



Travail de Fin d'Etudes
en vue de l'obtention du grade de

Bachelier SAGE-FEMME

Césarienne en Urgence : le leadership, un avenir prometteur ?

En quoi la formation au leadership est-elle un facteur favorisant pour une prise en charge optimale d'une césarienne en urgence ?

Présenté par

**DERROUCH Lucile
DEZ Pauline**

Année Académique 2016-2017



Remerciements

Il est temps de trouver les mots pour remercier le soutien que l'on a pu nous apporter durant l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Tout d'abord, nous exprimons notre gratitude à Madame Mireille APPELTANTS, formatrice à l'Institut Helmo Sainte Julienne qui nous a guidé durant cette année et nous a aidé à trouver des solutions pour avancer.

Nous remercions aussi, Monsieur Patrick GOVERS, pour sa disponibilité, son dévouement et son aide concernant la méthodologie. Egalement, Monsieur Jean-Christophe SERVOTTE notre conseiller externe, qui nous a transmis son savoirs et les informations nécessaires pour participer à la collaboration de ce travail.

Nous tenons à remercier les professionnels ayant accepté de participer à la journée de simulation dans le cadre du projet SimuCarePro ; ainsi que les sages-femmes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette revue de littérature.

Enfin, nous adressons nos plus sincères remerciements à nos familles et amis qui nous ont accompagnés, aidés, soutenus et encouragés tout au long de la réalisation de ce mémoire et pour leur bonne humeur quotidienne.

Commenté [M1]: Participer à l'élaboration...

Résumé

Introduction : Le taux de césarienne ne cesse d'augmenter. Lors de situations de crise, le leadership est un concept clé pour une prise en charge optimale. Malgré son importance, il fait rarement partie des programmes de formation initiale; c'est une notion complexe et peu développée dans le milieu de la santé.

Objectifs : Ce travail a pour but de déterminer en quoi une formation professionnelle en leadership, pour les sages-femmes, permettrait une meilleure gestion de l'urgence et par conséquent une prise en charge optimale lors d'une césarienne en urgence.

Matériel et méthodes : Notre revue de littérature a été effectuée à l'aide des bases de données de sciences médicales, MEDLINE (via Pubmed) et Web of Knowledge (via Web of sciences). Après avoir appliqué nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons utilisés douze articles.

Résultats : L'analyse des articles a montré des améliorations dans les compétences en leadership, en communication et en travail d'équipe. Il y a une réduction des conflits de rôle et une meilleure répartition des tâches. Une formation croisée avec les leaders et les followers améliore la compréhension et l'apprentissage des deux rôles. La maîtrise du leadership amène une meilleure qualité des soins et sécurité des patients.

Conclusion : Cette recherche souligne l'importance de la formation en leadership, afin d'améliorer les performances de l'équipe et la sécurité du patient. Néanmoins, des recherches plus approfondies sont nécessaires pour enrichir la base de données. L'impact de la formation devrait être étudié sur le long terme.

Mots clés : leadership, travail d'équipe, césarienne, urgence, entraînement, éducation, obstétrique

Abstract

En cours de traduction

Sommaire

Introduction	2
1. Cadre théorique	2
1.1. La césarienne	2
1.1.1. Définition	2
1.1.2. Fréquence.....	2
1.1.3. Indications de césarienne.....	2
1.1.4. Classifications du degré d'urgence	3
1.1.5. Prise en charge de la césarienne en urgence	5
1.2. Le leadership	12
1.2.1. Définition	12
1.2.2. La situation de crise.....	12
1.2.3. Le travail en équipe, la collaboration	12
1.2.4. Le leadership dans les soins de santé	13
1.2.5. Compétences d'un leadership	15
2. Revue systématique de la littérature scientifique	17
2.1. Objectifs.....	17
2.2. Méthode de recherche.....	17
2.2.1. La démarche PICO	17
2.2.2. Les bases de données.....	17
2.2.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion	17
2.2.4. Les biais de la recherche.....	18
3. Résultats	25
4. Discussion	27
Conclusion	29
Bibliographie	
Annexes	

Sommaire des figures

Figure 1. Taux de césarienne dans six pays européens	2
Figure 2. Classification du degré d'urgence	5
Figure 3. Les points clés de la CRM	12
Figure 4. Organigramme du processus de sélection des études	19

Sommaire des tableaux

Tableau 1. Indications de césarienne lors d'une urgence vitale et d'une urgence relative	3
Tableau 2. Classifications des césariennes selon le degré d'urgence	4
Tableau 3. Prise en charge pluridisciplinaire lors d'une césarienne en urgence	7
Tableau 4. Quatre grands discours de leadership.....	14

Introduction

Au cours de notre formation, nous rencontrons des situations qui sont parfois complexes et remettent en question nos idéaux. Chacune d'entre elles permettent de nous faire évoluer et grandir. Nous avons tous vécu une situation, en stage, de césarienne en urgence, avec le stress que cela engendre et le travail d'équipe qui en résulte.

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes au monde et le taux ne cesse d'augmenter. Il existe plusieurs indications et celles, lors de situations de crise représentent des enjeux forts, autant pour la patiente, que pour les professionnels de santé. Le leadership est un concept clé pour prise en charge optimale. Malgré son importance, il fait rarement partie des programmes de formation initiale ; c'est une notion complexe et peu développée dans le milieu de la santé et les outils pour l'évaluer sont peu utilisés. Par conséquent, il n'existe pas de normes uniformes et il est généralement dicté par l'histoire institutionnelle.

Coordonner les médecins, les sages-femmes et le personnel paramédical pour soigner les patientes, exige travail d'équipe et leadership. Cela est particulièrement vrai dans les situations d'urgence. Selon nous, il s'agit d'un point essentiel au temps médical, où la sage-femme, a un rôle primordial et capital, notamment dans la détection de l'urgence. C'est pour cela que le thème de la césarienne en urgence et du leadership fait l'objet de notre travail de fin d'études. De plus, nous étions fortement intéressées pour participer au projet SimuCarePro, dans lequel six partenaires européens sont impliqués. En effet, c'est un projet enrichissant pour notre expérience et carrière professionnelle (Annexe I).

Le but de ce travail était d'étudier la littérature scientifique concernant le leadership et la césarienne en urgence. Nous

voulions déterminer en quoi une formation professionnelle en leadership, pour les sages-femmes, permettrait une meilleure gestion de l'urgence et par conséquent une prise en charge optimale lors d'une césarienne en urgence.

Nous commencerons par développer notre cadre théorique à l'aide d'ouvrages et d'articles scientifiques. Puis, nous approfondirons notre travail de recherche à travers la revue systématique de littérature. Nous finirons par les résultats et la discussion, afin de parvenir, ou non, à la réponse de notre question de recherche.

1. Cadre théorique

1.1. La césarienne

1.1.1. Définition

La césarienne est une intervention chirurgicale par incision de la paroi abdominale et de l'utérus gravide, permettant la naissance du fœtus et l'extraction du placenta. (Schub, 2016)

1.1.2. Fréquence

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes au monde et le taux d'accouchement par césarienne ne cesse d'augmenter, en particulier dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire.

Selon l'OMS, une césarienne justifiée peut prévenir la mortalité et morbidité autant foetale que maternelle. Cependant, la césarienne est une intervention chirurgicale qui présente des risques à court et long termes et peut affecter la santé autant de la femme et de l'enfant que des grossesses futures. Il estime que le taux de césarienne idéal se situe entre 10 % et 15 % (Organisation mondiale de la santé, 2014). Actuellement, selon le KCE, en Belgique le taux de césarienne oscille autour de 21%. Celui-ci varie de 20,6% en Flandre, 22,2% en Wallonie et autour de 20,4% en Région bruxelloise. Cependant, il existe des variations de 11,8% à 32,9% entre les hôpitaux de chaque Région (Stordeur, Jonckheer, Fairon, & De Laet, 2016).

Dès lors, si les résultats obtenus se situent dans les limites acceptables, c'est-à-dire en dessous de 15 % du total des naissances attendues, on en conclut, que la plupart des femmes qui ont besoin d'une césarienne, en bénéficient. Cet indicateur ne permet cependant pas de savoir, si les césariennes

pratiquées le sont à bon escient. La figure 1, présente l'évolution du taux de césarienne dans six pays européens de 1987 à 2010 (Figure 1). Nous constatons que les naissances par césarienne sont en forte augmentation depuis une trentaine d'années (Stordeur et al., 2016). La Belgique se situe au-dessus des 10% depuis 1987 et au-dessus des 15 % depuis 1997.

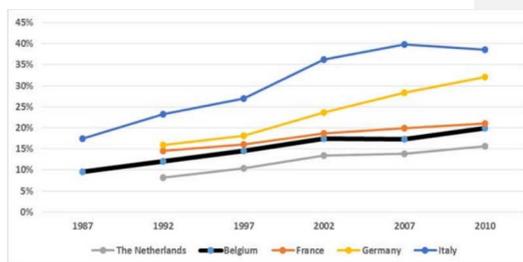


Figure 1. Taux de césarienne dans six pays européens (Stordeur et al., 2016)

Sources : Declercq et al. (pour les années 1987 à 2007) et Xie et al. (pour l'année 2010)

1.1.3. Indications de césarienne

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) précise que la morbi-mortalité liée à la césarienne est supérieure à celle de l'accouchement par voie basse. De plus, ces risques sont nettement augmentés lorsque l'intervention est réalisée en cours de travail (CNGOF, 2013). Ainsi, différentes indications de césarienne avant le travail sont définies, lors d'une césarienne programmée et lors d'une césarienne en urgence. Nous allons seulement nous consacrer à celles de la césarienne en urgence. Nous distinguerons les urgences absolues des urgences relatives (Tableau 1).

Tableau 1. Indications de césarienne lors d'une urgence vitale et d'une urgence relative (Descamps, Lansac & Goffinet, 2011), (Udigoz, Elecour, & Hevenet, 2013), (Lecerf, Vardon, Morello, Lamendour, & Dreyfus, 2013)

	Urgences absolues	Urgences relatives
Maternelles	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pré-rupture ou rupture utérine.</u> • <u>Eclampsie (stabilisée)</u> • <u>Sauvetage maternel (Arrêt cardio-respiratoire)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Anomalie du travail (dystocie mécanique, dystocie dynamique)</u> • <u>VIH (femme avancée dans le travail et CV > 1000 copies/ml)</u> • <u>Herpès</u>
Fœtales	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Etat fœtal non-rassurant (ex : procidence du cordon, hypertonie, etc.) qui indique un risque d'acidose majeur (bradycardie fœtale sans récupération du RCF (10 min))</u> • <u>Echec d'extraction instrumentale avec anomalie du rythme cardiaque fœtal</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Présentations dystociques (siège, front, transverse, face en mento illiaque postérieur)</u> • <u>Grossesses multiples avec 1 en présentation autre que céphalique</u> • <u>Anomalies du rythme cardiaque fœtal</u>
Annexielles	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Hémorragie anté-partum sévère, non contrôlée :</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Placenta prævia recouvrant</u> - <u>Hématome rétro-placentaire</u> - <u>Rupture d'un vaisseau prævia</u> 	

La définition détaillée de chacune de ces indications sera reprise en annexe (Annexe II).

1.1.4. Classifications du degré d'urgence

Les recommandations concernant le délai décision-naissance lors des césariennes en urgences restent vagues.

L'American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) et le Royal Colleges of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) préconisent un délai maximal de 30 minutes entre la prise de décision et la naissance en cas d'urgence vitale maternelle ou fœtale (Udigoz et al., 2013).

La German Society of Gynecology and Obstetrics a quant à elle, recommandé un délai de 20 minutes. Tandis que le Collège français de gynécologie obstétrique ne précise pas de limites temporelles (Huissoud et al., 2009).

Aucun consensus ne semble se dégager concernant le délai de prise en charge d'une césarienne en urgence. Ce fait peut s'expliquer par les nombreuses situations,

variant en fonction de l'état maternel et/ou fœtal. Bien que, selon le CNGOF, « le risque de retentissement fâcheux paraît faible si la durée de l'hypoxie sévère est inférieure à 15 min; ce risque, au contraire, est majeur si la durée est supérieure à 30 min ». (Udigoz et al., 2013, p.12)

Dans le passé, on pensait qu'un délai décision-naissance n'était ni cliniquement utile, ni réalisable. Cependant, des études récentes ont montré, qu'un accouchement rapide lors d'une situation menaçant la vie du fœtus, mènerait à une meilleure issue fœtale (Leung & Lao, 2013).

Nous avons choisi de répertorier cinq classifications déjà existantes. Celles-ci étant élaborées de manière claire et précise. (Tableau 2)

Pour des raisons de clarté, nous avons décidé de laisser le tableau en anglais.

Tableau 2. Classifications des césariennes selon le degré d'urgence (Torloni et al., 2011), (NICE, 2004), (RCOG, 2010), (NICE, 2011), (Huissoud et al., 2009)

Authors, years	Classifications	Decision-to-delivery interval (DDI)
<i>Lucas et al, 2000</i> <i>Urgency of CS classification based on clinical definition</i>	(1) <u>Emergency</u> ⁽¹⁾ (2) <u>Urgent</u> (3) <u>Scheduled</u> (4) <u>Elective</u>	No data found
<i>Nicopoulos, 2003</i> <i>Priority of delivery by CS</i> <i>Lucas</i>	Crash Urgent Emergency Elective	(10–20 min) (up to 30 min) (up to 2 h) (no time limit)
<i>NICE, 2004</i> <i>Caesarean Section</i> <i>Clinical guidelines 13</i>	1. Immediate threat to the life of the woman or fetus 2. Maternal or fetal compromise which is not immediately life-threatening 3. No maternal or fetal compromise but needs early delivery 4. Delivery timed to suit woman or staff.	(30 min) (75 min)
<i>Huissoud et al, 2009</i> <i>Color codes for emergency CS</i>	Red: extremely urgent Orange: urgent Green: non-urgent CS	(15 minutes) (30 minutes) (up to 1 h interval)
<i>RCOG, 2010</i> <i>Classification of urgency of caesarian section, a continuum of risk</i>	Category 1 : Immediate threat to life of woman or fetus Category 2: No immediate threat to life of woman or fetus Category 3: Requires early delivery Category 4: At a time to suit the woman and maternity services	(30 min)

¹ Définition

- (1) Extrême urgence : Menace immédiate pour la vie de la femme et du fœtus
(2) Urgence : Mise en danger maternel ou fœtal mais qui ne menace pas immédiatement leur vie
(3) Non urgente : Besoin d'un accouchement précoce mais pas de mise en danger maternel ou fœtal
(4) Programmée : Doit convenir à la fois à la mère et à l'équipe de maternité

A travers ce tableau, nous pouvons voir qu'un grand nombre de classifications existent avec beaucoup de similarités. La terminologie n'est pas toujours la même et peut engendrer des confusions. Comme vu ci-dessus, le RCOG, propose une version modifiée de la classification de Lucas et al. Il introduit un spectre de couleur permettant de montrer qu'il existe un « *continuum d'urgence* » s'appliquant à la césarienne, plutôt que des catégories distinctes, telle que la classification de Lucas (RCOG, 2010) (Figure 2).

Selon le RCOG, lors d'une césarienne en urgence, les unités de soins sont encouragées à utiliser la classification de Lucas qui décrit quatre catégories d'urgence, sans contraintes de temps. Il rajoute que : « *Le concept selon lequel il existe un continuum de risque est souligné par l'ajout du spectre de couleurs. Une approche individualisée de l'évaluation de l'urgence de l'accouchement est nécessaire dans tous les cas* » (RCOG, 2010) (Figure 2).

Figure 2. Classification du degré d'urgence (RCOG,

Urgency	Definition	Category
Maternal or fetal compromise	Immediate threat to life of woman or fetus	1
	No immediate threat to life of woman or fetus	2
No maternal or fetal compromise	Requires early delivery	3
	At a time to suit the woman and maternity services	4

2010)

1.1.5. Prise en charge de la césarienne en urgence

Nous allons maintenant expliquer, à l'aide du tableau 3, les différentes tâches devant être effectuées par la sage-femme en collaboration avec le gynécologue et l'anesthésiste, lors d'une césarienne en urgence relative ou vitale. Ce tableau a été

rédigé à partir d'articles scientifiques, de notre propre expérience ainsi que de l'expérience de sages-femmes de salle de naissance.

Il a été validé par madame Appeltants, sage-femme, professeure d'urgence obstétricale, à Helmo Sainte Julienne puis, lu et corrigé par cinq sages-femmes :

- trois sages-femmes de l'hôpital Paule de Viguier, de niveau 3 (Toulouse, France), Leur niveau d'expérience en salle de naissance était de trente et un an, dix-sept ans et cinq ans d'expérience.

- deux sages-femmes de la polyclinique Saint-André (Reims, France). Leur niveau d'expérience en salle de naissance était de cinq et six ans.

Nous avons répertorié une check-list recensant toutes les actions nécessaires à une prise en charge optimale lors d'une césarienne en urgence. (HAS, 2013), (Annexe III). Ce serait pour nous un outil indispensable, car, elle permettrait de vérifier méthodiquement les étapes nécessaires à la réalisation de la césarienne en urgence afin de renforcer la sécurité du patient.

En fonction du degré d'urgence (extrême urgence, urgence ou non urgence), les actions menées

par les professionnels restent quasiment² inchangées mais la rapidité des différentes séquences varient ainsi que l'appel aux intervenants. Le nombre de sages-femmes appelées à l'aide dépendra également du degré d'urgence. Ce chiffre est également très variable d'une structure à une autre, les sages-femmes peuvent être quatre comme seule. Nous allons ici diviser les rôles entre trois sages-femmes, pour une prise en charge optimale. Nous avons essayé de reproduire l'organisation propre au secteur

² Cf TFE Agathe Barthouil et Sarah Boussaid: prise en charge de la césarienne en fonction des codes couleurs

naissance du CHU de Notre-Dame des
Bruyères (Liège), hôpital en partenariat
avec le projet SimuCarePro.

Tableau 3. Prise en charge pluridisciplinaire lors d'une césarienne en urgence (Schub & Caple, 2016), (Schub, 2016), (HAS, 2013)

<i>SEQUENCES</i>	<i>INTERVENTIONS</i>	<i>INTERVENANTS</i>	<i>ROLE DES INTERVENANTS</i>
SEQUENCE 1 PERIODE PRE-OPERATOIRE	<p>Appel* :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des sages-femmes 2 et 3 - du gynécologue - de l'anesthésiste - du pédiatre 	Sage-femme 1	<p>Marquer d'un trait sur le monitoring le moment de l'appel et de la décision du gynécologue</p> <p><i>* La fonctionnalité d'appel est spécifique au service (téléphone, alarme, sonnette, etc.). La transmission aux différents professionnels se fera selon le code couleur et l'ISBAR (Annexe IV) (Cf TFE Agathe Barthouil, Sarah Boussaid)</i></p>
	Préparation de la patiente	Sage-femme 1 et 2	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Explication au couple, rassurer</u> - <u>Vérification de l'identité</u> - <u>Arrêt des ocytociques éventuels</u> - <u>Patiente à jeun ? Chemise de bloc ?</u> - <u>Rasage de la zone d'incision (non obligatoire)</u> - <u>Absence de bijoux, vernis, appareil dentaire, lentilles, lunettes, piercings</u> - <u>Administration de la prémédication (antihistaminique H2)</u> - <u>Vérification de la perméabilité du cathéter veineux périphérique (18G minimum) +/- pose d'une deuxième voie veineuse</u> - <u>Placement de la sonde vésicale</u> - <u>Vérification du dossier obstétrical (groupage, RAI, consultation anesthésiste, bilan hématologique, bilan de coagulation) de manière systématique pour toute patiente en travail</u> - <u>Charlotte sur la tête</u> - <u>Prélèvement de compatibilité si nécessaire + Commande de sang éventuelle → téléphoner au laboratoire</u> <p><i>Attention, s'il s'agit d'une césarienne en urgence vitale la vérification du dossier, le contrôle de la VVP ne doivent pas retarder le délai d'incision. Ces précautions doivent être prises systématiquement en amont.</i></p>

	Préparation salle d'opération + box bébé	Sage-femme 3	<p align="center">Salle d'opération</p> <p><u>Coté anesthésiste</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirateur allumé + monitoring - Chariot anesthésiste avec matériel de réa + drogues - Aspiration fonctionnelle - Oxygène - Défibrillateur (vérifier sa présence et son niveau de charge) - Préparation de la table de rachi avec matériel (Annexe V) ou préparation matériel pour anesthésie générale (Annexe V) <p><u>Coté gynécologue</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - table Kocher - table avec matériel : set césarienne, instruments stériles : (Annexe VI) et fils - aspiration, - bistouri électrique fonctionnel 	<p align="center">Box bébé</p> <p><u>Coté pédiatre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Table chauffée - Aspiration fonctionnelle - Penlon + O2 + néopuff + respirateur - Sonde thermique - Capteur de saturation + ECG branchés - Matériel réanimation (intubation, cathétérisme veineux ombilical, VVP) - Médicaments (adrénaline, NaCl, glucosé 10%) - Matériel soin nouveau-né : écouvillon, konakion, ophtadose, habits
	Transfert de la patiente	Sage-femme 1 et 2	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Oter l'ensemble du monitoring (tension, saturation, monitoring)</u> - <u>En décubitus dorsal avec tilt latéral gauche</u> - <u>Le plus confortablement possible</u> - <u>Respect de la pudeur</u> 	

Commenté [M2]: Ne mettre qu'une fois annexe 5

			<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la présence de l'anesthésiste - Monitoring : électrodes, saturomètre, pouls, programmer une tension régulière - S'assurer de la bonne perméabilité de la veine, maintien de la voie avec un cristalloïde ou colloïde - Capturer bruit cardiaque fœtaux (BCF) - Habiller l'anesthésiste 						
	Assistance à l'anesthésie	Sage-femme 1	<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Extension d'une analgésie péridurale en cours</i></th> <th><i>Rachianesthésie</i></th> <th><i>Anesthésie générale (AG)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Présenter les différents produits à l'anesthésiste - Installer la patiente en décubitus dorsal + tilt à gauche </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Installation de la patiente en DLG ou assise - Faire le champ - Présenter les différents produits à l'anesthésiste - Maintenir la patiente en position + explications - Faire pansement - Installer le plus vite possible la patiente en décubitus dorsal + tilt à gauche </td> <td> <p><i>Lorsqu'il s'agit d'une AG, les gynécologues doivent être installés, bistouri en main avant d'induire l'anesthésie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les étapes concernant la préparation de la patiente (cf ci-dessous) seront effectuées en amont - Mise en place du champ opératoire (drap stérile) - Installer la patiente en DD + explications, - Préparation de l'hypnotique, du curare et de l'analgésique sous la vérification de l'anesthésiste </td> </tr> </tbody> </table>	<i>Extension d'une analgésie péridurale en cours</i>	<i>Rachianesthésie</i>	<i>Anesthésie générale (AG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter les différents produits à l'anesthésiste - Installer la patiente en décubitus dorsal + tilt à gauche 	<ul style="list-style-type: none"> - Installation de la patiente en DLG ou assise - Faire le champ - Présenter les différents produits à l'anesthésiste - Maintenir la patiente en position + explications - Faire pansement - Installer le plus vite possible la patiente en décubitus dorsal + tilt à gauche 	<p><i>Lorsqu'il s'agit d'une AG, les gynécologues doivent être installés, bistouri en main avant d'induire l'anesthésie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les étapes concernant la préparation de la patiente (cf ci-dessous) seront effectuées en amont - Mise en place du champ opératoire (drap stérile) - Installer la patiente en DD + explications, - Préparation de l'hypnotique, du curare et de l'analgésique sous la vérification de l'anesthésiste
<i>Extension d'une analgésie péridurale en cours</i>			<i>Rachianesthésie</i>	<i>Anesthésie générale (AG)</i>					
<ul style="list-style-type: none"> - Présenter les différents produits à l'anesthésiste - Installer la patiente en décubitus dorsal + tilt à gauche 	<ul style="list-style-type: none"> - Installation de la patiente en DLG ou assise - Faire le champ - Présenter les différents produits à l'anesthésiste - Maintenir la patiente en position + explications - Faire pansement - Installer le plus vite possible la patiente en décubitus dorsal + tilt à gauche 	<p><i>Lorsqu'il s'agit d'une AG, les gynécologues doivent être installés, bistouri en main avant d'induire l'anesthésie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les étapes concernant la préparation de la patiente (cf ci-dessous) seront effectuées en amont - Mise en place du champ opératoire (drap stérile) - Installer la patiente en DD + explications, - Préparation de l'hypnotique, du curare et de l'analgésique sous la vérification de l'anesthésiste 							
			<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du champ opératoire (drap stérile) - Assister anesthésiste pour l'intubation 						

	Préparation de la patiente en salle	Sage-femme 2	<ul style="list-style-type: none"> - Blouse ôtée - Ceinturer les jambes - Protéger les bas de contention du sang - Brancher l'aspiration - Placer la plaque de bistouri électrique - Réaliser le champ de désinfection - Assister les gynécologues pour l'habillement et l'installation du matériel: connecter l'aspiration, connecter le bistouri électrique - S'assurer de la présence du pédiatre en salle au moment de l'incision lors de la nécessité d'une prise en charge pédiatrique rapide - Informer la patiente de chacune de nos actions
	Préparation du père ou accompagnant	Sage-femme 3	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Toujours avec l'accord du chirurgien et de l'anesthésiste</u> - <u>Tenue de bloc, charlotte et masque, lavage des mains</u> - <u>Entre en salle au moment de l'incision, après que le chirurgien est vérifié l'efficacité de l'analgésie</u> - <u>L'anesthésie générale contre-indique la présence d'un accompagnant</u> <p>Retour de la sage-femme n°3 en salle de naissance pour continuer de prendre en charge le service.</p>
<u>SEQUENCE 2</u> PERIODE PER-OPERATOIRE	Assistance au gynécologue	Sage-femme 1	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance et quantification des spoliations sanguines lors de l'hystérotomie et pendant toute l'intervention (tenir compte de la quantité de liquide amniotique) - Comptage des compresses et des aiguilles - Répondre aux demandes des gynécologues (ex: fils supplémentaires, compresses supplémentaires, test bleu de méthylène) - Vérification des urines avant la suture de l'aponévrose : éliminer une plaie vésicale - Réaliser le pansement

	Assistance l'anesthésiste	Sage-femme 1	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation de produits supplémentaires nécessaire durant l'opération - Remplissage de feuilles de surveillance (ex : feuille d'hémorragie) - Aide pour un éventuel placement de voie centrale, transfusion, ec.
	Assistance au pédiatre	Sage-femme 2	<ul style="list-style-type: none"> - Appel du pédiatre au moment de l'incision, si pas de pathologie fœtale - Accueillir le bébé avec un linge stérile et chaud + gants stériles, +/- sans latex si le bébé doit être opéré - Présentation du bébé aux parents - Assistance au pédiatre : stimulation, séchage, bonnet, aspiration des nouveau-nés si nécessaire, T° ou réanimation néonatale (Annexe V) et premiers soins (pommade ophtalmique, mensuration, vitamine K)
SEQUENCE 3 PERIODE POST-OPERATOIRE	Réinstallation de la patiente	Sage-femme 1 et 2	<ul style="list-style-type: none"> - Toilette d'opérée et vérification du globe utérin - Enlever la plaque du bistouri électrique - Réinstallation de la patiente - Explications + rassurer la patiente et l'accompagnant - Surveillance nausées, vomissement, possible administration d'un antiémétique - Anticiper l'analgésie post-opératoire (antalgique) - Veiller à favoriser les rencontres précoces parents-enfants
	Surveillance de la période post-opératoire en salle de réveil ou en salle de naissance	Sage-femme 1	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance post-op d'une opération abdominale couplée à la surveillance d'une accouchée (Annexe VII) (différence en fonction de l'anesthésie) et surveillance du nouveau-né - Compléter le dossier médical - Appel gynécologue et anesthésiste si complication

1.2. Le leadership

1.2.1. Définition

« Le terme leader vient de l'anglais "to lead" : conduire, guider, être à la tête de... » (Prat & Prat, 2011, p.10). Le leader a une vision d'ensemble et une idée précise. Il sait l'exprimer clairement et donne aux autres l'envie de le suivre.

Le leadership peut être comparé à un « chef d'orchestre qui réussit à animer ses musiciens, à les enthousiasmer et même à les passionner pour arriver à les faire jouer tous en cœur et en harmonie » (Phaneuf, 2006, p.1).

1.2.2. La situation de crise

A l'hôpital, les situations de crise sont connues par les professionnels, cependant le moment où elles surviennent est imprévisible. Les situations de crise représentent des enjeux forts autant pour le patient que les professionnels de santé. Elles sont davantage sources d'erreurs en raison du niveau élevé de stress, de la complexité des soins aux patients et de la nécessité d'effectuer des tâches multiples (Murphy, Curtis, & McCloughen, 2016). Une équipe de crise est constituée de spécialités médicales (urgentistes, réanimateurs, internistes, anesthésistes, chirurgiens...) et paramédicales infirmières, infirmières spécialisées, aides-soignantes, techniciens...). Selon l'auteur, la composition de l'équipe doit se décider sur le moment « in situ » et non pas se prévoir à l'avance. Par conséquent, la gestion d'une crise doit s'organiser en associant un leader et des followers (suiveurs / participants actifs). Le leader doit déterminer les actions des followers tandis que les followers doivent faciliter la tâche du leader : retour d'informations, apparition de nouveaux éléments, difficultés, émission d'hypothèses et propositions. Ainsi leader et followers sont corrélés. Une mauvaise communication

engendrera une incompréhension et des oublis (Laroche, 2013).

Le Crew-Crisis Ressource Management (CRM) est un concept de gestion de situation de crise en équipe. Il a été élaboré en 1979 lors d'un atelier de la Nasa sur la sécurité aérienne. A partir de 1980, ce concept apparaît dans le milieu médical à l'université de Stanford. Il va permettre d'améliorer les attitudes et les comportements des professionnels de santé en situation de crise. Pour cela, il cible les problèmes liés au travail en équipe et la gestion de crise pour apporter des stratégies d'amélioration (Laroche, 2013).

Le CRM cible l'amélioration des compétences "non techniques" reprise dans la figure ci-dessous (Figure 3).

Crisis Resource Management Key Points



Figure 3. Les points clés de la CRM (S. Goldhaber-Fiebert, K. McCowan, K. Yaeger, K. Harrison, S. Howard, 2008)

Ainsi, un travail d'équipe et une communication efficace sont des atouts majeurs dans la sécurité des soins.

1.2.3. Le travail en équipe, la collaboration

Rappelons qu'une équipe est composée de plusieurs individus ayant chacun leur identité, leur caractère, leur fonctionnement, leur valeurs et conviction personnelle. « Une équipe n'est pas une

addition d'être mais une totalité qui évolue en permanence » (Dabron, 2013, p.199). Le travail en équipe va permettre à chacun de ses membres « *d'apprendre à se connaître, à reconnaître ses limites, à vouloir utiliser son leadership, à se responsabiliser face à d'autres personnes, à faire valoir ses idées et ses points de vue, à s'ouvrir aux autres, à écouter et à questionner les idées des autres* » (Dabron, 2013, p.200). Cela nécessite de la collaboration.

La collaboration est un travail en commun. Il s'agit d'un procédé de communication et de prise de décisions qui permet aux connaissances et aux aptitudes personnelles et communes des professionnels de soins de santé d'atteindre un objectif commun et d'influencer les soins au patient. Il est question d'échange, d'écoute, d'esprit de confiance entre tous les membres de l'équipe. Il s'agit également de connaître les rôles, les compétences (Annexe VIII) et les responsabilités de chacun afin de travailler en collaboration et de répartir les tâches de manière efficace, tout en restant dans les domaines de compétence de chaque professionnel (Dabron, 2013). Il s'agit de travailler ensemble.

Pour qu'une équipe soit efficace, il faut plusieurs critères : (Laroche, 2013, p.2)

- « - caractéristiques individuelles : niveau de connaissances, attitudes, motivation, personnalité ;
- compétences individuelles : techniques, non techniques, cliniques, managériales, capacités de travail en équipe, de décision, de perception et de compréhension d'une situation, de gestion de stress ;
- compétences de l'équipe : coopération, coordination, leadership, followership, communication. »

Ce n'est pas seulement les compétences et les capacités des soignants qui feront la

force d'une équipe mais plutôt l'association de tous ces facteurs.

Le travail en équipe constitue le pilier pour un leadership efficace. Sans travail d'équipe il ne peut pas y avoir de leadership.

1.2.4. Le leadership dans les soins de santé

Plusieurs caractéristiques sont indispensables pour être un bon leader. Certaines sont innées et d'autres seront acquises au fil des années. Selon la théorie de Bass (cité par Clark, 2004) il existe différentes façons de devenir leader. Tout d'abord, il y a la théorie des traits. En effet certaines personnes posséderaient des traits caractéristiques nécessaires à un leadership (charisme, gestion du stress, confiance en soi, aptitude en communication, etc.). Il y a ensuite la théorie des événements, où une crise ou un événement amènerait à faire ressortir les qualités de leadership que la personne a en elle. Ces deux théories expliqueraient le développement du leadership pour un nombre restreint de personnes (Clark, 2004).

Une étude s'est intéressée au grand discours sur le leadership dans la littérature. Elle a identifié quatre grands discours de leadership : le discours individualiste, contextuel, relationnel et de complexité. Le tableau ci-dessous reprend ces différents termes et leurs définitions. (Gordon, Rees, Ker, & Cleland, 2015).

Tableau 4. Quatre grands discours de leadership (Gordon et al., 2015, p. 2 adapté et traduit par les auteures)

Discours	Définition
Individualiste	L'accent est mis sur les dirigeants en tant qu'individus exerçant un «pouvoir» sur d'autres pour atteindre les objectifs définis par le leader.
Contextuel	Le contexte détermine comment un leader se comporte: soit le leader « se plie » au contexte ou le contexte « se plie » au leader.
Relationnel	<p><i>Relationnel antérieur:</i></p> <p>L'accent est mis sur la relation leader-suiveur. La relation est basée sur des échanges entre les leaders et les suiveurs ou la capacité du leader à «inspirer» les adeptes à agir.</p> <p><i>Relationnel actuel:</i></p> <p>Le leadership est un processus généré par les interactions entre les membres de l'équipe. Les leaders sont donc socialement construits par cette interaction. Le leadership est accessible à tous. On y trouve des théories axées sur le suiveur. Ainsi dans ce contexte, le leadership est le résultat des processus. Le leader sera désigné en fonction de la situation</p>
Complexité	<p>Le leadership est un processus émergent, qui se produit dans des systèmes adaptatifs complexes.</p> <p>Le processus de leadership est influencé par les relations, le contexte, les systèmes (locaux et organisationnels) et le temps. Le leadership est réparti à travers une organisation à tous les niveaux.</p>

Alors que la littérature en leadership dans les soins de santé reste principalement axée sur le leadership hiérarchique individuel, la théorie contemporaine pose le leadership en tant que processus de groupe. Il fait partie intégrante de la responsabilité de chaque professionnel. Le leadership hiérarchique traditionnel ferait donc place à un modèle de leadership distribué, partagé. Les discours théoriques modernes affirment qu'il s'agit d'un processus avec des leaderships « dirigeant » et des followerships « suiveurs » qui évoluent dans un contexte complémentaire et fluide afin que chacun élabore immédiatement des identités de leader ou suiveur (Gordon,

Rees, Ker, & Cleland, 2015). En éducation médicale, le leadership est souvent perçu comme un processus, un comportement, une attitude à développer (Gordon et al., 2015). Les meilleures performances et les résultats d'une équipe sont associés à une

distribution uniforme des comportements de leadership entre les membres de l'équipe. Chacun devrait pouvoir adopter un leadership « situationnel » et donc faire preuve d'un leadership partagé (Meurling, Hedman, Felländer-Tsai, & Wallin, 2013).

Contrairement au leadership, il est plus difficile de définir le followership, car ce terme est peu employé. En effet, bien que courant dans la littérature contemporaine, ce terme est peu utilisé dans les soins de santé. Par exemple, au Royaume-Uni, « *le modèle de leadership en soins de santé utilise « l'équipe » et la promotion du «travail d'équipe » lorsque l'on parle de relations de leader-suiveur»* (Gordon et al., 2015, p.12). Cependant le leadership est un travail en collaboration donc le « *followership* » devrait être intégré dans ce processus.

Les avantages suggérés par ces pratiques de leadership comprennent : une meilleure expérience des patients, une diminution des erreurs, des infections et de la mortalité,

l'augmentation du moral du personnel et donc une réduction de l'absentéisme et du stress (Gordon et al., 2015). La conclusion attendue d'un leadership efficace est une amélioration des résultats dans la prise en charge des patients et dans l'atteinte des objectifs, autant dans l'organisation, que dans l'unité de soins (Woten & Schub, 2016). Cependant, il y aurait un écart entre la théorie et la pratique. En effet, les hiérarchies médicales et interprofessionnelles traditionnelles persistent dans le milieu des soins de santé (Gordon et al., 2015). Être leader ou suiveur sont des rôles définis par des comportements distincts qui doivent être appliqués en fonction des ressources individuelles spécifiques (Fernandez Castelao, Boos, Ringer, Eich, & Russo, 2015). Il faudrait mettre en évidence, qu'une approche individualiste basée sur la hiérarchie semble inappropriée pour la pratique professionnelle et, ainsi, envisager d'intégrer des pratiques de leadership contemporaine, qui permettrait d'améliorer les soins de santé. Pour cela, des compétences en leadership pour tous les professionnels de santé sont nécessaires pour répondre efficacement aux besoins des prestations des soins de santé et des situations d'urgence.

1.2.5. Compétences d'un leadership

Les compétences en leadership sont essentielles pour travailler et répondre aux besoins d'un système de santé. Les professionnels ne possèdent pas toujours les compétences pour occuper ce rôle de leader.

Une grille d'évaluation répertoriant les compétences précises que doit avoir un bon leader d'équipe a été élaborée ci-dessous (Tableau 5). Nous avons choisi d'utiliser cette grille car elle est très complète et facilement compréhensible.

La littérature sur les soins de santé prétend que des pratiques efficaces de leadership partagé seraient nécessaires pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des

soins. Néanmoins, les compétences en leadership ne sont pas encore intégrées de façon optimale à l'éducation des professionnels de la santé.

Nous allons essayer de mettre en évidence, au travers de notre travail de fin d'études, en quoi le leadership intégré dans la pratique de soins de santé, améliorerait la prise en charge des situations d'urgences.

Tableau 5. Grille d'évaluation des compétences d'un leadership en réanimation pédiatrique (Grant et al., 2012, adaptée à la césarienne en urgence par les auteures)

Le leader d'équipe...	Non exécuté/ Non observé	Exécuté mais de façon inefficace, incomplète	Bien exécuté	Non pertinent pour le scénario
	0	1	2	N/A
1. S'identifie clairement comme celui qui dirigera la situation (au moment de la détection de l'urgence)	0	0	0	0
2. Délègue les rôles et les responsabilités aux membres de l'équipe	0	0	0	0
3. Contrôle le bruit, la cohue et le désordre / gère les distractions/ évite de laisser les autres donner des ordres	0	0	0	0
4. Utilise une communication en boucle fermée efficace - les questions et ordres sont donnés de façon claire et assertive - la personne interpellée est identifiée par son nom ou d'une autre façon claire - s'assure que le membre de l'équipe a entendu et compris (ex : par la réponse du membre à la question ou en demandant la confirmation verbale une fois l'ordre accompli)	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
5. Gère les ressources de l'équipe et distribue la charge de travail de façon appropriée - évite de surcharger ou sous-charger - évite de donner des ordres multiples immédiatement - classe les ordres multiples selon leur priorité	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
6. Résume les progrès périodiquement dans l'intérêt de l'équipe : - décrit les événements passés jusque-là. - formule le diagnostic suspecté aussi bien que d'autres possibilités	0 0	0 0	0 0	0 0
7. Demande et reconnaît l'apport des membres de l'équipe - demande d'autres idées - incorpore les idées de l'équipe quand elles sont appropriées	0 0	0 0	0 0	0 0
8. Réexamine et réévalue la situation fréquemment - identifie verbalement les changements de l'état du patient en temps opportun - reconnaît les changements de l'état du patient identifiés par les membres de l'équipe	0 0	0 0	0 0	0 0
9. Eviter de s'enliser dans un problème particulier, réexamine la situation quand des interventions ne produisent pas l'effet désiré	0	0	0	0
10. Démontre la prise de conscience de ses propres limitations et passe le rôle de leader si besoin	0	0	0	0
11. Fait preuve d'anticipation	0	0	0	0
12. Demande très tôt l'aide appropriée et démontre la prise de conscience de ses propres limitations - demande du personnel supplémentaire, - demande d'appeler le superviseur pour avis	0 0	0 0	0 0	0 0

2. Revue systématique de la littérature scientifique

2.1. Objectifs

Le but de ce travail est de déterminer en quoi une formation professionnelle en leadership, pour les sages-femmes, permettrait une meilleure gestion de l'urgence et par conséquent une prise en charge optimale lors d'une césarienne en urgence.

2.2. Méthode de recherche

2.2.1. La démarche PICO

Pour effectuer notre recherche, nous avons commencé par établir une question de départ, en utilisant la méthode PICO. Cette méthode va nous permettre de clarifier notre question et d'en identifier les mots-clés. Nous pourrions ainsi effectuer une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données.

❖ Comment une formation au leadership optimisera-t-elle la mise en œuvre d'une césarienne en urgence ?

- **P** : Professionnel de santé
- **I** : Formation au leadership
- **C** : Absence de formation
- **O** : Amélioration du délai de prise en charge/ de la mise en œuvre de la césarienne en urgence

Au cours de notre recherche, nous avons défini plusieurs mots clés. Certains se sont avérés trop précis (exemples : formation

professionnelle, compétence professionnelle, répartition des tâches) ; et cela diminuait fortement le nombre d'articles.

Enfin, nous tenons à préciser que le mot-clé : « *césarienne* » a été utilisé mais ne permet pas de trouver suffisamment d'articles. Nous avons décidé de garder ce mot-clé étant donné qu'il fait partie intégrante de notre question PICO. Cependant il ne sera pas utilisé dans les équations de recherche.

Les mots-clés sélectionnés ont ensuite été traduits en terme MeSH via le site: <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

- <i>Leadership</i>	- <i>Leadership</i>
- <i>Travail d'équipe</i>	- <u><i>Teamwork</i></u>
- <i>Césarienne</i>	- <i>Cesarean section</i>
- <i>Urgence</i>	- <i>Emergency</i>
- <i>Entraînement</i>	- <u><i>Training</i></u>
- <i>Education</i>	- <i>Education</i>
- <i>Obstétrique</i>	- <i>Obstetrics</i>

Les mots-clés soulignés ci-dessus n'existent pas en termes MeSH. Nous avons décidé de les conserver en lien avec la qualité des articles.

2.2.2. Les bases de données

Notre revue de littérature a été effectuée à l'aide des bases de données de sciences médicales, MEDLINE (via Pubmed) et Web of Knowledge (via Web of sciences). Nous avons tenté d'utiliser les bases de données Cinahl et Cochrane mais ceux-ci ne recensaient pas assez d'articles pertinents.

2.2.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Un processus de sélection a été utilisé pour évaluer la pertinence des études. Les articles étaient admissibles s'ils décrivaient la formation au leadership dans le domaine

médical et paramédical. La formation ne concernait pas un type d'apprentissage en particulier mais tout type d'enseignement. Le nombre d'articles, dans le domaine de l'obstétrique, étant restreint ; nous avons décidé d'élargir notre recherche dans un contexte aigüe d'urgence, tel que la traumatologie ou la réanimation. Pour une plus grande opportunité d'articles, nous avons également décidé de récolter des études concernant la formation des étudiants et pas seulement celles des professionnels.

La date de publication devait être supérieure à 2000 pour ainsi récolter des données récentes et fiables.

Tous les articles publiés dans les langues autres que l'anglais et le français ont été exclus.

Des études systématiques et des études originales ont été utilisées sous condition d'une méthodologie clairement explicitée.

L'organigramme de notre cheminement concernant la sélection des études est présenté dans la figure 4 ci-dessous.

2.2.4. Les biais de la recherche

Quelques biais relatifs à notre recherche sont à mettre en évidence.

Tout d'abord, nous tenons à souligner que notre manque d'expérience en méthodologie n'a pas facilité la réalisation

de notre revue de littérature. Nous nous sommes aidées des cours reçus en première, deuxième et troisième années et avons suivi les recommandations de l'Evidence-Based Practice concernant la méthode PICO. Notre professeur de recherche et notre conseiller externe ont également été présents pour nous guider. Enfin, nous nous sommes inspirées des instructions données par le Cochrane Handbook for systematic Review of Intervention.

La traduction des articles en anglais a été effectuée par nos soins et peut avoir quelque fois entraîné des erreurs d'interprétation.

De plus, nous n'avons pas pu réaliser le niveau de preuve des études sélectionnées. En effet, la grille MERSQI (Medical Education Research Study Quality Instrument) est un instrument en éducation médicale conçu pour mesurer la qualité des études expérimentales, quasi expérimentales et d'observation. Son utilisation aurait été un atout majeur dans la fiabilité de nos études mais nous n'avons pas disposé de connaissances et de temps nécessaires.

Enfin, l'absence d'article concernant la formation du leadership lors de la césarienne en urgence et la très faible quantité d'études dans le domaine de l'obstétrique restent un inconvénient dans l'interprétation des résultats.

Nous vous présentons ici, l'organigramme du processus de sélection des études.

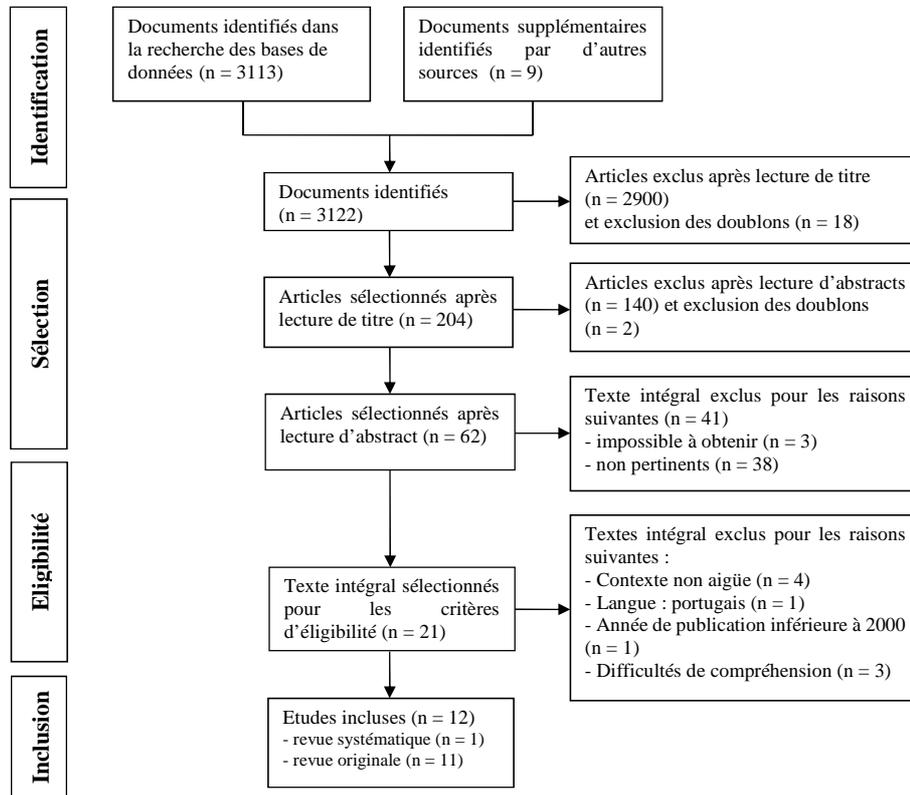


Figure 4. Organigramme du processus de sélection des études (Pham et al., 2014)

Après avoir appliqués nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons utilisés douze articles dans notre revue. Un résumé de chacun d'eux est présenté dans le tableau ci-dessous (Tableau 6).

Tableau 6. Résumés des études sélectionnées (Prinds, Hvidt, Mogensen, & Buus, 2014), (Husebø & Akerjordet, 2016)

Auteur, année de publication et pays	Méthodologie	Objectif de l'étude	Participants	Outils de formation	Résultats	Recommandations
(Baker et al., 2015) Etats Unis	Etude originale observationnelle mixte	Déterminer l'impact de Team STEPPS sur la dynamique d'équipe.	48 étudiants dans 12 équipes en médecine de premier cycle	Formation en ligne sur les principes de réanimation, puis participation à un scénario de réanimation. Ensuite, formation en équipe en utilisant TeamSTEPPS et participation au deuxième scénario de réanimation identique au premier.	<ul style="list-style-type: none"> - Le leadership de l'équipe, la surveillance de la situation, la communication globale et le dynamisme d'équipe se sont améliorés grâce à la formation - Pas d'amélioration dans le soutien mutuel. - Nécessité d'apprentissage interprofessionnel au début des programmes d'études pour faciliter la communication et le travail d'équipe - Les étudiants doivent d'abord être compétents avec leurs propres compétences avant de diriger et d'évaluer le travail des autres 	Il faudrait envisager d'incorporer la formation Team STEPPS à l'éducation des étudiants en médecine de premier cycle. Cependant des travaux supplémentaires sont nécessaires pour valider ces résultats dans un contexte clinique.
(Cooper et al., 2016) Australie	Etude originale descriptive quantitative	Contrôler la faisabilité, la validité et la fiabilité de l'outil d'évaluation des compétences non techniques (TEAM) de l'équipe de réanimation	Au moins 3 membres de l'équipe de réanimation	Observations de 106 événements d'équipe de réanimation adultes sur 10 mois, suivi d'une évaluation et d'un débriefing	<ul style="list-style-type: none"> - Les compétences non techniques contribuent largement à la sécurité des patients et ont un impact positif sur la qualité des soins aux patients - Les équipes dirigées par de bon leader ont une RCP de meilleure qualité : des temps plus courts avant la défibrillation - La grille d'évaluation TEAM a montré les scores de leadership les plus bas indiquant un leadership inadéquat - De plus, il y a une corrélation négative notable entre la taille de l'équipe et le score TEAM indiquant que plus l'équipe est grande, moins le travail d'équipe est efficace. - L'outil TEAM est une mesure d'évaluation réalisable, valide et fiable dans les contextes cliniques simulés et réels. 	Recommandation de l'Heart Foundation European Resuscitation : une formation sur le travail d'équipe et le leadership devrait être inclus dans les programmes (ALS), Advanced Life Support → Un besoin de formation en leadership est recommandé
(Fernandez Castelao et al., 2015) Allemagne	Etude originale, randomisée contrôlée	Evaluer l'impact de la formation du chef d'équipe sur le rendement de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et sur la verbalisation des chefs d'équipe	224 étudiants en médecine	Une conférence de 90 min Trois cours de 90 minutes chacun sur les compétences ALS (Advanced Life Support)	<ul style="list-style-type: none"> Les chefs d'équipes formés en CRM-TL ont montré des scores plus élevés lors de scénarios simulés de RCP par rapport à des équipes non formés en CRM-TL: - Comportement verbal de haute qualité (ordres directs, ordres indirects, affectation des tâches, planification) 	Les résultats de cette recherche soutiennent les recommandations de l'ERC (Conseil Européen de réanimation) et de l'AHA (American Heart Association) c'est-à-dire de combiner les compétences cliniques avec les compétences en communication

			Formation de 90 min en gestion de crise (CRM-TL : Crisis ressource management-Team Leader) pour un seul membre de l'équipe + scénarios de simulation	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleur respect des lignes directives ALS - Amélioration de la qualité du leadership - Probable réduction de la charge de travail de chaque membre de l'équipe par le rôle de leadership explicitement prédéfini avec une meilleure concentration des tâches assignées (compression thoracique, gestion des voies aériennes, etc.) - Réduction des conflits de rôle 	<p>et en coordination de la RCR dans le cadre de l'enseignement médical.</p> <p>➔ Il s'agit d'intégrer la formation en équipe, y compris le leadership en tant que compétence clé</p> <p>De plus, il est recommandé d'enseigner séparément le leadership en RCR afin d'améliorer à la fois l'apprentissage et les effets de performance de l'équipe, en particulier dans les premiers stades de l'éducation en soins d'urgence</p>	
(Giligan et al., 2005) Royaume-Uni	Etude originale, analytique prospective	Voir si les infirmières d'urgence avec la formation ALS fournissent un bon leadership d'équipe dans une situation simulée d'arrêt cardiaque	57 participants, 20 étaient des infirmières expérimentées, formées à ALS, 19 étaient des assistants en médecine d'urgences formés à l'ALS et 18 sans formation officielle en ALS	Scénario simulé d'arrêt cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de stress, le changement des marqueurs physiologiques du stress (fréquence cardiaque, pression artérielle moyenne) et le temps de défibrillation pour les médecins et les infirmières étaient similaires. - La moitié des infirmières connaissait toutes les causes possibles d'arrêt cardiaque, alors que ce n'était vrai que pour un quart des médecins sans formation ALS - La formation ALS peut améliorer les performances en tant que chef d'équipe, mais elle n'implique pas de compétence dans ce rôle. - L'étude n'évalue pas les autres aspects du leadership, par exemple le degré d'affirmation de soi, la projection vocale, la confiance de l'équipe dans le leader ou d'autres paramètres - La formation ALS est un moyen efficace de diriger une équipe d'urgence 	Les infirmières expérimentées devraient être habilitées à utiliser les connaissances et les compétences acquises lors de la formation ALS pour assumer le rôle de leader.
(Gum, Greenhill, & Dix, 2010) Australie	Etude originale, descriptive qualitative	Déterminer comment la formation interprofessionnelle en équipe de simulation a amélioré les soins d'urgence en maternité et le rendement des équipes 4 sous thèmes : sensibilisation au rôle personnel,	17 participants (médecins, sages-femmes, infirmières) et 4 animateurs	Simulation clinique filmées, suivies de séances de débriefing 1 à 2 semaines après, puis 3 à 6 mois après	<ul style="list-style-type: none"> - Accroissement de la confiance des participants d'interagir les uns avec les autres - Meilleure compréhension des rôles respectifs de chaque professionnel - Meilleure communication 	<p>Importance de la formation interprofessionnelle, en particulier grâce à l'apprentissage par simulation</p> <p>Il existe un manque de formation en leadership pour les équipes cliniques</p>

	connaissance inter positionnelle, mutualité et leadership			<ul style="list-style-type: none"> - Permet aux participants de prendre conscience du but commun et de favoriser le respect mutuel - Importance pour chaque membre d'avoir un rôle défini et de communiquer ce rôle en cas d'urgence. Ceci réduit la confusion et l'ambiguïté des rôles - Meilleure compréhension du rôle de leadership et de leur propre compétence en leadership. Le rôle de leadership est interchangeable en cas d'urgence. La pyramide hiérarchique ne doit pas faire surface. 	Les facultés de médecine devraient offrir des cours de leadership aux étudiants	
(Hunziker, Tschan, Semmer, & Marsch, 2013) Suisse	Etude originale : essai contrôlé randomisé	Comparer l'enseignement de leadership avec une formation technique générale dans un scénario de réanimation cardiopulmonaire simulée de haute fidélité	237 étudiants en médecine, 4 ^{ème} année (équipe de 3)	Simulation d'arrêt cardiaque suivi d'un enseignement basique sur les algorithmes de réanimation. Puis, les participants ont reçu soit un enseignement technique soit un enseignement de leadership, de 10min chacun. Suivi d'une 2 ^{ème} simulation d'arrêt cardiaque 4 mois après	L'enseignement en leadership a entraîné une meilleure performance de l'équipe, de meilleur temps d'exécution, des taux appropriés de compression thoracique, une prise en charge plus précoce de la RCR. Il y a une davantage d'attributions des tâches, plus de commandes et plus de décisions prises. L'absence de comportement de leadership et la non-répartition explicite des tâches ont été associées à une mauvaise performance de l'équipe.	Le leadership peut être efficacement amélioré par de courtes instructions. Les instructions de leadership sont un outil éducatif efficace et améliorent le rendement de l'équipe. S'il est confirmé dans d'autres études, il faudrait ajouter de courtes périodes de formation au leadership en tant que partie importante de la formation en RCR étant donné qu'une courte instruction a considérablement amélioré les performances. L'ajout d'une composante de leadership à la formation en RCR semble faisable et ne surcharge pas les calendriers de formation.
(Mantha et al., 2016) Inde	Etude originale, descriptive, quantitative	Décrire le développement et l'impact d'un programme de formation en compétences non techniques NTS : non technical skills, en soins infirmiers	40 stagiaires paramédicaux (28 hommes, 12 femmes)	Programme de 6 jours axé sur le renforcement du leadership, le travail d'équipe et les aptitudes à l'expression orale : conférences, ateliers interactifs, discussions, présentations vidéos avant et après le programme d'étude	Amélioration significative des compétences non-techniques : des compétences en leadership, de la confiance en soi, de l'auto-réflexion et de la communication	Intégration d'un programme de développement des compétences non techniques (NTS), en particulier le leadership, la communication et le travail d'équipe dans l'éducation paramédicale Une évaluation plus approfondie sur les impacts de cette formation à long terme doit être envisagée

(Murling, Hedmann, Felländer-Tsai et Wallin, 2013)

Suède

Etude originale qualitative	Explorer les expériences individuelles et les comportements des leaders et des suiveurs pendant la première phase du programme de formation basé sur la simulation.	54 étudiants en médecine (groupes d'élève de 3 à 5 étudiants)	Une demi-journée de formation comprenant trois scénarios vidéo	<ul style="list-style-type: none">- L'auto-efficacité s'est améliorée : dans le rôle de leader, les participants communiquaient dans une plus grande mesure et éprouvaient une concentration mentale plus élevée que dans le rôle de suiveur- L'acquisition de comportements de leader est plus exigeante que l'acquisition de comportements suiveurs- La formation croisée en tant que leader ou suiveur peut améliorer la compréhension des difficultés propres à chaque rôle et donc améliorer l'apprentissage	<p>La conception des programmes de formation et la formation en simulation devraient se concentrer sur les deux rôles : leaders et followers afin d'améliorer le travail d'équipe et par conséquent les soins aux patients. Les objectifs en matière de formation et de résultats d'apprentissage seront donc différents.</p> <p>Il y a un leadership partagé, ce qui implique que les membres de l'équipe doivent maîtriser les deux rôles</p> <p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour approfondir le sujet</p>
Revue systématique de littérature	Déterminer l'état actuel des connaissances sur les composantes clés et les impacts de la simulation multidisciplinaire. Plus précisément, l'objectif est de savoir comment la formation multidisciplinaire améliore le rendement de l'équipe en cas d'urgence	11 études publiées entre 2002 et 2013 ont été incluses dans cette revue	Scénarios simulés et séances de débriefing	<ul style="list-style-type: none">- Les compétences en CRM favorisent la performance de l'équipe : dynamique d'équipe, communication, leadership et prise de décision- Effet positif de la formation sur l'attitude et les compétences vis-à-vis du leadership- Aide à maintenir des équipes efficaces- Réduction du temps nécessaire pour effectuer les interventions- Meilleure cohésion de l'équipe- Moyen efficace d'améliorer les compétences en leadership et d'accroître la confiance- Une confiance accrue pour diriger de futurs événements de réanimation <p>Le leadership ne se produit pas spontanément, il doit être appris et répétés. Cependant, cet examen a révélé que le leadership est potentiellement le plus difficile de toutes les compétences non techniques à enseigner et à développer.</p> <p>Les participants n'ont obtenu que des niveaux modérés de performance par rapport à d'autres compétences non techniques.</p>	<p>Besoin d'améliorer la formation, de développer et de renforcer les compétences de leadership.</p> <p>Etablir une formation continue de l'équipe de réanimation par simulation.</p> <p>Les données probantes à l'appui de la formation de l'équipe de réanimation sont positives, mais limitées et nécessitent des recherches supplémentaires pour élaborer et valider des programmes de formation.</p> <p>Des recherches plus approfondies sur l'effet de la formation dans les domaines clinique et organisationnel seraient utiles.</p> <p>Cette revue souligne que le travail d'équipe ne se produit pas spontanément. Il doit être appris et répétés et la simulation est un outil précieux pour enseigner, répéter et analyser la performance de l'équipe multidisciplinaire</p>

(Murphy, Curtis et McCloughen, 2016)

Pays non stipulé

(Nicksa, Anderson, Fidler, & Stewart, 2015)	Etude originale d'observation	Apprendre aux résidents en chirurgie le leadership, la communication et le travail d'équipe	43 résidents en chirurgie (résidents de premier cycle et deuxième cycle PGY2)	28 séances de Simulations cliniques d'urgence avec SimMan 3GS. Scénario de 15-20 min avec débriefing de 30 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Outil éducatif précieux, plus sécuritaire avec une amélioration des compétences en communication, confiance, leadership, une expertise en procédures et une gestion d'équipe lors de scénarios d'urgences. - Amélioration significative des compétences non techniques pour les PGY2 concernant la communication, le leadership et le travail d'équipe - Les résidents du PGY 1 n'ont pas démontré une amélioration significative de leurs scores => nécessité de continuer à évaluer la situation pour déterminer s'il faut modifier le programme d'études pour les résidents de PGY 1 	<p>Faire davantage de recherches sur l'utilisation de modèles interprofessionnels pour enseigner et travailler avec d'autres spécialités dans des environnements complexes et difficiles nécessitant à la fois des compétences techniques et non techniques précises en matière de leadership, de communication efficace et de travail d'équipe.</p> <p>L'American College of Surgeons (ACS) a pour objectif d'améliorer la qualité et de promouvoir la sécurité grâce à la formation axée sur la simulation</p>
(Pliego, Wehbe-Janek, Rajab, Browning, & Fothergill, 2008)	Etude originale, descriptive, qualitative	Évaluer l'efficacité d'une formation sur les compétences techniques perçues, la confiance dans un rôle de leadership et la résistance au stress	23 résidents ont participé à cette étude pilote. Des équipes composées de quatre résidents et de deux à trois sages-femmes.	Un camp de formation intensif de simulation pour les résidents en situation d'urgence obstétricale avec débriefing à la fin de chaque scénario. Puis suite à la formation, remplissage d'un sondage sur internet sur leurs perceptions.	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt pour l'apprentissage des compétences clés en cas d'urgences obstétricales et gynécologiques. - Amélioration significative de leur compétence technique et de la résistance au stress pour les résidents en obstétrique et gynécologie. - Augmentation de leur confort perçu et de leurs niveaux de compétence face à l'urgence - Aucune amélioration significative de la confiance dans leurs capacités de leadership lors d'urgences obstétricales 	<p>D'autres études sont nécessaires pour une analyse statistique plus appropriée avec plus de participants.</p> <p>Un tel environnement d'apprentissage devrait être davantage développé pour l'apprentissage des compétences en leadership</p> <p>Des études futures démontrant objectivement l'efficacité de la simulation par rapport aux stratégies éducatives traditionnelles seraient intéressantes.</p>
(Watters et al., 2015)	Etude originale, quasi expérimentale, non randomisée	Déterminer si la simulation améliore l'auto-efficacité des stagiaires dans la confiance de l'accomplissement des habilités de leadership et dans la confiance de la communication et des compétences du travail en équipe	115 infirmières et sages-femmes et 156 médecins	Cours de simulation d'une journée avec 6 scénarios cliniques et un scénario de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la capacité en leadership, de la communication, du travail d'équipe, des soins et de la sécurité du patient. - Amélioration de la confiance en soi - Entre-aide des professionnels - Nécessité de déterminer qui dirige pour adapter leur comportement de façon appropriée - Effets positifs de la simulation => renforce l'auto-efficacité et les scénarios en collaboration améliorent le processus d'apprentissage. 	Des recherches futures doivent être entreprises

3. Résultats

Sur les douze études incluses dans cette revue, neuf ont examiné comment la formation pourrait améliorer le leadership à travers la simulation et influencer les soins aux patients.

Deux articles se sont concentrés sur des programmes de formation existant afin de déterminer l'impact que cela pourrait engendrer sur l'équipe.

Enfin, un article a étudié un outil permettant l'évaluation des compétences non techniques. Plus précisément, Cooper et al., (2016) ont démontré que l'outil d'évaluation TEAM est une mesure réalisable, valide et fiable. Spécialement conçue pour les équipes d'urgence, la mesure d'évaluation d'urgence d'équipe est une mesure d'évaluation de 12 éléments utilisée pour évaluer le leadership, le travail d'équipe et la gestion des tâches à l'aide d'une échelle « Likert » de 5 points. La fiabilité de l'échelle était élevée. Il a été démontré, grâce à cet outil, que plus une équipe est grande, plus le travail d'équipe sera de moins bonne qualité. De plus, cette étude établit qu'une équipe avec un leader montre une réanimation de meilleure qualité. Nous n'avons pas utilisé cette grille dans notre partie théorique car nous voulions cibler de manière précise les compétences d'un leader. Celle-ci aurait pu être utilisée pour illustrer le travail d'équipe, nous la mettons en annexe (Annexe X).

La totalité des études choisies portaient sur des pays étrangers. La majorité de celles-ci, soit sept études, ont formé des étudiants en médecine, trois études ont formées des professionnels et une étude a décidé de prendre les deux. Nous avons inclus des études sur l'urgence et non pas sur la césarienne en urgence en raison de la pénurie d'article portant sur le sujet.

Afin de faciliter la lecture des résultats nous avons élaboré trois sous-parties : les bénéfices de la formation, le leadership et l'impact sur le patient et les méthodes d'enseignement.

1. Bénéfices de la formation

La littérature affirme, qu'une formation est associée à un meilleur leadership et une augmentation de la confiance. Ceci est démontré dans neuf des articles.

La promotion de la formation pluridisciplinaire et la possibilité d'apprendre à collaborer ont renforcé et soutenu des effets positifs sur la cohésion du groupe. De même, Fernandez Castelao et al., (2015) constatent une réduction des conflits de rôle, lorsqu'un leader est défini. Il y a une meilleure répartition des tâches et donc une réduction de la charge de travail. Quant à l'article de Gum, Greenhill et Dix, (2010) la formation interprofessionnelle permet de mieux comprendre le rôle de chacun, de favoriser le respect mutuel et d'avoir moins de confusion. Néanmoins, il précise que la « pyramide hiérarchique » ne doit pas resurgir. Le rôle de leadership est interchangeable au cours de l'urgence.

Cette affirmation, peut être liée avec l'article de Meurling, Hedmann, Felländer-Tsai et Wallin, (2016), qui, eux, intègrent une formation croisée avec les leaders et les followers. Il montre que cela peut améliorer la compréhension et l'apprentissage des deux rôles.

La communication entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire a été explorée dans la plupart des études et représente un rôle majeur. Une communication efficace a été identifiée comme étant essentielle au travail d'équipe, en particulier dans le contexte d'une urgence.

La maîtrise du leadership amène un travail d'équipe efficace et peut confirmer l'hypothèse qu'un meilleur leadership

conduit à une plus grande efficacité dans les soins aux patients.

De plus, la formation en leadership a eu un effet positif, les participants s'estimaient mieux préparés à diriger des situations d'urgence. En moyenne, les équipes ont montré une amélioration significative de la confiance en soi pour diriger de futurs événements grâce à la formation, comme le montre l'article de Murphy, Curtis et McCloughen, (2016). Une formation multidisciplinaire simulée a été démontrée comme un moyen efficace, d'améliorer les compétences en leadership et en travail d'équipe, dans un environnement sécurisant.

Les mesures objectives, les plus fréquemment rapportées, ont été, l'acquisition de connaissances, de compétences et une meilleure communication

2. Impact sur le patient

L'impact sur la sécurité du patient, est repris dans seulement quatre articles.

En effet, Hunziker, Tschan, Semmer et Marsch, (2013) précisent que la formation en leadership entraînerait un meilleur temps d'exécution des tâches et une prise en charge plus précoce. Dans son étude, il indique que les étudiants formés au leadership théorique avaient moins de retards dans l'initiation du soutien vital de base que les étudiants qui avaient reçu une formation sur les compétences techniques seules. De même l'article de Murphy, Curtis et McCloughen, (2016) précise une réduction du temps pour les interventions. Selon Cooper et al., (2016) les compétences non techniques ont un impact non négligeable sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Il en est de même, dans l'article de Watters et al., (2015). Prenons l'exemple de Cooper et al., (2016) où un leadership fort a été associé à des améliorations des performances des tâches qui comprenaient des éléments techniques

tels que la ventilation de base et les compressions thoraciques.

Dans Hunziker, Tschan, Semmer et Marsch, (2013), un manque de leadership et de répartition des tâches a entraîné une mauvaise performance de l'équipe et plus d'erreurs et de retards dans l'exécution des tâches.

3. Méthodes d'enseignement

En ce qui concerne les méthodes d'enseignement mises en œuvre, certaines approches de formation combinent la simulation avec des séances de débriefings sur le comportement de l'équipe et du leadership. D'autres approches sont sans débriefings et certaines comprennent des éléments d'enseignement théorique avec de la simulation. Les résultats ne montrent pas de différence significative en fonction de la manière d'enseigner.

Bien que les programmes diffèrent peu sur le contenu, ils varient considérablement en longueur et en intensité ainsi qu'en nombre et type de participants (étudiants / professionnels). Cependant, les auteurs s'accordent à dire, que la simulation est un outil éducatif précieux et sécuritaire. Il démontre un leadership amélioré après la formation.

Hunziker, Tschan, Semmer et Marsch, (2013) ont montré des améliorations chez les étudiants après seulement 10 minutes de formation en leadership et ont constaté qu'après 4 mois, les effets sur les comportements des membres de l'équipe et sur le rendement de l'équipe étaient toujours présents.

Le module de formation en ligne de Baker et al., (2015), suivie d'une formation en équipe, a montré une meilleure performance de l'équipe et pourrait être facile à mettre en œuvre. Néanmoins, des travaux supplémentaires doivent être réalisés.

Un camp de formation intensif utilisant la simulation, suivie d'un sondage de satisfaction, ont montré un intérêt pour l'apprentissage des compétences et une amélioration de la gestion du stress.

Le programme le plus long était une formation de 6 jours axé sur le renforcement du leadership, du travail d'équipe, de la communication. Il comprenait des conférences, des ateliers, discussions, vidéos avant et après le programme. Il a montré une amélioration significative des compétences et il serait intéressant de l'intégrer dans l'éducation médicale. Cependant, il nécessite une évaluation plus approfondie pour visualiser l'impact sur le long terme. La simulation semble être un outil efficace d'enseignement et d'évaluation et devrait d'avantage être développée.

Les autres programmes variaient de 90 minutes à une journée.

Concernant les participants, les programmes d'enseignements ne peuvent pas être comparés. Le niveau d'expérience, les formations antérieures de chacun d'eux sont des facteurs non négligeables dans l'apprentissage du leadership. Chaque groupe est susceptible d'exiger une formation sur mesure en fonction de son statut.

4. Discussion

Cette revue de littérature a tenté d'évaluer comment une formation en leadership optimiserait la gestion de l'urgence afin de pouvoir la mettre en œuvre, au cours de la césarienne en urgence. Pour cela, nous avons sélectionné douze articles.

Nous n'avons pas pu vérifier la fiabilité de nos études, les résultats sont d'une nature qualitative et non quantitative. Il semble pertinent de préciser que d'autres recherches sur le long terme doivent être entreprises afin d'obtenir des résultats

scientifiques fiables. Les études étant également limitées sur le sujet, cette revue n'est pas représentative, mais apporte toutefois, une première approche.

Le leadership peut être défini comme le processus qui nécessite des activités de coordination avec une répartition des tâches, l'attribution des rôles et l'application des règles et procédures.

La majorité de nos études utilisait la formation à l'aide de la simulation. Néanmoins, l'observation des urgences réelles, soit directement, soit à l'aide d'un enregistrement audio-visuel, peut fournir des informations complémentaires sur les caractéristiques des équipes, des leaders réussis et des followers. Une plus grande connaissance de ce qui rend les équipes sûres et efficaces, ne peut que contribuer à améliorer la sécurité des services de maternité.

La formation permet de prendre des rôles de leadership dans des scénarios simulés, ce qui leur donne l'opportunité d'acquérir de l'expérience en tant que leaders ou followers plus tôt dans leur carrière. De plus les articles ont démontré qu'après plusieurs mois écoulés, les effets sur les comportements et sur le rendement de l'équipe seraient toujours présents.

L'apprentissage, basé seulement sur les compétences techniques n'a pas fait ses preuves. Au contraire, dans l'article de Hunziker, Tschan, Semmer et Marsch, (2013), il est indiqué que les étudiants formés au leadership théorique avaient moins de retard dans l'initiation du soutien vital, contrairement à ceux, formés sur les compétences techniques. Il est primordial d'apprendre ce qu'est le leadership avant de pouvoir le pratiquer.

De toute évidence, la formation en équipe permettrait aux professionnels et étudiants d'apprendre et d'acquérir des compétences en leadership. Les équipes devraient

s'entraîner dans des équipes interprofessionnelles car les résultats ont prouvé que la connaissance du rôle de chacun aide dans la cohésion de groupe avec moins de conflit de rôle. De plus, une formation avec la possibilité d'apprendre le rôle de leader et de suiveur a des avantages considérables dans la compréhension de chaque rôle et cela semble améliorer l'apprentissage.

La littérature révèle que le leadership peut également être réparti entre les membres de l'équipe, ou être effectué par différents membres du groupe à différents moments, selon la situation et la composition du groupe. Le leadership doit donc être adapté à la situation et aux changements situationnels. Ceci est confirmé dans la théorie contemporaine qui précise que le leadership hiérarchique fait désormais place à un leadership partagé.

Egalement, il ressort des articles qu'une formation permet de diminuer le temps pour effectuer les interventions et donc apporter la sécurité au patient. Un leadership plus clair a été associé à une collaboration plus efficace dans les équipes et à une meilleure performance des tâches, d'où l'importance de la formation. Le leadership ne semble pas seulement inné, il doit être appris et répété. D'après toutes les études utilisées, le leadership semble être une compétence difficile à enseigner et à développer. Ainsi, il faudrait davantage de formations pour les professionnels. Il serait également judicieux de l'inclure dans le cursus académique afin d'instruire et de former les étudiants avant même de se lancer dans la vie professionnelle. Un entraînement régulier permettrait de gagner en confiance en soi et en expérience.

A l'inverse, un faible leadership et une communication sous-optimale contribuent à une mauvaise performance de l'équipe, à un plus grand nombre d'erreurs, ce qui peut influencer la prise en charge du patient et augmenter la morbidité et la mortalité

maternelle et néonatale. Quelques comportements simples peuvent faire une énorme différence pour les soins au patient. Ces compétences ne sont pas encore intégrées de façon optimale à l'éducation des professionnels de la santé.

Nous pouvons affirmer que la formation au leadership est un enjeu majeur dans la sécurité des patients et la gestion de l'urgence. Cependant, nous devons rester prudents car le nombre d'articles étant faible, il est difficile d'obtenir des résultats réellement significatifs.

Conclusion

La formation en leadership semble être un enjeu clé pour l'amélioration des soins aux patients, cependant notre niveau de connaissances sur ce qui la définit et la mesure, reste faible.

Ce travail a mis en évidence des lacunes actuelles dans la documentation, sur la formation en leadership des équipes de soins de santé ; et suggère de futurs domaines de recherche.

Les résultats à court terme des études démontrent, une augmentation significative des compétences en leadership, de la confiance en soi, de la communication et un meilleur temps d'exécution des tâches. Ceci peut avoir un effet constructif sur les résultats concernant la sécurité des patients et la qualité des soins. Le leadership fait donc partie intégrante du succès de la prise en charge d'urgence.

Parallèlement, il est nécessaire d'évaluer la formation, tant sur les compétences individuelles que le processus en équipe et les résultats des patients. Il s'agit de formation interprofessionnelle afin d'apprendre à collaborer. Le leader et les followers sont deux notions indissociables à étudier lors des formations.

Pour cela, la simulation comme outil de formation, présente des avantages particuliers. Elle permet une évaluation rigoureuse des interactions entre les professionnels, pendant les situations d'urgence, dans un environnement réaliste, sans mettre en danger les patients. Cet outil, nécessite des recherches supplémentaires pour élaborer et valider des programmes de formation en équipe.

Ainsi, une maîtrise du leadership apporte un travail d'équipe efficient et une meilleure cohésion.

Pour conclure notre travail, il nous semblerait important d'inclure la formation

en leadership dans le cursus initial. En effet, cela donnerait l'opportunité d'acquérir de l'expérience avant d'entrer dans la vie professionnelle. Mais, il serait avant tout nécessaire, de la poursuivre au cours d'une formation continue.

Bibliographie

- Prat, L., Prat, Y. (2011). *Apprendre à manager une équipe*. Plaine Saint-Denis : Afnor
- Baker, V. O., Cuzzola, R., Knox, C., Liotta, C., Cornfield, C. S., Tarkowski, R. D., ... Carlson, J. N. (2015). Teamwork education improves trauma team performance in undergraduate health professional students. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 12, 1–6. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2015.12.36>
- Brodeur, D. J., Professeur, U., Ecoffey, C., Professionnelle, V., Jouffroy, D. L., Levy, D. M., ... National, C. (n.d.). Référenciel métier, compétences anesthésie-réanimation, 1–16.
- CNGOF. (n.d.). Recommandations pour la pratique clinique, 715–736.
- CNGOF. (2013). Recommandations pour la pratique clinique. Retrieved December 16, 2016, from http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM#Tech
- Conseil fédéral des Sages-Femmes. (2016). Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge, 1–24.
- Cooper, S., Cant, R., Connell, C., Sims, L., Porter, J. E., Symmons, M., ... Liaw, S. Y. (2016). Measuring teamwork performance: Validity testing of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM) with clinical resuscitation teams. *Resuscitation*, 101, 97–101. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.01.026>
- Cooper, S., Cant, R., Porter, J., Sellick, K., Somers, G., Kinsman, L., & Nestel, D. (2010). Rating medical emergency teamwork performance: Development of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM). *Resuscitation*, 81(4), 446–452. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.11.027>
- Fernandez Castelao, E., Boos, M., Ringer, C., Eich, C., & Russo, S. G. (2015). Effect of CRM team leader training on team performance and leadership behavior in simulated cardiac arrest scenarios: a prospective, randomized, controlled study. *BMC Medical Education*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0389-z>
- Fitzpatrick, K. E., Kurinczuk, J. J., Alfirevic, Z., Spark, P., Brocklehurst, P., & Knight, M. (2012). Uterine Rupture by Intended Mode of Delivery in the UK: A National Case-Control Study. *PLoS Medicine*, 9(3), e1001184. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001184>
- Fuchs, F., & Benhamou, D. (2016). Recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, (1), 729–731. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2006.07.001>
- Giligan, P., Bhattacharjee, C., Knight, G., Smith, M., Hegarty, D., Shenton, A., ... Bradley, P. (2005). To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership, 22, 628–632. <https://doi.org/10.1136/emj.2004.015321>
- Gordon, L. J., Rees, C. E., Ker, J. S., & Cleland, J. (2015a). Dimensions, discourses and differences: Trainees conceptualising health care leadership and followership. *Medical Education*, 49(12), 1248–1262. <https://doi.org/10.1111/medu.12832>
- Gordon, L. J., Rees, C. E., Ker, J. S., & Cleland, J. (2015b). Leadership and followership in the healthcare workplace: exploring medical trainees' experiences through narrative inquiry. *BMJ Open*, 5(12), e008898. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008898>

- Grant, E. C., Grant, V. J., Bhanji, F., Duff, J. P., Cheng, A., & Lockyer, J. M. (2012). The development and assessment of an evaluation tool for pediatric resident competence in leading simulated pediatric resuscitations. *Resuscitation*, 83(7), 887–893.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.01.015>
- Gum, L., Greenhill, J., & Dix, K. (2010). Clinical simulation in maternity (CSiM): interprofessional learning through simulation team training. *Quality & Safety in Health Care*, 19(5), 1–5.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030767>
- HAS. (2013). Check-list sécurité césarienne.
- Huissoud, C., du Mesnildot, P., Sayegh, I., Dupuis, O., Clément, H.-J., Thévenet, S., ... Rudigoz, R.-C. (2009). La mise en œuvre des codes « couleur » réduit le délai décision-naissance des césariennes urgentes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 38(1), 51–59.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2008.09.011>
- Hunziker, S., Tschan, F., Semmer, N. K., & Marsch, S. (2013). Importance of leadership in cardiac arrest situations: From simulation to real life and back. *Swiss Medical Weekly*, 143(April), 1–6.
<https://doi.org/10.4414/smw.2013.13774>
- Husebø, S. E., & Akerjordet, K. (2016). Quantitative systematic review of multi-professional teamwork and leadership training to optimize patient outcomes in acute hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2980–3000.
<https://doi.org/10.1111/jan.13035>
- International Confederation of Midwives. (n.d.). ICM - Définition Internationale de la Sage-femme - ICM. Retrieved January 13, 2017, from <http://www.internationalmidwives.org/global/francais/définition-internationale-de-la-sage-femme-icm.html>
- Laroche, T. (2013). Mieux communiquer dans un situation clinique de crise. *Oxymag*. Retrieved from <http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/simulation/documents/communication-en-situation-de-crise-clinique-oxymag-2013-laroche.pdf>
- Lecerf, M., Vardon, D., Morello, R., Lamendour, N., & Dreyfus, M. (2013). Peut-on faire une césarienne en moins de 30min dans des locaux inadaptés afin de suivre les recommandations de l'ACOG ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 42(4), 393–400.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.12.010>
- Leung, T. Y., & Lao, T. T. (2013). Timing of caesarean section according to urgency. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27(2), 251–267.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.005>
- Mantha, A., Coggins, N. L., Mahadevan, A., Strehlow, R. N., Strehlow, M. C., & Mahadevan, S. V. (2016). Adaptive leadership curriculum for Indian paramedic trainees. *International Journal of Emergency Medicine*, 1–7.
<https://doi.org/10.1186/s12245-016-0103-x>
- Meurling, L., Hedman, L., Felländer-Tsai, L., & Wallin, C.-J. (2013). Leaders' and followers' individual experiences during the early phase of simulation-based team training: an exploratory study. *BMJ Quality & Safety*, 22(6), 459–67.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000949>
- Murphy, M., Curtis, K., & McCloughen, A. (2016). What is the impact of multidisciplinary team simulation training on team performance and

- efficiency of patient care? An integrative review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(1), 44–53.
<https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.10.001>
- NICE. (2004). Caesarean section: Clinical Guideline 13, 1–40.
- NICE. (2011). Caesarean section | 1-guidance | Guidance and guidelines | NICE. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/chapter/1-Guidance#factors-affecting-likelihood-of-cs-during-intrapartum-care>
- Nicksa, G. A., Anderson, C., Fidler, R., & Stewart, L. (2015). Innovative approach using interprofessional simulation to educate surgical residents in technical and nontechnical skills in high-risk clinical scenarios. *JAMA Surgery*, 150(3), 201–7.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.2235>
- Ordre des CRHA et CRIA du Québec. (2007). Guide des compétences professionnelles.
- Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre. (2012). Document de référence en Gynécologie-Obstétrique à l'usage des commissions de qualification.
- Organisation mondiale de la santé. (2014). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?ua=1
- Phaneuf, M. (2006). Le leadership infirmier entre humanisme et pragmatisme. Retrieved November 30, 2016, from <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-leadership-infirmier-entre-humanisme-et-pragmatisme.pdf>
- Pliego, J. F., Wehbe-Janek, H., Rajab, M. H., Browning, J. L., & Fothergill, R. E. (2008). Ob/Gyn Boot Camp Using High-Fidelity Human Simulators: Enhancing Residents' Perceived Competency, Confidence in Taking a Leadership Role, and Stress Hardiness. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 3(2), 82–89.
<https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3181658188>
- Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood—A scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733–741.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.021>
- Programme Erasmus. (2015). SimuCarePro, 1–2. Retrieved from http://simucarepro.eu/telechargements/SIMUCAREPRO_brochure_FR.pdf
- RCOG. (2010). Classification of urgency of caesarean section: A continuum of risk, 1–4.
- S. Goldhaber-Fiebert, K. McCowan, K. Yaeger, K. Harrison, S. Howard, D. G. (2008). Crisis Resource Management. Retrieved from http://emergencymanual.stanford.edu/documents/CRM_Handouts_Stanford.pdf
- Schub, T. (2016). Cesarean Section: an Overview.
- Schub, T., & Caple, C. (2016). NURSING Cesarean Section, Emergent: Preparing the Patient What Is the Process of Preparing a Patient for an Emergent.
- Stordeur, S., Jonckheer, P., Fairon, N., & De Laet, C. (2016). Césariennes planifiées : quelles conséquences pour la santé de la mère et de l'enfant ? – Synthèse. *KCE*.
- Torloni, M. R., Betran, A. P., Souza, J. P., Widmer, M., Allen, T., Gulmezoglu, M., & Meriardi, M. (2011). Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145666>
- Udigoz, R. C. R., Elecour, L. D., & Hevenet, S. T. (2013). Quel délai de naissance acceptable en cas de

césarienne non programmée ?
Application des codes couleur.
CNGOF, 799–824.

Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges. (n.d.). Législation. Retrieved January 13, 2017, from <http://sage-femme.be/sagesfemmes/documents-de-reference/legislation/>

Watters, C., Reedy, G., Ross, A., Morgan, N. J., Handslip, R., & Jaye, P. (2015). Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. *BMJ Open*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005472>

Woten, M., & Schub, E. (2016). *NURSING Effective Nursing Leadership : Performing.*

Dabrion, Marlyne. (2013). UE 3.2 et 3.3 :

Projets de soins infirmiers, rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Paris : De boeck-estem.

Descamps, P., Lansac, J. & Oury, J-F. (2011). *Pratique de l'accouchement* (5^{ème} édition). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Organisation de coopération et de développement économique. (2016). Césariennes (indicateur). En ligne : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-personnels-de-sante-dans-les-pays-de-l-ocde_9789264050792-fr doi: 10.1787/27a3ce15-fr (Consulté le 16 décembre 2016)

Annexes

ANNEXE I : Projet SimuCarePro

ANNEXE II : Les indications de la césarienne

ANNEXE III : Check-list sécurité césarienne

ANNEXE IV: L'isbar

ANNEXE V : La préparation de la salle de césarienne

ANNEXE VI : Algorithme de la réanimation du nouveau-né

ANNEXE VII: Surveillance d'une accouchée et d'un nouveau-né

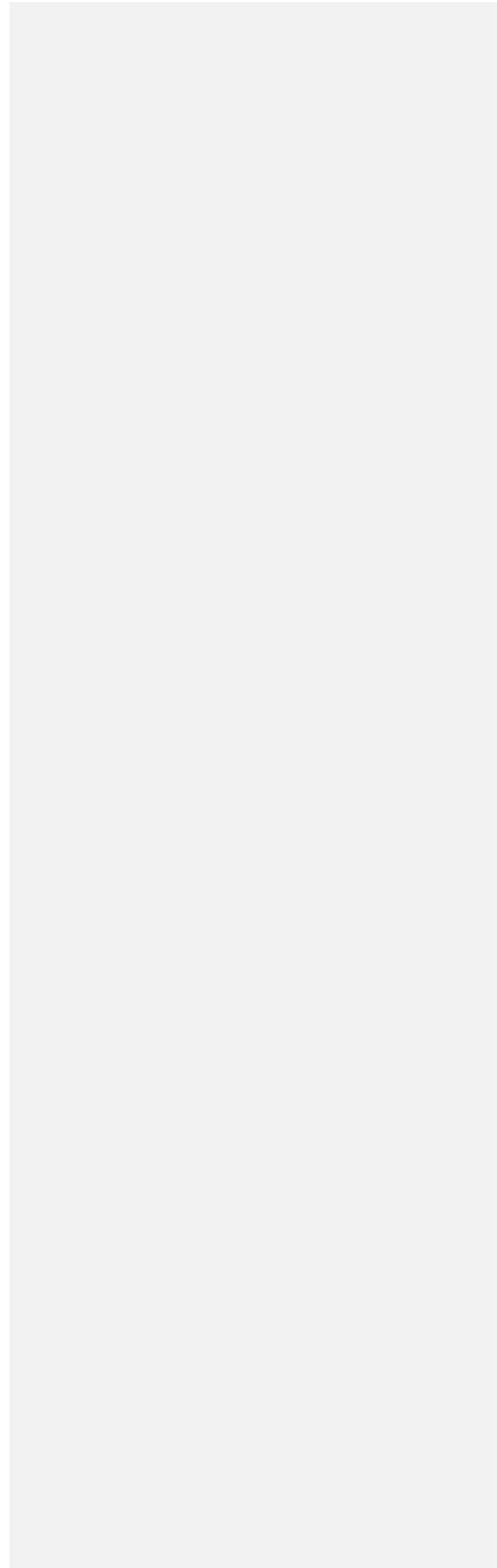
ANNEXE VIII : Les compétences professionnelles

ANNEXE IX: Méthode pico

ANNEXE X : Outil d'évaluation des compétences non techniques (TEAM)

Commenté [M3]: ISBAR en majuscule

ANNEXE I : Projet SimuCarePro



Partenariat - 6 partenaires de 4 pays européens

BELGIQUE

1. HAUTE ECOLE LIBRE MOSANE - HELMo-paramédical - paramedeur.com
Campus de l'Ourthe - quai du Condroz 28 - 4031 Angleur - tél : +32 4 340 34 30
www.helmoba.be

Contacts : Nathalie DUJONOT (n.dujonot@helmoba.be)
Laurence PETERS (lpeters@helmoba.be), Sandrine BLEMAR (sblemar@helmoba.be)

2. INPROEF - Initiatives pour une formation efficace ASBL - cooef.inproef.be
Rue du Vertbois, 27 - 4000 Utige - tél : +32 4 221 04 65 - fax : +32 4 237 09 97
www.inproef.be
Contact : Zina SELAK (info@inproef.be)

3. INSTITUT SUPERIEUR DE SOINS INFIRMIERS GALILEE - ISSIG
Rue Royale 306 - 1080 Bruxelles - tél : +32 2 613 1975 - fax : +32 2 613 19 39
Contacts : Yannick DUBOIS (yannick.dubois@galileeb.ee)
Thierry VERMAY (thierry.vermay@galileeb.ee)

FRANCE

4. UNIVERSITE DE PARIS DESCARTES - ILLUMENS
Rue des Saints-pères, 45 - 75006 - PARIS - tél : + 33 1 76 53 01 00 - fax : + 33 1 76 53 01 01
www.univ-paris.fr
Contacts : Catherine LESNIERE (catherine.lesniere@illumens.org)
Agnès GILBERT (agnes.gilbert@illumens.org)
Carine GAUFFRAUD (carine.gauffraud@illumens.org)

PORTUGAL

5. ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA - ESENFC
Rua 5 de Outubro e ou Avenida Bisaya Barreto Apartado 7001 - 304 6 851 COIMBRA
tél : +351 239487200
www.esenfc.pt
Contact : José Carlos Amado MARTINS (jmartins@esenfc.pt)

ROUMANIE

6. Universitatea de Medicina și Farmacie „ILIEU HĂRTESGANU, Cluj Napoca
Str. Victor Babeș Nr. 1 - 400012 Cluj-Napoca - tél : +40 264597256 - fax : +40 264597257
www.unmc.ro
Contact : Claudiu GHERMAN (ghermandaudi@yahoo.com)



Ce projet a été financé avec le soutien de la Commission européenne.
Cette publication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable des données qui y sont contenues.



www.simucarepro.eu
SimuCarePro



La simulation en santé pour développer un partenariat entre apprenants et professionnels dans la formation médicale et paramédicale

Programme Erasmus+ / Key Action 2 :
Coopération en matière d'innovation et d'échanges de bonnes pratiques
Partenariats stratégiques dans les domaines de l'éducation, de la formation et de la jeunesse
Pour l'enseignement supérieur



13/2020/2015-1-8B01-KA202-012118
01/09/2015 au 31/08/2018



SimuCarePro

www.simucarepro.eu

Contexte

Le recours à la simulation en santé est devenu d'usage courant dans les instituts hospitaliers et de formation. Mais à ce jour, force est de constater un certain **cloisonnement** dans l'utilisation qui en est faite par les uns et par les autres et un **manque d'outils** permettant d'évaluer l'impact de la simulation dans l'apprentissage des compétences indispensables pour une prise en charge optimale des patients.

Objet du projet

Le projet consiste à développer des outils de formation dans le champ de la simulation en santé. Il vise ainsi à optimiser les **compétences des soignants** et, en finalité, la qualité des soins.

Deux axes de travail seront envisagés.

D'une part, le projet promeut la **collaboration entre apprenants et professionnels de santé**, menant ces acteurs à œuvrer ensemble au développement de scénarios de simulation servant tant les objectifs de la formation initiale que l'amélioration des pratiques des professionnels de terrain.

D'autre part, il investit le développement et la validation de **scénarios de simulation** ainsi que **l'évaluation des apprentissages** réalisés et leur **impact sur les pratiques**.



Processus

- Au sein d'une unité de soins, les étudiants, en collaboration avec leurs professeurs et des professionnels du service, identifieront une **problématique** prépondérante au sein du service.
- Étudiants et formateurs travailleront à traduire cette problématique en **scénarios** de simulation, en étant particulièrement attentifs à trois aspects : la documentation du cas et des solutions proposées par le biais des **données probantes** (EBN, EBM), le développement des compétences de **jugement clinique** et la **communication** pluridisciplinaire.
- Après avoir testé les cas en formation, des **séances de simulation** animées par les étudiants à destination des professionnels permettront un travail de co-construction de **protocoles de soins** référencés par des données probantes directement utiles aux terrains hospitaliers.
- Lors de ce processus, une attention particulière sera portée sur les **apprentissages réalisés et leur impact sur les pratiques professionnelles**.

Réalisations

- Création de **scénarios de simulation**, pertinents (en adéquation avec la réalité de terrain) et validés par les professionnels de la formation, de la recherche et de la santé
- Mise au point d'une **grille de validation des scénarios de simulation**
- Mise au point d'une **grille d'observation des apprentissages** réalisés au sein des séances de simulation
- Co-construction de **protocoles de soins** par les instituts de formation (étudiants, enseignants) et les professionnels de la santé
- Création d'un **guide méthodologique** concernant l'usage des données probantes EBN - EBM pour la construction de scénarios de simulation et de protocoles de soins validés
- Organisation d'un **Colloque International sur la simulation en santé** (juin 2018)

2- Journée simulation dans le cadre du projet

Dans le cadre de ce projet, une journée de simulation a été organisée sur la césarienne en urgence. Elle s'est effectuée le mardi 18 avril, au campus de l'Ourthe, dans le local de simulation de l'école. Les participants étaient :

- les professionnelles de santé du centre hospitalier des Bruyères, à Liège (hôpital en partenariat avec le projet). Il y avait 5 sages-femmes, dont la chef de service.
- deux formatrices sages-femmes : Mme Appeltants et Mme Romero, organisatrices de la journée et des scénarios de simulation
- deux groupes de deux étudiantes. Le groupe d'Agathe Barthouil et Sarah Boussaid ont traité des outils de communication concernant les codes couleurs et l'ISBAR et notre groupe a traité du leadership. Chaque groupe a ressorti les recommandations issues d'articles scientifiques, en rapport avec son thème, afin de pouvoir les utiliser comme référence, pour cette journée de simulation.

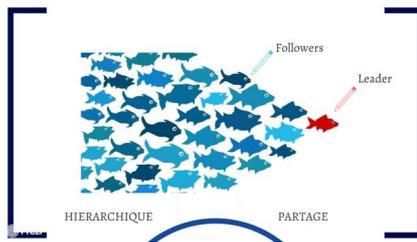
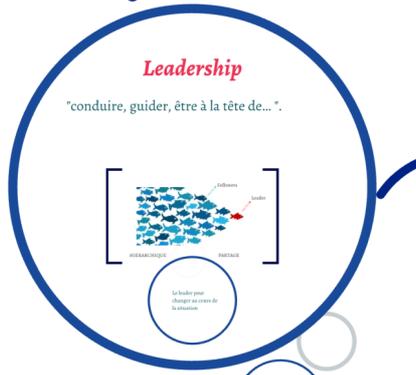
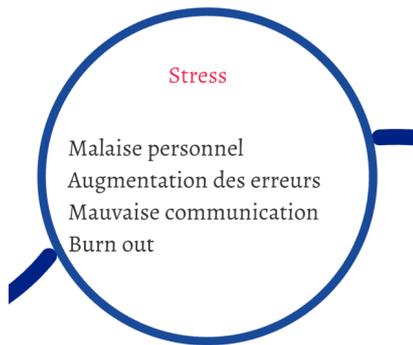
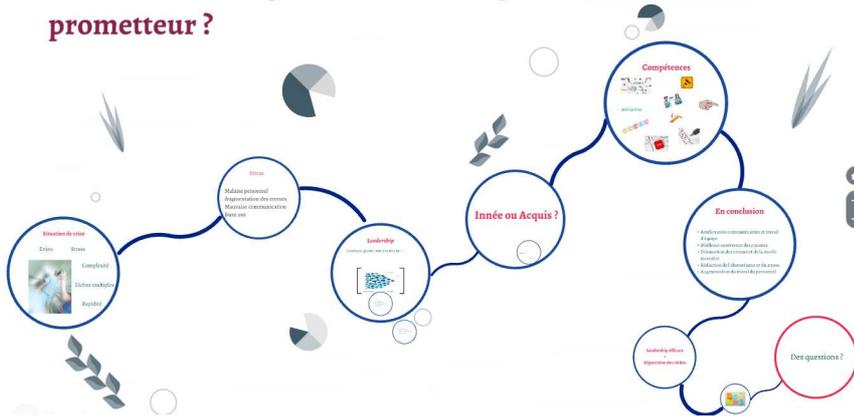
La journée s'est déroulée de la manière suivante :

- une présentation, par Madame Appeltants, de toutes les personnes présentes, du déroulement de la journée, du fonctionnement de la simulation et des objectifs
- une exposition théorique sur le leadership (Cf diapositives ci-après) et sur les outils de communication (Cf TFE Agathe Barthouil et Sarah Boussaid)
- une visite de la salle de simulation
- quatre scénarios de simulation avec des objectifs bien précis sur la communication et le leadership. Ceux-ci étaient énoncés systématiquement avant l'entrée dans la salle de simulation. De plus, un tirage au sort était effectué en amont pour déterminer le leader et le follower de la situation. Pour chaque scénario, une sage-femme (le leader) entrait avec une étudiante et, une deuxième (le follower), positionnée en dehors de la salle d'observation, était prête à être appelée. Chaque scénario étaient suivis d'une séance de debriefing.

Un questionnaire de satisfaction a été distribué aux professionnelles ; de manière générale toutes les sages-femmes ont trouvé la journée bénéfique et intéressante. Pour notre part, la journée était enrichissante autant sur le plan personnel que professionnel. C'était un privilège de participer à cette journée.

3- Diapositives de présentation de la partie théorique sur le leadership

Césarienne en urgence: le leadership un avenir prometteur ?



KAKHIQUE

PAKAGE

Le leader peut
changer au cours de
la situation

Composition de
l'équipe sur le moment
et non avant

Innée ou Acquis ?

Traits de caractère
Expérience
Formation

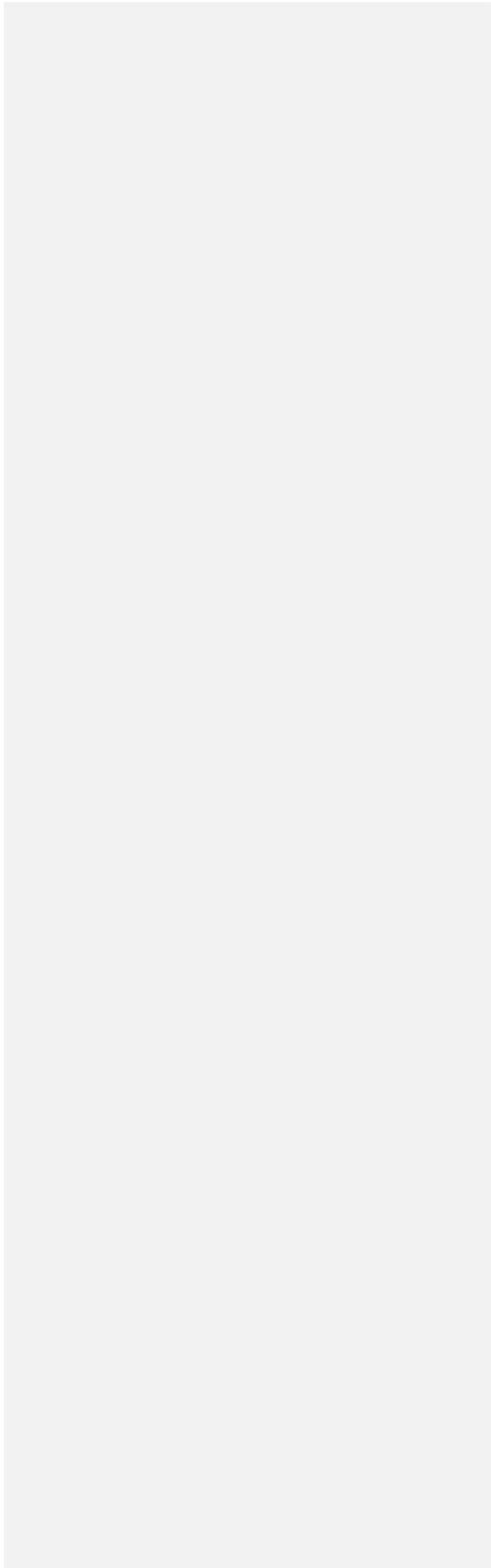
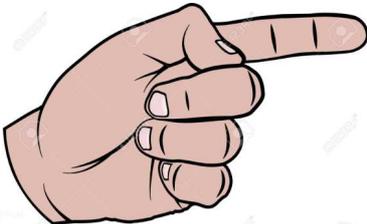
Traits de caractère

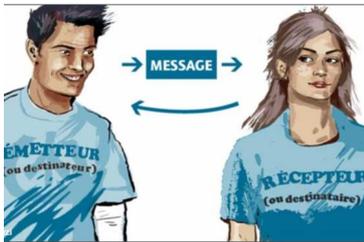
Expérience

Formation

Compétences

Anticipation





Anticipation

En conclusion

- Amélioration communication et travail d'équipe
- Meilleure expérience des patients
- Diminution des erreurs et de la morbi-mortalité
- Réduction de l'absentéisme et du stress.
- Augmentation du moral du personnel

Leadership efficace
=
Répartition des tâches



Des questions ?

ANNEXE II : Les indications de la césarienne

Urgences absolues

Maternelles	<ul style="list-style-type: none">• Pré-rupture ou rupture utérine : Elle concerne le segment inférieur qui est la partie basse, amincie de l'utérus gravide à terme. Il est situé entre le col et le corps de l'utérus. Lors de l'accouchement, celui-ci s'affine. La pré-rupture, ou déhiscence de la cicatrice se produit lorsque le muscle utérin ne parvient pas à s'étirer et se déchire. L'utérus n'est alors protégé que par sa membrane : le péritoine. Lorsque le muscle et la membrane utérine se déchire, on parle de rupture complète. Les signes et les symptômes de la rupture utérine comprennent des anomalies de la fréquence cardiaque fœtale, des douleurs abdominales et des saignements vaginaux. (Fitzpatrick et al., 2012)• Eclampsie (stabilisée) : crise convulsive généralisée survenant dans un contexte de pré-éclampsie ou de HELLP syndrome en dehors d'un problème neurologique pouvant déclencher des convulsions.• Sauvetage maternel : Arrêt cardio-respiratoire
Fœtales	<ul style="list-style-type: none">• Etat fœtal non-rassurant (EFNR) : bradycardie : rythme de base inférieure à 110 bpm pendant plus de 10 min qui s'associe à d'autres anomalies, une variabilité minimale ou absente ou des ralentissements. (Riethmuller, Martin & Schaal, 2015). Quelques causes d'EFNR :<ul style="list-style-type: none">- <i>providence du cordon</i> : reste une indication indiscutable. Il s'agit d'une chute du cordon en avant de la présentation à membranes rompues. La compression du cordon entraîne une interruption de la circulation et donc une hypoxie fœtale.- <i>hypertonie</i> : le tonus de base est anormalement élevé > 20mmHg entre deux contractions. (Riethmuller, Martin & Schaal, 2015)• Echec d'extraction instrumentale (forceps, ventouse) avec anomalie du rythme cardiaque fœtal
Annexielles	<ul style="list-style-type: none">• Hémorragie anté-partum sévère, non contrôlée (Descamps, Lansac & Goffinet, 2011):<ul style="list-style-type: none">- Placenta prævia recouvrant est caractérisé par une insertion placentaire au niveau du segment inférieur. Il peut être latéral (à distance de l'orifice interne du col), marginal au ras du col), partiellement ou totalement recouvrant.- Hématome rétro-placentaire résulte quant à lui « d'une désinsertion accidentelle de tout ou d'une partie du placenta avant l'accouchement avec formation d'un hématome plus ou moins volumineux ».- Rupture d'un vaisseau prævia est une hémorragie fœtale par rupture d'un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes (insertion vélamenteuse). Elle survient lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux.

Urgences relatives

Maternelles	<ul style="list-style-type: none">• Anomalie du travail (Descamps, Lansac & Goffinet, 2011)<ul style="list-style-type: none">- <u>dystocie mécanique</u> : bassin limite ou disproportion fœtale- <u>dystocie dynamique</u> : hypokinésie, hypotonie• VIH : femme avancée dans le travail et CV > 1000 copies/ml• Herpès :<ul style="list-style-type: none">- <u>primo-infection</u> : lésions pendant le travail ou infection de moins d'un mois, non traitée- <u>réurrence</u> : si lésions ou si le début de la récurrence date de moins de 7 jours
Fœtales	<ul style="list-style-type: none">• Présentations dystociques (Descamps, Lansac & Goffinet, 2011)<ul style="list-style-type: none">- <u>Siège</u> : variété dystocique surtout si siège complet (les pieds s'engagent en premier)- <u>Front</u> : indication formelle car le diamètre syncipito-mentonnier est égal à 13,5 cm au lieu d'un diamètre normal de 9,5 cm. <u>Diagnostic lors des membranes rompues et une présentation fixée.</u>- <u>Transverse</u> : présentation de l'épaule, dont le repère est l'acromion. Elles sont très rares. La césarienne est imposée- <u>Face</u> : césarienne si la rotation du menton se fait vers l'arrière, en <u>mento illiaque postérieur</u>• Grossesses multiples avec 1 en présentation autre que céphalique• <u>Anomalies du rythme cardiaque fœtal</u> (cf ci-dessous)

Surveillance foetale

Tableau 3 : classification de l'ACOG 2009

Catégorie I Rythme de base : 110-160 bpm Variabilité : modérée à normale (>5-25 bpm) Ralentissements tardifs ou variables: absents Ralentissements précoces : présents ou absents Accélération : présentes ou absentes
Catégorie II Inclut tous les tracés non catégorisés 1 ou 3
Catégorie III Variabilité minimale ou absente et un des éléments suivants : - ralentissements tardifs répétés - ralentissements variables répétés - bradycardie Tracé sinusoidal

Subdivision de la catégorie II proposée par Soncini 2013 :

- IIA : avec une variabilité modérée ou des accélérations
- IIB : avec une variabilité minimale ou absente et sans accélérations

Guide de l'enregistrement cardiocardiographique

Les différentes classifications des tracés et les scores

Classification de l'ACOG 2009

Tracés de catégorie I FHR = normaux.

Ils sont fortement prédictifs d'un équilibre acido-basique normal au moment de l'observation.

Surveillance standard et aucune action spécifique n'est requise.

Tracés de catégorie II = indéterminés.

Ils ne sont pas prédictifs d'un état acido-basique anormal mais ils ne peuvent être classés en catégorie I ou III.

Nécessitent une évaluation et une surveillance continue et une réévaluation en replaçant le tracé dans son contexte clinique.

Dans certaines situations des examens de 2^{ème} ligne sont nécessaires.

Tracés de catégorie III = anormaux.

Ils sont associés à un état acido-basique fœtal anormal au moment de l'observation.

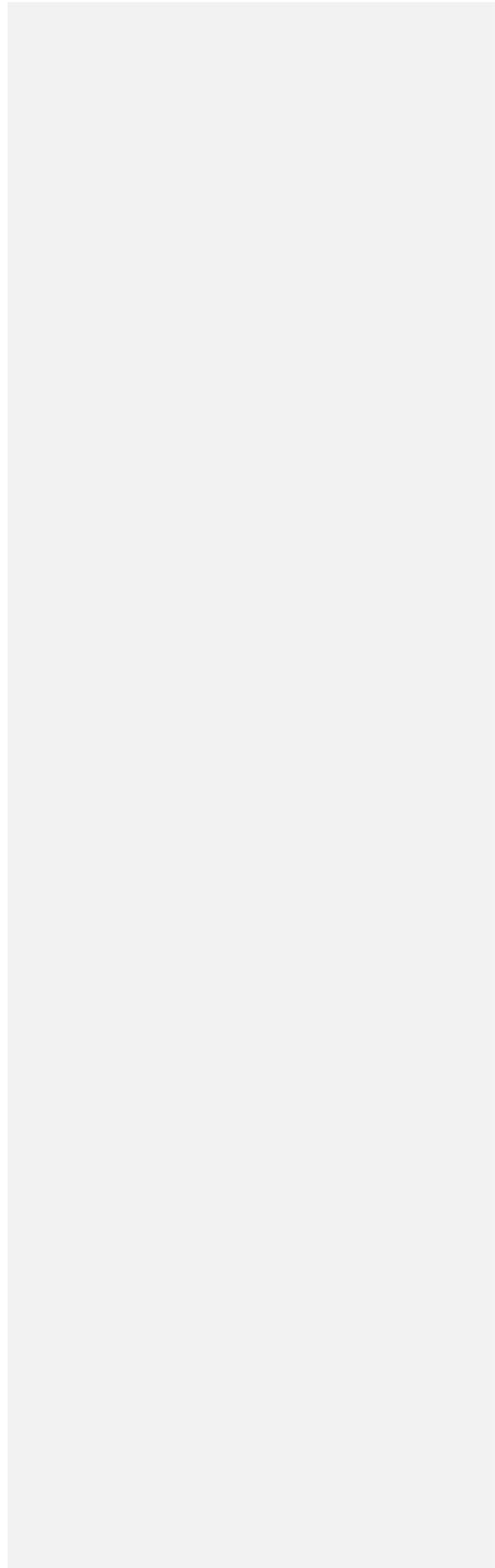
Ils indiquent une rapide évaluation et doivent faire mettre en place d'éventuelles mesures de corrections (si l'état clinique le permet) telles : oxygénation maternelle, changement de position maternelle, arrêt des oxytociques, traitement de l'hypertension maternelle, traitement de l'hypertensio-hypertonie.

Si avec ces mesures le tracé ne s'améliore pas, il faut extraire le fœtus.



Une étude [Soncini 2013] sur 314 fœtus à terme en standardisant l'analyse du RCF selon l'ACOG, a montré que la valeur moyenne des pH diminue et des DB augmentent proportionnellement et significativement ($p < 0,001$) avec l'aggravation du tracé (catégories Ia III). Une durée > 30 min d'un III était hautement prédictif d'un pH $< 7,00$ et un DB ≥ 12 mmHg. Les mêmes résultats étaient retrouvés pour les IIB qui duraient plus de 50 min.

ANNEXE III : Check-list sécurité césarienne (HAS, 2013)



CHECK-LIST SÉCURITÉ CÉSARIENNE Version 2011 - 00



Identification du patient
Nom, Prénom, date de naissance
ou nom, prénom, date de naissance

Date d'intervention :
CODE ROUGE

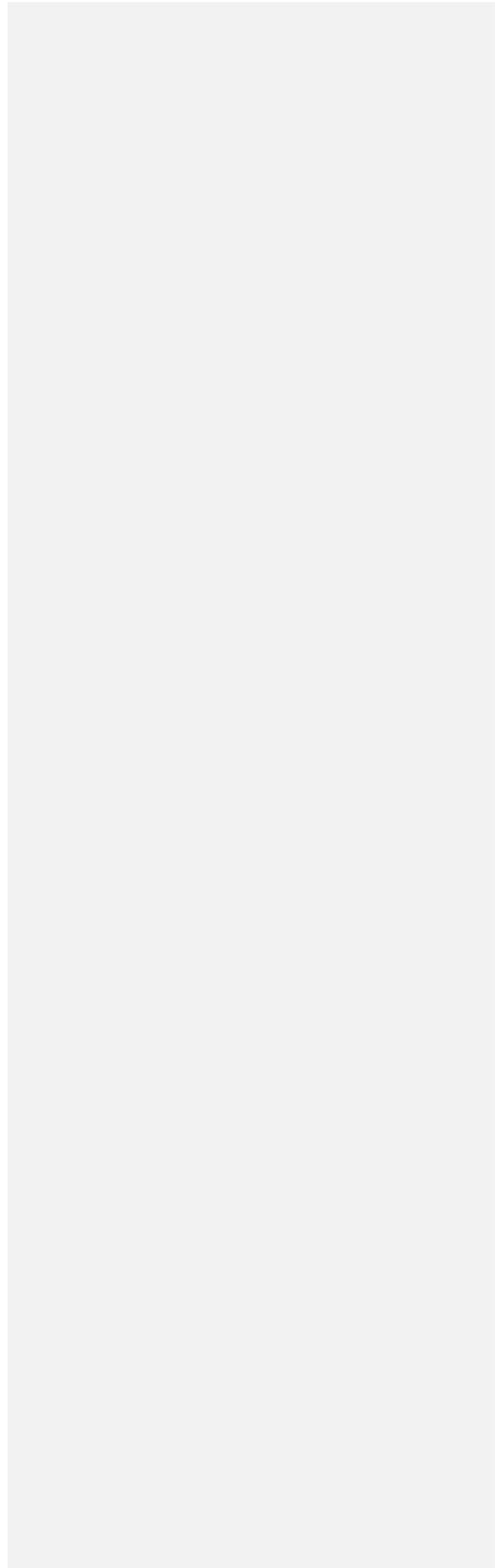
Obstétricien :
Sage-femme/BO :
Coordonnateur(s) check-list :

Anesthésiste :
IADÉ :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE		AVANT CÉSARIENNE		APRÈS INTERVENTION	
Temps de pose avant anesthésie		Temps de pose avant incision		Pose avant sortie de salle d'opération	
1	L'identité de la patiente est correcte : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non*	7	Vérification "ultimo" croisée au sein de l'équipe : - identité patiente confirmée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* - installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* - sondage urinaire efficace <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* - compte initial de textiles et d'instruments confirmé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* - électrode de scalp ôté <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> N/A	11	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : - du compte final concordant des textiles, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* - de l'enregistrement des pertes sanguines totales <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* - si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A <input type="checkbox"/> N/A
2	Les éléments essentiels à la prise en charge sont connus par l'équipe : La localisation du placenta La présentation de l'enfant Les bruits du cœur sont vérifiés : La documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle : Blanc sanguin, carte de groupe, ACO <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non*	8	Présence du pédiatre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> N/A	12	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* Les prescriptions pour les suites opératoires ont été vérifiées pour leur adéquation compte tenu des équipes obstétricale et anesthésique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non*
3	Le pédiatre est présent <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> N/A	9	Partage des informations essentielles ordonné au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> N/A	13	Le ou les nouveaux nés sont identifiés selon les protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non*
4	La préparation cutanée de la patiente est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> N/A	10	La préparation du champ opératoire est effectuée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> N/A		
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et fonctionnel : - pour la partie obstétricale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* - pour la partie anesthésique (mèche) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non* - pour la partie réanimation (cuvettes néo) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non*		- sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non*		
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : La patiente présente-t-elle un ? - risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui* - une difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui* - risque de saignement supérieur à 1000 ml <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui* - L'administration d'anticoagulé a été effectuée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui*				DECISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE REPONSE MAUVAISE D'UN * <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* <input type="checkbox"/> Non*

N/A : quand le critère est Non applicable pour cette intervention
N/A : quand le critère est Non recommandé pour cette intervention
Le rôle du coordonnateur check-list sous la responsabilité d'un(e) obstétricien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la check-list que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite consciencieusement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les non conformités (mauvaises d'un *) ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision qui doit le cas échéant être rapportée dans l'enfant spécifique.

ANNEXE IV: L'isbar (CF TFE Agathe Barthouil et Sarah Boussaid)



Communiquer efficacement - Pensez ISBAR

I	Identification	<p>Identifiez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom, fonction, service <p>Identification du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom, âge, chambre, motif d'admission 	
S	Situation	<p>Que se passe-t-il ? Arrivée actuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Description brève et précise du problème - Éléments significatifs, facteurs de risques 	
B	Background	<p>Éléments essentiels du passé importants actuellement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents significatifs - Facteurs de risque - Soins et traitements instaurés 	
A	Assessment	<p>Que pensez-vous de la situation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observations cliniques actuelles - Paramètres - ABCDE - Scores - Quel est le problème selon vous ? - Niveau d'urgence pressenti 	
R	Recommandation	<p>Que voulez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistance/Venue du médecin ? - Adaptation de la thérapie <p>Validez ce qui sera fait => Répétez la consigne reçue</p>	

ANNEXE V : La préparation de la salle de césarienne
(Descamps, Lansac & Goffinet, 2011, p. 459)

Coté gynécologue :

- | | |
|---|---|
| - 2 valves Doyen | - 1 pince à disséquer sans griffe de 20 cm |
| - 1 écarteur de Cotte ou de Richard de taille moyenne avec 3 jeux de valve selon l'épaisseur de la patiente | - 1 pince à disséquer de Resano ou Barraya de 25 cm |
| - 2 écarteurs de Farabeuf | - 2 pinces de Jean-louis Faure |
| - 1 aiguille de Reverdin | - 4 pinces en cœur |
| - 1 bistouri n°4 court | - 6 pinces de Koecher |
| - 1 porte aiguille de Mayo Hegar de 20 cm | - 6 pinces de Leriche courbes |
| - 1 paire de ciseaux de Metzenbaum de 23 cm | - 2 pinces de Kelly courbes |
| - 1 paire de ciseaux de Mayo courbes de 18 cm | - 2 pinces de Péan |
| - 1 paire de ciseaux à fil à bout rond | - 2 pinces d'Ombredanne |
| | - 1 pince à Annexe |
| | - 1 cupule |
| | - 1 haleine de Redon |

Coté anesthésiste :

- *Préparation table de rachianesthésie :*

- *Matériel*

- | | |
|--|----------------------------------|
| • <u>Champ de table</u> | • <u>Aiguille bleu</u> |
| • <u>Champ collant</u> | • <u>Trocard</u> |
| • <u>Aiguille rachi</u> | • <u>Compresses 10x10</u> |
| • <u>Seringue 5 ml Luer</u> | • <u>1 blouse stérile</u> |
| • <u>Seringue pour anesthésie locale</u> | • <u>1 paire de gant stérile</u> |

- *Produits* : NaCl 0,9 %, anesthésique local (xylocaïne, linisol 1% , etc), morphinique (sufenta ou morphine), anesthésique locorégional

- *Préparation anesthésie générale :*

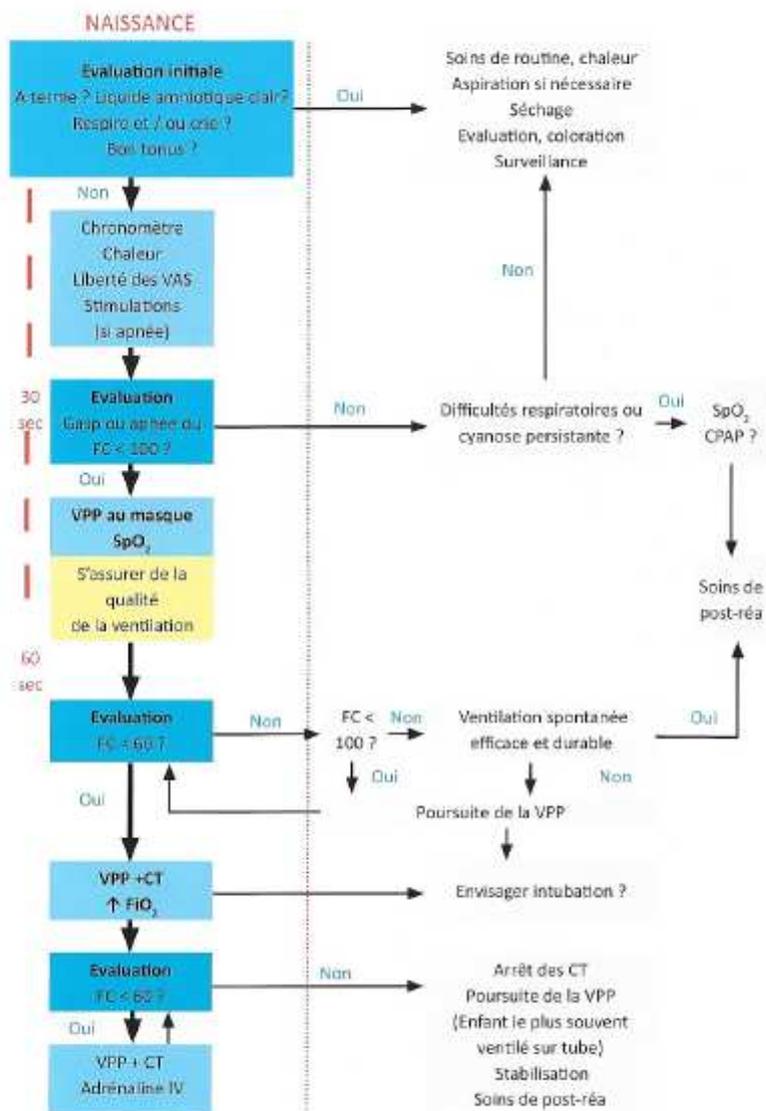
- *Matériel :*

- | | |
|--|--|
| • <u>Gant stérile</u> | • <u>1 produit pour les yeux afin d'éviter le dessèchement des muqueuses</u> |
| • <u>1 tube d'intubation + ballonnet + seringue pour ballonnet</u> | • <u>1 spray lubrifiant</u> |
| • <u>1 mandrin</u> | • <u>Canule de guedel</u> |
| • <u>1 laryngoscope adapté (lampe fonctionnelle)</u> | |
| • <u>1 pince de Magyl</u> | |
| • <u>1 sparadrap</u> | |

- *Produits* : hypnotique, analgésique, curare

ANNEXE VI : Algorithme de la réanimation du nouveau-né
(Godde & Norbert, 2012)

Commenté [M4]: Pourquoi cette annexe ?
Commenté [M5R4]: Ok



ANNEXE VII: Surveillance d'une accouchée et d'un nouveau-né

Surveillance maman (CNGOF, n.d.) (Fuchs & Benhamou, 2016)	Surveillance bébé
<p><u>Sous Rachianesthésie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Etat de conscience</u> • <u>Pression artérielle</u> • <u>Fréquence cardiaque</u> • <u>Saturation</u> • <u>Température (couverture chauffante)</u> • <u>Douleurs</u> • <u>Nausées, vomissements</u> • <u>Surveillance des saignements (quantité, odeur, aspect) et de l'involution utérine</u> • <u>Surveillance pansement</u> • <u>Surveillance drains si</u> • <u>Urines (quantité, couleur, aspect)</u> • <u>Bas anti-thrombose systématique</u> • <u>Surveillance bloc moteur, bloc sensitif</u> • <u>Administration du traitement prescrit (antalgiques, anti-inflammatoire, anti-hémétique, etc.)</u> 	<p>Chaque service élabore une feuille de surveillance mais les surveillances restent similaires. Nous avons indiqué ci-dessous les critères repris dans chacun des établissements de stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - T°, - Selles, - Urines, - Tonus, - Coloration, - Respiration, - Alimentation, - Glycémie si nécessaire
<p><u>Sous AG :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Surveillance idem qu'une rachi +</u> • <u>Oxygène</u> • <u>Surveillance plus intense de l'état de conscience</u> • <u>Surveillance température plus intense (car ont souvent plus de difficultés à se réchauffer)</u> 	

ANNEXE VIII : Les compétences professionnelles

Les compétences professionnelles sont définies comme la « démonstration par un individu qu'il possède la capacité, c'est-à-dire les connaissances, les habiletés et les attitudes d'accomplir un acte professionnel, une activité ou une tâche conformément à une norme et/ou à toute autre exigence prédéterminée » (Ordre des CRHA et CRIA du Québec, 2007).

- **Sage-femme (Conseil fédéral des Sages-Femmes, 2016)**

La sage-femme est définie selon l'ICM (Confédération Internationale des sages-femmes) : « Une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum. Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des signes de complications, tant chez la mère que chez le bébé, le recours à l'assistance médicale ou à une assistance d'un autre ordre en cas de besoin, et l'exécution de mesures d'urgence. » (International Confederation of Midwives, n.d.).

Ainsi, pour exercer, des compétences ont été définies. Elles sont répertoriées par rôle. Les compétences sont basées sur le Vlaamse opleidingsprofiel (2014) et sur le référentiel de compétences intégré inter réseaux en Bachelier sage-femme en Fédération Wallonie-Bruxelles (2015). Ces compétences ont été approuvées par la plénière du Conseil Fédéral des Sages-femmes du 12 Mai 2015.

Rôle 1 : Gardienne de la grossesse, du travail et du post-partum physiologiques

La sage-femme diagnostique, accompagne, surveille et promeut la grossesse physiologique, le travail, l'accouchement, le post-partum, la parentalité et les soins du nouveau-né. Elle promeut, soutient et accompagne l'allaitement maternel. Si nécessaire, elle soutient et accompagne l'alimentation artificielle. Elle exécute de façon autonome des actes obstétricaux et conduit l'accouchement dans le cadre de ses compétences médicales et légales.

Rôle 2 : Evalueur des situations à risques

La sage-femme détecte de façon autonome, dans le cadre de son domaine professionnel, les risques et les complications, les gère de façon adéquate, consulte des médecins et d'autres professionnels de la santé et adresse la femme au moment opportun. Elle prend, dans le cas échéant, les mesures d'urgence nécessaires jusqu'à l'arrivée du médecin.

Rôle 3 : Collaboratrice dans les situations à risque

La sage-femme dispense des soins adéquats et accompagne des situations à haut risque ou des complications, en collaboration avec le médecin et éventuellement avec d'autres professionnels de santé.

Rôle 4 : Gardienne de la situation psychosociale

La sage-femme situe la femme et son entourage dans le contexte familial, social et culturel et répond à leurs besoins, en tenant compte de la diversité et de l'expérience interculturelle. Elle reconnaît les situations de crise psychosociale et, le cas échéant, adresse la femme au(x) professionnel(s) de soins de santé approprié(s).

Rôle 5 : Promoteur de la santé

La sage-femme de manière autonome et en collaboration est active dans la prévention et la promotion de la santé.

Rôle 6 : Teamplayer, communicateur, coordinateur

La sage-femme veille à une collaboration interdisciplinaire et à une organisation adaptée et actualisée de la pratique. Elle communique, tant oralement que par écrit, en des termes professionnels adéquats aux collègues, aux médecins, aux autres prestataires de soins et à un large public. Elle coordonne et supervise le processus de soins.

Rôle 7 : Coach

La sage-femme coach et accompagne les collègues et les étudiants de sa propre discipline et d'autres disciplines, afin de garantir la haute qualité des soins.

Rôle 8 : Promoteur de la qualité

La sage-femme dispense de façon autonome des soins professionnels, de haute qualité et sûre. Elle développe une vision, en ce qui concerne la surveillance et la promotion de la qualité des soins et contribue à la mise en place d'innovations.

Rôle 9 : Gardienne du cadre juridique et du code de déontologie

La sage-femme respecte la législation, les réglementations, la déontologie propre à la profession en ce y compris le secret professionnel.

Rôle 10 : Praticienne de soins evidence-based

La sage-femme dispense des soins étayés scientifiquement en intégrant les nouvelles connaissances scientifiques et en participant à la recherche axée sur la pratique.

Rôle 11 : Praticienne professionnelle

La sage-femme veille à l'amélioration permanente de l'image de la profession et à la professionnalisation, en suivant notamment une formation permanente obligatoire. Elle mène une réflexion critique sur sa propre pratique et intègre ses réflexions dans sa pratique professionnelle.

Compétence

Selon L'Arrêté Royal du 1^{er} février 1991 modifié le 8 Juin 2007 (Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges, n.d.) :

La sage-femme assume sous sa responsabilité :

- Surveillance de femmes enceintes pour lesquelles une grossesse à haut risque a été exclue
- Pratiquer les accouchements eutociques
- Soigner et accompagner la mère et l'enfant au cours du post-partum normal
- La sage-femme est tenue de prendre dans les plus brefs délais à des complications imprévues.

La sage-femme doit appliquer les recommandations suivantes :

- Tenir à jour un dossier obstétrical pour chaque patiente prise en charge
- Disposer du matériel nécessaire pour assurer (la préparation à l'accouchement, donner des conseils aux parents en matière d'hygiène et d'alimentation, l'établissement du

diagnostic de grossesse, la surveillance de la grossesse, l'exécution de l'accouchement et les premiers soins au nouveau-né, les soins et les surveillances du post-partum)

- Application stricte des règles d'hygiène
- Engager la patiente à suivre un examen médical au début de la grossesse et au cours du 3ème trimestre de la grossesse
- Etablir le diagnostic de la grossesse, prévoir la grossesse à risque en effectuant les examens et les actes suivants ou en veillant à ce qu'ils soient effectués (Pesée, examen des urines, vérification de la tension artérielle, mesure de la hauteur du fond utérin, palpation abdominale, auscultation des BCF, toucher vaginal et examen au spéculum , surveillance par toco-cardiométrie, demande d'échographie effectuée par un médecin spécialisé, demande d'analyses de sang et autres examens complémentaires dans le cadre de l'exercice de l'obstétrique.)
- Durant la grossesse, l'accouchement et le post partum, la sagefemme observe des signes pathologiques, faire appel au médecin ou décider du transfert en milieu hospitalier.
- Faire appel au médecin en cas de décès néonatal ou maternel
- Se tenir au courant par une formation permanente

Au cours de la parturition, la sage-femme peut pratiquer :

- L'amniotomie pour autant que la tête ne soit pas refoulable
- L'épisiotomie
- Appliquer les mesures de réanimation
- Procéder à toute suture du périnée, en cas de déchirure non compliquée ou d'épisiotomie
- Collaborer à la surveillance de la parturiente sous anesthésie ou analgésie.

A l'inverse, la sage-femme ne peut exécuter la série d'actes suivante :

- Dilatation artificielle du col
- Application de forceps et de ventouse
- Exécution ou entretien d'une anesthésie générale, régionale ou locale, excepté l'anesthésie locale pour l'exécution et la suture d'une épisiotomie. La sage-femme peut sur prescription médicale, préparer les doses d'entretien médicamenteuses et les administrer via un cathéter épidural placé par le médecin afin d'obtenir une analgésie durant le travail, l'accouchement et le post-partum » ! dans chaque établissement, ce traitement est décrit à l'aide d'une procédure comprenant au moins les conditions d'application suivantes (anesthésiste disponible dans l'établissement, prescription individuelle écrite, c'est l'anesthésiste qui injecte la dose de test et/ou le premier bolus et commence l'administration de la dose d'entretien, la sage-femme doit tenir à jour une feuille spécifique de traitement et d'observation qui fait partie intégrante du dossier de la patiente, la sage-femme procède sur prescription médicale au retrait du cathéter de péridurale) :
- Manœuvre de version interne et d'extraction du siège sauf en cas d'urgence avec souffrance fœtale aigue
- Décollement manuel du placenta, sauf en cas d'urgence
- Exploration manuelle de l'utérus, sauf en cas d'urgence
- Induction d'une interruption de grossesse

Dans sa pratique, la sage-femme est soumise à une série de lois qui règlemente la profession. Elle tient compte des recommandations de bonnes pratiques, de la littérature scientifique et de textes de référence.

- Gynécologue (Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre, 2012)

Le gynécologue-obstétricien est un médecin chirurgien spécialisé dans la santé des femmes et qui les accompagne tout au long de leur vie, de la puberté à la période de la post-ménopause. Il s'agit d'une tâche difficile, car le gynécologue doit avoir des connaissances et les entretenir tout au long de leur carrière. Ils doivent avoir un savoir-faire et maîtriser les techniques de leur spécialité. Ils doivent aussi savoir travailler en équipe et posséder des qualités humaines et relationnelles.

L'obstétricien est un médecin spécialisé qui intervient sur la sexualité, la contraception, aux difficultés de conception. Il assure le suivi de grossesse et l'accouchement. Il réalise les échographies, rôle de prescription médicales et des examens complémentaires. L'obstétricien réalise l'accouchement en collaboration avec la sage-femme.

Ils sont capable d'effectuer une synthèse clinique et para clinique dans les démarches de diagnostic, prendre des décisions opératoires, réévaluer la situation et adopter des changements de stratégie, et mener des actions dans l'urgence. Les gynécologues prennent des décisions en collaboration avec leurs collègues et les professionnels de santé. Puis ils assurent la traçabilité dans le dossier médical.

Ils gèrent autant les consultations, des urgences, du bloc opératoire et des unités de soins.

Ainsi Ils doivent savoir faire face à l'urgence à la fois médicale et chirurgicale. Cela impose des connaissances importantes des stratégies thérapeutiques

- Anesthésiste (Brodeur et al., n.d.)

Le médecin anesthésiste nécessite des connaissances dans tous les domaines des différentes spécialités.

Son cœur de métier associe l'anesthésie à la réanimation et engage ces deux composantes à initier la promotion d'une nouvelle discipline : la médecine péri-opératoire. Il l'exerce aussi bien en réanimation chirurgicale ou spécialisée qu'en réanimation polyvalente.

Il a un rôle d'information concernant la prise en charge de l'anesthésie et évaluer les risques liés à l'intervention.

Tout au long de l'intervention, l'anesthésiste surveille les signes vitaux et réinjecte des produits anesthésiants. Il assure le suivi du patient et la prise en charge de la douleur.

Il y a 3 niveaux de soins permettant de rationaliser la prise en charge post opératoire des opérés :

- Surveillance continue impliquant un renforcement du monitoring et des soins infirmiers.
- Soins intensifs accueillant pour une durée brève (< 72h), les patients faisant l'objet d'une chirurgie lourde ou présentant un état pathologique pré existant et nécessitant le cas échéant une poursuite momentanée de la ventilation assistée.
- Réanimation en cas de complication et/ou de défaillance multi viscérale nécessitant une prise en charge lourde de plus longue durée.

Le médecin Anesthésiste-Réanimateur a une expertise particulière pour un certain nombre de domaines dans la médecine péri-opératoire (analgésie, antibioprophylaxie et thérapie, thromboprophylaxie, désordres métaboliques, nutrition artificielle, défaillances d'organes, etc.) Cette approche est d'autant plus importante qu'il est reconnu et demandé une continuité des soins (clairement explicitée dans la loi HPST) dans certains secteurs (notamment ambulatoire). Il a un rôle fondamental de collaboration.

Commenté [M6]: Source ?

Commenté [M7R6]: Ok j'ai vu

ANNEXE IX: Méthode pico

La question PICO est composée de quatre parties:

- **P** : *Patient / Problem* : Patient ou problème médical
- **I** : *Intervention* : Intervention évaluée
- **C** : *Comparison* : comparaison (avec quelle intervention alternative je veux comparer l'intervention)
- **O** : *Outcome* : résultat (qu'est ce que je peux espérer comme résultat)

Equations de recherche:

- leadership AND emergency AND training
- leadership AND emergency NOT training NOT education
- leadership AND emergency AND training OR education AND obstetrics AND teamwork

Tableau de recherche sur Pubmed

N°	Equation de recherche n°1	de	Nombre d'articles	Lecture de titre	Lecture d'abstract	Abstracts retenus
1	leadership		52810	0	0	0
2	leadership emergency	AND	1779	0	0	0
3	leadership emergency training	AND AND	851	851	101	43

N°	Equation de recherche n°2	de	Nombre d'articles	Lecture de titre	Lecture d'abstract	Abstracts retenus
1	leadership		52810	0	0	0
2	leadership emergency	AND	1779	0	0	0
3	leadership emergency training	AND NOT	928	0	0	0
4	leadership emergency training education	AND NOT NOT	928	928	18	6

N°	Equation de recherche n°3	de	Nombre d'articles	Lecture de titre	Lecture d'abstract	Abstracts retenus
1	leadership		52810	0	0	0

2	leadership emergency	AND	1779	0	0	0
3	leadership emergency training	AND AND	851	0	0	0
4	leadership emergency training education	AND AND OR	1130558	0	0	0
5	leadership emergency training obstetrics	AND AND AND	14901	0	0	0
6	leadership emergency training obstetrics teamwork	AND AND AND AND	99	99	24	11

Tableau de recherche sur Web of sciences

N°	Equation recherche n°1	de	Nombre d'articles	Lecture de titre	Lecture d'abstract	Abstracts retenus
1	leadership		65777	0	0	0
2	leadership emergency	AND	970	0	0	0
3	leadership emergency training	AND AND	337	337	42	31

N°	Equation recherche n°2	de	Nombre d'articles	Lecture de titre	Lecture d'abstract	Abstracts retenus
1	leadership		65777	0	0	0
2	leadership emergency	AND	970	0	0	0
3	leadership emergency training	AND NOT	633	0	0	0
4	leadership emergency training education	AND NOT NOT	534	534	22	7

N°	Equation recherche n°3	de	Nombre d'articles	Lecture de titre	Lecture d'abstract	Abstracts retenus
----	---------------------------	----	----------------------	---------------------	-----------------------	----------------------

1	leadership		65777	0	0	0
2	leadership emergency	AND	970	0	0	0
3	leadership emergency training	AND AND	337	0	0	0
4	leadership emergency training education	AND AND OR	629111	0	0	0
5	leadership emergency training education obstetrics	AND AND OR AND	2052	0	0	0
6	leadership emergency training obstetrics teamwork	AND AND AND AND	364	364	15	4

Ces tableaux sont une manière différente d'expliquer notre méthodologie. Il s'agit de la méthode détaillée que l'on a utilisée afin de débiter nos recherches. Cependant, nous avons choisi d'intégrer un organigramme (p.18) dans notre travail pour des faciliter de compréhension et de clarté. De plus, certains critères ne rentrent pas en jeu dans ces tableaux. (doublon, articles provenant d'autres sources, etc.).

ANNEXE X : Outil d'évaluation des compétences non techniques (TEAM)
(Cooper et al., 2010)

Team Emergency Assessment Measure (TEAM)

Introduction										
This form has been designed as a teamwork observational scale to assess the performance of emergency medical teams (e.g. resuscitation and trauma teams). The form should be completed by expert clinicians to enable accurate performance rating and feedback of leadership, teamwork, situation awareness and task management. Rating prompts are included where applicable. Please rate the first 11 items using the following scale and the last item using the 10 point scale.										
Never/Hardly ever	Seldom	About as often as not	Often	Always/Nearly always						
0	1	2	3	4						
Team Identification										
Date _____ Time _____ Place _____										
Team Leader _____ Team _____										
Leadership: <i>It is assumed that the leader is either designated, has emerged, or is the most senior – if no leader emerges allocate a '0' to questions 1&2.</i>										
	0	1	2	3	4					
1. The team leader let the team know what was expected of them through direction and command	<input type="checkbox"/>									
2. The team leader maintained a global perspective <i>Prompts: Monitoring clinical procedures and the environment? Remaining 'hands off' as applicable? Appropriate delegation?</i>	<input type="checkbox"/>									
Team Work: <i>Ratings should include the team as a whole i.e. the leader and the team as a collective (to a greater or lesser extent).</i>										
	0	1	2	3	4					
3. The team communicated effectively <i>Prompts: Verbal, non-verbal and written forms of communication?</i>	<input type="checkbox"/>									
4. The team worked together to complete tasks in a timely manner	<input type="checkbox"/>									
5. The team acted with composure and control <i>Prompts: Applicable emotions? Conflict management issues?</i>	<input type="checkbox"/>									
6. The team morale was positive <i>Prompts: Appropriate support, confidence, spirit, optimism, determination?</i>	<input type="checkbox"/>									
7. The team adapted to changing situations <i>Prompts: Adaptation within the roles of their profession? Situation changes: Patient deterioration? Team changes?</i>	<input type="checkbox"/>									
8. The team monitored and reassessed the situation	<input type="checkbox"/>									
9. The team anticipated potential actions <i>Prompts: Preparation of defibrillator, drugs, airway equipment?</i>	<input type="checkbox"/>									
Task Management										
	0	1	2	3	4					
10. The team prioritised tasks	<input type="checkbox"/>									
11. The team followed approved standards/guidelines <i>Prompt: Some deviation may be appropriate?</i>	<input type="checkbox"/>									
Overall										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. On a scale of 1-10 give your global rating of the team's performance	<input type="checkbox"/>									
Comments: _____										