

2024-2025

Diplôme d'État de sage-femme

Université d'Angers

**RECONNAISSANCE ET PRISE EN
CHARGE D'UNE URGENCE VITALE :
UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES
PROFESSIONNEL·LES DE SANTÉ
EXERÇANT AUX URGENCES
GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES
DU CHU D'ANGERS**

*Étude quantitative, prospective,
descriptive, monocentrique réalisée du 12
août au 15 décembre 2024*

LUCILLE BESNARD

Née le 21 décembre 2002

Sous la direction du Professeur Emmanuel RINEAU

Jury

Madame Émilie HERVE-ANDRÉ : Présidente

Madame Éliane RODIER : Membre

Madame Aude CADORET : membre

Dr Marie-Bénédicte MERCIER : membre

Soutenu publiquement le 23 avril 2025

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée, Lucille BESNARD,

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publié sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signé par l'étudiante le 24/02/2025

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

En premier lieu, au Professeur Emmanuel RINEAU, sans qui mon travail n'aurait sûrement jamais abouti. Merci pour tout le temps que vous y avez consacré, votre patience et votre bienveillance.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique et Laurence pour tout le soutien que vous nous avez apporté.

Merci à l'ensemble des professionnels d'avoir pris le temps de m'aider à construire ce projet mais aussi à tous ceux qui y ont participé en répondant à mon questionnaire.

Enfin, merci à ma famille, mes amis, pour votre temps, votre compréhension, vos encouragements.

Mais surtout, un grand merci à Stéphane et Valérie, mes parents. Merci pour votre implication, quelque peu excessive parfois pour toi maman, votre soutien qui m'a permis de persévérer, malgré tout de croire en moi ainsi qu'en mon travail et de ne jamais lâcher quoi qu'il en coûte.

« Le bonheur est un rêve d'enfant réalisé dans l'âge adulte »

- Freud -

LISTE DES ABREVIATIONS

AFGSU	Attestation et Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
AP/S	Auxiliaires de puériculture et Aides soignant·es
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSP	Code de Santé Publique
DAE	Défibrillateur Automatique Externe
DSA	Défibrillateur Semi-Automatique
ENCMM	Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles
FGSU	Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmier·ères Anesthésistes Diplômé·es d'État
IAR	Internes Anesthésistes-Réanimateurs
IDE	Infirmier·ères Diplômé·es d'État
IGO	Internes Gynécologues-Obstétriciens
IMG	Internes en Médecine Générale
MAR	Médecins Anesthésistes-Réanimateurs
MGO	Médecins Gynécologues-Obstétriciens
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RSN	Réseau Sécurité Naissance
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
UGO	Urgences Gynécologiques et Obstétricales

SOMMAIRE

Avertissement	2
Engagement de non-plagiat	3
Remerciements	4
Liste des abréviations	5
Sommaire	7
Introduction	9
Matériel et méthode	11
Schéma de l'étude.....	11
Matériel	11
Méthode	11
Résultats.....	13
Diagramme de flux	13
Caractéristiques de la population	14
Étude et analyse de la gestion des urgences vitales	14
Identification des besoins des répondants.....	19
Discussion.....	21
Principaux résultats	21
Forces et faiblesses de l'étude.....	23
Conclusion	25
Annexes.....	26
Annexe 1 [Questionnaire].....	26
Annexe 2 [AFFICHE]	31
Annexe 3 [Lettre d'information]	32
Annexe 3 [Mail de diffusion]	32
Bibliographie	35
Table des illustrations	37
Table des tableaux	37
Table des matières	38
Résumé	40
Abstract.....	40
Résumé	40

INTRODUCTION

Les urgences vitales nécessitent une reconnaissance précoce et une prise en charge initiale rapide, celles-ci pouvant conduire à des séquelles graves irréversibles ou au décès en l'absence de prise en charge adéquate.⁽¹⁻⁵⁾

Il existe plusieurs types d'urgence vitale : les urgences **hémodynamiques** (hémorragie, embolie pulmonaire, choc septique, choc anaphylactique, choc cardiogénique, etc.), les urgences **respiratoires** (pneumopathie, obstruction des voies aériennes, asthme aigu grave, etc.), les urgences **neurologiques** (accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, thrombose veineuse cérébrale, traumatisme, etc.), les urgences **métaboliques** (intoxication médicamenteuse, hyperkaliémie, etc.) et bien sûr l'**arrêt cardiaque**, qui survient le plus souvent suite à l'une de ces urgences précédemment citées.⁽⁶⁻⁸⁾

En gynécologie-obstétrique, certaines urgences spécifiques à la grossesse sont particulièrement fréquentes (hypertension gravidique sévère, anomalie sévère du rythme cardiaque fœtale, hémorragie du post-partum, etc.). Les professionnel·les exerçant dans ce secteur sont habitués·es à ces urgences pour lesquelles il existe le plus souvent des protocoles de services connus ou facilement accessibles.

Cependant, les autres types d'urgences vitales, moins ou non spécifiques de la grossesse, sont possibles aussi dans les unités de gynécologie et d'obstétrique. L'incidence de ces urgences en secteurs obstétricaux est variable selon les études. Elle a été mesurée à 6 pour 1 000 naissances pour l'état de choc (quelle que soit sa cause) et entre 1/12 000 et 1/36 000 pour l'arrêt cardiaque maternel.⁽⁹⁾ Ainsi, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 287 000 femmes, dont 95 % dans des pays à faible revenu ou intermédiaire, sont décédées dans le cadre du péripartum à la suite d'une complication en 2020. Dans la majorité des cas, ces décès auraient pu être évités.⁽¹⁰⁾ En France, selon l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCM), 272 décès ont eu lieu entre 2016 et 2018, soit 1 décès tous les 4 jours, dont 8,1 % étaient précoces, 16,9 % avaient lieu au cours de la grossesse et 75 % avaient lieu dans la période du post-partum. De manière intéressante, on apprend dans cette même enquête française que parmi les causes directes de décès maternels dans l'année qui suit l'accouchement, la majorité n'étaient pas d'origine hémorragique (8,5 % : dont 1,5 % par rupture de grossesse ectopique) mais étaient liés à un autre mécanisme (dont pour 30,2 % des patientes : un mécanisme obstructif, cardiogénique ou septique). Ces décès avaient lieu dans 74,3 % des cas dans des établissements hospitaliers publics et dans 19 % des cas dans l'unité d'obstétrique.⁽¹¹⁾

Pour permettre une prise en charge efficace de ces urgences vitales, une excellente coordination entre les différent·es professionnel·les des secteurs prenant en charge les urgences gynécologiques et obstétricales doit avoir lieu, notamment entre sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, Infirmier·ères Anesthésistes Diplômé·es d'État (IADE), anesthésistes-réanimateurs, aides-soignant·es, internes, etc.⁽¹²⁻¹⁴⁾ Dans de nombreux centres, la·le sage-femme est souvent la·le premier·ière professionnel·les prenant en charge ces patientes en cas d'urgence vitale sur ces secteurs, et il va souvent devoir alerter les autres professionnel·les, organiser le début de prise en charge, anticiper les besoins (chariot d'urgence par exemple), et parfois débiter certains thérapeutiques (compressions thoraciques par exemple).

La prise en charge initiale d'une urgence vitale est enseignée à tous les professionnel·les de santé, notamment lors des formations aux gestes et soins d'urgences.⁽⁷⁾ L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'urgence (AFGSU), créée en 2004, a pour objectif de former chaque professionnel·le à « l'acquisition des connaissances permettant : l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et sa prise en charge [...] ». Une attestation AFGSU niveau 2 est même devenue obligatoire depuis 2010 pour l'obtention des diplômes permettant l'exercice d'une profession de santé dans la quasi-totalité des filières, mais cette obligation ne concernait initialement pas les étudiant·es sages-femmes.⁽¹⁵⁾ Cette circulaire a été modifiée par l'Arrêté du 30 janvier 2013, rendant cette attestation également obligatoire pour les étudiant·es sages-femmes.⁽¹⁶⁾ Par ailleurs, la durée et la validité de cette attestation est de 4 ans. Ainsi, au-delà des 4 ans, les professionnel·les devraient théoriquement mettre à jour leur AFGSU, ce qui reste cependant encore peu réalisé, ou avec retard.⁽¹⁷⁾

La dimension organisationnelle a un impact direct sur la qualité des soins, et plusieurs organisations dont la Haute Autorité de Santé (HAS), ont mis à disposition des professionnel·les des guides et des outils afin d'améliorer la gestion des urgences vitales (notamment en termes de prévention ou en situation de crise).^(18,19) Le dernier manuel de certification des établissements de santé pour la qualité de soins de l'HAS énonce d'ailleurs comme objectif 3.6-05 : « la prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement ».⁽²⁰⁾ Pour permettre d'atteindre cet objectif, une fiche pédagogique intitulée « gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement » est mise à disposition et met en avant 3 points-clés :

- **Anticiper l'urgence vitale via** : une procédure d'alerte, la mise à disposition de matériels (chariot ou sac d'urgence), les formations aux soins et gestes d'urgences mais aussi par la mise en place de la simulation ;
- **Détecter et prendre en charge l'urgence vitale via** : la reconnaissance (symptômes) et la distinction entre une urgence vitale et une urgence relative, la mise à disposition d'un numéro unique d'appel, des premiers gestes de secours et d'un matériel rapidement et facilement accessible ;
- **Après l'urgence vitale via** : avec le réarmement du matériel, l'analyse et l'évaluation du dispositif en vue d'éventuelles améliorations.

Ces critères et cette fiche pédagogique, reprennent notamment les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), ainsi que les références légales et réglementaires.^(1,21)

Au regard de la complexité de la prise en charge de ces urgences vitales avec ses aspects médicaux, organisationnels, pédagogiques et réglementaires, de la fréquence de survenue relativement faible des urgences vitales non spécifiques de la grossesse, mais des complications potentiellement sévères et irréversibles d'une prise en charge non optimale, nous avons identifié la problématique suivante « quelles sont les pratiques actuelles et les axes d'amélioration éventuels pour la prise en charge des urgences vitales chez la femme au sein de l'unité des Urgences Gynécologiques et Obstétricales (UGO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers ? ».

Pour ce travail de fin d'étude, nous avons donc réalisé une enquête de pratique auprès des sages-femmes et des autres professionnel·les médicaux et paramédicaux du CHU d'Angers exerçant aux UGO en vue de tenter d'y répondre.

L'objectif de cette étude quantitative, prospective, descriptive, monocentrique était d'étudier et d'analyser la gestion des urgences vitales (en termes de formation, d'organisation et de pratique clinique) par ces professionnel·les exerçant dans le service des urgences gynécologiques et obstétricales.

MATERIEL ET METHODE

SCHEMA DE L'ETUDE

Étude quantitative, prospective, descriptive, monocentrique auprès des professionnel·les de santé exerçant régulièrement aux UGO du CHU d'Angers via un questionnaire accessible du 12 août 2024 au 15 décembre 2024.

MATERIEL

Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusions étaient :

- Être un des professionnel·les de santé parmi ceux cités ci-dessous :
 - o Sage-femme
 - o Infirmier·ères Anesthésistes Diplômé·e d'État (IADE)
 - o Infirmier·ères Diplômé·e d'État (IDE) exerçant aux UGO et/ou en SSPI
 - o Auxiliaires de puériculture ou Aides soignant·es (AP/S)
 - o Médecins gynécologues-obstétriciens (MGO)
 - o Médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR)
 - o Internes en gynécologie-obstétrique (IGO)
 - o Internes en anesthésie-réanimation (IAR)
 - o Internes en médecine générales (IMG)
- Travailler de manière régulière (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine ou plus ponctuellement, par exemple lors des gardes) aux UGO (et/ou en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) pour les IDE)

Les critères de non-inclusion étaient :

- Être étudiant (hors interne en médecine)
- Être professionnel·le de santé et ne pas intervenir aux UGO

Le critère d'exclusion étaient les réponses incomplètes au questionnaire.

METHODE

Outils utilisés

Le questionnaire (Annexe 1 [Questionnaire]) a été réalisé sur la base de la fiche pédagogique intitulée « Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement » de l'HAS. Il a, par la suite, été réajusté avec mon directeur de mémoire et mon référent de mémoire.

Le questionnaire était anonyme et composé de 20 à 24 questions (nombre variable selon les réponses données) à réponses uniques ou multiples réparties en 5 parties :

- La partie 1, intitulée « caractéristique » était composée de 3 questions, reprenant les informations générales des participant·es ;
- La partie 2, intitulée « anticiper l'alerte », comprenait 11 questions, abordant les formations de chacun et les connaissances sur les outils mis à disposition dans le service ;

- La partie 3, intitulée « détecter et prendre en charge », contenait 4 questions, évoquant l'état des connaissances des professionnel·les sur la reconnaissance des urgences vitales ;
- La partie 4, intitulée « cas cliniques », regroupait 5 questions réparties sur 2 mini cas cliniques, dont l'objectif était de mettre en application leurs connaissances ;
- La partie 5, intitulée « suggestions », comprenait 1 question ouverte pouvant appeler à des commentaires libres de la part des participant·es.

Recueil de données

L'ensemble du questionnaire a été conçu via le logiciel en ligne LimeSurvey Community Edition Version 5.6. Ce logiciel, qui garantissait l'anonymat des participant·es, a été utilisé comme support mais également comme outil de recueil des données.

Le questionnaire, une fois validé par la Sage-femme coordinatrice des UGO, Mme ANDRÉ, ainsi que par le Pr LEGENDRE, a pu être diffusé à l'ensemble des professionnel·les de santé.

Le recrutement des professionnel·les de santé interrogé·es s'est fait de différentes façons :

- Par l'envoi d'un mail, comprenant un lien URL, par leur référent·e médical·e et/ou paramédical·e la semaine du 12 août 2024, avec des rappels tous les mois, sauf pour les auxiliaires de puériculture et aides soignant·es qui ne possédaient pas d'adresse mail professionnel ;
- Par la diffusion d'un QR Code via une affiche (Annexe 2 [Affiche]) disponible dans l'ensemble des services de la maternité (salles de pauses et bureaux de professionnel·les de santé) afin de tenir informés et/ou de rendre accessible l'étude à l'ensemble des professionnel·les concerné·es ;

Le lien URL et que le QR Code, renvoyaient, tous deux, au questionnaire présenté de façon dématérialisée sur le logiciel Lime Survey®.

Chaque professionnel·le était libre de participer ou non à l'enquête.

Analyse des données

Une fois la période d'accessibilité au questionnaire par les professionnel·les de santé terminée, l'ensemble des résultats a été exportés de la plate-forme Lime Survey® vers le logiciel Excel® sous forme de tableau.

Un premier tri a été effectué dans l'objectif de conserver uniquement les réponses complètes. Une fois le tri effectué, les réponses à chaque question, toutes de type qualitatif, ont été décrites puis analysées sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Les données ont par la suite été analysées via le logiciel Excel® et BiostaTGV. Afin de comparer les variables et de vérifier nos hypothèses citées ci-dessous, un test de χ^2 (ou Fisher pour les variables dont le nombre était < 5) a été utilisé.

Nos hypothèses de recherche étaient :

- La profession n'impacte pas la prise en charge initiale des patientes ;
- L'absence d'AFGSU ou de formations aux gestes et soins d'urgences gynécologique et/ou maternelle impacte la prise en charge initiale des patientes ;
- L'ancienneté n'impacte pas la prise en charge initiale des patientes.

RESULTATS

DIAGRAMME DE FLUX

La répartition des participant·es selon leur profession est présentée dans le diagramme de flux (Figure 1). Un code couleur pour chaque catégorie a été mis en place pour faciliter la compréhension. Les pourcentages indiqués sous les professions, représentent le pourcentage de la profession ayant répondu de façon complète au questionnaire.

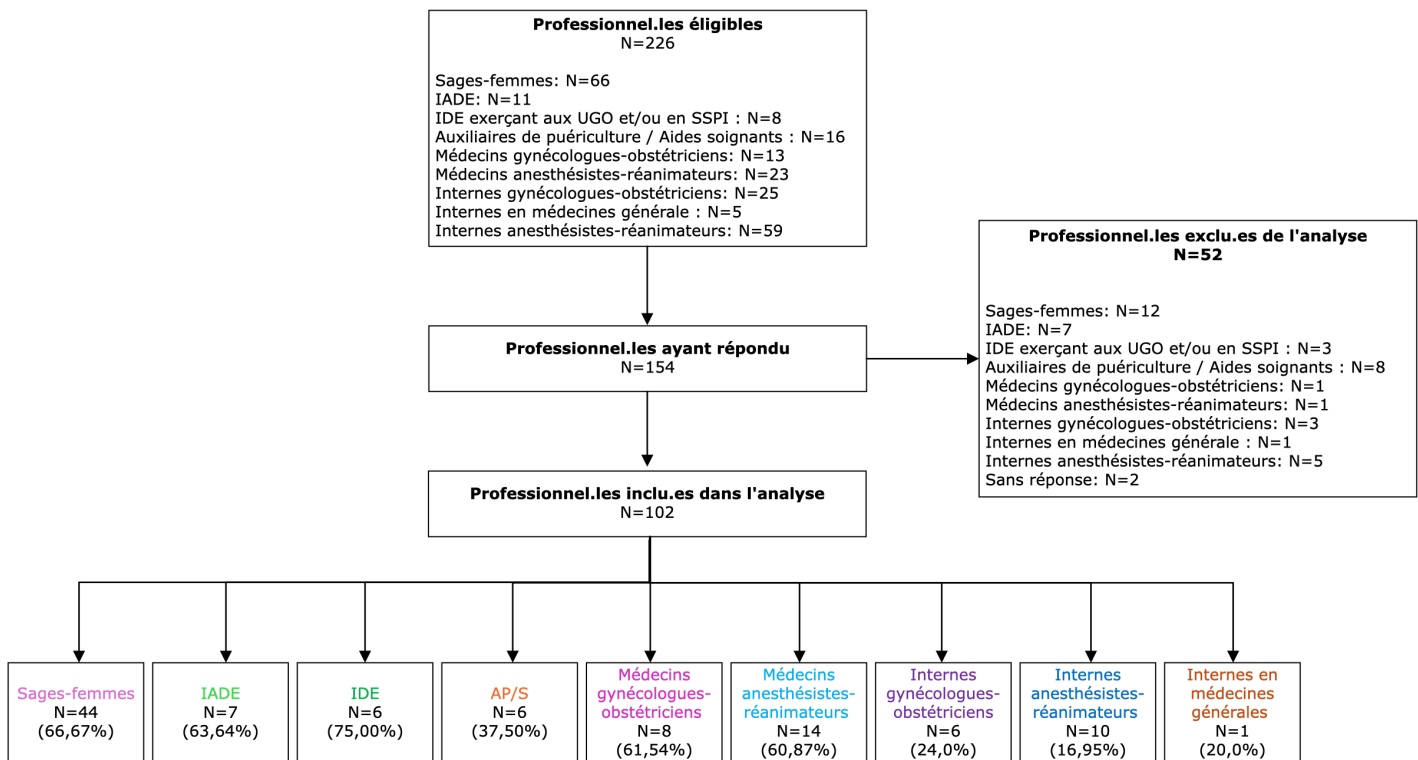


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude « Reconnaissance et prise en charge d'une urgence vitale : une enquête auprès des professionnel·les de santé exerçant aux urgences gynécologiques -obstétricales du CHU d'Angers » menée du 12 août au 15 décembre 2024.

68,1% (154/226) des professionnel·les ont répondu à notre étude, avec un taux de réponses complètes à 45,1% (102/226).

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Les caractéristiques des soignant·es sont présentées dans le Tableau I.

Tableau I : Caractéristiques de la population de l'enquête menée du 12 août au 15 décembre.

N=102	Sage-femme		IADE		IDE		AP/S		MGO		MAR	IGO		IAR		IMG		N	
	44		7		6		6		8		14	6		10		1		102	
Depuis quand êtes-vous diplômé.e ?																			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 5 ans	13	29,5	2	28,6	0	0,0	1	16,7	3	37,5	0,0							19	18,6
5-10 ans	3	6,8	1	14,3	1	16,7	0	0,0	2	25,0	0,0	N/A*		N/A*		N/A*		7	6,9
> 10 ans	28	63,6	4	57,1	5	83,3	5	83,3	3	37,5	0,0							45	44,1
Depuis quand exercez-vous au sein de la maternité d'Angers ?																			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 6 mois	4	9,1	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0,0	1	16,7	1	10,0	1	100,0	8	7,8
6 mois - 5 ans	11	25,0	7	100,0	2	33,3	2	33,3	1	12,5	0,0	3	50,0	9	90,0	0	0,0	35	34,3
5-10 ans	3	6,8	0	0,0	1	16,7	1	16,7	4	50,0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	11	10,8
> 10 ans	26	59,1	0	0,0	2	33,3	3	50,0	3	37,5	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	33,3

*N/A : pas de réponse possible

ÉTUDE ET ANALYSE DE LA GESTION DES URGENCES VITALES

Anticiper l'alerte de l'urgence vitale

Les réponses concernant l'anticipation de l'alerte sont présentées dans le Tableau II. Les différentes formations dont les soignant·es auraient pu bénéficier et les outils qui étaient mis à leur disposition ont été indiqués afin d'obtenir un aperçu de l'organisation du service.

Tableau II : Réponses des participant·es concernant la partie « Anticiper l'alerte » via les formations et attestations, mais aussi via les matériels mis à disposition de la population de l'enquête menée du 12 août au 15 décembre 2024.

N=102	Sage-femme 44		IADE 7		IDE 6		AP/S 6		MGO 8		MAR 14		IGO 6		IAR 10		IMG 1		N 102	
En plus de votre diplôme, disposez-vous d'un des diplômes ou d'une des attestations suivant.e.s ?																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AFGSU	18	40,9	3	42,9	6	100,0	1	16,7	1	12,5	3	21,4	2	33,3	6	60,0	1	100,0	41	40,2
PSC 1 ou 2	1	2,3	1	14,3	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	1	100,0	8	7,8
PSE 1 ou 2	1	2,3	1	14,3	1	16,7	1	16,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	10,0	0	0,0	6	5,9
AFPS	19	43,2	5	71,4	4	66,7	2	33,3	4	50,0	6	42,9	2	33,3	3	30,0	1	100,0	46	45,1
Depuis votre diplôme, avez-vous eu accès à une (des) formation(s) continue(s) aux gestes et soins d'urgence gynécologiques et/ou maternelles ? Exemple : AFGSU, simulations hautes fidélités, ...																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	28	63,6	4	57,1	3	50,0	4	66,7	5	62,5	10	71,4	5	83,3	10	100,0	0	0,0	69	67,6
Parmi les propositions suivantes, lequel (lesquels) de ces outils est (sont), selon vous, présent(s) au sein du service des UGO ? Plusieurs réponses sont possibles.																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chariot d'urgence	21	47,7	6	85,7	4	66,7	5	83,3	6	75,0	10	71,4	5	83,3	8	80,0	1	100,0	66	64,7
Algorithmes	7	15,9	5	71,4	4	66,7	1	16,7	2	25,0	9	64,3	3	50,0	8	80,0	0	0,0	39	38,2
Mallette d'urgence	28	63,6	1	14,3	1	16,7	4	66,7	2	25,0	5	35,7	1	16,7	5	50,0	1	100,0	48	47,1
Fiche outil "SAED"	3	6,8	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	6	42,9	0	0,0	3	30,0	0	0,0	13	12,7
Numéro.s d'urgence	38	86,4	6	85,7	4	66,7	3	50,0	7	87,5	14	100,0	6	100,0	10	100,0	1	100,0	89	87,3
Concernant le chariot d'urgence, si vous en avez besoin aux UGO:																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Savez-vous où aller le chercher ? Réponse "oui".	40	90,9	4	57,1	5	83,3	6	100,0	6	75,0	11	78,6	4	66,7	5	50,0	0	0,0	81	79,4
Son lieu de stockage vous semble-t-il adapté pour les UGO ? Réponse "oui".	31	70,5	4	57,1	4	66,7	2	33,3	5	62,5	9	64,3	3	50,0	5	50,0	0	0,0	63	61,8
Concernant le chariot d'urgence, selon vous, qui vérifie sa composition ? Plusieurs réponses sont possibles.																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MGO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
MAR	12	27,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	12,5	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	14,7
IGO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
IAR	8	18,2	0	0,0	0	0,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	11,8
IMG	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SF	10	22,7	3	42,9	1	16,7	1	16,7	5	62,5	6	42,9	1	16,7	4	40,0	0	0,0	31	30,4
IADE	35	79,5	4	57,1	3	50,0	3	50,0	5	62,5	8	57,1	3	50,0	6	60,0	0	0,0	67	65,7
IDE	9	20,5	1	14,3	5	83,3	0	0,0	3	37,5	4	28,6	2	33,3	4	40,0	1	100,0	29	28,4
AP/S	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	2	14,3	2	33,3	0	0,0	0	0,0	7	6,9
Concernant le chariot d'urgence, selon vous, à quelle fréquence est-il vérifié ?																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 fois par semaine	12	27,3	1	14,3	0	0,0	3	50,0	2	25,0	7	50,0	3	50,0	5	50,0	1	100,0	34	33,3
Tous les 15 jours	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	16,7	1	10,0	0	0,0	3	2,9
1 fois par mois	25	56,8	5	71,4	6	100,0	2	33,3	3	37,5	2	14,3	0	0,0	3	30,0	0	0,0	46	45,1
Après chaque utilisation	23	52,3	2	28,6	4	66,7	6	100,0	6	75,0	7	50,0	3	50,0	3	30,0	0	0,0	54	52,9
Je ne sais pas	4	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	21,4	1	16,7	0	0,0	0	0,0	8	7,8
Concernant le chariot d'urgence:																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Avez-vous déjà eu l'occasion de voir ce qu'il contenait ? Réponse "oui".	22	50,0	4	57,1	4	66,7	2	33,3	2	25,0	8	57,1	2	33,3	3	30,0	0	0,0	47	46,1
Avez-vous déjà eu l'occasion de l'utiliser ? Réponse "oui".	3	6,8	3	42,9	3	50,0	0	0,0	0	0,0	8	57,1	0	0,0	3	30,0	0	0,0	20	19,6
Concernant le chariot d'urgence, selon vous de quoi est-il composé ? Plusieurs réponses sont possibles.																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Scope	30	68,2	0	0,0	0	0,0	1	16,7	4	50,0	3	21,4	3	50,0	5	50,0	0	0,0	46	45,1
Planche à masser	30	68,2	3	42,9	2	33,3	1	16,7	3	37,5	5	35,7	4	66,7	5	50,0	1	100,0	54	52,9
BAVU	39	88,6	7	100,0	5	83,3	4	66,7	5	62,5	13	92,9	5	83,3	10	100,0	1	100,0	89	87,3
Bouteille d'oxygène	22	50,0	5	71,4	0	0,0	5	83,3	4	50,0	7	50,0	2	33,3	3	30,0	0	0,0	48	47,1
Matériel et médicaments d'intubation	44	100,0	6	85,7	6	100,0	6	100,0	7	87,5	13	92,9	5	83,3	10	100,0	1	100,0	98	96,1
Médicaments d'urgences	44	100,0	6	85,7	6	100,0	6	100,0	7	87,5	14	100,0	5	83,3	10	100,0	1	100,0	99	97,1
DAE	33	75,0	2	28,6	2	33,3	3	50,0	2	25,0	6	42,9	4	66,7	8	80,0	0	0,0	60	58,8
Kit d'accouchement	3	6,8	0	0,0	1	16,7	2	33,3	2	25,0	5	35,7	1	16,7	3	30,0	1	100,0	18	17,6
Kit bilan sanguin	38	86,4	5	71,4	5	83,3	6	100,0	5	62,5	11	78,6	4	66,7	8	80,0	1	100,0	83	81,4
Je ne sais pas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0

*en vert : les réponses attendues

Parmi les soignant·es étudié·es, 4,9 % (5/102) ont déclaré ne bénéficier d'aucune formation.

Parmi les 61 professionnel·les étudié·es n'ayant pas l'AFGSU à jour, 68,8 % (42/61) ont déclaré l'avoir déjà eu mais qu'elle n'était plus à jour et 31,1 % (19/61) ont déclaré ne pas en avoir été titulaire. La valeur de p concernant la comparaison

de la participation passée à des formations continues aux gestes et soins d'urgence entre les différents groupes de professionnel·les, était de 0,237.

Parmi les soignant·es diplômé·es depuis moins de 5 ans ou encore non diplômé·es de leur spécialité future (pour les internes uniquement), 59,5 % (25/42) étaient titulaire d'une AFGSU à jour, tandis que parmi les soignant·es diplômé·es depuis plus de 5 ans, 26,7 % (16/60) était titulaire d'une AFGSU. La valeur de p concernant l'impact de l'ancienneté sur la mise à jour de l'AFGSU était de **0,001** (OR : 3,98 [IC 95 % 1.612 ; 10.2249]).

10,8 % (11/102) avaient sélectionné l'entièreté des réponses attendues à la question Q06 « Parmi les propositions suivantes, lequel (lesquels) de ces outils est (sont), selon vous, présent(s) au sein du service des UGO : plusieurs réponses sont possibles. ». La valeur de p concernant l'impact de la profession sur les connaissances des outils mis à disposition était de 0,099.

Concernant le chariot d'urgence, parmi les professionnel·les ayant eu l'occasion de l'utiliser, 95,0 % des professionnel·les le trouvaient facile à l'emploi.

4,9 % (5/102) des professionnel·les avaient sélectionné l'entièreté des réponses attendues concernant le contenu du chariot d'urgence :

- 40,0 % (2/5) étaient des IADE, soit 28,6 % (2/7) de la profession ;
- 40,0 % étaient des médecins anesthésistes-réanimateurs, soit 14,3 % (2/14) de la profession ;
- Et un répondant était un interne d'anesthésie-réanimation, soit 10,0 % (1/10) de la profession ;

Parmi eux 80,0 % (4/5) l'avaient déjà utilisé. La valeur de p concernant l'impact de la profession sur la connaissance du contenu d'urgence **0,044**.

Détecter et prendre en charge

Les taux de réponses aux questions posées en vue d'étudier et d'analyser les pratiques actuelles des soignant·es, sont rapportés dans les Tableaux III et IV.

Tableau III : Réponses des participant·es concernant la partie « Reconnaissance et prise en charge d'une urgence vitale » de l'enquête menée du 12 août au 15 décembre 2024.

N=102	Sage-femme 44		IADE 7		IDE 6		AP/S 6		MGO 8		MAR 14		IGO 6		IAR 10		IMG 1		N 102	
Avez-vous déjà été témoin d'une des situations suivantes au sein des UGO d'Angers ? Les situations présentées ci-dessous sont des situations mettant en jeu le pronostic vital de la patiente. Plusieurs réponses sont possibles.																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hémodynamique	25	56,8	4	57,1	2	33,3	4	66,7	8	100,0	13	92,9	6	100,0	6	60,0	0	0,0	68	66,7
Respiratoire	1	2,3	2	28,6	1	16,7	0	0,0	1	12,5	7	50,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	14	13,7
Neurologique	2	4,5	2	28,6	0	0,0	0	0,0	2	25,0	6	42,9	0	0,0	3	30,0	0	0,0	15	14,7
Métabolique	3	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	5	35,7	1	16,7	2	20,0	0	0,0	12	11,8
Arrêt cardio-respiratoire	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	10,0	0	0,0	3	2,9
Non	19	43,2	2	28,6	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	40,0	1	100,0	32	31,4
Parmi les propositions suivantes, concernant la reconnaissance d'une urgence vitale, lequel (lesquels) de ces symptômes doit (doivent) vous faire penser que le pronostic vital de la patiente peut être engagé ? Plusieurs réponses sont possibles.																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Confusion, désorientation, incohérence	30	68,2	4	57,1	4	66,7	4	66,7	7	87,5	12	85,7	6	100,0	7	70,0	1	100,0	75	73,5
Difficultés respiratoires soudaines	41	93,2	7	100,0	6	100,0	6	100,0	8	100,0	14	100,0	6	100,0	10	100,0	1	100,0	99	97,1
Douleurs abdominales aiguës et soudaines	22	50,0	5	71,4	5	83,3	4	66,7	7	87,5	12	85,7	5	83,3	8	80,0	1	100,0	69	67,6
Vomissements ou diarrhées sévères ou persistantes	8	18,2	3	42,9	3	50,0	2	33,3	3	37,5	7	50,0	4	66,7	2	20,0	1	100,0	33	32,4
Saignements sévères	44	100,0	7	100,0	6	100,0	6	100,0	8	100,0	14	100,0	6	100,0	10	100,0	1	100,0	102	100,0
Douleurs thoraciques aiguës	40	90,9	5	71,4	6	100,0	5	83,3	8	100,0	14	100,0	6	100,0	9	90,0	1	100,0	94	92,2
Perte de connaissances à répétition	36	81,8	4	57,1	3	50,0	5	83,3	7	87,5	13	92,9	5	83,3	9	90,0	1	100,0	83	81,4
Pâleur/sueurs	29	65,9	5	71,4	3	50,0	4	66,7	7	87,5	12	85,7	5	83,3	7	70,0	1	100,0	73	71,6
Je ne sais pas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Parmi les propositions suivantes, concernant la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez une femme enceinte, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Césarienne sur place devant un ACR supérieur 4 minutes au-delà de 20 SA	28	63,6	5	71,4	1	16,7	2	33,3	6	75,0	10	71,4	4	66,7	5	50,0	0	0,0	61	59,8
Latéro déviation utérine lors d'une réanimation cardio-pulmonaire	21	47,7	4	57,1	0	0,0	1	16,7	8	100,0	14	100,0	6	100,0	9	90,0	0	0,0	63	61,8
La défibrillation est possible chez la femme enceinte	15	34,1	5	71,4	1	16,7	1	16,7	4	50,0	14	100,0	6	100,0	8	80,0	0	0,0	54	52,9
Je ne sais pas	11	25,0	0	0,0	5	83,3	3	50,0	0	0,0	6	42,9	0	0,0	0	0,0	1	100,0	26	25,5
Parmi les propositions suivantes, concernant la prise en charge d'une urgence hémorragique, quelle position permet d'améliorer l'état de la patiente ?																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
PLS	5	11,4	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	8	7,8
Décubitus dorsal (DD)	2	4,5	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9
DD jambes surélevées	36	81,8	7	100,0	4	66,7	4	66,7	8	100,0	14	100,0	6	100,0	9	90,0	1	100,0	89	87,3
Je ne sais pas	3	6,8	0	0,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,9

*en vert : les réponses attendues

Concernant la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire (ACR) chez une femme enceinte, 29,4 % (30/102) des professionnel·les avaient sélectionné l'ensemble des réponses attendues :

- 30,0 % étaient des sages-femmes soit 20,5 % (9/44) de la profession ;
- 3,3 % étaient des IADE soit 14,3% (1/7) de la profession ;
- 10,0 % étaient des médecins gynécologues-obstétriciens soit 37,5 % (3/8) de la profession ;
- 33,3 % étaient des médecins anesthésistes-réanimateurs soit 71,4 % (10/14) de la profession ;
- 13,3 % étaient des internes gynécologues-obstétriciens soit 66,7 % (4/6) de la profession ;
- 33,3 % étaient des internes anesthésistes-réanimateurs soit 30,0% (3/10) de la profession.

21,6 % des participant·es n'ont pas sélectionné les deux réponses attendues « césarienne sur place devant un ACR supérieur à 4 minutes au-delà de 20 SA » et « latéro-déviations utérines lors d'une réanimation cardio-pulmonaire » pour un ACR chez la femme enceinte. La valeur de p étudiant l'impact de la profession sur la prise en charge était de **0,001**.

Parmi les soignant·es ayant sélectionné l'entièreté des réponses attendues à la question portant sur la prise en charge d'un ACR chez la femme enceinte, 33,3% (10/30) avaient d'une AFGSU à jour et 73,3 % (22/30) avaient déjà eu une ou plusieurs formations aux gestes et soins d'urgence gynécologiques et/ou maternelles. La valeur de p concernant l'impact de l'AFGSU sur cette prise en charge était de 0,361 ; quant à celle concernant l'impact des formations aux gestes et soins d'urgence gynécologiques et/ou maternelles était de 0,428 ; enfin la valeur de p concernant l'impact de l'ancienneté sur cette prise en soins était de 0,107.

Tableau IV : : Réponses des participants concernant la partie « Cas cliniques » de l'enquête menée du 12 août au 15 décembre 2024.

N=102	Sage-femme		IADE		IDE		AP/S		MGU		MAK		IGU		IAK		IMG		N
	44		7		6		6		8		14		6		10		1		102
Cas clinique 1: Dimanche, 23h, la maternité est pleine, vos collègues sont tou.te.s occupé.es. Mme Z appelle à la sonnette. Vous ne la connaissez pas, vous n'avez pas vu son dossier, mais vous êtes la seule personne à être disponible pour répondre à son appel. A votre arrivée dans la salle, vous retrouvez Mme Z, paniquée, avec des plaques rouges, ne pouvant pas parler, qui vous fait signe qu'elle n'arrive pas à respirer.																			
Que faites-vous ? Plusieurs réponses sont possibles.																			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
J'appelle	44	100,0	7	100,0	6	100,0	6	100,0	8	100,0	14	100,0	6	100,0	10	100,0	1	100,0	102
Je réinstalle	10	22,7	0	0,0	2	33,3	2	33,3	2	25,0	3	21,4	1	16,7	2	20,0	0	0,0	22
J'essaie d'en savoir plus	15	34,1	3	42,9	1	16,7	2	33,3	3	37,5	3	21,4	2	33,3	5	50,0	1	100,0	35
Vous avez décidé d'appeler à l'aide. Par quel outil passez-vous dans un premier temps ?																			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
J'ouvre la porte et je sollicite de l'aide	16	36,4	5	71,4	3	50,0	5	83,3	2	25,0	6	42,9	2	33,3	9	90,0	0	0,0	48
Bip de garde/téléphone de l'hôpital	16	36,4	2	28,6	2	33,3	0	0,0	5	62,5	4	28,6	1	16,7	0	0,0	0	0,0	30
Sonnette	12	27,3	0	0,0	1	16,7	1	16,7	1	12,5	4	28,6	3	50,0	1	10,0	1	100,0	24
Cas clinique 2: Vous êtes actuellement aux UGO pour une patiente. Vous voyez dans le hall d'accueil des UGO une femme enceinte, seule, qui a du mal à se déplacer. Vous vous rapprochez de la vitre pour voir un peu mieux. Celle-ci a du mal à respirer, parler et perd connaissance. Vous décidez d'aller la voir.																			
Parmi les signes suivants, lequel est essentiel pour diagnostiquer un arrêt cardiaque ?																			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
L'absence de réponse ordres simples	1	2,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	3
L'absence de respiration	19	43,2	2	28,6	2	33,3	3	50,0	5	62,5	10	71,4	6	100,0	9	90,0	0	0,0	56
L'absence de pouls carotidien	24	54,5	5	71,4	3	50,0	3	50,0	3	37,5	4	28,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	43
La patiente ne respire pas. Que faites-vous ?																			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
J'appelle à l'aide et je la mets en PLS	6	13,6	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	8
J'appelle à l'aide et je débute des compressions thoraciques	38	86,4	7	100,0	6	100,0	5	83,3	8	100,0	14	100,0	5	83,3	10	100,0	1	100,0	94
Vous avez débuté la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire avec le reste de l'équipe dans le hall des UGO. Vous souhaitez utiliser un DAE, où allez-vous le																			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dans le chariot d'urgence	30	68,2	1	14,3	0	0,0	1	16,7	4	50,0	6	42,9	4	66,7	5	50,0	0	0,0	51
Aux UGO	1	2,3	1	14,3	1	16,7	1	16,7	1	12,5	2	14,3	0	0,0	3	30,0	0	0,0	10
En salle de naissance	2	4,5	0	0,0	1	16,7	2	33,3	0	0,0	1	7,1	1	16,7	1	10,0	0	0,0	8
En SSPI	5	11,4	5	71,4	4	66,7	1	16,7	1	12,5	3	21,4	1	16,7	0	0,0	0	0,0	20
Au bloc opératoire	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	10,0	0	0,0	4
En consultation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Je ne sais pas	5	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	9

*en vert : les réponses attendues

Concernant le signe essentiel au diagnostic d'un ACR :

- La valeur de p étudiant l'impact de l'AFGSU sur la prise en charge était de 0,068 ;
- La valeur de p sur l'impact de la profession sur la prise en charge était de **0,009** ;
- La valeur de p analysant l'impact de l'ancienneté sur la prise en charge était **<0,001**.

Concernant la prise en charge d'un ACR :

- La valeur de p sur l'impact de l'AFGSU sur la prise en charge était de 0,871 ;
- La valeur de p sur l'impact de la profession sur la prise en charge était de 0,519 ;
- La valeur de p sur l'impact de l'ancienneté en termes de diplôme sur la prise en charge était de 0,825.

Concernant le Défibrillateur Automatique Externe (DAE), la valeur de p étudiant l'impact de la profession sur la connaissance de sa localisation était de **0,001** ; celle étudiant l'impact de l'ancienneté à la maternité sur la connaissance de sa localisation était de 0,273.

IDENTIFICATION DES BESOINS DES REpondANTS

Les réponses concernant les besoins des professionnel·les ayant répondu sont indiqués dans le Tableau V.

Tableau V : Réponses des participants concernant la partie « Suggestions » de l'enquête menée du 12 août au 15 décembre 2024.

N=102	Sage-femme		IADE		IDE		AP/S		MGO		MAR		IGO		IAR		IMG		N	
	44		7		6		6		8		14		6		10		1		102	
Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) souhaiteriez-vous voir mise(s) en place au sein des UGO et/ou de la maternité d'Angers ?																				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Numéro d'urgence unique	22	50,0	1	14,3	1	16,7	3	50,0	3	37,5	3	21,4	3	50,0	7	70,0	1	100,0	44	43,1
Un chariot d'urgence dédié aux UGO	15	34,1	1	14,3	1	16,7	3	50,0	3	37,5	1	7,1	4	66,7	7	70,0	0	0,0	35	34,3
Formations continues aux gestes et soins d'urgences gynécologiques et obstétricales	36	81,8	6	85,7	4	66,7	6	100,0	6	75,0	11	78,6	6	100,0	3	30,0	1	100,0	79	77,5
Formations hautes fidélités pluri-professionnelles aux gestes et soins d'urgences maternelles	33	75,0	6	85,7	3	50,0	3	50,0	5	62,5	9	64,3	6	100,0	7	70,0	0	0,0	72	70,6
Aucune	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0

4,9 % (5/102) des professionnel·les ont commenté dans la case « Autre » laissé à leur disposition :

- Un·e des sages-femmes a suggéré « Bouton d'urgence »,
- Un·e des auxiliaires de puériculture ou aides soignant·es a suggéré « Formation pour mieux répondre aux violences verbales »,
- Un·e des médecins anesthésistes-réanimateurs a suggéré « Un scope portatif et pas juste le dynamap »,
- Un·e autre des médecins anesthésistes-réanimateurs a suggéré « feuille de suivi type TIPS en cours de mise en place »,
- Enfin un·e des internes en anesthésie-réanimation a énoncé « non concerné ».

DISCUSSION

PRINCIPAUX RESULTATS

Dans cette étude quantitative, prospective, descriptive, monocentrique visant à identifier pratiques actuelles des soignant·es et les axes d'amélioration éventuels pour la prise en charge des urgences vitales chez la femme au sein de l'unité des UGO du CHU d'Angers, nous avons observé plusieurs résultats principaux :

- Une majorité des répondant·es ont déjà été eu une ou plusieurs formations haute-fidélités aux gestes et soins d'urgence gynécologiques et/ou maternelles, durant leur parcours ;
- Une majorité des professionnel·les n'avaient pas connaissance des spécificités du chariot d'urgence vitale de cette unité, en particulier de l'absence de DAE ;
- La quasi-totalité des professionnel·les débutaient des compressions thoraciques en cas d'absence de respiration, mais la profession et l'ancienneté semblaient avoir un impact sur la reconnaissance de l'ACR.

Anticiper l'alerte de l'urgence vitale – Formation et organisation

La prise en charge d'une urgence vitale débute par son anticipation, par la formation des professionnel·les et par l'organisation des unités de soins.

Concernant les formations, cette étude mettait en avant que plus de 50 % des professionnel·les avaient déjà bénéficié, durant leur parcours, d'une AFGSU à jour ou d'une ou plusieurs formations haute-fidélités aux gestes et soins d'urgence gynécologiques et/ou maternelles. Néanmoins, nous avons observé qu'une majorité (68,8 %) des soignant·es, n'avait pas mis à jour leur AFGSU au-delà des 4 ans de validité et que 31,1 % (19/61) des participant·es déclaraient ne jamais avoir été titulaires de cette attestation. Ainsi, moins de 50 % des répondant·es avaient d'une attestation à jour lors de cette enquête.

Comme attendu, l'ancienneté impactait de façon significative la mise à jour et/ou l'obtention de l'AFGSU, avec un taux plus bas d'AFGSU à jour chez les professionnel·les ayant une ancienneté supérieure à 5 ans. En effet, l'AFGSU de niveau 2 n'est devenue obligatoire qu'à partir de 2010 pour l'obtention des diplômes permettant l'exercice d'une profession de santé dans la quasi-totalité des filières, et qu'à partir de 2013 pour la filière maïeutique.

Ainsi, le premier axe d'amélioration pourrait être l'obtention ou la mise à jour de l'AFGSU chez l'ensemble des professionnel·les. A cette attestation peuvent être associées des formations éventuellement plus spécifiques, dépendantes de la profession ou réalisées en interprofessionnalité, comme le préconise l'HAS.^(14,20)

En ce qui concerne l'organisation des unités de soin, cette étude a mis en avant que 11 % des professionnel·les ayant répondu avaient totalement connaissance des outils mis à leur disposition dans l'unité des UGO. En effet, alors que près de 80 % des soignant·es répondaient savoir situer le chariot d'urgence, moins de 5% connaissaient les éléments principaux de son contenu. De plus, de manière non attendue, seules 19,6% des professionnel·les ayant répondu avaient connaissance de la localisation du DAE dans cette unité. Notre étude mettait en avant que la profession avait un impact statistiquement significatif sur la connaissance du contenu de ce chariot et sur la localisation du DAE.

Le chariot d'urgence est pourtant un des éléments clés quant à la prise en charge d'une urgence vitale. En effet, sa vérification permet d'anticiper une situation d'urgence en se familiarisant avec sa forme, son contenu et sa localisation.⁽²³⁾

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces résultats. Bien que l'ensemble des professionnel·les est sensé connaître les outils disponibles, comme le recommandent l'HAS, l'article D712-80 du Code de la Santé publique (CSP) et les recommandations de 2005,^(14,20,22) seulement 20 % d'entre eux avaient déjà utilisé le chariot d'urgence mis à leur disposition. De plus, le chariot d'urgence de cette unité, mis en place spécifiquement pour permettre l'anesthésie générale des patientes en salle d'accouchement, diffère des chariots d'urgence vitale institutionnels présents dans le reste du CHU. Cette enquête semblait montrer que peu de professionnel·les, toutes professions confondues, avait connaissance de cette différence. La différence de contenu d'un chariot d'urgence, connue ou non, entre 2 unités peut avoir un impact négatif lors d'une prise en charge urgente. En cas d'ACR, le temps nécessaire pour réaliser notamment la première défibrillation pourrait ainsi être allongée. La SFAR recommande « Afin de faciliter la prise en charge du patient, un chariot contenant le matériel, les médicaments et les fluides nécessaires à la réanimation est disponible dans tous les services ou unités. [...] Il comporte une dotation minimale uniforme [...]. Son agencement est identique d'un service à l'autre. ».⁽¹⁾ En annexe 1, de ce document, apparaît la dotation minimale du chariot d'urgence où il est mentionné « Défibrillateur semi-automatique (DSA), si possible débrayable en mode manuel ».⁽¹⁾

Un autre axe d'amélioration peut être la mise en place, dans le secteur UGO ou de manière partagée avec la salle de naissance, d'un chariot d'urgence vitale conventionnel. De plus, afin de répondre aux besoins spécifiques des unités, certains services et/ou établissements, ont convenu de mettre en place un tiroir séparé contenant le matériel dont ils avaient besoin.⁽²⁴⁾ L'amélioration des connaissances des professionnel·les quant aux outils mis à leur disposition et de leur localisation, peut également être un axe d'amélioration.

Détecter et prendre en charge – Pratiques cliniques

Selon la SFAR et l'HAS, la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières repose, dans un premier temps, sur la mise en évidence de l'urgence et sur la mise en place des premiers gestes et soins d'urgence.^(1,20)

Les résultats de notre étude ont montré que dans plus de 50% des cas, la quasi-totalité des symptômes évocateurs d'un pronostic vital compromis (parmi ceux proposés dans l'enquête) était connu. De plus, environ 55 % des soignant·es savaient nous indiquer le signe essentiel attendu pour diagnostiquer un ACR, à savoir l'absence de respiration. Cette étude montrait que la profession ainsi que l'ancienneté en avaient un impact significatif sur la pose du diagnostic. Selon le Conseil Européen de Réanimation, le diagnostic d'un ACR repose, chez toute personne, sur l'absence de réponse associé à une respiration absente ou anormale.⁽²⁵⁾ Cependant, pour le personnel soignant, à l'absence de pouls carotidien peut être aussi utilisé en complément ; ceci pouvant expliquer les réponses partagées entre l'absence de respiration et l'absence de pouls carotidien pour environ 97% des répondants.

Après le diagnostic de l'urgence vitale, la·le soignant·e doit alerter ses collègues. Dans notre enquête, 100 % des soignant·es indiquaient appeler à l'aide face à une situation d'urgence, comme l'enseigne les FGSU dont l'AFGSU 2 fait partie.

Une fois l'appel à l'aide effectué, la·le soignant·e doit débiter la prise en charge en attendant les renforts. Dans notre enquête, 92,2 % (94/102) des professionnel·les interrogé·es sur la prise en charge d'un ACR décidaient, à la suite de l'appel à l'aide, de débiter des compressions thoraciques et plus de 80 % des professionnel·les avaient notion que la surélévation des jambes, pouvait permettre d'améliorer l'état

de la patiente en cas d'urgence hémorragique. Cependant, 21,6 % des soignant·es n'avaient pas connaissance des recommandations indiquées dans le protocole du Réseau Sécurité Naissance (RSN),⁽²⁶⁾ résultats auxquels nous ne nous attendions pas. La profession avait un impact significatif sur les connaissances de ces recommandations. De manière importante, on note que près 62 % des professionnel·les n'avaient pas coché qu'il fallait réaliser une latéro-déviations utérine gauche en cas de compressions thoraciques en cas d'ACR et que près de 53 % ne cochant pas « La défibrillation est possible chez la femme enceinte ».

Ces résultats renforcent l'idée qu'il est nécessaire pour l'ensemble des professionnel·les susceptibles de prendre en charge ces patientes, d'avoir et de mettre à jour leur·s formation·s à l'urgence vitale. De plus, ils soulignent l'intérêt probable de formations spécifiques, possiblement interprofessionnelles, abordant des aspects particuliers au secteur de ces urgences vitales.

Ces axes d'amélioration sont cohérents avec les réponses cochées et/ou proposées de manière libre par les répondant·es. Plus de 70 % d'entre eux exprimaient le souhait de voir mettre en place des formations continues et/ou hautes fidélités aux gestes et soins d'urgences gynécologiques et obstétricales. 43 % des soignant·es souhaitaient voir mis en place un numéro d'urgence unique alors qu'il s'agit d'une préconisation de l'HAS pour faciliter l'alerte en cas d'urgence vitale.⁽²⁰⁾ D'autres suggestions ont été proposées par le personnel comme la mise en place d'un bouton d'urgence ou encore d'un scope portatif.

FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Cette étude présente des forces et des faiblesses.

L'enquête a été réalisée de manière monocentrique au CHU d'Angers, ce qui signifie que les résultats sont spécifiques à ce centre. Bien que ce choix introduise un biais de sélection lié à ce centre, il permet de proposer des améliorations adaptées aux particularités de l'organisation du service (en termes matérielles, humaines et architecturales). Il pourrait cependant être pertinent de mener cette enquête dans d'autres centres, avec leur accord et éventuellement dans le cadre du RSN pour comparer les pratiques et voir si certains axes d'amélioration doivent être étendus à d'autres unités.

Un autre biais de sélection de cette étude était le biais de participation. En effet, bien que le taux de participation globale soit satisfaisant, il n'était pas homogène entre les différentes professions. Seules les réponses complètes ont été retenues, ce qui représentait 45 % des professionnel·les attendu·es, limitant ainsi la représentativité des pratiques de l'ensemble des soignant·es. L'enquête étant anonyme et volontaire, il est possible que ceux ayant répondu étaient davantage intéressé·es par le sujet. Un point positif est qu'un taux de réponse supérieur à 60 % a été atteint pour la plupart des catégories de soignant·es, à l'exception des aides-soignant·es ou les auxiliaires de puériculture.

Par ailleurs, notre étude était une enquête, et questionnait donc chaque professionnel·le sur ses pratiques actuelles sans que la pratique réelle ne puisse être mesurée. Ce paramètre a son importance, ce d'autant que les réponses étaient à cocher parmi un nombre limité. Ce choix permettait cependant de catégoriser de manière plus aisée les réponses. Un commentaire libre était proposé en fin de questionnaire. De plus, on peut supposer que les professionnel·les ayant répondu à ce sujet aient pu, tout au long du questionnaire, se questionner sur leurs pratiques actuelles et sur les axes d'amélioration éventuels quant à leurs prises en charge. Il est possible, par la suite, certain·es aient souhaité mettre à jour leurs connaissances. Plusieurs liens, en fin de questionnaire, avaient été laissés concernant les recommandations sur la prise en charge des urgences vitales.

CONCLUSION

Dans cette enquête portant sur la reconnaissance et la prise en charge d'une urgence vitale chez la femme par les professionnel·les de santé exerçant dans l'unité des UGO du CHU d'Angers, nous avons obtenu les réponses complètes de 102 professionnel·les parmi les sages-femmes, médecins en gynécologie-obstétriques et anesthésie-réanimation, IDE et IADE, et aides-soignant·es et auxiliaires de puériculture.

Plusieurs résultats ressortent particulièrement de cette enquête. Concernant la formation, 60 % des répondant·es disaient avoir déjà participé à au moins une formation aux urgences vitales, mais que celle-ci n'avait pas été mise à jour pour la majorité d'entre eux.

Concernant l'anticipation de l'urgence vitale, nous observions qu'une majorité de professionnel·les n'avait pas connaissance des spécificités du chariot d'urgence de l'unité et de l'emplacement du défibrillateur sur ce secteur.

Enfin, concernant la prise en charge initiale de l'urgence vitale en elle-même, nous observions que la quasi-totalité des professionnel·les savaient qu'il fallait débiter les compressions thoraciques en cas d'absence de respiration, et que la profession ainsi que l'ancienneté avait un impact sur la connaissance des gestes à réaliser.

Ainsi, cette étude a permis de mettre en avant plusieurs axes d'amélioration possibles, en particulier le renforcement de la formation continue à l'urgence vitale des professionnel·les, par exemple par la mise à jour de l'AFGSU ou par la participation à des formations interprofessionnelles ; mais aussi l'uniformisation des chariots d'urgence et la mise en place d'outils facilitant la connaissance ou l'identification rapide de dispositifs d'urgence tels que le défibrillateur.

Les résultats de cette enquête monocentrique ne pouvaient pas s'appliquer à d'autres centres en raison des organisations et architectures différentes selon les services. Cependant, elle pourrait servir de base à une enquête plus large auprès d'autres établissements afin d'identifier des éléments communs d'amélioration possible de la prise en charge de l'urgence vitale chez les patientes prises en charge en gynécologie-obstétrique.

ANNEXES

ANNEXE 1 [QUESTIONNAIRE]

Caractéristiques

Quelle profession exercez-vous ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Sage-femme
- ☐ IADE
- ☐ IDE exerçant aux UGO et/ou en SSPI
- ☐ Auxiliaire de puériculture et aide-soignant.e.
- ☐ Médecin : gynécologue-obstétricien
- ☐ Médecin : anesthésiste-réanimateur
- ☐ Interne : gynécologue-obstétricien
- ☐ Interne : anesthésiste-réanimateur
- ☐ Interne : en médecine générale

Depuis quand êtes-vous diplômé.e ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Sage-femme' ou 'IADE' ou 'IDE exerçant aux UGO et/ou en SSPI' ou 'Médecin : anesthésiste-réanimateur' ou 'Médecin : gynécologue-obstétricien' ou 'Auxiliaire de puériculture. et aide-soignant.e.' à la question ' [Q01]' (Quelle profession exercez-vous ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ < 5 ans
- ☐ 5 - 10 ans
- ☐ > 10 ans

Depuis quand exercez-vous au sein de la maternité d'Angers ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ < 6 mois
- ☐ 6 mois - 5 ans
- ☐ 5 - 10 ans
- ☐ > 10 ans

Anticiper l'alerte

En plus de votre diplôme, disposez-vous d'un(e) des diplômes ou attestations suivant(e)s ? *
Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui A JOUR	Oui NON A JOUR	Non
AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) <i>Valide 4 ans</i>	☐	☐	☐
PSC 1 ou PSC 2 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1 ou 2) <i>Valide 3 ans</i>	☐	☐	☐
PSE 1 ou PSE 2 (Premier Secours en Equipe) <i>PSE 1 valide 1 an // PSE 2 valide 5 ans</i>	☐	☐	☐
AFPS (Attestation de Formation au Premier Secours) <i>Pas d'expiration</i>	☐	☐	☐
STT (Sauveteur Secouriste du Travail) <i>Valide 2 ans</i>	☐	☐	☐

Depuis votre diplôme, avez-vous eu accès à une (des) formation(s) continue(s) aux gestes et soins d'urgences gynécologiques et/ou maternelles ? *Exemple : AFGSU, simulations hautes fidélités, ...* *
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Parmi les propositions suivantes, lequel (lesquels) de ces outils est (sont), selon vous, présent(s) au sein du service des UGO : *

Plusieurs réponses sont possibles.
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Chariot d'urgence
☐ Algorithmes des prises en charge des différentes urgences vitales chez la femme enceinte
☐ Mallette d'urgence
☐ Fiche outil "SAED"
☐ Numéro(s) d'urgence

Concernant le chariot d'urgence, si vous en avez besoin aux UGO, savez-vous où aller le chercher ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Concernant le chariot d'urgence, son lieu de stockage vous semble-t-il adapté pour les UGO ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question ' [Q07]' (Concernant le chariot d'urgence, si vous en avez besoin aux UGO, savez-vous où aller le chercher ?)
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Concernant le chariot d'urgence, selon vous, qui vérifie sa composition ? *

Plusieurs réponses sont possibles.

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Médecin gynécologue-obstétricien
- ☐ Médecin anesthésiste-réanimateur
- ☐ Interne en gynécologie-obstétrique
- ☐ Interne en anesthésie-réanimation
- ☐ Interne en médecine générale
- ☐ Sage-femme
- ☐ IADE
- ☐ IDE exerçant aux UGO ou en SSPI
- ☐ Auxiliaire de puériculture / Aide soignant.e

Concernant le chariot d'urgence, selon vous, à quelle fréquence est-il vérifié ? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ 1 fois par semaine
- ☐ Tous les 15 jours
- ☐ 1 fois par mois
- ☐ Après chaque utilisation
- ☐ Je ne sais pas

Concernant le chariot d'urgence, avez-vous déjà eu l'occasion de voir ce qu'il contenait ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Concernant le chariot d'urgence, avez-vous déjà eu l'occasion de l'utiliser ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

L'ayant déjà utilisé, le trouvez-vous facile à l'emploi ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [Q12]' (Concernant le chariot d'urgence, avez-vous déjà eu l'occasion de l'utiliser ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Concernant le chariot d'urgence, selon vous de quoi est-il composé ? *

Plusieurs réponses sont possibles.

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Scope
- ☐ Planche à masser
- ☐ BAVU
- ☐ Bouteille d'oxygène
- ☐ Matériel et médicaments d'intubation (exemples: plateau d'intubation, canules de Guedel, propofol, célocurine ...)
- ☐ Médicaments d'urgences (exemples: adrénaline, atropine, ...)
- ☐ DAE (Défibrillateur Automatisé Externe)
- ☐ Kit accouchement
- ☐ Kit bilan sanguin
- ☐ Je ne sais pas

Détecter et prendre en charge

Avez-vous déjà été témoin d'une des situations suivantes **au sein des UGO d'Angers** ? * *Les situations présentées ci-dessous sont des situations mettant en jeu le pronostic vital de la patiente.*

Plusieurs réponses sont possibles.

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Urgence hémodynamique (exemples: Hémorragie sévère, GEU rompue ...)
- ☐ Urgence respiratoire (exemples: crise d'asthme aiguë grave ...)
- ☐ Urgence neurologique (exemples : coma ...)
- ☐ Urgence métabolique (exemples : intoxication médicamenteuse, hyperkaliémie ---)
- ☐ Arrêt cardio-respiratoire
- ☐ Non

Parmi les propositions suivantes, concernant la reconnaissance d'une urgence vitale, lequel (lesquels) de ces symptômes doit (doivent) vous faire penser que le pronostic vital de la patiente peut être engagé ? *

Plusieurs réponses sont possibles.

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Confusion, désorientation, incohérence
- ☐ Difficultés respiratoires soudaines
- ☐ Douleurs abdominales aiguës et soudaines
- ☐ Vomissements ou diarrhées sévères ou persistants
- ☐ Saignements sévères
- ☐ Douleurs thoraciques aiguës
- ☐ Perte de connaissance à répétition
- ☐ Pâleur/Sueurs
- ☐ Je ne sais pas

Parmi les propositions suivantes, concernant la prise en charge d'un **arrêt cardio-respiratoire chez une femme enceinte**, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Devant un ACR > à 4 minutes, les recommandations sont de faire une césarienne sur place au-delà de 20 SA
- ☐ Lors d'une réanimation cardio-pulmonaire, il est conseillé de faire une ~~latéro~~-déviation utérine vers la gauche
- ☐ La défibrillation est possible chez la femme enceinte
- ☐ Je ne sais pas

Parmi les propositions suivantes, concernant la prise en charge d'une **urgence hémorragique**, quelle position permet d'améliorer l'état de la patiente ? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ PLS
- ☐ Décubitus dorsal
- ☐ Décubitus dorsal avec jambes surélevées
- ☐ Je ne sais pas

Cas clinique 1

Dimanche, 23h, la maternité est pleine, vos collègues sont ~~tout~~^{toutes} occupé.es. Mme Z appelle à la sonnette. Vous ne la connaissez pas, vous n'avez pas vu son dossier, mais vous êtes la seule personne à être disponible pour répondre à son appel.

A votre arrivée dans la salle, vous retrouvez Mme Z, paniquée, avec des plaques rouges, ne pouvant pas parler, qui vous fait signe qu'elle n'arrive pas à respirer.

Que faites-vous ? *

Plusieurs réponses sont possibles.

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ J'appelle à l'aide
- ☐ Je réinstalle la patiente
- ☐ J'essaie d'en savoir plus

Vous avez décidé d'appeler à l'aide. Par quel outil passez-vous dans un premier temps ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse contenait 'J'appelle à l'aide' à la question ' [Q19]' (Que faites-vous ? Plusieurs réponses sont possibles.)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Sonnette
- ☐ Bip de garde/téléphone de l'hôpital
- ☐ J'ouvre la porte et je sollicite de l'aide

Cas clinique 2

Vous êtes actuellement aux UGO pour une patiente. Vous voyez dans le hall d'accueil des UGO une femme enceinte, seule, qui a du mal à se déplacer. Vous vous rapprochez de la vitre pour voir un peu mieux. Celle-ci a du mal à respirer, parler et perd connaissance. Vous décidez d'aller la voir.

Parmi les signes suivants, lequel est essentiel pour diagnostiquer un arrêt cardiaque ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ L'absence de réponse ordres simples
- ☐ L'absence de respiration
- ☐ L'absence de pouls carotidien

La patiente ne respire pas. Que faites-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ J'appelle à l'aide et je la mets en PLS
- ☐ J'appelle à l'aide et je débute des compressions thoraciques

Vous avez débuté la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire avec le reste de l'équipe dans le hall des UGO.

Vous souhaitez utiliser un DAE (Défibrillateur Automatisé Externe), où allez-vous le chercher ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Dans le chariot d'urgence
- ☐ Aux UGO
- ☐ En salle de naissance
- ☐ En SSPI
- ☐ Au bloc opératoire
- ☐ En consultation
- ☐ Je ne sais pas

Suggestions

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) souhaiteriez-vous voir mise(s) en place au sein des UGO et/ou de la maternité d'Angers ? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Numéro d'urgence vitale unique
- ☐ Un chariot d'urgence dédiée aux UGO
- ☐ Formations continues aux gestes et soins d'urgences gynécologiques et obstétricales
- ☐ Formations hautes fidélités pluri professionnelles aux gestes et soins d'urgences maternelles
- ☐ Aucune
- ☐ Autre:

Merci pour votre participation.

Voici quelques liens reprenant la reconnaissance et la gestion des urgences vitales en milieu hospitalier :

- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_14_outil_saed_.pdf
- <https://web.stanford.edu/dept/anesthesia/em/sem-french3.1print.pdf>
- Sur ENOV: Check-list de vérification du matériel du chariot urgences vitales des services de soins conventionnels et d'imagerie médicale (FO-0105 ou DO-0979)
- <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/AC-ACR-Maternel-CAMR-CARO-2022.pdf>

ANNEXE 2 [AFFICHE]

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE DE SAGE-FEMME

RECONNAISSANCE ET PRISE EN CHARGE D'UNE URGENCE VITALE :

UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT AUX URGENCES GYNÉCOLOGIQUES-OBSTÉTRICALES DU CHU D'ANGERS



VOUS ÊTES :

- Sage-femme
- IADE / IDE exerçant aux UGO/SDN et/ou SSPI
- Auxiliaire puéricult.eur.rice / Aide soignant.e
- Médecins : gynécologue-obstétricien ou anesthésiste-réanimateur
- Internes : gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur ou en médecine générale

ET VOUS AVEZ 10 MINUTES DEVANT VOUS ?

SCAN ME...



*Temps de réponses:
10 minutes MAXIMUM !*

Fin de sondage le : 15 décembre 2024

ANNEXE 3 [LETTRE D'INFORMATION]

Bonjour,

Je m'appelle Lucille BESNARD, je suis actuellement étudiante sage-femme à l'école d'Angers.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête auprès des professionnel·les de santé amenés à intervenir aux urgences gynécologiques et obstétricales (secteur « UGO ») du CHU d'Angers.

Cette enquête a pour objectif d'étudier la gestion des urgences vitales gynécologiques et maternelles au sein d'une unité d'urgences gynécologiques et obstétricales (en termes de pratiques cliniques, d'organisation et de formation).

Elle s'adresse aux professionnel·les suivants (uniquement ceux amenés à travailler aux UGO) :

- Sages-femmes
- IADE, IDE exerçant aux UGO et/ou en SSPI
- Auxiliaires de puériculture et aide-soignant·es
- Médecins : gynécologue-obstétricien et anesthésiste-réanimateur
- Internes : gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur ou en médecine générale

Ce questionnaire est anonyme, composé de 20 à 24 questions (nombre variable selon les réponses données), toutes obligatoires. La durée pour répondre à l'ensemble des questions est d'environ 10 minutes.

Je réalise mon mémoire sous la direction du Pr Emmanuel RINEAU (médecin anesthésiste-réanimateur) et le questionnaire a été relu et validé par le Pr Guillaume LEGENDRE ainsi que par la Sage-femme Coordinatrice de l'unité Isabelle ANDRÉ.

Je vous remercie par avance pour votre participation à cette enquête.

ANNEXE 3 [MAIL DE DIFFUSION]

Bonjour,

Je m'appelle Lucille BESNARD, je suis actuellement étudiante sage-femme à l'école d'Angers.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête auprès des professionnel·les de santé amenés à intervenir aux urgences gynécologiques et obstétricales (secteur « UGO ») du CHU d'Angers.

Mon mémoire, intitulé « **Reconnaissance et prise en charge initiale d'une urgence vitale : une enquête auprès des professionnel·les de santé exerçant aux urgences gynécologiques et obstétricales du CHU d'Angers** », a pour objectif d'étudier la gestion des urgences vitales gynécologiques et maternelles au sein d'une unité d'urgences gynécologiques et obstétricales (en termes de pratiques cliniques, d'organisation et de formation).

Il s'adresse aux professionnel·les suivants (uniquement ceux amenés à travailler aux UGO) :

- Sages-femmes
- IADE, IDE exerçant aux UGO et/ou en SSPI

- Auxiliaires de puériculture et aide-soignantes
- Médecins : gynécologue-obstétricien et anesthésiste-réanimateur
- Internes : gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur ou en médecine générale

Ce questionnaire est anonyme, composé de 20 à 24 questions (nombre variable selon les réponses données), toutes obligatoires. La durée pour répondre à l'ensemble des questions est d'environ 10 minutes.

Je réalise mon mémoire sous la direction du Pr Emmanuel RINEAU (médecin anesthésiste-réanimateur) et le questionnaire a été relu et validé par le Pr Guillaume LEGENDRE ainsi que par la Sage-femme Coordinatrice de l'unité Isabelle ANDRÉ.

Je vous remercie par avance pour votre participation à cette enquête.

Voici le lien : <https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/193551?lang=fr>

--

BESNARD Lucille
Etudiante sage-femme en cinquième année,
Université d'Angers.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières. Réanimation. déc 2005;14(8):671-9.
- 2.SFAR, Brethes, A., & Thicoïpé, M. (2007). Prendre en charge les urgences vitales à l'hôpital. Dans sofia.medicaliste.fr. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Prendre_les_urgences_vitales_en_charge_a_l_hopital.pdf
- 3.Médecine CDE. Médecine intensive, réanimation, urgences et défaillances viscérales aiguës : Réussir son DFASM - Connaissances clés. Item 328 - Elsevier Health Sciences ; 2021.
- 4.Procter LD. Choc [Internet]. Edition professionnelle du Manuel MSD. 2023. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/r%C3%A9animation/choc-et-restauration-vol%C3%A9mique/choc>
- 5.Collégiale Nationale des Universitaires de Médecine d'Urgence, Collège National de Thérapeutique. Urgences et défaillances viscérales aiguës. 2015;21-33.
- 6.Facon L. L'auxiliaire ambulancier : Manuel de formation théorique et pratique [Internet]. 3^e éd. S-Editions, éditeur. SETES. S-Editions ; 2013. Disponible sur : http://www.editions-setes.com/extraits_pdf/E9791091515160-1-urgencesvitales.pdf
- 7.Haute Autorité de Santé [HAS]. (2023). ÉVALUATION DE LA MAÎTRISE DES RISQUES ET DE LA DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION : Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement (3.6-05) selon le référentiel de certification. Dans HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf
- 8.Infirmiers.com [Internet]. AFGSU - 3 - Les urgences vitales : obstruction des voies aériennes, hémorragie, inconscience. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/afgsu-3-les-urgences-vitales-obstruction-des-voies-aeriennes-hemorragie-inconscience>
- 9.Bruyère M. Prise en charge d'un état de choc en cours de grossesse. Pratique en Anesthésie Réanimation. 1 févr 2022;26(1):28-35.
- 10.World Health Organization : WHO. Mortalité maternelle [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#>
- 11.Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018.
12. Gouez AL, Fischer-Tibi C. Infections en obstétrique : un nouveau challenge ? Association des Mises Au Point en Anesthésie-Réanimation (MAPAR). 30^e MAPAR. Second programme. Palais des Congrès de Paris, Porte de Maillot 15 juin 2012. [Internet]. [Cité 15 juin 2012] ; Disponible sur : <https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/ikl2fp52/Infections%20en%20obst%C3%A9trique%20:%20un%20nouveau%20challenge%20%3F.pdf>
- 13.Organisation mondiale de la Santé, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients édition multiprofessionnelle [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2015. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pedagogique_securite_des_patients_-_introduction.pdf
- 14.Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
- 15.MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE & MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. (2010). Attestation de formation aux

gestes et soins d'Urgence (AFGSU). Dans *sante.gouv.fr* (Circulaire DGOS/DGS/RH1/MC no 2010-173). Consulté le 8 mai 2010, à l'adresse https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-06/ste_20100006_0100_0102.pdf

16. Arrêté du 30 janvier 2013 relatif à la formation aux gestes et soins d'urgence au cours des études en sciences médicales.

17. Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

18. Jaffrelot M, Boet S, Di Cioccio A, Michinov E, Chiniara G. Simulation et gestion de crise. *Réanimation*. nov 2013;22(6):569-76.

19. Haute Autorité de Santé (HAS). (2014, octobre). Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_14_outil_saed_.pdf

20. Haute Autorité de Santé (HAS). Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf

21. Ducloy-Bouthors AS, Tourres J, Malinovsky JM. Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale. *Anesth Réanimation*. juin 2016;2(3):206-12.

22. Article D712-80 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 10 janv 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006691989/2025-01-09

23. Stanford anesthesia Cognitive Aid Group. Manuel d'urgence : AIDES COGNITIVES POUR SITUATIONS CRITIQUES PÉRIOPÉRATOIRES [Internet]. Vol. 3, sfar.org. 2016. Disponible sur : https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/09/20170214-Stanford-Emergency-Manual_V3_FR_DigitalVersion.pdf

24. Glaziou C. ÉTAT DES LIEUX DES CHARIOTS D'URGENCE DES SERVICES DE SOINS DU CHU DE POITIERS [Internet] [Mémoire professionnel en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste]. Poitiers ; 2018. Disponible sur : <https://www.chu-poitiers.fr/specialites/formation-infirmier-anesthesiste/wp-content/uploads/sites/49/2019/12/2018-GLAZIOU-Camille-Chariots-durgence-1.pdf>

25. Perkins GD, Gräsner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*. avr 2021;161:1-60.

26. Réseau Sécurité Naissance. Réalisation des césariennes Code rouge : indications et organisations [Internet]. *reseau-naissance.fr*. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2019/12/Realisation-dun-protocole-Code-Rouge-pour-les-cesariennes-.pdf>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude « Reconnaissance et prise en charge d'une urgence vitale : une enquête auprès des professionnel·les de santé exerçant aux urgences gynécologiques -obstétricales du CHU d'Angers » menée du 12 août au 15 décembre 2024.....	13
--	----

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population de l’enquête menée du 12 août au 15 décembre. 14

Tableau II : Réponses des participant·es concernant la partie « Anticiper l’alerte » via les formations et attestations, mais aussi via les matériels mis à disposition de la population de l’enquête menée du 12 août au 15 décembre 2024. 15

Tableau III : Réponses des participant·es concernant la partie « Reconnaissance et prise en charge d’une urgence vitale » de l’enquête menée du 12 août au 15 décembre 2024..... 17

Tableau IV : : Réponses des participants concernant la partie « Cas cliniques » de l’enquête menée du 12 août au 15 décembre 2024..... 18

Tableau V : Réponses des participants concernant la partie « Suggestions » de l’enquête menée du 12 août au 15 décembre 2024..... 19

TABLE DES MATIERES

Avertissement	2
Engagement de non-plagiat	3
Remerciements	4
Liste des abréviations	5
Sommaire	7
Introduction	9
Matériel et méthode	11
Schéma de l'étude.....	11
Matériel	11
Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion	11
Méthode	11
Outils utilisés.....	11
Recueil de données	12
Analyse des données	12
Résultats.....	13
Diagramme de flux.....	13
Caractéristiques de la population.....	14
Étude et analyse de la gestion des urgences vitales	14
Anticiper l'alerte de l'urgence vitale	14
Détecter et prendre en charge	17
Identification des besoins des répondants.....	19
Discussion.....	21
Principaux résultats	21
Forces et faiblesses de l'étude.....	23
Conclusion	25
Annexes.....	26
Annexe 1 [Questionnaire].....	26
Annexe 2 [AFFICHE]	31
Annexe 3 [Lettre d'information]	32
Annexe 3 [Mail de diffusion]	32
Bibliographie	35
Table des illustrations	37
Table des tableaux	37
Table des matières	38
Résumé	40
Abstract.....	40
Résumé	40

RESUME

Titre : Reconnaissance et prise en charge initiale d'une urgence vitale : une enquête auprès des professionnel·les de santé exerçant aux urgences gynécologiques et obstétriques du CHU d'Angers.

Introduction : Les urgences vitales requièrent une reconnaissance rapide et une prise en charge immédiate afin d'éviter des séquelles graves ou le décès. Les professionnel·les de santé exerçant aux urgences gynécologiques et obstétriques (UGO) peuvent être amenés à prendre en charge ces urgences. L'objectif de cette enquête était d'étudier et d'analyser la gestion des urgences vitales (en termes de formation, d'organisation et de pratique clinique) par ces professionnel·les.

Matériel et méthode : Étude quantitative, prospective, descriptive et monocentrique réalisée auprès des professionnel·les exerçant aux UGO du CHU d'Angers via un questionnaire accessible entre août et décembre 2024. Les professionnel·les interrogés étaient : sages-femmes, infirmier·ères anesthésistes Diplômé·es d'État, infirmier·ères Diplômé·es d'État exerçant aux UGO et/ou en SSPI, auxiliaires de puériculture ou aides-soignant·es, médecins gynécologues-obstétriciens ou anesthésistes-réanimateurs, internes en gynécologie-obstétrique ou en anesthésie-réanimation ou en médecine générales.

Résultats : Le taux de participation s'élevait à 68,1 % (154/226) avec un taux de réponses complètes à 45,1 % (102/226). 67,6 % des soignant·es avaient reçu au cours de sa carrière une ou plusieurs formations aux gestes et soins d'urgence en gynécologies et/ou maternelles et 40,2 % avaient d'une attestation de formation aux gestes et soins d'urgence à jour. La reconnaissance et la prise en charge initiale des urgences vitales, en particulier l'indication à des compressions thoraciques en l'absence de respiration chez une femme inconsciente, était globalement connue par la majorité des professionnel·les. Cependant, une majorité des professionnel·les interrogés n'avaient pas connaissance des spécificités du chariot d'urgence de cette unité et de l'emplacement du défibrillateur le plus proche.

Conclusion : Cette étude monocentrique a permis d'étudier et d'analyser, par une enquête, la gestion initiale des urgences vitales par les soignant·es exerçant aux UGO du CHU d'Angers et de mettre en avant différents axes d'améliorations, en particulier la formation continue et les connaissances de l'organisation spécifiques du service.

Mots-clefs : prise en charge, urgence vitale, gynécologie-obstétrique, professionnel·les de santé, CHU Angers

ABSTRACT

Title: Recognition and initial management of a life-threatening emergency: a survey of healthcare professionals working in gynaecological and obstetric emergencies at Angers University Hospital.

Introduction: Life-threatening emergencies require rapid recognition and immediate care to avoid serious after-effects or death. Healthcare professionals working in gynaecological and obstetric emergency departments may be called upon to manage such emergencies. The aim of this survey was to study and analyse the management of life-threatening emergencies (in terms of training, organisation and clinical practice) by these professionals.

Materials and Methods: Quantitative, prospective, descriptive, single-centre study of professionals working in gynaecological and obstetric emergencies at the Angers University Hospital Centre, using a questionnaire available from August to December 2024. The professionals questioned were midwives, state-qualified anaesthetist nurses and state-qualified nurses working in gynaecological and obstetric emergencies and/or in the post-anaesthesia care unit, nursery auxiliaries and care assistants, gynaecologist-obstetricians or anaesthetists-intensivists, and residents in gynaecology-obstetrics, anaesthesia and intensive care or general medicine interns.

Results: The participation rate was 68.1 % (154/226) with a complete response rate of 45.1 % (102/226). 67.6 % of carers had received one or more courses in gynaecological and/or maternal emergency care during their career, and 40.2 % had an up-to-date certificate of training in emergency care. The recognition and initial management of life-threatening emergencies, particularly the indication for chest compressions in case of unconsciousness and absence of breathing in a woman, was known by the majority of healthcare professionals. However, most of the respondent were unaware of specific contents of the emergency cart in this unit or the location of the nearest defibrillator.

Most professionals were generally familiar with the recognition and management of life-threatening emergencies in women.

In some cases, their profession or seniority had an impact on this recognition and management.

Conclusion: This single-centre study studied and analysed through a survey the initial management of life-threatening emergencies by healthcare professionals working in gynaecological and obstetric emergencies at Angers University Hospital and highlighted various areas for improvement, particularly in ongoing training and knowledge of the specific organization within the department.

Key words: management, life-threatening emergency, gynaecology-obstetrics, healthcare professionals, Angers University