Données personnelles:

1* Profession:

- [ ] Sage-femme
- [ ] Gynécologue
- [ ] Néonatologue
- [ ] Pédiatre

2* Année de naissance:

3* Nombre d'années d'expérience:

- [ ] <5
- [ ] 5-10
- [ ] >10

4* Genre:

- [ ] Féminin
- [ ] Masculin

5* Origine (pays):

6* Confession:

7* Nombre de participations à un consilium pour menace d'accouchement prématuré par an (sur la base de cette dernière année):

- [ ] <5
- [ ] 5-10
- [ ] 10-20
- [ ] >20

Facteurs pronostics pour l'enfant et risques de séquelles :

8 Selon vous, quel est le risque de mortalité selon l'âge gestationnel à la naissance? Sélectionnez l'intervalle de pourcentage qui, selon vous, s'approche le plus aux données statistiques:

	1-25%	25-50%	50-75%	75-100%
22 0/7 - 22 6/7:	☐	☐	☐	☐
23 0/7 - 23 6/7:	☐	☐	☐	☐
24 0/7 - 24 6/7:	☐	☐	☐	☐
25 0/7 - 25 6/7:	☐	☐	☐	☐

9 Selon vous, quel est le risque de séquelles neurosensorielles sévères (cécité, surdité, IMC, déficience mentale sévère, ...) selon l'âge gestationnel à la naissance? Sélectionnez l'intervalle de pourcentage qui, selon vous, s'approche le plus aux données statistiques:

	1-25%	25-50%	50-75%	75-100%
22 0/7 - 22 6/7:	☐	☐	☐	☐
23 0/7 - 23 6/7:	☐	☐	☐	☐
24 0/7 - 24 6/7:	☐	☐	☐	☐
25 0/7 - 25 6/7:	☐	☐	☐	☐

10 Quels sont les séquelles d'une naissance prématurée et des soins nécessaires que vous considérez comme étant "NON acceptables"?

- ☐ Malvoyance
- ☐ Cécité
- ☐ Surdité partielle (nécessitant implants cochléaires)
- ☐ Surdité complète (n'entendent pas et communiquent par la langue des signes)
- ☐ Déficience mentale légère (QI < 70, difficulté scolaire)
- ☐ Déficience mentale modéré (QI < 55, langage asyntaxique et scolarisation impossible)
- ☐ Déficience mentale sévère (QI < 40, retard massif de toutes les acquisitions)
- ☐ Handicap moteur légère (tremblement de repos, certains troubles sensitifs isolés)
- ☐ Handicap moteur modéré (trouble de l'équilibre et incoordination, nécessitant béquilles)
- ☐ Handicap moteur sévère (para ou tétraplégie complète, nécessitant fauteuil roulant)

Autres séquelles (réponse courte, acceptable oui ou non):

Implication de chacun des groupes professionnels intervenant et responsabilité dans l'entretien:

11 Dans le cadre d'une consilium pour menace d'accouchement prématuré à la limite de la viabilité, à votre avis, qui devrait être impliqué dans le processus décisionnel pour la prise en charge du nouveau-né à la naissance?

12 Dans le cadre d'une consilium pour menace d'accouchement prématuré à la limite de la viabilité, à votre avis, quel est le rôle spécifique de chacun des professionnels auprès des parents *(question ouverte à réponses courtes. Exemples: soutien, information, accompagnement, décision, répondre aux questions morales, répondre aux questions médicales…)*

Sage-femme

Pédiatre-néonatologue

Gynécologue

13 Dans le cadre d'une consilium pour menace d'accouchement prématuré à la limite de la viabilité, à votre avis, quel rôle a chacun des groupes professionnels suivants dans le processus décisionnel concernant la prise en charge du nouveau-né à la naissance? *(question ouverte à réponses courtes)*

Sage-femme

Pédiatre-néonatologue

Gynécologue

14 Lorsque les professionnels émettent une recommandation consensuelle pour la prise en charge du nouveau-né à la naissance, quelle est la responsabilité dans le processus décisionnel pour chaque groupe professionnel lors de ces entretiens?

	Pas du tout responsable	Peu responsable	Moyennement responsable	Plutôt responsable	Totalement responsable
Sage-femme:	☐	☐	☐	☐	☐
Pédiatre-néonatologue:	☐	☐	☐	☐	☐
Gynécologue:	☐	☐	☐	☐	☐

15 Dans quelle mesure vous sentez-vous activement impliqués dans le processus décisionnel, lorsque vous participez à ce consilium?

- ☐ Pas du tout impliqué
- ☐ Peu impliqué
- ☐ Moyennement impliqué
- ☐ Plutôt impliqué
- ☐ Totalement impliqué

Rôle et utilisation des données épidémiologiques/statistiques:

16 Est-ce que vous pensez que les données à disposition permettent d'établir un pronostic prénatal suffisamment précis pour prendre une décision rationnelle dans le meilleur intérêt de l'enfant?

- [ ] Pas du tout d'accord
- [ ] Pas d'accord
- [ ] Indifférent
- [ ] D'accord
- [ ] Tout à fait d'accord

17 Selon vous, dans les consilia auxquels vous participez, à quel point est-ce que les décisions à l'égard d'une réanimation lors d'extrême prématurité (22 à 24 SA) reposent sur des données statistiques objectives?

- [ ] Pas du tout
- [ ] Un peu
- [ ] Moyennement
- [ ] Beaucoup
- [ ] Totalement

18* Quels sont les facteurs qui interviennent dans le choix de prise en charge d'un extrême prématuré à la naissance? Ordonnez les propositions du plus décisif au moins décisif:

- [ ] Poids estimé
- [ ] Age gestationnel
- [ ] Genre
- [ ] Nombre de fœtus (grossesse simple ou multiple)
- [ ] Cure complète de corticostéroïdes anténataux
- [ ] Ethnie
- [ ] Autre (éventuellement spécifier dans la question 19)

19 Eventuellement spécifier reponse à la question 18:

Rôle et intervention des valeurs personnelles:

20 A votre avis, dans quelle mesure les valeurs morales des professionnels de la santé participent-elles aux recommandations qu'ils émettent?

- [ ] Pas du tout
- [ ] Un peu
- [ ] Moyennement
- [ ] Beaucoup
- [ ] Totalement

21 A votre avis, dans quelle mesure les 4 principes de l'éthique biomédicale (respect de l'autonomie, bienfaisance, non malfaisance, équité) sont-ils discutés / évalués avant le consilium?

- [ ] Jamais
- [ ] Presque jamais
- [ ] Parfois
- [ ] Presque toujours
- [ ] Systématiquement

22 Certains aspects personnels d'un professionnel de la santé peuvent intervenir dans le choix d'une recommandation. Dans quelle mesure chacun des éléments suivant joue-t-il un rôle?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Totalement
Age:	☐	☐	☐	☐	☐
Education:	☐	☐	☐	☐	☐
Religion:	☐	☐	☐	☐	☐
Vie de famille:	☐	☐	☐	☐	☐
Conception de la qualité de vie:	☐	☐	☐	☐	☐
Evénements de vie (expérience de la maladie, séparation, handicap, mort de proches,...):	☐	☐	☐	☐	☐
Autre (spécifier dans la question 22)	☐	☐	☐	☐	☐

23 Eventuellement spécifier réponse à la question 21:

Report Abuse | Powered by KwikSurveys

FORMULAIRE D'INFORMATION

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. Vous êtes libres de poser des questions ou d'interrompre votre participation en tout temps.

Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement spécifique.

Titre du projet

« Le consilium anténatal à la limite de la viabilité: quels sont les facteurs qui interviennent pour les soignants lors d'une approche multidisciplinaire et interprofessionnelle ? »

Personnes responsables du projet

Le projet est réalisé dans le cadre d'un travail maîtrise en médecine.

Requérants:

Laura Bruschi, étudiante en médecine, Faculté de Biologie et médecine, UNIL.

Service de néonatologie

Av. Pierre-Decker 2

CH-1011 Lausanne

laura.bruschi@unil.ch

Co-Tuteur:

Dre Schuler Barazzoni Mirjam

Médecin-associé, Néonatologie CHUV

Mirjam.Schuler-Barazzoni@chuv.ch

Directeur de mémoire :

Pr Tolsa Jean-Francois

Chef de service, Néonatologie CHUV

Jean-Francois.Tolsa@chuv.ch

Objectif du projet

Explorer l'approche des professionnels impliqués en première ligne dans le consilium périnatal en cas d'un foetus à la limite de la viabilité.

Raison et nature de la participation

Votre participation à ce projet est souhaitée pour une unique rencontre en groupe d'une durée d'environ 1h30. Cette rencontre aura lieu au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Il s'agit d'un

entretien ouvert en petit groupe, animé par l'enquêtrice principale avec l'aide de Mme A. Horsch, psychologue de recherche, et enregistré sur bande audio.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche ne vous apportera pas d'avantage direct. Vous pourriez aborder dans une discussion interprofessionnelle les modalités pour accompagner les décisions parentales dans des situations à la limite de la viabilité.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps.

Il se pourrait, lors de l'entrevue, que le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre une situation difficile. Dans ce cas, nous pourrons vous fournir le nom d'un professionnel qui pourra vous donner du support, si vous le souhaitez.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Cependant, étant donné qu'il s'agit d'un groupe de discussion il sera impossible d'effectuer une destruction totale des enregistrements. Les dialogues seront conservés pour garder la cohérence de la discussion, vos propos ne seront par contre pas utilisés dans l'analyse. Les enregistrements et leurs transcriptions seront gardées pour la duré légale et puis elles seront détruites.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'investigateur responsable ainsi que ses collaborateurs recueilleront et consigneront dans un dossier dédié les renseignements vous concernant, qui demeurent strictement confidentiels. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils comprendront les informations suivantes: nom, sexe, date de naissance, confession, origine ethnique, enregistrements vidéo ou audio.

L'investigateur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans les formulaires d'information et de consentement. Il se peut par ailleurs que l'institution demande à accéder aux données afin d'en vérifier l'authenticité, les personnes intervenant dans ce contexte sont tenues par le devoir de confidentialité.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques, sans qu'aucune information ne permettre de vous identifier.

Résultats de la recherche et publication

Sur demande de votre part, vous pourrez être informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, les responsables de ce projet pourraient solliciter votre collaboration à nouveau, si vous en donnez l'accord.

Surveillance des aspects éthiques

Le Comité d'éthique, ainsi que la commission d'enquête sur le personnel du CHUV ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. Toute révision ou toute modification apportées au protocole de recherche seront ainsi à nouveau soumis pour approbation.

Consentement libre et éclairé

Je, soussigné, déclare avoir lu et/ou compris le formulaire d'information (« Le consilium anténatal à la limite de la viabilité: quels sont les facteurs qui interviennent pour les soignants lors d'une approche multidisciplinaire et interprofessionnelle ? ») et j'en ai reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

J'ai été informé auparavant au sujet du traitement confidentiel des données. Je sais d'avoir le droit à demander du temps pour réfléchir avant d'accepter de participer à cette recherche et suis consciente que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire et que je suis libre d'y renoncer à tout moment.

Par la présente, j'accepte librement de participer au focus group:

Oui Non (entourer la réponse qui convient)

En cas de recherche ultérieure sur la base de ce projet, j'accepte d'être recontacté(e):

Oui Non (entourer la réponse qui convient)

Nom, Prénom, date de naissance:_____

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____ , le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

PREPARATION FOCUS GROUP :

- Participants : >6 (idéalement 2xgroup professionnel) entre ceux qui ont répondu au questionnaire
- Date (horaires compatibles avec le travail)
- Lieu : table ronde, ambiance tranquille, éventuellement préparer à boire/manger, préparer des étiquettes pour reconnaitre les différents participants
- Enregistrement : préparer enregistreur et camera pour filmer
- Modérateur : introduit, pose questions et gère entretien
- Assistant : prends des notes et résume la discussion (aspects plus importants abordés) en conclusion
- Email aux participants avec informations et document de consentement éclairé (mieux l'envoyer à l'avance et de l'amener déjà signée)
- Préparer un document à remplir avec les données épidémiologiques

INTRODUCTION :

- Bienvenue et présentations
- Introduction de sujet et guidelines
- Penser à biais de hiérarchie → les encourager à parler librement, soulignant que chaque avis compte et que c'est un moment totalement confidentiel

QUESTIONS FOCUS GROUP :

(Eventuellement pour contextualiser présenter le cas d'un consilium anténatal pour menace d'accouchement prématuré à la limite de la viabilité)

1) Dans le cadre d'une consilium pour menace d'accouchement prématuré à la limite de la viabilité, à votre avis, quel est votre rôle et le rôle spécifique des autres professionnels de la santé ?

2A) Concrètement, quels sont les informations que vous cherchez pour vous préparer à un consilium anténatal ?

2B) Parmi les facteurs dont nous avions discutés auparavant, selon vous, lesquels ont une influence majeure dans le processus décisionnel d'un consilium anténatal ?

- Caractéristiques du patient (*âge gestationnel, poids, genre, nombre de fœtus)*
- Déroulement de la grossesse
- Informations sur les parents *(croyances, valeurs, conception de la qualité de vie, status socio-économique)*
- Attentes de la société
- Vos valeurs morales et expériences personnelles
- Enjeux éthiques

3A) Est-ce que, selon vous, existe-t-il des différences dans l'approche au processus décisionnel pour la prise en charge du nouveau-né à la naissance selon le groupe professionnel ?

3B) Si oui, pourquoi à votre avis l'approche au consilium anténatal varie en fonction du groupe professionnel ?

3C) En analysant les réponses du questionnaire nous avons remarqué que certains aspects différaient en fonction du corps professionnel. Selon vous, parmi les aspects suivant, lesquels pourraient avoir un impact dans l'approche au consilium anténatal et pourquoi ?

- Différences dans l'interprétation des données statistiques (en particulier le pronostic de mortalité et du risque de séquelles neurosensorielles)
- Différences dans la conception de la qualité de vie (différences dans la conception des séquelles considérées comme « acceptables »)
- Différences dans la perception de son propre rôle dans le consilum anténatal
- Différences dans le sentiment d'implication dans le processus décisionnel

4) Est-ce que vous aimeriez ajouter quelque chose ? De toutes les arguments que nous avions discutés aujourd'hui, selon vous, qu'est-ce que c'est la question la plus importante ?

CONCLUSION :

- Résumer la discussion et demander confirmation
- Revoir les objectifs et demander si quelque chose n'a pas été discuté
- Feedback entre modérateur et assistant tout de suite après le FG

Tableau 1: Données épidémiologiques des participants

		Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-Néonatologues	Globalement
Nombre		11 (33%)	8 (24%)	14 (42%)	33
Expérience professionnelle (années)	**<5**	4 (36%)	2 (25%)	2 (14%)	8 (24%)
	>5<10	2 (18%)	1 (13%)	6 (43%)	9 (27%)
	>10	5 (45%)	5 (63%)	6 (43%)	16 (48%)
Genre	**F**	19 (91%)	5 (63%)	10 (71%)	25 (76%)
	M	1 (9%)	3 (38%)	4 (29%)	8 (24%)
Origine	**Suisse**	3 (27%)	6 (75%)	9 (64%)	18 (54%)
	France	6 (54%)	2 (25%)	1 (7%)	9 (27%)
	Autre	2 (18%)	0 (0%)	4 (28%)	6 (18%)
Confession	**Catholique**	6 (54%)	3 (37%)	6 (43%)	15 (45%)
	Protestant	2 (18%)	2 (25%)	1 (7%)	5 (15%)
	Autre	3 (27%)	3 (37%)	7 (50%)	13 (57%)
Participations aux consiliums anténataux	**<5**	5 (45%)	3 (38%)	3 (21%)	11 (33%)
	>5<10	2 (18%)	2 (25%)	6 (43%)	10 (30%)
	>10<20	2 (18%)	0 (0%)	3 (21%)	5 (15%)
	>20	2 (18%)	3 (38%)	2 (14%)	7 (21%)

Figure 2: Risque de mortalité selon l'âge gestationnel.

		Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-Néonatologues	Globalement
22 0/7 – 22 6/7	1-25%	0%	0%	0%	0%
	25-50%	0%	0%	0%	0%
	50-75%	0%	0%	0%	0%
	75-100%	100%	100%	100%	100%
23 0/7 – 23 6/7	1-25%	0%	0%	0%	0%
	25-50%	0%	0%	0%	0%
	50-75%	0%	13%	8%	6%
	75-100%	100%	88%	92%	94%
24 0/7 – 24 6/7	1-25%	0%	0%	8%	3%
	25-50%	10%	13%	15%	13%
	50-75%	50%	75%	69%	65%
	75-100%	40%	13%	8%	19%
25 0/7 – 25 6/7	1-25%	10%	13%	15%	13%
	25-50%	10%	50%	77%	48%
	50-75%	80%	38%	8%	39%
	75-100%	0%	0%	0%	0%

Figure 3: Risque des séquelles neurosensorielles sévères selon l'âge gestationnel

		Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-Néonatologues	Globalement
22 0/7 – 22 6/7	1-25%	0%	0%	0%	0%
	25-50%	0%	0%	8%	3%
	50-75%	0%	0%	8%	3%
	75-100%	100%	100%	85%	94%
23 0/7 – 23 6/7	1-25%	0%	0%	0%	0%
	25-50%	0%	0%	15%	6%
	50-75%	10%	13%	31%	19%
	75-100%	90%	88%	54%	74%
24 0/7 – 24 6/7	1-25%	0%	0%	8%	3%
	25-50%	0%	0%	38%	16%
	50-75%	40%	88%	46%	55%
	75-100%	60%	13%	8%	26%
25 0/7 – 25 6/7	1-25%	0%	0%	31%	13%
	25-50%	40%	38%	38%	39%
	50-75%	50%	63%	31%	45%
	75-100%	10%	0%	0%	3%

Figure 4: Séquelles considérées comme "NON acceptables"

	Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-Néonatologues	Globalement
Malvoyance	20%	0%	0%	6%
Cécité	50%	0%	23%	26%
Surdité partielle	10%	0%	0%	3%
Surdité complète	30%	0%	31%	23%
Déficit mental légère	0%	0%	8%	3%
Déficit mental modéré	50%	25%	54%	45%
Déficit mental sévère	90%	63%	100%	87%
Handicap moteur légère	10%	0%	0%	3%
Handicap moteur modéré	30%	0%	8%	13%
Handicap moteur sévère	100%	63%	85%	84%

Tableau 2: Rôle spécifique de chacun des professionnels

		Sages-femmes n=8	**Gynécologues n=7**	**Pédiatres-Néonatologues n=13**	**Globalement n=28**
Sages-femmes	Soutien	6	4	4	14
	Accompagnement	4	5	3	12
	Information	4	3	3	10
Pédiatres-Néonatologues	Information	7	4	4	15
	Décision	4	1	3	8
	Répondre questions morales	3	1	2	6
	Répondre questions médicales	3	3	3	9
	Proposer options	1	0	1	2
	Accompagnement	0	2	1	3
	Soutien	0	0	2	2
Gynécologues	Information	6	4	4	14
	Décision	2	2	2	6
	Répondre questions morales	2	4	2	8
	Répondre questions médicales	4	1	2	7
	Soutien	2	1	3	6
	Accompagnement	0	3	2	5

Tableau 3: : Les acteurs du processus décisionnel

	Sages-femmes	**Gynécologues**	**Pédiatres-néonatologues**	**Globalement**
Parents	5	5	13	23
Pédiatres-néonatologues	8	7	13	28
Gynécologues	6	6	12	24
Sages-fammes	5	3	7	15
Psychiatres	2	1	3	6

Figure 5: Sentiment d'implication de chaque groupe professionnel dans le processus décisionnel

	Sages-femmes	**Gynécologues**	**Pédiatres-néonatologues**	**Globalement**
Pas du tout	13%	0%	0%	4%
Peu	38%	0%	8%	14%
Moyennement	13%	0%	8%	7%
Plutôt	25%	29%	31%	29%
Totalement	13%	71%	54%	46%

Figure 6-7-8 : Responsabilité dans le processus décisionnel selon les trois groups professionnels

		Sages-femmes	Gynécologues	Néonatologues	Globalement
Sages-femmes	Pas du tout	25%	0%	15%	14%
	Peu	25%	43%	38%	36%
	Moyennement	25%	29%	46%	36%
	Plutôt	13%	0%	0%	4%
	Totalement	13%	29%	0%	11%
Gynécologues	Pas du tout	0%	0%	0%	0%
	Peu	0%	0%	8%	4%
	Moyennement	25%	14%	23%	21%
	Plutôt	50%	43%	54%	50%
	Totalement	25%	43%	15%	25%
Pédiatres-néonatologues	Pas du tout	0%	0%	0%	0%
	Peu	0%	0%	0%	0%
	Moyennement	0%	0%	0%	0%
	Plutôt	25%	43%	38%	36%
	Totalement	75%	57%	62%	64%

Figure 9: Précision du pronostique prénatal

	Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-néonatologues	Globalement
Pas du tout d'accord	0%	0%	0%	0%
Pas d'accord	13%	0%	23%	14%
Indifférent	0%	29%	23%	18%
D'accord	63%	71%	54%	61%
Tout à fait d'accord	25%	0%	0%	7%

Figure 10: Importance des données statistiques dans le choix de réanimation

	Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-néonatologues	Globalement
Pas du tout	13%	0%	0%	4%
Un peu	0%	29%	8%	11%
Moyennement	13%	43%	38%	32%
Beaucoup	38%	29%	38%	36%
Totalement	38%	0%	15%	18%

Figure 11: Participation des valeurs morales des professionnels aux reccommandations

	Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-néonatologues	Globalement
Pas du tout	0%	0%	0%	0%
Peu	13%	0%	17%	12%
Moyennement	63%	50%	25%	42%
Plutôt	25%	50%	58%	46%
Totalement	0%	0%	0%	0%

Figure 12: Évaluation des principes de l'éthique biomédicale

	Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-néonatologues	Globalement
Jamais	0%	0%	0%	0%
Presque jamais	0%	17%	17%	12%
Parfois	25%	0%	25%	19%
Presque toujours	50%	50%	58%	54%
Systématiquement	25%	33%	0%	15%

Figure 13-14-15: Aspects personnels des soignanes intervenant dans le choix de recommandation

		Sages-femmes	Gynécologues	Pédiatres-néonatologues	Globalement
Age	Pas du tout	0%	17%	8%	8%
	Peu	25%	17%	25%	23%
	Moyennement	63%	50%	42%	50%
	Beaucoup	13%	17%	25%	19%
	Totalement	0%	0%	0%	0%
Education	Pas du tout	0%	17%	0%	4%
	Peu	0%	33%	8%	12%
	Moyennement	75%	17%	33%	42%
	Beaucoup	25%	33%	58%	42%
	Totalement	0%	0%	0%	0%
Religion	Pas du tout	0%	17%	8%	8%
	Peu	0%	33%	17%	15%
	Moyennement	50%	17%	33%	35%
	Beaucoup	38%	17%	33%	31%
	Totalement	13%	17%	8%	12%
Vie de famille	Pas du tout	0%	33%	0%	8%
	Peu	13%	33%	17%	19%
	Moyennement	25%	17%	50%	35%

	Beaucoup	63%	17%	33%	38%
	Totalement	0%	0%	0%	0%
Concetion de la qualité de vie	Pas du tout	0%	0%	0%	0%
	Peu	0%	0%	8%	4%
	Moyennement	13%	0%	25%	15%
	Beaucoup	75%	67%	25%	50%
	Totalement	13%	33%	42%	31%
Expérience de vie	Pas du tout	0%	0%	0%	0%
	Peu	0%	0%	0%	0%
	Moyennement	38%	17%	25%	27%
	Beaucoup	38%	67%	75%	62%
	Totalement	25%	17%	0%	12%

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Résultats avec citations
Relation professionnel - parent	Spécifique au rôle	-Lien/fil rouge entre patientes et néonatologues -Expliquer/répondre aux questions/guider les parents -Vision du quotidien (pont temporelle) vs médecins en consultation → 5 : *on fait un peu le pont entre le moment dans lequel ils ont reçu l'info, ils assimilent l'info et puis ils revoient les pédiatres s'il y a une prise de décision.* -Soutien relationnel/Analyse des émotions → 6 *: ...souvent c'est difficile de se prononcer par rapport à ça, donc reprendre un peu certains... les émotions, la culpabilité si décident de ne pas réanimer ...* -Guider différemment/réexpliquer/accompagner -Deuxième temps x2 -Gynécologues sont médecins traitants de la femme -Néonatologues sont conseilleurs des parents	
	Spécifique à la situation	-Difficulté à donner info aux parents dans l'urgence → 2 : *dans l'urgence les patientes ne sont pas toujours extrêmement réceptives* -Difficulté dans le discours avec les parents → 5 : *Il y aussi ce qu'elles entendent, ce qu'elles pensent d'avoir compris* -SF au prénatal vivent moins des cas d'urgence → 5 : *C'est vrai que nous on vit l'aspect du prénatal donc de ces patientes qui restent 24h finalement on perçoit assez peu de tout ce dimension de la réflexion autour du consilium* -Manque du temps pour se préparer au consilium (presque toujours dans l'urgence) -Manque de temps pour discuter avec pédiatres avant le consilium -Manque te temps pour suivre pédiatres pendant le consilium	
Inter-professionnalité	-Sensation de connaitre son propre rôle -Bonne communication entre groups professionnels → 5 *: moi je n'ai jamais eu des conflits justement sur qui avait quoi à faire... et puis le fait que on communique pas mal ensemble…* -Rôles sont bien définis (aussi parce que c'est un grand hôpital et ces sont des situations assez fréquentes) -Consilium ensemble seulement en situations extrêmes → 2 : *quand on est vraiment dans des situations qui sont complètement à la limite ou des situations rares exceptera on se mets souvent à plusieurs pour discuter avec les parents* -Consilium ensembles plus riche x2 → 2 *: ...on se mets souvent à plusieurs pour discuter avec les parents et c'est là que probablement le consilium est plus riche* -Participations d'autres professionnel afin d'aider → 2 : *aussi on peut faire le consilium avec des autres gens comme la psychiatre, la pédopsychiatre* -Importance d'avoir des approches différentes → 2 *: il y a des sensibilités qui sont liés un peu à une spécialité qui font qu'il y a justement des discussions sur l'attitude... C'est pour ça que on se mets ensemble quand on discute* -Globalement les différents professionnels sont d'accord pour la ligne de conduit -Visions différentes selon le groupe professionnel (chacun leur coté) -Pour SF ça serait utile suivre les pédiatres pendant le consilium (mais manque le temps) -Meilleurs consilium : tous ensembles → 2 : *les consilium qui marchent le mieux sont les consilium où on est vraiment toutes ensembles* -Groupe d'accord sur l'importance de l'interdisciplinarité → 1 : *Moi j'ai l'impression que on est tous très d'accord et que ça ressort bien sur la nécessité d'un bon fonctionnement de l'interdisciplinarité* -Importance de l'avis des néonatologues x2 → 1 : *Généralement et en tous cas personnellement je me réfère beaucoup à ce que me renseignent les néonatologues par*			

	rapport à ce... Disons, je ne mets pas pied sur le domaine des conséquences par rapport à l'enfant		
Discours des soignants	Expérience	-Meilleurs consilia : soignantes expérimentés -Consilium dépend aussi beaucoup du niveau de formation et expérience de soignantes → 5 : *ils viennent avec leurs connaissances médicales et avec peu d'expérience médicale, ils n'ont pas encore vu grand-chose et ils sont un peu pommés dans le consilium anténatal*	
	Objectivité	Contenu	-L'interprétation des données influence comment l'info est donné aux parents →3 : *oui je pense que l'interprétation des données statistiques elle influence quand même parce que ça dépend aussi un petit peu de comment tu as envie de les interpréter* -Une interprétation des données différente génère un utilisation intuitive différente → 1 : *on peut avoir des différentes interprétations des mêmes données statistiques et donc une utilisation intuitive différente. (...) C'est aussi un petit peu comment on amène les chiffres et comment on les éclaire et puis c'est bien connu que on fait quand même un petit peu ce qu'on veut avec les chiffres*
		Forme	-Importance de l'objectivité x3 → 3 : *Mais je pense que le rôle principal des néonatolgues c'est vraiment de rester objectifs et puis d'essayer de ne pas donner son avis personnel sur ce question.* -Importance de l'objectivité mais impossibilité de l'être complètement même dans l'expression non verbal → 6 : *est ce que on est, on en sens générale, toujours si super objectifs comme on souhaiterait l'être ? Je pense que de temps en temps ça s'infiltre… des fois même si n'est pas clairement posé dans le moment du conseil je pense que on a quand même des fois probablement de non verbal qui... voilà on perde probablement un petit peu de l'objectivité* -Contraire au fait que des valeurs personnelles des soignantes faisant partie du document médical → 2 : *mais après dans le dossier de la patients les gens mettent : la patiente a refusé l'interruption de grossesse, alors que on a laissé le choix. Et ceci devient un document médical dans lequel le gens par leur éthique ou morale, ont retranscrit médicalement des informations* -Patiente refuse = Formulation verbale négative -Forcement les sentiments des soignantes viennent transmise, même si ce n'est pas correct → 1 : *c'est vrai que des fois on fait des consilium et on dit ça ne devrait pas influencer ce qu'on dit aux couples par contre ce qui est nourri après parce que il y a de la déception de la frustration que des fois c'est quand même véhiculé et on a de la peine à être juste dans le respect du choix*

			-Facon de donner l'info influence énormément le choix → 3 : *la manière dont on apporte les informations aux parents qu'influence énormément le choix* -Même discours amené avec des sensibilités différentes peut être compris en façon différentes → 2 : *on peut amener le même discours mais avec des sensibilités différentes* -Différences dans la conception de la qualité de vie peuvent avoir un impact dans l'approche au consilium
	Coordination et continuité	-Divergences au sujet du lien entre maturation et réanimation → *3 : il y a peut-être au sein des néonatologues des discours qui ne sont pas tout à fait les mêmes 5 : oui, il y a pas mal des choses un peu incomprises en tout cas sur le sujet en tous cas pour les sages-femmes. 1 : il y avait un peu cette notion, peut-être un peu de notre côté de gynéco je ne sais pas* -Difficulté de coordonner les discours du corps médical, surtout dans les cas d'urgence → 1 : *...par contre peut être ce qui n'est pas ressortis et que je trouve que c'est quand même une difficulté, c'est des fois plutôt de coordonner nos violons et nos discours et d'autant plus dans les situations où on doit faire assez vite et c'est des fois de prendre ce temps, se poser juste un instant et dire toi t'as dit quoi, moi j'ai dit quoi et vers quoi nous on pense qu'il faut aller médicalement. (...) déjà les situations sont difficiles et après quand on a encore plus l'impression que on ne va pas tous dans le même sens... ça je pense que c'est peu ressorti dans notre discussion mais peut-être parce que on est tous très convaincus de l'importance de l'interdisciplinarité et on fait tout ce qu'il faut parce que ça marche mais dans la vraie vie je trouve que ceci c'est souvent une difficulté* -Document d'explication qui aide à connaitre prise en charge est très utile pour préparation au consilium -Le discours change en fonction de l'évolution de la patiente → 2 -Difficulté dans la continuité du discours comme les équipes changent → 2 : *le discours peut aussi changer en fonction de l'évolution de la patiente et puis ça c'est des fois malheureuse parce que on discute vendredi avec un équipe, samedi c'est les gens qui sont de garde, le lundi c'est un autre, et en effet forcement que on peut amener le même discours mais avec des sensibilités différents en fonction si la garde est chargé ou ... donc le patient si l'intervenants changent et le stress ambient peut amener à des discours que peuvent être compris différemment.* -Changements des communicatifs dans le temps après réflexion -Surtout les SF à être touchées par changement dans la prise en charge -Sages-femmes permettent continuité → 2 : *vous, vous les récupérés après dans le quotidien et à mon avis en termes de continuité c'est vital.* -Expérience d'accompagnement très lourd qui prend beaucoup de temps → 5 *: et c'est vrai que on a passé des heures et des heures avec elle, tous les jours plusieurs fois par jour, à répondre aux mêmes questions*	
Informations significatives	Médicales	Objectifs	-Evaluer les aspects gynécologiques -Connaitre les éléments importants pour discussion avec parents (Informations sur l'enfant et contexte de prématurité) → 3 : *Tout ça, joue sur*

			ce que on peut après discuter avec les parentes et sont des informations que on va rechercher
		Subjectifs	-Connaitre dossier obstétrical, antécédentes et comorbidités (but d'éclairer, non pour conseiller mais aider à l'acceptation) → 1 : *Il y a des informations qui pouvant donner un éclairage, ne pas influencer forcement la manière dont on ira conseiller mais des fois la connaissance du dossier peut amener à un éclairage ou des explications qui peuvent aider un petit peu dans l'acceptation de la situation*
	Non médicales	-Sages-femmes apportent au consilium la vision des parents → 5 : *on cherche d'amener un petit peu le souhait de la patiente et du couple, comment ils vivent les choses* -Connaitre niveau de compréhension des parents pour gestion discussion → 2 : *même si ceci ne va pas changer notre attitude thérapeutique mais on va amener la discussion différemment en fonction du niveau de compréhension des gens* -Vie de famille pour gestion de l'accompagnement -Influence de la société qui n'accepte pas d'échec x2 → 2 : *nous ici à Lausanne on accepte peu l'échec. On veut que tout le monde survive et que personne n'ait des séquelles* -Importance des enjeux éthiques dans le consilium, plus que les valeurs personnelles	

Choix	Processus décisionnel	Implication et responsabilité	-Co-décisionnel/ travail conjointement avec néonatologues -Les sages-femmes ne prennent pas des décisions et ne prennent pas une grande partie des responsabilités→5 : *On ne prend pas une grande partie des responsabilités* -Ne pas prendre des décisions = plus facile -Rôle de sages-femmes est en deuxième ligne → *5 : nous on a plutôt ce rôle-là en deuxième ligne et du coup pour le fait que on est en deuxième ligne on n'est en tout cas pas en première ligne pour la décision* -Le fait qu'il n'y a pas une prise de décision rende le travail des sages-femmes plus facile → 5 : *Vu que on n'a pas des décisions, on a pas d'éléments de décision médical, je pense que on a quand même le rôle le plus simple des trois dans ce qui se passe entre la mère et l'enfant* -Les sages-femmes ont un rôle important mais pas dans la décision -Les SF sont beaucoup plus impliquées dans le processus décisionnel de ce qu'elles pensent ; surtout dans le cas des patientes qui restent longtemps dans le service -Accompagnement aide dans la décision -Sages-femmes influencent indirectement la décision → 1 : *de part de votre accompagnement et votre écoute arrivent à ..., permettent à la patent de prendre sa décision quand elle est justement face à un choix, peut-être que indirectement mais je pense que vous n'êtes pas complètement hors de processus décisionnel...* -Sages-femmes pas hors du processus décisionnel mais moins impliquées dans la décision -Sages-femmes ont rôle co-décisionnel, mais sont moins responsables -Sages-femmes aident dans la décision mais ne l'influencent pas le choix médicale → 5 : *Je pense que on va les aider à prendre une décision mais pas les orienter en fonction du discours médical* -Rôle des sages-femmes est d'aider les parents à être en accord avec le choix déjà faite, pas remettre en question ce qui a été discuté auparavant → 5 : *on les aides plus à être en accord après avec leurs décisions. Sans jamais finalement remettre en question ce que… parce que ce n'est pas notre rôle Parce que voilà c'est vrai que, même s'ils ont décidé quelque chose, souvent ceci ce n'arrête pas…* -Rôle des néonatologues aussi aider les parents qui ont plus des difficultés à décider

		Culpabilité	-Analyse des émotions → 6 *...souvent c'est difficile de se prononcer par rapport à ça, donc reprendre un peu certains... les émotions, la culpabilité si décident de ne pas réanimer ...* -Décision = culpabilité x2 -Pas des responsabilités = pas des sens de culpabilité → 5 : *Même si parfois quand on a des catastrophes on se sent mal et tout, moi je n'ai jamais eu la sensation, je ne sais pas vous, de culpabilité, pas justifié parce que souvent, voilà c'est comme ça* -Néonatologues et gynécologues portent plus le sentiment de culpabilité → 5 : *Notre spécialité est d'accompagner la patiente mais, quand tu parlais (regarde la néonatologue) de la culpabilité pour le fait de convaincre les parents, d'y aller alors qu'ils n'étaient pas forcements convaincus, et que peut être c'est la catastrophe après, bah c'est quelque chose que vous (regarde gynécologues et néonatologue) portez beaucoup plus que nous, c'est vrai que nous on a pas cet responsabilité médico-légale sur la décision ni de prise en charge* -Partage de sensation de culpabilité si soignant prend place dans la décision → 5 *Elles nous disent : c'est vrai que ça nous arrangerait parce que finement quelqu'un porterait la culpabilité à leur place* Convaincre les parents génère regrets →3 : *on arrive à convaincre des parents à aller contre un choix initial qu'ils ont fait et puis où finalement on a des regrets*
	Emotions	-Expérience d'accompagnement très lourd -Croyances des parents peuvent générer réaction entre équipe SF → 5 : *quand on parle de ces situations où on a des décisions des parents qui sont effectivement très très croyantes, qui ne veulent rien faire ou au contraire tout faire, c'est vrai que c'est souvent des cas que font pas mal réagir et pas mal des débats dans l'équipe* -Les soignants vivent mal les choix qui n'ont pas conseillées → 2 : *on fait des consilium pour justement leurs laisser le choix mais les gens vivent mal le fait qu'ils choisissent quelque chose que nous n'aurions pas choisi à leur place* -Situation d'aller contre choix de parents très difficile → 3 : *si on a réussi à convaincre des parents à aller contre leur sentiment initial et après on se rends compte que on a fait un mouvais choix je pense que c'est plus difficile à vivre*	
	Respect du choix	-Le but de consilia est de laisser le choix aux parents x 2 -Questionnement sur le terme de consilium parce que des fois soignantes prennent des décisions sans demander →2 : *en fait on prend un peu des décisions pour les gens sans forcément leur dire vraiment qu'ils ont un choix* -Le choix appartient seulement à la femme ou au couple x2	

		-Situation d'aller contre choix de parents très difficile → 3 : *si on a réussi à convaincre des parents à aller contre leur sentiment initial et après on se rends compte que on a fait un mouvais choix je pense que c'est plus difficile à vivre* -Possibilité de changer toujours le choix qui ont été établis auparavant -Néonatologues dans certains cas prennent plus de décisions → *5 : je pense qu'avec cette patiente il faudrait être un peu plus dirigiste et on va mettre un petit peu la main dans le dos pour l'aider parce que elle va jamais arriver à prendre une décision et du coup elle ne vivrait bien avec ça ni avec l'un ni l'autre* -Difficulté des parents à aller contre recommandations des soignants → 3 : *mais si je ne vais pas dans le sens du choix des médecin peut être que je suis en train de faire un tort à mon enfant ou je prends une décision qui ce n'est pas raisonnable. 1 : la majorité des patients sont dans un état de confiance vis-à-vis de ce qu'on leur donne comme information et c'est difficile aussi pour eux des fois de se déterminer contre ce que on recommande* 1 -Sensation que parents aimeraient bien que soignant prennent des décisions à leur place → 5 : *Elles s'attendent souvent que le corps médical prenne plus de place dans la décision* Convaincre les parents x2 -Subjectivité peut empêcher le respect du choix : -Patiente refuse = pas dans le respect de choix → 2 : *Les gens refusent alors que on leurs a donné le choix.* 1 : *la frustration que des fois c'est quand même véhiculé et on a de la peine à être juste dans le respect du choix*

Extra :

-Croyances des parents influencent décision de parents mais pas consilium → 3

-Difficulté de prédiction → 3 : *Tout en sachant que c'est toujours difficile parce que c'est compliqué de savoir quelles sont les complications que l'enfant pourrait présenter et puis que on ne sait pas prévoir quel va être l'issue de l'enfant*

-C'est plutôt la situation (raisons maternelles vs fetales) qu'influence l'approche au consilium

-Récentes changements dans la pratique → 5 : *C'était un peu plus médecin-dépendant. L'esprit c'est un peu changé*

-Difficulté dans la gestion de l'entrée pour manque d'informations dans le dossier, incompréhension des infos de part des SF, changement des infos dans le temps

BIBLIOGRAPHIE

1. Bastek TK, Richardson DK, Zupancic JAF, Burns JP. Prenatal Consultation Practices at the Border of Viability: A Regional Survey. Pediatrics. 2005;116(2):407‑13.
2. Horbar JD, Badger GJ, Carpenter JH, Fanaroff AA, Kilpatrick S, LaCorte M, et al. Trends in Mortality and Morbidity for Very Low Birth Weight Infants, 1991–1999. Pediatrics. 2002;110(1):143‑51.
3. Horbar JD, Carpenter JH, Badger GJ, Kenny MJ, Soll RF, Morrow KA, et al. Mortality and Neonatal Morbidity Among Infants 501 to 1500 Grams From 2000 to 2009. Pediatrics. 2012;129(6):1019‑26.
4. Berger TM, Bernet V, El Alama S, Fauchere J-C, Hoesli I, Irion O, et al. Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland 2011 Revision of the Swiss recommendations. Swiss Med Wkly. 2011;141:w13280.
5. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Siner B, Taylor G, Schluchter M, et al. Improved Neurodevelopmental Outcomes for Extremely Low Birth Weight Infants in 2000–2002. Pediatrics. 2007;119(1):37‑45.
6. Lorenz JM, Wooliever DE, Jetton JR, Paneth N. A Quantitative Review of Mortality and Developmental Disability in Extremely Premature Newborns. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998;152(5):425‑35.
7. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Fanaroff AA, Hack M. Improved Survival Rates With Increased Neurodevelopmental Disability for Extremely Low Birth Weight Infants in the 1990s. Pediatrics. 2005;115(4):997‑1003.
8. Ochiai M, Kinjo T, Takahata Y, Iwayama M, Abe T, Ihara K, et al. Survival and Neurodevelopmental Outcome of Preterm Infants Born at 22-24 Weeks of Gestational Age. Neonatology. 2014;105(2):79‑84.
9. Rosenkrantz TS, Hussain N. Ethical considerations in the management of infants born at extremely low gestational age. 2003;27(6):458‑70.
10. Peabody JL PJ and M, Martin GI. From how small is too small to how much is too much. Ethical issues at the limits of neonatal viability. 1996;23(3):473‑89.
11. Hack M, Taylor HG, Drotar D, Schluchter M, Cartar L, Andreias L, et al. Chronic Conditions, Functional Limitations, and Special Health Care Needs of School-aged Children Born With Extremely Low-Birth-Weight in the 1990s. JAMA. 2005;294(3):318‑25.
12. Lorenz JM. Management decisions in extremely premature infants. Semin Neonatol. 2003;8(6):475‑82.
13. Bajwa MN, Berner M, Worley S, Pfister RE. Population based age stratified morbidities of premature infants in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2011;141:w13212.
14. Lee BH, Stoll BJ, McDonald SA, Higgins RD. National Institute of Child Health and Human Development. Neonatal Research Network (NRN): Extremely Preterm Birth Outcome Data. Pediatrics. 2008;121:289‑96.
15. Berger TM, Büttiker V, Fauchère JC, Holzgreve W, Kind PC, Largo R, et al. Recommandations pour la prise en charge des prématurés à la limite de la viabilité (22-26 semaines de gestation). Résumé. 2002;41:2053285.
16. Payot A, Gendron S, Lefebvre F, Doucet H. Deciding to resuscitate extremely premature babies: How do parents and neonatologists engage in the decision? Soc Sci Med. 2007;64(7):1487‑500.

17. Brazy J, H. Anderson B, Becker P, Becker M. How Parents of Premature Infants Gather Information and Obtain Support. Neonatal Netw. 2001;20(2):41‑8.

18. Dupont-Thibodeau A, Hindié J, Bourque CJ, Janvier A. Provider Perspectives Regarding Resuscitation Decisions for Neonates and Other Vulnerable Patients. J Pediatr. 2017;188:142‑7.

19. Griswold KJ, Fanaroff JM. An Evidence-Based Overview of Prenatal Consultation With a Focus on Infants Born at the Limits of Viability. Pediatrics. 2010;125(4):931‑7.

20. Boss RD, Hutton N, Sulpar LJ, West AM, Donohue PK. Values Parents Apply to Decision-Making Regarding Delivery Room Resuscitation for High-Risk Newborns. Pediatrics. 2008;122(3):583‑9.

21. Streiner DL, Saigal S, Burrows E, Stoskopf B, Rosenbaum P. Attitudes of Parents and Health Care Professionals Toward Active Treatment of Extremely Premature Infants. Pediatrics. 2001;108(1):152‑7.

22. Moro TT, Kavanaugh K, Savage TA, Reyes MR, Kimura RE, Bhat R. Parent Decision Making for Life Support Decisions for Extremely Premature Infants: From the Prenatal through End-of-Life Period. J Perinat Neonatal Nurs. 2011;25(1):52‑60.

23. Martinez AM, Partridge JC, Yu V, Wee Tan K, Yeung C-Y, Lu J-H, et al. Physician counselling practices and decision-making for extremely preterm infants in the Pacific Rim. J Paediatr Child Health. 2005;41(4):209‑14.

24. McAdams RM, Erdenebileg A, Batra M, Gerelmaa Z. Attitudes of healthcare providers towards non-initiation and withdrawal of neonatal resuscitation for preterm infants in Mongolia. J Health Popul Nutr. 2012;30(3):346.

25. Mulvey S, Partridge JC, Martinez AM, Yu VY, Wallace EM. The management of extremely premature infants and the perceptions of viability and parental counselling practices of Australian obstetricians. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2001;41(3):269–273.

26. Freitas H, Cunha M, Moscarola J. The content analysis: qualitative practical application in marketing. Rev Adm. 2000;35(4):84‑102.

27. Kelle U. Combining qualitative and quantitative methods in research practice: purposes and advantages. Qual Res Psychol. 2006;3(4):293‑311.

28. Sandelowski M. Combining Qualitative and Quantitative Sampling, Data Collection, and Analysis Techniques in Mixed-Method Studies. Res Nurs Health. 2000;23(3):246‑55.

29. Williams A. How to … Write and analyse a questionnaire. J Orthod. sept 2003;30(3):245‑52.

30. Freitas H, Oliveira M, Jenkins M, Popjoy O. The Focus Group, a qualitative research method. J Educ. 1998;1(1):1–22.

31. Krueger RA, Casey MA. Designing and conducting focus group interviews. Soc Anal Sel Tools Tech. 2002;4(23):4‑24.

32. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77‑101.

33. Udriot P. Représentations et liens entre développement durable, transition énergétique et santé chez les étudiants de l'Université de Lausanne. Université de Lausanne; 2016.

34. Bickle Graz M. Survie en fonction de l'age de gestation au CHUV. In: Vademecum de Neonatologie. Lausanne: CHUV; 2013. p. 9.

35. Tucker Edmonds B, McKenzie F, Panoch JE, Wocial LD, Barnato AE, Frankel RM. "Doctor, what would you do?": Physicians' responses to patient inquiries about periviable delivery. Patient Educ

Couns. 2015;98(1):49‑54.

36. Boss RD, Donohue PK, Roter DL, Larson SM, Arnold RM. “This Is a Decision You Have to Make”: Using Simulation to Study Prenatal Counseling. Simul Healthc J Soc Simul Healthc. 2012;7(4):207‑12.

37. Taittonen L, Korhonen PH, Palomäki O, Luukkaala T, Tammela O. Opinions on the counselling, care and outcome of extremely premature birth among healthcare professionals in Finland. Acta Paediatr. 1 mars 2014;103(3):262‑7.

38. Hefferman P, Heilig S. Giving “Moral Distress” a Voice: Ethical Concerns among Neonatal Intensive Care Unit Personnel. Camb Q Healthc Ethics. 1999;8(2):173‑8.

39. Fischer N, Steurer MA, Adams M, Berger TM. Survival rates of extremely preterm infants (gestational age <26 weeks) in Switzerland: impact of the Swiss guidelines for the care of infants born at the limit of viability. Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed. 2009;94(6):407‑13.

40. Gerull R, Brauer V, Bassler D, Laubscher B, Pfister RE, Nelle M, et al. Incidence of retinopathy of prematurity (ROP) and ROP treatment in Switzerland 2006-2015: a population-based analysis. Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed. 2017;

41. Nuthalapaty F, Lu G, Ramin S, Nuthalapaty E, Ramin KD, Ramsey PS, et al. Is there a preferred gestational age threshold of viability?: A survey of maternal-fetal medicine providers. J Matern Fetal Neonatal Med. 2007;20(4):293‑7.

42. Khan R, Burgoyne L, O’Connell M, Dempsey E. Resuscitation at the limits of viability – an Irish perspective. Acta Pædiatrica. 2009;98(9):1456‑60.

43. Todres ID, Guillemin J, Grodin MA, Batten D. Life-Saving Therapy for Newborns: A Questionnaire Survey in the State of Massachusetts. Pediatrics. 1988;81(5):643‑9.