annonce physiologique, le personnel doit toujours être prêt à entreprendre les gestes de réanimation.

Avant toute naissance, le matériel est préparé et vérifié par la sage-femme selon une check-list préalablement établie et écrite (Annexe II).

Parallèlement aux situations de réanimation inopinées, il existe des naissances pour lesquelles des facteurs de risque d'asphyxie néonatale sont connus. Ceux-ci sont multiples, prévisibles dès la grossesse ou redoutés lors de l'accouchement, en ante et per partum (Annexe III).

La connaissance de ces risques permet la mise en place d'une stratégie pluridisciplinaire de l'accouchement, avec la présence d'au moins deux opérateurs, un leader à la tête de l'enfant, qu'il soit sage-femme, pédiatre ou anesthésiste, accompagné d'une aide. Cette équipe est parfaitement informée du haut risque néonatal et il convient de la renforcer si la situation le nécessite(1).

2.1 Les étapes de la réanimation : un consensus aujourd'hui bien établi

Il est impératif de respecter plusieurs critères, la rapidité lors de la prise en charge de la détresse respiratoire du nouveau-né est primordiale(1,3,5). Des lésions neurologiques sont irréversibles au-delà de quelques minutes d'anoxie. Réanimer un nouveau-né est donc l'adéquation complexe entre la rapidité dans l'exécution des gestes et le calme de l'opérateur. La réanimation néonatale nécessite assez peu de matériel mais beaucoup de compétences et d'expérience, il faut prévoir un entrainement régulier.

Avant de démarrer toute réanimation, il convient de répondre à quatre questions initiales(9) :

- le terme du nouveau-né ?
- l'efficacité de sa respiration ?
- la qualité de son tonus musculaire ?
- la couleur du liquide amniotique ?

Il est essentiel d'évaluer ces signes simultanément. Si l'on constate une seule anomalie, les manœuvres de réanimation sont entreprises immédiatement. Le score d'Apgar, qui cote la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, le tonus musculaire, la coloration et la réactivité de l'enfant à une, cinq et dix minutes de vie permet d'évaluer la bonne adaptation à la vie extra utérine. Celui-ci ne permet pas de décider de la mise en place d'une réanimation mais reste un bon moyen d'en évaluer l'efficacité(1).

Selon l'algorithme de l'ILCOR, la réanimation du nouveau-né est pratiquée en quatre étapes successives, qui ne devront pas excéder plus de 30 secondes chacune(9). Il est impératif de déclencher le chronomètre dès le début des manœuvres afin d'en mesurer la durée, c'est à cet effet que les tables de réanimation ont un avertisseur sonore. En effet, la réanimation est limitée dans le temps, car son prolongement excessif entrainerait des lésions irréversibles chez l'enfant.

❖ *Etape 1 : Stabilisation initiale*

L'enfant, rapidement séché, est installé en décubitus dorsal sur une table de réanimation préalablement chauffée. Si ce séchage ne suffit pas à le stimuler, on procède à des stimulations par frottements au niveau du dos et des plantes de pied. La tête est maintenue en position neutre, éventuellement en légère hyper-extension pour une meilleure ouverture des voies aériennes. On pratique une désobstruction douce de l'oropharynx (sonde n°10) et des narines (sonde n°4 ou 6) pour désencombrer l'enfant. L'aspiration ne se fait qu'au retrait de la sonde, elle peut être répétée plusieurs fois en buccale alors qu'elle n'est pratiquée qu'une seule fois en nasale afin d'éviter tout œdème traumatique. Toute stimulation forte ou prolongée de la paroi postérieure du pharynx au cours des premières minutes de vie, peut provoquer un réflexe vagal responsable d'une bradycardie sévère et/ou d'une apnée ; l'aspiration doit donc être brève.

Si à l'issue de ces manœuvres, l'enfant ne ventile pas spontanément et/ou si sa fréquence cardiaque est inférieure à 100 bpm (battements par minute), il convient de passer à l'étape suivante d'oxygénation.

❖ *Etape 2 : Oxygénation et ventilation*

Selon les dernières recommandations de l'ILCOR, cette étape est primordiale. La ventilation est réalisée à l'aide d'un ballon auto-gonflable ou à l'aide d'un système de ventilation manuelle à pressions positives contrôlées, type Neopuff. Celui-ci permet un meilleur contrôle des niveaux de pression délivrée au niveau des voies aériennes.

Les trois premières insufflations, d'une durée de 2 à 3 secondes, permettent de déplisser les alvéoles pulmonaires et de constituer la capacité résiduelle fonctionnelle. La pression exercée est de 30 à 40 cm d'eau pour le nouveau-né à terme, et de 20 à 25 cm d'eau pour le prématuré. Les insufflations suivantes doivent assurer une ventilation alvéolaire adéquate. Le temps d'insufflation sera moins long, ¾ de seconde avec une pression inférieure de 15 à 20 cm d'eau. La ventilation manuelle s'effectue avec une fréquence de 40 à 60 cycles par minute. La fraction d'oxygène dans les gaz inspirés (FiO_2) est réglée initialement à 21 %, celle-ci est augmentée si besoin sous contrôle d'un oxymètre de pouls fœtal qui est placé rapidement au membre supérieur droit du nouveau-né.

L'efficacité de la ventilation est jugée sur l'ampliation thoracique et l'accélération de la fréquence cardiaque (> 100 bpm). En cas d'échec, il convient de rechercher une fuite autour du masque, un dysfonctionnement de l'insufflateur, ou une obstruction des voies aériennes.

On réévalue l'état du nouveau-né au bout de 30 secondes. Si celui-ci ne ventile pas spontanément et/ou sa fréquence cardiaque est inférieure à 60 bpm, il faut passer au massage cardiaque externe.

Cette étape est précédée de l'intubation de l'enfant, ce qui rend la manœuvre plus confortable. Cependant, l'intubation doit être exécutée rapidement afin de ne pas perturber la ventilation qui reste l'étape primordiale de la réanimation. Les autres indications à l'intubation sont une ventilation inefficace, prolongée ou, dans les cas particuliers d'inhalation méconiale, de hernie diaphragmatique, de prématurité extrême ou d'instillation de surfactant.

En France, on réalise classiquement une intubation nasotrachéale, précédée de la vidange de l'estomac. Il convient de réinstaller correctement l'enfant avant de l'intuber. La lame du laryngoscope est introduite dans la bouche de manière à repousser la langue ; une fois la luette visualisée, on charge l'épiglotte. La sonde doit être fixée au repère 7, augmenté d'un centimètre du kilogramme du poids de l'enfant.

❖ *Etape 3 : Massage cardiaque externe (MCE)*

Cette manœuvre nécessite deux opérateurs, l'un effectuant la ventilation, l'autre le massage. L'opérateur effectuant le MCE empaume le thorax de l'enfant, les deux pouces placés l'un perpendiculaire à l'autre au niveau du tiers inférieur de sternum. La compression exercée doit réduire d'un tiers le diamètre antéropostérieure du thorax, la fréquence du massage est de 3 compressions pour une ventilation toutes les 2 secondes. La fréquence de l'enfant est réévaluée toutes les 60 secondes, le massage est repris tant que la fréquence cardiaque du nouveau-né reste inférieure à 60 bpm.

Une bradycardie persistante inférieure à 60 bpm, au terme de 30 secondes de massage et d'une ventilation adaptée, entraîne l'administration de drogues et/ou solutés.

❖ *Etape 4 : Administration de solutés et de drogues*

Les dernières recommandations de l'ILCOR priorisent la voie intraveineuse, via le cathéter veineux ombilical (CVO), à la voie intra trachéale(9).

Dans l'urgence, la pose doit être propre mais pas nécessairement stérile. La peau et le cordon sont préalablement désinfectés, le cordon sectionné à 1 cm au-dessus de la peau. On repère la veine ombilicale et on l'expose grâce à une pince pour y introduire le cathéter préalablement purgé à une distance de 4 cm augmenté de la longueur du cordon. Après avoir effectué le test d'aspiration, on fixe le cathéter à l'aide d'un fil.

La dose d'adrénaline à injecter est de 10 à 30 Gamma/kg en intraveineux alors qu'elle est de 50 à 100 Gamma/kg en intra-trachéale, elle peut être répétée toutes les 2 minutes sans que nous puissions en préciser la fréquence car il n'y a pas de consensus.

Cette manœuvre est pleinement dans le champ de compétence de la sage-femme même si des études ont montré qu'elles étaient très peu formées à ce geste.

Au terme de cette réanimation, suivant son état, le nouveau-né retrouve ses parents, ou est transféré dans un service de néonatalogie ou en réanimation pédiatrique.

Il convient d'envisager l'arrêt de la réanimation si l'état de l'enfant ne s'améliore pas à partir de 10 minutes de réanimation bien menée.

2.2 La réanimation effectuée par la sage-femme

Le référentiel du métier de sage-femme revu en 2010 et ses compétences définies par l'article L4151-1 du code de la santé publique complété par l'article R4127-318 prévoit qu'elle puisse réaliser la réanimation du nouveau-né ou tout au moins l'entreprendre dans l'attente du pédiatre. La sage-femme doit réaliser le diagnostic des besoins, décider de l'indication d'une prise en charge, en effectuer le suivi et assurer la continuité des soins.

Ainsi, elle se doit d'être pertinente dans sa prise en charge, efficace dans ses premiers gestes de réanimation, ce qui implique une bonne formation de base et une mise à jour de ses connaissances tout au long de la vie professionnelle. Cette maitrise est d'autant plus indispensable que la réanimation s'effectue en présence des parents.

La formation de sage-femme se fait en deux phases de deux ans, après une première année de médecine. Le cursus comporte à la fois des enseignements théoriques, des travaux pratiques, des travaux dirigés et des stages obligatoires qui se déroulent dans les établissements de santé(27). L'étude de la réanimation fait partie intégrante de cet enseignement tant sur le plan théorique que pratique. Le lieu de stage reste un bon enseignement pratique mais il y est souvent difficile de laisser l'étudiant pratiquer des manœuvres de réanimation en situation d'urgence.

Depuis la réforme des études de santé en juillet 2011, les études de sage-femme s'organisent en deux cycles intégrant formation et professionnalisation(30). Le premier cycle se fait en 3 ans, intégrant le PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé), le deuxième s'appuie sur une formation approfondie en sciences maïeutiques et une professionnalisation nécessaire au métier.

Parallèlement à la formation initiale, la Formation Médicale Continue (FMC) est obligatoire pour tous les professionnels de santé. L'article R4127-304 du code de déontologie des sages-femmes stipule « que toute sage-femme doit entretenir et perfectionner ses connaissances(26) » Elle est intégrée dans le Développement Professionnel Continu (DPC) avec l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Le DPC a été adopté par l'article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'HSPT relative aux Patients, à la Santé et au Territoire(31). L'idée est de faire progresser la qualité et la sécurité des soins en analysant l'exercice professionnel en rapport avec les recommandations de bonnes pratiques, et en mettant en œuvre des actions d'amélioration. Cette loi permet aux professionnels de santé de prendre en

compte les priorités de santé publique et la maitrise médicalisée des dépenses de santé.

L'EPP était obligatoire pour les médecins par la loi du 13 Août 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) a souhaité l'étendre aux autres professionnels de santé dès juin 2005. La DPC est aujourd'hui obligatoire pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, ainsi que pour les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens...

Le travail de ce mémoire qui évalue le vécu des professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère réanimant les nouveau-nés devant les parents, s'inscrit dans cette EPP, en analysant une pratique différente des autres maternités.

Trois mémoires de fin d'étude sur les pratiques de réanimation des sages-femmes en régions Ile de France et Haute Normandie montrent qu'il existe un décalage entre la formation professionnelle et le vécu des étudiants sages-femmes et jeunes diplômés : l'ensemble des gestes de réanimation n'est pas maitrisé.

L'enquête comparative, auprès des élèves sages-femmes, de Marillier en 2011 sur la qualité de l'enseignement de la réanimation néonatale, dans les quatre écoles de la région parisienne montre une différence des acquis théoriques et pratiques(35). La formation initiale est globalement satisfaisante mais néanmoins incomplète. La difficulté de la formation en réanimation néonatale est l'urgence vitale : « *83% des jeunes diplômées avouent avoir rencontré des difficultés pour réaliser leurs objectifs concernant la réanimation néonatale sur les terrains de stage* ».

L'étude en Ile-de-France de Clavier(11) auprès des sages-femmes et pédiatres, de 33 maternités, tous niveaux confondus, montre que la seule technique apparemment maitrisée par les sages-femmes est la ventilation. Les situations où elles se retrouvent seules, les mettent en difficulté. Il est donc indispensable d'accentuer la formation pratique des sages-femmes en réanimation néonatale par un encadrement pédiatrique régulier.

Enfin l'état des lieux réalisé en Haute Normandie par Deotto en 2011 montre que seulement, une sage-femme sur deux se sent compétente en matière de réanimation néonatale, l'autre moitié attribue son manque de compétence à un manque de pratique(33). Le niveau de maternité et l'expérience professionnelle ont une influence sur les pratiques de réanimation des sages-femmes. La formation médicale (FMC) continue reste à optimiser et à développer. Dans cette étude, sur 132 sages-femmes

interrogées, 20% n'ont eu aucune FMC en réanimation néonatale sur cinq ans, les autres avaient en moyenne bénéficié de 2 formations sur la même période. Il s'agissait le plus souvent d'une formation en interne. Les améliorations demandées par les sages-femmes portent sur une meilleure périodicité des formations et sur leur aspect pratico-pratiques, avec un perfectionnement souhaité de l'intubation et la pose de KTVO, qui comme nous l'avons vu devient un geste que toute sage-femme doit maitriser selon les dernières recommandations de l'ILCOR.

Conscients de cet état de fait, les étudiants réclament plus de formation pratique aussi bien pendant leurs études que pendant leur parcours professionnel par la formation médicale continue.

Si ces recommandations établissent de façon consensuelle l'algorithme des étapes d'une réanimation bien conduite, rien ne mentionne le lieu de cette réanimation. De façon habituelle elle se fait dans une salle annexée à la salle d'accouchement. Seulement en cas de césarienne, il est précisé dans l'article D6148-98 du code de la santé publique que la réanimation peut se faire dans une salle annexée ou dans le bloc opératoire.

3 LA PRESENCE DES PARENTS LORS DE LA REANIMATION NEONATALE

La présence des parents dans la réanimation pédiatrique est un concept récent en France, qui permet d'éviter la rupture de l'attachement parent-enfant(2).

3.1 Attachement parent-enfant

L'attachement est un processus réciproque de comportements interactifs entre les parents et leur enfant. Il est spécifique du début de la vie, présent chez tous les mammifères, y compris chez l'homme et indispensable à la survie de l'espèce. C'est un phénomène complexe inné, sous l'influence de trois types d'hormones, à savoir opioïdes, noréphédrine et ocytocine, appelée hormone de l'amour par Odent(7)

Le nouveau-né dispose d'un répertoire de comportements instinctifs, tels que s'accrocher, sucer, pleurer, sourire qui vont pouvoir être utilisés au profit de l'attachement. Contrairement à Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait son besoin d'alimentation, Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais du 20ème siècle, relie quant à lui l'attachement au besoin de

contacts sociaux(6). Pour lui, l'attachement a une fonction d'adaptation, à la fois de protection et d'exploration pour que l'enfant se sente en sécurité et confiant. La qualité de celui-ci dépendra de la rapidité mais également de la façon dont le parent répondra aux signaux de l'enfant. L'attachement est influencé par le stress, la peur, la douleur ou la séparation.

Les premières études de l'attachement de la mère envers son nouveau-né, ont été réalisées dans les années 1970, par Klaus et Kennell, en s'inspirant d'un modèle de séparation précoce après la naissance, du jeune animal et de sa mère, qui modifie la condition de maternage. Selon Dolto(2) il existe une période critique chez l'humain, dans les premières minutes ou heures de la vie, durant lesquelles le contact intime avec les parents est nécessaire au nouveau-né, pour assurer son développement optimal.

Depuis, de nombreux écrits abondent sur l'importance de l'attachement mère-enfant. Les principaux travaux sont ceux de Spitz (1947) Harlow (1958) et Lorenz (1970). Les études de Spitz, connues sous le terme « d'hospitalisme », démontrent la relation d'attachement est perturbée par la séparation(47). L'urgence de la situation amène le soignant à séparer le nouveau-né de ses parents. Ainsi, il y a une double rupture : séparation physique, l'enfant ne fait plus partie intégrante du corps de la mère et une séparation géographique, puisque le nouveau-né est très souvent réanimé dans une salle pédiatrique annexe.

La naissance constituant déjà une séparation en soi, une naissance pathologique ne peut être vécue que de façon agressive et traumatique(2). Les parents sont alors confrontés, au deuil de leur enfant imaginaire et parfois même de l'enfant réel, si celui-ci vient à mourir. Ils sont également confrontés à l'angoisse de mort dans un lieu paradoxal ; celui de la salle de naissance : « la mort surgit là où on attendait la vie »(4)

3.2 Ouverture des services de soins intensifs à la famille proche

En France, la mise en place des premières unités de soins intensifs remonte aux années 1970. Historiquement, ces services n'ont pas créé un environnement favorable aux familles, (1) dans un souci essentiellement de prévention des infections. Ces services étaient fermés aux proches, le nouveau-né isolé, l'absence de contact direct entre l'enfant et ses parents se prolongeait durant toute son hospitalisation. Ces derniers n'avaient que peu de relations avec l'équipe soignante et les informations

qu'ils recevaient par les médecins étaient brèves, discontinues, souvent sans cohérence entre elles. La situation émotionnelle tenait peu de place dans ces rencontres. Les soins techniques, dans ce contexte d'urgence vitale, semblait maintenir un obstacle, à la communication. « L'asepsie s'imposait dans les soins et dans la pensée »(4).

Le principe de bienfaisance qui a longtemps prévalu en France dans l'éthique de la relation médecin-malade, a été supplanté par le principe d'autonomie y compris dans les relations des familles avec les équipes de réanimation.

En effet à la fin des années 1970, une étude prospective sur une population de nouveau-nés à terme hospitalisée en réanimation dans les conditions que nous venons de décrire, recensait 50 % d'enfant présentant un risque psychoaffectif à 2 ans, dans la moyenne et grande enfance. Ces troubles ont alors été attribués à la perturbation de la relation précoce parents-enfant(2).

Ces données nouvelles ont conduit les équipes soignantes, à ouvrir progressivement les services de réanimation aux parents dans un premier temps, puis à la fratrie dans un second temps.

Cette intégration n'a pas toujours été évidente pour le personnel soignant et s'est faite progressivement pour aboutir aujourd'hui à une complémentarité entre l'équipe soignante et la famille, au bénéfice de l'enfant. Désormais, la présence des parents dans les services de réanimation n'est plus vécue comme un obstacle ou une menace, mais la condition même d'une prise en charge de qualité. Ces nouvelles conditions favorisent le lien famille-équipe et permettent l'établissement de rapports de confiance dans lesquels la vérité des situations et l'information peuvent être partagés.

Cependant la question de la présence des familles 24h/24h dans les services de réanimation pédiatrique se pose et fait débat, notamment lors du 36ème congrès de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), en 2008. Selon Devictor, éthicien français, la question de la présence des parents revient aux principaux intéressés, à savoir l'enfant et ses parents(42).

Une étude au CHU Sainte Justine de Montréal en 2009 réalisée sur entretiens de cinq parents et onze infirmières, par Houle et Noiseaux, a exploré les priorités des parents d'enfants hospitalisés en réanimation pédiatrique. Ces derniers souhaitent qu'on les laisse jouer leur rôle de parents et d'être auprès de leur enfant. Ils souhaitent

être informés, assistés et suivis pendant et après la réanimation. Une maman s'exprime ainsi « J'avais besoin de le voir, et même si je ne voyais pratiquement pas, parce qu'il y avait tellement de monde autour, j'avais besoin de voir ce qui se passait, de garder le contact avec lui. Pour moi être coupée du visuel, c'était comme : regarde, il n'est plus là(45) »

Selon Devictor, même si, il existe chez les professionnels de réanimation pédiatrique des réticences à cette présence ininterrompue des parents, la littérature montre clairement que ces derniers peuvent être intégrés complètement dans un service de réanimation, et notamment lors de gestes de réanimation(42). Ceci a amené le concept de soins centrés sur la famille, Family Centred Care, approche basée sur un partenariat entre le patient, la famille, les médecins et les paramédicaux(22). Ce concept, à la base de l'humanisation de la pédiatrie puis de la réanimation pédiatrique, permet selon Shield en 2007 d'écourter la durée du séjour, voire de faciliter la guérison de l'enfant. Il permet de refonder une relation de confiance et de consentement aux soins.

Les textes de loi sont également en faveur de l'ouverture des services aux parents :

- 1970 : premiers hôpitaux mère-enfant avec des chambres pour les mères
- 1988 : charte de l'enfant hospitalisé qui lui octroie le droit aux meilleurs soins possibles.
- 2005 : la loi Leonetti n°2005-370, relative aux droits des patients en fin de vie, a donné une place à la famille dans les décisions de limitation ou d'arrêt des soins. Cette loi a demandé aux soignants d'adapter leurs pratiques professionnelles afin d'intégrer la famille comme partenaire de soins et de leur laisser une place dans la décision.

N'ayant aucune littérature sur la présence des parents en salle de naissance, nos recherches littéraires se sont concentrées sur la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation adulte, et sur la présence des parents lors de manœuvres de réanimations en service de réanimation pédiatrique.

3.3 Les manœuvres de réanimation en présence de la famille

La fédération Européenne des Associations des Infirmiers en Soins Intensifs (EfCCNa), la Société Européenne de Soins Intensifs en Pédiatrie et en Néonatalogie (ESPNIC) et la Société Européenne du Conseil d'Infirmiers en Cardiologie (CCNAP) ont

formulé une déclaration conjointe, ratifiée en 2007(43). Cette déclaration soutient l'idée de la présence de la famille lors d'une réanimation cardio-pulmonaire, elle est basée sur des témoignages et avis d'experts (Annexe V).

Pour la première fois en France une importante enquête randomisée a posé la question de la présence des proches pendant une réanimation cardio-pulmonaire. Selon l'essai PRESENCE, présenté par le Pr Frédéric Adnet, à l'occasion du congrès Urgence 2012, assister à la réanimation après un arrêt cardiaque serait bénéfique pour l'état psychologique de la famille, sans influer sur la qualité des soins(36).

La présence des proches reste un sujet très débattu et aucune recommandation sur ce sujet n'est proposée. Il faut dire que les arguments contre sont légions : les proches gênent dans les gestes de réanimation, les soins ne peuvent pas être effectués de la même façon en présence d'une tierce personne, cela augmente le stress des soignants, le nombre des plaintes pourrait croitre... Mais il faut aussi se mettre à la place des proches et assister à la réanimation peut éventuellement faciliter le travail de deuil puisque l'on sait que seuls 3 % des patients pris en charge pour arrêt cardio-vasculaire vont pouvoir sortir secondairement de l'hôpital explique le Pr Adnet(36).

Les médecins du SAMU ont présenté un projet national en 2008, le Programme Hospitalier de Recherche Clinique PHRC dans une étude randomisée. Le but cette étude est d'évaluer le stress post traumatique, à 30 et 90 jours, de familles ayant assisté aux manœuvres de réanimation d'un proche. Elle portait sur 950 arrêts cardiaques répartis en 2 groupes égaux : le premier appelé groupe contrôle, le second groupe intervention. Au premier groupe, le SAMU appliquait sa pratique habituelle, au second les soignants proposaient d'assister à la réanimation, ce que 60 % des familles ont accepté avec 100 % de satisfaction au moment de l'évaluation finale. Parmi les 40 % qui avaient refusé, 1/3 regrettait leur choix.

Cette étude fait état d'un constat important, la proportion de stress post traumatique est majorée de 70 % dans le groupe où les familles n'avaient pas souhaité assister à la réanimation. Il est évident que le stress post-traumatique des familles est important, mais il ne faut pas que cette baisse se fasse aux dépends de la qualité des soins et de l'anxiété des soignants.

On note un résultat assez inattendu de la présence des proches sur les soignants et la qualité de leur réanimation. En effet il n'y a pas d'influence sur la durée de réanimation et la survie du patient à 28 jours, le taux de stress chez les réanimateurs

est plutôt meilleur dans le groupe réanimant devant les parents (8.5/100 en présence contre 10/100 en cas d'absence) et le taux de plaintes est similaire dans les deux groupes.

En France, la position actuelle au sein des unités néonatales de soins intensifs reste l'accès 24 heures sur 24 et la participation des parents aux soins. Il existe dans la littérature anglo-saxonne, de nombreux articles consacrés à la présence des parents lors des manœuvres de réanimation et la participation des familles au processus de décision(13,16,18). C'est reflet d'une différence culturelle dans la politique de soins.

Le concept de la présence des familles est un concept anglo-saxon apparu dans la littérature médicale dans les années 1990. Son origine est marquée par le désir des infirmiers et des soignants du FOOTE Hospital(20), à Jackson dans le Michigan, de répondre à une nouvelle demande provenant des familles : le droit à être présent au cours de la réanimation d'un proche. Ce concept est défini par, la présence des membres de la famille dans un endroit, qui offre un contact visuel ou physique avec le patient au cours des procédures invasives ou manœuvres de réanimation.

De nombreuses études ont montré que les familles exprimaient un besoin et revendiquaient le droit à être présent pendant la réanimation. Selon Demarquez, cette présence les aide à réaliser la réalité de la situation mais aussi à constater que tout est fait pour sauver la vie du patient(15,40,41). A l'extrême en cas de décès, leur présence les aide à débuter leur processus de deuil.

La triade patient-soignant-famille est une réalité dans le soin, elle demande de la part du soignant une adaptation permanente de son savoir, de son savoir-faire et de son savoir-être. L'inclusion de la famille lors de certaines phases du soin, nécessite de la part du soignant, une grande maîtrise afin de pouvoir être réceptif aux besoins du patient comme à ceux de la famille.

3.4 Vécu des soignants en présence des parents

Les recommandations de l'ILCOR permettent aux professionnels de la naissance d'uniformiser leurs pratiques en termes de réanimation. Rien n'est mentionné quant au lieu de sa réalisation, laissant toute liberté aux professionnels dans les limites de la déontologie. Est-ce à dire que le lieu de la réanimation n'influence pas la qualité du résultat ?

Selon Devictor, la présence des parents permet aux professionnels de continuer à voir l'enfant comme un être humain, membre d'une famille. La communication des informations est facilitée par la proximité des parents et des soignants. Cependant, en France, il n'est pas habituel que les soignants acceptent la présence des parents. Certains soignants, moins expérimentés et moins à l'aise, peuvent être déconcentrés ou déstabilisés par le regard des parents sur leurs gestes et le vivre comme un stress supplémentaire(40). Dans certains cas, ils estiment que cela peut nuire à la réanimation néonatale.

A contrario de nombreuses études anglo-saxonnes ont démontré que la présence des proches n'augmentait pas le stress des soignants et qu'elle n'avait pas d'impact négatif sur la réanimation(13). Ces études ont démontrés qu'en pédiatrie, la présence des parents aide à maintenir une attitude professionnelle sans altérer leurs capacités techniques.

Une étude américaine, via un questionnaire auprès de 146 médecins et 66 paramédicaux travaillant en unité de soins intensifs cardiaques pédiatriques, a permis de constater que 75 % des participants se disaient favorables à la présence des familles pendant les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire et 57 % pendant les actes invasifs comme intubation et pose de voies centrales(22).

La présence des parents impose aux soignants, de leur apporter une information empathique, pendant et après la réanimation, ainsi qu'un soutien psychologique si nécessaire(8).

Ce savoir-être devant les parents dans des conditions extrêmes de réanimation, n'est pas habituel aux soignants. La réalité des troubles psychos traumatiques chez les professionnels, qui exercent des métiers où l'urgence et l'imprévu font partie du quotidien, n'est plus à démontrer. Ils peuvent donc avoir besoin d'une aide psychologique au décours de réanimations difficiles.

Selon Biarent, réanimateur et chef de clinique à l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola de Bruxelles, différentes techniques peuvent être proposées(37). Il peut s'agir d'intervisions, c'est-à-dire des séances de groupe où les soignants parlent de leurs difficultés et de leurs émotions qu'ils doivent apprendre à gérer. Il peut s'agir également de supervisions, un acte individuel ou de defusing où le soignant « lâche » ses émotions immédiatement après l'épisode douloureux. Enfin le débriefing est une technique plus structurée, à distance réalisée avec un psychologue ou les séniors de

l'équipe, qui doit permettre d'analyser les décisions qui ont été prises et les problèmes rencontrés pendant la réanimation.

En conclusion, cette revue de la littérature, montre bien la difficulté d'imaginer un consensus entre les soignants, sur le lieu de la réanimation néonatale, notamment en France. Elle est plus une philosophie de soins, interdépendante des habitudes culturelles des soignants.

Notre étude au Centre Hospitalier du Belvédère n'a pas la prétention de répondre au bien-fondé de la présence ou non des parents mais surtout de présenter une pratique professionnelle et le vécu des soignants qui l'exercent.

ENQUÊTE

1 Méthodologie

1.1 Problématique

Le personnel du Centre Hospitalier du Belvédère, sages-femmes et pédiatres, pratique la réanimation néonatale en salle de naissance devant les parents. Nous nous sommes interrogés sur l'évaluation de cette pratique professionnelle, à savoir si la présence des parents perturbe et modifie la qualité de la prise en charge des réanimateurs ainsi que leur vécu.

1.2 Hypothèses

De cette problématique découle trois hypothèses :

- La présence des parents ne modifie pas la technicité du soignant et n'interfère pas dans la qualité de la prise en charge du nouveau-né.
- L'expérience de la réanimation néonatale devant les parents permet aux professionnels de ne plus être perturbés par leur présence.
- La réanimation devant les parents satisfait les professionnels de santé.

1.3 Matériel et méthode

❖ *Lieu de l'étude*

Pour réaliser notre enquête, nous avons interrogé les professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère de Mont Saint Aignan en Seine Maritime.

Ce centre hospitalier public de 116 lits est à mono activité centrée sur la mère et l'enfant : maternité et pouponnière, chirurgie gynécologique et plastique, centre d'orthogénie et planification familiale. Il s'agit d'une maternité de niveau II effectuant environ 3600 accouchements par an et inscrite dans un réseau de périnatalité.

Il y a une trentaine d'années, lors de l'élaboration du plan architectural de l'établissement et de la restructuration des salles de naissance, l'équipe du Belvédère (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes et sages-femmes) s'est posée la question de la présence d'une table de réanimation dans la salle de naissance pour éviter la séparation de l'enfant et de ses parents. Des débats contradictoires ont eu lieu pour finalement aboutir à un choix de service et une attitude commune de réanimer les

nouveau-nés devant les parents en salle de naissance. Cette pratique atypique très peu pratiquée en France se perpétue depuis dans l'établissement.

❖ *Outils et population étudiée*

Pour notre étude, nous avons réalisé une enquête uni centrique par double questionnaire écrit et anonyme à l'attention des 7 pédiatres, de l'interne en pédiatrie et des 77 sages-femmes de l'établissement. L'ensemble des pédiatres et sages-femmes ont été interrogés, sans critères d'exclusion.

Nous avons réalisés deux questionnaires, l'un à destination des sages-femmes, l'autre à destination des pédiatres (Annexe IV).

- Le questionnaire des sages-femmes se compose de 27 questions, dont 8 questions ouvertes et s'organise en 3 parties :
  - 1ère partie : les questions 1 à 5 permettent de dresser le profil du professionnel
  - 2ème partie : les questions 6 à 11 analysent leurs pratiques professionnelles
  - 3ème partie : les questions 12 à 27 évoquent leur ressenti quant à leur pratique de la réanimation néonatale en présence des parents.

  Un espace d'expression libre en fin de questionnaire a été laissé à l'appréciation du professionnel.

- Le questionnaire des pédiatres est sensiblement identique :
  - 1ère partie : questions identiques, les choix de réponses ont été adaptés à la population.
  - 2ème partie : les 8ème et 9ème questions, spécifiques à la pratique des sages-femmes, n'existent pas dans le questionnaire pédiatres et ont été remplacées par une question les concernant.
  - La question 11 n'a pas été posée aux pédiatres par oubli.
  - 3ème partie : nous n'avons pas demandé aux pédiatres s'ils étaient satisfaits de leur formation pratique sur mannequin. Les autres questions sont les identiques.

  Un espace d'expression libre a également été laissé à l'appréciation des pédiatres en fin de questionnaire.

❖ *Déroulement de l'enquête*

Durant le mois de juin 2012, nous avons contacté puis rencontré la cadre supérieure de santé coordinatrice du Centre Hospitalier du Belvédère, Mme GROUT.

Nous lui avons ainsi présenté notre projet de mémoire et demander son autorisation afin de mener notre enquête au sein de son établissement. En septembre 2012, Mme GROUT a mis à notre disposition la liste nominative des personnels pédiatres et sages-femmes de l'établissement.

85 questionnaires ont été distribués : 8 pour les pédiatres (dont l'interne) et 77 pour les sages-femmes. Notre étude a été réalisée du 15 octobre 2012 au 15 janvier 2013, les questionnaires ont été adressés à chaque professionnel sous enveloppe nominative, distribués sur leur lieu de travail et récupérés dans les urnes « retour-questionnaire » prévues à cet effet. Pour obtenir un maximum de réponses, nous nous sommes déplacés plusieurs fois dans l'établissement, et une relance écrite a été déposée dans chacune des unités de l'établissement (salle de naissance, service d'hospitalisation prénatale, service de consultations, suite de couches) durant le mois de décembre 2012.

Sur les 85 questionnaires distribués, 57 ont été récupérés, soit un taux de réponse de 67 % :

- 49 questionnaires sages-femmes soit un taux de réponse de 63.6 % dont 2 inexploitables du fait d'un manque important de réponses.
- 8 questionnaires pédiatres soit un taux de réponse de 100 %

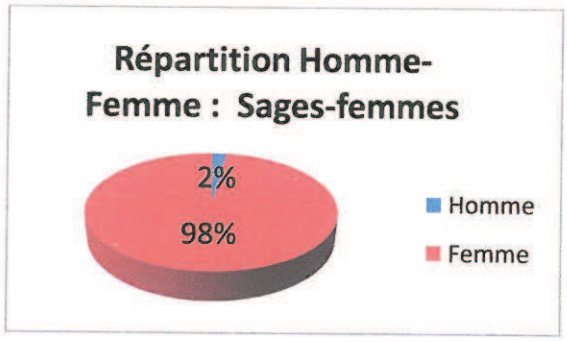
1.4 L'analyse statistique

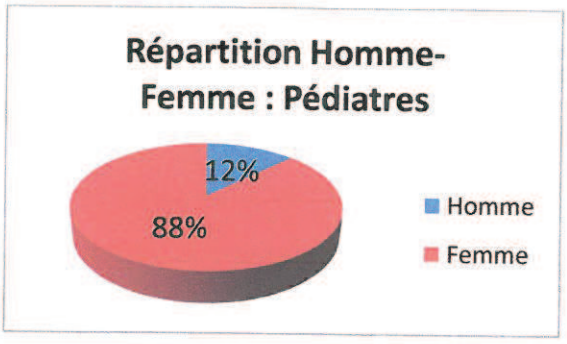
La représentation des graphiques a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2010.

2 Résultats

Partie 1 : Profil du professionnel

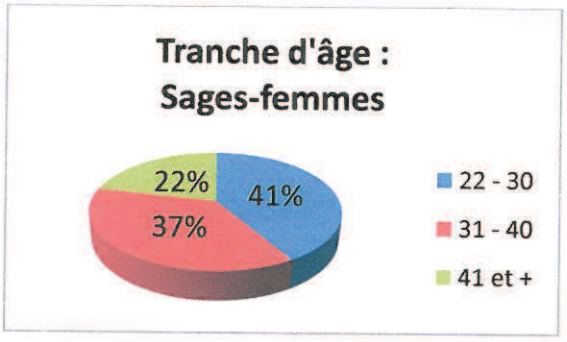
Question 1.1 : Répartition Homme-Femme

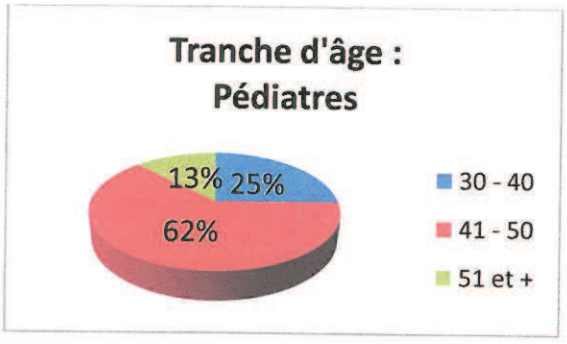




Le personnel du Centre Hospitalier du Belvédère est essentiellement féminin : 98 % pour les sages-femmes (46 sur 47) et 88 % pour les pédiatres (7 sur 8).

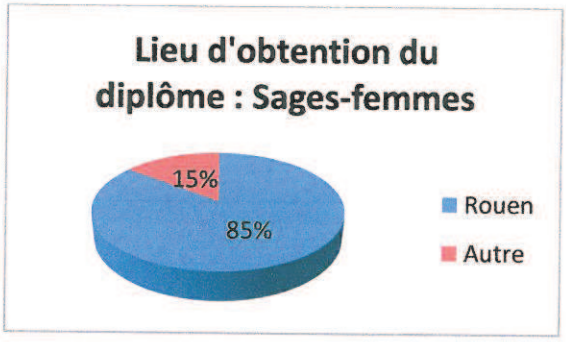
Question 1.2 : Age

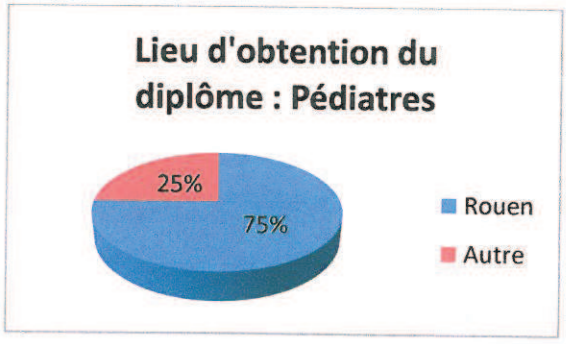




La population des sages-femmes est une population jeune puisque 78 % d'entre elles ont moins de 40 ans, alors que 75 % des pédiatres ont plus de 40 ans.

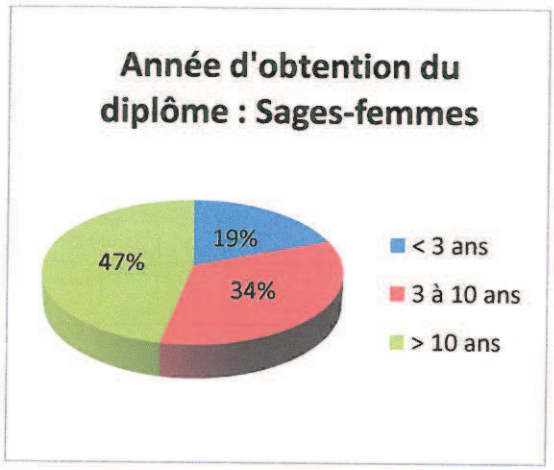
Question 1.3 : Lieu d'obtention du diplôme

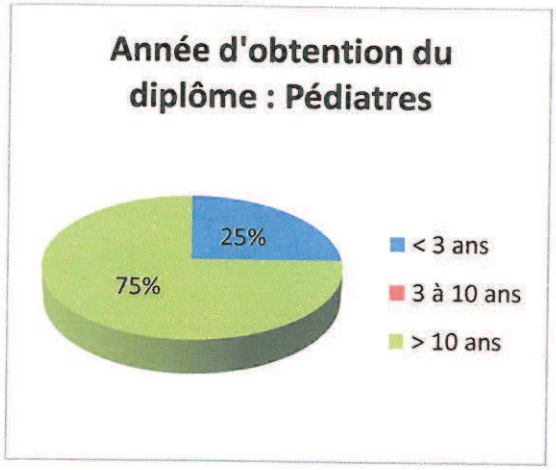




Les professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère sont en grande partie diplômés de la faculté de médecine de Rouen.

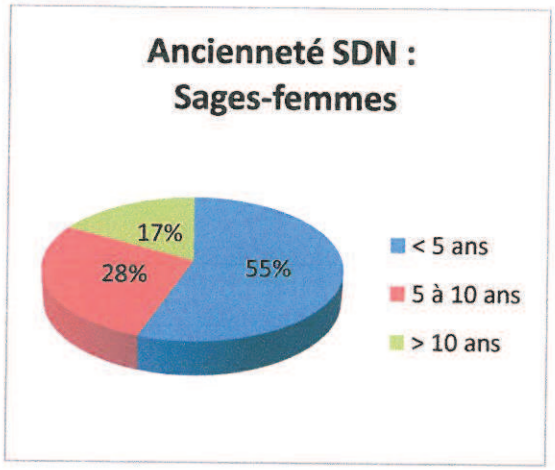
Question 1.4 : Année d'obtention du diplôme

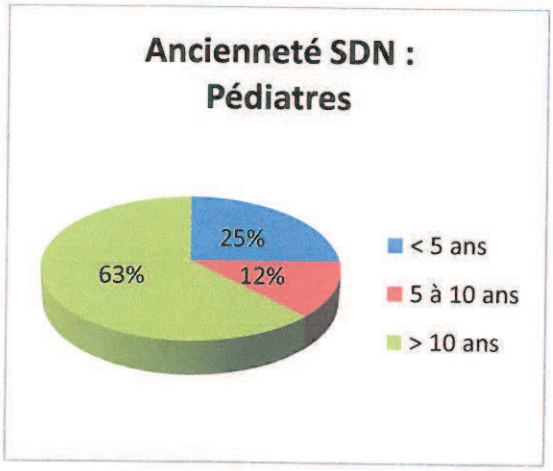




Malgré une population jeune, près de la moitié des sages-femmes sont expérimentées, puisqu'elles sont diplômées depuis plus de 10 ans. Les ¾ des pédiatres sont également diplômés depuis plus de 10 ans.

Question 1.5 : Ancienneté en salle de naissance dans l'établissement.

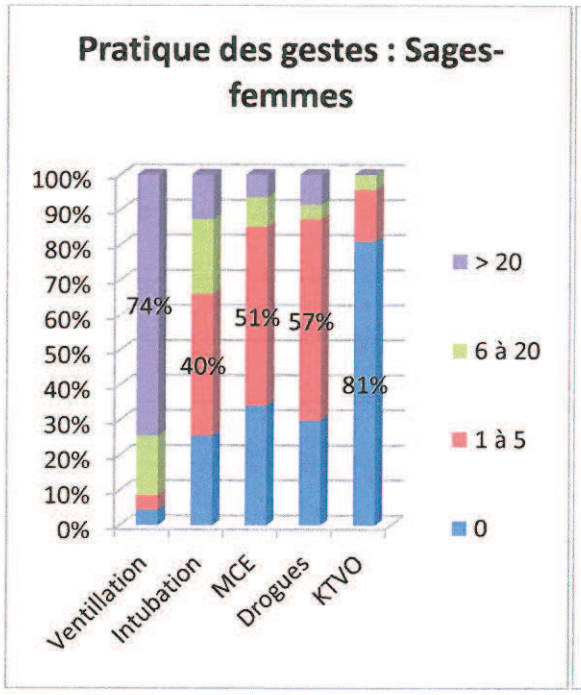


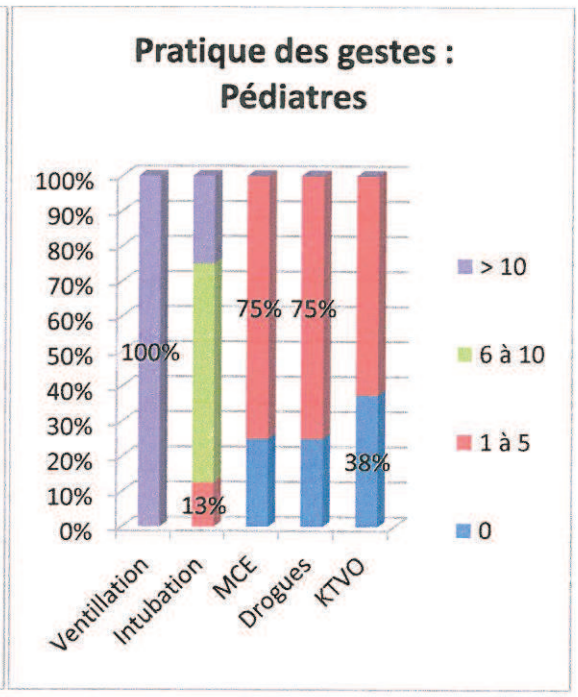


Les professionnels sages-femmes et pédiatres n'ont pas la même ancienneté en salle de naissance au Belvédère. Alors que la majorité des sages-femmes (55 %) ont une expérience inférieure à 5 ans, une proportion assez similaire (63 %) des pédiatres a une expérience supérieure à 10 ans. Cette expérience de plus de 10 ans n'est atteinte que par 17 % des sages-femmes.

Partie 2 : Pratiques professionnelles

Question 2.1 : Pratique de la réanimation par les professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère.





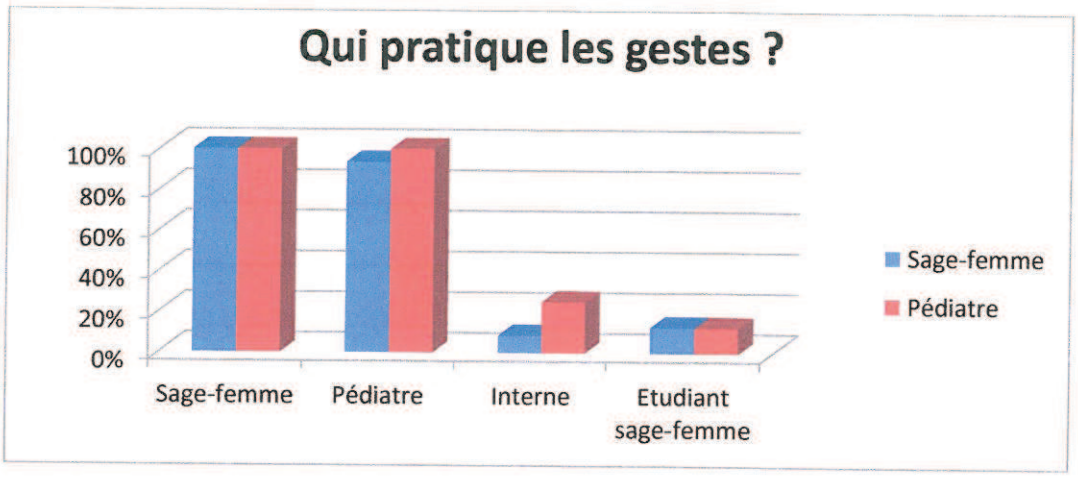
Pratique de la réanimation par les sages-femmes depuis l'obtention du diplôme :

Nous pouvons remarquer que la ventilation est une pratique courante chez les sages-femmes puisque ¾ d'entre elles (74 %) l'ont réalisée plus de 20 fois depuis leur diplôme. Les autres gestes, l'intubation, le massage cardiaque externe et l'administration de drogues, sont des pratiques moins courantes. Ils ont été réalisés par 10 % d'entre elles, plus de 20 fois alors qu'une sage-femme sur 5 ne les a jamais réalisés. En ce qui concerne la pose de KTVO, 80 % des sages-femmes ne l'a jamais fait.

Pratique annuelle de la réanimation par les pédiatres :

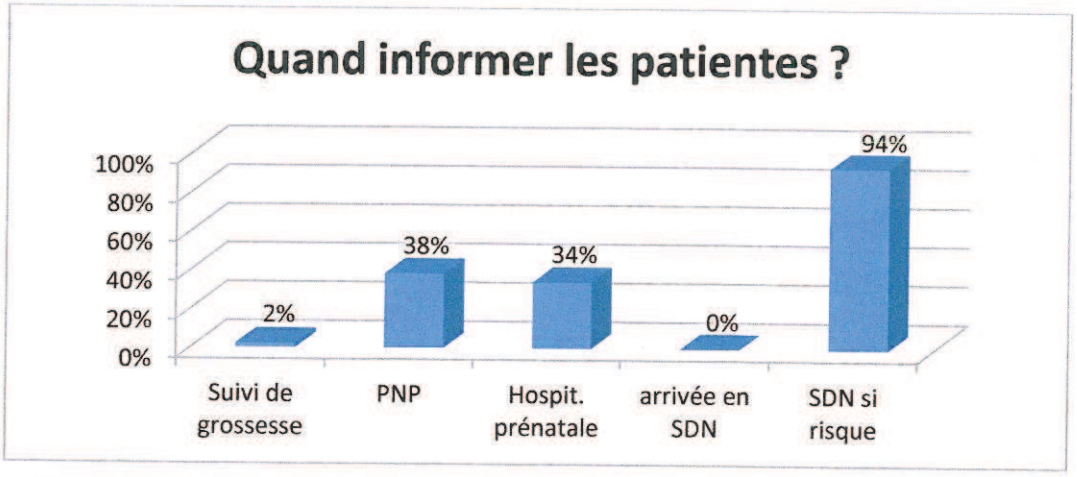
La ventilation est pour le pédiatre une pratique courante, puisque tous l'effectue plus de 10 fois par an. L'intubation est pratiquée par ¾ d'entre eux plus de 6 fois par an. Les autres gestes de réanimation massage cardiaque externe, administration de drogues et pose de KTVO sont des pratique beaucoup moins fréquentes puisqu'une grande majorité les pratique moins de 5 fois par an.

Question 2.2 : Au cours d'une réanimation intensive, qui pratique les gestes ?



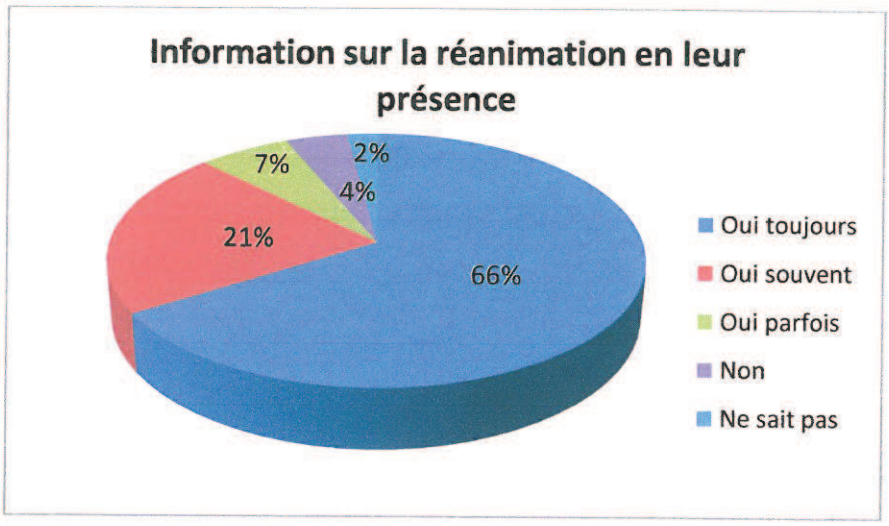
Pédiatres et sages-femmes sont unanimes pour dire que lors d'une réanimation intensive, ce sont eux qui pratiquent les gestes en priorité. Ce graphique montre de façon évidente, que les étudiants, qu'ils soient internes ou sages-femmes, ne pratiquent que très rarement ces gestes. Pour 10 % des sages-femmes et pédiatres, les étudiants sont amenés à réanimer en fonction de leur année d'études ; 25% des pédiatres laissent réanimer l'interne.

Question 2.3 : Quand informer les patientes d'une possibilité de réanimation néonatale ?



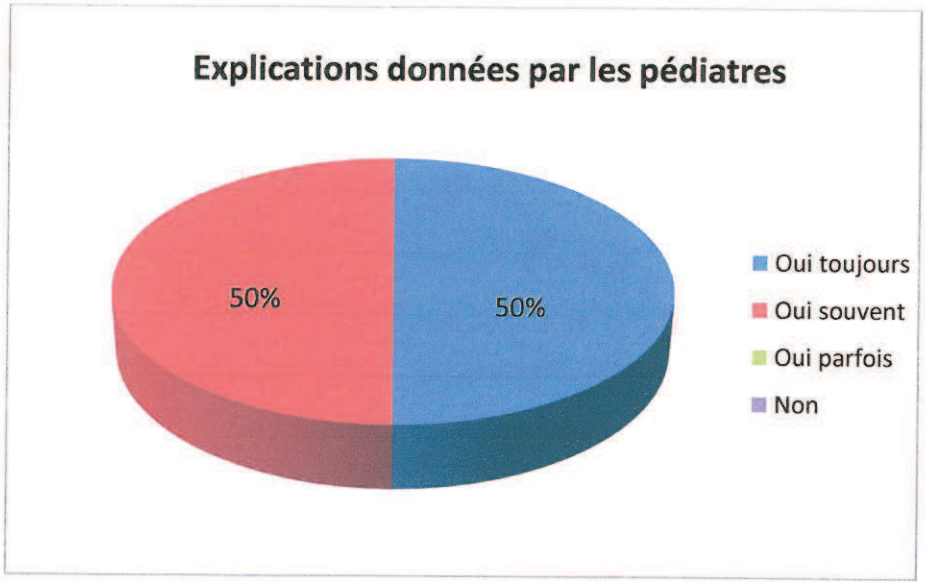
Selon 94% des sages-femmes, l'information des patientes sur la possibilité d'une réanimation néonatale se fait essentiellement lors de la survenue d'un risque en salle de naissance (SDN), mais jamais de façon systématique lors de leur arrivée. Cette information est parfois donnée lors de la préparation à la naissance (PNP) ou d'une hospitalisation prénatale pour respectivement 38 % et 34 % d'entre elles. A l'inverse, cette information n'est jamais donnée lors du suivi classique de grossesse.

Question 2.4 : Les sages-femmes informent-elle les parents, qu'ils seront présents pendant la réanimation ?



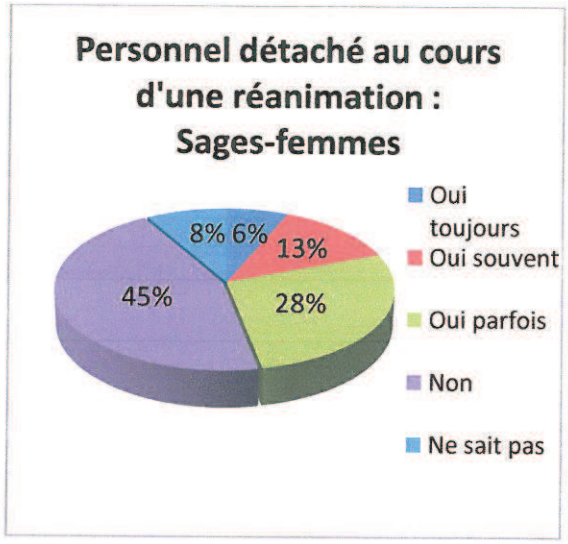
Les sages-femmes préviennent que cette réanimation s'effectue dans la salle de naissance en leur présence de façon systématique dans 66 % des cas et de façon très courante dans 21 % des cas. Moins de 10 % des sages-femmes ne les préviennent que parfois et seules 4% ne les préviennent pas.

Les pédiatres ont-ils la possibilité d'expliquer aux parents la situation lorsqu'ils sont appelés en salle de naissance ?



La moitié des pédiatres expliquent de façon systématique la situation aux parents, et l'autre moitié l'explique très souvent.

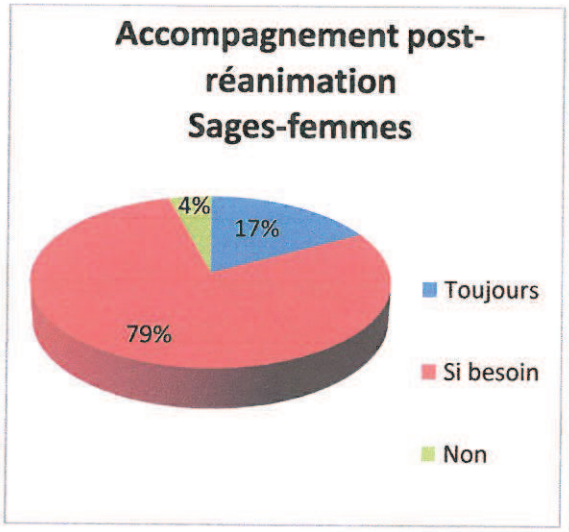
Question 2.5 : Lors d'une réanimation néonatale, un personnel qualifié est-il détaché pour accompagner et expliquer les gestes aux parents ?

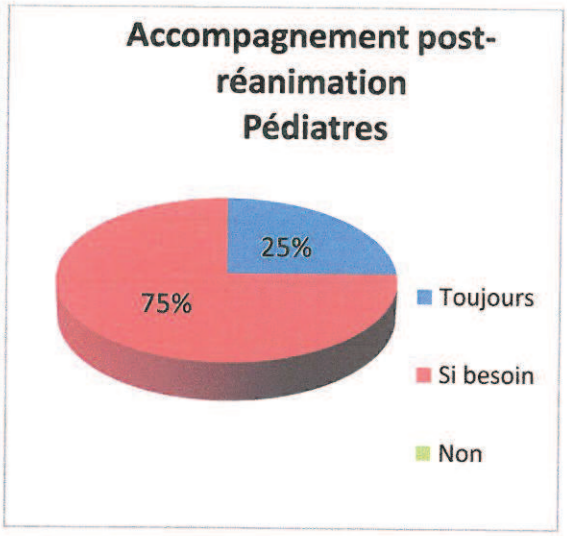


Pour 45 % des sages-femmes interrogées, aucun personnel n'est détaché pour expliquer aux parents la situation. Une même proportion de sage-femme a répondu que ceux-ci étaient parfois à souvent accompagnés pendant la réanimation.

A l'inverse, la moitié des pédiatres a répondu qu'ils étaient toujours accompagné et l'autre moitié à répondu qu'ils l'étaient souvent.

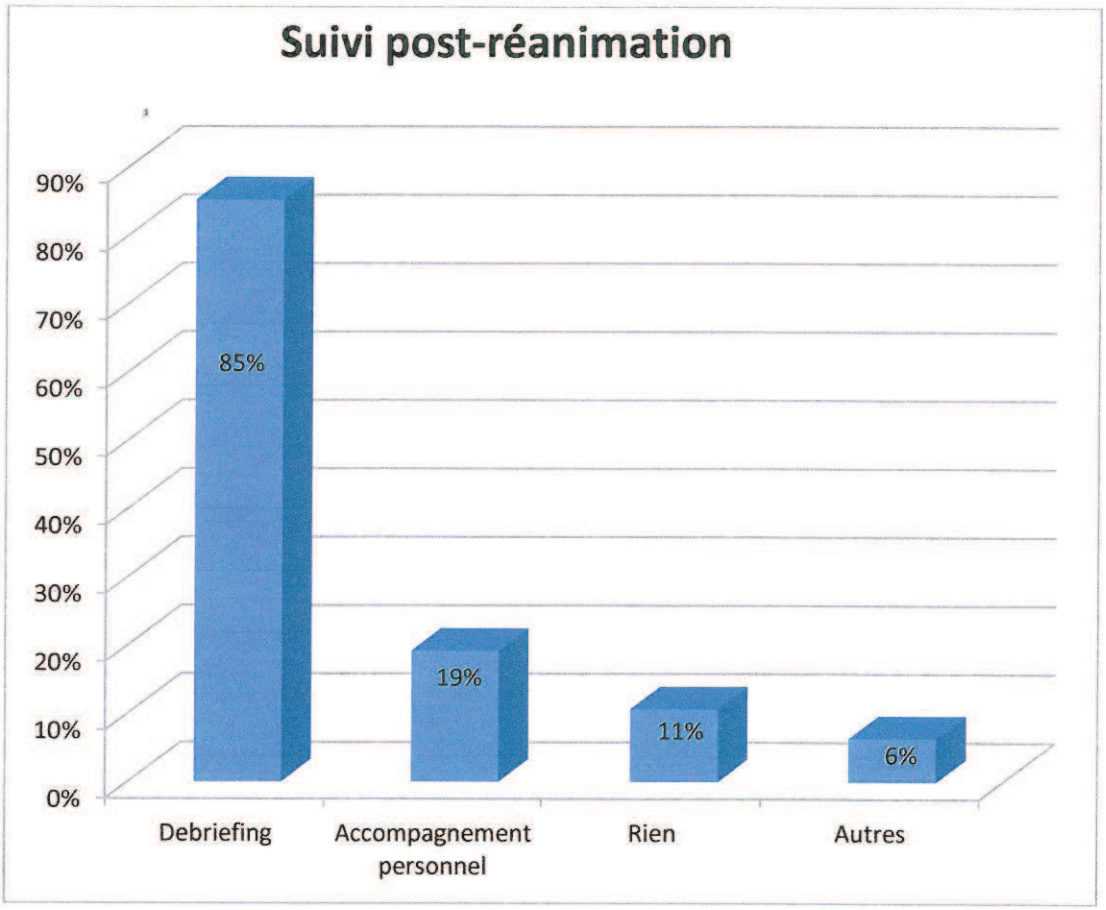
Question 2.6 : Un accompagnement particulier post-réanimation est-il proposé aux couples ?





On note sur ces deux graphiques, que la proposition d'accompagnement post-réanimation est pratiquement identique selon les sages-femmes ou les pédiatres. Pour ¾ des personnels il est proposé si le besoin est ressenti chez les parents. ¼ des pédiatres, et 17 % des sages-femmes proposent un accompagnement systématique, et 4 % d'entre elles ne leur propose rien.

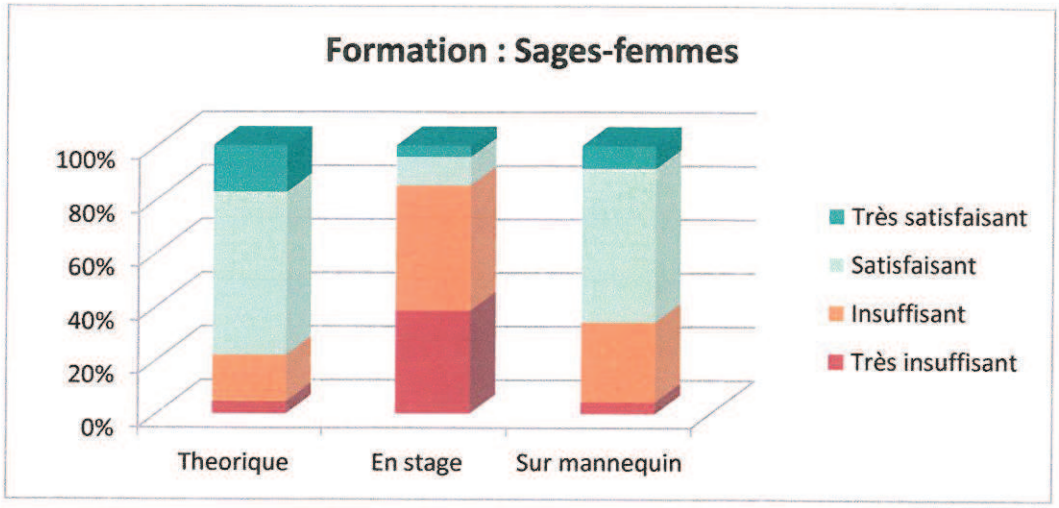
Question 2.7 : Après une réanimation difficile, que propose aux professionnels ?



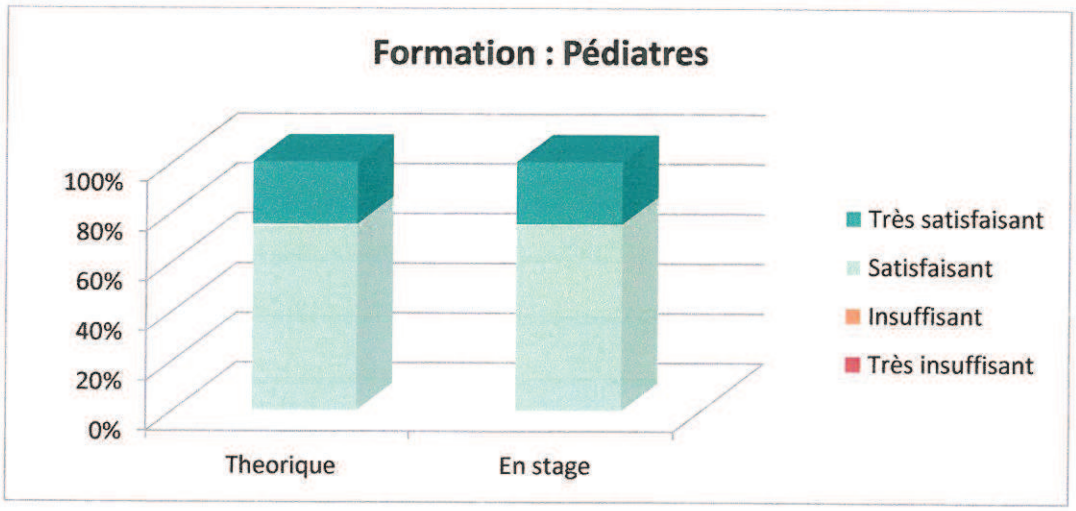
85 % du personnel interrogé dit pouvoir bénéficier d'un débriefing suite à une réanimation difficile et une personne sur cinq de bénéficier d'un accompagnement personnalisé. 11 % dit ne bénéficier de rien. Trois sages-femmes nous ont donné comme autre réponse des staffs médicaux.

Partie 3 : Ressenti du professionnel

Question 3.1 : Qualité de la formation en réanimation néonatale pendant les études

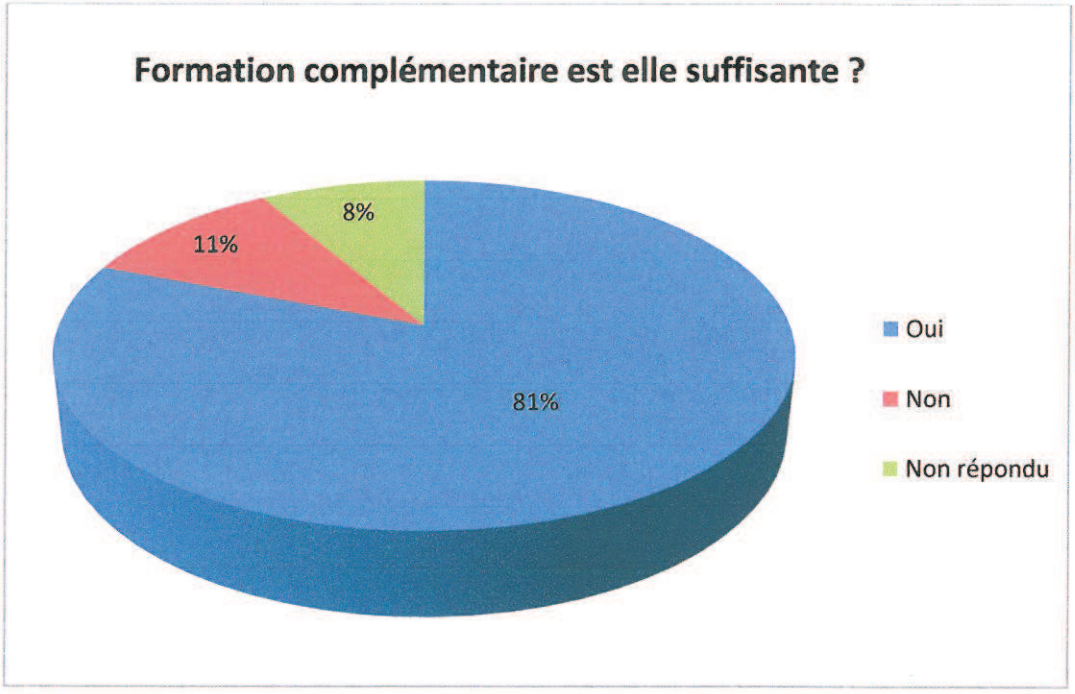


Les sages-femmes ont une formation théorique qu'elles jugent très satisfaisante pour 17 % et satisfaisante pour 60 %, 8 professionnels sur 10 sont donc satisfaits de leur formation théorique. A l'inverse, la formation pratique en stage est jugée globalement insuffisante pour près d'une personne sur 2 (47 %) et très insuffisante pour 38 % d'entre elles. Près de 9 professionnels sur 10 sont donc insatisfaits de leur formation pratique concernant la réanimation néonatale. Enfin la formation pratique sur mannequin est jugée globalement satisfaisante pour 65 % d'entre elles mais insuffisante pour 35 %.



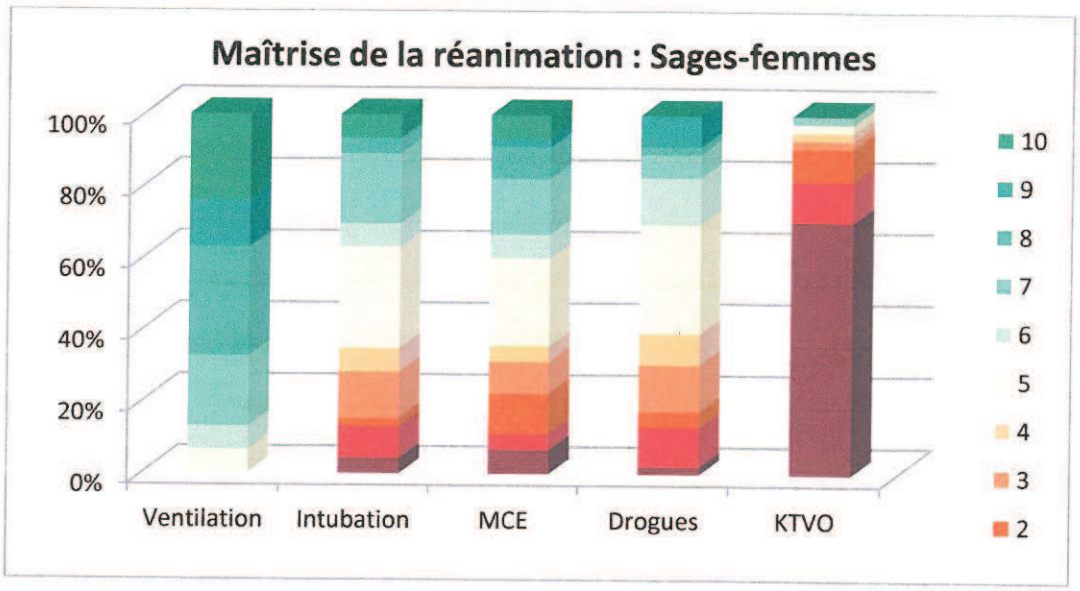
Contrairement aux sages-femmes, la formation des pédiatres est jugée unanimement satisfaisante et très satisfaisante qu'elle soit théorique ou pratique.

Question 3.2 : Les sages-femmes du Centre Hospitalier du Belvédère bénéficient toutes d'une formation complémentaire en interne sur la réanimation néonatale à raison d'une demi-journée par an. Est-elle suffisante ?

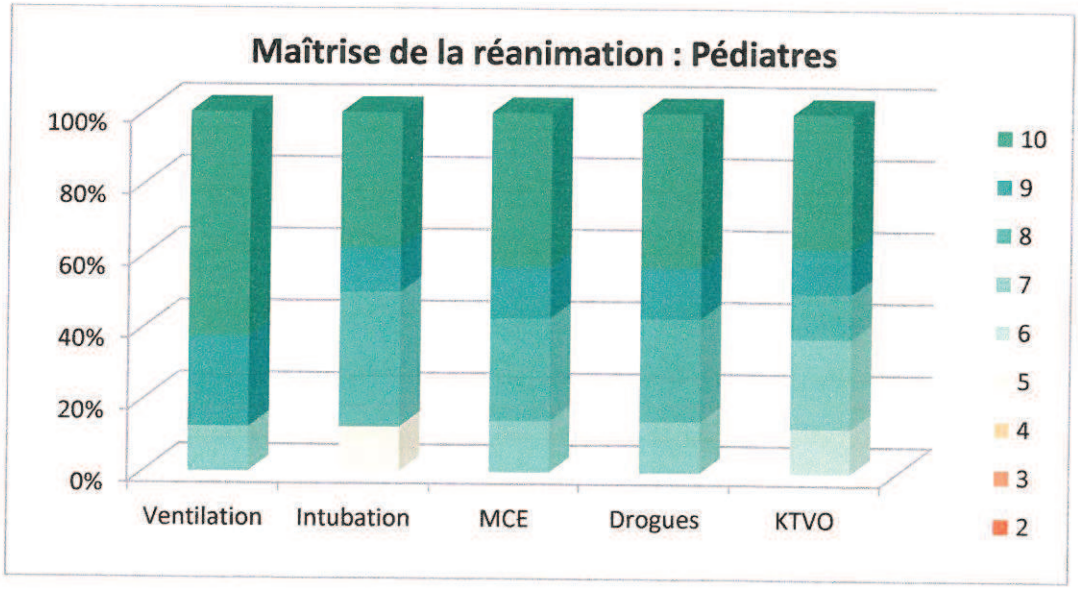


La formation complémentaire est jugée suffisante par 81 % des sages-femmes ayant répondu. 8 % d'entre elles n'ont pas su répondre soit parce qu'elles n'avaient pas encore pu bénéficier de cette formation par un temps de présence insuffisant dans l'établissement, soit parce qu'elles ne travaillent plus en salle de naissance et donc ne bénéficient plus de cette formation.

Question 3.3 : Cotation de 0 à 10 de la maîtrise de la réanimation par les professionnels.

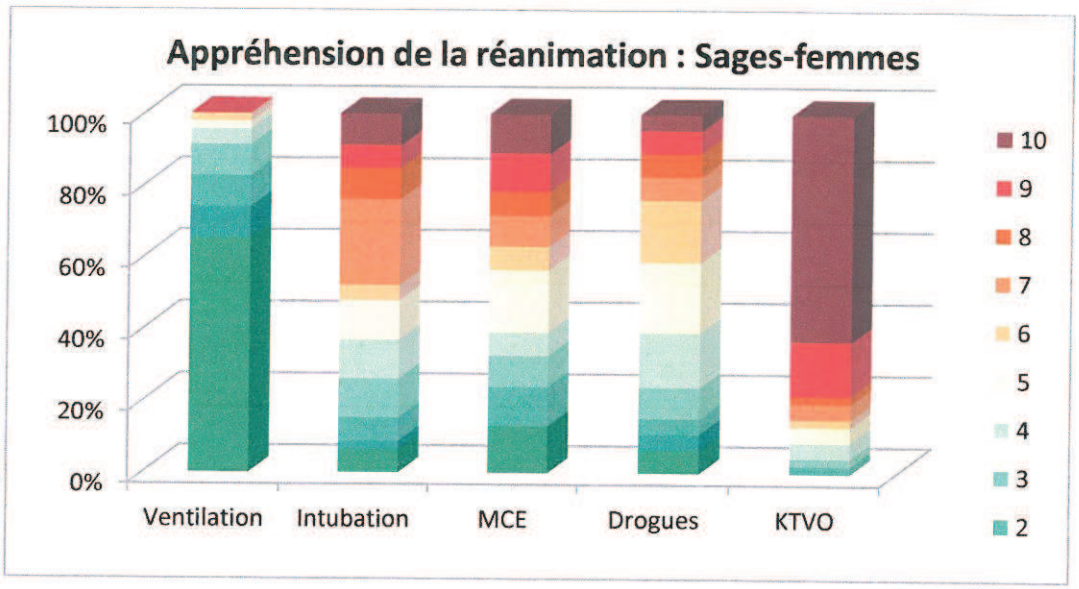


Nous pouvons constater que les sages-femmes ne maîtrisent pas les différents gestes de la réanimation de façon identique. Elles maîtrisent bien la ventilation du nouveau-né (moyenne à 8.1) La maîtrise du massage cardiaque externe et celle de l'administration de drogues sont assez superposables (avec des moyennes respectivement de 4.9 et 4.7) Les sages-femmes ne semblent pas bien maîtriser l'intubation (moyenne à 3.6) et pas du tout la pose de KTVO (moyenne à 0.7).

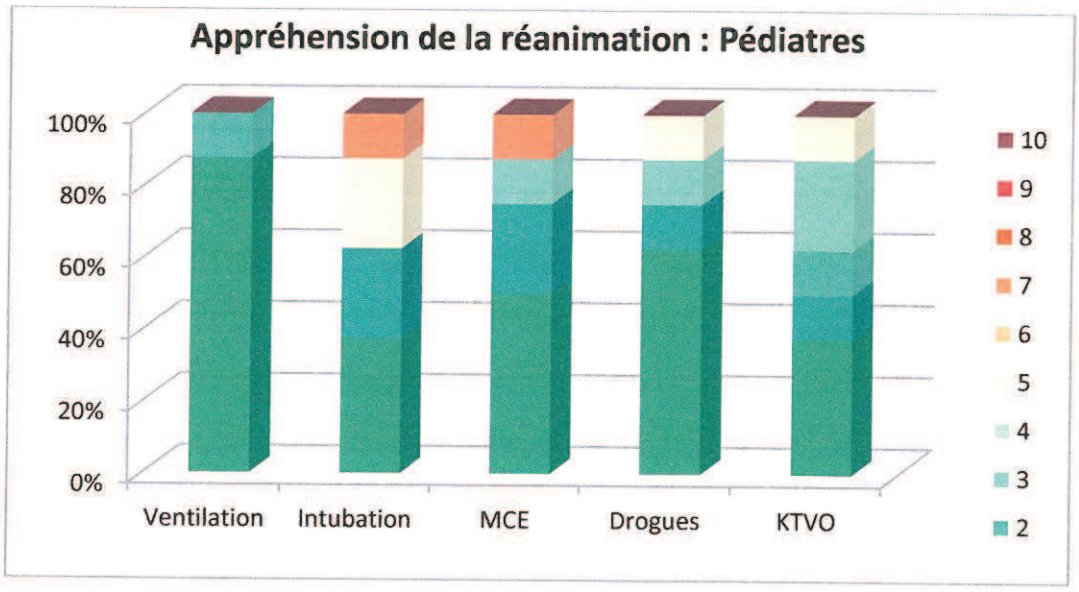


En revanche les pédiatres ont une très bonne maîtrise des gestes de la réanimation avec des moyennes respectives de 9.4 pour la ventilation, de 8.5 et 8.4 pour l'intubation et la pose de KTVO et de 7.8 pour le massage cardiaque externe et l'administration de drogues.

Question 3.4 : Cotation de 0 à 10 de l'appréhension des gestes de réanimation par les professionnels.

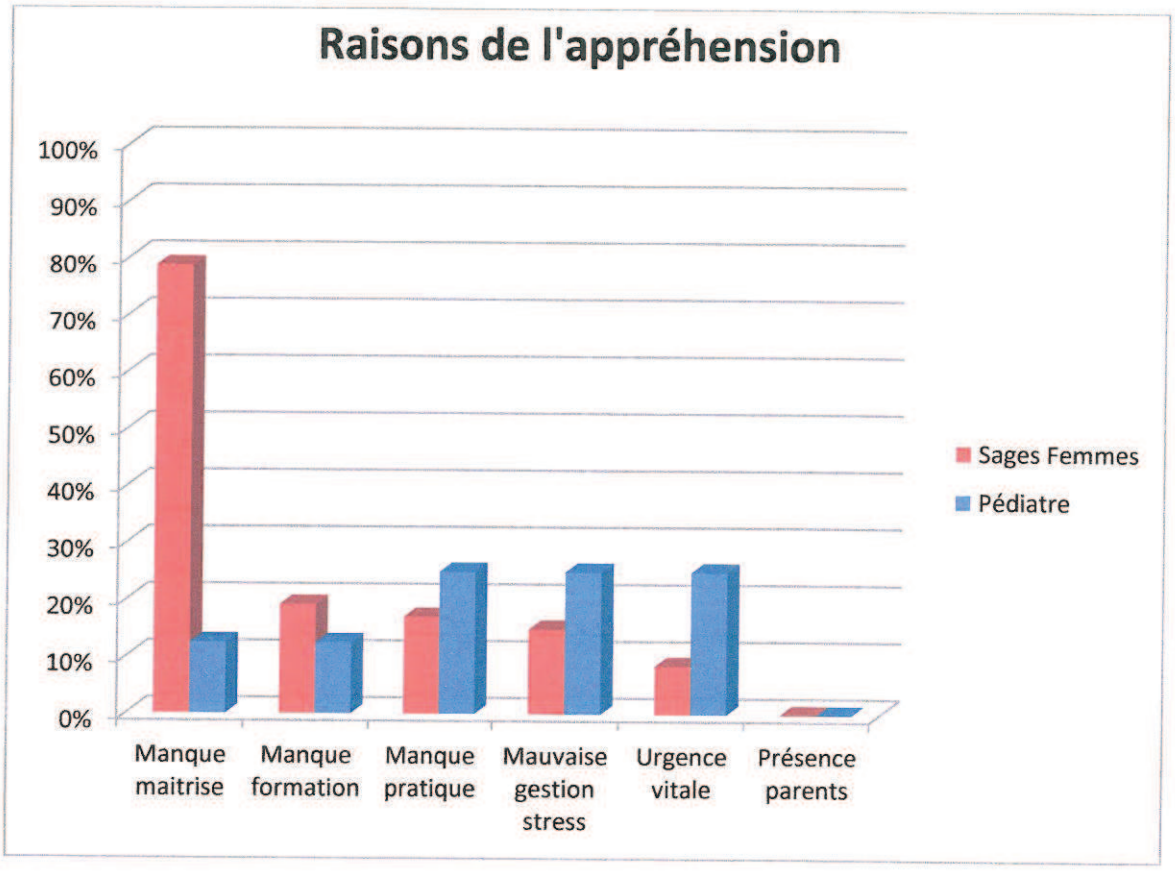


Ce graphique est superposable à celui de la cotation de la maîtrise des gestes par les sages-femmes. Globalement peu d'appréhension pour la ventilation (moyenne à 0.9) une appréhension similaire pour l'intubation, le massage cardiaque externe et l'administration de drogues (respectivement moyennes de 5.4, 5.1 et 4.9) De même que la pose de KTVO était très peu maitrisée, elle est fortement appréhendée par les sages-femmes (moyenne à 8.6).



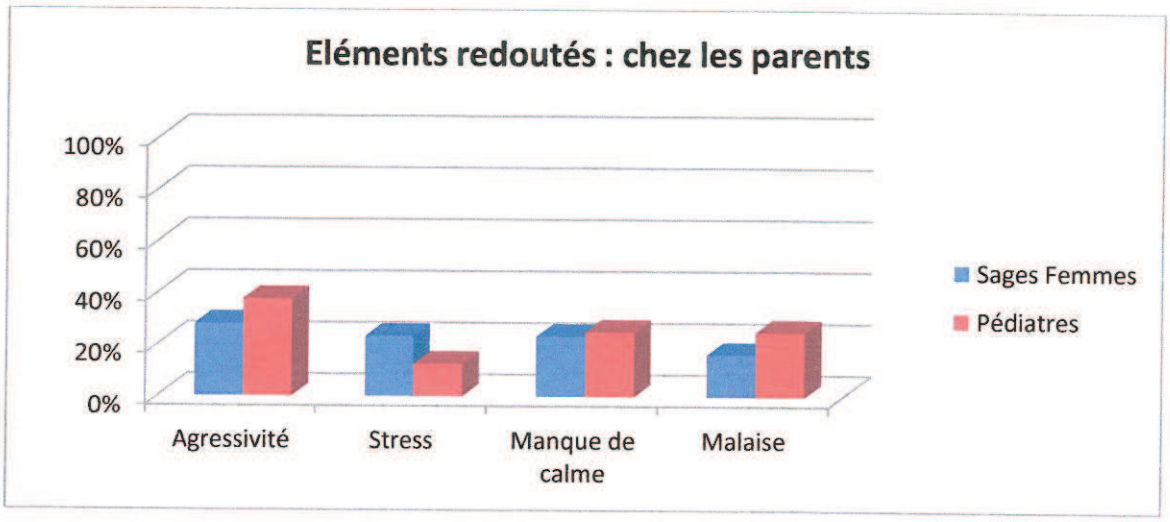
Nous pouvons remarquer que globalement les pédiatres n'ont pas d'appréhension dans les gestes de réanimation, à l'exception de l'interne interrogé qui appréhende l'intubation et le massage cardiaque externe. L'intubation est le geste le plus appréhendé par les pédiatres (moyenne à 2.4).

Question 3.5 : A quoi est due l'appréhension des professionnels ?

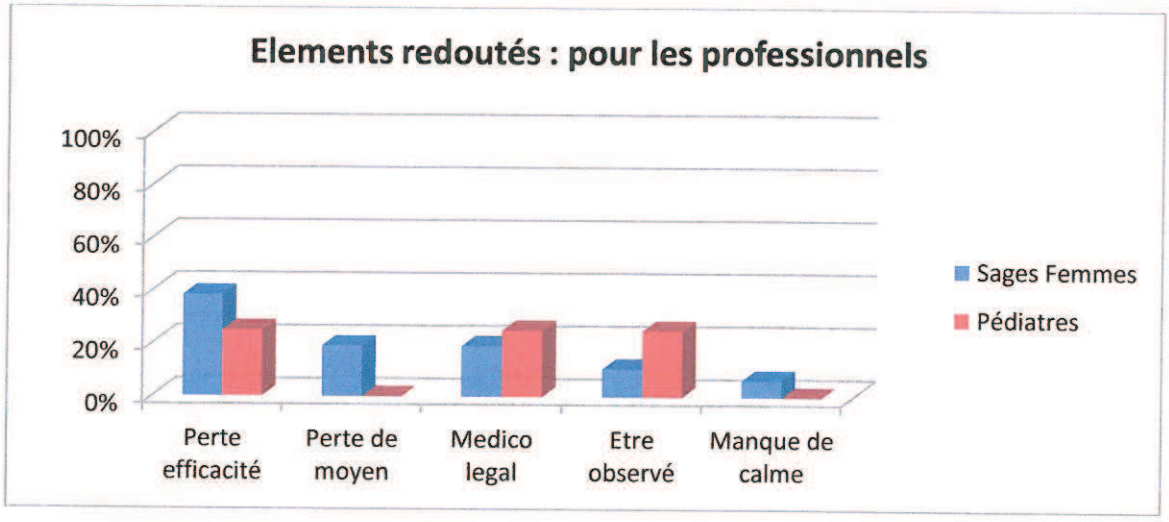


Les sages-femmes ont fortement attribué leur appréhension à leur manque de maîtrise (79 %), ce qui n'est pas le cas pour les pédiatres (13 %). Les autres facteurs d'appréhension ont été variables et peu exprimés.

Question 3.6 : Quels sont les éléments redoutés dans une réanimation en présence des parents ?

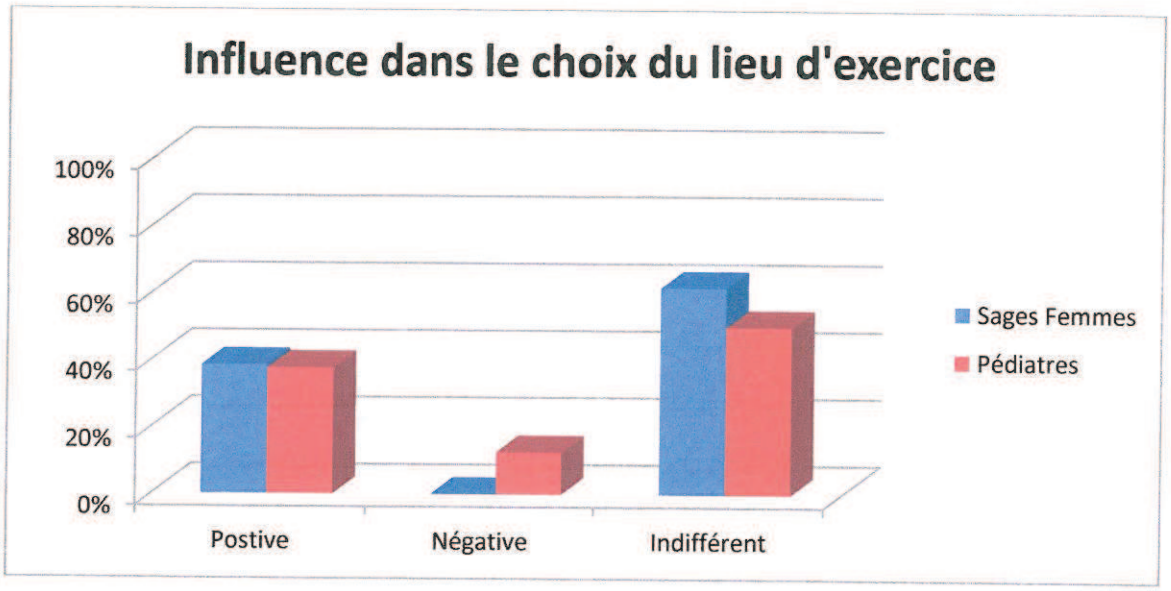


Les professionnels interrogés ont répondus qu'il y avait peu d'éléments redoutés venant des parents dans une réanimation en leur présence. Ce qu'ils redoutent cependant est l'agressivité pour 28 % des sages-femmes et 38 % des pédiatres. Viennent ensuite le manque de calme des parents pour près ¼ des professionnels, puis le stress (23 % des sages-femmes) et risque de malaise des parents (16 % et 25 % des pédiatres).



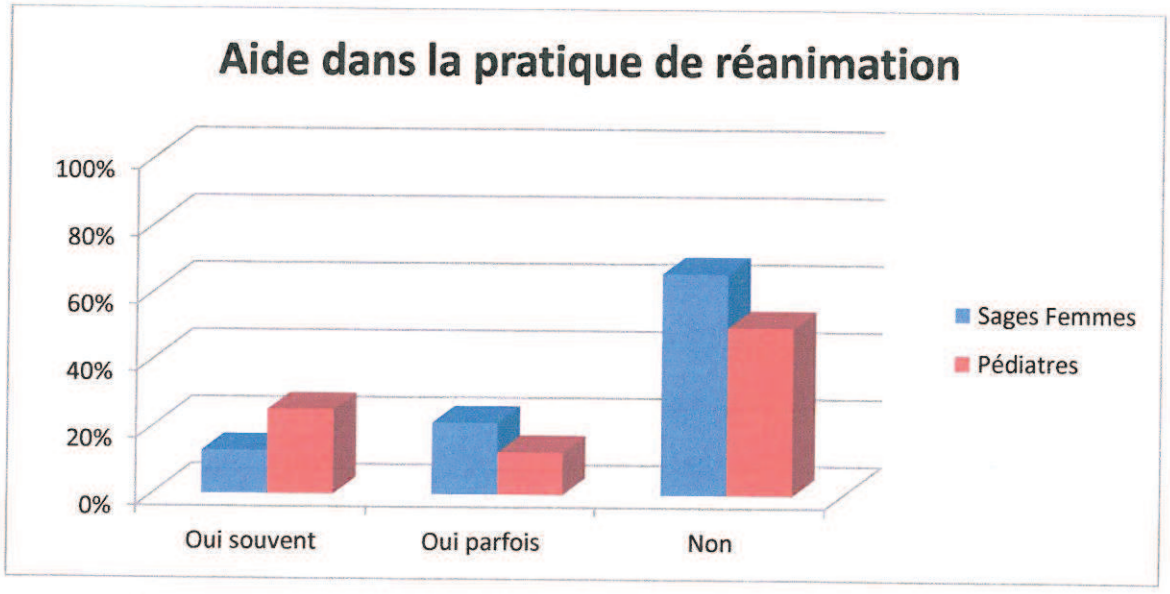
Les professionnels redoutent plus leurs propres réactions que celles des parents. En effet pour 38 % des sages-femmes et 25 % des pédiatres la crainte est de perdre en efficacité. Les pédiatres redoutent pour ¼ d'entre eux l'aspect médico-légal de la réanimation en présence des parents et le fait d'être observé, alors qu'ils ne redoutent nullement de perdre leur calme ou leurs moyens. Les sages-femmes redoutent à proportion égale de perdre leurs moyens et le risque médico-légal (18 et 19 %). Elles redoutent d'être observées pour 11 % et de manquer de calme pour 6 %.

Question 3.7 : Influence de la réanimation devant les parents dans le choix des professionnels à travailler au Belvédère



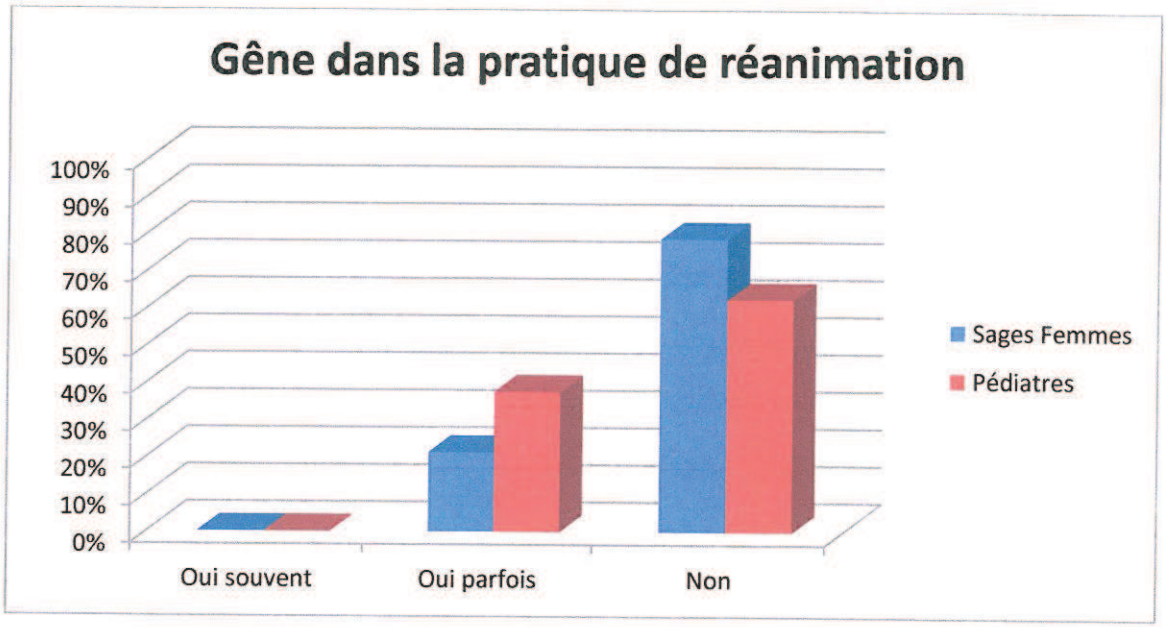
Les professionnels ont à 40 % adhéré au projet de réanimer en présence des parents, ce qui a positivement influencé leur choix. Il n'y pas d'influence négative sur les sages-femmes, seul un pédiatre avait une influence négative initialement et précise qu'il hésiterait aujourd'hui à travailler autrement. Pour les autres, cette pratique n'a pas eu d'influence sur leur choix de lieu d'exercice.

Question 3.8 : Est-ce que la présence des parents peut être une aide dans la pratique de la réanimation ?



66 % des sages-femmes et 50 % des pédiatres ne ressentent pas la présence des parents comme étant aidante, alors que 34 % des sages-femmes et 38 % se sentent aidé par cette présence. Un pédiatre n'a pas répondu à la question.

Question 3.9 : Est que la présence des parents peut être une gêne dans la pratique de la réanimation ?



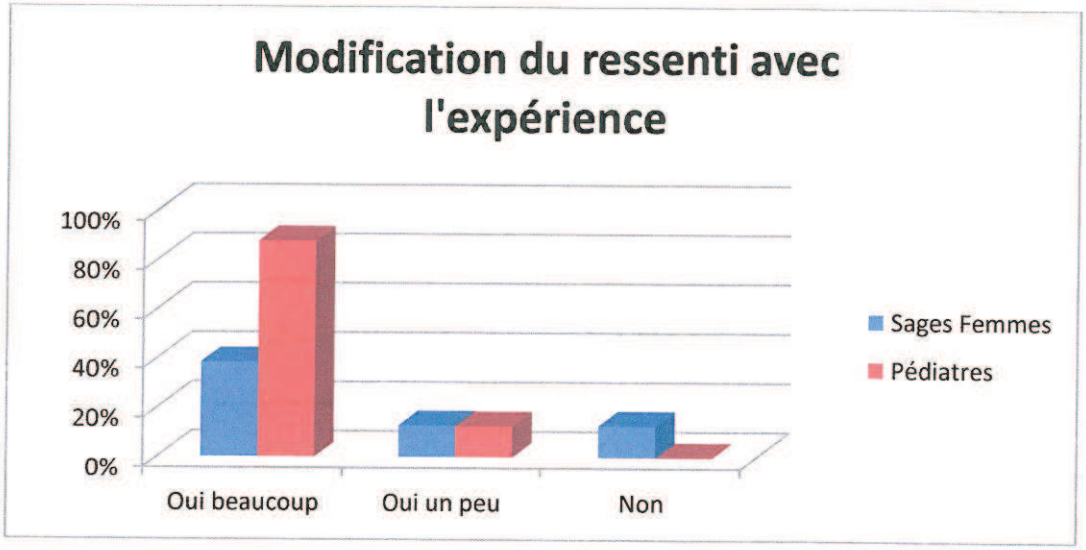
La présence des parents n'est le plus souvent pas vécue comme une gêne (79 % des sages-femmes et 63 % des pédiatres), elle peut cependant parfois l'être pour 21 % des sages-femmes et 37% des pédiatres.

Question 3.10 : Est-ce que la présence des parents a pu inciter les professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère à quitter l'établissement ?

Question 3.11 : Ont-ils connaissance d'un collègue qui aurait quitté l'établissement du fait de cette pratique ?

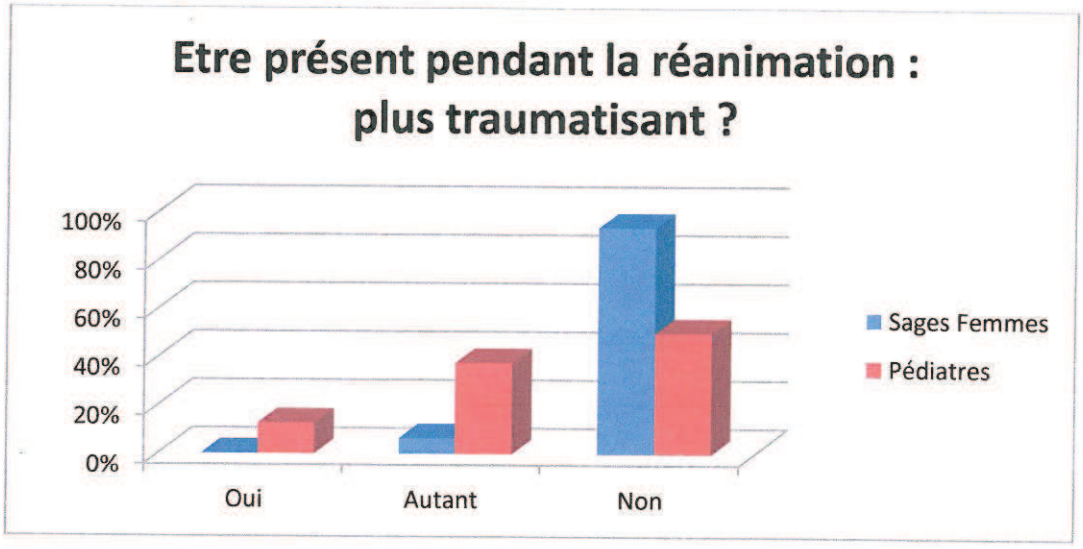
Aucun des professionnels interrogés n'a songé à quitter l'établissement. De même aucun n'a connaissance d'une personne qui aurait quitté l'établissement du fait de cette pratique.

Question 3.12 : Est-ce que l'expérience de la pratique de la réanimation néonatale en présence des parents a modifié le ressenti des professionnels ?



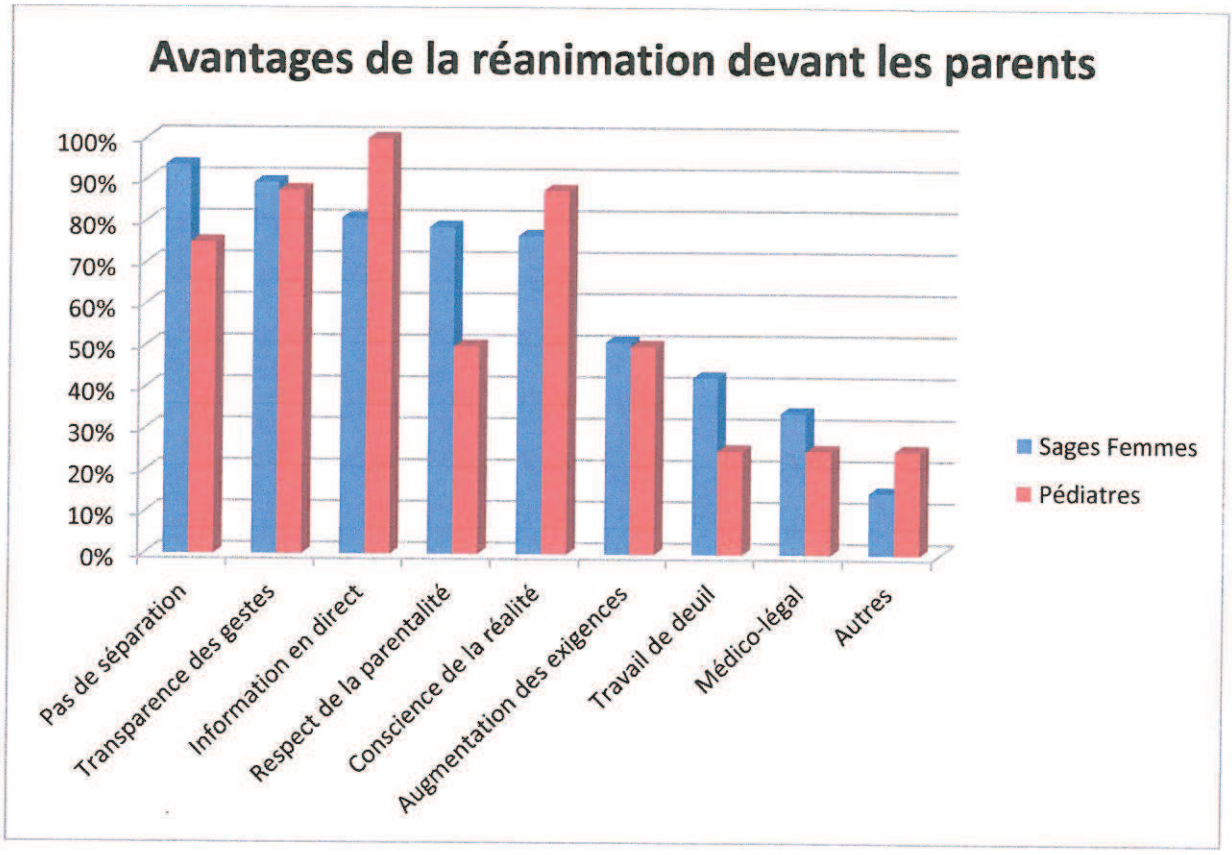
Les sages-femmes interrogées ont répondu que l'expérience de cette pratique avait fortement ou légèrement modifié leur ressenti pour respectivement 38 % et 13 % d'entre elles. Pour les pédiatres, l'expérience a eu une influence encore plus forte pour 88 % et 12 % d'entre eux.

Question 3.13 : D'après leur expérience, est ce que la réanimation néonatale en présence des parents est plus traumatisante pour eux ?



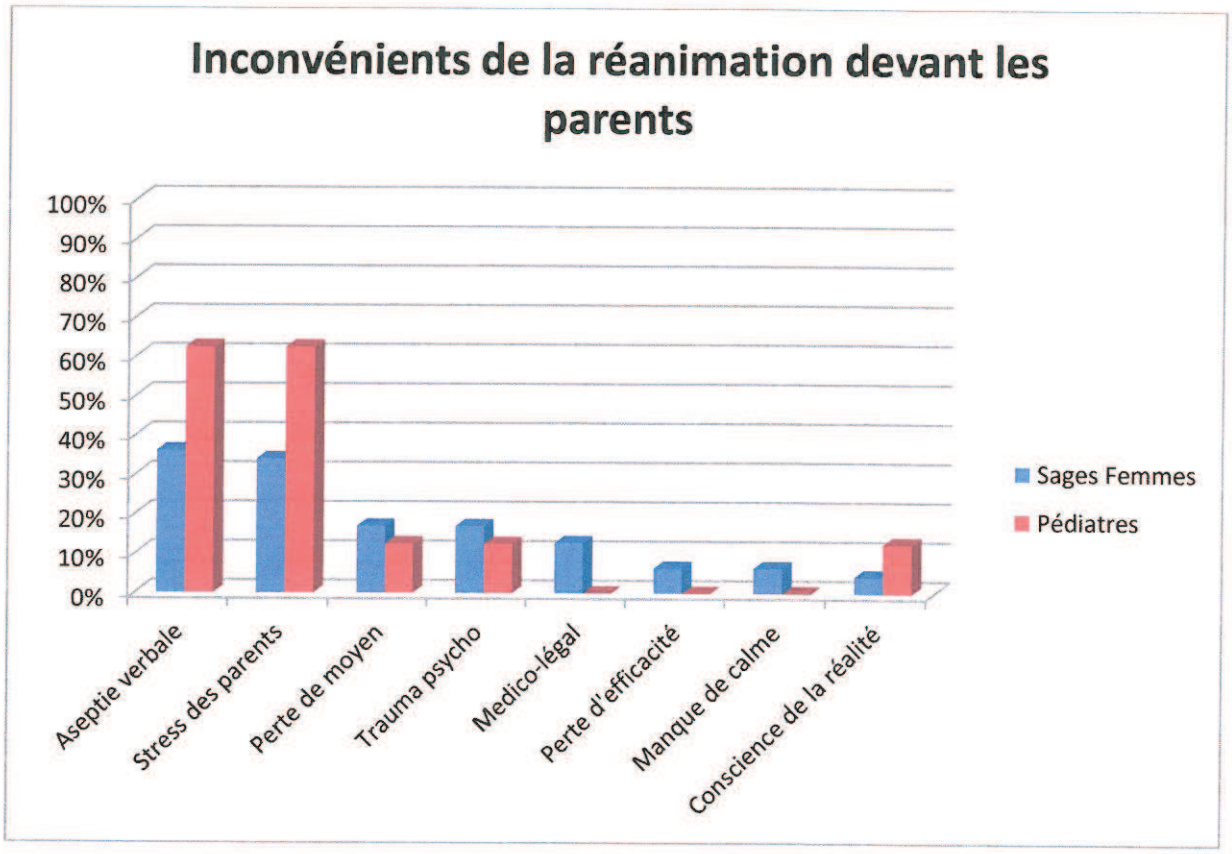
Une grande majorité des professionnels (94 % des sages-femmes et une moitié des pédiatres) a répondu que selon eux, la réanimation en présence des parents était moins traumatisante pour ces derniers. Pour 6 % des sages-femmes et 38 % des pédiatres le traumatisme est identique. Un seul pédiatre pense qu'il est plus traumatisant pour les parents de réanimer leur enfant devant eux.

Question 3.14 : D'après les professionnels quels sont les avantages et les inconvénients d'une réanimation devant les parents ?



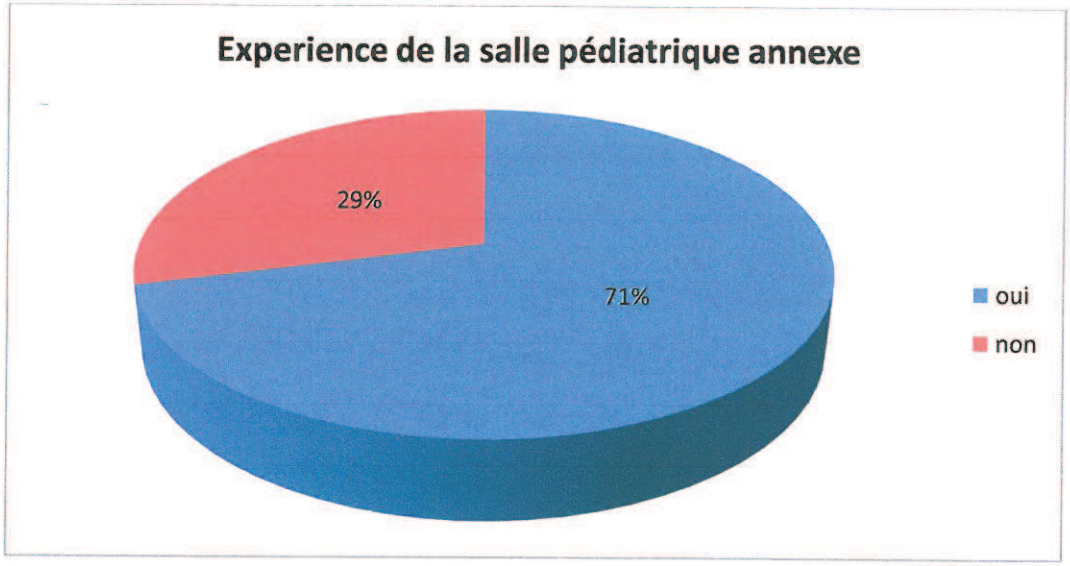
Pour les sages-femmes les principaux avantages sont l'absence de séparation, la transparence des gestes, l'information donnée en direct, respect de la parentalité et prise de conscience de la réalité. A moindre degré, l'augmentation des exigences pour le professionnel, la facilitation d'un travail de deuil et l'aspect médico-légal.

Pour les pédiatres, les principaux avantages sont de pouvoir donner des informations en direct, une prise de conscience de la réalité, la transparence des gestes, et pas de séparation mère-enfant.



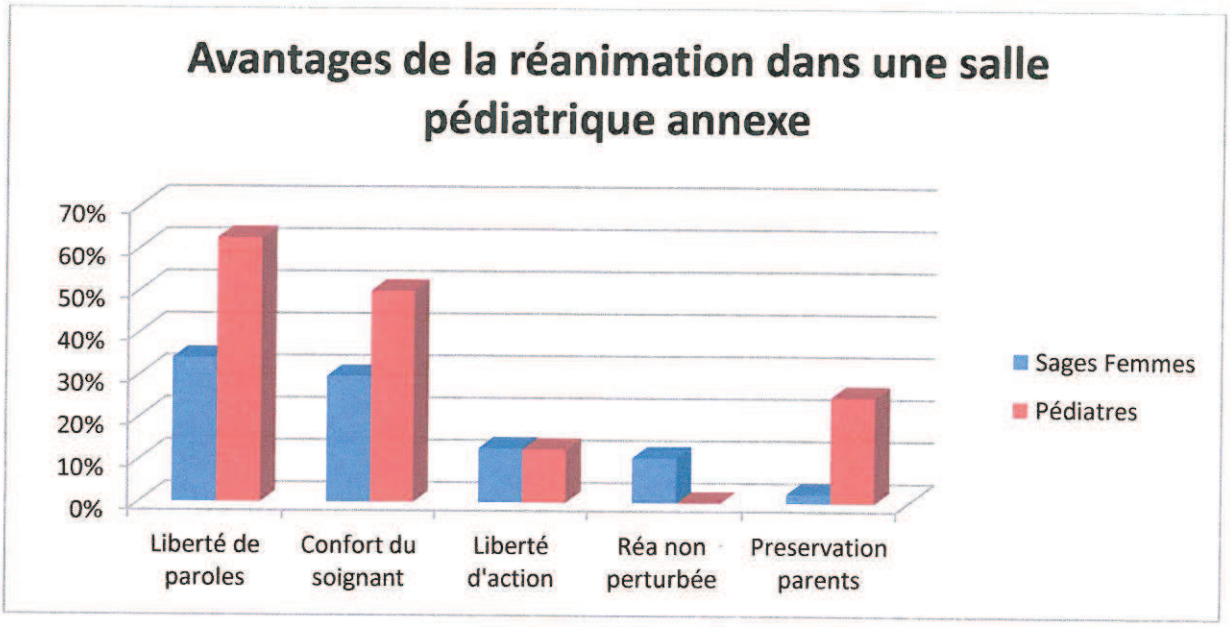
La question des inconvénients a été moins documentée. Les deux inconvénients qui émergent sont l'obligation de l'asepsie verbale et le stress des parents, pour 63 % des pédiatres et environ 35 % des sages-femmes.

Question 3.15 : Les professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère ont-ils l'expérience de la réanimation dans une salle pédiatrique annexe ?

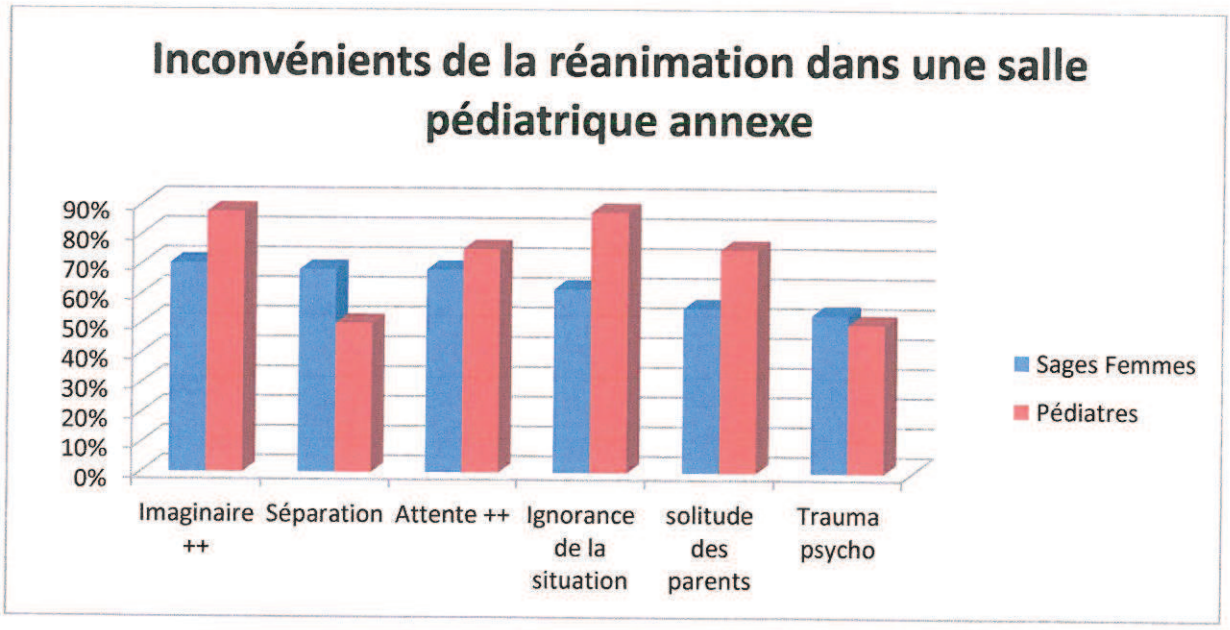


71 % des professionnels interrogés ont déjà travaillé dans un établissement où la réanimation se faisait dans une salle pédiatrique annexe, tous les pédiatres ont eu les deux modes d'exercice.

Quels sont les avantages et les inconvénients d'une réanimation en dehors de la salle de naissance ?



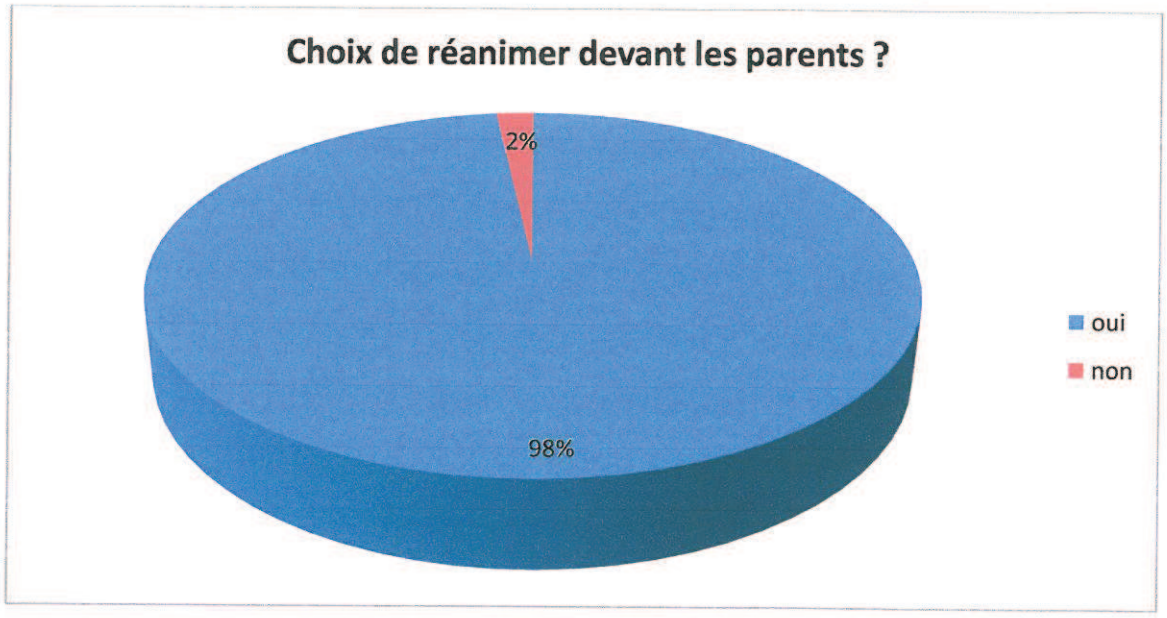
Les deux grands avantages perçus par les professionnels sont la liberté de paroles et le confort du soignant pour 1/3 des sages-femmes et 2/3 des pédiatres. La préservation des parents est pour 25 % des pédiatres un avantage à cette pratique alors qu'une sage-femme sur 47 interrogés est du même avis.



Nous remarquons que la question sur les inconvénients est plus documentée. En proportion assez égale, les sages-femmes voient le risque d'imaginaire exacerbé pour les parents et évoquent le traumatisme de la séparation et de l'attente interminable, l'ignorance de la situation, la solitude et le traumatisme psychologique.

Pour les pédiatres l'ignorance de la situation et l'exacerbation de l'imaginaire dominent puis viennent l'attente, la solitude des parents, et enfin la séparation et le traumatisme psychologique.

Question 3.16 : Quel serait votre choix de réanimer devant les parents ou non ?



Dans son immense majorité les professionnels du belvédère se sont prononcés pour une réanimation devant les parents majorité à 98 %.

DISCUSSION

La sage-femme est une professionnelle médicale, qui possède les compétences en matière de réanimation néonatale, définies par l'article R4127-318 du décret n° 2008-863 du 27 août 2008. Elle est présente à chaque naissance, et est donc amenée à débuter et/ou réaliser les premiers gestes de réanimation dans l'attente du pédiatre.

Comme pour la réanimation adulte, où le débat sur la présence des proches, n'en est qu'à ses balbutiements, la réanimation devant les parents en salle de naissance, est une attitude atypique et singulière qui a suscité notre intérêt au cours de nos stages pratiques au Centre Hospitalier du Belvédère.

L'objet de notre étude a donc été d'analyser cette pratique professionnelle en insistant sur le ressenti des soignants, à savoir si la présence des parents est une gêne ou non dans le déroulement de la réanimation.

1 Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude est sa singularité ; en effet le Centre Hospitalier du Belvédère est le seul dans la région Haute Normandie à proposer une réanimation néonatale en salle de naissance devant les parents. Cette action commune des professionnels est une véritable volonté de service. Il est surprenant de voir que cette pratique remonte à plus de trente ans , époque à laquelle, personne dans la communauté médicale française, n'abordait le sujet. La question de la présence des parents en salle de naissance, au cours de la réanimation néonatale, reste aujourd'hui un sujet non évoqué ; c'est pourquoi il nous a semblé intéressant de travailler sur le sujet.

Notre étude uni-centrique, repose sur une population restreinte : 7 pédiatres, 1 interne de pédiatrie et 77 sages-femmes. Cependant notre taux de réponse est bon : 100 % chez les pédiatres et 63.6 % chez les sages-femmes.

L'établissement du Belvédère est un établissement de niveau II, qui n'a pas vocation, en respectant le plan de périnatalité de 1998, à prendre en charge des grossesses à très haut risque. Le Schéma Régional d'Observation de Santé de troisième génération, SROS III, fait état de l'importance de l'établissement, plus de 3600 naissances par an, soit le tiers des naissances du secteur Rouen-Elbeuf. La maternité

fait partie du réseau de périnatalité de Haute Normandie. Il s'agit essentiellement d'un réseau inter-établissements, fonctionnant de manière organisée et formalisée, qui permet de réguler la coopération inter-hospitalière dans le domaine de la périnatalité pour en améliorer la sécurité.

2 Profils des professionnels

Notre population est essentiellement féminine. Les sages-femmes du Belvédère sont à 98.7 % des femmes (76 sur 77) ce qui rejoint le taux de 98.2 % de sages-femmes de sexe féminin dans la profession selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). L'échantillon qui a répondu au questionnaire est de 98 % de femmes (46 sur 47)

Les pédiatres femmes du Belvédère sont plus représentées à 88 % (7 sur 8) que dans la population générale des pédiatres à 52.7 % selon l'ONDPS.

Il s'agit également d'une population jeune, plus jeune pour les sages-femmes entre 22 et 30 ans, que pour les pédiatres entre 41 -50 ans.

Les professionnels du Belvédère viennent majoritairement de la faculté de Médecine de Rouen, c'est-à-dire qu'ils ont étés formés par des « pairs » communs.

Les sages-femmes de l'établissement ont une ancienneté de diplôme inférieure à 10 ans pour plus de la moitié d'entre elles alors que les ¾ des pédiatres ont obtenu leur diplôme depuis plus de 10 ans.

Enfin la majorité des sages-femmes interrogées ont une moins grande expérience en salle de naissance au Belvédère que les pédiatres.

Ces facteurs combinés, ancienneté du diplôme et expérience en salle de naissance au Belvédère, auront une valeur dans le vécu de la réanimation particulièrement en présence des parents.

3 Pratiques professionnelles de la réanimation

3.1 Maitrise des gestes de la réanimation.

L'analyse de notre questionnaire montre que la réanimation néonatale n'est pas vécue de la même façon que l'on soit sage-femme ou pédiatre. Ces derniers forts de leur expérience, n'ont assurément pas les mêmes appréhensions que les sages-femmes. La réanimation est une pratique redoutée et incomplètement maitrisée par

celles-ci. Ce manque d'assurance est attribué aux techniques de réanimation et à l'urgence vitale de la situation, et non à la présence des parents en salle de naissance.

En effet, les sages-femmes évoquent comme motifs de leur appréhension à 79 % leur manque de maitrise, à un moindre degré pour 20 % d'entre elles, un manque de formation, un manque de pratique et une mauvaise gestion du stress. La présence des parents n'est jamais évoquée, ni de la part des sages-femmes, ni de la part des pédiatres, comme facteur d'appréhension dans une prise en charge de réanimation néonatale.

On peut noter un point très positif de cette analyse qu'est la bonne maitrise par les sages-femmes de la ventilation (une moyenne à 8.1/10). En effet cette pratique est selon les dernières recommandations de l'ILCOR de 2010(9,10), l'étape essentielle de la réanimation. L'intubation qui reste un geste peu maitrisé par les sages-femmes (moyenne de 3.6/10), doit être précis et rapide (inférieur à 30 secondes) et ne doit en aucun cas entrainer une suspension prolongée de la ventilation. Pour un opérateur peu entrainé, une ventilation efficace permettra d'attendre le soutien du pédiatre pour intuber si cela est nécessaire(32). Nous remarquons que nos résultats sont similaires à ceux de Clavier(11), dont nous avons fait état dans notre revue de littérature. Son étude met en évidence, que seule la ventilation est bien maitrisée par les sages-femmes, ce que notre analyse confirme puisque le massage cardiaque externe et l'administration de drogue est moyennement maitrisé (moyennes proches de 5) alors que la pose de KTVO ne l'est pas du tout. (Moyenne à 0.7)

Cette absence quasi totale de maitrise de la pose de KTVO par les sages-femmes, de notre étude est plus inquiétante car la voie intraveineuse est la voie à privilégier en salle de naissance plutôt que la voie intra-trachéale. Des efforts de formation en ce sens doivent donc être envisagés.

Ceci d'autant plus que les sages-femmes jugent, leur formation théorique initiale satisfaisante voire très satisfaisante (80%), mais jugent également leur formation pratique en stage globalement insuffisante voir très insuffisante (85%). Comme nous en avions fait état dans notre revue de littérature, un nombre important d'étudiants n'arrive pas à satisfaire leurs objectifs en matière de réanimation néonatale(34). Seuls 10 % des professionnels confient aux étudiants la pratique des gestes de réanimation. Nous pouvons facilement imaginer que la présence des parents est un frein supplémentaire à encadrer l'étudiant lors de manœuvres de réanimation. En effet, les

parents qui assistent à la réanimation de leur enfant peuvent légitimement s'attendre à ce qu'elle soit faite par la personne la plus expérimentée présente dans la salle.

La formation interne de réanimation, dispensée au sein du Belvédère par les pédiatres, est un atout indispensable pour combler ce déficit de formation pratique, d'autant qu'elle est peu habituelle dans les autres maternités. Bien que jugée suffisante par une forte majorité des sages-femmes, cette formation ne permet pas de lever toutes leurs appréhensions en matière de réanimation néonatale.

3.2 La réanimation en présence des parents.

L'ensemble des professionnels du Belvédère ayant répondu , qu'ils soient sages-femmes ou pédiatres, adhère massivement à 98 % au projet de service, qui consiste à réanimer le nouveau-né devant ses parents. Cette unanimité des professionnels peut paraître surprenante, en particulier pour les sages-femmes qui avouent ne pas bien maitriser toutes les étapes de la réanimation. Il est donc important de souligner que malgré une appréhension pour certains gestes de réanimation néonatale, elles ne remettent pas en cause la présence des parents, et ne seraient pas plus sereines en leur absence.

Une seule sage-femme a affirmé sa préférence de réanimer dans une salle pédiatrique annexe. Nous remarquons que cette sage-femme est une jeune diplômée puisqu'elle a moins de 3 ans de diplôme et se place dans la catégorie des 22-30 ans.

Nous avions émis comme hypothèse que la réanimation devant les parents ne perturbe pas le professionnel qui en a l'expérience. C'est pourquoi nous pouvons nous étonner de notre résultat concernant cette catégorie d'âge : sur les 19 sages-femmes, 18 ont répondu préférer réanimer en présence des parents. Nous nous attendions certainement à avoir plus de jeunes diplômés en difficulté avec cette pratique professionnelle.

Selon les sages-femmes, l'information des patientes sur la possibilité d'une réanimation néonatale se fait en salle de naissance, lors de la survenue d'un risque à 94 %. Cette information peut également être délivrée lors de préparation à la naissance ou à l'occasion d'une hospitalisation prénatale, elle n'est jamais systématique lors du suivi classique de grossesse, ni à l'arrivée en salle de naissance. 66 % d'entre elles, préviennent toujours les parents que cette réanimation se fera devant eux. On note que 4 % des sages-femmes, ne préviennent pas que la

réanimation se fera en leur présence. Comment alors, les parents peuvent-ils exprimer leur souhait sans cette information ? Nous avons omis dans notre étude, de demander aux professionnels s'ils avaient déjà été confrontés au refus de parents d'assister à la réanimation. Dans ce cas, si la réanimation est attendue, une table de réanimation est installée dans une pièce attenante au bureau des sages-femmes.

Néanmoins, si les professionnels sont favorables à la réanimation devant les parents, nous les avons interrogés sur les éléments qu'ils pouvaient redouter à un double niveau : au niveau parental (agressivité, stress, manque de calme ou risque de malaise) et au niveau personnel (perte d'efficacité, de moyens ou de calme, risque médico-légal, peur d'être observé).

Les professionnels craignent peu les réactions des parents : l'agressivité est cependant l'élément le plus redouté pour 28 % des sages-femmes et 38 % des pédiatres. Ces derniers, à un faible pourcentage, craignent également que les parents puissent faire un malaise ou manquer de calme. Pour appuyer ces résultats du Belvédère, nous citerons une étude anglo-saxonne, qui montre que la crainte évoquée par les médecins réanimateurs d'être gênés par des réactions violentes des parents ou qu'ils interfèrent dans la réanimation, n'était pas fondée(13).

A titre personnel, un quart des pédiatres redoute d'être observés. Les sages-femmes redoutent plus que ces derniers, une perte d'efficacité et de moyens. Enfin, le risque médico-légal inquiète 25 % des pédiatres et 19 % des sages-femmes. Selon l'étude PRESENCE du Pr Adnet(36), il n'y a pas plus de plaintes lors d'une réanimation en présence de la famille, à noter néanmoins que cette étude concerne les adultes.

Contrairement à ce qui est relaté dans la littérature, nous remarquons que globalement les professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère redoutent peu la présence des parents. Cette relative confiance des professionnels peut s'expliquer par l'expérience de cette pratique, qui remonte à plus de trente ans dans l'établissement.

Certains professionnels avouent néanmoins avoir parfois été perturbés par la présence des parents, en particulier pour les pédiatres, lors de réanimations lourdes (21 % des sages-femmes et 37 % des pédiatres). Pour ces derniers, l'expérience de la réanimation devant les parents a permis de modifier leur ressenti, et d'acquérir une plus grande sérénité. Ce qui confirme notre deuxième hypothèse, à savoir que l'expérience des professionnels du Belvédère face à cette pratique leur permet de ne pas être perturbés par la présence des parents.

Les professionnels qui viennent travailler au Belvédère font le choix de réanimer devant les parents ; pour 40 % d'entre eux, la connaissance de cette pratique au Belvédère a influencé positivement le choix de l'établissement. Pour les autres, cette pratique n'a pas influencé leur choix d'exercice mais ils s'y sont rapidement ralliés puisque que 98 % adhèrent au projet. Un pédiatre qui craignait travailler au Belvédère à cause de cette pratique, avoue maintenant ne plus pouvoir travailler autrement. Nous voyons donc que cette adhésion n'est pas naturellement simple pour l'ensemble du personnel, mais l'expérience de cette pratique leur permet de se l'approprier, d'autant qu'il s'agit d'une pratique d'équipe.

Un argument souvent avancé pour s'opposer à la présence des parents lors d'une réanimation néonatale est le caractère traumatisant de la réanimation et des gestes invasifs pour les parents. Pour Freud, père de la psychanalyse, le traumatisme est un « évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité et l'incapacité d'y répondre adéquatement. C'est un bouleversement accompagné d'effets pathogènes de l'organisme psychique. » Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais du XXème siècle, définit le traumatisme comme « une rupture de la continuité de l'existence de l'individu » (6)

Cet argument est réfuté par le personnel du Belvédère à 94 % pour les sages-femmes et pour la moitié des pédiatres. Pour ces professionnels, c'est l'état de l'enfant nécessitant une réanimation néonatale qui est traumatisant plus que la réanimation elle-même. Les premières minutes sont extrêmement importantes pour les parents, leur première angoisse est souvent l'absence de cri du nouveau-né à la naissance. La séparation d'un nouveau-né à ses parents pour des gestes de réanimation, dans une salle pédiatrique annexe, les laisse dans une extrême solitude et une incompréhension totale. Pour ces raisons, les professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère ne pensent pas que réanimer l'enfant devant ses parents, soit plus traumatisant et sont mêmes convaincus des avantages que représentent cette pratique.

Pour les pédiatres, l'avantage majeur est la possibilité de donner des informations en direct tout en réalisant la réanimation néonatale. C'est également l'avis du Dr Biarent, réanimateur belge, qui ouvre largement son service de réanimation néonatale aux parents. Elle affirme que la présence de ces derniers « facilite la communication et que le dialogue s'ouvre pendant la réanimation » (39)

Néanmoins, certains professionnels estiment qu'il est difficile pour le réanimateur d'expliquer ses gestes, en même temps qu'il les accomplit. C'est pourquoi, des études font état de l'importance d'une personne détachée, auprès des parents pour répondre à leurs interrogations et les accompagner. Dans la déclaration conjointe européenne, il est souligné le rôle fondamental de cette personne désignée(43). Cette personne qualifiée peut être un membre expérimenté de l'équipe n'ayant pas de rôle majeur dans la réanimation et dont la fonction est d'être auprès des parents. Au Belvédère, tous les pédiatres pensent que les parents sont accompagnés souvent voire très souvent pendant la réanimation. Comparativement 45 % des sages-femmes estiment que ce personnel détaché est manquant.

Pour les ¾ des professionnels du Belvédère, un accompagnement psychologique post-réanimation est proposé aux parents qui en expriment le besoin. 25 % des pédiatres proposent cet accompagnement systématiquement, contre 17 % des sages-femmes, 4 % d'entre elles ne proposent rien.

Pour 80 % des professionnels, pédiatres et sages-femmes confondus, réanimer devant les parents permet une transparence des gestes, « les parents savent tout ce qui a été fait, que tout a été tenté pour sauver leur enfant » Ils ont une meilleure prise de conscience de la réalité et si les choses viennent à s'aggraver, leur présence auprès des soignants permet de commencer le travail de deuil. D'après le Dr Biarent, les parents ont ainsi une vue conforme à la réalité de la situation, cela diminue l'anxiété de l'acte lui-même mais évidemment pas l'anxiété du pronostic de leur enfant(37). C'est également ce que relate Mme Plet la psychologue du Centre Hospitalier du Belvédère, qui nous confiait que dans ces situations d'urgence, les parents présents portaient moins attention à l'aspect technique des gestes qu'à l'évolution de leur enfant.

Les professionnels sont également sensibles au maintien d'une relation des parents avec l'enfant. Il n'y a pas de séparation brutale lorsque la réanimation s'effectue dans la salle de naissance, la parentalité est respectée. Selon le thérapeute Maurer, la séparation précoce d'avec la mère influence le développement futur de l'enfant(7). Cette séparation juste après l'expulsion, survient à l'instant où allait se produire le phénomène d'empreinte ; il s'agit du processus d'attachement et d'identification survenant après la naissance. Ce phénomène nait du contact de tous

les sens et déclenche chez la mère et l'enfant, les instincts et la reconnaissance mutuelle.

Les inconvénients de la réanimation devant les parents sont beaucoup moins documentés par les professionnels du Belvédère. Parmi les réponses, l'asepsie verbale et le stress des parents sont relatés pour 60 % des pédiatres et 30 % des sages-femmes. A l'inverse, certains professionnels voient l'asepsie verbale comme un avantage à cette pratique. La présence des parents oblige le réanimateur à garder son calme et à avoir une grande maitrise de ses gestes. La communication et la complémentarité entre les professionnels est essentielle.

Selon Biarent il est important de créer un espace de discussion entre les membres de l'équipe médicale. Quand les interventions de réanimations ont été pénibles pour les soignants et qu'elles ont entrainées une forte implication affective, le débriefing permettra de verbaliser le traumatisme psychique vécu(37). 85 % des sages-femmes interrogées répondent pouvoir bénéficier de ce débriefing et 20 % peuvent bénéficier d'un accompagnement personnalisé.

Le ressenti des professionnels du Belvédère pour cette pratique professionnelle a d'autant plus de valeur, que 70 % d'entre eux ont une expérience antérieure, dans une salle pédiatrique annexe. Ainsi ils peuvent d'après leur retour d'expérience, évaluer les avantages et inconvénients de chaque lieu de réanimation.

Les avantages de la salle pédiatrique annexe sont considérés par les soignants du Belvédère comme facilitant leur travail. Les pédiatres voient dans la salle pédiatrique annexe un avantage à s'exprimer librement (63 %), et le bénéficie d'un plus grand confort (50 %), un seul pédiatre pense qu'il y aurait une plus grande liberté d'action et que la réanimation ne serait pas perturbée par les parents. Deux d'entre eux pensent que cela peut préserver les parents.

Ces chiffres ne sont pas superposables pour les sages- femmes, qui ne voient la salle pédiatrique annexe que comme un avantage de s'exprimer librement et un confort personnel (34 %). Aucune ne voit la réanimation en salle pédiatrique annexe, comme un bénéfice de préservation des parents.

Les différences s'expliquent probablement par la nature des gestes habituellement pratiqués par les deux professions, les pédiatres prenant le relai pour des gestes plus techniques.

A l'inverse les professionnels qui ont travaillé en salle pédiatrique annexe détaillent les inconvénients pour les parents. Les pédiatres sont conscients à 88 % que pendant que l'on réanime leur enfant dans une autre pièce, les parents restés seuls, imaginent des choses dépassant la réalité. Selon Canouï, l'imaginaire est exacerbé et la fantasmatisation s'avère souvent bien pire que la réalité(41). Ils pensent également à 75 % que l'attente et la solitude des parents est insupportable, ainsi que la séparation et le traumatisme psychologique pour 50 %, de même pour les sages-femmes.

L'analyse du questionnaire a permis de répondre à nos hypothèses de départ. Premièrement, la réanimation des professionnels du Belvédère n'est pas perturbée par la présence des parents. Par ailleurs ils ont acquis, une expérience et une habitude de cette pratique depuis de nombreuses années, d'autant plus importante qu'elle est soutenue par l'équipe entière. Enfin qu'une imposante majorité de la population ayant répondue est satisfaite de cette pratique, puisque 98 % adhèrent au projet de service.

Néanmoins notre étude a mis en évidence des lacunes qui peuvent être améliorées par différentes propositions.

4 Propositions d'actions

Pour les professionnels du Belvédère, ce n'est pas la présence des parents en salle de naissance qui est vécue comme une contrainte, mais c'est la pratique de certains gestes de réanimation, que les sages-femmes appréhendent : intubation, MCE, administration de drogues et pose de KTVO.

Devant ce constat, il convient pour les écoles de sages-femmes d'envisager de renforcer l'apprentissage de la réanimation. Tant sur le plan théorique que pratique, lors des travaux dirigés et sur les lieux de stages. Il convient également de renforcer l'encadrement sur les lieux de stage pour que l'étudiant puisse apprendre les gestes. Enfin il faut prévoir, une réelle évaluation de la maitrise de ces gestes.

L'HAS interdit que « la première fois se fasse sur le patient », il faut donc que l'étudiant puisse se former à l'école. L'apparition des simulateurs de réanimation de haute technologie va permettre d'améliorer l'apprentissage. Ces simulateurs apparentés à ceux des vols de l'aéronautique, ou de navigation maritime vont permettre de reproduire des conditions réelles, de façon expérimentale. Ils vont permettre aux professionnels de s'entrainer en dehors du contexte d'urgence et de

débriefer à chaud les points positifs, négatifs et ceux à améliorer. Cependant ils sont encore trop peu nombreux, fragiles, couteux d'utilisation et non réservés en priorité aux étudiants étant donné le nombre important de professionnels à former.

Le CHU de Rouen vient de se doter de ce matériel et nous avons pu bénéficier d'une séance de formation, qui s'est révélée très instructive. Ces nouvelles technologies vont permettre d'augmenter le niveau de compétence des étudiants et des professionnels sur le terrain et ainsi d'augmenter la sécurité sanitaire.

Il est de la responsabilité des maternités, établissements hospitaliers et cliniques, de proposer à son personnel une formation médicale continue selon un plan de formation, un droit à congé, et un financement propre, que ces formations se fassent en externe ou en interne. Cette formation interne est proposée au Belvédère depuis de nombreuses années, à raison d'une demi-journée par an, par petit groupe. Elle se fait par les pédiatres de l'établissement, et a plusieurs avantages : améliorer les techniques des sages-femmes, se familiariser avec le matériel, acquérir des automatismes, renforcer les équipes (pédiatres, sages-femmes et aides-soignantes) et travailler en binôme dont l'efficacité et la complémentarité sur le terrain se révèlera précieuse. Dans l'urgence de la réanimation, rien ne doit être laissé au hasard.

Enfin le professionnel, devra parfaire l'actualisation de ses connaissances, éventuellement en participant à des conférences ou des congrès, en lisant des revues sur la spécialité(31). Ces améliorations vont dans le sens du Développement Professionnel Continu, alliant Evaluations des Pratiques Professionnelles et Formation Médicale Continue, auxquelles médecins et sages-femmes sont réglementairement soumis.

Une autre piste d'amélioration pourra être proposée aux professionnels du Belvédère. Il s'agit d'allouer dans la mesure du possible une personne de soutien aux parents pendant la réanimation, car cette présence n'est pas systématique. En effet, la nécessité de cette personne a été évoquée depuis longtemps dans la littérature. Ceci a été souligné comme essentiel, au bon déroulement d'une prise en charge urgente en présence des familles. Des études ultérieures suggèrent que la personne de soutien, doit être un élément séparé de l'équipe de réanimation, donc en mesure de rester avec la famille tout au long de l'événement. Selon Demarquez, cette personne doit être formée, car ce rôle n'est pas naturel chez tous les soignants. Il faut donc envisager, la formation de « spécialistes en information » au sein de l'équipe médicale.

De plus, nous avons vu que 32 % des sages-femmes n'informaient pas systématiquement les parents de la réanimation en leur présence, 4% ne les informaient jamais. Il est important de sensibiliser les sages –femmes pour que cette information soit donnée car il est indispensable que l'on puisse respecter le choix des parents.

Il nous semble intéressant pour terminer, de nous poser la question d'une éventuelle généralisation de cette pratique professionnelle ? Selon Devictor(42), la présence des parents ininterrompue en service de réanimation néonatale, semble inévitable. Peut-on faire l'analogie de ce constat avec la salle de naissance ?

Cette étude s'est centrée sur le ressenti des professionnels et n'a pas exploré celui des parents. Il serait donc intéressant de leur laisser la parole, et de savoir ce qu'ils souhaitent ? Car toujours selon Devictor(42) « la question revient principalement aux intéressés »

CONCLUSION

La réanimation néonatale est un moment douloureux à vivre pour les parents mais également difficile pour les professionnels. Le métier de soignant est complexe et nécessite à la fois un savoir, c'est-à-dire de solides connaissances ; un savoir-faire, une réelle compétence et un savoir-être pour établir une bonne relation soignant-soigné. Cette relation est basée sur une communication appropriée qui permet de donner des réponses justes et adaptées aux inquiétudes des patients.

Le débat concernant la présence des parents lors d'une réanimation néonatale est loin de faire consensus dans la communauté médicale. Si pendant des années, la question ne se posait ni aux soignants ni aux parents, il semble que cette présence commence peu à peu à s'imposer. Elle reste cependant la volonté d'une minorité d'équipes, et le sujet est controversé. Notre étude a permis de mettre en évidence que les professionnels du Centre Hospitalier du Belvédère adhérent massivement au choix de service de réanimer devant les parents en salle de naissance. Cette présence ne les perturbe pas dans la qualité de leur prise en charge. D'après leurs retours d'expérience, ils estiment que le fait d'assister à la réanimation de leur enfant n'est pas plus traumatisant pour les parents.

Lors des précédents congrès de la Société de Réanimation en Langue Française, réanimateurs, pédopsychiatres et éthiciens sont venus apportés leurs retours d'expériences favorables sur la présence des parents lors de la réanimation. Le dernier congrès de janvier 2013 a permis la communication de trois infirmières, de réanimation néonatale de l'hôpital Necker à Paris, qui posent la question de l'utilité de la présence des parents lors de la réanimation de leur enfant. Selon elles, le choix doit être laissé aux parents, ainsi ils auront un meilleur vécu de la réanimation. Ils doivent être accompagnés et recevoir de l'équipe une information claire et adaptée à la situation et à son évolution.

Comment justifier alors une pratique différente entre la prise en charge d'une réanimation en service de néonatalogie et celle de la salle de naissance ? Doit-on envisager que la réanimation en salle de naissance s'imposera un jour aux soignants à la demande des parents ?

BIBLIOGRAPHIE

❖ *Livres*

1. DAUGER S, LETEURTRE S, BEAUFILS F - Réanimation pédiatrique (2ème édition) - Rueil-Malmaison-Douin éditeurs – 2012 - pages 289 à 296

2. ELIACHEFF C, SZEJER M – Le bébé et les ruptures. Séparation et exclusion – Paris – Albin Michel – 2003 – pages 20 à 24

3. GOLD F, AUJARD Y, DEHAN M, LEJEUNE C, MORIETTE G, VOYER M - Soins intensifs et réanimation du nouveau-né (2ème édition) - Paris - Elsevier Masson – 2006 – page 586

4. GROSCLAUDE M - L'enfant réanimé clinique de la rupture et du lien - Ramonville Saint-Agne – Eres – 2007 – page 367

5. LAUGIER J, ROZE JC, SIMEONI U, SALIBA E – Soins aux nouveau-nés. Avant, pendant et après la naissance (2ème édition) – Paris - Elsevier Masson – 2006 – pages 93 à 102

6. LUMBROSO V, CONTINI E – Premières années, premiers liens : l'attachement de l'enfant à ses parents - Bruxelles – De Boeck – 2010 – pages 36 à 41

7. MAURER W –Mère et enfant, l'un contre l'autre, du processus d'attachement à l'appartenance sociale. Ed le souffle d'or, collection champs des idées 2004

❖ *Articles*

8. ALBARRAN JW, FULBROOK P, LATOUR JM - Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation : A European survey – "International Journal of Nursing Studies" - N°14 - Septembre 2007 - pages 1238 à 1249

9. BETREMIEUX P - Prise en charge et réanimation du nouveau-né en sale de naissance : synthèse, adaptation et commentaires pratiques des

recommandations de l'International Liaision Committee on Resuscitation (ILCOR) – « Médecine et enfance » Avril 2007 – N°27 – 39 pages

10. BIARENT D, BINGHAM R, EICH C, LOPEZ- HERCE J, MACONOCHIE I, RODRIGUEZ-NUNEZ A, RAJKA T, ZIDEMAN D - European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010. « Resuscitation » - 2010 - N°81 – pages 1364 à 1388

11. CLAVIER J - Sage-femme et réanimation du nouveau-né : de la formation pratique au maintien des compétences. « La revue de sage-femme » - 2005 – N°5 - pages 203 à 208

12. DERVILLERS M, MATSUSHITA H - La présence des familles en réanimation pédiatrique : comment concilier les besoins des enfants, des parents et des soignants - « Revue du cadre soignant » - Décembre 2004 – N°15 - pages 11 à 13

13. DINGEMAN R, MITCHELL E, MEYER E, CURLEY M – Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation : a systematic review of the literature – "Pediatrics" – 2007 – N°120

14. FLORIS L – Réanimation du nouveau-né et sages-femmes – Les dossiers de l'Obstétrique – Juin 2006 – N°350 – pages 9 à 12

15. GALENE-GROMEZ S, LAUDENBACH V - Réanimation du nouveau-né en salle de naissance. « Le Praticien en Anesthésie Réanimation » - Avril 2008 – N°12 – pages 125 à 131

16. HALM M - Family presence during resuscitation : a critical review of the literature - "Journal Crit Care" – 2005 – N°14 – pages 494 à 511

17. JARVIS A - Parental presence during resuscitation attitudes of staff on a paediatric intensive care unit – "Intensive and Critical Care Nursing" - N°14 - Février 1998 - pages 3-7

18. MAZER M, COX L, CAPON J – The public's attitude and perception concerning witnessed cardiopulmonary resuscitation – "Critical Care Medicine" – N°34 – 2006

19. NIBERT L, ONDREJKA D - Family Presence during resuscitation : An integrative review for evidence based practice – "Journal of Pediatrics Nursing" – April 2005 - N°20

20. PARKMAN HENDERSON D, KNAPP JF : Report of the National consensus conference on family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation and procedures – "Journal of Emergency Nursing" – Février 2006 – N°32 – pages 23 à 29

21. PIERRE F - Les maternités au sein du réseau périnatal : Organisation actuelle et à venir - Actualité et Dossier en Santé Publique – Décembre 2007/Mars 2008 – N°61/62 – pages 53 à 57

22. SIZUN J, GARENNE A, DUBOURG M - Ce que les pédiatres peuvent nous apprendre - « Réanimation » - 2010 - N°19 - pages 251 à 257

23. WILLIAMS J – Family Presence during resuscitation : to see or not to see ? "Nursing Clinics of North America" – Mars 2002 – N°37 – pages 211-220

❖ ***Textes officiels***

24. Arrêté du 25 Avril 2000 relatif aux « conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatologie et à la réanimation néonatale »

25. Articles D 6124-35 à D 6124-63 du Code de la Santé Publique relatifs à la périnatalité.

26. .Article R4127-304 du code de déontologie des sages-femmes relatif à la formation médicale continue.

27. Arrêté du 11 Décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme.

28. Compétences de la sage-femme et code de déontologie-Mars 2007.

29. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux « droits des malades et à la fin de vie »

30. Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant « création d'une première année de médecine commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants »

31. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires »

❖ *Documents non publiés*

32. BOURDIN J - Réanimation du nouveau-né en salle de naissance : il y a comme un courant d'air - mémoire – école de sage-femme de Rouen - 2008

33. DEOTTO LM - La réanimation du nouveau-né : Etat des lieux des pratiques des sages-femmes en Haute Normandie - mémoire - école de sage-femme de Rouen - 2011

34. KARAGUINSKY C - Les étudiants sages-femmes sont-ils suffisamment préparés à la réanimation néonatale pendant leurs études ? mémoire – école de sage-femme de Clermont Ferrand - 2012

35. MARILLER J - Formation des étudiantes sages-femmes sur la prise en charge de la détresse respiratoire en salle de naissance - mémoire – école de sage-femme de Paris Descartes - 2011

❖ *Autres sources*

Congrès

36. ADNET F, BERTRAND L, BELPOMME V - Intérêt pour un proche de se voir proposer d'être présent lors de la réanimation d'un parent victime d'un arrêt cardiaque – Protocole **PRESENCE** - Congrès 2012 Urgences 2012.

37. BIARENT D – La présence des parents en URP modifie-t-elle nos pratiques ? – 36ème Congrès International de la Société de Réanimation en Langue Française – Paris – 2008

38. BIARENT D – Réanimation cardiopulmonaire de l'enfant : Recommandations 2011 de l'European Resuscitation Council - 5ème Congrès de la Société

Française de Médecine d'Urgence - Urgences 2011 – chapitre 15 – pages 125 à 132

39. BIARENT D, VAN PEVENAGE, FONTEYNE C - La présence des parents lors d'une réanimation cardiovasculaire et ou d'actes invasifs – 5ème Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence - Urgences 2011 – chapitre 106 – pages 1191 à 1200

40. BOURLIATAUX E, CEDRATI O, LE FLOCH C – Conduire une réanimation en présence des parents en réanimation pédiatrique – 41ème Congrès International de la Société de Réanimation en Langue Française – Paris 2013

41. DEMARQUEZ J.L – Les familles peuvent-elles ou doivent-elle être présente 24h/24 en URP ? Le point de vue du réanimateur - 36ème Congrès International de la Société de Réanimation en Langue Française – Paris - 2008

42. DEVICTOR D - Les familles peuvent-elles ou doivent-elles être présentes 24h/24 en URP ? Le point de vue de l'éthicien - 36ème Congrès International de la Société de Réanimation en Langue Française – Paris – 2008

43. La présence des membres de la famille pendant les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire – Déclaration conjointe de la Fédération Européenne des Associations des Infirmiers en Soins Intensifs, des Soins Intensifs en Pédiatrie et Néonatalogie et la Société Européenne du Conseil en Cardiologie. Ratifiée en 2007.

Sites internet

44. Conduire une réanimation pédiatrique en présence des parents - http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/recherche-en-soins-infirmiers/conduire-une-reanimation-pediatrique-en-presence-des-parents.html - consulté en février 2013

45. La place des parents lors de la réanimation cardiorespiratoire de leur enfant - http://www.sidiief.org/~/media/Files/12_0_CongresMondial/Presentations/Lundi/SP33%202_Karine_Houle.ashx - consulté le 15 novembre 2012

46. La profession et modes d'exercice – www.ordre-sages-femmes.fr - consulté en novembre 2012

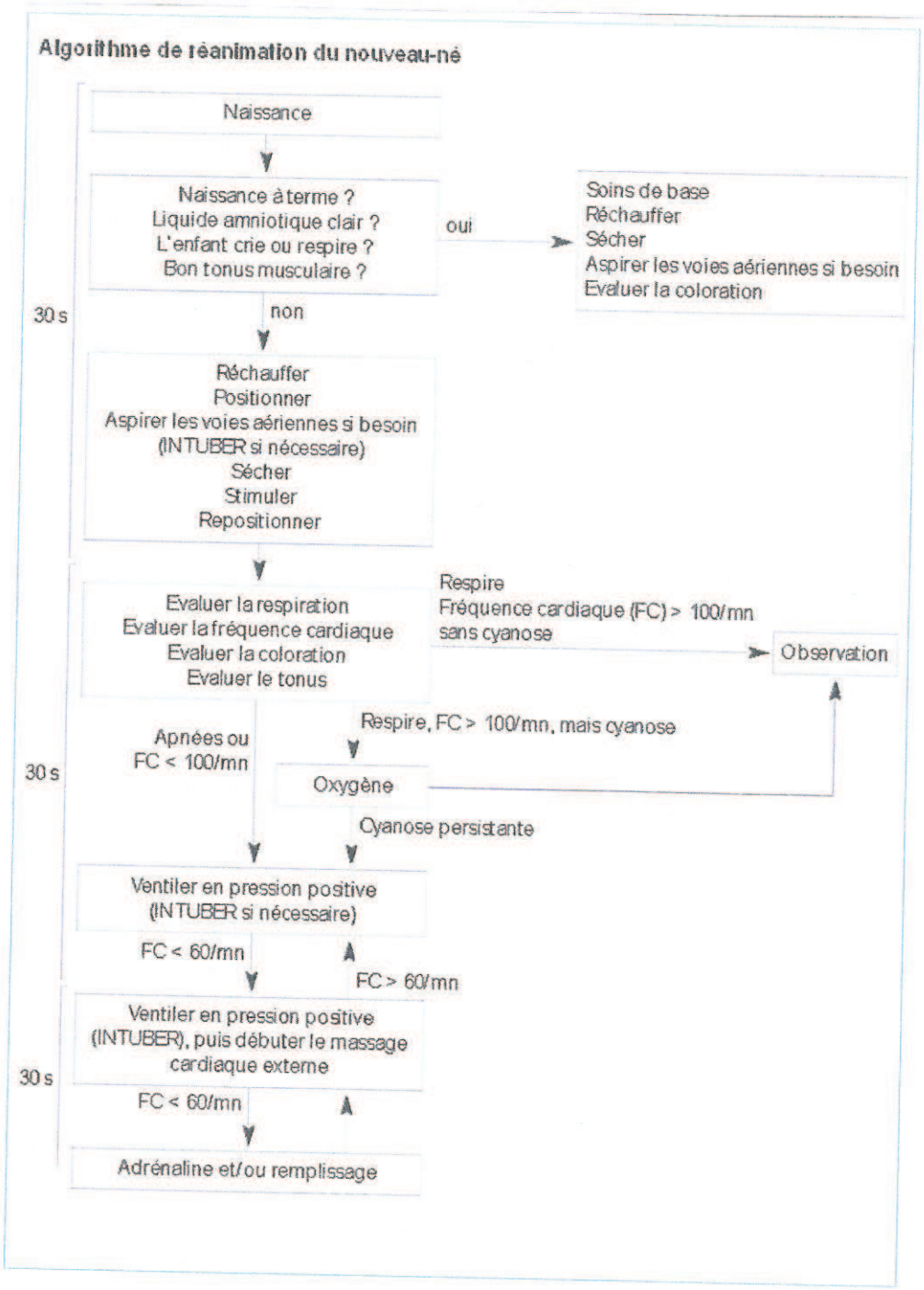
47. La théorie de l'attachement - http://lesenfantsdabord.wifeo.com/documents/TheorieAttachement.pdf - consulté en novembre 2012

48. Monsieur le professeur Gilbert HUAULT - http://rea-ped-kb.aphp.fr/historique/huault.htm - consulté en décembre 2012

49. Politique Périnatale en France 1994-2005 : impact des décrets en Périnatalité – http://www.audipog.net/pdf/seminaires/seminaire_2008/pres05_audipog.pdf - consulté en novembre 2012

ANNEXES

Annexe I : Algorithme de la réanimation du nouveau-né en salle de naissance selon l'ILCOR.



Annexe II : Check-list du matériel de réanimation à vérifier à chaque garde.

- Table de réanimation chauffée, prête à l'emploi.
- Matériel d'aspiration, source de vide et sondes toujours disponible.
- Matériel de ventilation type manuel ou Neopuff.
- Matériel d'intubation : sondes de différentes tailles :
  - 2.5 pour un nouveau-né < 2000g
  - 3 pour un nouveau-né compris 2000g et 3500g
  - 3.5 pour un nouveau-né < 3500g
- Puis laryngoscope, pince de Magill, moustaches.
- Matériel pour pose de CVO, gants, masques et casaque stériles; cathéters et boite d'instruments.
- Préparation de solutés et drogues : sérum physiologique, bicarbonate de sodium, sérum glucosé à 10 pour 1000, adrénaline, naloxone, aiguilles et seringues
- Incubateur maintenu à 35 °
- Stéthoscope, oxymétrie de pouls, thermomètre, appareil pour glycémie, bonnet, langes secs et chauffés.

Annexe III : Facteurs de risque d'asphyxie néonatale en anté et per-partum.

❖ Facteurs maternels

- Infection maternelle (HIV, hépatites, syphilis, listéria...)
- Antécédents de mortalité ou de morbidité périnatale
- Diabète (type I, type II, gestationnel, insulinodépendant ou non)
- Maladie chronique
- Allo-immunisation érythrocytaire
- Placenta prævia et métrorragie en ante et pernatal
- Traitement maternel
- Toxicomanie

❖ Facteurs fœtaux

- Prématurité / post-maturité
- Malformations fœtales
- Hydramnios / oligoamnios / anamnios
- Grossesse multiple
- Retard de croissance intra-utérin
- Macrosomie
- Diminution des mouvements actifs fœtaux
- Infection intra-utérine
- Anasarque

❖ En pernatal :

- Rupture prématurée et prolongée des membranes (>12 heures)
- Liquide teinté ou méconial
- Hémorragie maternelle (HRP, placenta prævia, rupture utérine)
- Procidence du cordon, circulaire, bretelle
- Hémorragie de Benckiser
- Anomalie du RCF
- pH fœtal <7,25
- Oxymétrie de pouls <30 %
- Travail rapide < 3 heures ou prolongé > 24 heures
- Césarienne

Annexe IV : Questionnaire Sage-femme

1. Profil du professionnel

1.1 Vous êtes ?
☐ Une femme ☐ Un homme

1.2 Quel âge avez-vous ?
☐ 22-30 ans ☐ 31-40 ans ☐ 41 ans et plus

1.3 Où avez-vous été diplômé (e) ?
☐ Rouen ☐ autre, précisez : .....

1.4 Depuis quand êtes vous diplômé (e) ?
☐ < 3ans ☐ entre 3 – 10 ans ☐ > 10 ans

1.5 Quelle est votre ancienneté en salle de naissance au Belvédère ?
☐ < 5ans ☐ entre 5 – 10 ans ☐ > 10 ans

2. Pratiques professionnelles

2.1 Parmi ces items concernant la réanimation du nouveau-né en salle de naissance, combien de fois les avez-vous pratiqués depuis votre diplôme ?

	0	1-5	6-20	Plus de 20
Ventilation au masque / Neopuff				
Intubation				
Massage cardiaque externe				
Préparation, administration des drogues				
Pose d'un KTVO				

2.2 Lors d'une réanimation intensive, qui est présent dans la salle de naissance ?
☐ sage-femme ☐ pédiatre
☐ aide-soignante ☐ interne
☐ médecin anesthésiste ☐ autre : .....

2.3 Prévenez-vous les parents, lors du suivi de grossesse d'un risque d'une réanimation néonatale ?
☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non
☐ Ne sait pas

2.4 Si oui, les informez-vous, qu'au Belvédère cette réanimation s'effectue en salle de naissance, en leur présence ?

☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non
☐ Ne sait pas

2.5 Lors d'une réanimation néonatale, un personnel qualifié est il détaché, pour accompagner et expliquer vos gestes aux parents ?

☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non
☐ Ne sait pas

2.6 Au terme de la réanimation, proposez-vous un accompagnement psychologique ?

☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non
☐ Ne sait pas

Si oui, lequel : .....
.....
.....

3. Ressenti du professionnel

3.1 Comment qualifieriez-vous votre formation en réanimation pendant vos études de sage-femme ?

Formation théorique : ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante
☐ Insuffisante ☐ Très insuffisante

Formation pratique : ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante
☐ Insuffisante ☐ Très insuffisante

3.2 Bénéficiez-vous d'une formation complémentaire en réanimation au sein de votre établissement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle : .....
.....

Est-elle suffisante ? ☐ Oui ☐ Non

3.3 Pouvez-vous coter de 0 (absence de maitrise) à 10 (maitrise complète), votre maitrise de la réanimation pédiatrique parmi ces items ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ventilation au masque / Neopuff											
Intubation											
Massage cardiaque externe											
Préparation, administration des drogues											
Pose d'un KTVO											

3.4 Lesquels appréhendez-vous ? (0 = très appréhendé à 10 = non appréhendé)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ventilation au masque / Neopuff											
Intubation											
Massage cardiaque externe											
Préparation, administration des drogues											
Pose d'un KTVO											

3.5 Ces gestes sont t'ils d'autant plus appréhendés qu'ils sont effectués en présence des parents ?

☐ Oui ☐ Non

Veuillez coter cette appréhension sur le même principe que pour la question 3.4

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ventilation au masque / Neopuff											
Intubation											
Massage cardiaque externe											
Préparation, administration des drogues											
Pose d'un KTVO											

3.6 Que redoutez-vous le plus dans une réanimation en présence des parents ?

Chez les parents : stress ☐ oui ☐ non
manque de calme (cris, pleurs) ☐ oui ☐ non
agressivité ☐ oui ☐ non
malaise ☐ oui ☐ non
autre : précisez .....
.....

Pour vous-même : manque de calme ☐ oui ☐ non
perte de vos moyens ☐ oui ☐ non
perte d'efficacité ☐ oui ☐ non
être observé ☐ oui ☐ non
problème médico-légale ☐ oui ☐ non
autre : précisez .....
.....
.....

3.7 Avez-vous déjà été personnellement perturbé par la présence des parents lors d'une réanimation néonatale ?
☐ Oui ☐ Non

3.8 Si oui, avez-vous songé à quitter l'établissement ?
☐ Oui ☐ Non

3.9 Si la présence des parents vous dérangeait auparavant, pensez vous que votre expérience a modifié votre ressenti ?
☐ Oui, beaucoup ☐ Oui, un peu ☐ Non

3.10 D'après vos retours d'expérience, pensez vous que le fait d'assister à la réanimation de leur enfant est plus traumatisant qu'une réanimation en salle pédiatrique annexe ?
☐ Oui ☐ Autant ☐ Non

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

3.11 Avez-vous connaissance d'un professionnel qui aurait quitté le Belvédère du fait de cette pratique ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

3.12 D'après vous quels sont les avantages et les inconvénients de la réanimation devant les parents ?

Avantages :

- ☐ respect de la parentalité
- ☐ pas de séparation parent/enfant
- ☐ transparence des gestes
- ☐ prise de conscience de la réalité de la situation
- ☐ constater que tout a été fait
- ☐ facilitation du travail de deuil
- ☐ risque médico-légal
- ☐ autre : ....
  .....
  .....

Inconvénients :

- ☐ perte de moyens
- ☐ perte d'efficacité
- ☐ manque de calme
- ☐ maitrise verbale
- ☐ risque médico-légal
- ☐ stress des parents
- ☐ traumatisme psychologique
- ☐ prise de conscience de la réalité de la situation
- ☐ autre : .....
  .....
  .....

3.13 Avez-vous déjà travaillé dans un établissement où la réanimation se faisait dans une salle pédiatrique annexe ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, d'après vous quels sont les avantages et les inconvénients de cette pratique :

Avantages :

- ☐ préservation des parents
- ☐ réanimation non perturbée
- ☐ confort du soignant
- ☐ être entre professionnels
- ☐ liberté d'action
- ☐ liberté de paroles
- ☐ autre : .....
  .....
  .....

Inconvénients :

- ☐ séparation parent/enfant
- ☐ attente interminable
- ☐ imaginaire exacerbé
- ☐ ignorance de la situation
- ☐ solitude des parents
- ☐ traumatisme psychologique
- ☐ autre : .....
  .....
  .....

3.14 S'il vous était donné la possibilité de choisir entre réanimer devant les parents ou non, que choisiriez-vous ?

☐ Réanimer en présence des parents ☐ Réanimer dans une salle pédiatrique annexe

3.15 Si vous le souhaitez, vous pouvez vous exprimez librement sur le sujet.

Questionnaire Pédiatre

1. Profil du professionnel

1.1 Vous êtes ?
☐ Une femme ☐ Un homme

1.2 Quel âge avez-vous ?
☐ 30-40 ans ☐ 41-50 ans ☐ 51 ans et plus

1.3 Où avez-vous été diplômé (e) ?
☐ Rouen ☐ autre, précisez : .....

1.4 Depuis quand êtes vous diplômé (e) ?
☐ < 3ans ☐ entre 3 – 10 ans ☐ > 10 ans

1.5 Depuis combien de temps exercez-vous au Belvédère ?
☐ < 5ans ☐ entre 5 – 10 ans ☐ > 10 ans

2. Pratiques professionnelles

2.1 Parmi ces items concernant la réanimation du nouveau-né en salle de naissance, combien de fois les pratiquez-vous par an ?

	0	1-5	6-10	Plus de 10
Ventilation au masque / Neopuff				
Intubation				
Massage cardiaque externe				
Préparation, administration des drogues				
Pose d'un KTVO				

2.2 Lors d'une réanimation intensive, qui est présent dans la salle de naissance ?
☐ sage-femme ☐ pédiatre
☐ aide-soignante ☐ interne
☐ médecin anesthésiste ☐ autre : .....

2.3 Lorsque vous êtes appelé en salle de naissance pour une réanimation, avez-vous la possibilité d'expliquer aux parents la situation ?
☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non
☐ Ne sait pas

2.4 Lors d'une réanimation néonatale, un personnel qualifié est il détaché, pour accompagner et expliquer vos gestes aux parents ?

☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non
☐ Ne sait pas

2.5 Au terme de la réanimation, proposez-vous un accompagnement psychologique ?

☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non
☐ Ne sait pas

Si oui, lequel : .....
.....
.....

3. Ressenti du professionnel

3.1 Comment qualifieriez-vous formation initiale en réanimation ?

Formation théorique : ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Insuffisante ☐ Très insuffisante

Formation pratique : ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Insuffisante ☐ Très insuffisante

3.2 Bénéficiez-vous de formation complémentaire au sein de votre établissement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle : .....
.....

3.3 Pouvez-vous coter de 0 (absence de maitrise) à 10 (maitrise complète), votre maitrise de la réanimation pédiatrique parmi ces items ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ventilation au masque / Neopuff											
Intubation											
Massage cardiaque externe											
Préparation, administration des drogues											
Pose d'un KTVO											

3.4 Lesquels appréhendez-vous ? (0 = très appréhendé à 10 = non appréhendé)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ventilation au masque / Neopuff											
Intubation											
Massage cardiaque externe											
Préparation, administration des drogues											
Pose d'un KTVO											

3.5 Ces gestes sont t'ils d'autant plus appréhendés qu'ils sont effectués en présence des parents ?

☐ Oui ☐ Non

Veuillez coter cette appréhension sur le même principe que pour la question 3.4

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ventilation au masque / Neopuff											
Intubation											
Massage cardiaque externe											
Préparation, administration des drogues											
Pose d'un KTVO											

3.6 Que redoutez-vous le plus dans une réanimation en présence des parents ?

Chez les parents : stress ☐ oui ☐ non
manque de calme (cris, pleurs) ☐ oui ☐ non
agressivité ☐ oui ☐ non
malaise ☐ oui ☐ non
autre : précisez .....
.....
.....

Pour vous-même : manque de calme ☐ oui ☐ non
perte de vos moyens ☐ oui ☐ non
perte d'efficacité ☐ oui ☐ non
être observé ☐ oui ☐ non
problème médico-légale ☐ oui ☐ non
autre : précisez .....
.....
.....

3.7 Est-ce que le fait de réanimer les nouveau-nés en salle de naissance devant les parents a influencé votre choix de travailler au Belvédère ?

☐ Influence positive ☐ Influence négative ☐ Indifférent

3.8 Avez-vous déjà été personnellement perturbé par la présence des parents lors d'une réanimation néonatale ?

☐ Oui ☐ Non

3.9 Si oui, avez-vous songé à quitter l'établissement ?

☐ Oui ☐ Non

3.10 Si la présence des parents vous dérangeait auparavant, pensez vous que votre expérience a modifié votre ressenti ?

☐ Oui, beaucoup ☐ Oui, un peu ☐ Non, pas du tout

3.11 D'après vos retours d'expérience, pensez vous que le fait d'assister à la réanimation de leur enfant est plus traumatisant qu'une réanimation en salle pédiatrique annexe ?

☐ Oui ☐ Autant ☐ Non

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

3.12 D'après vous quels sont les avantages et les inconvénients de la réanimation devant les parents ?

Avantages :

- ☐ respect de la parentalité
- ☐ pas de séparation parent/enfant
- ☐ transparence des gestes
- ☐ prise de conscience de la réalité de la situation
- ☐ constater que tout a été fait
- ☐ facilitation du travail de deuil
- ☐ risque médico-légal
- ☐ autre : ....
  .....

Inconvénients :

- ☐ perte de moyens
- ☐ perte d'efficacité
- ☐ manque de calme
- ☐ maitrise verbale
- ☐ risque médico-légal
- ☐ stress des parents
- ☐ traumatisme psychologique
- ☐ prise de conscience de la réalité de la situation
- ☐ autre : .....
  .....

3.13 Avez-vous connaissance d'un professionnel qui aurait quitté le Belvédère du fait de cette pratique ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

3.14 Avez-vous déjà travaillé dans un établissement où la réanimation se faisait dans une salle pédiatrique annexe ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, d'après vous quels sont les avantages et les inconvénients de cette pratique :

Avantages :

- ☐ préservation des parents
- ☐ réanimation non perturbée
- ☐ confort du soignant
- ☐ être entre professionnels
- ☐ liberté d'action
- ☐ liberté de paroles
- ☐ autre : .....
  .....
  .....

Inconvénients :

- ☐ séparation parent/enfant
- ☐ attente interminable
- ☐ imaginaire exacerbé
- ☐ ignorance de la situation
- ☐ solitude des parents
- ☐ traumatisme psychologique
- ☐ autre : .....
  .....
  .....

3.15 S'il vous était donné la possibilité de choisir entre réanimer devant les parents ou non, que choisiriez-vous ?

☐ Réanimer en présence des parents ☐ Réanimer dans une salle pédiatrique annexe

3.16 Si vous le souhaitez, vous pouvez vous exprimez librement sur le sujet.

Annexe V : Déclaration conjointe de l'EfCCNa, l'ESPNIC et l'CCNAP sur la présence de la famille pendant les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire.

1. Tous les patients ont le droit d'avoir les membres de leur famille présents lors de la réanimation cardio-pulmonaire

2. Les membres de la famille du patient doivent avoir la possibilité d'être présents lors de la réanimation cardio-pulmonaire d'un de leur proche.

3. Un soutien doit être apporté par un professionnel de santé formé dont la responsabilité est de prendre soin des membres de la famille qui assistent à une réanimation cardio-pulmonaire.

4. Un soutien psychologique doit être offert aux membres de la famille qui ont assisté à une situation de réanimation.

5. Tous les membres de l'équipe qui ont participé à une tentative de réanimation en présence de la famille doivent participer à l'équipe de débriefing.

6. La présence de la famille pendant la réanimation doit être intégrée au programme de formation sur la réanimation cardio-pulmonaire.

7. Toutes les unités de soins intensifs et de réanimation doivent avoir des directives pluridisciplinaires écrites concernant la présence des membres de la famille pendant la réanimation cardio-pulmonaire