

Nouvelle série sur la périnatalité

Introduction aux soins du développement aux nouveau-nés

Les infirmières sont particulièrement interpellées par les soins du développement (SDD) aux nouveau-nés, puisqu'elles sont responsables de 85 % des soins donnés en unité néonatale (UNN) et représentent la principale professionnelle de la santé prodiguant des soins auprès des nouveau-nés et de leurs parents en périnatalité.

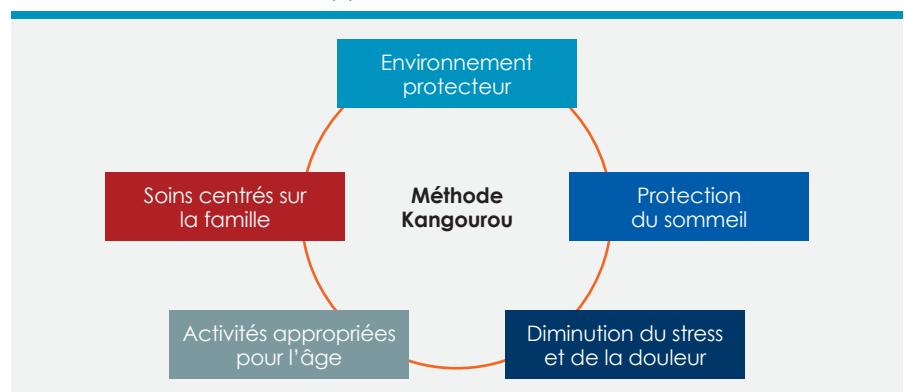
Par **Marie-Josée Martel**, inf., Ph. D., et **Isabelle Milette**, inf., IPSNN

Les SDD désignent une approche de soins individualisés basés sur l'interprétation des comportements des nouveau-nés et qui visent une intégration des parents comme partenaires de soins. À l'UNN, ces soins visent à moduler l'environnement et à offrir des soins adaptés aux besoins des nouveau-nés prématurés et à ceux qui sont nés à terme, mais avec des problèmes de santé, en diminuant l'impact négatif de l'environnement sur leur développement neurologique. Puisque le plus grand développement neurologique de l'humain a lieu entre la 24^e et la 40^e semaine de gestation, les SDD ont une fonction de neuroprotection (McGrath *et al.*, 2011).

Cette philosophie de soins a émergé aux États-Unis grâce à la psychologue Heidelise Als de l'Université Harvard au début des années 1980. Ces soins s'appliquent à tout nouveau-né jusqu'à un âge gestationnel de 52 semaines (trois mois après la naissance), ce qui explique leur importance en UNN et en périnatalité de façon générale. Depuis ce temps, des études en ont documenté les nombreux bienfaits : impacts favorables sur la stabilité physiologique et l'organisation neurocomportementale des nouveau-nés, diminution de la morbidité et de la mortalité, amélioration du devenir neurodéveloppemental et amélioration de la relation parent-enfant, entre autres (Altmier et Phillips, 2013; Als *et al.*, 2003, 2004).

À ce jour, seule la National Association of Neonatal Nurses (NANN) a publié des lignes directrices définissant les SDD et leur application dans la pratique clinique (NANN, 2011).

Figure 1 Les cinq catégories fondamentales des meilleures pratiques en soins du développement aux nouveau-nés



Source : Coughlin *et al.*, 2009 (Adaptation et traduction libre par Milette et Martel, 2017).

Pour partager les meilleures pratiques

Cet article est le premier d'une série de huit, qui a pour but de partager avec la communauté infirmière les meilleures pratiques en périnatalité, appuyées par les données probantes dans le domaine. Cette série abordera différentes thématiques en lien avec les soins du développement aux nouveau-nés admis en unité néonatale, soins qui peuvent très souvent s'appliquer aux bébés nés sans complications.

Outre la présente introduction sur les soins du développement, les sujets suivants seront abordés dans les prochains numéros :

- Mieux comprendre les comportements du nouveau-né
- La méthode kangourou (MK) et le peau-à-peau
- Les modes de positionnement, de déplacement et de portage
- Le massage
- Le bain emmaillotté
- Les pratiques de sommeil sécuritaire
- L'alimentation du nouveau-né prématuré

N.D.L.R. Cette série est une idée originale de l'infirmière Marie-Josée Martel, chercheuse régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheuse associée au CHU Sainte-Justine. Les articles sont rédigés en collaboration avec d'autres spécialistes et expertes en périnatalité. Comme les soins du développement reposent sur une pratique interdisciplinaire, certains d'entre eux seront cosignés par différents professionnels de la santé, tout en mettant à l'avant-plan l'expertise infirmière.

Les meilleures pratiques en SDD se déclinent en cinq catégories fondamentales :

1. La protection du sommeil

Le sommeil joue un rôle essentiel dans l'établissement des connexions nerveuses et dans le développement de l'apprentissage et de la mémoire. Les états de sommeil et d'éveil doivent guider les interactions avec les nouveau-nés. On protégera le sommeil et on profitera des temps d'éveil pour faire les soins, par exemple. La famille participe à la protection du sommeil, à l'hôpital comme à la maison.

2. La diminution du stress et de la douleur

Cette catégorie suppose que l'on reconnaît la vulnérabilité des nouveau-nés à la douleur et au stress, qui peuvent engendrer des effets délétères psychologiques, comportementaux, physiologiques et neurologiques à long terme (Coughlin, 2014, 2016). On portera une attention particulière à la gestion de la douleur avant, pendant et après des interventions causant de la douleur, à l'aide de moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques. On appliquera diverses méthodes de retour au calme (prendre des temps de répit, placer le nouveau-né en position fœtale, replacer ses mains près de sa bouche, offrir la possibilité d'agrippement et de téter) en réponse aux comportements de stress des nouveau-nés.

3. Offrir aux nouveau-nés des activités appropriées pour leur âge gestationnel

Ces activités sont liées à l'alimentation (*nil per os* (NPO), gavages, transition aux boires), au positionnement (pour le sommeil, lors des soins, durant la méthode kangourou, etc.), aux soins de la peau (massage, bain emmaillotté), aux stimulations sensorielles, ainsi qu'à toute autre activité devant être individualisée et offerte selon les capacités de maturation neurologique et les compétences développementales de chaque nouveau-né.

4. Les soins centrés sur la famille

Les parents et la fratrie jouent un rôle majeur dans la vie du nouveau-né, en plus d'avoir un impact sur son développement psychologique et physiologique. De ce fait, la famille est la bienvenue 24 heures sur 24 auprès du nouveau-né, car elle est considérée comme un partenaire de soins et est hautement engagée dans les décisions



Né à 24 semaines et 5 jours (très grand prématuré), le petit Tyler a obtenu son congé de l'hôpital après 157 jours d'hospitalisation.

© Cynthia Compentier et Bryan Veillette (reproduction autorisée)

développent leurs compétences parentales en UNN, les familles se sentiront mieux préparées en vue du congé (Burnham *et al.*, 2013) et du retour à la maison.

5. Un environnement protecteur pour le nouveau-né

Un milieu de vie offrant des stimulations auditives et visuelles atténuées et favorisant l'intimité parents-enfant est nécessaire. Cette démarche implique également un travail professionnel collaboratif capable d'influer favorablement sur la qualité et la cohérence des soins offerts aux nouveau-nés.

La méthode kangourou, ou le peau-à-peau

Le peau-à-peau est considéré comme l'environnement parfait pour protéger le sommeil, diminuer le stress et la douleur, favoriser le positionnement et l'alimentation chez le nouveau-né, ainsi que stimuler l'implication de la famille dans les soins. ■

NDLR Dans le prochain numéro : Mieux comprendre les comportements du nouveau-né

qui concernent leur nouveau-né. De même, les familles ont accès à des ressources et à des services ayant pour but de leur venir en aide. Disposant des outils appropriés, de sorte qu'elles

Pour en savoir plus

- Veille sur les soins du développement – CHU Sainte-Justine http://www.netvibes.com/soinsdudeveloppement#Presentation_de_la_veille
- Les soins du développement <https://sdsenc.com/fr/documentation.asp?d=0&s=1>
- Mieux agir au quotidien, comprendre et soutenir le développement de mon enfant <http://developpementenfant.ca/wp/> (en français et en anglais)
- Caring Essentials Collaborative <http://www.caringessentials.org/qc> (en anglais)
- National Association of Neonatal Nurses <http://nann.org/education/educational-products/developmental-care-product-suite> (en anglais)

Les auteures



Marie-Josée Martel est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Elle est aussi chercheuse régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR et chercheuse associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Elle est membre chercheuse du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).



Isabelle Milette est infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie et spécialiste en soins du développement à l'Unité de soins intensifs néonataux du CHU Sainte-Justine. Elle est membre clinicienne du RRISIQ.

Références

- Als, H., F.H. Duffy, G.B. McNulty, M.J. Rivkin, S. Vajapeyam, R.V. Mulkern *et al.* « Early experience alters brain function and structure », *Pediatrics*, vol. 113, n° 4, avril 2004, p. 846-857.
- Als, H., L. Gilkerson, F.H. Duffy, G. McNulty, D. Buehler *et al.* « A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: Medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 25, n° 6, déc. 2003, p. 399-408.
- Altmier, L. et R.M. Phillips. « The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care », *Newborn and Infant Nursing Reviews*, vol. 13, n° 1, mars 2013, p. 9-22.
- Burnham, N., N. Feeley et K. Sherrard. « Parents' perceptions regarding readiness for their infant's discharge from the NICU », *Neonatal Network*, vol. 32, n° 5, sept./oct. 2013, p. 324-334.
- Coughlin, M. *Trauma-Informed Care in the NICU: Evidence-Based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians*, New York (NY), Springer, 2016, 320 p.
- Coughlin, M. *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed Age-Appropriate Care*, New York (NY), Springer, 2014, 198 p.
- Coughlin, M., S. Gibbins et S. Hoath. « Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, n° 10, oct. 2009, p. 2239-2248.
- National Association of Neonatal Nurses (NANN). *Age-Appropriate Care of the Prematures and Critically Ill Hospitalized Infant: Guideline for Practice*, Glenview (IL), NANN, 2011, 10 p. [En ligne : http://nann.org/uploads/Education/Age-Appropriate_Care-FINAL.pdf]
- McGrath, J.M., S. Cone et H.A. Samra. « Neuroprotection in the preterm infant: further understanding of the short- and long-term implications for brain development », *Newborn and Infant Nursing Reviews*, vol. 11, n° 3, sept. 2011, p. 109-112.

PRÉCISIONS Prix Innovation clinique

- Dans l'article intitulé « Quatuor et le leadership infirmier » publié dans le numéro de mars/avril 2017, nous avons cité la chef intérimaire de l'unité de médecine du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec, Danny Lapointe. L'article a pu malencontreusement laisser penser que M^{me} Lapointe était à la tête du projet récipiendaire du prix Innovation clinique de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie/Centre-du-Centre-du-Québec, ce qui n'est pas le cas.



Sonia Vivier,
infirmière chef
d'unité de
médecine du
CIUSSS de la
Mauricie-et-du-
Centre-du Québec

Les instigateurs du projet gagnant, qui porte le nom de « Quatuor : un partenariat de soins qui puise dans le leadership infirmier », sont **Sonia Vivier**, infirmière chef d'unité de médecine, **Kaven Bruneau**, infirmier coordonnateur à la gestion des lits et à l'efficacité clinique, et le **D^r Patrick Houle**, médecin de famille.

Le projet Quatuor vise une clientèle souvent âgée et vulnérable, hospitalisée en médecine familiale à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie. L'infirmière y est la pierre angulaire du parcours du patient. Elle sollicite l'évaluation de la condition physique et mentale du patient, demande un plan thérapeutique infirmier ou son ajustement et fait le suivi des soins offerts par les autres intervenants, dont l'ergothérapeute, le physiothérapeute et le nutritionniste.

- Dans l'article intitulé « Un service de dentisterie ambulatoire » (Chaudière-Appalaches), l'encadré au bas de la page identifie erronément Véronique Blais comme la responsable du projet « Implantation des soins buccodentaires au Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis : un bel exemple de collaboration interprofessionnelle ». Ce projet est plutôt une initiative de l'infirmière **Évelyne Desjardins**, chef d'unités aujourd'hui retraitée.



ACFA

RÉDIGER UN ARTICLE DE FORMATION CONTINUE

Vous aimeriez collaborer à une publication de développement professionnel unique et chère au cœur des infirmières et infirmiers ?

Vous souhaiteriez mettre à profit votre expertise reconnue dans un secteur de pratique précis de la profession infirmière (santé mentale, soins critiques, soins intensifs, santé et sécurité au travail, bloc opératoire, etc.) afin de contribuer à la mise à jour des connaissances de vos pairs ?

Peut-être seriez-vous intéressée à rédiger, pour *Perspective infirmière*, un article donnant droit à des heures admissibles parmi les activités de la catégorie formation accréditée (ACFA). Pour manifester votre intérêt et obtenir plus d'information, communiquez avec nous par courriel à revue@oiq.org en indiquant « Article ACFA » dans l'objet.