# Formations réanimation du nouveau-né en salle de naissance
# Mémo éléments théoriques
Version mise à jour février 2021

Ce document s'adresse aux professionnels des maternités du RP2S pour préparer les sessions de formation avec simulation et pour aider à la pratique. Il se réfère au livret de la SFN « réanimation du nouveau-né en salle de naissance », et aux recommandations AHA et ERC mises à jour en 2020.

*Les mentions avec cette typographie s'adressent aux équipes déjà solides sur l'algorithme de base.*

*Tous les protocoles cités sont en libre accès sur le site du RP2S :*
*https://www.rp2s.fr/protocoles-et-documents/protocoles-et-procedures/*

Pour ne pas être stressé par la réanimation en salle de naissance, il faut savoir :
- Qu'il s'agit pour la plupart des situations de gestes simples, validés et faciles à apprendre
- Que les difficultés proviennent surtout de l'absence **d'anticipation et d'appel d'un senior** devant des facteurs de risque présents avant ou pendant la naissance.

## Organisation et anticipation :

- **Vérifier** le matériel quotidiennement pour répondre aux situations imprévues
- **Pour anticiper :** connaître le terme et si possible la nature du liquide amniotique (fluide ou méconial épais)
- **Préparer le matériel avant la naissance lors des situations à risque**
  - Table en chauffe, bonnet, linge chaud, sac ou Cocondouceur® si prématuré < 32 SA
  - Aspiration branchée et fonctionnelle + sondes d'aspiration n° 6, 8 et 10 et n°12-14 si liquide méconial
  - BAVU, si possible avec manomètre de pression (recommandation). Vérifier fonctionnement à travers l'emballage. Masque adapté.
  - Mélangeur Air – oxygène, analyseur $FiO_2$ recommandé. Régler débit à 8 litres/mn.
  - Si Néopuff® ou insufflateur avec pièce en T : masques adaptés au poids estimé de l'enfant, pressions vérifiées.
  - Scope FC-FR et électrodes, Saturomètre et capteur, Pression artérielle (pour post réa)
  - Matériel d'intubation sorti : sondes (n° 2,5 à **3,5** selon poids), laryngoscope (vérifié), lames de laryngoscope adaptées au terme : tailles 0 et 1. Les lames 00 sont réservées aux nouveau-nés de poids inférieur à 800 grammes. Pince de Magill, sparadrap / moustache.
  - Si disponible, masque laryngé (pour nouveau-né > 1500 gr et 33 SA) taille 1# de 2 à 5 kg.
  - Adrénaline : Ampoule 1ml=1mg, NaCl 0,9% ampoules 10 ml (préparer dilution en cas de code rouge).
  - Matériel pour pose CVO, avec CVO ø 5 (1 seul ø suffit dans le chariot d'urgence)
  - Matériel pour pH (gaz du sang), glycémie capillaire, et savoir où est rangé l'appareil de mesure de l'hémoglobine (Hb) en micro méthode
  - Procédures à connaître (protocoles affichés) pour obtenir en urgence vitale immédiate un culot globulaire O Rh (-) et l'administrer
  - En cas de naissance multiple, prévoir le matériel pour chaque enfant.
- **Prévoir l'habillage des intervenants** :
  - Toujours : gants non stériles après soluté hydro alcoolique, sarrau propre, masque, charlotte
  - Pour cathéter veineux ombilical (CVO) et intubation : gants stériles si possible
  - En urgence extrême : soluté hydro alcoolique
- **Température** de la salle d'accueil du nouveau-né :
  - au moins 24°C, mieux 25°
  - au moins 26°C si prématuré < 33 SA attendu
- **Mettre en place de façon systématique un temps de briefing en attendant le nouveau-né**
  - Définir les rôles : qui prend la tête (et sera le leader du début de prise en charge)
  - Check matériel dans l'ordre A B C D
  - Se redire ensemble les premiers temps A-B algorithme et ce que chacun fait.

## Apgar « remplacé » par 3 questions :

Ce qui compte n'est pas d'évaluer l'Apgar à la naissance mais de savoir répondre à 3 questions :

1. Le nouveau-né (NN) est-il à terme ?
2. L'enfant crie et respire ?
3. A-t-il un bon tonus ?

Si la réponse est OUI aux 3 questions : enfant séché et placé sur sa mère en peau à peau, soins et surveillance de routine (voir protocoles RP2S *Peau à peau en salle de naissance* et *Accueil du nouveau-né bien portant / Soins de routine en salle de naissance*).

Si la réponse est NON à une de ces questions, le NN doit être porté sur la table de réanimation chauffante, chrono enclenché et début des soins, de façon à **pallier une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine**.
Pour cela, il s'agit avant tout **d'assurer une ventilation alvéolaire efficace.**
Nécessité de **2 personnes** pour cette prise en charge, un « leader » et un aide. Le leader est celui qui a la meilleure expertise : sage-femme en général, pédiatre ou anesthésiste si présent …
Expliciter les rôles et les places qui peuvent changer au cours de la prise en charge.

| |
|---|
| Environ 10 % des nouveau-nés ont besoin d'une aide pour commencer à respirer.<br>Moins de 1% des nouveau-nés nécessitent une réanimation cardio-respiratoire intensive. |

## Le clampage différé du cordon

Il favorise l'adaptation du nouveau-né, et il est recommandé autant que possible. Voir protocole RP2S.

## La règle ABCDE : les étapes de la prise en charge

A chaque étape : on évalue, on décide ce qu'il faut faire, on agit, on évalue …
Le passage à l'étape suivante est défini par l'évaluation simultanée de la fréquence cardiaque (FC) et des mouvements respiratoires.
Communiquer entre le leader à la tête de l'enfant, et l'aide sur le côté. Importance du chronomètre.
A chaque étape, se poser la question : **avons-nous besoin d'aide ?**

<u>A comme Air / Airway</u>

- Chronomètre
- Assurer la liberté des voies aériennes :
  - Positionner correctement l'enfant.
  - Désobstruction des voies aériennes <u>si nécessaire</u> (mais toujours avant ventilation au masque)
- Assurer la chaîne du chaud : sécher, bonnet, sonde thermique
- Stimuler la respiration

<u>B comme Breathing : la plus importante</u>

- Ventilation en pression positive, contrôler l'efficacité (et poursuite stimulation)
- Optimiser ventilation et envisager intubation si la première séquence est inefficace

<u>C comme Circulation / Cœur</u>

- Assurer un minimum circulatoire efficace :
  - Compressions thoraciques = massage cardiaque externe,
- Toujours associé à la ventilation en pression positive avec FiO2 à 100%

<u>D comme Drogues</u>

- Médicaments : Adrénaline, NaCl 0,9%
- Avec matériel pour cathéter veineux ombilical CVO (ø 5 CH)

<u>E comme Environnement</u>

- Maintenir température : chaîne du chaud (attention voir plus loin situations d'asphyxie), et prise de température en fin de réanimation
- Maintenir glycémie : chaîne du sucre, dextro en fin de réanimation
- Asepsie : chaîne du propre
- Famille : informer, annoncer, rencontrer…

**Voir le document Algorithme joint.**

## Comment libérer les voies aériennes :

- Installation correcte : décubitus dorsal, tête dans l'axe du corps en position neutre.
- Aspiration réglage dépression : - 100 à - 150 cm $H_2O$
- Introduire sonde bouche de 3 à 5 cm. Aspirer au retrait de la sonde.
- Cavité buccale (plusieurs fois) **puis** fosses nasales sur 1 cm (une seule fois)
- Sonde assez grosse : ø 8 à 10 **(12 ou 14 si LA méconial)**
- Attention asepsie : laisser la sonde dans sachet avant utilisation
- L'aspiration n'est pas systématique : aspirer si encombrement ou si pas de ventilation spontanée et que la ventilation au masque va être nécessaire

## Comment stimuler la respiration :

- Séchage, stimulation plante des pieds, massage du dos
- En cas d'apnée primaire, les stimulations seront efficaces. Si l'enfant est en apnée secondaire, les stimulations ne seront pas efficaces et il faut passer rapidement à la ventilation.

## Comment assurer la normothermie :

- Température de la pièce suffisante, couveuse en chauffe
- Enlever le lange mouillé, essuyer doucement avec un linge sec et tiède
- Mettre un bonnet après avoir rapidement essuyé la tête (par leader sur la table, ou durant phase de clampage cordon)
- Secondairement : sonde thermique
- Voir plus bas spécificités pour le prématuré

## Comment évaluer le nouveau-né :

| | Moyen d'évaluation | Objectif | Remarques |
|---|---|---|---|
| **Respiration** | Expansion thoracique +++<br><br>Oxygénation : $SpO_2$ | Le thorax se soulève à chaque inspiration (ou insufflation)<br>Monitorer vers les cibles | Cri franc = respiration efficace<br>Couleur pas fiable, et saturation physio basse |
| **Fréquence cardiaque FC** | **Scope +++**<br>Auscultation sthétoscope<br>Cordon : sous-estime<br>Taper le rythme entendu avec le doigt pour transmettre au partenaire. | ≥ 100 / minute | Augmentation de la FC = meilleur critère d'efficacité de la prise en charge.<br>Un NN qui pleure/crie a une FC > 100. |
| **Tonus** | Tonus musculaire | Enfant tonique (si à terme) | Un enfant à terme très hypotonique a probablement une respiration non efficace |

## Attention, oxygénation et coloration :

L'oxygénation s'évalue sur la saturation dite « pré-ductale » = main ou poignet droit.
Une cyanose centrale est normale pendant les quelques minutes qui suivent la naissance.
Le rosissement global est progressif. La couleur s'améliore après les premiers cris.
Il faut connaître l'évolution physiologique de la saturation à la naissance.

Cibles de $SpO_2$ physiologique à la naissance :
2 mn : 60% 3 mn : 70% 4 mn : 80% 5 mn : 85% 10 mn : 90%

Si enfant stabilisé en FC et saturation basse, il sera possible d'adapter la $FiO_2$ pour saturation cible en montant progressivement la $FiO_2$ de 5 en 5, sans dépasser 95% de saturation (sauf si enfant sous air).
La pâleur est un signe d'acidose (pâleur inégale sur le corps, souvent lèvres roses), ou **d'anémie aigüe** (pâleur continue et partout, muqueuses également pâles).

## Comment ventiler au masque ?

### Le matériel :

- Ballon auto gonflable BAVU ou insufflateur pièce en T (pressions réglées à l'avance puis adaptées)
- Avoir BAVU toujours disponible, même si on utilise insufflateur pièce en T (Néopuff®):
  - 250 ou 350 ml avec manomètre pour voir les pressions (recommandation)
- Attention à la taille du masque ++
  - Plutôt recommander un masque rond que masque dit anatomique
  - Adapté à la taille du nouveau-né : petit/medium (rare besoin de grande taille)
  - Assurer l'étanchéité
- Mélangeur air oxygène nécessaire, débit 8 l/mn, on débute la réanimation **sous air** ($FiO_2$ 21%)

### La technique :

- Fréquence de 40/minute
- *Si on ventile avec Insufflateur pièce en T (Néopuff®) : 3 premières insufflations : prolonger le temps d'insufflation (2 à 3 secondes)*
- Puis chaque insufflation dure 0,5 secondes, et le temps d'expiration environ 1 seconde (temps expiratoire plus long que temps inspiratoire)
- Pression suffisante pour soulèvement thoracique. Débuter à 20-25 cm $H_2O$ si prématuré, 25-30 si à terme.
- Si on ventile avec Insufflateur pièce en T (Néopuff®) : la PEEP doit être réglée à +5 (voir protocole *Insufflateurs avec pièce en T – recommandations d'utilisation*)
- $FiO_2$ de début de prise en charge = 21% pour tous (Air).

A l'étape **B**, la ventilation au masque (= en pression positive) doit être pratiquée en continu **pendant au moins 30 secondes de façon efficace.**
Il faut surveiller son efficacité (soulèvement thoracique) et se corriger **immédiatement** si besoin.
Chrono : la ventilation **efficace** spontanée ou au masque doit être établie **avant 1 minute de vie.**

Si ventilation non efficace : pas de soulèvement thoracique ou pas d'accélération de la FC : On se pose les questions **« FOP » Fuites Obstruction Pressions.**

- **Les pressions ne montent pas** (regarder aiguille manomètre de l'insufflateur pièce en T, ou manomètre du BAVU).
  - fuites sur le circuit ? => reconnecter le tuyau
  - débitmètre relié à l'insufflateur pièce en T non ouvert ? => ouvrir le débitmètre
  - fuites au niveau du masque? => repositionner le masque
- **Les pressions montent mais le thorax ne se soulève pas : obstruction ?**
  - encombrement ? => ré-aspirer (césariennes ++)
  - mauvaise position voies respiratoires ? => repositionner la tête de l'enfant
  - bouche fermée ? => ouvrir la bouche
- **La pression est-elle insuffisante ?**
  - Vérifier et régler à nouveau les pressions
  - Augmenter la pression d'insufflation
  - Vérifier l'amplitude de l'augmentation des pressions sur le manomètre

L'efficacité de la ventilation au masque est appréciée par le soulèvement thoracique, l'accélération du rythme cardiaque puis l'amélioration de la saturation posée à la main droite.

**Si ventilation au masque reste inefficace après mesures correctrices, envisager Oxygène ($FiO_2$ 50%), et optimiser la ventilation par intubation trachéale si expertise.**
**Si échec ou pas d'expertise, envisager le masque laryngé si terme > 34 SA et poids > 1500 gr.**

***Cas particuliers :***

- *En cas de LA méconial, si ventilation au masque inefficace, envisager plus rapidement l'intubation (si expertise) dans les mesures correctrices de la ventilation car il existe un risque de bouchon.*
- *En cas de hernie diaphragmatique, l'enfant devrait être immédiatement intubé et ventilé directement sur le respirateur, et non ventilé au masque en pression positive.*

## Comment pratiquer le massage cardiaque MCE (= compressions thoraciques CT) ?

Le massage cardiaque externe est souvent pratiqué à cause d'une ventilation mal faite. Ne pas masser tant que la ventilation n'est pas efficace ; ne pas différer le massage si enfant non intubé.

- Le massage cardiaque appartient à l'étape **C :** il n'est jamais décidé dès la naissance, mais après les étapes **A et B bien conduites**
- Il nécessite 2 personnes car une personne = *le leader* doit continuer la ventilation. Quand la situation nécessite la décision de massage cardiaque, il faut faire appeler un senior (pédiatre, anesthésiste …) mais ne pas l'attendre pour débuter les compressions.
- Toujours appeler à l'aide avant le C.
- Technique des 2 pouces uniquement : pouces à 1 cm en-dessous de la ligne des mamelons, comprimer d'un tiers de la distance antéro-postérieure, soit 2,5 cm.
- Coordination : **3 compressions cardiaques pour 1 insufflation**
- Rythme 120/mn (insufflations à 30/mn et massage à 90/mn) soit 2 actions/seconde : compression / compression / compression / insufflation. Dire tout haut : 1, 2, 3, ventile, 1, 2, 3, ventile … Idem si enfant intubé (pour permettre bonne expansion thoracique pendant l'insufflation).
- Sous **100% $FiO_2$**
- **Si expertise, il est préférable que l'enfant soit intubé avant les compressions thoraciques**
- Si pas d'efficacité au bout de 40 sec : poursuivre compressions thoraciques, vérifier que $FiO_2$ 100% (si pas encore fait) et envisager intubation.
- Arrêter les compressions si FC spontanée > 60 /mn et continue à s'accélérer, mais poursuivre la ventilation (voir algorithme).

## L'intubation

### Les indications d'intubation :

- **Ventilation au masque inefficace** ou prolongée
- Quand décision de MCE, si expertise (mobiliser si besoin médecin MAR ou IADE)
- *Circonstances particulières comme hernie diaphragmatique.*

### Le matériel :

- Manche de laryngoscope avec piles et lampe de rechange
- Lame droite de taille adaptée : Miller n°0 en général, Miller n°1 si besoin (gros bébé…), Miller 00 parfois nécessaire pour nouveau-nés < 800 grammes.
- Sondes trachéales n° 2,5 à 3,5. Sonde n°2 exceptionnellement utilisée si échec n°2,5 chez enfant < 800 gr.
- Sondes d'aspiration n° 6, 8 et 10
- Sparadrap adhésif pour moustache découpée selon schéma ci-contre

- Matériel de ventilation manuelle BAVU
- Un enfant intubé doit être ventilé avec BAVU (+ manomètre) ou insufflateur pièce en T (Néopuff®) et dès que possible installé sur le respirateur (avec humidificateur, réchauffeur).
- ***Ne jamais laisser un enfant intubé ventiler spontanément sur le tube.***

| |
|---|
| Repères taille des sondes d'intubation : |
| Enfant à terme: ø 3,5 dès 3 kg  Enfant entre 2 et 3 kg: ø 3  Enfant < 2kg: ø 2,5 |
| Grands prématurés : utiliser ø 2 seulement si échec avec ø 2,5 |

L'utilisation de sondes trop petites entraîne des fuites et le risque de bouchon.
**Repère sur la sonde (cm) : 6 + poids en kg si intubation voie buccale ; 7 + poids si voie nasale.**

Repère sur radio thorax de face : extrémité distale de la sonde trachéale à mi-chemin entre les têtes des clavicules et la carène.

Attention : Toujours expérimenter préalablement un nouveau matériel. (Ex : lames laryngo UU )

**La technique :**
Limiter les tentatives à 20-30 secondes en fonction de la tolérance (FC).
Interrompre en cas d'échec, reprendre la VPP au masque ($FiO_2$ adaptée) jusqu'à stabilisation de l'enfant, puis reprendre la manœuvre. Ne pas hésiter à passer la main à un autre professionnel.

**Critères de bonne intubation :**

- Soulèvement thorax à chaque insufflation, pas de distension gastrique
- Auscultation symétrique (sommet pulmonaire), pas très facile à évaluer
- Plus aucun son émis par l'enfant, condensation dans le tube
- **+++ Amélioration FC** (puis $SpO_2$)
- **Si FC n'accélère pas, pas de soulèvement, se poser la question d'une intubation oesophagienne ? => confirmer position intubation au laryngoscope +++ et extuber et ventiler au masque si doute.**

## Le masque laryngé :

Permet d'optimiser la ventilation en pression positive sans abord trachéal. Réservé aux nouveau-nés > 1500 gr et 34 SA. Choisir taille 1# (2 à 5 kg) type i-gel Intersurgical. Voir pose en ateliers. Surveiller soulèvement thoracique garant de la bonne position.

## Les drogues :

Sont rarement indiquées en salle de travail. A avoir dans chariot d'urgence : Adrénaline et NaCl 0,9%.
La voie d'urgence = cathéter veineux ombilical (CVO).
Adrénaline Intra trachéale : si l'enfant est intubé, en attendant la voie IV (attente de la pose du CVO).

### Adrénaline

**Indications** FC<60 malgré : ventilation efficace sous 100% $FiO_2$ (de préférence sur tube endotrachéal), et compressions thoraciques.

N'utiliser que des ampoules 1 ml = 1 mg. Ajouter 9 ml de NaCl à 0,9%.
1 ml de la dilution contient 0,1 mg (=100 µg).

- En intra trachéal (IT): Injecter 50 à 100 µg/kg soit 0,5 à **1 ml/kg** dans la sonde d'intubation (à l'aide de sonde aspiration n°5 ou 6). Ventiler pour disperser le produit.
- En IV: Posologie : 10 à 30 µg/kg, soit 0,1 à **0,3 ml/kg** de la dilution sur CVO purgé avec l'adrénaline diluée, soit **1 ml de la dilution pour enfant à terme.**

**NaCl 0,9%** Utilisé pour **remplissage** : NaCl à 0,9% 10 ml/kg à renouveler 1 fois

### Culot globulaire O Rh négatif

En cas de réanimation inefficace, penser à l'anémie aigue (intérêt de la mesure capillaire de l'hémoglobine, type Hémocue®), hypovolémie.
Contexte de perte hémorragique ; pâleur ; état de choc et non réaction à la réanimation bien menée

Culot globulaire O Rh (-).
**Connaitre la procédure** (protocole) **pour** obtenir **culot globulaire** en urgence vitale pour nouveau-né.
Posologie : 10 ml/kg en 3 minutes (puis appel réanimateurs). Pousser à la main ou pompe type Ivac.

## Cas particuliers :

### Liquide méconial

L'aspiration à la vulve n'est pas recommandée. La broncho aspiration n'est pas recommandée.
Préparer une sonde ø 12 CH, voire prendre une sonde ø n°14 (matériel adultes).
Anticiper pour disposer sur place d'une personne avec expertise de l'abord trachéal => appel pédiatre-MAR anténatal recommandé selon protocole de chaque maternité.

- Si enfant vigoureux : aspirer voies aériennes supérieures si besoin seulement. Surveillance attentive près de la mère, examen clinique avant sortie de salle de naissance, avec contrôle $SpO_2$ recommandé. Voir protocole RP2S *Accueil du nouveau-né bien portant…*

- **Enfant non vigoureux : l'algorithme habituel s'applique**. La ventilation doit être effective avant 1 minute de vie. Si ventilation au masque inefficace, envisager plus rapidement l'intubation comme mesure correctrice de ventilation (Obstruction?).

## Situations d'asphyxie périnatale :

Si AG ≥ 36 SA et PN > 1800 g : penser à l'indication de l'hypothermie thérapeutique qui doit être mise en place avant H6. Voir protocole réseau RP2S.
Prendre contact rapidement avec le service de réanimation ou la cellule des transferts. Ne pas réchauffer l'enfant après la période initiale des 10 premières minutes. Monitorer température **rectale** à maintenir vers 36°.
Ne pas extuber sans avis pédiatrique un enfant intubé dans ce contexte.

## Naissance d'un enfant prématuré < 33 SA

Anticiper tout ce qui peut l'être : appel, matériels, réglages, documents nécessaires …

Pour les enfants n'ayant pas besoin d'être réanimés, recommandation de clampage retardé du cordon, 1 minute, voir protocole RP2S et discuter la procédure dans chaque maternité.

Pour tous : Température de la pièce ≥ 26°, bonnet, sac polyéthylène (type sac à grêle). Cible température enfant 36°5 à 37°5. Alternative au sac polyéthylène : Cocon Douceur®.

Attention asepsie. Opérateurs : Masque et sur-blouse, lavage de mains + soluté HA + gants stériles. Accueil NN dans drap stérile (champ), Cocon et sac stériles. Sondes dans leur sachet avant utilisation.

Ventilation : $FiO_2$ de début de prise en charge réglée à 21% = air, puis adaptée sur la $SaO_2$ avec respect des cibles. Insufflateur pièce en T recommandé si disponible. Réglages Néopuff® (voir protocole RP2S) : PEEP à 5 cm eau, pression insufflation à 20-25 (selon terme).

Il est recommandé d'appliquer une PPCN systématique avant la première minute de vie (+5 cm H2O) réalisable avec insufflateur pièce en T (Néopuff…) pour les enfants < 33 SA avec ventilation spontanée.
Les enfants prématurés qui ventilent spontanément et présentent une détresse respiratoire doivent être mis sous CPAP initialement plutôt que intubés pour être ventilés. Après les 10 premières minutes, tant qu'il existe une supplémentation en oxygène, adapter la FiO2 pour que la SpO2 ne dépasse pas 95%.
Éviter les variations brutales de FiO2. (voir protocole RP2S Détresse respiratoire nouveau-né en salle de naissance).

**Instillation intra-trachéale de surfactant (Curosurf®)**
Nécessite l'intubation trachéale. A discuter avec réanimateurs. 200 mg/kg (2,5 ml/kg). Réchauffé à température ambiante. Vérifier bonne position de la sonde trachéale avant instillation.

**Si CVO** nécessaire : position du cathéter à 3-4 cm (au lieu de 5 cm à terme).

Extrêmes prématurés : voir protocole RP2S *MAP 23-25 SA.* **Principes de prise en charge** :
- *Avant 23 SA : pas de prise en charge active, accompagnement palliatif.*
- *De 23 SA à 23+6 SA : concertation obstétrico-pédiatrique avec le type 3 puis avec les parents pour la prise en charge active ou palliative selon les facteurs de risque, corticothérapie administrée…*
- *De 24 SA à 24+6 SA : séchage, stimulation, ventilation au Néopuff® puis intubation/Surfactant et ventilation mécanique. Pas de compressions thoraciques (MCE), pas d'adrénaline.*
- *A partir de 25 SA : séchage, stimulation, ventilation au Néopuff® puis intubation si fréquence cardiaque < 100 ou détresse respiratoire. Réanimation complète avec MCE et Adrénaline IV jusqu'à 20 minutes.*

Quelle que soit la situation, ne pas hésiter à échanger avec néonatologue réanimateur par téléphone pour tout conseil. Demander systématiquement conférence à 3 avec la Cellule CRTPRA au 04 72 12 17 93. Se former régulièrement : répéter les gestes et participer aux sessions avec simulation en équipe du RP2S.