

Mise au point sur la réanimation néonatale dans l'asphyxie à la naissance

À l'échelon mondial, près d'un quart de tous les décès néonataux sont dus à une asphyxie à la naissance (OMS, 2012). Une bonne partie de ces décès pourrait être évitée grâce à une réanimation néonatale efficace. Avec un ballon (ou insufflateur manuel ou BAVU) et un masque de ventilation néonataux, du matériel d'aspiration et un mannequin d'entraînement, la réanimation du nouveau-né peut être efficace dans des situations qui auraient abouti à un décès, soit environ 30 % des bébés nés à terme et de 5 à 10 % des naissances prématurées (Every Woman Every Child, 2012). Malgré tout, de nombreux milieux défavorisés ne disposent pas de cet équipement de base, qui a été considéré par la Commission sur les produits d'urgence pour les femmes et les enfants des Nations Unies (Commission on Life-Saving Commodities for Women's and Children's Health) comme l'un des 13 produits qui, s'ils étaient plus largement accessibles et mieux utilisés, pourraient sauver la vie de plus de six millions de femmes et d'enfants dans le monde.

Les principales données probantes actuelles ont été analysées et synthétisées, afin de comprendre les moteurs sociaux et comportementaux de la demande et de l'utilisation du matériel de réanimation, d'examiner les pratiques efficaces de mise en place de programmes de création de demande et d'informer sur les programmations à venir. L'examen de la littérature a permis d'identifier quatre articles publiés dans des journaux approuvés par des pairs, qui présentaient des données probantes obtenues au Sénégal, au Pakistan, au Kenya et au Malawi et liées aux attitudes, connaissances, compétences et pratiques des prestataires de soins en matière de réanimation néonatale.

Moteur sociaux et comportementaux

L'absence de protocoles clairs de réanimation néonatale destinés aux prestataires de soins représente un obstacle majeur à l'harmonisation des gestes de réanimation. La recherche qualitative conduite dans un centre hospitalier urbain au Malawi a mis en lumière quatre thèmes dominants : (1) les infirmiers/sage-femmes étaient très expérimentés et confiants dans leur aptitude à traiter des problèmes graves d'asphyxie néonatale ; (2) le manque de ressources, notamment de protocoles, était très frustrant ; (3) la forte conviction que les infirmiers/sage-femmes étaient capables d'instituer et d'assurer des programmes de réanimation néonatale de base ; (4) la confiance que des solutions à court et long terme

pouvaient être mises en place. Toutefois, les prestataires de soins indiquaient qu'ils ne se sentaient pas capables de lancer la procédure sur les bébés susceptibles de ne pas répondre ou qui nécessiteraient plus de cinq minutes de réanimation. Les infirmiers/sage-femmes craignaient également de ne pas savoir à quel moment arrêter la réanimation et de se voir accusés de l'arrêter trop vite. Ils devaient souvent décider de soigner soit l'enfant, soit la mère et l'enfant, soit encore une autre mère ou un autre enfant, ce qui les obligeait souvent à accorder la priorité à la mère. Bien que les résultats ne concernent qu'un seul hôpital, ils reflètent le manque global de protocoles et de formation, de dilemmes moraux concernant les « soins futiles » et d'identification des nouveau-nés qui ne devraient pas être réanimés (Bream, Gennaro, Kafulafula, Mbweza, & Hehir, 2005).

Une étude conduite au Kenya a montré que les protocoles de réanimation devraient être développés par une équipe multidisciplinaire au sein de l'hôpital et ne devraient pas être uniquement destinés aux salles de travail, dans la mesure où les nouveau-nés risquent de devoir être réanimés n'importe où



© 2003 Amy Metzger/CCIH, avec l'aimable autorisation de Photoshare

dans l'établissement (Opiyo et al., 2008). L'étude a également révélé que la confusion qui régnait quant à l'identification de l'équipe ou de la fonction des personnes ayant la responsabilité d'instituer la réanimation néonatale créait des obstacles au succès de la réanimation, qui auraient pu être évités.

Interventions pour générer de la demande

Les données probantes disponibles sur la création de demande de réanimation néonatale étaient limitées, tant pour le public que pour les prestataires de soins. Les données disponibles s'intéressaient surtout

aux accoucheuses expérimentées des structures sanitaires, considérées comme le principal public visé pour la création de demande de matériel de réanimation néonatale.

Des études menées au Kenya et au Pakistan se sont intéressées à la formation des prestataires de soins qui utilisaient la technique ABC (acronymes anglais pour « Airway » [libération des voies aériennes], « Breathing » [ventilation artificielle] et « Circulation » [assurer la circulation du sang par un massage cardiaque externe]) de réanimation. Au Kenya, la proportion de mesures de réanimation initiales adéquates était plus élevée chez les prestataires de soins qualifiés que dans le groupe de contrôle (Opiyo et al., 2008). Au Pakistan, 90 % des personnes interrogées qui avaient reçu une formation, indiquaient qu'elles utilisaient les compétences acquises et la technique ABC structurée pour la prise en charge médicale des urgences (Zaeem-ul-Haq et al., 2009). Les participants des deux études ont également signalé des obstacles à la réanimation néonatale, tels que la nécessité de politiques, d'une formation continue, le manque de matériel et de soutien à de plus hauts niveaux.

Au niveau communautaire, les comités associant communautés et structures sanitaires, qui peuvent exister dans certains pays comme le Sénégal, peuvent représenter un public cible important pour la création de demande. Les gouvernements encourageant les naissances dans des structures sanitaires, ces comités peuvent jouer un rôle particulièrement important en apportant leur soutien aux structures périphériques. Les autres publics visés peuvent être des agents de santé communautaires expérimentés, tels que des sage-femmes ou des auxiliaires de puériculture communautaires.

Conclusions et recommandations

Les résultats présentés ici sont limités et ne peuvent être généralisés, car le nombre d'études conduites sur les attitudes, connaissances et comportements des prestataires de soins à l'égard de l'utilisation du matériel de réanimation néonatale est insuffisant. Aucun article étudiant les connaissances individuelles et communautaires sur la disponibilité de la réanimation néonatale n'a été retrouvé. En outre,

aucune information n'était disponible sur les connaissances et les compétences des accoucheuses en matière de réanimation des nouveau-nés. En revanche, les quatre études mettaient en évidence certains freins à l'utilisation de la réanimation néonatale. Les recommandations pour lever ces obstacles sont les suivantes : (1) adopter une approche pluridisciplinaire standard de la réanimation néonatale, qui prévoit de continuellement réévaluer les compétences des prestataires de soins ; (2) développer des connaissances techniques à divers niveaux ; (3) élaborer des directives et protocoles locaux.

Pour lire le rapport complet, visitez le site

<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/evidence-synthesis/> (en anglais).

Pour accéder aux outils et aux ressources sur la création de demande de produits d'urgence,

visitez le site <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/> (en anglais).

Références

Bream, K. D. W., Gennaro, S., Kafulafula, U., Mbweza, E., & Hehir, D. (2005). Barriers to and facilitators for newborn resuscitation in Malawi, Africa. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), 329-334.

Every Woman Every Child. (2012). Newborn resuscitation devices: Product profile. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/309-newborn-resuscitation-devices--product-profile->

Opiyo, N., Were, F., Govedi, F., Fegan, G., Wasunna, A., & English, M. (2008). Effect of newborn resuscitation training on health worker practices in Pumwani hospital, Kenya. *PLoS One*, 3(2), e1599.

World Health Organization (WHO). (2012). Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva, Switzerland: WHO.

Zaeem-ul-Haq, Qureshi, F., Hafeez, A., Zafar, S., Mohamud, B. K., & Southall, D. P. (2009). Evidence for improvement in the quality of care given during emergencies in pregnancy, infancy and childhood following training in life-saving skills: A postal survey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 59(1), 22-26.

