



**HAL**  
open science

## Soins palliatifs des nouveau-nés en salle de naissance : État des lieux au CHRU de Brest site Morvan

Cindy Monot

### ► To cite this version:

Cindy Monot. Soins palliatifs des nouveau-nés en salle de naissance : État des lieux au CHRU de Brest site Morvan . Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01561026

**HAL Id: dumas-01561026**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01561026v1>**

Submitted on 12 Jul 2017

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

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



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

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**ANNEE 2016**

**Soins palliatifs des nouveau-nés en salle de naissance :**

**Etat des lieux au CHRU de Brest site MORVAN**

Etude rétrospective descriptive de janvier 2009 à octobre 2015 concernant 44 dossiers

Présenté et soutenu par Cindy MONOT

Née le 18 Juin 1992

Sous la direction du Dr Murielle DOBRZYNSKI

## Remerciements :

Je tiens à remercier le Dr Murielle Dobrzynski, directrice de ce mémoire, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et sa relecture attentive tout au long de ce travail.

Je remercie Françoise Jubil, sage-femme enseignante, pour ses relectures, ses corrections, son soutien et ses encouragements.

Je remercie Sandy Cam et Frédérique Falchier, sages-femmes cadres du service de salle de naissance et de suites de naissance, pour leur gentillesse et leur aide dans ce travail.

Je remercie également Frédérique Charlot, sage-femme de l'Equipe Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques de Bretagne: "La Brise", pour son aide précieuse et sa disponibilité.

Merci à tous les professionnels qui, de près ou de loin, m'ont aidée dans mes études, ainsi que dans ce travail.

Je remercie évidemment ma famille et tous mes proches pour leur présence et leur soutien durant ces études.

### ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

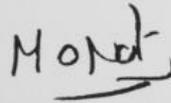
Je soussigné-e ..... **Cindy Monot** .....

assure avoir pris connaissance de la charte anti plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement conscient-e que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature



## **Table des matières :**

I-Introduction .....	5
II- Matériel et méthode .....	7
2.1) Objectif de l'étude.....	7
2.2) Description de l'étude.....	7
2.3) Population de l'étude.....	7
2.4) Recueil des données.....	9
2.5) Analyse statistique.....	9
III- Résultats.....	10
3.1) Description de la population.....	10
3.2) Description des modalités d'accouchement.....	11
3.3) Nouveau-nés nés à la limite de la viabilité et extrême prématurité.....	11
3.4) Naissance suite à une interruption médicale de grossesse sans foeticide.....	15
3.5) Soins palliatifs et pathologie létale.....	17
IV- Discussion.....	20
4.1) Points forts et limites.....	20
4.2) Entretiens prénataux sur la prise en charge postnatale.....	20
4.3) L'accouchement.....	21
4.4) La pratique des soins palliatifs.....	22
4.5) Place des parents.....	24
4.6) Le temps de vie.....	25
4.7) Codage.....	25
4.8) Place des auxiliaires.....	26
4.9) Propositions.....	26
V- Conclusion.....	27
VI- Bibliographie.....	28
ANNEXE 1.....	30
ANNEXE 2.....	32
Résumé.....	33

## I- Introduction :

Née dans les années 1960, la médecine néonatale est une discipline qui a connu des avancées médicales et scientifiques considérables. Elle a permis la survie de nombreux nouveau-nés et la diminution de la limite de prise en charge des prématurés <sup>[1]</sup>.

Très vite, un questionnement éthique s'est posé par rapport au devenir de ces enfants nés à la limite de la viabilité. L'intervention médicale permet la survie, mais parfois au prix de séquelles très importantes. Lorsque le nouveau-né se trouvait dans une situation d'incertitude pronostique, le concept de réanimation d'attente était pratiqué pour tous les nouveau-nés <sup>[1][2]</sup>. Il s'agissait de prendre en charge de façon active tout nouveau-né jusqu'à ce que les équipes décident dans un second temps d'arrêter la réanimation ou de pratiquer l'arrêt de vie lorsqu'il n'y avait pas d'espoir de survie sans séquelles sévères <sup>[1]</sup>.

Cependant, la loi du 22 avril 2005 a modifié la législation sur la fin de vie. Elle condamne l'acharnement thérapeutique <sup>[3][9]</sup>.

Cette évolution de la législation, conjuguée au travail du groupe de réflexion sur les aspects éthiques de la périnatalogie, a permis l'émergence des soins palliatifs néonataux <sup>[1]</sup>. Le développement des soins palliatifs néonataux est un véritable enjeu de santé publique. Certaines situations confrontent les professionnels aux limites de la médecine <sup>[4]</sup>.

En effet, les nouveau-nés atteints de pathologies létales, ainsi que les nouveau-nés nés prématurément à la limite de la viabilité et les enfants concernés par des interruptions médicales de grossesse (IMG) sans foeticide ne peuvent bénéficier d'aucun traitement curatif <sup>[5][10]</sup>. La mise en place de soins palliatifs est alors une alternative qui doit être envisagée.

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire. Ils ont pour objectif de soulager la douleur et d'améliorer la qualité de la fin de vie. La prise en charge doit être globale et l'accompagnement des parents et des proches recherché <sup>[1]</sup>.

Tous les soins considérés comme agressifs ou inutiles sont proscrits.

Un des objectifs de la mesure n°4 du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 est d'organiser la prise en charge des enfants en fin de vie dans l'ensemble des établissements de santé du territoire <sup>[6]</sup>.

Il existe actuellement de nombreuses disparités de pratiques dans les maternités françaises <sup>[5]</sup>.

Des carences de formation ont été mises en évidence dans le rapport national de suivi des soins palliatifs en 2008 puis dans le rapport de la cour des comptes en 2015 <sup>[7][8]</sup>.

On ne retrouve pratiquement aucune donnée sur le nombre de nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs en France <sup>[7]</sup>. Réaliser un état des lieux des soins palliatifs est un préalable à l'élaboration de tout programme de recherche <sup>[10]</sup>. Le développement d'indicateurs qualitatifs dans les soins palliatifs en néonatalogie est recommandé par le rapport d'information n°1287 fait au nom de la mission d'évaluation de la loi 2005-370 DU 22 AVRIL 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. L'acquisition de données précises sur les soins palliatifs néonataux permettrait d'avoir une idée précise des pratiques existantes et ainsi de pouvoir entrevoir des axes de progression éventuels.

A Brest, les soins palliatifs en salle de naissance ont commencé à se mettre en place en 2007. Des préconisations ont été créées en 2009. Une prise en charge palliative est réalisée habituellement avant 25 semaines d'aménorrhée (SA). Les parents qui ont souhaité poursuivre la grossesse d'enfants atteints d'une pathologie grave et incurable et les enfants nés suite à la pratique d'une interruption médicale de grossesse sans foeticide sont également concernés par les soins palliatifs <sup>[2][12]</sup>.

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux au CHRU de Brest des soins palliatifs concernant les nouveau-nés en salle de naissance quelques années après leurs mises en place.

Dans un premier temps, nous exposerons la méthodologie de notre étude, puis nous présenterons les résultats obtenus, avant de les discuter en les comparant aux données de la littérature.

## II - Matériel et méthode :

### **2.1) Objectif de l'étude :**

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux au CHRU de Brest des soins palliatifs concernant les nouveau-nés en salle de naissance quelques années après leurs mises en place et d'analyser les pratiques professionnelles.

L'objectif secondaire est de répertorier de manière précise la population concernée par les soins palliatifs.

### **2.2) Description de l'étude :**

#### a) Type d'étude :

C'est une étude rétrospective descriptive portant sur l'analyse des dossiers des nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs en salle de naissance.

#### b) Période et lieu de l'étude :

La période de l'étude s'étend de janvier 2009 à octobre 2015 au CHRU de Brest. Il s'agit d'une maternité de niveau III.

Les soins palliatifs ont été mis en place en salle de naissance en 2007. Un protocole concernant les soins palliatifs des nouveaux-nés a été créé en 2009.

### **2.3) Population de l'étude :**

#### a) Critères d'inclusion et d'exclusion :

La population de l'étude regroupe les nouveau-nés nés avant 26 SA ayant bénéficié d'une prise en charge palliative en salle de naissance, les enfants concernés par les IMG sans foeticide, les naissances

vivantes d'enfants atteints d'une pathologie grave et incurable pour lesquels les parents n'ont pas souhaité pratiquer une interruption médicale de grossesse.

La mise en place des soins palliatifs en salle de naissance est exceptionnelle en dehors de ces cas.

A Brest, les nouveau-nés nés avant 25 SA bénéficient habituellement de soins palliatifs. Entre 25 et 26 SA, la prise en charge est discutée en partenariat avec la famille. Les nouveau-nés peuvent bénéficier de soins palliatifs ou d'une réanimation, soit complète, soit se limitant à la réanimation respiratoire. Après 26 SA, les nouveau-nés bénéficient d'une prise en charge active complète.

#### b) Recueil des cas :

Pour obtenir les dossiers des nouveau-nés concernés par les soins palliatifs, nous avons dans un premier temps sélectionné à l'aide de codage et du logiciel CORA <sup>1</sup> et par l'intermédiaire du département d'information médicale tous les dossiers des nouveau-nés nés avant 26 SA et les dossiers des patientes ayant réalisé une IMG depuis 2009. Le codage soins palliatifs n'étant pas répertorié, nous ne pouvons pas sélectionner directement les dossiers des nouveau-nés concernés par des soins palliatifs.

Nous avons utilisé les codages suivants pour obtenir les dossiers :

- Évacuation d'un utérus gravide, au 2ème trimestre de la grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée pour retrouver les dossiers des patientes ayant réalisé une IMG et ainsi celui des nouveau-nés.
- Pour les dossiers des nouveau-nés nés avant 26 SA, plusieurs codes diagnostics ont été utilisés : Naissance unique enfant vivant, naissance gémellaire jumeaux nés vivants, naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né, naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né hors interruption de la grossesse pour motif médical, naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical, autres naissances multiples tous nés vivants, enfant unique né à l'hôpital, enfant unique né hors d'un hôpital,

---

1 Logiciel d'exploitation utilisé au CHRU

jumeaux nés à l'hôpital, jumeaux nés hors d'un hôpital, autres naissances multiples enfants nés à l'hôpital.

Nous avons ensuite sélectionné sur ces dossiers les nouveau-nés ayant bénéficié de soins palliatifs.

Dans un deuxième temps, nous avons consulté les registres de maternité afin de réaliser un croisement des données et ainsi de n'omettre aucun dossier. A partir des registres, nous avons également obtenu les dossiers des enfants atteints d'une pathologie grave et incurable pour lesquels les parents ont souhaité poursuivre la grossesse.

Les dossiers des nouveau-nés ont été colligés à partir des dossiers obstétricaux.

#### **2.4) Recueil des données :**

Nous avons réalisé une grille de recueil de données s'appuyant sur les données issues de la littérature.

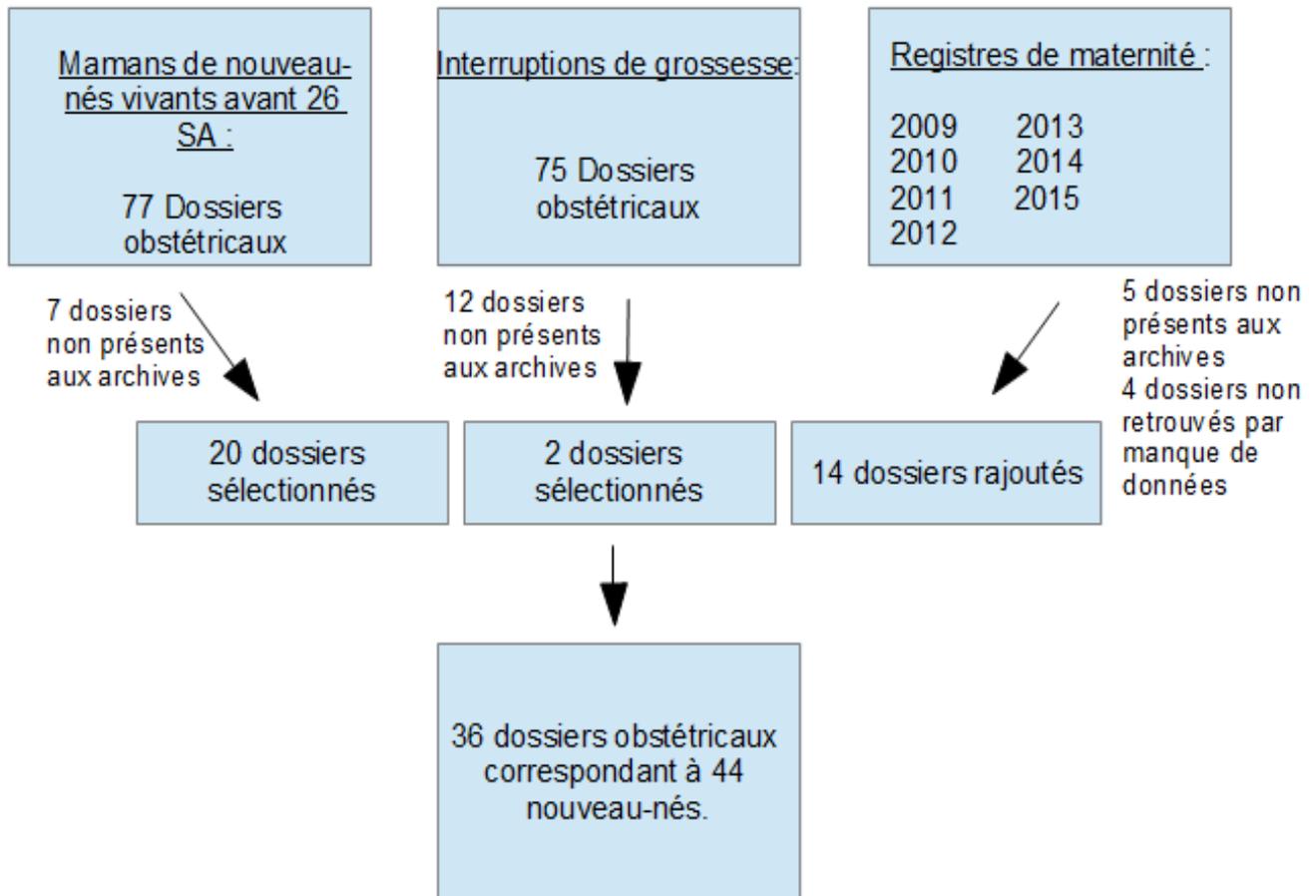
Cette grille a été validée par le docteur Dobrzynski, pédiatre au CHRU, et Frédérique Charlot, sage-femme Equipe Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques Bretagne: "La Brise". Elle comporte plusieurs items tels que les modalités d'accouchement, l'état de l'enfant à la naissance, les soins palliatifs et thérapeutiques mis en place, l'implication des parents, les équipes présentes, les traces mémorielles (ANNEXE 1).

#### **2.5) Analyse statistique :**

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et la médiane. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel.

### III - Résultats :

#### **3.1) Description de la population :**

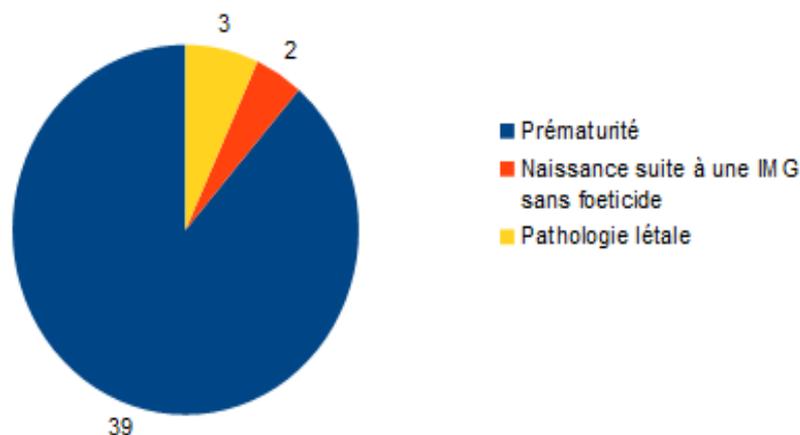


Nous avons retenu 36 dossiers obstétricaux ce qui correspond à 44 nouveau-nés.

Sur les 36 patientes, on note 8 grossesses gémellaires.

Parmi les nouveau-nés, 2 sont nés à la suite d'une interruption médicale de grossesse sans foeticide, 3 nouveau-nés ont bénéficié de soins palliatifs à terme suite à une pathologie grave et incurable. 39 nouveau-nés sont nés prématurément.

## I - Caractéristiques des nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs



Sur les 36 patientes, l'âge maternel moyen était de 30,1 ans. La gestité moyenne était de 3 et la parité moyenne de 2,4. Il n'y avait aucune particularité concernant l'origine géographique ou le statut social.

### **3.2) Description des modalités d'accouchement :**

L'accouchement a eu lieu par voie basse pour 35 patientes et par césarienne pour une patiente en raison de métrorragies importantes et d'un échappement à la tocolyse.

La valeur médiane de la durée des efforts expulsifs était de 5 minutes (1 - 45), la valeur médiane de la durée du travail de 3 heures (0,5 - 8) et de l'ouverture de l'œuf de 3,5 heures (0 - 504).

Une délivrance artificielle a été réalisée chez 2 patientes. La mesure du pH au cordon a été réalisée 4 fois.

### **3.3) Nouveau-nés nés à la limite de la viabilité et extrême prématurité :**

Parmi les nouveau-nés concernés par les soins palliatifs, 39 sont nés prématurément.

Il y a 31 dossiers obstétricaux. Sur les 31 patientes, on note 8 grossesses gémellaires.

#### a) Prise en charge prénatale :

Concernant les diagnostics initiaux des accouchements prématurés, 21 patientes ont présenté une menace d'accouchement prématuré et 10 patientes ont présenté une rupture prématurée des membranes. L'âge gestationnel à l'admission était inférieur ou égal à 22 SA pour 12 patientes, compris entre 22 SA et 24 SA pour 11 patientes et supérieur ou égal à 24 SA pour 8 patientes. L'âge gestationnel moyen d'admission était de 22+5 SA. La durée moyenne d'hospitalisation avant la naissance était de 4 jours.

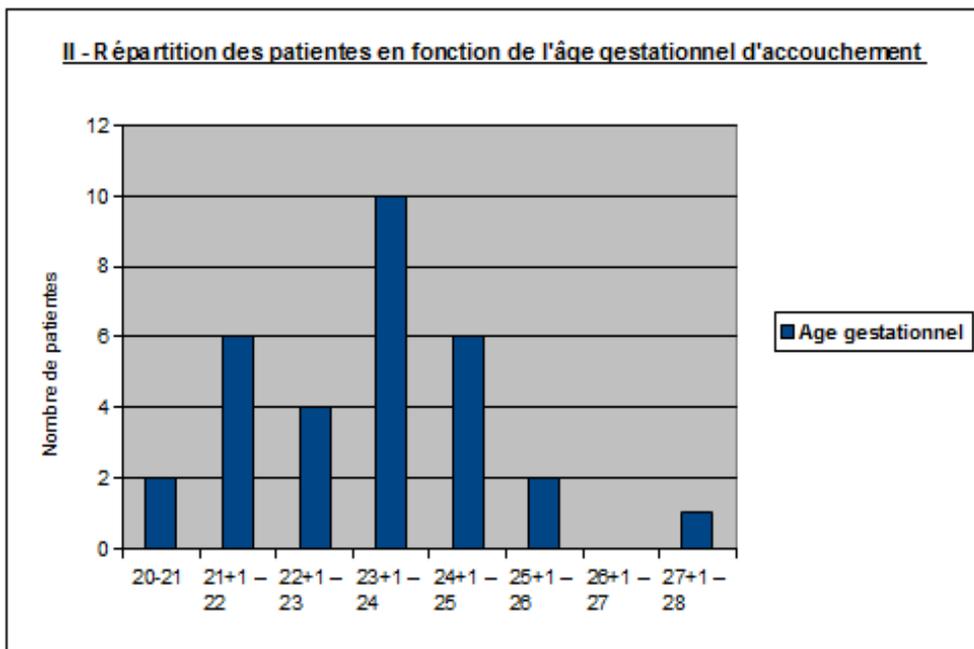
28 patientes sur 31 ont bénéficié d'un entretien prénatal sur la prise en charge postnatale de leur enfant. Les entretiens sont retranscrits dans les dossiers. 18 patientes ont bénéficié d'un entretien avec un pédiatre et 10 patientes avec un obstétricien.

**b) L'accouchement :**

Le terme moyen d'accouchement était de 23+2 SA (20 SA – 27+4 SA).

Le poids moyen de naissance des nouveau-nés était de 554,8 g (260 - 955), la taille moyenne était de 29,8 cm (25 – 35), le périmètre céphalique moyen était de 20,3 cm (15 – 24).

Le sexe ratio était de 23 garçons pour 16 filles.



### c) Prise en charge postnatale :

Un pédiatre était présent pour 17 accouchements.

L'apgar était indiqué pour 19 nouveau-nés sur 39. Il va de 1-1-1 à 7-4-4 à 1, 3 et 5 minutes de vie.

Une description de l'état de l'enfant à la naissance a été réalisée chez 29 nouveau-nés (gasps, hypotonie, bradycardie).

37 nouveau-nés ont bénéficié d'emblée d'une prise en charge palliative et 2 nouveau-nés ont bénéficié d'une réanimation initiale à 25+1 SA, puis de soins palliatifs en accord avec les parents. Aucun massage cardiaque n'a été réalisé pendant la réanimation.

Concernant le nouveau-né né à 27+4 SA, un retard de croissance foetal important et des dopplers pathologiques diagnostiqués à l'échographie associés à une rupture des membranes, ont fait évoquer une décision d'interruption médicale de grossesse mais la patiente s'est mise en travail spontanément.

Le nouveau-né a bénéficié de soins palliatifs.

Une évaluation de la douleur tout au long de la prise en charge palliative a été réalisée pour 15 nouveau-nés sur 39. Elle est très régulière lorsqu'elle est effectuée, environ toutes les 20 minutes. La cotation de la douleur ne suit pas une échelle. Il s'agit d'une évaluation sur le comportement de l'enfant. Une surveillance régulière de la fréquence cardiaque a été réalisée chez 19 nouveau-nés.

### Soins de confort :

Un séchage a été réalisé chez 9 nouveau-nés sur 39 et 13 nouveau-nés portaient un bonnet. Il n'y avait pas d'indication dans les dossiers pour les autres nouveau-nés concernant le séchage et le bonnet.

L'installation des nouveau-nés était variable. Certains ont bénéficié de la même installation pendant toute la durée des soins palliatifs, d'autres en ont bénéficié de plusieurs :

Le peau à peau a été réalisé chez 9 nouveau-nés. 13 nouveau-nés ont été emmaillotés dans un linge chaud dans les bras de leurs mères. 14 nouveau-nés ont été placés sous rampe chauffante. 8 nouveau-nés ont été placés dans un berceau sans autre indication.

On ne retrouve pas d'indication sur l'environnement (bruit, lumière). Il n'y a pas eu d'administration

de saccharose ou de colostrum.

Traitements médicamenteux :

6 nouveau-nés sur 39 ont bénéficié d'un traitement médicamenteux.

La voie d'administration du nubain® (traitement antalgique) n'a pas été indiquée chez un nouveau-né. Deux nouveau-nés ont bénéficié de nubain® en intra-rectal et un nouveau-né au niveau du cordon.

Un nouveau-né a bénéficié d'oramorph® (traitement antalgique) en sublinguale. De l'hypnovel® (sédatif) et du nubain® en intra-rectal ont été administrés chez un autre nouveau-né.

Participation des parents :

22 nouveau-nés sur 39 ont été en contact avec leurs parents. 10 patientes ont souhaité accompagner leur enfant jusqu'au décès. 7 nouveau-nés ont simplement été présentés à leurs parents. 5 nouveau-nés ont été vus par leurs parents après le décès. 5 nouveau-nés n'ont pas été vus.

4 patientes ont souhaité garder leur enfant après le décès pendant la durée de la surveillance en salle de naissance. Un couple a souhaité garder son enfant avec lui après le décès dans la chambre de grossesse pathologique après la sortie de la salle de naissance.

6 nouveau-nés ont été revus par leurs parents quelques jours après le décès.

d) La durée de vie :

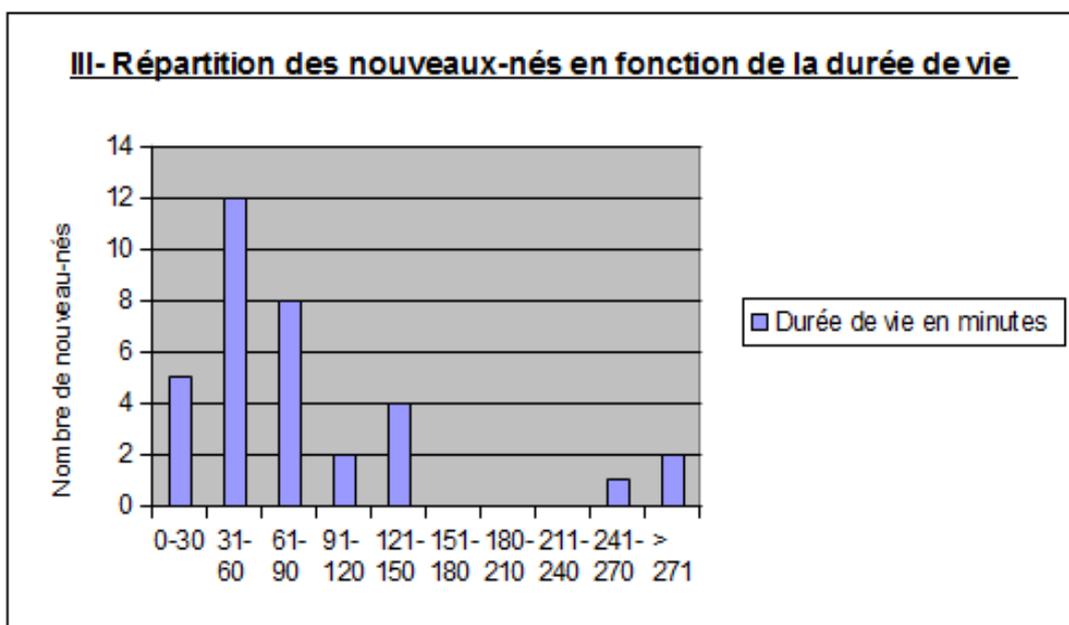
La valeur médiane de la durée de vie des nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs était de 65 minutes (5 – 420). Chez 5 nouveau-nés, l'heure du décès n'était pas renseignée.

Tous les nouveau-nés sont décédés en salle de naissance.

Une autopsie a été effectuée chez 17 nouveau-nés sur 39. Les autopsies indiquaient la présence d'une infection chez 10 nouveau-nés. Aucune malformation n'a été retrouvée à l'autopsie.

19 cas de chorioamniotites ont été diagnostiqués sur l'examen du placenta.

7 compte-rendus d'examens anatomopathologiques du placenta n'ont pas été retrouvés.



e) Accompagnement des parents :

Un suivi avec un psychologue a été réalisé chez 19 patientes et avec une assistante sociale chez 3 patientes.

Des traces mémorielles ont été récupérées par 23 patientes. Il s'agit dans la majorité des cas de photos et d'empreintes. Trois couples ont également conservé le carnet de santé de leur enfant. Un couple a souhaité habiller son enfant.

f) Équipe présente :

La participation des auxiliaires de puériculture aux soins palliatifs n'apparaît pas dans les dossiers.

La participation des obstétriciens, sages-femmes et pédiatres apparaît bien.

**3.4) Naissance suite à une IMG sans foeticide :**

Parmi les nouveau-nés concernés par des soins palliatifs, 2 sont nés à la suite d'une interruption médicale de grossesse sans foeticide.

Dans les dossiers analysés, un couple avait entrepris la démarche d'IMG sans foeticide mais a finalement préféré réaliser une IMG avec foeticide.

a) Prise en charge prénatale :

Deux patientes ont réalisé une IMG sans foeticide pour des malformations cardiaques graves fœtales. Dans les deux cas, la prise en charge a été convenue avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Dans les deux cas, les patientes ont bénéficié d'un entretien prénatal avec un pédiatre sur la prise en charge postnatale.

Un projet de naissance a été réalisé pour les deux couples.

b) L'accouchement :

Le terme d'accouchement était de 25 SA et de 25+5 SA .

Le poids de naissance des nouveau-nés était de 730g et de 840g. La taille était de 35 cm pour un nouveau-né. Elle n'a pas été indiquée pour l'autre nouveau-né. Le périmètre céphalique n'a pas été mesuré.

Il s'agissait de deux garçons.

c) Prise en charge postnatale :

Un pédiatre était présent pour les deux accouchements.

L'apgar à 1, 3 et 5 minutes était indiqué pour un nouveau-né (1-1-1). Une description de l'état de l'enfant à la naissance a été réalisée chez les deux nouveau-nés ( gasps, bradycardie).

Une évaluation de la douleur a été réalisée initialement pour un nouveau-né.

Soins de confort :

Le peau à peau a été réalisé chez les deux nouveau-nés.

Il n'y a aucune autre retranscription dans les dossiers.

Traitements médicamenteux :

Aucun traitement n'a été administré chez les nouveau-nés.

Participation des parents :

Les deux nouveau-nés ont été au contact de leurs parents tout au long de la prise en charge palliative.

Un couple a souhaité garder son enfant pendant la durée de la surveillance du post-partum en salle de naissance.

d) Le temps de vie :

Le décès a été constaté à 1H de vie pour un nouveau-né et à 1H25 de vie pour l'autre nouveau-né.

Les nouveau-nés sont décédés en salle de naissance.

Aucune autopsie n'a été réalisée.

A l'examen du placenta, aucune pathologie n'a été retrouvée.

e) Accompagnement des parents :

Les deux patientes ont bénéficié d'un suivi avec un psychologue.

Des photos et empreintes ont été récupérées par les deux couples. Un couple a décidé d'habiller son enfant.

Un couple a revu son enfant le lendemain du décès.

f) Équipe présente :

La participation des auxiliaires de puériculture aux soins palliatifs n'apparaît pas dans les dossiers.

La participation des obstétriciens, sages-femmes et pédiatres est notée.

**3.5) Soins palliatifs et pathologie létale :**

Parmi les nouveau-nés concernés par des soins palliatifs, 3 nouveau-nés ont bénéficié de soins palliatifs à terme suite à une pathologie grave et incurable.

a) Prise en charge prénatale :

Les trois patientes ont souhaité poursuivre leur grossesse malgré la découverte d'une cardiopathie complexe létale chez un fœtus, la découverte d'un syndrome polymalformatif avec trisomie 13 chez un autre fœtus et la découverte d'une hypoplasie du cœur gauche chez le troisième fœtus.

Dans les trois cas, la prise en charge a été convenue avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Dans les trois cas, elles ont bénéficié d'un entretien avec un pédiatre pour réaliser un projet de naissance et avec l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques « la brise ».

Une patiente a assisté aux cours de préparation à l'accouchement.

#### b) L'accouchement :

Le terme d'accouchement était de 37+6 SA pour une patiente, de 38+6 SA pour une autre patiente et de 39SA pour la troisième patiente.

Pour les trois patientes, le travail a été spontané.

Le poids de naissance des nouveau-nés était respectivement de 2250g, de 2930g et de 3650g. La taille était de 46cm, de 50cm et de 50,5cm. Le périmètre céphalique était de 32,5cm, de 33cm et de 34,5 cm. Il s'agissait de deux filles et un garçon.

#### c) Prise en charge postnatale :

Un pédiatre était présent aux trois accouchements.

Dans les trois cas, l'apgar à 1, 3 et 5 minutes de vie était indiqué (1-0-0, 7-9-10 et 8-10-10). Une description de l'état de l'enfant à la naissance a été réalisée chez les trois nouveau-nés et une évaluation régulière de la douleur, du comportement, de la respiration a été réalisée en salle de naissance chez deux nouveau-nés. Les trois nouveau-nés ont bénéficié du peau à peau et deux nouveau-nés ont reçu du colostrum et de la vitamine k1.

Un nouveau-né est décédé en salle de naissance à deux minutes de vie.

Les deux autres nouveau-nés ont ensuite été hospitalisés dans l'unité de néonatalogie de maternité

avec leurs mères (chambre mère/enfant).

Plusieurs examens ont été réalisés au cours de leurs séjours.

L'allaitement maternel a été débuté chez les deux nouveau-nés. Un nouveau-né a ensuite été alimenté par sonde gastrique.

Un nouveau-né a bénéficié d'un retour à domicile avec une consultation en externe tous les deux jours.

Une fiche Samu Pallia<sup>2</sup> a été rédigée (pas d'aspiration, pas de scope, pas d'oxygène, transport dans les bras des parents, allaitement maternel si possible).

Les deux nouveau-nés ont bénéficié de traitements médicamenteux au cours de leur hospitalisation conformément au protocole. De l'hypnovel® en intra-rectal a été administré chez un nouveau-né. Du paracétamol et du rivotril® par voie orale ont été administrés chez l'autre nouveau-né.

#### d) Le temps de vie :

Le décès a été constaté à deux minutes de vie pour un nouveau-né, à deux jours de vie pour un autre nouveau-né et à trente jours de vie pour le troisième nouveau-né.

Un nouveau-né est décédé en salle de naissance, un autre nouveau-né est décédé en chambre mère/enfant et le troisième nouveau-né est décédé à son domicile. Aucune autopsie n'a été réalisée.

#### e) Accompagnement des parents :

Deux patientes ont été suivies par un psychologue et une assistante sociale. Deux nouveau-nés ont été baptisés, l'un en salle de naissance, l'autre lors de son hospitalisation en chambre mère/enfant.

#### f) Équipe présente

La participation des obstétriciens, sages-femmes, pédiatres et auxiliaires apparaît bien dans les dossiers.

---

2      Fiche qui transmet au médecin intervenant en situation d'urgence des informations utiles pour permettre une prise en charge appropriée du patient

## IV - Discussion :

### **4.1) Points forts et limites :**

Il existe très peu de données de littérature sur la pratique des soins palliatifs en salle de naissance sur le territoire français <sup>[13]</sup>.

Cette étude a permis de décrire la pratique des soins palliatifs en salle de naissance au CHRU de Brest, la population concernée, l'implication et l'accompagnement des parents. Il s'agit de la première étude exhaustive réalisée à Brest.

Le nombre limité de cas, du fait du sujet, n'a pas permis d'études statistiques significatives.

### **4.2) Entretiens prénataux sur la prise en charge postnatale :**

Les entretiens prénataux sur la prise en charge postnatale des nouveau-nés sont retranscrits dans les dossiers au CHRU de Brest. Ils sont réalisés chez la majorité des patientes. En effet, 33 patientes sur 36 en ont bénéficié. Ils sont réalisés par des pédiatres ou par des obstétriciens.

Une des difficultés de la mise en place de ces entretiens prénataux est le temps d'hospitalisation des patientes qui peut être parfois très court selon les pathologies (menace d'accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes). Les entretiens doivent donc être réalisés précocement afin d'informer les couples sur la prise en charge de leur enfant à la naissance.

Une autre difficulté est l'incertitude concernant le terme d'accouchement <sup>[13]</sup>. Cette incertitude amène les pédiatres à proposer des prises en charges qui varient en fonction du terme d'accouchement et de la situation clinique à un instant donné.

L'ensemble des couples ayant souhaité poursuivre la grossesse d'enfants atteints d'une pathologie grave et incurable ou ayant réalisé une interruption médicale de grossesse sans foeticide ont élaboré un projet de naissance. Ce projet de naissance a été réalisé suite aux entretiens avec les pédiatres. Il contient les volontés des parents concernant l'accueil et le devenir de l'enfant. L'élaboration d'un projet

de naissance permet aux parents de participer activement à la prise en charge de leur enfant et à l'accompagnement aux soins palliatifs <sup>[14]</sup>. Il permet également de poser un cadre sur lequel l'équipe soignante peut se reposer.

#### **4.3) L'accouchement :**

Dans notre étude, la majorité des patientes ont accouché par voie basse. L'accouchement a eu lieu par césarienne pour une patiente en raison d'un sauvetage maternel.

La césarienne augmente la mortalité et la morbidité maternelle et engage le pronostic pour une grossesse future. Il est donc préférable de réaliser un accouchement par voie basse lorsqu'une décision de soins palliatifs à la naissance est prise <sup>[1]</sup>.

Or, parfois, certaines patientes souhaitent bénéficier d'une césarienne pour pouvoir rencontrer leur enfant vivant. L'équipe médicale doit mettre en balance le risque que peut entraîner la pratique d'une césarienne et le respect du choix de la patiente <sup>[1]</sup>.

Dans notre étude, la mesure du pH a été réalisée 4 fois. Il aurait été intéressant de réaliser une mesure du pH à chaque accouchement pour obtenir des données médicales précises sur cette population.

Le sexe ratio des naissances à la limite de la viabilité était de 23 garçons pour 16 filles. On remarque qu'il y a un plus grand nombre de garçons (16% de plus). Nos résultats tendraient à rejoindre ceux de la littérature : selon une étude dirigée par le professeur Joy Lawn, les garçons présentent un risque plus élevé de 14 pour cent de naître prématurément que les filles <sup>[19]</sup>.

Dans notre étude, 19 cas de chorioamniotites ont été diagnostiqués sur l'examen du placenta des naissances à la limite de la viabilité ce qui correspond à 60% et les autopsies indiquaient la présence d'une infection chez 10 nouveau-nés.

Les naissances prématurées précoces sont souvent associées à une infection. La principale cause de prématurité chez les singletons avant 29 SA est la chorioamniotite selon la littérature ( 40%)<sup>[20]</sup>.

#### **4.4) La pratique des soins palliatifs :**

Les soins palliatifs ont pour objectif de soulager la douleur et d'améliorer la qualité de la fin de vie. La prise en charge doit être globale. Tous les soins considérés comme agressifs ou inutiles sont proscrits <sup>[1]</sup>.

L'examen du nouveau-né à la naissance est important car il permet de confirmer le terme et les anomalies observées avant la naissance. L'examen permet également de confirmer et d'initier la mise en place de soins palliatifs <sup>[10]</sup>.

A Brest, l'examen du nouveau-né à la naissance est retranscrit dans les dossiers. Il est réalisé chez la majorité des nouveau-nés. Une description de l'état de l'enfant à la naissance a été réalisée chez 34 nouveau-nés sur 44.

En revanche, le score d'apgar est moins retranscrit. Il a été indiqué chez 23 nouveau-nés. La retranscription de ce score permettrait d'obtenir des données médicales précises concernant cette population.

Une évaluation de la douleur, basée sur l'observation des équipes, tout au long de la prise en charge palliative a été réalisée chez 18 nouveau-nés au CHRU de Brest.

L'évaluation de la douleur est importante dans la prise en charge des nouveau-nés qui bénéficient de soins palliatifs. En effet, il est indispensable d'évaluer la douleur et l'inconfort d'un nouveau-né afin de pouvoir le soulager <sup>[10]</sup>.

La cotation de la douleur ne suit pas une échelle. Il s'agit d'une évaluation sur le comportement de l'enfant. L'évaluation de la douleur, en se basant sur le comportement de l'enfant, peut-être difficile, en particulier chez les nouveau-nés extrêmement prématurés qui démontrent moins de réactions <sup>[17]</sup>.

Il existe des échelles d'évaluation de la douleur comme l'EDIN (Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né). Cette échelle est adaptée au nouveau-né à terme ou prématuré et évalue la douleur prolongée. Elle n'a pas été élaborée exclusivement pour ce cadre spécifique de la fin de vie mais elle peut être utilisée comme un outil pour faciliter cette évaluation <sup>[18]</sup>.

Des traitements médicamenteux (antalgiques ou sédatifs) ont été administrés chez 8 nouveau-nés sur 44. Peu de nouveau-nés en bénéficient. Ceci est peut-être dû à l'utilisation de traitements non médicamenteux qui permettent de soulager l'enfant mais aussi à la difficulté d'évaluer la douleur. On retrouve les mêmes points dans l'étude de Cabaret A-S, et al <sup>[13]</sup>. Les traitements ont été administrés conformément au protocole, à l'exception d'un cas où du nubain® a été administré au niveau du cordon alors que le protocole préconise la voie intra-rectal.

Les soins de confort sont pratiqués, conformément au protocole, chez la majorité des nouveau-nés (enveloppement, séchage, maintien de la température, contact avec les parents, port d'un bonnet, administration de colostrum). Ce sont des traitements non médicamenteux. Il s'agit d'une des premières mesures antalgiques utilisée chez les nouveau-nés. 41 nouveau-nés sur 44 ont bénéficié d'un peau à peau, d'un enveloppement dans un linge chaud au contact des parents, d'un placement sous rampe chauffante ou d'une administration de colostrum.

On retrouve peu d'information sur le séchage ou le port d'un bonnet dans les dossiers. Le séchage a été indiqué 9 fois et le port d'un bonnet 13 fois.

Une retranscription horodatée dans les dossiers est importante afin de décrire précisément la prise en charge des nouveau-nés mais aussi en vue de l'amélioration des pratiques.

On remarque une moins bonne retranscription de la prise en charge dans les dossiers dans le cas des interruptions médicales de grossesse. Ceci est peut-être dû à la présence d'un projet de naissance qui explique la prise en charge du nouveau-né à la naissance et qui pose un cadre préétabli.

Pour les nouveau-nés atteints d'une pathologie létale pour lesquels un projet de naissance existe, la retranscription est réalisée sur la feuille de surveillance des nouveau-nés en salle de naissance. En effet, ces nouveau-nés bénéficient de la prise en charge habituelle des nouveau-nés en maternité (vitamines, test de dépistage). Cette feuille n'est pas utilisée pour les autres nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs.

L'utilisation d'une feuille de surveillance, spécifique à la pratique des soins palliatifs pour tous les nouveau-nés qui en bénéficient, permettrait une retranscription uniforme de la prise en charge.

#### **4.5) Place des parents :**

Les parents occupent une place importante dans l'accompagnement des nouveau-nés aux soins palliatifs.

Dans notre étude, la majorité des nouveau-nés ont été en contact avec leurs parents. 27 nouveau-nés sur 44 ont été accompagnés par leurs parents. Ceci marque un changement avec les pratiques antérieures : la mortalité périnatale était un sujet tabou, les parents étaient prévenus après le décès de l'enfant sans possibilité de le voir dans la plupart des cas, ce qui pouvait être assimilé à un déni d'enfant.

Or, l'accompagnement permet aux parents de construire leur parentalité, de garder un rôle de parents tout au long de la vie de leur enfant.

Un accompagnement permet également au nouveau-né d'être « ancré dans l'humanité »<sup>[15]</sup>. Il permet à l'enfant d'exister pleinement, d'avoir une place dans la filiation.

Cette démarche d'accompagnement, en reconnaissant l'existence de l'enfant et en lui donnant une place dans la filiation, facilite le deuil des parents.

Des traces mémorielles ont été récupérées par 25 couples. Il s'agit dans la majorité des cas de photos et d'empreintes. Ces souvenirs sont importants pour les parents. Ils représentent une trace de l'existence du nouveau-né<sup>[15]</sup>.

De nombreuses patientes ont rencontré un psychologue. En effet, 23 patientes sur 36 ont bénéficié d'un suivi au CHRU de Brest.

#### **4.6) Le temps de vie :**

Dans notre étude, la durée de vie des extrêmes prématurés varie de 5 à 420 minutes avec une médiane de 65 minutes.

Dans les interruptions médicales de grossesse, le décès a été constaté à 1H de vie pour un nouveau-né et à 1H25 de vie pour l'autre nouveau-né.

Concernant les nouveau-nés atteints d'une pathologie létale, le décès a été constaté à deux minutes de vie pour un nouveau-né, à deux jours de vie pour un autre nouveau-né et à trente jours de vie pour le troisième nouveau-né.

On remarque que le temps de vie est extrêmement varié, particulièrement dans le cas des nouveau-nés atteints d'une pathologie incurable.

L'établissement d'un pronostic de durée de vie, en particulier pour les nouveau-nés atteints d'une pathologie létale doit être réalisé avec une grande prudence. En effet, l'incertitude est grande concernant les pathologies incurables. La durée de vie peut varier de quelques heures à plusieurs mois rendant l'accompagnement par les parents particulièrement difficile <sup>[16]</sup>.

Un retour à domicile peut-être envisagé pour certains nouveau-nés. Ce retour est préparé en amont avec les parents et l'équipe médicale. Cela permet au nouveau-né de s'inscrire un peu plus dans l'histoire familiale <sup>[16]</sup>. Dans notre étude, un nouveau-né a bénéficié d'un retour à domicile.

#### **4.7) Codage :**

Le codage soins palliatifs n'étant pas nomenclaturé au CHRU de Brest, il est difficile de retrouver l'ensemble des nouveau-nés ayant bénéficié de soins palliatifs en salle de naissance.

L'utilisation d'un codage serait un moyen de connaître exactement le nombre de nouveau-nés concernés par des soins palliatifs et permettrait d'acquérir des données précises sur les soins palliatifs

néonataux afin de mener des évaluations de pratiques régulières.

#### **4.8) Place des auxiliaires :**

La participation des auxiliaires de puériculture aux soins palliatifs n'apparaît pas du tout dans les dossiers dans le cas des naissances à la limite de la viabilité et des interruptions médicales de grossesse sans foeticide. Elle apparaît seulement dans le cas des nouveau-nés atteints d'une pathologie létale. En effet, les nouveau-nés atteints d'une pathologie létale bénéficient de la prise en charge habituelle des nouveau-nés en maternité. Les auxiliaires remplissent donc la feuille de surveillance habituelle des nouveau-nés en salle de naissance.

Les auxiliaires occupent pourtant une place importante dans l'accompagnement des nouveau-nés aux soins palliatifs. En effet, lorsque les parents ne souhaitent pas accompagner leur enfant, les auxiliaires et les sages-femmes restent auprès des nouveau-nés.

Il serait intéressant que les auxiliaires réalisent une retranscription de leurs actions dans les dossiers afin que leurs places soient reconnues.

#### **4.9) Propositions :**

Nous avons créé un exemple de feuille de surveillance, pour tous les nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs, qui pourrait être utilisé en salle de naissance. Il comporte plusieurs items tels que l'heure de naissance, les équipes présentes, l'évaluation de la douleur et le comportement de l'enfant, son installation, les soins de confort, les thérapeutiques mises en place et la participation des parents (ANNEXE 2).

Une ouverture de registre de ces nouveau-nés pourrait être réalisée avec des données telles que le diagnostic initial, le mode d'accouchement, le terme, le poids, l'apgar, le pH, la durée d'ouverture de l'œuf, la durée du travail, la durée des efforts expulsifs.

## V - Conclusion :

La mise en place des soins palliatifs en salle de naissance est récente. La prise en charge des enfants en fin de vie est délicate. Elle nécessite un travail d'équipe et une cohésion entre les professionnels. Pour l'accompagnement des équipes, il est important de réaliser un débriefing des situations les plus difficiles.

La littérature concernant la pratique des soins palliatifs en salle de naissance est pauvre. Peu de données existent.

A Brest, les soins palliatifs ont été mis en place en 2007. Un protocole concernant les soins palliatifs des nouveaux-nés a été créé en 2009.

Cette étude a permis de réaliser un état des lieux au CHRU de Brest des soins palliatifs concernant les nouveau-nés en salle de naissance quelques années après leurs mises en place.

Les résultats de cette étude montrent que les soins palliatifs sont effectués conformément au protocole et aux recommandations actuelles et que l'implication des parents est importante. En revanche, la retranscription horodatée de la prise en charge des nouveau-nés dans les dossiers est insuffisante, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la douleur.

L'utilisation d'une feuille de surveillance en salle de naissance pour tous les nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs permettrait d'améliorer cette retranscription et d'évaluer les pratiques sur cette prise en charge.

L'observatoire national de la fin de vie a réalisé une étude sur la culture palliative dans les services de maternité dont les résultats paraîtront au cours du premier semestre 2016 <sup>[21]</sup>. L'étude épipage 2 possède également un volet concernant les soins palliatifs <sup>[22]</sup>. Les résultats de ces études vont enrichir la littérature concernant les soins palliatifs des nouveau-nés en France.

## VI - Bibliographie :

- 1) Bétrémieux P. Soins palliatifs chez le nouveau-né. Paris : Springer ; 2010, 301p
- 2) M .Dobrzynski . Soins palliatifs autour de la naissance. Vocation sage-femme. 2010 ; 81 : 18-20
- 3) Legifrance. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [en ligne]  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id> Consulté le 05/08/2015
- 4) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 [en ligne]  
<http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-developpement-des-soins-palliatifs-en-france-en-2010.html> Consulté le 18/07/2015
- 5) Chambelland C. Soins palliatifs chez le nouveau-né et perspective de développement de ces soins au chu de Caen. Mémoire de sage-femme. École de sages-femmes de Caen ; 2013, 109p
- 6) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 [en ligne]  
<http://www.sante.gouv.fr/programme-de-developpement-des-soins-palliatifs-2008-2012.html>  
Consulté le 18/06/2015
- 7) Cour des comptes. Rapport public annuel 2015 [en ligne]  
<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2015>  
Consulté le 15/05/2015
- 8) Leonetti J. Rapport d'information n°1287 fait au nom de la mission d'évaluation de la loi 2005-370 DU 22 AVRIL 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Paris : Assemblée nationale ; 2008, 305p
- 9) Observatoire national de la fin de vie. Rapport 2011 Fin de vie : un premier état des lieux. France : observatoire national de fin de vie ; 2012, 268p
- 10) P.Bétrémieux. La mise en oeuvre pratique des soins palliatifs dans les différents lieux de soins : 3 eme partie des reflexions et propositions autour des soins palliatifs en période néonatale. Arch Pédiatr. 2010 ; 17(4) : 420-425
- 11) Benoist A-C. L'accueil à la maternité du CHU d'angers d'un nouveau-né atteint d'une pathologie létale en soins palliatifs. Mémoire de sage-femme. Université d'Angers ; 2013, 78p
- 12) A.Moal. Démarche de soins palliatifs en salle de naissance : l'expérience du CHU de Brest. Vocation sage-femme. 2010 ; 9 (81) : 11
- 13) Cabaret A-S, et al. Naissances très prématurées (22 à 26 SA) : de la décision à la mise en œuvre des soins palliatifs en salle de naissance Expérience du CHU de Rennes (France). J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2012
- 14) I .de Mézerac. Des soins palliatifs en maternité ? Vocation sage-femme. 2009 ; 75 : 8-10
- 15) H.Henri. Soins palliatifs en salle de naissance. mt pédiatrie. 2011 ; 14 (4) : 289-296

- 16) P.Bétrémieux, M-L.Huillery. Soins palliatifs, anticipation et incertitude en médecine périnatale. Medpal. 2015 ;14 : 331-340
- 17) UVMaf. Douleur chez le nouveau-né. [en ligne]  
[http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/douleur\\_nne/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/douleur_nne/site/html/cours.pdf) Consulté le 25/01/2016
- 18) R. Carbajal. Evaluation de la douleur chez le jeune enfant. [en ligne]  
<http://www.cnrdr.fr/Evaluation-de-la-douleur-chez-le-678.html> Consulté le 25/01/2016
- 19) Journée Mondiale de la prématurité. Les bébés garçons présentent un risque accru de décès et de déficience dû à la prématurité. [en ligne]  
[http://www.who.int/pmnch/media/events/2013/wpd\\_release\\_fr.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/events/2013/wpd_release_fr.pdf) Consulté le 01/02/2016
- 20) Delaby Béatrice. La très grande prématurité : Quel pronostic pour l'enfant ? [en ligne]  
<http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/64049C8B-D2BA-449C-A135-D79ACA5D6490/0/LATRESGRANDEPREMATURITE.pdf> Consulté le 01/02/2016
- 21) Onfv. Culture palliative dans les services de maternité [en ligne]  
<http://www.onfv.org/culture-palliative-dans-les-services-de-maternite-focus-sur-la-salle-de-naissance/> Consulté le 25/02/2016
- 22) INSERM. Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels [en ligne]  
<https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/grandes-etapes/projets-complementaires>  
Consulté le 25/02/2016

## **ANNEXE 1 : Soins palliatifs des nouveaux-nés en salle de naissance**

### **I- La période prénatale et l'accouchement :**

Gestité :	
Parité :	
Age maternel :	
Age gestationnel d'admission :	
Diagnostic à l'admission :	
Entretien prénatal :	
Projet de naissance :	
Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal :	
Voie d'accouchement :	
Terme d'accouchement :	
Délivrance :	
Durée du travail :	
Durée des efforts expulsifs :	
Durée de l'ouverture de l'œuf :	
pH :	

### **II- Enfant à la naissance :**

Description de l'enfant :	
Apgar :	
Sexe :	
Poids :	
Taille :	
Périmètre céphalique :	
Pédiatre présent :	

### **III- Soins palliatifs :**

Réanimation initiale :		
Évaluation douleur :		
Soins de confort :	Séchage :	
	Bonnet :	
	Peau à peau :	
	Enveloppé dans les bras :	

	Rampe chauffante :	
	Berceau :	
	Environnement :	
	Colostrum, saccharose :	
Tt médicamenteux :		
Surveillance FC :		
Participation des parents :	Contact avec les parents	
	Contact jusqu'au décès	
	Simplement présenté	
	Non vu	
	Vu après le décès	
	Revu après le décès	

IV- La durée de vie :

Durée de vie :	
Retour à domicile :	
Lieu du décès :	
Autopsie :	
Examen du placenta :	

V- Accompagnement des parents :

Psychologue :	
Assistante sociale :	
Traces mémorielles :	
Baptême :	

**ANNEXE 2 : Surveillance en salle de naissance des nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs :**

Date et heure de naissance :

Bonnet mis en place et séchage léger réalisé :      OUI                  NON

Équipes présentes :

<b><u>Heure de surveillance :</u></b>												
Comportement / EDIN												
Installation/position (Peau à peau, Enveloppé dans les bras, rampe chauffante, berceau)												
Environnement : (lumière, bruit)												
Administration colostrum, saccharose												
Traitements médicamenteux												
Personnes accompagnant le NN												
Surveillance effectuée par :												

## **Résumé :**

**Objectifs :** Réaliser un état des lieux au CHRU de Brest des soins palliatifs concernant les nouveau-nés en salle de naissance 6 ans après la mise en place du protocole de service et analyser les pratiques professionnelles.

**Matériel et méthode:** Une étude rétrospective descriptive portant sur l'analyse de 36 dossiers obstétricaux et de 44 dossiers de nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs en salle de naissance a été réalisée. La période de l'étude s'étend de janvier 2009 à octobre 2015 au CHRU de Brest. Il s'agit d'une maternité de niveau III.

**Résultats:** Parmi les nouveau-nés ayant bénéficié de soins palliatifs, 2 sont nés à la suite d'une interruption médicale de grossesse sans foeticide, 3 nouveau-nés ont bénéficié de soins palliatifs à terme suite à une pathologie grave et incurable, 39 sont nés prématurément. On note 8 grossesses gémellaires. 33 patientes sur 36 ont bénéficié d'un entretien prénatal sur la prise en charge postnatale de leur enfant. Une description de l'état de l'enfant à la naissance a été réalisée chez 34 nouveau-nés sur 44 et une évaluation de la douleur tout au long de la prise en charge palliative a été réalisée chez 18 nouveau-nés. Les soins de confort sont pratiqués chez la majorité des nouveau-nés. La majorité des nouveau-nés ont été en contact avec leurs parents. La participation des auxiliaires de puériculture aux soins palliatifs apparaît peu. Une description horodatée de la prise en charge pourrait être améliorée.

**Conclusion:** La mise en place des soins palliatifs en salle de naissance est récente. Les résultats de cette étude montrent que les soins palliatifs sont conformes aux recommandations actuelles et que l'implication des parents est importante. En revanche, la retranscription de la prise en charge des nouveau-nés dans les dossiers est insuffisante, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la douleur. L'utilisation d'une feuille de surveillance en salle de naissance pour tous les nouveau-nés bénéficiant de soins palliatifs permettrait d'évaluer cette pratique et d'améliorer cette prise en charge.

**Mot-clefs:** Soins palliatifs, salle de naissance, accompagnement, pratiques

**Titre:** Soins palliatifs des nouveau-nés en salle de naissance : Etat des lieux au CHRU de Brest site MORVAN

**Auteur:** Cindy MONOT

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME ANNEE 2016