

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

Quelle est la place donnée aux soins de développement
au sein du pôle gynécologique et obstétrique des
hôpitaux universitaires de STRASBOURG ?

DOLIS Christophe

Né le 14/01/1994

Directeur : Mme HAMANN

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier Mme Virginie HAMANN, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de STRASBOURG, et directrice de ce mémoire, pour l'aide sans faille et le temps important qu'elle m'a consacré, mais aussi pour tous les conseils qu'elle a prodigué afin de mener à bien ce mémoire.

Mais aussi à Mme Chantal PROBST, sage-femme à l'hôpital du CMCO Schiltigheim pour ses précieux conseils.

Je tenais aussi à remercier Mme Anaïs NAGEL, et Mme Françoise METZ pour les corrections et tournures de phrases qu'elles ont apportées à ce travail.

Un grand merci à toute l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de STRASBOURG sans laquelle je ne serais jamais arrivé là où j'en suis aujourd'hui.

Je tenais aussi à remercier toutes mes camarades de classe qui m'ont toujours soutenu dans les moments difficiles, accompagné dans les moments de doute, de tristesse mais aussi pour tous ces moments de joie que l'on a vécu ensemble.

Sans oublier ma famille, un grand merci à ma mère et mon père qui durant toutes ces années d'études ont toujours su trouver les mots pour me soutenir dans les moments difficiles et qui ont toujours cru en moi. Mais aussi tous mes proches qui m'ont aidé d'une manière ou d'une autre pour la réussite dans l'obtention de mon diplôme

Abréviations

SF : Sage-femme

Nné : Nouveau-né

SDD : Soins de développement

EDIN : Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né

DAN : Douleur aigüe du nouveau-né

NIDCAP : Programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement

HUS : Hôpitaux universitaire de STRASBOURG

CMCO : Centre médico-chirurgical et obstétrical

HAS : Haute autorité de santé

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

CNRD : Centre national ressources douleur

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

AP : Auxiliaire de puériculture

AS : Aide-soignante

HTP : Haute-pierre

NR : Non répondant

EVA : Echelle visuelle analogique

EN : Echelle numérique

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

BSS : Bosse séro-sanguine

IHAB : Initiative hôpital ami des bébés

GREEN : Groupe de réflexion et d'évaluation de l'environnement des nouveau-nés

Sommaire

Sommaire	5
1 Introduction	7
2 Matériel et méthode	12
2.1 1 ^{ère} partie de l'étude : études des dossiers	13
2.2 2 ^{ème} partie de l'étude : questionnaire aux professionnels	14
2.3 Analyse	15
3 Résultats	17
3.1 Résultats audit clinique	18
3.1.1 Surveillance de la douleur	18
3.1.2 Traitement de la douleur	18
3.1.3 Traçabilité des gestes invasifs	18
3.1.4 Evaluation des systèmes de l'autorégulation	19
3.1.5 Surveillance de l'autorégulation	19
3.1.6 Education des parents	19
3.1.7 Le peau à peau	19
3.2 Résultats questionnaire	20
3.2.1 Généralités	20
3.2.2 Gestion de la douleur	20
3.2.3 Autorégulation	24
3.2.4 L'éducation des parents	26
3.2.5 Peau à peau et rythmes du nouveau-né	28
4 Discussion	30
4.1 Biais	31
4.2 Grille d'évaluation de la douleur	31
4.3 Prise en charge de la douleur	32
4.4 Evaluation des systèmes de l'autorégulation et surveillance	34

4.5	Education des parents.....	36
4.6	Le peau à peau	38
4.7	Mise en place des soins de développement en maternité.....	40
5	Conclusion	44
6	Bibliographie	46
7	Annexes	53

1 Introduction

Tout au long de sa carrière, la sage-femme (SF) est amenée à s'occuper de la femme enceinte, puis de la mère et du nouveau-né (Nné) durant le post-partum. La sage-femme dispense des soins et réalise des actes chez le nouveau-né. La sage-femme accompagne le couple et son enfant dans le respect, en veillant à leur bien-être et s'assure de la compréhension des soins(1). Le soin peut être reporté si la patiente en exprime le besoin. Il y a donc une adaptation de la SF dans sa pratique, du fait que la patiente puisse s'exprimer.

Du côté du Nné la pratique des soins est bien plus difficile, car il est impossible de recueillir verbalement son adhésion, ni de lui fournir des explications quant à la nature des soins. De même, il nous est impossible de savoir si nous mettons tout en œuvre pour le faire de la manière la moins invasive, et dans le respect de l'être humain comme nous le ferions chez un adulte ou un enfant plus grand (2-4).

D'autre part, si, aujourd'hui il nous paraît inconcevable de ne pas prendre en charge la douleur chez les Nnés, ce n'était pas le cas avant les années 1975-1980. En effet, le Nné était considéré comme trop immature pour pouvoir percevoir la douleur. Les médecins pensaient qu'il ne ressentait pas la douleur, ou seulement faiblement, et qu'il ne la gardait pas en mémoire(5). Il était habituel de faire des opérations chez le Nné sous curare sans autres produits anesthésiques ou antalgiques. Les médecins appréhendaient l'effet des produits anesthésiants, car il y avait peu de connaissances sur l'impact de ces derniers chez le Nné. En effet, il ne faut pas oublier que le système hépatique et rénal sont immatures chez le Nné. Le but étant de réduire la mortalité et la morbidité qui résulte de la pathologie dont souffre le Nné, la réduction de la douleur étant uniquement un objectif secondaire et donc non prioritaire(6).

Actuellement, prendre en charge la douleur est une obligation morale, éthique et légale, comme le stipule l'article L.1110-5 du code de santé publique, introduite par la loi Kouchner du 4 mars 2002 « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » mais aussi par l'article R.4127-37 du code de la santé publique expliquant qu'il faut s'efforcer de soulager en toutes circonstances les douleurs du patient(7,8).

L'évolution de la prise en charge de la douleur a été parallèle à celle des soins chez le Nné, avec l'apparition des soins de développement (SDD).

Ils sont nés dans les années 1980 après de nombreuses études, notamment les différents travaux du Dr BRAZELTON basés sur l'observation des comportements du Nné ainsi que les réflexions et observations du Dr ALS chez les prématurés(9), ou les Nné à terme ayant une pathologie (maladie, ou accouchement difficile) en unité de néonatalogie.

Les soins de développement sont définis par toutes les stratégies mises en place, pour favoriser un développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré. Les stratégies sont environnementales et comportementales avec, par exemple, la réduction des stimulus nocifs, l'adaptation du niveau lumineux, le respect du cycle jour/nuit, la diminution du bruit ambiant, la diminution où le regroupement des soins et la limitation des procédures douloureuses qui ont un impact sur l'état de santé (10).

Auparavant les soins étaient plutôt centrés sur le soignant pour des raisons de fonctionnement de service et ils prenaient très peu en considération le rôle des parents dans l'inclusion aux soins. De nombreuses études ont permis d'améliorer les pratiques en montrant l'efficacité des soins centrés sur la compréhension des Nnés. Les soins centrés sur le Nné passent par une promotion du peau à peau et de l'allaitement, une prise de conscience de la lutte contre la douleur à l'aide de grilles validées d'évaluation de la douleur chez le Nné (EDIN : Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né, DAN : Douleur aiguë du nouveau-né)(11)(cf annexe I). Les soins sont prodigués lorsque le Nné est disponible, et si possible avec la présence des parents. Les soins sont adaptés en fonction du rythme du Nné et de ses capacités (respect des périodes de sommeil et d'éveil, adaptation de l'intensité lumineuse et sonore). Toutes ces évolutions dans la prise en charge du Nné prématuré ou à terme ayant une pathologie ont eu pour effet de réduire la période d'hospitalisation et les séquelles de la prématurité de manière significative(4,12–14).

Les SDD considèrent le Nné comme un collaborateur actif dans les soins, et cela même s'il ne dispose pas de moyen de communication verbale.

Le Nné continue son développement après la naissance et il est conditionné par son environnement. Les parents doivent être les premiers donneurs de soins, et les équipes doivent être attentives au respect du bien-être du Nné.(4,12,15,16)

Pour donner suite aux SDD, un programme a été créé dans les années 1990, le NIDCAP. Le terme NIDCAP est un acronyme signifiant en français : Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement. « C'est un programme de soins destiné aux nouveau-nés prématurés. Son but est d'optimiser le développement neuro-comportemental de ces enfants nés trop tôt en réduisant le stress et en répondant à leurs besoins spécifiques en collaboration avec la famille. »(17). Ce programme que l'on retrouve uniquement en unité de néonatalogie ne concerne que les Nnés qui sont nés prématurément, ou qui ont une pathologie devant être prise en charge à la naissance de manière spécialisée. Par l'aide de diverses techniques apportées par les SDD, nous avons constaté qu'elles permettent au Nné de se développer de manière harmonieuse et dans le respect de ses rythmes. Il s'agit d'une observation fine des comportements du nouveau-né afin d'y adapter des soins de développement spécifiques à l'enfant. Lors de la manipulation ou d'une intervention, on évalue les comportements du nouveau-né afin d'y apporter les gestes adaptés à son niveau d'autorégulation(4,18–20).

Fort du succès du programme NIDCAP au sein des hôpitaux universitaires de STRASBOURG (HUS), mené par le professeur KUHN pédiatre au service de néonatalogie de Hautepierre, l'encadrement a souhaité développer les SDD à tous les Nnés de la maternité. Un cycle de formation a été mis en place à destination de tous les professionnels de maternité, afin de les sensibiliser aux SDD. Les orientations de cette formation répondent aux exigences du développement professionnel continu selon l'arrêté du 8/12/15 en matière de bientraitance et de soulagement de la douleur chez le Nné(21).

les professionnels de santé doivent par tous les moyens continuer leur formation continue, plus connue sous la dénomination du développement professionnel continu, régis par le décret 2011-2113(22). Ainsi ils peuvent garder à jour leurs connaissances théoriques et pratiques, mais aussi approfondir les connaissances dont ils disposent déjà. Par ce fait ils développent une bonne pratique clinique en adéquation avec l'état actuel de la science.

Un des axes d'orientation du développement professionnel continu est la prise en charge de la douleur.

Cette formation a pour objectif de permettre à chacun d'avoir la capacité de déceler et d'interpréter les comportements propres à chaque Nné, à attacher de l'importance au développement du Nné pour l'aider à construire son sentiment de sécurité et à « bien traiter ». La formation permet l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques concernant le comportement du Nné, l'adaptation de l'environnement hospitalier et des soins aux compétences du Nné et l'art de conforter les parents dans leur rôle de co-acteurs principaux dans le développement de leur enfant.

Suite à cette formation, nous nous sommes questionnés sur la mise en pratique des concepts abordés.

Quelle est la place donnée aux soins de développement au sein du pôle gynécologique et obstétrique des hôpitaux universitaires de STRASBOURG ?

Notre objectif est d'évaluer la pratique des SDD au sein des équipes du CMCO (centre médico-chirurgical et obstétrical) et de la maternité de HautePierre. Notre objectif secondaire est d'identifier les freins à la mise en pratique des principes des SDD par les professionnels des maternités et de dégager des axes d'améliorations des pratiques.

Les hypothèses sont les suivantes :

- les SDD sont intégrés dans les pratiques par les équipes soignantes du CMCO et HautePierre.
- Le manque de moyens humains et matériels est un frein à la bonne mise en pratique des soins de développement.
-

2 Matériel et méthode

Afin d'évaluer les pratiques professionnelles concernant les soins de développement, nous avons choisi d'utiliser la méthode de l'audit clinique. Ce dernier s'est déroulé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, plus précisément l'hôpital de Hautepierre (HTP) et du CMCO au sein du pôle de gynécologie et d'obstétrique. Les deux maternités comptaient en 2018, 6140 accouchements par an (3226 pour le CMCO et 2914 pour HTP).

2.1 1^{ère} partie de l'étude : études des dossiers

La première partie de l'audit consistait en l'analyse des dossiers des Nnés (annexe II).

En effet, ils comportent des items permettant de retranscrire tous les actes de SDD. La période sélectionnée pour le recrutement des dossiers a été définie du 1^{er} janvier 2018 au 1^{er} février 2018 soit 1 mois et cela pour les deux maternités.

Les critères d'inclusion des dossiers étaient :

- Nné à terme d'au moins 37 semaines d'aménorrhées
- Poids de naissance supérieur à 2500g
- Présence du dossier du Nné

Les dossiers étaient exclus de l'étude s'ils remplissaient l'un des critères suivants :

- Nné avec une pathologie
- Nné transféré en maternité à la suite d'un séjour en néonatalogie

Pour des raisons logistiques, il a été décidé de prendre un total de 60 dossiers, 30 dossiers issus de l'hôpital de HTP et 30 dossiers issus du CMCO sur les 300 dossiers de la période d'inclusion. Le tirage au sort a été fait à l'aide du logiciel Excel et l'outil de génération de nombres aléatoires, parmi tous les dossiers répondant aux critères d'inclusion durant cette période. Une fois le tirage fait, nous nous sommes rendu compte que nous avons un trop faible échantillon de bébés à risque de douleur dès la naissance. C'est pourquoi, il a été décidé de rajouter 10 dossiers de Nné ayant présenté ce facteur de risque.

Pour la création de la grille d'audit, nous nous sommes basés sur les éléments présents dans les dossiers-bébé qui étaient :

- Prise en charge de la douleur : prévention et traitement
- Accompagnement des parents (présents lors des soins)

- Tableau de surveillance glycémique
- Information éducative sur l'état général du Nné et sur les soins d'hygiène
- Signes d'approche et de retrait durant un soin
- Feuille de surveillance journalière : Nné auprès de sa mère
- Les transmissions ciblées
- Evaluation de la douleur par l'EDIN

Ces critères ont été définis avec des niveaux d'atteinte en accord avec les recommandations en vigueur, comme celles qui ont été décrites par la haute autorité de santé (l'HAS), l'agence nationale de sécurité du médicament (l'ANSM), le centre national ressources douleur (CNRD), l'association Pédiadol, et le comité de lutte contre la douleur (CLUD) (cf. annexe III)(23–34).

Une fois la grille créée, elle a été testée sur 5 dossiers non inclus.

S'agissant d'une démarche qualité, l'autorisation de consultation des dossiers avait été demandée par l'intermédiaire d'un courriel adressé à monsieur le professeur Bruno LANGER, ainsi qu'aux cadres de santé Mme Nadine KNEZOVIC et Mme Véronique SITTLER. Leurs réponses ont été favorables pour la réalisation de cet audit clinique.

Une fois l'autorisation obtenue, nous nous sommes rendus aux archives du CMCO et de l'hôpital de HTP, afin de pouvoir recueillir des données parmi les dossiers inclus dans l'étude. Les informations obtenues ont été retranscrites dans la grille sous format papier pour des raisons logistiques puis les données ont été reportées, à distance, dans un tableau à l'aide du logiciel Excel pour réaliser l'analyse.

2.2 2^{ème} partie de l'étude : questionnaire aux professionnels

L'étude des dossiers a été complétée par une enquête auprès des professionnels ayant travaillé sur la même période pour combler la perte d'information liée à un non-remplissage des items et pour approfondir certains critères non disponibles dans les dossiers. En effet ; par exemple nous n'avons pas retrouvé de trace de peau à peau, ou encore l'éducation faite aux parents n'était presque jamais complétée dans le dossier du Nné. De plus, la prévention de la douleur et le moyen utilisé n'étaient que faiblement présents voire inexistantes.

Nous avons choisi un auto-questionnaire pour réaliser cette enquête. Le questionnaire était composé de questions fermées à choix multiples et de questions ouvertes afin

que les professionnels puissent y répondre librement et s'exprimer sur leur pratique professionnelle (cf. annexe IV).

Il a été testé sur un petit échantillon de sages-femmes (n = 3) n'ayant pas exercé sur la période d'inclusion et cela 1 mois avant la distribution officielle des questionnaires.

Nous avons demandé aux cadres l'autorisation de distribuer les questionnaires aux professionnels concernés sous format papier, la demande avait été faite par mail avec présentation du questionnaire.

Une fois l'autorisation obtenue, les questionnaires ont été mis dans des enveloppes nominatives pour les sages-femmes qui ont exercé durant cette période dans les services concernés. Au total, ceci équivalait à 38 sages-femmes (18 pour HTP et 20 pour le CMCO).

Une enveloppe Kraft a été mise à disposition dans les pouponnières, afin que les AS/AP et puéricultrices puissent aussi avoir accès au questionnaire. Il y avait en tout 50 AS/AP (20 sur le site de HTP et 30 pour le CMCO).

Lors du dépôt dans les différents services les professionnels présents ont reçu une information sur le principe de notre étude, en quoi elle consiste, et ce que nous cherchons à démontrer. Il leur a aussi été demandé de faire suivre les questionnaires lors des changements d'équipe. Les réponses ont été récupérées dans une enveloppe mise à disposition dans les différentes pouponnières. L'anonymat était observé. Une lettre de consentement et d'explication accompagnait le questionnaire, afin que les professionnels comprennent le but de ce travail.

Les questionnaires ont été mis à disposition du 1 juillet 2018 au 31 janvier 2019, il y a eu en moyenne 1 relance par mois sur les deux pôles de gynécologie-obstétrique.

Malgré ces relances, le taux de réponses papier n'était pas concluant. Nous avons donc opté pour une relance informatisée. De plus, le service du CMCO a égaré l'enveloppe Kraft qui contenait les réponses des soignants, ce qui entraîne un biais.

2.3 Analyse

Les analyses ont toutes été faites à l'aide du logiciel Excel (version logiciel 1907). Les données ont été retranscrites dans le tableur en fonction des différents items pour pouvoir analyser les données récoltées.

Les questions à choix multiples ont été analysées sous forme de fréquence de parution. Toutes les questions ouvertes ont été analysées par regroupement en catégories.

3 Résultats

3.1 Résultats audit clinique

Pour cette étude, nous avons inclus 83 dossiers cliniques de Nné, répartis de la manière suivante : 42 dossiers issus du CMCO et 41 issus de la maternité de HTP. Les dossiers ne présentant aucun contexte particulier étaient au nombre de 56 soit 67.47%, répartis de manière homogène entre les deux sites. Les bébés ayant un contexte de douleur étaient au nombre de 27, ce qui représente 32.53% de tous les dossiers inclus durant la période ; équitablement répartis, 14 pour le CMCO et 13 pour HTP.

3.1.1 Surveillance de la douleur

Dans les 56 dossiers sans contexte, nous notons toutefois une surveillance de la douleur dans 39,29 % des cas durant le séjour à la maternité au moins une fois. Cependant, le motif qui a amené l'équipe soignante à faire cette surveillance n'a pas été retrouvé dans le dossier médical ou dans les transmissions ciblées. Sur les 27 Nnés présentant un contexte de douleur, seuls 44.44% ont eu au moins une surveillance de la douleur durant leur séjour alors que le niveau d'atteinte du critère est de 100%. De plus, les critères de surveillance de la douleur au moyen de la grille d'EDIN selon les recommandations actuelles n'étaient jamais atteints : aucune grille EDIN remplie dans les 27 dossiers.

3.1.2 Traitement de la douleur

L'ensemble des Nnés ayant un contexte de douleur ont reçu un traitement antalgique à la naissance ce qui représente une atteinte de l'objectif à 100%.

Seulement 48.15% ont reçu un traitement supplémentaire durant leur séjour et 51.85% n'ont reçu aucun traitement. Les items recherchés comme la présence d'un système de contention (coussin d'eau), le peau à peau et la présence parentale, n'ont pas pu être évalués car il n'y a jamais eu de traces écrites dans les dossiers (ni dans la partie transmissions ciblées maman ni bébé).

3.1.3 Traçabilité des gestes invasifs

La traçabilité des glycémies capillaires est renseignée dans 100% des dossiers concernés. De plus la prise en charge de la douleur au moment du geste et la présence parentale sont renseignées dans 100% des dossiers concernés.

Pour le dépistage néonatal nous retrouvons la traçabilité du geste dans 100% des dossiers mais la présence parentale et/ou la prévention de la douleur ne sont jamais renseignées.

3.1.4 Evaluation des systèmes de l'autorégulation

Cette partie était bien remplie. Sur les 83 dossiers inclus, 65 étaient complets et bien remplis soit 78.31%, 14.46% partiellement et pour 3.61% aucune évaluation n'a été faite. Par exemple, il y avait 4 Nnés qui avaient des difficultés à gérer leur température durant leur séjour. Ainsi, des moyens techniques ont été mis en place comme la rampe chauffante, le peau à peau ou encore la couveuse pour corriger leur température.

3.1.5 Surveillance de l'autorégulation

La surveillance de l'autorégulation était complète sur les 83 dossiers inclus. Dans 95.18% des dossiers, les critères de la surveillance de l'autorégulation avaient été remplis au moins une à deux fois par jour. Les actions qui ont été entreprises pour faciliter l'autorégulation du Nné n'ont pas pu être évaluées, car il n'y avait de traces écrites de cas de bébé désorganisé dans aucun des dossiers.

3.1.6 Education des parents

Seuls 4,82% des dossiers présentaient la validation de l'action d'éducation des parents sur les différents thèmes, dont seulement 2 dossiers avec tous les critères validés (peau à peau, information sur les rythmes, capacités sensorielles, compétences du Nné, signes de satiété, portage).

Deux autres dossiers abordaient les mêmes thèmes à l'exception du portage et du peau à peau. Deux autres ne mentionnaient que les signes de satiété.

Dans 92,77 %, aucune traçabilité de l'éducation parentale n'est présente.

3.1.7 Le peau à peau

La surveillance du peau à peau est effectuée à 100% en salle de naissance, mais nous n'avons pas trouvé de trace de peau à peau au courant des séjours pour l'ensemble des dossiers. Dans les dossiers où le peau à peau a été fait pour défaut de régulation de la température il n'y avait pas de trace de surveillance.

3.2 Résultats questionnaire

3.2.1 Généralités

Le taux de retour des questionnaires est de 27,27%. Sur les 88 professionnels concernés par la période de l'audit seules 11 sages-femmes, 8 auxiliaires et 5 puéricultrices ont répondu. La catégorie professionnelle ayant le moins répondu au questionnaire est celle des auxiliaires de puériculture, avec seulement 16% de participation.

Sur les 24 professionnels ayant répondu au questionnaire, 16 ont bénéficié d'une formation de type NIDCAP ou de la formation « co-naitre » et 7 n'ont eu aucune formation complémentaire.

3.2.2 Gestion de la douleur

3.2.2.1 Grilles d'évaluation de la douleur

La majorité des professionnels interrogés (23 sur 25) disent avoir facilement accès aux différentes grilles d'évaluation de la douleur.

Les circonstances qui amènent à utiliser la grille sont variées. Néanmoins une tendance se dégage parmi les réponses, 76% professionnels interrogés utilisent la grille dès qu'il y a un contexte de douleur et 23 % ne l'utilisent jamais (figure 1).

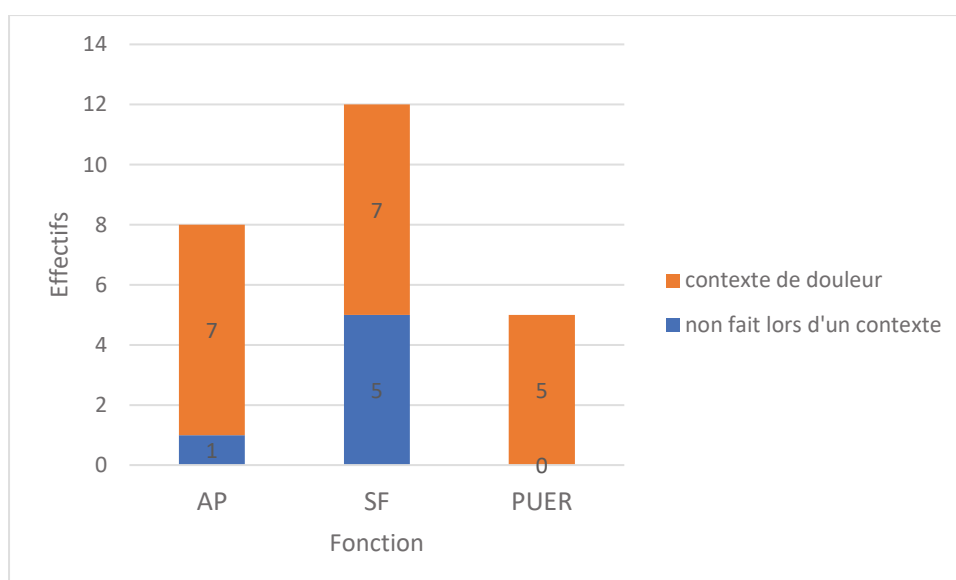


Figure 1 : Répartition par professionnel de l'utilisation de la grille d'EDIN

Les professionnels l'utilisent aussi lors d'autres circonstances, comme par exemple en cas de gémissement (72%), ou s'il y a des pleurs qui ne se calment pas (84%). Elle

est moins fréquemment utilisée en cas de difficultés d'alimentation (12%) et de perturbation du sommeil (16%) (figure 2).

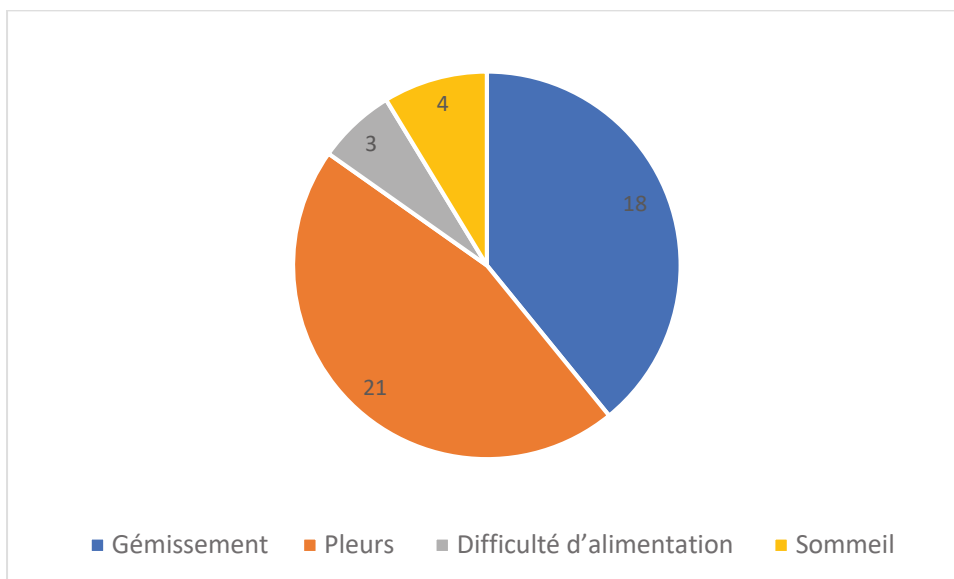


Figure 2 : Circonstances amenant les professionnels à utiliser la grille d'évaluation de la douleur (effectifs).

En ce qui concerne la fréquence d'utilisation des grilles, 8% des professionnels disent l'utiliser systématiquement lors des 2 premiers jours, 8% l'utilisent une fois par équipe, la grande majorité des professionnels soit 80% des soignants l'utilisent sur signe d'appel et un professionnel l'utilise très peu (figure 3)

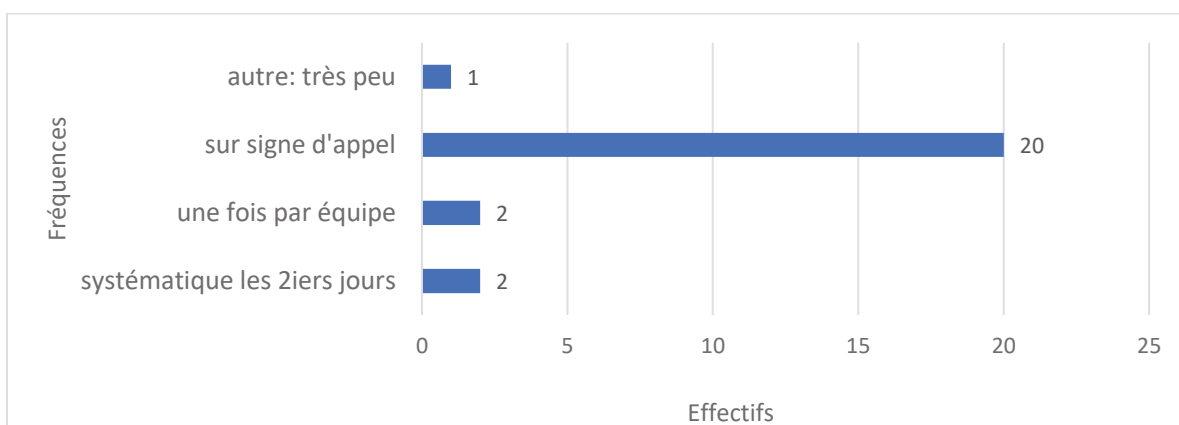


Figure 3 : Fréquence d'utilisation de la grille

3.2.2.2 Prévention de la douleur

Pour 96% des professionnels (n = 24), la douleur est prévenue lors de chaque acte douloureux (Guthrie, dextro ou autre) chez le Nné. Une personne n'a pas donné de réponse.

Concernant les méthodes employées pour prévenir la douleur, tous les professionnels utilisent la méthode du sirop de glucose combinée avec la succion. Seuls 56% proposent de faire le prélèvement au sein. En fonction de la possibilité et du souhait des parents, leur présence est sollicitée par 76% des professionnels. Pour 12% l'emballage est aussi proposé (figure 4).

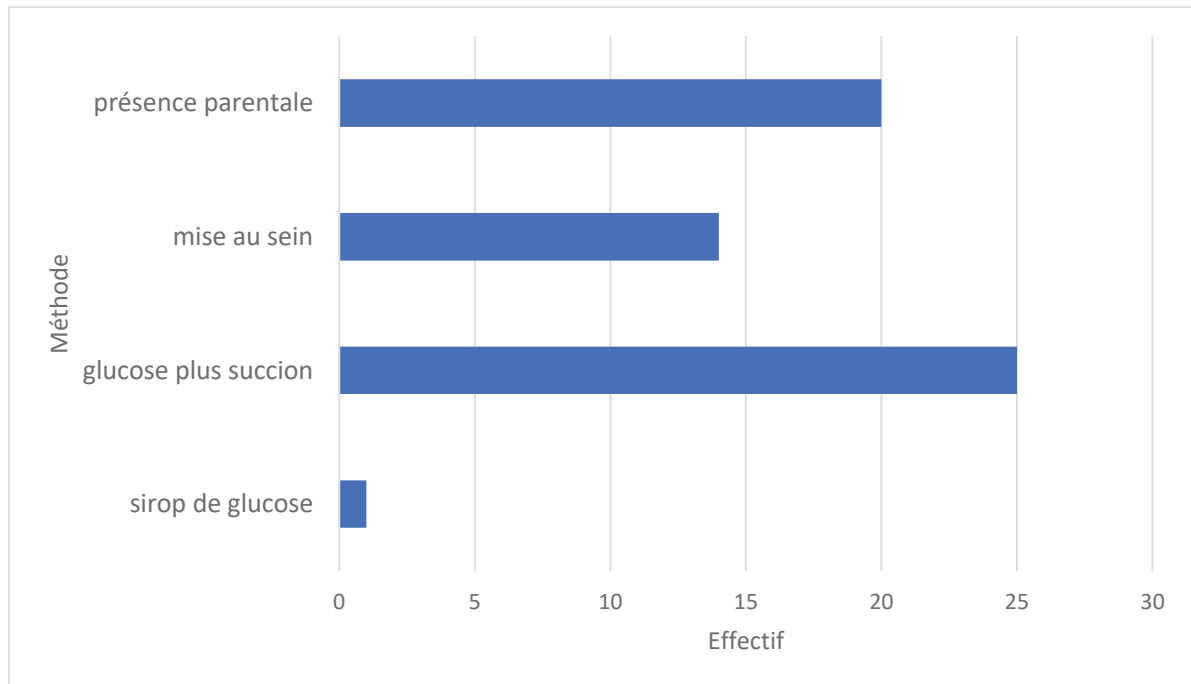


Figure 4 : Méthode utilisée par les professionnels pour prévenir la douleur

Les soins ou gestes douloureux sont faits au maximum avec la présence d'un des parents par 76% des soignants, 8% le font le plus souvent possible, 4% ne le font jamais en présence des parents et 12% ne se sont pas prononcés (non-répondant : NR) (figure 5).

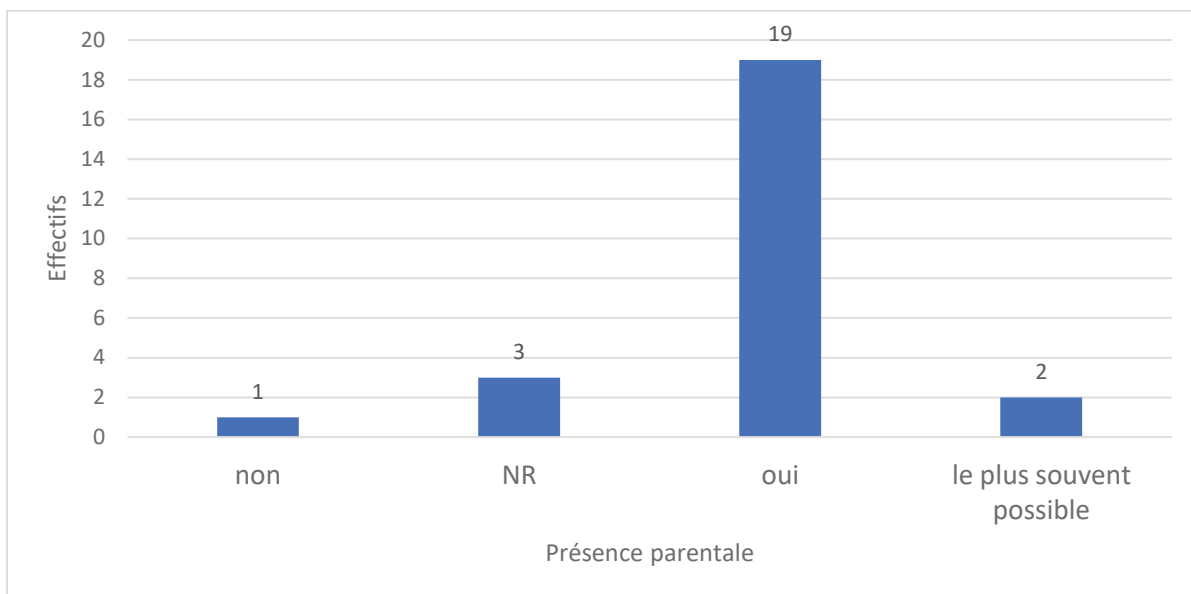


Figure 5 : Présence parentale lors des soins

Pour 16% des professionnels qui ne le font pas forcément avec les parents, les raisons sont les suivantes : « en fonction de l'envie des parents », « choix des parents ».

Les professionnels impliquent au maximum les parents dans les soins, pour 92% d'entre eux.

En ce qui concerne la pose de crème ou patch de EMLA, 72% posent la crème, 8% le patch, 4% des professionnels utilisent les deux méthodes et 16% n'ont pas fourni de réponse (figure 6).

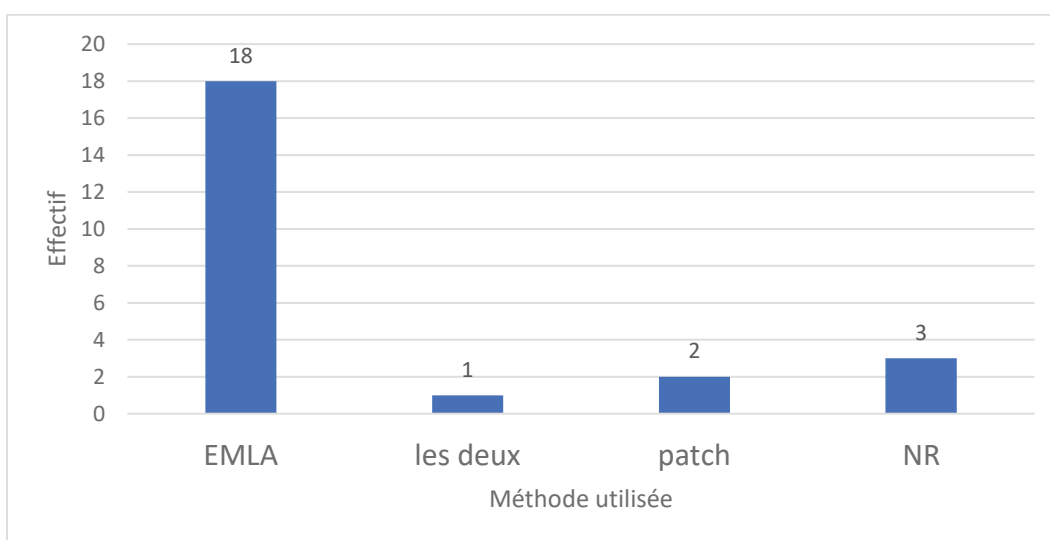


Figure 6 : Utilisation des anesthésiques locaux

Pour 78% des professionnels l'EMLA où le patch est utilisé pour les vaccins, 8% pour les prélèvements sanguins et 20% des professionnels n'ont pas fourni de réponse (figure 7).

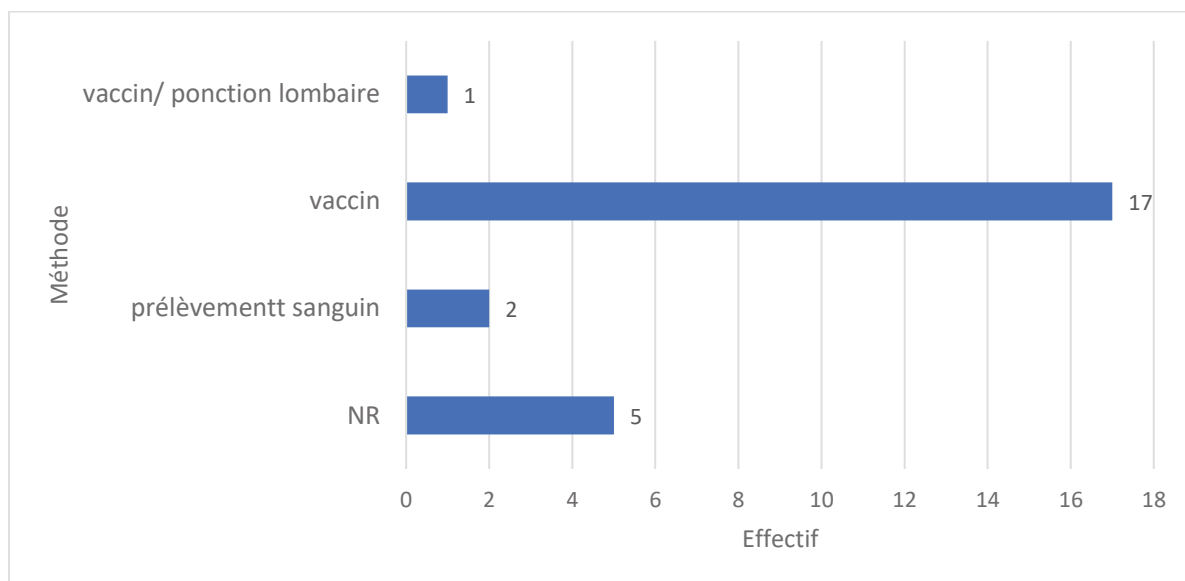


Figure 7 : Circonstances amenant l'application d'anesthésiques locaux

3.2.3 Autorégulation

Les professionnels se basent sur les critères suivants pour caractériser le niveau d'organisation du nouveau-né :

- Le comportement calme/ détendu du bébé pour 68% des professionnels (N=17).
- Le tonus/ réflexe tel que le Moro pour 52% des soignants (N=13).
- Le rythme éveil/ sommeil pour 32% d'entre eux (N=8).
- Le rythme d'alimentation pour 20% des professionnels (N=5).

Pour aider un bébé désorganisé, les professionnels utilisent les techniques suivantes (figure 8) :

- L'emballotage qui est pratiqué par 80% des professionnels.
- Le peau à peau est utilisé pour 36% des soignants,
- Le portage pour 32% d'entre eux.
- La parole/ présence des parents pour 28% des soignants.

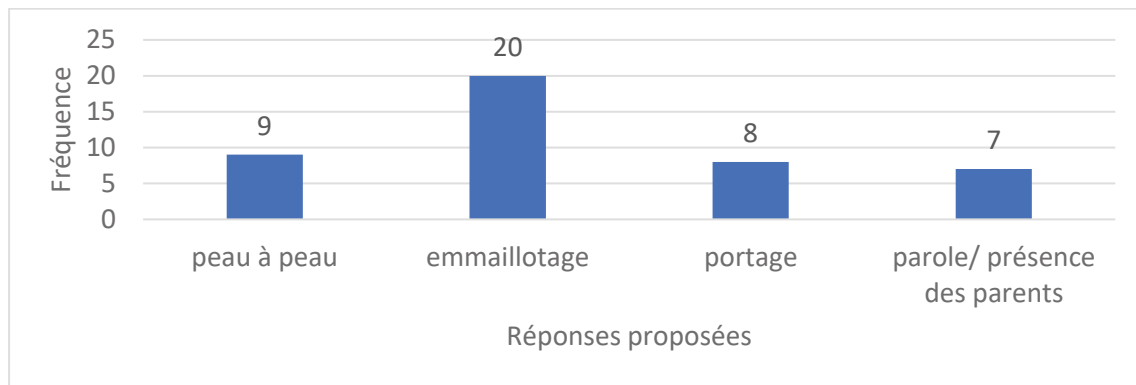


Figure 8 : Techniques utilisées par les professionnels dans le cas de Nné

Lorsque le Nné est désorganisé, il existe une grille qui permet d’apprécier le degré de désorganisation par des signes cliniques transmis par le Nné. Cependant, 68% des soignants disent ne pas utiliser la grille d’inconfort du Nné, 16% l’utilisent et 16% des professionnels n’ont pas donné de réponse (figure 9).

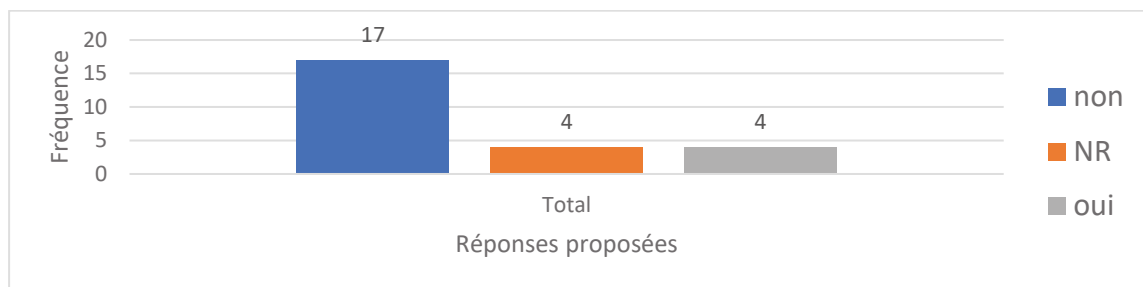


Figure 9 : Fréquence d’utilisation de la grille d’inconfort

Les techniques des soins de développement utilisées par les professionnels afin de soutenir l’organisation des Nné lors des soins sont les suivantes (figure 10) :

- Faire le bain et/ou pesée enveloppés pour 60%
- La parole/ présence parentale 28%
- Adaptation de l’environnement (baisse de la lumière et température de la pièce) 24%
- Respect des rythmes du bébé 20%

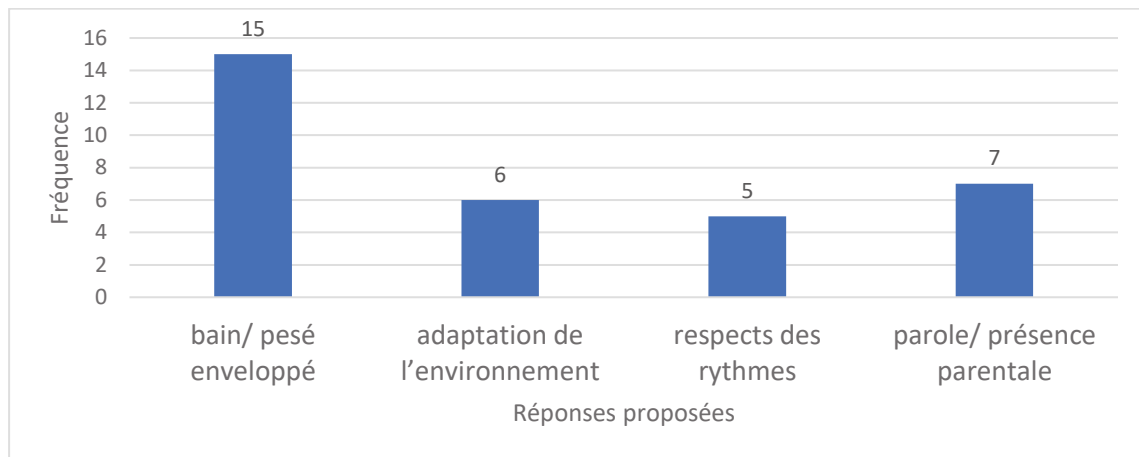


Figure 10 : Techniques de SDD utilisées par les professionnels lors des soins

3.2.4 L'éducation des parents

Les parents sont sensibilisés à l'influence de l'environnement et au respect des rythmes physiologiques du Nné pour 84% des professionnels de la santé. Cela est fait lorsque les professionnels font leur tournée dans les services, mais aussi lors de soins spécifiques chez le Nné, ou encore simplement lorsque les parents sont demandeurs et/ou perdus.

Lors du séjour des parents à la maternité, l'équipe soignante dispense aux jeunes parents un certain nombre de conseils et d'explications sur les différentes capacités et besoins du Nné. Les informations données aux parents se font au sujet des thèmes suivants (figure 11) :

- Signe de satiété/ alimentation pour 100% d'entre eux.
- Peau à peau pour 92% des soignants.
- Rythme veille/ sommeil pour 84% des professionnels.
- Prise en compte dans les soins des rythmes du Nné pour 80%.
- Portage et compétences pour 76% des praticiens.
- Capacités sensorielles du Nné pour 56% d'entre eux.

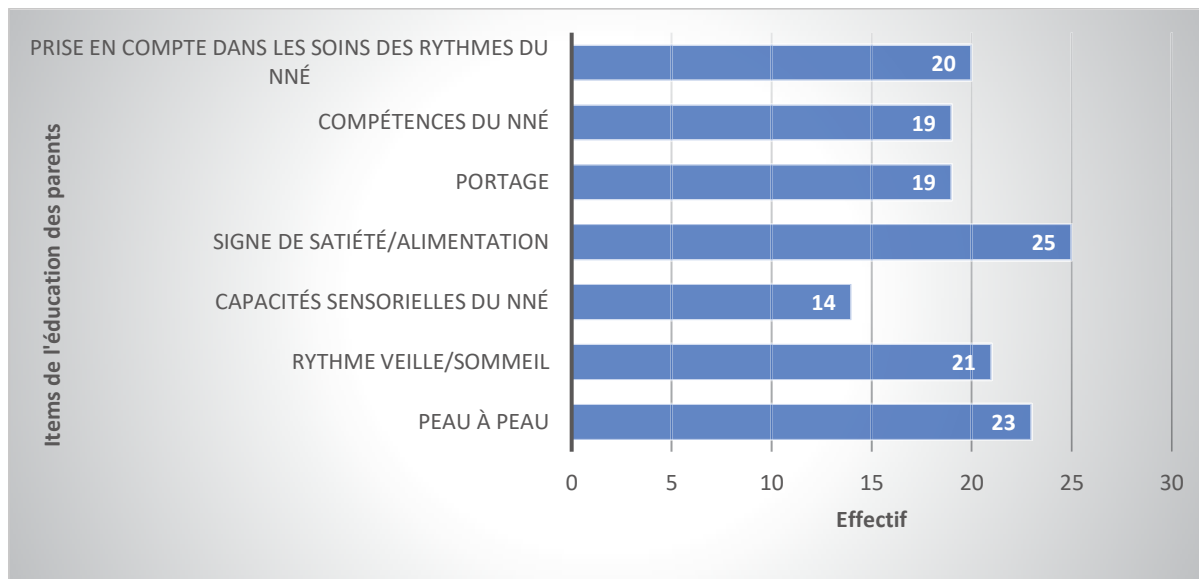


Figure 11 : Items abordés par les professionnels durant le séjour lors de l'éducation parentale

Pour 88% des professionnels (n= 22), les parents sont sensibilisés durant le séjour à l'environnement et aux rythmes de leur Nné.

L'éducation des parents peut se faire n'importe quand durant le séjour à la maternité, c'est pourquoi, pour 88% des professionnels, les conseils sont fournis lors des soins dispensés au Nné. Si ce n'est pas possible, l'éducation est au minimum faite une fois par jour pour 84% de l'équipe soignante. Seuls 44% d'entre eux disent encore fournir plus d'informations au moment de préparer la sortie de la triade. Pour 20% des professionnels elle est faite autant que possible durant le séjour, c'est-à-dire à chaque visite aux parents dans leur chambre.

Pour la grande majorité des professionnels, il n'y a pas de distinction entre primipare et multipare en termes d'éducation donnée aux parents, seuls 12% appuient plus sur l'éducation chez les primipares.

Lorsque nous avons questionné l'équipe soignante sur les différents moments durant lesquelles elle éduque les parents, nous avons constaté que cette information débute majoritairement dès la première alimentation ou lors des visites quotidiennes de l'équipe. D'autre part, ces maternités proposent des consultations d'allaitement, qui permettent également une meilleure éducation du couple dans les semaines suivant la naissance.

Par exemple, les professionnels rendent les parents vigilants dès la naissance aux signes de faim. C'est-à-dire lorsque le Nné est en éveil calme et montre des signes de recherche (reflexe des points cardinaux, de succion). Ils précisent également aux parents qu'il ne faut pas attendre les pleurs de l'enfant, qu'il soit trop agité pour le nourrir.

Une majorité des professionnels, ce qui représente 56% des personnes interrogées, respectent les rythmes du Nné. Pour 16% d'entre eux cela est fait dans la mesure du possible. Ce n'est pas toujours possible pour 8% des professionnels. Ainsi, si nous regroupons ces 3 dernières catégories cela représente 28% des professionnels qui voudraient respecter les rythmes du Nné mais qui, pour des commodités de service, ne le font pas forcément (Pour la visite du pédiatre, ou un bilan sanguin à faire chez le Nné par exemple). Cependant, 4 % des personnes interrogées ne les respectent pas. Pour 16% des professionnels nous n'avons pas eu de réponse (figure 12).

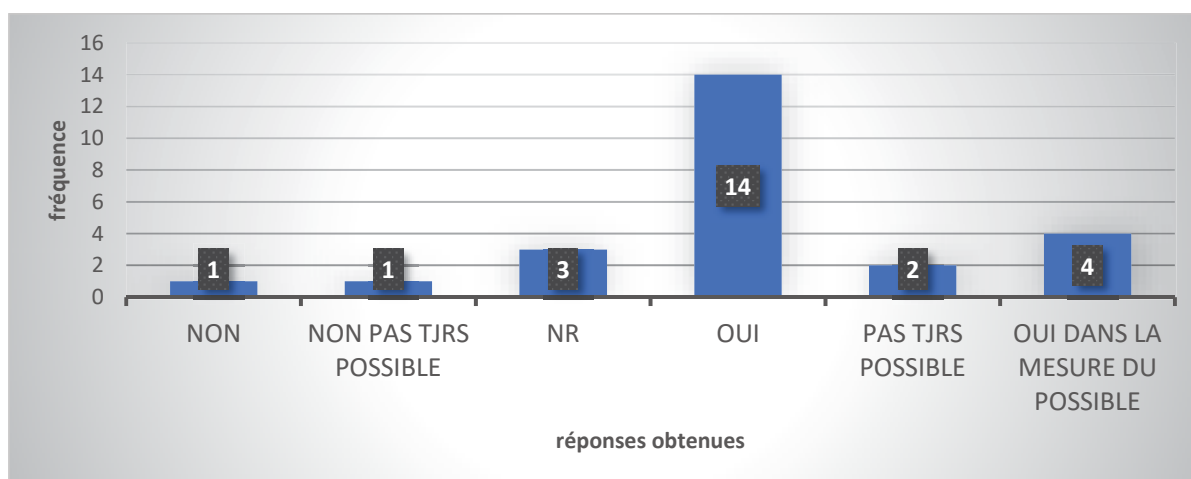


Figure 12 : respect des rythmes du Nné lors du séjour par les professionnels

3.2.5 Peau à peau et rythmes du nouveau-né

Le peau à peau est facilement proposé dans les services, la réponse est unanime tous les professionnels le proposent n= 25.

Tous les soignants informent les parents sur les bénéfices du peau à peau.

Les raisons qui poussent les professionnels à proposer le peau à peau sont les suivantes (figure 13) :

- Régularisation de la température dans 100% des cas.

- Pour favoriser l'allaitement dans 92% des cas.
- Régularisation des glycémies dans 84% des cas.
- Traitement de la douleur dans 76% des cas.
- Aider l'enfant à s'organiser dans 72% des cas.

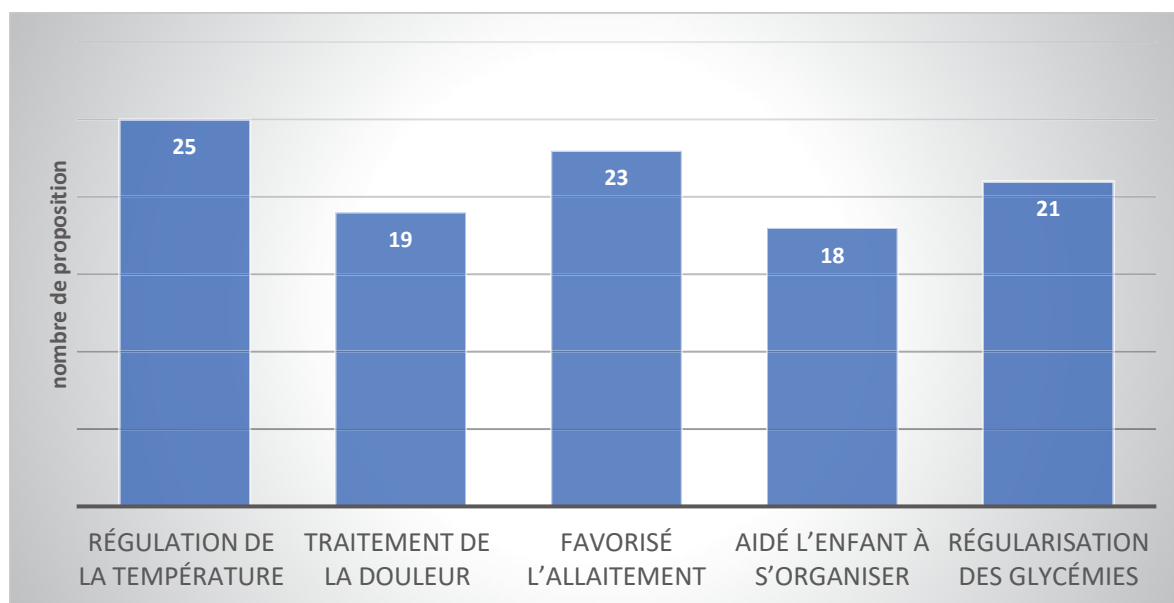


Figure 13 : Motifs amenant à proposer la technique du peau à peau.

Le peau à peau n'est pas proposé par manque de temps par 8% des soignants, 8% ne le trouvent pas adapté à la situation. Les 84% restant n'ont pas répondu à la question.

Le critère principal de surveillance lorsque l'on fait du peau à peau est la température pour 92% des professionnels. Pour 40% d'entre eux, l'installation/la position est aussi un critère de surveillance afin d'avoir les voies aériennes supérieures libres (classé dans la rubrique autre). Pour 16% des soignants, la saturation est surveillée et 12% la fréquence cardiaque.

4 Discussion

4.1 Biais

L'un des biais majeurs à cette étude est la perte de la pochette Kraft contenant des questionnaires dans la maternité du CMCO, ce qui a entraîné une perte de données. Notre taux de réponses obtenues est donc insuffisant. Le reflet des pratiques professionnelles issues du questionnaire n'est peut-être pas celui des pratiques réelles, l'échantillon étant insuffisant.

4.2 Grille d'évaluation de la douleur

La douleur est une des composantes qui prend une part importante dans les SDD, or le Nné ne dispose pas encore comme un adulte de la parole, il est donc impossible de faire une estimation de la douleur par échelle visuelle analogique EVA ou encore l'échelle numérique EN. Ainsi, les grilles d'évaluation de la douleur, permettent d'observer les signes cliniques de la douleur du Nné. Il faut observer le Nné dans sa globalité. Ce sont des grilles validées scientifiquement. Certains groupes d'experts comme le groupe Pédiadol et la société canadienne de pédiatrie conseillent de dépister la douleur avant et après un acte douloureux, ou encore un dépistage une fois par équipe, 3 fois par jour, voire plus en fonction des signes douloureux que présentent le Nné. Pour cela, il faut se servir de ces grilles. (31,35).

La première échelle d'Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du nouveau-né (EDIN) est l'échelle la plus utilisée actuellement (annexe I). Elle se base sur 5 critères comportementaux : l'observation du visage, du corps, de la relation avec le soignant ou les parents, de la qualité du sommeil et de la possibilité de réconfort du nouveau-né.

Pour que cette grille soit bien utilisée, il faut faire une observation prolongée du Nné.

Il faut parfois plusieurs examinateurs pour pouvoir analyser tous les critères. Aussi faut-il encore l'utiliser fréquemment afin de pouvoir s'approprier la grille et la maîtriser. Chaque critère est noté entre 0 et 3, une fois les critères remplis, nous obtenons un score entre 0 et 15. Si le score est supérieur ou égal à 5 cela traduit une douleur, ce qui doit entraîner une prise en charge. Un score entre 0 et 4 évoque un inconfort (23,36).

La deuxième échelle, qui observe la Douleur Aigüe du Nouveau-né (DAN), prend en compte l'expression faciale et vocale du Nné et ses mouvements au cours d'un geste

invasif (annexe IV). Elle peut être utilisée pour le Nné à terme ou prématuré, et cela jusqu'à ses 3 mois. Nous obtenons un score entre 0 et 10(37).

Cependant, nous retrouvons dans nos résultats une faible utilisation des grilles malgré leur connaissance. Aucune grille n'a été retrouvée dans les dossiers, notamment ceux où un contexte de douleur était présent.

De plus, ces grilles peuvent être utilisées par les parents, si nous leur expliquons les modalités d'utilisation. Ce sont eux les premiers acteurs et donneurs de soins.

Ces grilles pourraient être systématiquement mises dans les feuilles de surveillance quotidienne notamment lors des contextes de douleur. Ce sont des outils qui peuvent permettre aux parents d'être rassurés dans leurs compétences, en améliorant l'observation de leur Nné.

4.3 Prise en charge de la douleur

Il y a, en SDD, différents moyens de prendre en charge la douleur, la première façon est médicamenteuse et la seconde non médicamenteuse.

La méthode médicamenteuse passe par l'utilisation du princeps suivant, le paracétamol largement utilisé chez le Nné. C'est l'antalgique le plus utilisé en maternité, les voies d'administration principales sont la voie rectale et la voie orale.

Cependant, la voie rectale, malgré une utilisation fréquente, n'offre qu'une absorption limitée et aléatoire du fait de la petite surface de muqueuse rectale disponible. La posologie est de 50mg par 6 heures sans dépasser les 200mg par jour.

Par voie orale, recommandée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'absorption est bien meilleure mais avec un délai d'action plus important d'environ 30 à 60min. La posologie est de 15mg/kg avec une administration possible toutes les 6 heures(38).

Si cette méthode est facilement mise en place directement à la naissance après une extraction instrumentale ou une importante bosse séro-sanguine (BSS), son application durant le séjour est beaucoup plus rare. Très peu de Nné ayant un contexte de douleur dès la naissance ont reçu une deuxième dose, la faible traçabilité dans les dossiers (par manque d'un score d'EDIN ou autre) ne permet pas de dire si l'enfant n'a pas eu de deuxième dose car il n'en avait en effet pas besoin ou si ses pleurs ont été interprétés comme un signe de faim.

De plus, pourquoi ne pas confier la tâche de l'administration aux parents ? L'accompagnement des parents dans l'administration du paracétamol pourrait être envisagé car cela permettrait de les conforter comme premiers donneurs de soins et augmenterait leur confiance en eux dans leur rôle de parent (surtout s'il s'agit du premier enfant). D'autant plus qu'à domicile, ils seront amenés à le faire eux-même.

Il existe un nombre important de méthodes non médicamenteuses. Elles sont souvent en première ligne lorsque le Nné est atteint d'une souffrance et le soulagent indirectement. Mais elles peuvent aussi accompagner un traitement pharmacologique, dans le but de conserver et de favoriser la cohésion psychique et comportementale du Nné. Les moyens mis en place sont les suivants : la solution sucrée, la succion, le peau à peau, le sac/matelas d'eau, l'emballage, etc...(10,26,39-41).

La solution sucrée est le gold standard, elle est largement recommandée dans les soins de maternité susceptibles d'être douloureux comme par exemple lors des tests glycémiques ou encore lors du test de Guthrie. Il est recommandé d'administrer 1 à 2 ml de solution sucrée à 30%, et cela deux minutes avant un soin connu pour être douloureux. Coupler ceci à la succion non nutritive majore l'effet antalgique de la solution sucrée. La succion peut se faire soit par une tétine soit par le sein(38). En ce qui concerne les glycémies capillaires, la présence d'un tableau facilite grandement la traçabilité dans les dossiers, ainsi nous apprenons que dans 100% des dossiers la présence parentale et la prévention de la douleur est faite, ce qui n'est pas le cas du dépistage néonatal où nous savons uniquement si le geste avait été fait ou pas. Il est impossible de dire, sur simple dossier, si la prévention de la douleur a été faite ou non. Si le Nné avait besoin d'un bilan sanguin, il est possible de savoir si la prévention de la douleur a été faite ainsi que la présence des parents car le dossier le permet. Le questionnaire nous apprend que pour 96% des professionnels tous les gestes invasifs sont prévenus. La méthode la plus employée est celle de la succion combinée avec du sirop de glucose ou le sein (combinant ainsi succion et alimentation). La présence parentale est aussi sollicitée à chaque fois, leur absence étant justifiée par l'impossibilité de voir leur enfant se faire piquer.

Afin d'avoir une meilleure traçabilité des gestes douloureux, nous suggérons l'ajout d'un tableau avec l'acte douloureux, la prévention de la douleur (si elle a été faite et de quelle façon) et la présence parentale ou non.

Le matelas d'eau ou encore une poche de sérum physiologique peuvent être employés pour caler le Nné et notamment la tête, surtout après une extraction instrumentale. Le but est alors de placer le Nné dans une position antalgique, et de stimuler le moins possible la zone douloureuse (qui se trouve être la zone où l'instrument a appuyé sur la tête du Nné). Dans notre cas, il n'y avait pas de trace dans le dossier du Nné concerné par ce contexte.

Ainsi, pourquoi ne pas insérer, dans le dossier, là où se situe la surveillance journalière, une ligne qui permettrait d'y noter la posture ou l'apport d'un coussin d'eau quand celui-ci est mis en place (tel que c'est fait pour la température et le réchauffement que nous proposons s'il y a un souci).

4.4 Evaluation des systèmes de l'autorégulation et surveillance

Dès les premiers instants de vie du bébé, celui-ci présente déjà une certaine autonomie, mais il est encore dépendant de ses parents, qui vont le soutenir dans son développement.

L'autorégulation du Nné est une question d'équilibre. Il est dit organisé lorsque cet équilibre est atteint, et il est dit désorganisé lorsque l'un des éléments décrits par le Dr ALS dans la théorie synactive du développement n'est pas correctement régulé (42)(annexe VI).

C'est donc par l'observation du Nné que nous pouvons évaluer son niveau d'autorégulation. Cette observation se porte sur :

- Le système végétatif, qui concerne les constantes fondamentales (saturation, fréquence cardiaque, température), la coloration et la digestion de l'enfant,
- Le système moteur, c'est-à-dire le tonus, la posture et les mouvements
- Le système veille/ sommeil,
- Le système d'attention et d'interaction.

Dans le tableau présent dans le dossier des Nné (annexe), il y a un certain nombre d'items qui correspondent aux critères d'évaluation de l'autorégulation du Nné. Durant le séjour, il permet d'être attentif à l'organisation du bébé et à être vigilant lorsqu'il se désorganise. Ces observations nous indiqueront à quel niveau agir pour l'aider à améliorer son organisation, afin qu'il retrouve un état d'équilibre.

Ainsi, si le Nné a froid, le peau à peau ou la rampe chauffante sont proposés par les professionnels. Favoriser le réchauffement de l'enfant à une température axillaire de 36.2 à 37°C (de nos jours on évite de prendre la T° rectale chez les nnés), lui permet de retrouver à nouveau un état d'équilibre et donc son homéostasie. Un Nné dit organisé dépensera son énergie dans l'alimentation, il n'aura pas besoin de puiser exagérément dans ses ressources pour maintenir une température corporelle adéquate par exemple.

Il est nécessaire de favoriser un environnement stable et adapté aux besoins du Nné, et de prendre en considération son état d'éveil ou de sommeil pour choisir le moment des soins, par exemple. Les stimulations nuisibles tels qu'un niveau sonore trop élevé ou une luminosité trop importante sont à éviter au maximum. (43–47).

Le soutien du développement du nouveau-né passe par le respect de ses cycles naturels, et l'adaptation des soins à ceux-ci. Ce qui est parfois compliqué dans un service où tout est protocolisé.

Ainsi, lorsque c'est possible, on pourra regrouper les soins afin d'apporter moins de stimuli extérieurs, parfois nocifs pour le Nné(19,48–50).

Le respect des cycles du Nné est décrit comme difficile par les professionnels lors de notre étude. Seulement la moitié respectent les rythmes du Nné, les autres essaient au mieux de les prendre en compte mais n'y arrivent pas nécessairement. Ils expliquent qu'ils ne peuvent pas forcément le faire, notamment lors de la visite du pédiatre qui n'est disponible qu'à certains moments de la journée.

L'emballage de Nné est aussi utile pour pouvoir l'installer confortablement, sur le côté par exemple. Cela le rassure : par l'intermédiaire d'un lange, il se retrouve confiné comme dans le milieu clos et étroit d'un utérus en fin de grossesse. L'emballage évite ainsi l'anxiété que génère la sensation de vide qui l'entoure (51,52). Cette méthode est utilisée chez certains Nnés selon les professionnels, notamment lorsqu'ils sont désorganisés dans leur posture ou gestuelle, afin de leur permettre de se regrouper et de s'organiser à nouveau. Certains professionnels proposent aussi de faire les pesées ou le bain enveloppé.

4.5 Education des parents

Les informations dont disposent les parents jouent un rôle important dans leur soutien au développement de leur enfant.

En effet, pour que le Nné puisse se développer de manière optimale, il est essentiel d'avoir des parents qui soient disponibles pour lui et qui aient confiance en leurs compétences. Ils jouent un rôle crucial notamment en soutenant son autorégulation, car ce sont eux qui lui fournissent la majorité des soins.(14,19,49,50).

Tout n'est pas inné lorsqu'il s'agit de prendre soin d'un enfant, surtout lorsqu'il s'agit du premier. N'oublions pas que la naissance est une rencontre entre des êtres qui ne se connaissent pas auparavant.

Notre rôle est donc aussi d'accompagner les parents dans cette rencontre avec leur enfant et de les soutenir dans l'intégration de leur nouveau statut, pour un retour à domicile dans la sérénité.

Les dossiers pour la majorité n'étaient jamais complétés en ce qui concerne l'éducation aux parents en général. La traçabilité et l'étude sur ce seul point est difficile. Les informations complémentaires que nous apporte le questionnaire sont intéressantes, car nous apprenons que l'éducation des parents est bien faite lors du séjour contrairement à ce que nous aurions pu croire.

- Alimentation :

L'alimentation est l'activité la plus interactive du nourrisson, ainsi il est primordial de sensibiliser les parents aux signes de faim et de satiété, afin que cette interaction se déroule dans le calme et sans angoisse.

Par exemple comme le préconise La Leche League FRANCE, lors de la phase de sommeil léger, nous pouvons proposer le sein surtout si le Nné a une prise de poids lente ou qu'il dort beaucoup, ce qui est souvent le cas dans les premiers jours de vie (53). En phase d'éveil calme, le bébé observe ce qui se passe autour de lui, il ne recherche pas forcément le sein mais ne le refuse pas si nous le lui proposons. Lors de la phase d'éveil agité, le bébé montre activement qu'il a faim par des mouvements de la main qui vont à la bouche et à la recherche du sein. Un Nné qui pleure est déjà affamé, est donc judicieux de commencer par le calmer puis le nourrir(53,54).

Tous les professionnels interrogés ont été unanimes sur ce point, les informations et l'éducation sur les signes de satiété et l'alimentation sont dispensées aux couples durant leur séjour à la maternité.

- Rythmes du nné :

En ce qui concerne l'information sur les différents rythmes de veille et de sommeil du bébé nous expliquerons aux parents que les rythmes n'ont rien de commun avec ceux d'un adulte. Le Nné a un rythme dit « ultradien », c'est-à-dire un cycle de 3-4 heures qui se répète plusieurs fois par jour, alors que les adultes ont un cycle de 24 heures, dit « circadien ». Durant ses cycles le nné passe par plusieurs stades de veille (agité et calme) et de sommeil (agité et calme)(43).

Sur ce point 84% des professionnels disent sensibiliser les parents sur les rythmes de leur Nné et sur l'importance de les respecter au maximum, mais seulement 20% des professionnels y arrivent lors des soins.

Sur ce point il est donc difficile de dire au parent de faire d'une telle manière alors que nous-même en tant que professionnel nous ne les respectons pas.

- Peau à peau et portage :

Le Peau à peau et le portage sont préconisés par toutes les équipes de soins. Mais cela est peu mis en place pour les professionnels, moins de 40% proposent soit le portage ou le peau à peau. En effet, ce sont des éléments importants dans les soins de développement de par tous les bénéfices qu'ils apportent au Nné.

Nous aborderons ici, plus l'intérêt du portage pour le couple et son bébé. En effet, le portage facilite (55–58) :

- La digestion, par la position verticale (moins de reflux),
- Le lien d'attachement parents-enfant, par la libération d'ocytocine (hormone qui contribue à l'attachement) le parent qui porte le bébé.
- Le sommeil de l'enfant moins agressé par les stimulations extérieures (diminution de la fréquence cardiaque et des mouvements involontaires comme le sursaut)
- L'apaisement : les pleurs se calment plus vite car le portage lui rappelle la sensation de sécurité vécue in utero (contention, mouvement rythmique de marche, proximité avec le parent).

- La stimulation du développement cognitif car l'enfant est constamment stimulé par son environnement et par les actions que font les parents en même temps.
- Les développements articulaires et musculaires, si le portage est correctement réalisé. Nous constatons moins de malformation de hanche, des muscles du cou et un dos plus puissants, moins de syndrome de tête plate, et une amélioration du sens de l'équilibre.

Pour expliquer la faible fréquence à laquelle le portage est proposé aux parents en maternité, il y a peut-être un souci de quantité de bandeaux ou d'écharpes de portage disponibles, ou encore un manque de temps ou de connaissances pour expliquer au couple comment faire du portage en sécurité et de quelle manière le mettre en place.

La formation interne sur les SDD propose un atelier de portage pour les professionnels. Il serait intéressant à ce moment-là de demander aux équipes participant à la session de formation quels sont les freins à la mise en place du portage dans le service

Par ailleurs, pourquoi ne pas proposer un atelier aux parents, dans le service, une à deux fois par semaines, pour discuter, informer, et leur apprendre à dépister tous les signes et besoins du Nné. Cette réunion pourrait être menée par une SF ou une puéricultrice ou encore une sage-femme étudiante si le personnel soignant est indisponible, comme c'est déjà proposé dans certaines maternités. De plus, il serait intéressant d'élaborer un récapitulatif des besoins du nouveau-né et de la femme, pour moins appréhender le retour à domicile et se concentrer sur les besoins spécifiques des parents.

4.6 Le peau à peau

Le peau à peau présente un nombre important de bienfaits pour le Nné qui ont été démontrés par bon nombre d'études. Il peut être fait par la mère comme par le père. C'est un milieu rassurant pour le Nné car il reconnaît le son de la voix, les odeurs, le contact avec ses parents. Ce milieu lui est familier (15,26,41).

Cependant, pratiqué dès les premières minutes de vie, il peut présenter des risques du fait de la fatigue maternelle, ou de l'encombrement des voies aériennes supérieures de l'enfant. En effet, des décès ont été rapportés(59).

Le peau à peau doit donc être mis en place avec vigilance et nécessite une surveillance rapprochée décrite par la société française de néonatalogie et le GREEN(60) et qui consiste en ce que la diade soit bien installée et que la mère (ou le père) soit en position légèrement assise.

Parent et enfant seront positionnés ventre contre ventre, la tête du bébé sur le côté, visage dégagé avec les voies aériennes libres de tout encombrement, couverture sur le dos, appréciation de la couleur et du comportement du Nné.

Si la mère est fatiguée, il est préférable de ne pas lui proposer le peau à peau. Si personne ne peut l'accompagner durant cette période, il doit y avoir un monitoring de l'activité cardiaque et de la saturation en oxygène(59,61).

Autant de conditions qui sont difficiles à remplir quand nous sommes dans un service avec une charge de travail importante, avec d'autres diades qui ont aussi besoin d'une attention particulière.

Et pourtant dans les SDD le peau à peau occupe une place majeure car il a beaucoup d'effets positifs sur le Nné : régulation du Nné sur le plan thermique, métabolique (régulation de la glycémie) et comportemental (retour au calme plus rapide de l'enfant s'il pleure). Le peau à peau a aussi une grande importance dans l'aide à l'alimentation que ce soit au biberon ou au sein. Il apporte une confiance non négligeable au couple. Le père peut aussi faire du peau à peau, ce qui est souvent fait lors de césariennes et lorsque la mère n'est pas disponible. Le peau à peau permet également de diminuer l'utilisation de médicaments antalgiques lorsque l'enfant montre des signes de douleur(61).

Lors de l'étude de dossier, nous avons pu voir que la traçabilité du peau à peau était faite uniquement lors des premières heures de vie du Nné, c'est-à-dire lorsque la maman et le bébé sont encore en salle de naissance. Il nous était impossible de savoir si du peau à peau avait été effectué durant le séjour. Le questionnaire lui, nous apprend que le peau à peau est facilement proposé au couple. Les explications sur les bénéfices que celui-ci apporte au Nné sont fournies au couple.

Les professionnels disent faire la même surveillance que celle faite en salle de naissance, c'est-à-dire qu'ils surveillent la température du Nné en premier lieu, la

position et le dégagement des voies aériennes supérieures. Certains professionnels surveillent aussi la saturation en O₂ ainsi que la fréquence cardiaque.

Il serait intéressant de fournir au service la même feuille que celle que nous retrouvons en salle d'accouchement, et de la rajouter au dossier du Nné si le besoin et l'occasion de faire du peau à peau se présente.

Les professionnels proposent le peau à peau pour diverses raisons :

- La régulation de la température,
- La régularisation des glycémies,
- L'organisation du Nné,
- L'allaitement,
- La visée antalgique.

Cependant le peau à peau est au final peu proposé, selon nos résultats, par manque de temps ou parce que les professionnels n'ont pas identifié qu'il était le soin adapté pour le Nné. Et 84% des professionnels n'ont pas répondu à la question ce qui peut laisser sous-entendre des difficultés. Le frein principal à sa mise en place dans un service de maternité est le temps important demandé par la surveillance et les explications pour mettre en place correctement un peau à peau sûr et efficace.

Deux solutions sont envisageables et cumulables : soit une éducation en amont sur le peau à peau lors des préparations à la naissance afin de rendre le couple attentif aux dangers du peau à peau si celui-ci est mal exécuté, soit l'achat de matériel de surveillance de saturation /fréquence cardiaque pour veiller au bien-être de l'enfant.

4.7 Mise en place des soins de développement en maternité

La mise en place des soins de développement est une approche qui favorise l'accompagnement des parents et le bien-être du nouveau-né(62).

Nous avons validé notre première hypothèse qui est que les SDD sont intégrés dans les pratiques par les équipes soignantes du CMCO et de HTP.

Cependant dans notre audit nous avons mis en évidence que les soignants ont les connaissances sur les soins de développement mais que leur pratique ne reflète pas toujours celles-ci. L'exemple de la grille EDIN illustre très bien ce concept : les professionnels la connaissent mais ne l'utilisent pas ou très peu.

En 2012 Casper et al, avait mis en évidence que malgré l'intégration des connaissances au terme de formations spécifiques, certaines infirmières n'adoptaient pas les comportements préconisés(63).

Une des difficultés pour mettre en place un programme tel que les SDD réside donc dans les résistances individuelles au changement.

Une équipe d'experts en soins de développement en maternité pourrait être développée avec pour rôle d'agir au niveau individuel, afin d'éviter les résistances propres à chacun, mais aussi de créer une dynamique commune au sein de l'équipe pour que tous adhèrent à la même philosophie de soins comme le préconise Hamilton et al (2009)(56).

Mme Chantal PROBST est identifiée comme référente en SDD en maternité et elle a mis en place la formation sur les SDD en maternité en collaboration avec l'école de sage-femme.

Le cycle de formation initiée par l'encadrement du Pôle est une première étape, mais il reste nécessaire d'explorer les barrières au changement et de proposer des leviers individuels et collectifs permettant d'y pallier.

Notre deuxième hypothèse est également validée : le manque de moyens humains et matériels est un frein à la bonne mise en pratique des soins de développement.

Les SDD demandent une créativité personnelle, car ils nécessitent une analyse, voire une remise en question continue de sa manière de travailler(64). Une pratique réflexive des équipes autour de situations cliniques et de leur environnement de travail est une piste à envisager pour améliorer la mise en place des SDD au sein du pôle.

Des actions doivent être envisagées à différents niveaux :

- Au niveau organisationnel un comité de pilotage devrait engager une réflexion des équipes pour d'avantage intégrer les parents et individualiser les soins du Nné.
- Au niveau de l'institution : les cadres devraient engager une sensibilisation sur les bienfaits des SDD afin d'obtenir un soutien matériel et humain mais aussi un soutien hiérarchique au nouveau projet.

- Le comité de pilotage et les experts devraient identifier les besoins et les ressources de chaque niveau afin que l'adaptation à la mise en place des SDD génère une cohésion dans l'arrivée de cette philosophie de soins(64).

Une des stratégies de la politique nationale de la bientraitance dans le médico-social est de développer une culture active de la bientraitance des personnes(65). Un rapport de la mission interministérielle encourage les établissements de santé à conduire des actions de développement des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et la sensibilisation et formation du personnel à la bientraitance(66)

L'association française : Initiative Hôpital Amis des bébés ou IHAB décerne un label en accord avec la bienveillance et la bientraitance des enfants. Il est obtenu si la maternité remplit un certain nombre de critères notamment en prenant en compte les bonnes recommandations et certifiant de la qualité des pratiques que mettent en place les professionnels(67).

Pour le Nné, ce label garantit une adaptation facilitée à la vie extra-utérine. Pour les parents, il favorise les liens d'attachement et l'autonomie. Pour le soignant, ce label assure un réel rôle d'accompagnant.

Les 3 principes de cette démarche sont :

1. « Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né. »
2. « Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille. »
3. « Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins. »

L'ensemble des deux pôles, qui regroupe tout de même 6140 accouchements par an, pourrait viser l'objectif d'obtenir ce label. En effet, le pôle offre différents types de suivis notamment par l'acupuncture, l'ostéopathie, les consultations d'allaitement, les groupes de paroles en cas de mort fœtale in utero ou d'interruption médicale de grossesse. Un des objectifs du pôle vise une meilleure bientraitance du couple et de l'enfant à naître, et ce label pourrait également appuyer les efforts mis en place pour garantir la bienveillance autour du nouveau-né.

Un des aspects de la qualité du lien entre professionnels et usagers est le respect de la singularité qui est développé dans les recommandations de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux médicaux (ANESM)(68). Or la base des soins de développement repose justement sur ce principe.

L'amélioration des pratiques centrées sur la famille permettra de répondre de manière optimale à l'accompagnement à la parentalité, premier objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022 de soutien à la parentalité(69)

5 Conclusion

Notre enquête a démontré que les SDD étaient relativement bien mis en place par les soignants du service de gynécologie et obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Notre étude a donc permis de récapituler la place des SDD dans le pôle de gynécologie et obstétrique, et nous avons pu affirmer nos hypothèses.

Les soins de développement sont intégrés dans le quotidien par les équipes soignantes. Les professionnels ont les connaissances sur les techniques de SDD mais leurs pratiques ne reflètent pas totalement celles-ci.

Des améliorations sont à mener sur la gestion et la surveillance de la douleur notamment par l'utilisation systématique des grilles EDIN et l'amélioration de la traçabilité.

Les techniques du peau à peau et du portage sont à développer ainsi que leur traçabilité.

L'éducation est un élément primordial dans les suites de couches, une information globale est fournie à tous les parents, mais reste à perfectionner sur les capacités sensorielles du Nné, ses compétences et le portage.

Les professionnels ont les informations, mais il existe des résistances qui peuvent être liées à un manque de dynamique au sein de l'équipe. Le cycle de formation initié doit être prolongé afin que l'équipe mette en pratique toutes les connaissances théoriques obtenues et engage une pratique réflexive de sa pratique des SDD.

Obtenir un label de bienveillance et de bientraitance des couples et de leur enfant peut-être un objectif pour les deux maternités. Une réflexion d'équipe est nécessaire pour que les maternités des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg proposent un environnement et un accompagnement de qualité, centré sur les besoins du couple et du Nné.

6 Bibliographie

1. Favetta V, Feuillebois-Martinez B. « Prendre soin et formation infirmière ». *Rech Soins Infirm.* 2011;107(4):60-75.
2. Vincent B, Horle B, Wood C. Évaluation de la douleur de l'enfant. *J Pédiatrie Puériculture.* déc 2010;23(6):349-57.
3. Ratynski N, Cioni G, Franck L, Blanchard Y, Sizun J. L'observation du comportement du nouveau-né : une source pertinente d'informations médicales. *Arch Pédiatrie.* 1 déc 2002;9(12):1274-9.
4. Martel M-J, Milette I. *Les soins du développement: des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré.* Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine; 2006.
5. Gauvain-Piquard A, Meignier M. *La Douleur de l'enfant.* Calmann-Lévy; 1994. 119 p.
6. Bel B. *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui.* Toulouse: Erès; 2013.
7. Code de la santé publique - Article L1110-5. Code de la santé publique.
8. Code de la santé publique - Article R4127-37. Code de la santé publique.
9. Le NIDCAP et les soins de développement du prématuré au CHU de Besançon. Réseau Périnatalité de Franche-Comté [Internet]. [cité 10 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.rpfc.fr/espacepro/?p=3432>
10. Franck LS, Lawhon gretchen. Environmental and behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. *Semin Perinatol.* oct 1998;22(5):434-43.
11. EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né) – PEDIADOL [Internet]. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://pediadol.org/edin-echelle-de-douleur-et-dinconfort-du-nouveau-ne/>
12. Sizun et al. *Soins De Développement En Période Néonatale De La Recherche à La Pratique.* Springer Verlag; 2014.
13. Sizun J, Dobrzynski M, Ansquer H. Soins de développement : quel bénéfice pour le confort du nouveau-né, quelle stratégie d'implantation ? *Médecine Thérapeutique Pédiatrie.* 16 juill 2002;5(2):100-3.
14. Sizun J, Dubourg M. Soins centrés sur la famille. In: *Soins de développement en période néonatale* [Internet]. Springer, Paris; 2014 [cité 3 déc 2017]. p. 197-204. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0529-0_19
15. Pierrat V, Zaoui-Grattepanche C. Le portage peau à peau. In: *Soins de développement en période néonatale* [Internet]. Springer, Paris; 2014 [cité 3 déc 2017]. p. 97-108. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0529-0_10

16. Sizun J, Pierrat V, Goubet N, Peifer K. Recherche clinique, soins de développement et NIDCAP: aspects méthodologiques spécifiques. Arch Pédiatrie. 2007;14:S54–S57.
17. Picaud, Cambonie. Soins de Développement en néonatalogie. Guide pratique à l'attention des soignants.
18. Ratynski N, Jouquan J, Sizun J. NIDCAP et soins de développement : quelle stratégie d'implantation ? Arch Pédiatrie. 1 juin 2009;16(6):830-2.
19. Glorieux I, Montjaux N, Casper C. NIDCAP® (Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement) : définition, aspects pratiques, données publiées. Arch Pédiatrie. juin 2009;16(6):827-9.
20. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, Lora D, López-Maestro M, Pallás C. Necessary resources and barriers perceived by professionals in the implementation of the NIDCAP. Early Hum Dev. sept 2013;89(9):649-53.
21. Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.
22. Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu. 2011-2113 déc 30, 2011.
23. Lassaue F, Gauvain-Piquard A, Paris I. Validité de construit de l'échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (E.D.I.N.). Douleur Analgésie. 1 déc 1998;11(4):173-7.
24. Carbajal R. Nonpharmacological Treatment of Neonatal Pain. In: Neonatal Pain [Internet]. Springer, Milano; 2008 [cité 8 avr 2018]. p. 83-97. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-88-470-0732-1_11
25. Stevens B, Johnston C, Franck L, Petryshen P, Jack A, Foster G. The Efficacy of Developmentally Sensitive Interventions and Sucrose for Relieving Procedural Pain in Very Low Birth Weight Neonates. Nurs Res. févr 1999;48(1):35-43.
26. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. Pediatrics. 1 janv 2000;105(1):14-14.
27. Johnston CC, Stevens B, Pinelli J, Gibbins S, Filion F, Jack A, et al. Kangaroo Care Is Effective in Diminishing Pain Response in Preterm Neonates. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 nov 2003;157(11):1084-8.
28. Généralités sur les moyens non médicamenteux pour le traitement de la douleur du nouveau-né [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnr.d.fr/Generalites-sur-les-moyens-non.html>
29. Prise en charge de la douleur du nouveau-né en maternité [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnr.d.fr/Prise-en-charge-de-la-douleur-du.html>

30. Solutions sucrées et tétines pour soulager la douleur des gestes chez le nouveau-né [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Solutions-sucrees-et-tetines-pour.html>
31. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn and Section on Surgery, Section on Anesthesiology and Pain Medicine, Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. PEDIATRICS. 1 nov 2006;118(5):2231-41.
32. Accueil CNRD [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/>
33. Recommandations – Pediadol [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://pediadol.org/textes-officiels/recommandations/>
34. Afssaps – Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant – Recommandations de bonne pratique – Pediadol [Internet]. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://pediadol.org/afssaps-prise-en-charge-medicamenteuse-de-la-douleur-aigue-et-chronique-chez-lenfant-recommandations-de-bonne-pratique/>
35. Evaluation : foire aux questions – Pediadol [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://pediadol.org/foire-aux-questions/>
36. Debillon T, Zupan V, Ravault N, Magny J, Dehan M, ABU-SAAD H. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. juill 2001;85(1):F36-41.
37. Carbajal R, Paupe A, Hoenn E, Lenclen R. DAN : une échelle comportementale d'Evaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. :6.
38. Charles C, Bernard B, Jean-François B, Daniel V, Michel G, Gilles B, et al. PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR AIGUË ET CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT. 2009;167.
39. Skogsdal Y, Eriksson M, Schollin J. Analgesia in newborns given oral glucose. Acta Paediatr. 21 janv 2008;86(2):217-20.
40. Barr Ronald G., Quek Vivien S. H., Cousineau Dominique, Oberlander Tim F., Brian Jessica A., Young Simon N. Effects of intra-oral sucrose on crying, mouthing and hand-mouth contact in newborn and six-week-old infants. Dev Med Child Neurol. 12 nov 2008;36(7):608-18.
41. Johnston CC, Campbell-Yeo M, Filion F. Paternal vs Maternal Kangaroo Care for Procedural Pain in Preterm Neonates: A Randomized Crossover Trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 5 sept 2011;165(9):792-6.
42. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. Infant Ment Health J. 1982;3(4):229-43.
43. Leersnyder HD. Rythmes fondamentaux du bébé. Spirale. 2007;n° 44(4):33-8.

44. Hopkins S. Self-Reg: The Book [Internet]. Self-Reg with Dr. Stuart Shanker. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://self-reg.ca/self-reg/shankerself-reg/>
45. Shanker S. L'autorégulation : fiche d'information scientifique. :3.
46. Blackburn S, Patteson DR. Effects of cycled light on activity state and cardiorespiratory function in preterm infants. [Letter]. *J Perinat.* mars 1991;4(4):47-54.
47. Mann NP, Haddow R, Stokes L, Goodley S, Rutter N. Effect of night and day on preterm infants in a newborn nursery: randomised trial. *Br Med J Clin Res Ed.* 15 nov 1986;293(6557):1265-7.
48. NIDCAP et douleur néonatale [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnr.fr/NIDCAP-et-douleur-neonatale.html>
49. La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge – Pédadol [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://pedadol.org/la-douleur-de-lenfant-strategies-soignantes-de-prevention-et-de-prise-en-charge/>
50. Prématurité | Périnatalité en France : Grossesse, Bébé, Naissance [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.perinat-france.org/articlepro/pr%C3%A9maturit%C3%A9>
51. Nelson AM. Risks and Benefits of Swaddling Healthy Infants: An Integrative Review. *MCN Am J Matern Child Nurs.* août 2017;42(4):216-25.
52. Richardson HL, Walker AM, Horne RSC. Influence of swaddling experience on spontaneous arousal patterns and autonomic control in sleeping infants. *J Pediatr.* juill 2010;157(1):85-91.
53. Christelle. Allaitement à la demande, allaitement aux signes d'éveil [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/998-allaitement-aux-signes-deveil-alimentation-a-la-demande>
54. Christelle. Mettre votre bébé au sein [Internet]. [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-de-lll-france/1002>
55. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics.* juill 2002;110(1 Pt 1):16-26.
56. Hamilton KES, Redshaw ME. Developmental care in the UK: a developing initiative. *Acta Paediatr.* 2009;98(11):1738-43.
57. Cortet C, Frénais CG, Bost A-S. Porter mon bébé. La Martinière; 2013. 128 p.
58. Position Paper [Internet]. Baby Carrier Industry Alliance. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <https://babycarrierindustryalliance.org/position-paper/>

59. Girard L. Peau à peau... ET VOUS, DANS VOTRE ÉQUIPE, VOUS EN ÊTES OU ? Doss OBSTÉTRIQUE. 2 févr 2015;445:8 à 11.
60. Recommandations [Internet]. SFN. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2017/02/27/recommandationsss/>
61. Girard L. Mettre en œuvre le peau à peau en sécurité. Doss Obstétrique. 1 mars 2015;446.
62. Angeli F. Promouvoir les soins de soutien au développement en maternité et en néonatalogie. Rev Infirm. mars 2017;66(229):41-3.
63. Baud O, Casper C, Jarreau P, Sizun J. Organisation des soins de développement au sein d'un service. La bientraitance du nouveau-né. 2012;29-32.
64. Roegiers É, Alderson M, Durme TV. Les pratiques entourant les soins de développement : exploration des barrières à l'adoption et stratégies proposées par les experts pour les pallier. Rech Soins Infirm. 2013;N° 115(4):92-106.
65. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
66. Bressand M, Chriqui-Reinecke M, Schmitt M. « Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé ». :53.
67. Tout sur le label Hôpital ami des bébés [Internet]. [cité 24 août 2019]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
68. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre
69. CAB Solidarites. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018 - 2012 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/strategie-nationale-de-soutien-a-la-parentalite-2018-2019>

7 Annexes

ANNEXE I :

Echelle

EDIN

Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)
élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré
utilisable jusqu'à 6 à 9 mois

pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs)
 non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé

Score de 0 à 15, seuil de traitement 5

		Date							
		Heure							
VISAGE	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé								
CORPS	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé								
SOMMEIL	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil								
RELATION	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation								
RÉCONFORT	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Succion désespérée								
		SCORE TOTAL							
OBSERVATIONS									

DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA, DEHAN M. Sémiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994 ; 1, 1085-92.

DEBILLON T, ZUPAN V, RAVAUULT N, MAGNY JF, DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Did Child Neonatal Ed 2001 ; 85 : F36-F41.

ANNEXE II : dossier Nné

Pôle de Gynécologie - Obstétrique - Unité Mère-Enfant

Dossier Nouveau-Né

Etiquette Bébé

Dossier établi par :
(Nom / Fonction / Signature)

2 bracelets d'identification
(Posés avant transfert de salle de naissance)

n° Chambre :

Déclaration de naissance faite

Renseignements relatifs à la grossesse

Identité de la mère :

Contexte particulier :

Etiquette Maman

Echographie anténatale : Normale
Particularité
→ Préciser :

Accouchement

Date	
Heure	
N° Accouchement	
Mode accouchement	
Terme	
Gosité / Parité	

Alimentation bébé	Sein	
	Biberon	
	Mixte	

Groupe Rhésus Mère :
Groupe / Rhésus Bébé : Coombs :

Enfant à risque allergique *

en cas de sevrage ou de complément, utiliser de

NON → Lait 1er âge

OUI → Lait HA

A DÉTERMINER → A D

* Le risque allergique est défini par un ATCD familial (parents / mère) d'allergie alimentaire, d'eczéma sévère, d'asthme ou de rhinite allergique

Particularités pendant le travail / l'accouchement

Mensurations bébé	Poids	
	Taille	
	PC	

Contexte Infectieux

Non

Oui → RPM > 12 h

Présence de Strepto B (grossesse actuelle)

PV non fait PV en cours

ATCD d'infection materno-fœtale à Strepto B

Autre Contexte → Préciser :

→ ATB prophylaxie Non

Oui → Nom de l'ATB / posologie :

Nb de doses :

Dernière dose àh.....

↳ Prélèvements effectués chez le bébé Non

Oui → Liquide gastrique

Frottis périphériques

Autre

Préciser :

Surveillance à prévoir

Température

Glycémies

FC / Sat

Douleur

Autre

Préciser :

Examens du nouveau-né

<u>Aggr</u>	0	1	2	1 min	2 min	5 min	10 min
Cœur	Absent	<100	>100				
Respiration	Absence	I hypoventilation Cri faible	Bonne ventilation Cri vigoureux				
Tonus	Floppé	Légère flexion des extrémités	Bonne				
Réflexes (stimulation)	Pas de réponse	Léger mouvement	Cri				
Couleur	Bleu ou blanc	Corps rose Extrémités cyanosées	Tout rose				
			TOTAL				

	<u>Salle de naissance</u>	<u>Service</u>
	Date – Nom / Fonction / Signature	Date – Nom / Fonction / Signature
Inspection		
Coloration globale		
Revêtement cutané		
Etat trophique		
Examen cardio pulmonaire		
Auscultation		
Pouls fémoraux		
Temps de recoloration		
Tête		
Crâne		
Face et yeux		
Cavité buccale		
Fontanelles		
Sutures		
Cou		
Abdomen		
Palpation abdominale		
Ombilic		
Orifices herniaires		
Ligne médiane postérieure		
Région sacrée		
Anus		
Organes génitaux externes		
Examen orthopédique		
Clavicules		
Hanches		
Mains		
Pieds		
Examen neurologique		
Cri		
Réactivité		
Tonus axial		
Reflexes archaïques		

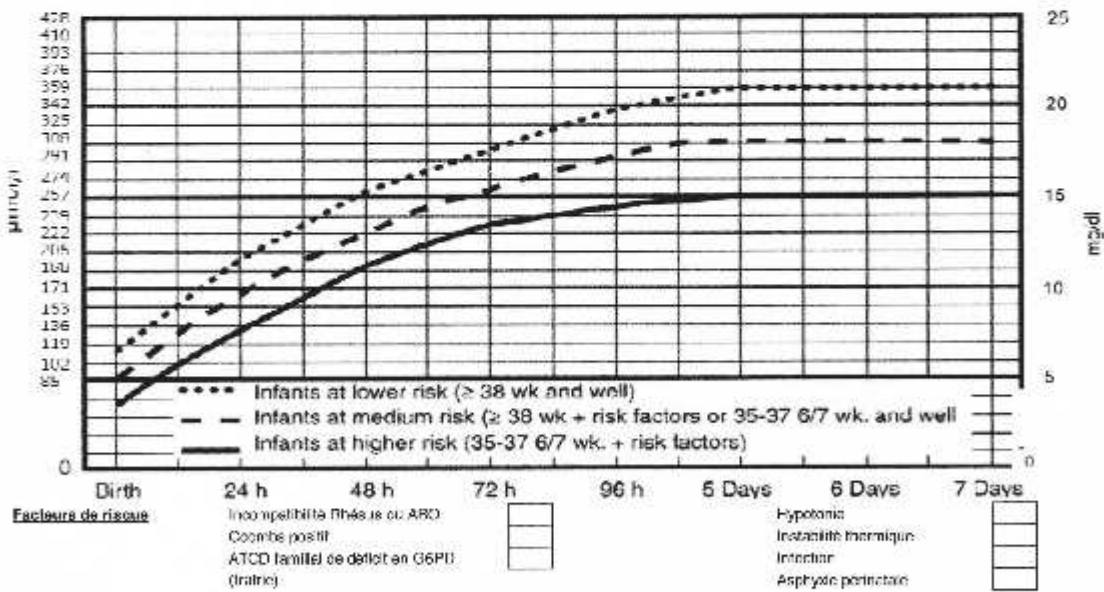
Courbe de poids

Date	J0	J1	J2	J3	J4	J5
Poids						
+100						
Poids de Naissance.....						
-100						
-200						
-300						
-400						
-500						

Surveillance glycémique

Date								
Heures								
Résultat								
Présence parentale								
Prévention de la douleur								
Nom / Fct° / Signature								

Surveillance ictère




Informations Educatives

Cocher la case si point abordé avec le(s) parent(s)

<p>ALIMENTATION</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Signe de faim/satiété <input type="checkbox"/> Evolution des quantités alimentaires <input type="checkbox"/> Massage péroral <input type="checkbox"/> Compression mammaire <input type="checkbox"/> Utilisation et nettoyage d'un tire-lait <input type="checkbox"/> Fabrication / nettoyage d'un biberon 	<p>ETAT GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rythme Veille / Sommeil <input type="checkbox"/> Température d'un enfant / Fièvre <input type="checkbox"/> Suivi Médical <p>ELIMINATION</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Urines : Couleur / Fréquence <input type="checkbox"/> Selles : Couleur / Fréquence 	<p>SOINS D'HYGIENE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Produits de soin <input type="checkbox"/> Mouchage montré <p>DIVERS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prévention de la MSN <input type="checkbox"/> Prévention de la plagiocephalie <input type="checkbox"/> Peau à peau / portage <input type="checkbox"/> Autre :
--	---	--

Surveillance journalière

Méthodologie

Notes: "N" si Normal
 "T" si Transmissions ribbles (En cours)
 si item absent

	Salle de naissance	J0	J1	J2	J3	J4	J5
Dates							
Heures							
Etat Général							
Respiration							
Gémissements							
Encombrement							
Tonus							
Trémulations							
Couleur							
Saturation							
Fréquence cardiaque							
Température	Réchauffement - PF: Froid à l'Abou - C: Couloir - LC: Li Chauffage - RC: Rampe Chauffage						
Valeur							
Réchauffement							
Alimentation	S: Sein - B: Biberon - M: Mixte - TI: Tétée						
Mode d'alimentation							
Observation d'une tétée							
Elimination							
Selles							
Urines							
Hygiène / Téguments	M: soin Mère - F: Soins fait par le parent - AO: soin Acquis par le parent - X: Horaires hors de la présence parentale						
Soin du visage							
Soin du cordon							
Soin du siège							
Bain							
Surveillance Ictère							
Flash							
Photothérapie							
Environnement	A: Apaisant - S: Stressant						
Bébé auprès de sa mère							
Bébé en pouponnière							
Apaisant / Stressant							
Comportement	O: Organisé - D: Désorganisé						
Douleur (Se référer à la grille d'évaluation)							
EDIN							
Nom / Fct ⁿ / Signature							

ANNEXE III : Grille audit

Bébé présentant un contexte de douleur dès l'accouchement (BSS, fracture, extraction) : oui/non

Items	J0	J1	J2	J3	Remarque	Atteinte
Douleur :						
Contexte de douleur	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA		Si BSS, fracture, extraction
Surveillance de la douleur Fréq / jr. Nbre de jr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3x/jr (M,M,S) Pdt les 2er jr au moins
Utilisation de la grille EDIN	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Oui

Bébé ne présentant pas de contexte de douleur dès l'accouchement : oui/non

Items	J0	J1	J2	J3	Remarque	Atteinte
Evaluation grille EDIN	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Oui
Surveillance de la douleur Fréq / jr. Nbre de jr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3x/jr (M,M,S) Pdt les 2er jr au moins
Circonstance amenant à évaluer la douleur	<input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Gémis <input type="checkbox"/> Diff sommeil <input type="checkbox"/> Diff alimentat°	<input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Gémis <input type="checkbox"/> Diff sommeil <input type="checkbox"/> Diff alimentat°	<input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Gémis <input type="checkbox"/> Diff sommeil <input type="checkbox"/> Diff alimentat°	<input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Gémis <input type="checkbox"/> Diff sommeil <input type="checkbox"/> Diff alimentat°		

	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> NA		
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	--

Items	J0	J1	J2	J3	Remarque	Atteinte
PEC de la douleur :						
Traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Doliprane 100mg
Système de « contention » douce - Coussin d'eau - emmaillotage - positionnement	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Si bosse séro-sanguine on attend le coussin plus l'emmaillotage Si fracture clavicule positionnement
Peau à peau	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Doit être proposé
Présence parentale	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Doit être au contact de ses parents

Items	J0	J1	J2	J3	Remarque	Atteinte
PEC de la douleur lors de soin algique (Prise de sang Dextro Pose/ retrait de sachet à urine)						
Présence parentale	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA		Systematiquement proposé
Prévention de la douleur	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA		Systematique
- Par glucose	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Systematique
- Réalisat° lors d'1 mise au sein	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Si allaitement doit être proposé

Items	J0	J1	J2	J3	Remarque	Atteinte
-------	----	----	----	----	----------	----------

Théorie synactive :						
Système végétatif (cst, colorat° digest°)						
Évalué	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Systematique 3 fois par jour
Prise en compte	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Si problème adaptation de la conduite à tenir
Quelle action de soin de développement mis en place si patho ?	<input type="checkbox"/> P à P <input type="checkbox"/> Emmaillot <input type="checkbox"/> Succion <input type="checkbox"/> Posi/cont	<input type="checkbox"/> P à P <input type="checkbox"/> Emmaillot <input type="checkbox"/> Succion <input type="checkbox"/> Posi/cont	<input type="checkbox"/> P à P <input type="checkbox"/> Emmaillot <input type="checkbox"/> Succion <input type="checkbox"/> Posi/cont	<input type="checkbox"/> P à P <input type="checkbox"/> Emmaillot <input type="checkbox"/> Succion <input type="checkbox"/> Posi/cont		Peau à peau si hypothermie, si mauvaise digestion, trémulations,

	<input type="checkbox"/> Couveuse <input type="checkbox"/> Rampe C	<input type="checkbox"/> Couveuse <input type="checkbox"/> Rampe C	<input type="checkbox"/> Couveuse <input type="checkbox"/> Rampe C	<input type="checkbox"/> Couveuse <input type="checkbox"/> Rampe C		hypoglycémie , désaturation
Action sur environnement	<input type="checkbox"/> ↓ Bruit <input type="checkbox"/> ↓ Luminosité <input type="checkbox"/> ↓ Acticité	<input type="checkbox"/> ↓ Bruit <input type="checkbox"/> ↓ Luminosité <input type="checkbox"/> ↓ Acticité	<input type="checkbox"/> ↓ Bruit <input type="checkbox"/> ↓ Luminosité <input type="checkbox"/> ↓ Acticité	<input type="checkbox"/> ↓ Bruit <input type="checkbox"/> ↓ Luminosité <input type="checkbox"/> ↓ Acticité		
Système moteur (tonus, posture, mouvement)						
Évalué	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Prise en compte	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		
Quelle action si patho ?	<input type="checkbox"/> Soutient AR <input type="checkbox"/> Posi/cont <input type="checkbox"/> P à P <input type="checkbox"/> Proximale parentale	<input type="checkbox"/> Soutient AR <input type="checkbox"/> Posi/cont <input type="checkbox"/> P à P <input type="checkbox"/> Proximale parentale	<input type="checkbox"/> Soutient AR <input type="checkbox"/> Posi/cont <input type="checkbox"/> P à P <input type="checkbox"/> Proximale parentale	<input type="checkbox"/> Soutient AR <input type="checkbox"/> Posi/cont <input type="checkbox"/> P à P <input type="checkbox"/> Proximale parentale		

Autorégulation (trans ciblée) :						
Appréciation par l'équipe de l'AR (organisé ou désorganisé)	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Oui 1 à 2 fois par jour

Actions pour faciliter l'AR (trans ciblée)	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Systematique
---	-----------	-----------	-----------	-----------	--	--------------

Items	J0	J1	J2	J3	Remarque	Atteinte
Éduc des parents (trans ciblée) :						
Info rythme veille/sommeil	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Systematique
Peau à peau	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Systematique
Portage	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Systematique
Cap sensorielles NNé	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Systematique
Compétence NNé	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Systematique
Signe de satiété/ alim	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Systematique
Prise en compte dans les soins des rythmes du NNé	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA	Oui / non/ NA		Bain et soins lors de phase d'éveil

Peau à Peau						
Peau à peau	<input type="checkbox"/> Bénéfices expliqués <input type="checkbox"/> Montré <input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Bénéfices expliqués <input type="checkbox"/> Montré <input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Bénéfices expliqués <input type="checkbox"/> Montré <input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Bénéfices expliqués <input type="checkbox"/> Montré <input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> NA		
Condition réalisation P à P	<input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Température <input type="checkbox"/> Réassurance <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Température <input type="checkbox"/> Réassurance <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Température <input type="checkbox"/> Réassurance <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Température <input type="checkbox"/> Réassurance <input type="checkbox"/> Autre		
Surveillance (feuille ?)	FC / sat / T°C	FC / sat / T°C	FC / sat / T°C	FC / sat / T°C		
Présence continue au côté de la patiente	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		
- Si non sat ?	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non		Oui

ANNEXE IV : Echelle DAN

ÉCHELLE DAN : Échelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né

élaborée pour mesurer la douleur d'un geste invasif chez le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 3 mois score de 0 à 10

JOUR, HEURE	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
RÉPONSES FACIALES			
0 : Calme 1 : Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux ; 2 : - Légers, intermittents avec retour au calme 3 : - Modérés 4 : - Très marqués, permanents			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
0 : Calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait : 1 : - Légers, intermittents avec retour au calme 2 : - Modérés 3 : - Très marqués, permanents			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
0 : Absence de plainte 1 : Gémissement brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet 2 : Cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents 3 : Cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants			

CARBAJAL R., PAUPE A., HOENN E., LENCLEN R., OLIVIER MARTIN M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. *Arch Pediatr* 1997, 4 : 623-628.

ANNEXE V : Questionnaire

Quelle est la place donnée aux soins de développement au sein du pôle gynécologique et obstétrique des hôpitaux universitaires de STRASBOURG ?

Le sujet de mon mémoire de fin d'études en sciences maïeutiques est l'évaluation des pratiques professionnelles concernant les soins de développement chez le nouveau-né en maternité. J'ai effectué un audit clinique sur des dossiers d'enfants nés entre le 1er janvier et le 1er février 2018.

Ce questionnaire s'adresse aux sage-femme, auxiliaire de puériculture, puéricultrice, pédiatre ayant exercé durant la période de janvier à février 2018 afin de pouvoir compléter les données de l'audit sur la même période.

Merci de ne pas répondre à ce questionnaire si vous ne rentrez pas dans les critères.

Le questionnaire comprend des questions à choix multiples et des questions ouvertes afin que vous puissiez vous exprimer librement. Il est bien sûr entièrement anonyme.

Je vous remercie d'avance du temps que vous allez y consacrer.

DOLIS Christophe
Etudiant sage-femme

De quelle profession êtes-vous ? : AP SF Puéricultrice
 Pédiatre

1. Lors de votre formation continue avez-vous été sensibilisés au soin de développement ?

Oui Non

2. Si oui quelle formation ?

.....
.....

Gestion de la douleur chez le nouveau-né :

1. Avez-vous facilement accès aux grilles d'évaluation de la douleur dans le service ?

Oui Non

2. Connaissez-vous la partie qui gère l'inconfort du nouveau-né ? Oui Non

3. Dans quelles circonstances utilisez-vous ces grilles d'évaluation de la douleur ?

Contexte de douleur dès l'accouchement (BSS, extraction)

Lors d'autres circonstances :

Gémissement

Pleurs

Difficulté d'alimentation

Sommeil

4. A quelle fréquence utilisez-vous les grilles ?

En systématique les 2 premiers jours de vie Une fois par équipe

Sur signe d'appel

Autre :

.....

5. Avant un geste douloureux (guthrie, dextro ou autre) prévenez-vous la douleur ?

Oui Non

5.1. Si oui quelle méthode utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Sirop de glucose Sirop de glucose + succion Mise au sein

Présence parentale

Autre :

.....

5.2. Si non pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....
.....

6. Faites-vous les soins/ gestes douloureux en présence d'un des parents ?

Oui Non

6.1. Si non pour quelle raison ?

.....
.....
.....
.....
.....

7. Impliquez-vous les parents dans les soins/ gestes douloureux ? Oui

Non

7.1. Si oui de quelle manière ?

.....
.....
.....
.....
.....

8. Connaissez-vous la technique de prélèvements d'urine sans coller le sachet de recueil ?

Oui Non

9. Utilisez-vous plutôt la crème EMLA plutôt que le patch EMLA ?

EMLA Patch EMLA

10. Si vous utilisez ce procédé, dans quel cas l'utilisez-vous ?.....

Autorégulation du nouveau-né :

1. Comment identifiez-vous si un enfant est organisé dans son développement ou non ?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Si l'enfant est désorganisé que faites-vous pour l'aider à s'autoréguler ?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Utilisez-vous la grille d'inconfort du nne ? Oui Non

4. Quels sont les techniques des soins de développement que vous utilisez pour soutenir l'organisation du nouveau-né lors des soins (bain, change, pesée, environnement, examen du pédiatre) et en dehors des soins ?

.....
.....
.....
.....
.....

Question sur l'éducation des parents :

1. Abordez-vous les différents états de conscience de l'enfant (veille, sommeil) avec les parents ? Oui Non

1.1. Si oui comment le faites-vous et à quel moment ?

.....
.....
.....
.....
.....

1.2. Si non pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Abordez-vous les différents items avec les parents ?

- Peau à peau Rythme veille/sommeil Capacités sensorielles du NNé
- Signe de satiété/alimentation Portage Compétences du NNé
- Prise en compte dans les soins des rythmes du NNé

3. Sensibilisez-vous les parents à l'influence de l'environnement et du respect des rythmes physiologiques du nouveau-né ? Oui Non

4. A quel moment faites-vous l'éducation des parents ? (Plusieurs réponses possible)

- Au quotidien Lors de soins A la sortie En systématique
- Chez les primipares Autre :

5. Sensibilisez-vous les parents aux signes de faim ? de satiété ? Quand ? Comment ?

.....
.....
.....

.....
.....

6. Respectez-vous les rythmes du nouveau-né lors des soins que vous réalisez (ex soins, bain, examen du pédiatre) ? Oui non

PàP et les rythmes du nouveau-né :

1. Si besoin proposez-vous facilement le peau à peau au service ? Oui non
2. Informez-vous les parents sur les bénéfices du pap ? Oui non
3. Pour quelles raisons le proposez-vous ?

Régulation de la température traitement de la douleur favorisé l'allaitement

Aidé l'enfant à s'organiser régularisation des glycémies

4. Pour quelles raisons ne le proposez-vous pas ?

Par manque de temps pas adapté à la situation autre :

.....

5. Si vous réalisez un peau à peau en service quelles sont les critères de surveillance que vous mesurez ?

Fréquence cardiaque saturation O²

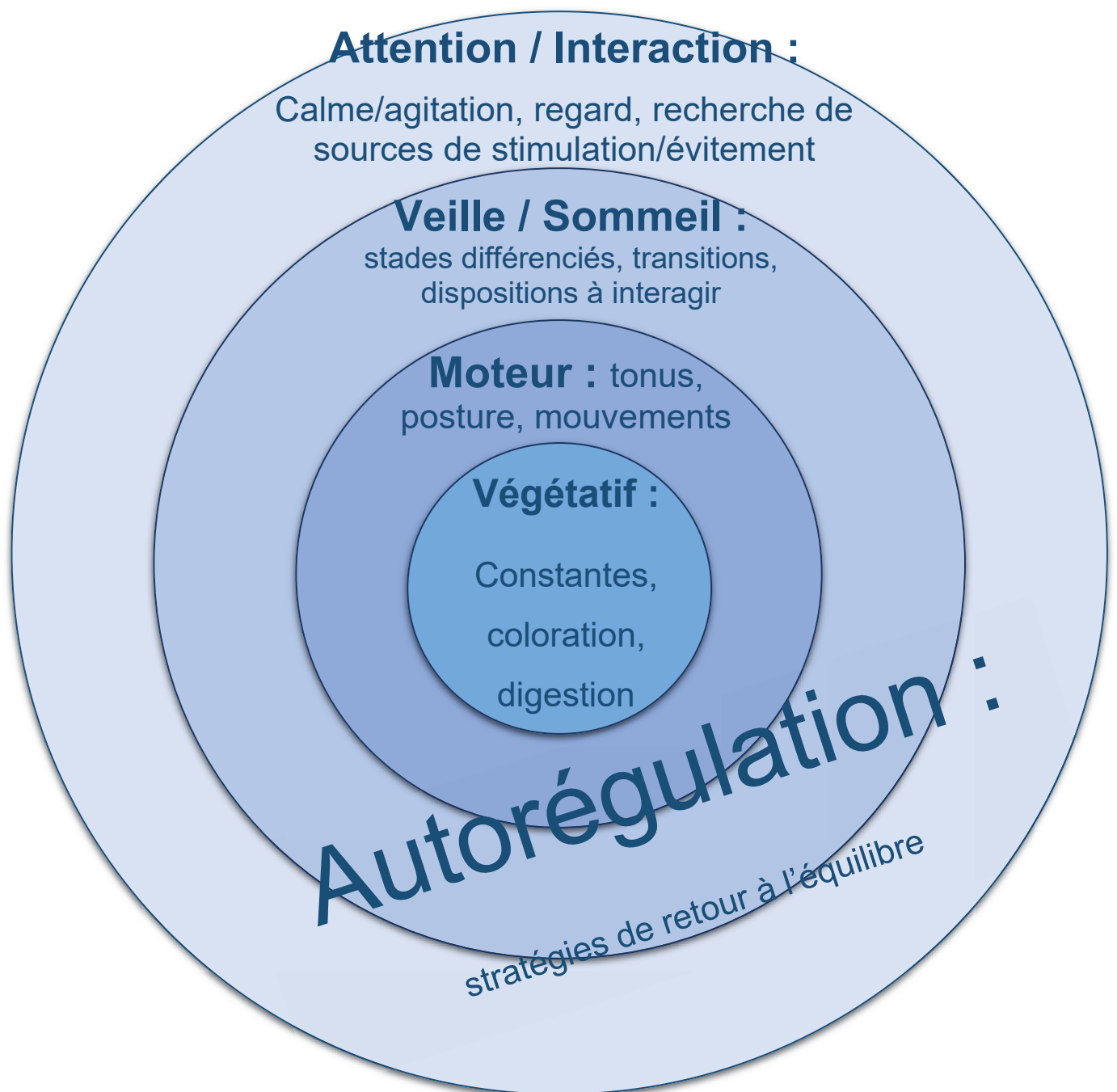
Température autre :.....

A quelle fréquence le faites-vous ?

.....

.....

Théorie Synactive du Développement
(Selon H.ALS)



Résumé :

Introduction : Les soins de développement se sont bien développés et intégrés ces dernières années en pédiatrie pour les nouveau-nés prématurés au niveau national et international. L'enjeu est de développer cette même philosophie de soins chez les nouveau-nés en maternité car elle favorise la bientraitance de l'enfant et l'accompagnement à la parentalité. Nous avons évalué la place des soins de développement au sein des pratiques professionnelles des maternités du CMCO de Schiltigheim et de l'hôpital de Hautepierre à Strasbourg.

Méthodes : Nous avons réalisé un audit clinique reposant sur une revue de dossiers de nouveau-nés sélectionnés sur la période du 1^{er} janvier au 1^{er} février 2018 et un questionnaire auprès des professionnels ayant exercés sur la même période pour compléter les informations obtenues dans les dossiers.

Résultats : La prévention de la douleur est effectuée correctement et les parents sont impliqués dans la mesure du possible dans les soins douloureux. Une amélioration des pratiques d'utilisation de la grille d'évaluation de la douleur EDIN et du respect des rythmes du nouveau-né sont à envisager pour atteindre les recommandations actuelles. Les techniques de soins de développement sont connues par les professionnels mais la mise en place reste à améliorer, notamment le portage et le peau à peau.

Conclusion : Les soins de développement font partis des pratiques quotidiennes des professionnels des maternités auditées. Des moyens matériels supplémentaires, une analyse réflexive de l'équipe et la poursuite de la formation des professionnels pourront augmenter et améliorer cette pratique des soins de développement en maternité. L'enjeu fondamental est la bientraitance de la triade parent-nouveau-né.

Mots clés : *maternité, audit, nouveau-né, parentalité, relation parents-enfant*