



HAUTE ÉCOLE LIBRE DE BRUXELLES - ILYA PRIGOGINE

DEPARTEMENT SANTE

SECTION SAGE-FEMME

Stratégies possibles pour un accompagnement personnalisé au domicile, tenant compte des spécificités du prématuré et augmentant l'empowerment des parents

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du diplôme de Bachelier sage-femme déposé par :

LAPORTE Ninon

13^{ème} PROMOTION

Année 2020-2021

Conseiller méthodologique : Mme Stevens Émilie
Conseiller scientifique : Mme Grevesse Laurence

© 2021 Ninon Laporte



HAUTE ÉCOLE LIBRE DE BRUXELLES - ILYA PRIGOGINE

DEPARTEMENT SANTE

SECTION SAGE-FEMME

Stratégies possibles pour un accompagnement personnalisé au domicile, tenant compte des spécificités du prématuré et augmentant l'empowerment des parents

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du diplôme de Bachelier sage-femme déposé par :

LAPORTE Ninon

13^{ème} PROMOTION

Année 2020-2021

Conseiller méthodologique : Mme Stevens Émilie
Conseiller scientifique : Mme Grevesse Laurence

© 2021 Ninon Laporte

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail de fin d'étude :

Mme Stevens Emilie, professeure à la Haute École Libre de Bruxelles qui, en tant que conseillère méthodologique, m'a guidée et aidée tout au long de ce travail.

Toute l'équipe pédagogique pour la qualité des enseignements reçus tout le long de ces quatre années.

Mme Grevesse Laurence qui, en tant que conseillère scientifique, m'a permis d'appréhender les différents concepts nécessaires à la réalisation de ce travail.

Enfin, je tenais à remercier ma famille, mes amis proches, qui m'ont soutenue et encouragée pendant l'accomplissement de ce travail et ces quatre années d'étude.

PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par la Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine.

Laporte Ninon



TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	7
LISTE DES FIGURES/SCHÉMAS	8
1. Introduction	9
2. Méthodologie	12
2.1 La problématique	12
2.2 Objectifs du travail	12
2.3 Finalité du travail.....	13
2.4 Méthodologie de recherche	13
3. Cadre théorique	16
3.1 La prématurité.....	16
3.2 L'exacerbation des sens	18
3.3 Les soins de développement	19
3.4 Le Neonatal Individualized Development Care Program	21
3.5 Le retour à domicile d'un nouveau-né prématuré.....	23
3.6 La continuité du NIDCAP	25
3.6.1 L'Infant Behavioral Assessment Intervention Program.....	25
3.6.2 Le Kangaroo Mother Care	28
4. Discussion	30
4.1 Les programmes en Belgique	30
4.2 Les stratégies d'accompagnement possibles	34
4.2.1 Les soins de développement	34
4.2.2 Les autres stratégies d'accompagnement.....	38
4.2.2.1 <i>Le Holding</i>	38
4.2.2.2 <i>Le toucher et la musique</i>	40
4.2.2.3 <i>La voix maternelle</i>	42
4.3 Pour tous les nouveau-nés	43
5. Conclusion générale et perspectives d'avenir	45
6. Lexique	48
7. Bibliographie :	51
8. Annexes	58

ABRÉVIATIONS

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

COPE: Creating Opportunities for Parent Empowerment

dbA: Décibel pondéré A

IBAIP: Infant Behavioral Assessment and Intervention Program

KMC: Kangaroo Mother Care

MITP: Mother Infant Transaction Program

NIDCAP: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONE: Office de la Naissance et de l'Enfance

PBIP: Parent Baby Interaction Program

SA : Semaines d'aménorrhée

TMS: Travailleurs Médico-Sociaux

LISTE DES FIGURES/SCHÉMAS

Illustration n°1 : La théorie synactive selon Als (Kuhn, 2019), p21

Illustration n°2 : Les signes de stress d'un nouveau-né (Lescure, 2013), p26

Illustration n°3 : Les signes de bien-être d'un nouveau-né (Lescure, 2013), p27

Illustration n°4 : Position de l'allaitement biologique (Colson, 2020), p37

1. Introduction

Dans le monde, 15 millions d'enfants sont nés prématurément en 2010 (Cadet, 2015) et la Belgique comptait 8,2% de naissances prématurées en 2013¹ (Centre d'épidémiologie périnatale asbl, 2013). Au fil des années, le nombre de naissances prématurées est en expansion. Cette croissance est due à différents facteurs comme, par exemple, l'augmentation de l'âge maternel lors de la première grossesse. Entre 2005 et 2019, l'âge moyen de la mère lors de la naissance du premier enfant en Belgique est passé de 29,6 ans à 30,8 ans (Service Public Fédéral Belge, 2021).

Malgré les grands progrès de la médecine concernant la prise en charge des bébés nés prématurés, de nombreuses études ont montré que les nouveau-nés prématurés hospitalisés dans un service de néonatalogie sont confrontés à de nombreux facteurs de stress. Ces facteurs regroupent la lumière, le bruit, la douleur, et peuvent entraîner des conséquences à court terme mais également à long terme sur la santé du nouveau-né : troubles moteurs, cognitifs, comportementaux, relationnels ou des troubles du développement psychomoteur, etc. (Kuhn, Zores, Astruc, Dufour & Casper, 2011 ; Sizun, Guillois, Casper, Thiriez & Kuhn, 2014).

L'environnement inadapté comprenant, par exemple, des bruits trop intenses, des odeurs irritantes, une intensité lumineuse trop élevée, peut compromettre la maturation neurologique du nouveau-né (Sizun et al., 2014). Les soins répétés souvent douloureux² ont des répercussions sur le seuil de tolérance à la douleur mais aussi sur le développement cérébral (Sizun et al., 2014). Enfin, la séparation entre la mère et son enfant peut être la cause d'une diminution de la confiance en soi des parents, d'une perturbation du lien mère-enfant et aboutir à un trouble de l'attachement (Sizun et al., 2014).

Selon la littérature, des moyens peuvent être mis en place, afin de limiter ces risques. De nombreux programmes de soins individualisés, comme le Neonatal Individualized Developmental Care Program (NIDCAP), sont mis en place dans les services de néonatalogie, afin de diminuer les fragilités du nouveau-né. Le NIDCAP, basé sur les soins de développement, est un programme qui permet de décrypter le langage du nouveau-né prématuré, afin d'étudier sa tolérance aux soins et d'adapter sa prise en charge.

¹ Sur 36 780 naissances

² Sur 8,4 jours, 70 à 72 gestes douloureux ou stressants ont été comptés

La continuité des soins de développement est importante tout au long de l'évolution du nouveau-né et peut lui permettre jusqu'à ses deux ans, de rattraper son éventuel retard psychomoteur (Sizun et al., 2014).

Une sage-femme réalisant des visites post-partum à domicile peut avoir à prendre en charge une dyade mère-enfant dont le nouveau-né est né prématurément. Il est donc important de savoir comment accompagner les couples de manière adéquate, en tenant compte des trois sphères (physique, environnementale, et psychosociale), et de permettre cette continuité, afin de promouvoir la santé de ces bébés.

Étant personnellement intéressés par le suivi à domicile en tant que futures sages-femmes, ce travail de fin d'étude pourra, dans notre avenir professionnel, nous permettre une meilleure prise en charge lorsque nous serons amenés à aller rendre visite à des nouveau-nés prématurés et à leurs parents.

Ce travail s'inscrit dans deux compétences de la sage-femme belge : la compétence n°1 qui mobilise les connaissances physiologiques pendant la grossesse mais aussi au moment de l'accouchement et pendant le post-partum et la compétence n°5 qui est ciblée sur le rôle de la sage-femme à conseiller les couples (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016).

La lecture des multiples sources scientifiques nous a conduit à la question de recherche suivante :

Lors du retour à domicile, quelles sont les stratégies d'accompagnement permettant d'assurer, en collaboration avec les parents, la continuité des soins NIDCAP, afin de diminuer les fragilités du prématuré ?

L'objectif principal de cette recherche est de permettre à chaque sage-femme d'avoir les outils pour collaborer avec les parents, lors du retour à domicile, afin d'améliorer la tolérance de chaque nouveau-né prématuré.

Dans un premier temps, nous reprendrons les différents éléments qui découlent de la prématurité : sa définition mais aussi les conséquences que peut avoir l'hospitalisation dans un service de néonatalogie pour un nouveau-né prématuré. Nous intégrerons par la suite le programme NIDCAP via l'explication des soins de développement. Nous explorerons la théorie synactive et ses cinq sous-systèmes dans le cadre du NIDCAP.

Ensuite, nous parlerons du retour à domicile du nouveau-né prématuré : ses implications et les programmes qui peuvent être mis en place. Deux programmes seront mis en évidence : *L'Infant Behavioral Assessment and Intervention Program (IBAIP)* et le *Kangaroo Mother Care (KMC)*.

Ici, nous incluons l'importance de l'observation du nouveau-né et du soutien du couple face aux différents signes comportementaux.

Dans un deuxième temps, lors de notre discussion, nous regarderons s'il est possible d'appliquer ces programmes en Belgique. Pour finir, nous proposerons d'autres prises en charge pouvant être appliquées par la sage-femme, qui tiennent compte du niveau d'immaturation et des forces de chaque nouveau-né prématuré, afin de diminuer ses fragilités.

2. Méthodologie

2.1 La problématique

Thématique : Dans un premier temps, nous nous sommes questionnés sur les fragilités du nouveau-né prématuré et ses conséquences. Puis nous avons cherché à comprendre comment le NIDCAP pouvait améliorer le développement de ces nouveau-nés. Enfin, nous nous sommes interrogés sur les particularités du retour à domicile du prématuré.

Pour conclure, nous allons étudier, dans un contexte de prématurité, les outils pouvant être utilisés dans le prolongement du NIDCAP pour diminuer les fragilités d'un nouveau-né prématuré, lors de son retour à domicile.

Ces différents éléments nous ont amenés à formuler la question de recherche suivante :

Lors du retour à domicile, quelles sont les stratégies d'accompagnement permettant d'assurer, en collaboration avec les parents, la continuité des soins NIDCAP, afin de diminuer les fragilités du prématuré ?

Cette question de recherche comprend les sous-questions de recherche suivantes :

- Qu'est-ce que les soins NIDCAP, les soins de développement ?
- Quelles sont les particularités d'un nouveau-né prématuré ?
- Comment accompagner les parents dans la continuité du NIDCAP ?
- Comment être attentif aux fragilités et aux forces d'un prématuré à domicile ?
- Quels sont les programmes de soins qui peuvent être appliqués ?

2.2 Objectifs du travail

Afin de répondre au mieux à notre question de recherche, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- Identifier le niveau d'immatunité de chaque système de chaque nouveau-né prématuré pris en charge, à la suite de son hospitalisation en néonatalogie ;
- Travailler en collaboration avec les parents lors du retour à domicile, afin de diminuer ces fragilités ;
- Personnaliser les soins du post-partum pour chaque nouveau-né prématuré ;
- Mettre en place un accompagnement personnalisé avec les parents lors du retour à domicile.

2.3 Finalité du travail

La finalité de notre travail est de permettre à chaque sage-femme d'avoir les outils pour collaborer avec les parents, afin d'améliorer la tolérance de chaque nouveau-né prématuré lors du retour à domicile.

2.4 Méthodologie de recherche

Public ciblé : Les publics ciblés pour ce travail de fin d'étude sont les sages-femmes réalisant du post-partum à domicile, mais aussi les professionnels de la santé travaillant dans un service de néonatalogie (afin d'assurer de manière adéquate la continuité des soins) ainsi que les pédiatres et le personnel de la petite enfance (TMS-ONE).

Public ultime : Notre recherche porte sur les nouveau-nés prématurés ayant été hospitalisés dans un service de néonatalogie et ayant bénéficiés de soins NIDCAP, sans limite d'âge de prématurité (cfr limites).

Type de recherche : Ce travail est une recherche documentaire ou une revue de la littérature qui conjugue analyse et critique de multiples articles scientifiques, afin d'amener des éléments de réponse à notre question de recherche (Scribbr, 2020). Cette revue de la littérature sera suivie d'une discussion en lien avec certaines compétences de la sage-femme : la compétence n°1 intitulée « Gardienne de la grossesse, du travail et du post-partum physiologiques » et la compétence n°5 : « promoteur de la santé ».

La compétence n°1 mobilise les connaissances physiologiques de la sage-femme concernant la grossesse, l'accouchement mais aussi la période du post-partum. Dans celle-ci, la sage-femme se doit de promouvoir l'allaitement maternel et de soutenir l'allaitement artificiel. De plus, il est dans son rôle de réaliser des soins optimaux pour les nourrissons jusqu'à l'âge de 1 an comme le cite la compétence (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016).

Dans la compétence n°5, la sage-femme promeut la santé et conseille les couples de manière autonome ou en collaboration. Elle peut mettre en place des outils d'intervention mais se doit d'évaluer leur impact sur la santé (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016).

Contexte et limites de la recherche :

La recherche est basée sur la personnalisation des soins d'un nouveau-né prématuré lors du retour à domicile.

Les limites sont : le nouveau-né prématuré ayant été hospitalisé dans un service de néonatalogie, ayant bénéficié du programme NIDCAP lors de son hospitalisation, et pouvant bénéficier des programmes de soins assurant la continuité du NIDCAP lors de son retour à domicile. Il n'y a pas d'âge limite car tous les nouveau-nés prématurés peuvent bénéficier du programme NIDCAP et être suivis lors du retour à domicile.

Critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour sélectionner et utiliser les références bibliographiques :

Les documents utilisés sont des ouvrages de la littérature grise et scientifique. Les langues sélectionnées sont uniquement l'anglais et le français (présence d'une introduction et d'une bibliographie). Le plus grand nombre de ces textes date de moins de 10 ans, sauf 4 d'entre eux puisqu'ils exposent des théories ou des concepts élaborés il y a plus de 10 ans :

- « La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott » de Boukobza Claude (2003) ;
- « Optimal Positions for the Release of Primitive Neonatal Reflexes Stimulating Breastfeeding » de Colson, Meek et Hawdon (2008) ;
- « Positions optimales stimulant l'expression des réflexes facilitant l'allaitement » de La Leche League (2009) ;
- « Promotion de la santé – Charte d'Ottawa » par l'Organisation Mondiale de la Santé (1986).

Utilisation d'Hetop afin de déterminer les descripteurs MeSH :

<i>Descripteur MeSH</i>	<i>Traduction anglaise</i>	<i>Synonymes</i>
Prématuré	Infant premature	Enfant né avant terme, nourrisson prématuré, enfant prématuré
Hypersensibilité	Hypersensitivity	
Services de soins à domicile	Home care services	Services de soins de santé à domicile

Néonatalogie	neonatology	Médecine des nouveau-nés, médecine néonatale
Fragilité	Frailty	/

Mots clés utilisés : Nouveau-né prématuré, retour à domicile, soins de développement, NIDCAP, immaturité du prématuré

Puis recherche sur différentes bases de données : Medline, Cible +, PubMed Central, Google Scholar

3. Cadre théorique

Dans un premier temps, nous allons définir la prématurité et expliquer les forces et les fragilités d'un nouveau-né prématuré. Ensuite, nous analyserons les soins de développement et le programme NIDCAP.

Pour finir, nous étudierons le retour à domicile d'un bébé prématuré ainsi que le soutien au couple et les différents programmes pouvant être mis en place dans le prolongement du NIDCAP.

3.1 La prématurité

La prématurité est définie comme la naissance d'un nouveau-né avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle est la première cause de mortalité durant le premier mois de vie³ (Cadet, 2015).

L'OMS classe les enfants prématurés en 3 catégories selon leur âge gestationnel (Cadet, 2015) : les prématurés dit « moyens » : entre 32 et 36 SA, les grands prématurés : entre 28 et 32 SA ainsi que les très grands prématurés : en dessous de 28 SA.

La prématurité peut être classée en deux groupes selon sa cause (Torchin & Ancel, 2016) :

- La prématurité dite induite, souvent pour causes maternelles ou fœtales. Il s'agit du fait d'écourter la grossesse par césarienne ou déclenchement ;
- La prématurité dite spontanée, pouvant se produire à la suite d'une rupture prématurée des membranes ou non.

L'hospitalisation du nouveau-né dans un service de néonatalogie a de nombreuses conséquences sur le développement de l'enfant. Les nombreux *stimulus* dans le service sont plus intenses que ceux ressentis par le fœtus *in utero*. Dans le milieu aquatique, le liquide amniotique joue un rôle de barrière et atténue les bruits, qu'ils proviennent de la maman ou de l'extérieur. En néonatalogie, le nouveau-né prématuré est soumis à des sons intenses, de fréquence s'élevant entre 50 à 75 dBa⁴ contre 5 à 15 dBa en milieu intra-utérin, souvent sans interruption la nuit (Sizun et al., 2014).

³ 965000 décès en 2013

⁴ Unité de mesure pour les bruits environnementaux

Lors des soins, il est également en contact avec de nombreuses odeurs notamment dues aux produits cosmétiques du personnel soignant, aux aspirations, aux solutions hydroalcooliques, aux tétines/pansements, etc.

La luminosité est, elle aussi, souvent supérieure à celle présente *in utero* (Sizun et al., 2014). Tous ces *stimulus* ont un impact négatif sur le développement moteur, cognitif, comportemental, neurologique mais aussi psychologique futur, ceci est dû à l'immaturation des différents systèmes du nouveau-né prématuré. Ces impacts peuvent se traduire par une hyperactivité, des troubles de l'apprentissage, des troubles du langage, des troubles émotionnels, des troubles de l'audition et de la vision, ainsi que des troubles du sommeil, de l'attachement mère-enfant, troubles moteurs, etc. (Kuhn et al., 2011 ; Sizun et al., 2014).

En effet, prenons l'exemple des impacts sur le court terme des stimulations sonores. Un son intense supérieur à 70 dBA peut entraîner une modification des paramètres physiologiques et comportementaux de l'enfant prématuré. Ces changements sont marqués par une tachycardie ou une diminution de la fréquence respiratoire et de la saturation en oxygène, etc. (Sizun et al., 2014).

À la suite des travaux de Arnand et Hickey (1987, cités par Koenig-Zores & Kuhn, 2016), il a été admis que la douleur était bien présente chez un nouveau-né prématuré car tous les récepteurs à la douleur sont bien présents à la naissance (Koenig-Zores & Kuhn, 2016). Néanmoins, le système nerveux chez les nouveau-nés, et plus particulièrement chez les prématurés, n'est pas entièrement développé et les mécanismes inhibant la transmission des sensations nociceptives sont encore immatures entraînant une diminution du seuil de tolérance à la douleur (Koenig-Zores & Kuhn, 2016). Ainsi, les nombreux soins journaliers comme le changement de couche, la toilette, la pesée, une prise de sang ou encore la pose d'un cathéter ou d'une sonde gastrique sont, pour la plupart, inconfortables et douloureux pour le nouveau-né prématuré (Sizun et al., 2014).

Il est important en tant que professionnel de la santé de savoir détecter les signes d'une douleur chez un nouveau-né : crispation, yeux fermés, bouche ouverte, grimaces, froncement des sourcils, menton contracté, pleurs, etc., car celle-ci impacte son développement (Sizun et al., 2014).

Ces observations sont particulièrement importantes dans un contexte où le nouveau-né hospitalisé en néonatalogie peut subir des centaines de stimulations douloureuses au cours d'un

mois, entraînant une mémorisation de la douleur, abaissant ainsi son seuil de tolérance sur le long terme et installant un stress face à tout *stimulus* désagréable (Fournier-Charrière, 2014).

Enfin, un attachement insécuré ainsi que la difficulté d'instaurer un lien mère-enfant sont aussi des conséquences de la prématurité et sont dues à la séparation de la dyade mère-nouveau-né ou à la peur du décès de l'enfant. Les parents peuvent se sentir impuissants, inutiles, pensant ne pas pouvoir s'occuper de leur nouveau-né prématuré aussi bien que le personnel soignant et ont donc du mal à le protéger et à répondre à ses besoins (Haumont, 2014).

3.2 L'exacerbation des sens

Nous venons de voir les conséquences de la prématurité, il nous semble donc important de comprendre pourquoi un nouveau-né prématuré est plus fragile.

Pendant la grossesse, le fœtus et sa mère forment une cohésion sensorielle singulière. *In utéro*, le fœtus ressent les bruits internes de faibles fréquences de sa maman qu'ils soient respiratoires, cardiaques ou encore intestinaux. Les bruits externes peuvent eux aussi être entendus mais le liquide amniotique ainsi que les tissus maternels les affaiblissent de telle sorte qu'ils sont perçus moindrement (Casper et al., 2015).

Le liquide amniotique n'a pas seulement un rôle de protection auditive. Il joue également un rôle dans le développement olfactif de l'enfant. À travers les mouvements respiratoires, il pénètre dans les narines et transmet aux organes chémorécepteurs des molécules contenant de multiples odeurs. Ces odeurs peuvent provenir de la mère comme du fœtus lui-même. Les aliments mangés ou encore l'air inspiré par la maman mais aussi les produits qu'elle met sur sa peau (parfum, crèmes, etc.) influencent les molécules présentes dans le liquide amniotique. Le fœtus, lui, apporte son odeur via ses urines et les sécrétions de ses poumons (Riolo-Boidé & Losson, 2015).

Pour finir, la luminosité *in utéro* est très faible même si la lumière externe influence la perception lumineuse du fœtus (Casper et al., 2015).

Lors d'une naissance prématurée, il y a arrêt brutal de ce monde et nous pouvons observer que l'environnement de néonatalogie est fort différent de celui dans lequel baignait le fœtus jusque-là (Kuhn et al., 2011). Les divers systèmes du nouveau-né sont immatures, et chaque nouveau-né présente des capacités qui lui sont propres et qui vont définir ses fragilités et ses forces pour tolérer les différents *stimulus*.

Les sons externes, en dehors de l'environnement utérin, ne sont plus affaiblis mais intenses et de fréquences élevées d'environ 50 à 75 dBa avec des pics pouvant atteindre jusqu'à 100 dBa. Des signes de stress ont été observés face à un son trop intense se manifestant par une atteinte des systèmes physiologiques : hypoxémie, altération de son oxygénation cérébrale, troubles du sommeil, etc. (Kuhn et al., 2011).

De plus, le nouveau-né prématuré peut se retrouver face à de nombreuses stimulations olfactives⁵ irritantes et désagréables liées aux soins et qui sont, fortement différentes de celles ressenties durant la grossesse (Kuhn et al., 2011). Lors d'odeurs irritantes et non maternelles, le prématuré ne retrouve plus les sensations qu'il avait *in utero*. Ainsi, sa stabilité physiologique et comportementale ainsi que le lien mère-enfant peuvent être altérés. De plus, s'il y a séparation, les odeurs habituelles de la transpiration et des phéromones maternelles ne sont plus retrouvées par le nouveau-né prématuré (Riolo-Boidé & Losson, 2015).

Ces altérations sont aussi observées lorsque la lumière est plus intense que celle *in utero* (Kuhn et al., 2011). Une luminosité non adaptée aux cycles du bébé peut bouleverser le sommeil. Or, le sommeil a de nombreuses fonctions importantes dans le développement du nourrisson. De manière générale, il est important dans le développement structural des neurones et joue un rôle capital pour la croissance et le développement cérébral (Kuhn, 2012).

3.3 Les soins de développement

Comme nous l'avons vu précédemment, tout être humain est influencé par son environnement. En effet, celui-ci marque son comportement ainsi que ses émotions (Sizun et al., 2014).

Nous savons maintenant, que l'environnement dans un service de néonatalogie est, pour un nouveau-né prématuré, composé d'un niveau sonore et lumineux important. Afin de diminuer ces *stimulus* et donc d'améliorer le développement harmonieux du nouveau-né et la relation parents-enfant, les soins de développement ont été mis en place dans la plupart des services de néonatalogie (Granier, 2015).

Ils visent à adapter les soins aux besoins et aux compétences des nouveau-nés via la diminution de la lumière, du bruit et des odeurs liés aux soins. Les soins de développement prennent aussi en compte : le peau à peau, la succion non nutritive, la prise en charge de la douleur, le positionnement physiologique, l'allaitement maternel, etc. (cfr 3.4 NIDCAP) (Haumont, 2014).

⁵ 4200 à 3500 lors d'une hospitalisation entre 24 et 28 SA (Kuhn et al., 2011)

Le but de cette stratégie de soins vise à réduire, chez le nouveau-né, le stress lié à l'environnement en l'adaptant et en utilisant les soins à quatre mains, le peau à peau mais aussi en soutenant et en permettant aux parents de comprendre le comportement et le développement de leur bébé. Pour cela, un accès 24 h/24 dans le service est mis en place (Sizun et al., 2014).

Les principales recommandations qui découlent des soins de développement sont les suivantes (Sizun et al., 2014) :

- **Au niveau sonore** : les alarmes doivent être reportées sur un autre tableau ou éteintes ; les matériaux utilisés doivent renvoyer peu de lumière et de son ; une évaluation régulière du niveau de son du service est nécessaire ; le personnel doit fermer les portes des chambres, ouvrir les divers emballages ainsi que faire les rapports oraux en dehors de la chambre, favoriser les périodes de calme et de peau à peau dans un environnement paisible. Il est important d'expliquer aux parents qu'il faut chuchoter dans la chambre, afin de favoriser cet univers.
- **Au niveau visuel** : il est très important d'adapter la lumière selon la tolérance du nouveau-né prématuré en favorisant une lumière indirecte, en protégeant ses yeux lors des soins, en positionnant des couvertures sur la couveuse, etc.
- **Au niveau olfactif** : il ne faut pas utiliser des produits odorants dont l'utilité n'est pas prouvée, respecter le temps de séchage pour les diverses solutions hydroalcooliques, etc.
- **Au niveau social** : il est primordial de soutenir l'allaitement maternel et le peau à peau.

L'allaitement maternel et le peau à peau ont de nombreux bénéfices sur la stabilité du nouveau-né prématuré et son développement. Ils permettent la diminution des risques liés à la prématurité, du stress du bébé prématuré et favorise le lien mère-enfant. Le lait maternel est considéré comme le lait de 1^{er} choix pour les prématurés. En ce qui concerne l'OMS, elle recommande un allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant (Boquien, 2018).

La mise en place des soins de développement a également un rôle important à jouer au niveau de la qualité du sommeil qui comme nous l'avons mentionné permet un bon développement neurologique de l'enfant. Le sommeil correspond à un « état » physiologique qui permet de recevoir les données reçues lors de l'état de veille et de stimuler la mémoire. De plus, lors du sommeil, la basse dépense énergétique et le pic d'hormones de croissance permettent la croissance optimale du nouveau-né. Il est donc important de préserver le sommeil du nouveau-né prématuré tout au long de son développement (Sizun et al., 2014).

3.4 Le Neonatal Individualized Development Care Program

Nous venons de voir l'importance des soins de développement et nous allons donc maintenant nous intéresser à un programme qui met en place, en néonatalogie, des soins de développement individualisés.

En effet, le NIDCAP consiste à élaborer des stratégies de soins de développement individualisées à chaque nouveau-né prématuré et à intégrer les parents dans ses soins.

Ce programme de soins, centré sur la famille, a été conceptualisé par Als (1982, cité par Haumont, 2014) et s'appuie sur l'observation rigoureuse du comportement du nouveau-né. L'analyse du comportement se fonde sur la théorie synactive articulant la maturation de cinq sous-systèmes (Bizier, St-Pierre, Milette & Martel, 2017 ; Haumont, 2014) :

- Le **sous-système végétatif**, qui englobe les signes vitaux du nouveau-né, c'est-à-dire son rythme cardiaque, sa respiration, sa pression artérielle, sa saturation en oxygène, sa température, sa coloration ainsi que ses fonctions gastro-intestinales.
- Le **sous-système moteur**, qui prend en compte la posture et le tonus musculaire.
- Le **sous-système état de veille/sommeil**, qui sous-tend l'existence de six états de conscience chez un nouveau-né : le sommeil profond, le sommeil léger, la somnolence, l'éveil dit alerte, l'éveil avec mouvements actifs ainsi que les pleurs.
- Le **sous-système de l'attention**, qui étudie sa capacité à interagir avec son environnement et avec les gens présents autour de lui.
- Le **sous-système de l'autorégulation**, constitué des stratégies que va utiliser le nouveau-né en cas de stress, afin de se rassurer et se sécuriser.

Ces différents éléments sont repris dans le schéma suivant (1986, dans Kuhn, 2019) :

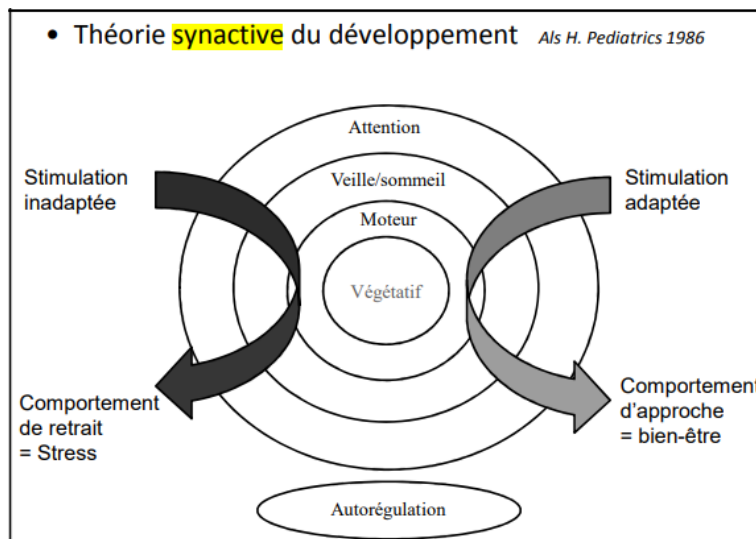


Illustration n°1 : La théorie synactive selon Als (Kuhn, 2019)

Ces cinq sous-systèmes sont étroitement liés et toute perturbation de l'un d'eux influence la stabilité des autres systèmes (Bizier et al., 2017). Prenons un exemple, si le maintien de la position de flexion est facilité par l'emballage, le nouveau-né a alors moins de difficulté à organiser ses mouvements et donc sa respiration est plus stable. Cette stabilité végétative favorise ainsi la capacité du nouveau-né à interagir avec ses parents (sous-système d'attention).

Les observations dans le cadre de l'application du programme NIDCAP durent 60 à 80 min. Elles sont réalisées par des professionnels de la santé formés et incluent les soins quotidiens du nouveau-né prématuré (Muller et al., 2014). Elles permettent d'évaluer les compétences actuelles du nouveau-né ainsi que son état d'équilibre. Elles sont réalisées plusieurs fois durant l'hospitalisation, afin d'être réévaluées avec l'évolution des capacités du nouveau-né. La grille d'observation est basée sur trois données : les paramètres physiologiques, la motricité ainsi que les signes de débordement et de bien-être de l'enfant [cfr Annexe 1] (Haumont, 2014). Si les stimulations ne sont pas adaptées aux compétences de l'enfant, celui-ci montrera des signes de stress et inversement (Lescure, 2013).

A la suite de l'observation, les fragilités du nouveau-né prématuré, c'est-à-dire, son niveau d'immaturité pour chaque système ainsi que sa capacité à tolérer les soins, sont identifiées. Il en est de même pour ses forces qui englobent les stratégies qu'il utilise, afin de se réguler et de s'apaiser. Des recommandations touchant l'adaptation de l'environnement, les techniques de soutien et le déroulement des soins sont alors établies en tenant compte de chaque force et chaque sensibilité de chaque prématuré, ceci dans le but de permettre la stabilité des cinq sous-systèmes et de soutenir le bon développement du nouveau-né prématuré. Ces recommandations sont expliquées aux parents, afin qu'ils puissent les appliquer et comprendre les comportements et les capacités de leur nouveau-né prématuré (Muller et al., 2014).

De nombreux bénéfices ont été observés suite au NIDCAP : la diminution de la durée de l'hospitalisation dans le service de néonatalogie, une diminution de l'alimentation parentérale, une diminution du risque d'entérococolite nérosante, une croissance et une prise de poids plus rapides, l'atténuation du stress familial ainsi que l'amélioration du fonctionnement des différents sous-systèmes (Lebel, 2015).

3.5 Le retour à domicile d'un nouveau-né prématuré

Nous venons de voir les programmes mis en place pour un nouveau-né prématuré hospitalisé dans un centre de néonatalogie. Nous allons maintenant analyser l'étape du retour à domicile.

Le retour à domicile est un grand moment que ce soit pour les parents ou pour leur bébé. Afin de pouvoir rentrer à la maison, certaines conditions doivent être respectées, le nouveau-né doit avoir atteint une stabilité sur le point cardio-respiratoire, thermique et alimentaire et se nourrir sans incident, c'est-à-dire sans faire des épisodes d'apnée ou de bradycardie (Granier, 2015).

Les nouveau-nés prématurés restent des êtres fragiles même après la fin de leur hospitalisation et certaines difficultés en lien avec leur prématurité peuvent persister (Granier, 2015) :

- **Retard de croissance** : un bébé prématuré a des besoins nutritionnels élevés pour réaliser sa croissance « de rattrapage ». De plus, il peut être lié à un retard développemental de l'enfant.
- **Complications respiratoires** : infection respiratoire des bronchioles, malaise respiratoire, etc.
- **Ictère**
- **Risque accru de mort subite du nouveau-né** : importance de la prévention lors du retour à domicile.
- **Troubles du sommeil** : en effet, leurs réveils sont plus fréquents et incluent des temps de sommeil plus courts.

L'adaptation de la transition entre l'environnement du service de néonatalogie et le domicile peut prendre du temps pour un bébé prématuré. Elle représente un grand changement pour lui car il reste sensible à son environnement (Granier, 2015). Tout ceci peut avoir des conséquences sur son développement et il apparaît donc important de continuer un programme de soins individualisés au domicile incluant les soins de développement, comme le NIDCAP. Dans la littérature, nous retrouvons plusieurs programmes de soins qui permettent de favoriser les capacités de chaque nouveau-né prématuré et qui sont dans la continuité du NIDCAP. Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons à L'Infant Behavioral Assessment Intervention Program ainsi qu'au Kangaroo Mother Care.

Enfin, le retour à domicile d'un nouveau-né prématuré est un moment générateur de stress chez les parents (Granier, 2015). Il nous semble donc important de renforcer leurs compétences parentales en collaborant avec eux pour qu'ils puissent aborder le retour à domicile le plus sereinement possible.

En 1986, l'OMS rédige la Charte d'Ottawa en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. Cela passe par la promotion de la santé qui est définie comme le fait de donner aux personnes davantage de contrôle sur leur propre santé et sur les différents moyens qui peuvent être mis en place pour l'améliorer (Organisation Mondiale de la Santé, 1986). Les actions proposées par la charte pour atteindre cet objectif et permettre l'*empowerment*, c'est-à-dire donner du pouvoir d'agir aux individus en autonomie, sont multiples. Deux d'entre elles peuvent être particulièrement intéressantes dans le cadre de la collaboration avec les parents lors du retour à domicile : d'une part, la création d'environnements favorables via par exemple, les soins de développement, et, d'autre part, l'acquisition d'aptitudes par le développement individuel mais aussi social de la personne via l'information et l'éducation à la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 1986). Les différentes informations à transmettre passent, dans le cadre qui est le nôtre, par l'apprentissage des signaux de leur nouveau-né prématuré. Cela leur permettra, par exemple, de se sentir capables de réagir de manière optimale aux besoins de leur nouveau-né prématuré.

L'importance de l'*empowerment* des parents a été mise en évidence par le *Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE)*. Le COPE est un programme d'intervention précoce éducative et comportementale qui diffuse, lors d'une naissance prématurée, quatre parties d'enregistrements audio complétées par des supports écrits. Ces outils apportent des connaissances sur le comportement, le développement du nouveau-né prématuré mais aussi donnent des conseils pour interagir avec le bébé et collaborer avec le personnel soignant lors des soins (Glorieux, Montjoux, Bloom & Casper, 2012). Ces enregistrements sont partagés à différents moments : 2 à 4 jours après le 1^{er} jour d'hospitalisation, puis 2 à 4 jours plus tard, 1 à 3 jours avant le retour à domicile et une semaine après la sortie de l'enfant (Roué, Ratynski, Minguy & Sizun, 2016).

De nombreux bénéfices ont été observés dans ce programme : diminution du stress de la maman, réduction de l'anxiété dans les deux mois qui suivent la naissance. Les parents ont aussi exprimé être plus confiants dans leurs compétences parentales face à leur bébé et donc plus aptes à le comprendre et à s'adapter à la situation (Glorieux et al., 2012). Il est capital que les parents deviennent partenaires des professionnels de la santé, ce qui implique le respect des connaissances, des compétences mais aussi de l'expérience de chacun (Roué et al., 2016).

Les professionnels en néonatalogie et à domicile doivent permettre aux parents de collaborer avec eux et d'avoir leur propre pouvoir d'agir, afin de les rendre compétents et de réduire leur stress.

3.6 La continuité du NIDCAP

Comme nous l'avons dit dans la partie précédente, nous allons détailler les deux programmes s'inscrivant dans le prolongement du NIDCAP : l'IBAIP et le KMC

3.6.1 L'Infant Behavioral Assessment Intervention Program

L'IBAIP correspond à la continuité du NIDCAP. Il a été, lui aussi, élaboré par Als (cité par Sizun et al., 2014) et est basé sur la théorie synactive du comportement de l'enfant (cfr 3.4 NIDCAP) (Sizun et al., 2014). En effet, lors du retour à domicile, le bébé prématuré peut encore avoir des systèmes immatures. Les observations du comportement menées par le professionnel formé ne sont plus réalisées dans le cadre de l'hospitalisation mais au domicile. Suite à l'observation, le professionnel aide les parents à la mise en place de stratégies dont le but est d'adapter l'environnement et les soins selon les besoins neurologiques mais aussi comportementaux de l'enfant. Ces adaptations permettront la maturité des sous-systèmes et le nouveau-né deviendra compétent dans ce domaine ce qui favorisera un développement harmonieux (Sizun et al., 2014).

Par exemple, si lors du retour à la maison, le nouveau-né est encore immature au niveau de sa fonction motrice, la présence d'un boudin dans son berceau comme support moteur lui permettra d'être plus compétent dans ce système. Il pourra alors réguler ses autres sous-systèmes : régulation des signes vitaux, interactions avec les parents, etc. (Sizun et al., 2014).

À travers ce programme, les parents continuent à observer et analyser les différents signes d'adaptation et de stress qui leur ont été expliqués, via le programme NIDCAP, lors de l'hospitalisation de leur nourrisson. Il est important qu'un professionnel les aide à cela, afin qu'ils puissent orienter les stratégies selon l'évolution des capacités du nouveau-né. La collaboration est donc primordiale.

Les signes que les parents doivent repérer lors du retour à domicile sont les mêmes que ceux identifiés lors des observations dans le cadre du NIDCAP ou de l'IBAIP et sont divisés selon les cinq sous-systèmes de la théorie synactive.

Pour le système végétatif, les signes de stress liés à une perturbation sont : une modification du rythme cardiaque et du rythme respiratoire, un changement de coloration de la peau, un hoquet, des régurgitations (Bizier et al., 2017).

Au niveau du système moteur, il faudra être attentif à tout marqueur d'hypotonie ou au contraire d'hypertonie. L'observation d'une extension des membres inférieurs et/ou supérieurs, un nouveau-né qui écarte les doigts, qui gigote/sursaute sont autant de signes révélateurs d'un mal-être lié à un *stimulus* (Bizier et al., 2017).

Le changement entre les états d'éveil est important car si le bébé n'est pas stable, on observe que le passage entre l'état de veille et de sommeil est brusque, que le nouveau-né est agité, qu'il fronce les sourcils et est irritable (Bizier et al., 2017).

Pour finir, si un bébé a le regard vide et/ou paniqué ou même qu'il fuit le regard, c'est un signe qu'il n'est pas en capacité d'interagir (Bizier et al., 2017).



Illustration n°2 : Les signes de stress d'un nouveau-né (Lescure, 2013)

Il est primordial que ces signes soient repérés puisque leurs conséquences sur le développement du nouveau-né prématuré sont importantes. Les parents et le professionnel de la santé doivent aussi trouver lors des observations au domicile les forces du nouveau-né, c'est-à-dire ce qu'il met spontanément ou de lui-même en place, afin de se réguler. Les forces observées pourront être utilisées, lorsque le nouveau-né montre des signes de stress. Par exemple, si lors du retour à domicile l'enfant n'arrive pas à réguler sa fonction motrice, il peut, lors du bain s'agiter et perdre de l'énergie. Emmailloter ce nouveau-né lors du bain lui permet de se réguler et d'être compétent dans sa fonction motrice (Bizier et al., 2017).

L'observation des signes d'adaptation est donc toute aussi importante. Il s'agit, pour la fonction végétative, d'une respiration douce et régulière, d'un rythme cardiaque stable, d'une coloration rosée, d'une digestion stable. Concernant la fonction motrice, il faudra être attentif à une

position de flexion des membres, agrippement, mains à la bouche. Pour l'état veille/sommeil, on retrouve des endormissements et réveils doux, des cris vigoureux lorsqu'il est réveillé. Enfin un visage détendu ainsi qu'un regard clair et une capacité à diriger son attention sont des signes de bonne adaptation de son interaction (Bizier et al., 2017).

Un autre rôle du professionnel est aussi de favoriser sa fonction d'autorégulation en mettant en place, en collaboration avec les parents, des méthodes dites de retour au calme adaptées à leur nouveau-né prématuré. Ces méthodes permettront au nouveau-né prématuré de s'autoréguler et consistent à lui présenter par exemple, un objet à sucer ou à agripper, à l'aider à prendre sa position fœtale, à amener ses mains vers sa bouche ou encore à l'emballoter. Ces méthodes pourront devenir les forces du nouveau-né et il va apprendre à les utiliser, par la suite, sans aide (Bizier et al., 2017).

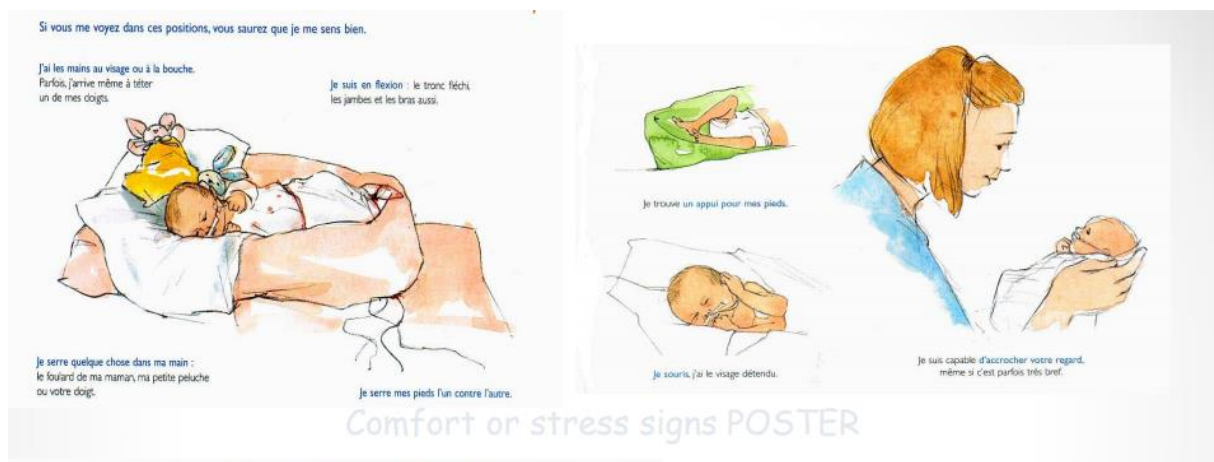


Illustration n°3 : Les signes de bien-être d'un nouveau-né (Lescure, 2013)

L'avantage de ce programme est de permettre une grande collaboration avec les parents ainsi que la poursuite des soins individualisés du nouveau-né en tenant compte de ses fragilités et de ses capacités. Il est facilement applicable chez des bébés qui ont bénéficié du NIDCAP lors de leur hospitalisation puisque l'apprentissage des parents face aux signes de leur bébé a été mis en place dès le début. Cependant, il requiert une formation spéciale du professionnel de la santé, afin de guider les observations à domicile.

3.6.2 Le Kangaroo Mother Care

Maintenant que nous avons décrit les principes de l'IBAIP, nous allons nous intéresser au KMC.

Le Kangaroo Mother Care a été créé en Colombie, à Bogota, par les Dr Rey et Martinez (1978 cité par Sizun et al., 2014) suite à des infections nosocomiales graves ainsi qu'une absence d'une quantité suffisante d'incubateurs (Sizun et al., 2014).

Il est défini par trois règles : le contact peau à peau précoce, prolongé et idéalement jour et nuit en continu⁶, l'allaitement maternel exclusif et une sortie précoce. Le soutien de la dyade via la mise en place de stratégies pour permettre le bien-être médical, physique mais aussi psychologique est aussi important dans ce programme. La maman devient l'incubateur de son bébé (Kangaroo Mother Care, 2018). Le second parent peut, lui aussi, prendre le nouveau-né prématuré en peau à peau, afin de soutenir la maman et faciliter la continuité de celui-ci. Le bébé reconnaîtra sa voix et les avantages seront alors observés (Kangaroo Mother Care, 2018).

Des directives sont proposées lors de ce peau à peau afin d'assurer la sécurité de la dyade : le nouveau-né doit être placé en position verticale sur le ventre de sa maman muni d'une couche et d'un bonnet pour un meilleur confort, les bras et les jambes écartés en « grenouille » et doit être maintenu par un bandeau englobant tout son corps des oreilles aux fesses, afin que la maman puisse bouger sans ressentir d'anxiété (Sizun et al., 2014).

Ce peau à peau a de nombreux bénéfices qui interviennent tous dans la diminution de l'immatunité du nouveau-né prématuré : stabilité cardiorespiratoire, thermorégulation, meilleure prise de poids, sommeil calme et plus mature. Il influence également de manière positive le développement neurologique et comportemental, favorise les réflexes archaïques de succion et de *grasping*. Le KMC est un outil pour l'allaitement maternel puisqu'il améliore l'excrétion de l'ocytocine (Sizun et al., 2014).

Il permet la diminution des pathologies néonatales sévères ; des réactions physiologiques observées face à la douleur ; du risque d'infections respiratoires basses ; de maladies pulmonaires et pour finir renforce le lien mère-enfant via l'ocytocine⁷ (Sizun et al., 2014). Il permet donc la stabilisation des sous-systèmes étudiés lors du NIDCAP ou de l'IBAIP.

Pour conclure, le KMC améliore l'environnement dans lequel vit le nouveau-né prématuré et lui permet de se développer sur le plan neurologique (Sizun et al., 2014).

⁶ 24h/24

⁷ L'ocytocine sécrétée diminue le stress de la maman qui devient plus sensible aux signes de son bébé

L'avantage de ce programme est que le nouveau-né ne doit pas être stable pour commencer le KMC et qu'il peut donc être mis en place dans le cadre de l'hospitalisation dans un centre utilisant le NIDCAP et être continué lors du retour à domicile. Il est accessible à toutes les sages-femmes ne demandant pas de formation particulière. Cependant, il ne permet ni la mise en place de stratégies individualisées ni l'apprentissage des parents à observer les compétences de leur nouveau-né.

Tout au long de cette première partie, nous avons passé en revue les différents concepts faisant référence à notre question de recherche. Pour cette deuxième partie, nous reviendrons sur cette théorie, tout en amenant de nouvelles stratégies que la sage-femme peut mettre en place lors du retour à domicile.

4. Discussion

Pour rappel, les objectifs de notre recherche sont de pouvoir identifier le niveau d'immatunité de chaque système de chaque nouveau-né prématuré lors du retour à domicile et de pouvoir mettre en place un accompagnement personnalisé en post-partum, en collaboration avec les parents, afin de diminuer ses fragilités. Ces objectifs ont été fondés autour de la question de recherche suivante : Lors du retour à domicile, quelles sont les stratégies d'accompagnement permettant d'assurer, en collaboration avec les parents, la continuité des soins NIDCAP, afin de diminuer les fragilités du prématuré ?

Au cours de notre travail théorique, nous avons énuméré les particularités du prématuré puis nous avons voulu en savoir plus sur les soins de développement et plus particulièrement sur le programme NIDCAP. Puis nous avons décrit le contexte du retour à domicile d'un nouveau-né prématuré et ses implications pour ses parents et lui-même. Enfin nous avons analysé les différents programmes que la sage-femme pourrait mettre en place à domicile dans le but de favoriser la tolérance, du nouveau-né prématuré, aux soins et à son environnement et qui constituent la continuité du NIDCAP.

Lors de cette discussion, nous allons, dans un premier temps, réfléchir sur l'accessibilité de ces programmes en Belgique et de la collaboration multidisciplinaire puis nous détaillerons les stratégies d'accompagnement, accessibles plus facilement et que la sage-femme peut mettre en place. Enfin, nous parlerons de l'importance d'appliquer ces stratégies chez les bébés nés à terme.

4.1 Les programmes en Belgique

Dans notre partie théorique, nous avons analysé deux programmes incluant le NIDCAP et pouvant être utilisés lors du retour à domicile d'un nouveau-né prématuré. Ces deux programmes sont intéressants à mettre en place afin de promouvoir la maturité des différents systèmes du prématuré.

Selon nous, dans le cadre d'un travail en Belgique, l'IBAIP est le programme le plus judicieux à mettre en place. En effet, le KMC, même s'il est accessible à tous, préconise une sortie précoce du nouveau-né prématuré pour un retour à domicile. Nous avons pu observer que celle-ci est rare dans le contexte hospitalier belge. Même si le KMC n'est pas réalisé, nous soulignons l'importance pour les professionnels belges, tels que les sages-femmes, d'appliquer les principes du peau à peau et de la proximité mère-enfant dans le cadre d'une hospitalisation en

néonatalogie ainsi qu'après la sortie. La proximité est un point important dans cette prise en charge, car comme nous l'avons vu avec Haumont (2014), la séparation de la dyade mère-enfant due à la prématurité peut être un frein dans l'instauration du lien mère-enfant.

Pour répondre à cette situation, nous avons vu en stage que le soin appelé kangourou est encouragé dans les services. Le soin kangourou repose sur les principes du KMC mais correspond à la réalisation du peau à peau pendant 10 minutes à 1 heure, une ou plusieurs fois par jour. En Belgique, il est considéré comme un supplément important au soin dans les services de néonatalogie et peut-être conseillé, par certaines sages-femmes, lors du retour à domicile, pour les différents bénéfices que nous avons vus au préalable dans notre cadre théorique (cfr KMC) mais aussi afin de promouvoir l'allaitement maternel. Il y a donc encore une marge d'amélioration pour augmenter la pratique du peau à peau de longue durée et la non-séparation, notamment via la formation des professionnels de la santé.

Le KMC est orienté vers la physiologie du peau à peau. Il est dans les compétences de la sage-femme (n°1), dans le cadre du post-partum, de solliciter ses connaissances et promouvoir cette approche physiologique, afin de permettre une prise en charge optimale pour ces dyades (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016).

Même si l'IBAIP se place comme le programme le plus facile à mettre en place dans le cadre de la Belgique, l'application du KMC en relation avec celle de l'IBAIP serait l'idéal.

Par ailleurs, l'IBAIP requiert néanmoins quelques difficultés comme l'acquisition d'une formation spécialisée, étalée sur deux ans, et ne peut donc être utilisé par toutes les sages-femmes. De plus, la formation étant complémentaire de celle du NIDCAP, les professionnels de la santé doivent être certifiés NIDCAP pour pouvoir y accéder.

Bien que l'intégration de cette formation en Belgique soit un enjeu pour les professionnels de la santé spécialisés dans le NIDCAP, aucun centre de formation n'existe sur le territoire. Seul un centre pour la formation NIDCAP existe au CHU Saint-Pierre à Bruxelles. Ce manque est dû à l'absence de l'implantation complète du NIDCAP dans tous les centres de néonatalogie, l'IBAIP ne pouvant exister sans le NIDCAP. Un travail est donc à faire concernant l'application et l'implantation de ces programmes.

Cependant, afin de permettre un suivi adéquat de ces nouveau-nés, les hôpitaux pourraient, avec un suivi multidisciplinaire, mettre en place leur propre structure de suivi lors du retour à domicile.

Dans ce cadre, il serait primordial qu'une collaboration professionnelle soit mise en place entre les infirmières/sages-femmes ainsi que les pédiatres du centre de néonatalogie et les sages-femmes exerçant à domicile. Cette collaboration permettrait une continuité des soins pour la dyade même si la sage-femme n'est pas certifiée IBAIP. Le *continuum* des soins, entrant dans la première compétence de la sage-femme serait alors promu (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016). En effet, la sage-femme hospitalière à un rôle d'organisatrice et de coordinatrice du suivi postnatal et la sage-femme à domicile, elle, permet le *continuum* des soins jusqu'à l'âge d'un an (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2017 ; Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016). Cette continuité pourrait être, dans un premier temps, appliquée par un relai téléphonique lors de la sortie de néonatalogie d'un nouveau-né afin que la sage-femme à domicile connaisse le niveau de maturité du nouveau-né et ses différentes compétences dans les cinq sous-systèmes. Le niveau de connaissance des parents concernant les comportements de leur enfant (signes de bien-être/signes de stress) est aussi important à transmettre afin que la sage-femme puisse, à domicile, promouvoir la santé de manière individuelle à chaque nouveau-né prématuré.

De plus, les infirmières/sages-femmes, certifiées NIDCAP, sont présentes dans la plupart des hôpitaux belges. Une autre solution serait alors que le professionnel certifié NIDCAP se rende à domicile afin de réaliser 1 ou 2 observations après la sortie. Cette solution faciliterait la collaboration avec la sage-femme ainsi qu'avec les parents et pallierait l'absence de l'IBAIP.

En effet, comme nous l'avons vu avec Glorieux et al. (2012), le renforcement des compétences parentales diminue les stress et l'anxiété des parents qui se sentent plus confiants à répondre aux besoins de leur nouveau-né.

Dans certains pays, des hôpitaux ont mis en place leur propre programme afin de promouvoir le retour à domicile. Au Royaume-Uni, le Parent Baby Interaction Program (PBIP) est réalisé. Il consiste à diminuer l'altération du développement du bébé causé par diverses situations : manque de confiance en soi des parents, environnement de néonatalogie, stress maternel et de faciliter le retour à domicile. D'après Haumont (2014), nous avons compris que certains parents peuvent se sentir impuissants lors de l'hospitalisation de leur nouveau-né en néonatalogie et ont donc du mal à répondre à ses besoins. Ce programme permet d'inclure les parents tout au long de la prise en charge du nouveau-né en néonatalogie et de promouvoir son développement.

À travers des séances d'une heure réalisées de manière hebdomadaire, le professionnel de santé (souvent des infirmiers/infirmières), formé pour ce programme, encourage la confiance en soi

des parents dans l'identification des besoins de leur bébé ainsi que dans la manière de répondre à ses demandes. Ce but est atteint à travers quatre voies : le toucher (suction non nutritive, caresses, etc.), l'information (signes de stress/de bien-être, compétences de l'enfant, etc.), l'expression orale (lecture, chanson, etc.) ainsi que l'observation (état de veille/sommeil, etc.). Il permet, par la mise en place de deux principes de la Charte d'Ottawa (Organisation Mondiale de la Santé, 1986), l'information et l'éducation à la santé, de renforcer les compétences parentales.

Le Mother Infant Transaction Program (MITP), lui, est appliqué par exemple en Norvège. Son objectif est de sensibiliser les parents aux signaux de leur enfant et de leur permettre d'y répondre adéquatement. Lors des sept séances, les parents apprennent à identifier les caractéristiques, le tempérament et le potentiel de développement propres à leur nouveau-né. Ces séances commencent une semaine avant le retour à domicile et se poursuivent par la suite. À travers ce programme pouvant être organisé jusqu'à 6 semaines après la sortie, des soins de développement peuvent être mis en place de manière individualisée, ce qui rejoint, comme nous l'avons vu précédemment, le principe du NIDCAP et de l'IBAIP (Sizun et al., 2014).

En l'absence de programme national dans les hôpitaux belges, il serait intéressant que chaque hôpital travaille sur ce suivi de manière indépendante. Cependant, cette manière de travailler pourrait rendre la collaboration avec les sages-femmes à domicile plus compliquée face à l'adaptation continue selon les hôpitaux.

Le KMC, par exemple, accessible à un moindre coût, pourrait être mis en place de manière individuelle grâce à un suivi pluridisciplinaire et à un travail interne à l'hôpital.

Pour finir, nous avons vu que le retour à domicile d'un nouveau-né est très souvent source de stress pour les parents (Granier, 2015). Selon Glorieux et al. (2012), l'*empowerment* des parents est bénéfique lors du retour à domicile d'un nouveau-né prématuré. Même si celui-ci est déjà développé lors de la sortie du service de néonatalogie via l'accès des parents auprès de leur nouveau-né 24h/24h et le NIDCAP, plaçant les parents comme partenaires des soins, nous pouvons imaginer que la collaboration avec la sage-femme qui a réalisé la préparation à la naissance est un atout dans le cas de la prématurité. La construction de la relation lors de la grossesse avec cette sage-femme permettrait de rassurer le couple, diminuant le stress et renforçant leurs compétences parentales. Cette option est possible, bien évidemment, si la sage-femme vue en prénatale réalise du post-partum à domicile.

Au regard des différents programmes, pour l'instant, difficilement mis en place, nous avons poussé notre réflexion plus loin afin de trouver des accompagnements plus accessibles et applicables par la sage-femme au domicile. C'est pour cela que nous en consacrerons la section suivante.

4.2 Les stratégies d'accompagnement possibles

Au fil de nos recherches, nous avons trouvé d'autres stratégies, se rapprochant du NIDCAP, pouvant être appliquées plus ou moins facilement par la sage-femme sans formation et expliquées aux parents à domicile.

4.2.1 Les soins de développement

Dans notre cadre théorique, nous avons expliqué les soins de développement afin de pouvoir comprendre le NIDCAP. Non personnalisés, les soins de développement peuvent être mis en place à domicile par la sage-femme. Comme vu avec Granier (2015), les nouveau-nés prématurés restent sensibles à leur environnement lors du retour à domicile et les différents *stimulus* peuvent avoir des conséquences sur leur développement. En effet, selon Kuhn et al. (2011), les stimulations sensorielles non adaptées aux nouveau-nés peuvent avoir des conséquences sur leur stabilité physiologique, leur sommeil, le lien mère-enfant, etc.

Les soins de développement globaux peuvent être faciles à appliquer à domicile par la sage-femme et nous avons déjà vu leurs bénéfices. La mise en place des soins de développement offre une prise en charge visant à se rapprocher le plus possible de la physiologie du nouveau-né et s'inscrit dans la première compétence de la sage-femme. De plus, dans ce cadre, la sage-femme conseille sur l'adaptation de l'environnement du domicile et accompagne les parents : compétence n°5. (Conseil Fédéral de la Sage-Femme, 2016).

Les soins de développement peuvent être mis en lien via l'observation des comportements, des fragilités et des forces du nouveau-né. Nous pouvons reprendre les recommandations, de Sizun et al. (2014) vues auparavant, qui doivent être appliquées dans un service de néonatalogie (cfr les soins de développement) et les adapter au domicile :

- Laisser le bébé dans un endroit paisible lorsqu'il dort, mettre son téléphone en silencieux et chuchoter lorsque l'on est dans la chambre afin que l'environnement soit calme,
- Eviter la lumière directe et diminuer son intensité lors des soins comme lors du change, du bain, du peau à peau,
- Respecter son sommeil, c'est-à-dire, ne pas le réveiller lorsqu'il dort même lors des visites,

- Favoriser le peau à peau et le portage via les écharpes de portage,
- Favoriser l'allaitement maternel, important pour tous les nouveau-nés mais d'autant plus pour les prématurés.

La sage-femme, dans sa cinquième compétence, a un rôle dans l'application d'outils et se doit d'évaluer leurs impacts sur le comportement de la santé. Ici, nous sommes en plein dans cette compétence puisque la sage-femme met en place des stratégies et évalue la réaction du nouveau-né face à celles-ci en collaboration avec les parents.

Au vu de l'intérêt de l'allaitement maternel, il est important que la sage-femme au domicile l'encourage. De plus, il est dans ses compétences de le promouvoir et le soutenir ⁸(Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016). En effet, comme nous allons le voir dans les prochains paragraphes, il diminue les risques liés à la prématurité en réalisant des actions sur chaque sous-système de la théorie synactive (cfr 3.4 NIDCAP).

Nous avons été avertis, avec Garnier (2015), que le nouveau-né prématuré présente un plus grand risque d'infections, même lors du retour à domicile. Afin de le protéger au mieux contre les diverses infections et de favoriser sa stabilité végétative, le lait maternel serait le lait le plus adapté. En effet, le colostrum et le lait contiennent des cellules immunitaires⁹ assurant une protection immunitaire. De plus, le microbiote, qui se trouve dans le lait maternel, joue aussi un rôle important en colonisant le tube digestif du nouveau-né prématuré, favorisant ainsi la formation de son immunité. Le risque d'infections respiratoires et gastro-intestinales, lors des premières semaines de vie, est alors diminué (Boquien, 2018).

Afin de favoriser le neuro-développement des bébés nés prématurément, mais aussi de ceux nés à terme, le lait maternel peut être promu. En effet, il contient une forte proportion d'acide gras permettant le développement cérébral. Le lait des mères ayant accouché prématurément est primordial pour les nouveau-nés prématurés puisqu'il est plus riche en acides gras que celui d'une mère ayant accouché à terme (Boquien, 2018).

Lorsque le nouveau-né prématuré est plus ou moins stable au niveau de ses fonctions respiratoires et cardiaques et qu'il peut être placé contre le corps de sa mère, le peau à peau et l'allaitement maternel stimulent sa motricité en lui permettant de développer ses sens et ses réflexes. Lorsque le nouveau-né prématuré est posé sur sa mère, il reconnaît ses odeurs, ce qui le poussera à aller vers le sein puis à le découvrir ou à téter selon ses compétences acquises (Le

⁸ Rôle n°1 du profil professionnel de la sage-femme belge

⁹ Macrophages et lymphocytes

Roy, 2019). De plus, ses réflexes de foussement, de succion, de pression alternative, lui permettent aussi de découvrir le corps de sa mère et de rejoindre son sein. Cet ensemble assure la motricité du prématuré et la stabilise (Hout Al Ariss, 2015).

Le sommeil léger est, dans les six états de conscience d'un nouveau-né, le meilleur sommeil qui favorise le développement d'un nouveau-né. En période néonatale, la moitié du temps de leur sommeil doit être léger, permettant la croissance cérébrale maximale. Le lait qui facilite le plus le sommeil léger est le lait maternel. Il est le lait le plus adapté en termes de quantité de lactose, de graisses et de protéines. En effet, dans le lait artificiel, le lactose, les graisses et les protéines sont présents en quantités différentes. Par exemple, le taux des protéines et leur qualité, demandent une grande quantité d'énergie pour la digestion entraînant une augmentation du sommeil profond du nouveau-né prématuré (Dalla Lana, 2019).

Pour finir, le lien mère-enfant est un point important à encourager afin de promouvoir un développement harmonieux chez le nouveau-né prématuré. Plusieurs stratégies dont l'allaitement maternel et le peau à peau, par leur proximité, favorisent ce lien. Le nouveau-né, prématuré ou non, est attentif à sa maman. De plus, l'ocytocine, sécrétée lors de la tétée, joue un rôle important dans l'attachement de la dyade. Sa sécrétion répétée au niveau du lobe des émotions maternelles développe un comportement maternel protecteur (Le Roy, 2019). L'allaitement maternel ainsi que le peau à peau permettent la création d'échanges entre la maman et son bébé prématuré via les regards et les mimiques très présents (Hout Al Ariss, 2015).

Ici, nous introduisons une nouvelle compétence qui nous semble pertinente dans le cadre de ce travail. En effet, la sage-femme est « gardienne de la situation psychosociale » (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016), dans sa compétence n°4, est à l'aptitude de stimuler le lien mère-enfant. Nous savons, d'après Haumont (2014) que la séparation lors de la prématurité peut provoquer des troubles dans le lien mère-enfant et dans l'attachement. Grâce à la mise en place de certaines méthodes, comme le peau à peau, l'allaitement maternel mais aussi l'observation des comportements du nouveau-né, la sage-femme renforce ce lien.

Boquien (2018) insiste sur l'importance de l'allaitement maternel pour diminuer les risques liés à la prématurité et le stress du nouveau-né prématuré. A domicile, le nouveau-né est un ancien prématuré et il est donc primordial, pour promouvoir sa santé, de favoriser un allaitement harmonieux. Colson Suzanne (cité par La Leche League, 2009) a mis en évidence de nombreux bénéfices concernant la promotion de « l'allaitement biologique » quant à la stimulation de

l'allaitement maternel et au développement des nouveau-nés. C'est pour cette raison que nous aimerions en parler.

L'allaitement biologique encourage les femmes à se pencher en arrière lors de la mise au sein. Le bébé est allongé en position couchée sur la courbe du corps de sa mère ce qui permet la libération des réflexes néonataux primitifs. Ces réflexes présents dès la naissance, appelés aussi les réflexes archaïques, représentent un groupe de réponses réflexes innées déclenchées par des *stimulus* environnementaux et endogènes (Colson, Meek & Hawdon, 2008). Le frouissement, la succion, la déglutition, les mains à la bouche font tous partis des 50 réflexes archaïques observés (La Leche League, 2009).



En effet, lorsque la maman se penche en arrière, la plante des pieds du nouveau-né frotte contre le corps de sa mère et déclenche une succession de réflexes : libération du réflexe de la marche automatique associé à un rampeement qui propulse le bébé vers le haut, c'est-à-dire vers le sein.

Illustration n°4 : Position de l'allaitement biologique (Colson, 2020)

Au contraire des positions enseignées habituellement, les mains de la maman ne soutiennent pas son nouveau-né et sont alors libres (La Leche League, 2009). De manière spontanée, elles permettent de caresser les pieds du nouveau-né stimulant le réflexe de Babinski, stimulant lui-même les réflexes au niveau des lèvres et de la langue. Les réflexes et les comportements physiologiques du nouveau-né sont ainsi favorisés : *grasping*, succion, frouissement.

Selon Sizun et al. (2014), le KMC favorisant les réflexes archaïques influence positivement le développement neurologique et comportemental du nouveau-né prématuré. L'allaitement biologique favorise également ces réflexes, c'est pour cela qu'il nous paraît adapté lors du retour à domicile d'un nouveau-né prématuré afin d'améliorer son développement global.

De plus, le bébé est couché sur le corps de sa maman, la gravité maintient leurs corps ensemble et dès que le bébé bouge, ce qui devient possible dans cette position, il frôle le corps de la mère, entraînant des comportements innés chez le bébé et la maman (Colson, 2012). La gravité permet aussi que le visage du bébé soit contre le sein et que son menton appuie contre celui-ci favorisant une meilleure prise du sein et une succion plus efficace que lorsque les mamans mettent leur bébé au sein en position assise. Cette approche neurocomportementale apparaît comme un

stimulant de l'allaitement maternel et permet d'éviter son arrêt précoce. Elle peut s'inscrire dans le continuum des soins d'un nouveau-né ayant été suivi par le programme NIDCAP.

Pour finir, l'allaitement biologique n'est pas seulement basé autour de l'allaitement maternel mais encourage également les femmes « à garder le bébé au bon endroit » c'est-à-dire, en peau à peau. Lors des différentes études, les mères ont expliqué connaître leur bébé plus tôt et mieux détecter les comportements de leur nouveau-né lors de son application (La Leche League, 2009). Cette position peut donc jouer un rôle dans le renforcement des compétences parentales et rendre les parents plus confiants à comprendre leur nouveau-né. Il nous semble important, après l'explication et la mise en place de l'allaitement biologique, de discuter avec les parents autour de cette expérience afin de connaître les compétences de chacun et de les placer en tant que partenaires.

Toutefois, la sage-femme se doit aussi, dans son rôle n°1, de soutenir et d'accompagner l'allaitement artificiel (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016). Si lors du retour à domicile, la femme ne souhaite plus/pas ou s'il est compliqué pour elle de donner son sein, il est primordial, en tant que sage-femme, de la déculpabiliser et de l'accompagner dans ce choix. L'utilisation d'un lait adapté pour le prématuré, corrélé avec l'adaptation des soins de développement au domicile, le peau à peau ainsi que les futures stratégies que nous allons voir promeuvent, elles aussi, le développement harmonieux du nouveau-né prématuré, notre rôle étant de renforcer l'éducation à la santé autour de ces différentes stratégies.

4.2.2 Les autres stratégies d'accompagnement

4.2.2.1 Le Holding

Le Holding est applicable dans le cadre d'un retour à domicile d'un nouveau-né prématuré. Le Holding est un concept psychanalytique élaboré par Winnicott en 1952 (cité par Houzel, 2016). Ancien pédiatre, Winnicott attache une importance toute particulière aux relations interpersonnelles et notamment à la relation précoce mère-enfant, la mère étant à entendre au sens large, c'est-à-dire comme l'adulte chargé de mater l'enfant (Houzel, 2016).

Afin qu'un nouveau-né, qu'il soit prématuré ou non, se développe et puisse échanger avec le monde qui l'entoure dans un sentiment de sécurité, il faut qu'il soit soutenu par le portage physique mais également contenu psychiquement grâce à des soins adaptés (Houzel, 2016). Comme vu avec Bizier et al., (2017), les cinq sous-systèmes de la théorie synactive sont liés, ce qui nous permet de comprendre que l'acquisition, grâce au *holding*, des compétences motrices permet au nouveau-né d'explorer ses compétences interactives.

En effet, Winnicott (cité par Houzel, 2016) part de l'hypothèse que « l'angoisse la plus primitive » chez un enfant est rattachée à l'insécurité qu'il ressent lorsqu'il n'est pas assez « tenu ». Selon lui, le nouveau-né est dépendant de l'enveloppement des soins maternels (Houzel, 2016).

Selon Winnicott (cité par Houzel, 2016), le nouveau-né a un potentiel inné qui ne pourra se révéler qu'à travers les soins qui lui seront apportés. Le développement harmonieux du bébé est donc dépendant des soins maternels (Houzel, 2016). La mère devient son enveloppe sécurisante (Venet, 2013).

Le *holding* associé au *handling*, dimension plus pratique désignant les stimulations du corps lors des manipulations du bébé, représente donc pour Winnicott l'ensemble des soins que la mère donne à son bébé, afin de répondre à ses besoins physiologiques et psychiques. En tenant compte des sensibilités visuelles, tactiles et auditives, propres à chaque enfant, ces soins doivent s'adapter aux différents changements physiques et psychologiques qui surviennent, lorsque le nourrisson grandit et évolue. (Boukobza, 2003). Le retour à domicile fait partie des changements physiques et psychologiques pour un nouveau-né. L'observation ainsi que la connaissance, de la sage-femme et des parents, des comportements du nouveau-né marquant sa sensibilité à un *stimulus* permet à la mère d'adapter les soins du nourrisson selon ses besoins et de favoriser son développement. On retrouve ici le principe des observations du NIDCAP, de l'IBAIP et l'adaptation du rythme des soins face à ses réactions, détaillés par Haumont (2014) et Sizun et al. (2014) dans notre cadre théorique.

D'après Kuhn et al., (2011), lorsque la naissance est prématurée, les stimulations sont très différentes de celles ressenties par le fœtus dans le ventre. Cependant, pour Winnicott, l'enfant a besoin pour se développer harmonieusement d'une constance dans son environnement. C'est cette permanence qui lui permettra de se construire en tant que personne. C'est ce que Winnicott nomme « la continuité de l'être » (Boukobza, 2003).

Le *handling*, c'est-à-dire, le tout premier portage, est physique, les bras comme continuité du ventre maternel, mais également psychique dans le plaisir éprouvé lors des soins, la maman n'est pas un robot (Houzel, 2016). Les sensations *in utero* lors du *handling* sont retrouvées favorisant le développement harmonieux.

Si selon Winnicott (cité par Boukobza, 2003), le centre de gravité du nourrisson se trouve entre son corps et celui de sa mère, le *holding* et les soins adaptés permettront au bébé de développer son potentiel inné et de faire l'expérience d'être réel, c'est-à-dire d'être le même à travers de multiples expériences. Ainsi il développera la capacité d'être seul en présence d'une autre

personne puis d'être seul sans crainte de la perte de l'autre. Il aura ainsi développé une sécurité affective (Houzel, 2016).

Il est donc important pour un développement psychique harmonieux du nouveau-né et pour diminuer ses fragilités qu'il soit porté et maintenu. La sage-femme peut expliquer ce modèle aux parents et leur permettre de le mettre en place via le portage en peau à peau, méthode qu'elle peut mobiliser grâce à ses compétences.

4.2.2.2 *Le toucher et la musique*

Le toucher ainsi que la musique peuvent également être des stratégies que la sage-femme peut utiliser afin de diminuer les fragilités d'un nouveau-né prématuré.

Le toucher est le premier sens qui naît et la peau, qui contient une très grande quantité de récepteurs, en est sa base (Fromont, 2011). Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique (Fournier-Charrière, 2014), le nouveau-né hospitalisé en néonatalogie subit de nombreuses sensations douloureuses lors des soins journaliers, diminuant son seuil de tolérance et pouvant augmenter son stress lors d'un *stimulus* désagréable. Il est donc important pour un nouveau-né prématuré de recevoir un toucher rassurant lui apportant du bien-être pour qu'il puisse se développer de manière harmonieuse. Diverses techniques physiologiques incluent le toucher et peuvent être mises en place (Fromont, 2011). La succion non nutritive, par exemple, permet au nouveau-né d'être moins sensible, moins douloureux et plus calme. Le peau à peau et l'allaitement maternel sont des contacts dits « naturels » entre le bébé et sa maman. Ces contacts nous sont apparus pertinents car, d'après notre cadre théorique (Kangaroo Mother Care, 2018), ils représentent deux des trois règles définies par le KMC, programme ayant de nombreux bénéfices pour le nouveau-né prématuré et sont retrouvés lors de l'allaitement « biologique ».

Selon Colson (cité par Didierjean-Jouveau, 2021), la mère, dès la grossesse, maternelle son fœtus par des caresses sur le ventre, elle parle alors de « voilage ». Ce « voilage » consiste à un toucher, retrouvé lors de l'allaitement « biologique ». En effet, nous avons vu que les mains de la maman sont libérées, lui permettant de le mater et de réaliser le même « voilage » que lors de la grossesse. Le nouveau-né est alors rassuré et moins sensible à son environnement ce qui lui permet de trouver, le plus adéquatement possible, le sein de sa mère.

Le cocooning et l'emballotement permettent aussi à l'enfant de retrouver la protection qu'il avait *in utero*. Ces deux méthodes amènent un bénéfice quant à sa stabilité respiratoire et diminuent son stress. Le cocooning correspond à l'action de poser ses mains sur la tête et les

pieds du nouveau-né afin de l'envelopper et de reproduire sa position fœtale (Alexandre et al., 2013).

Puis, il y a les touchers dits « de contact » qui doit être utilisé pour entrer en lien avec le nouveau-né. Ce toucher doit être doux mais ferme afin de ne pas surprendre l'enfant. En effet, la main qui vient se poser sur l'enfant doit le contenir tout en lui laissant la possibilité de bouger et de réagir. Ce toucher rappelle l'enveloppe utérine. Le nouveau-né prématuré sent alors une présence continue, lui permettant de s'installer dans sa position fœtale et est rassuré (Fromont, 2011).

Enfin, les massages existent sous de nombreuses formes et ont divers effets positifs sur la fragilité du nouveau-né prématuré (Fromont, 2011). Pour commencer, ils entraînent plaisir et relaxation, le lien mère-enfant est favorisé. Via ce toucher, des endorphines et de la sérotonine sont sécrétées, son sommeil et son développement harmonieux sont alors améliorés.

Ils sont importants pour le nouveau-né se retrouvant dans un nouvel environnement puisqu'ils sont à l'origine d'une meilleure accoutumance au son et à la lumière. Les massages sont appropriés dans le cadre du retour à domicile, car nous savons, selon Kuhn et al., (2011) que les sens chez le nouveau-né prématuré sont exacerbés et que chaque prématuré peut avoir, selon ses capacités, des difficultés à tolérer les *stimulus* de son environnement.

Ces stratégies, facilitant l'accoutumance au son et à la lumière, pourraient être incluses dans les soins de développement, le but étant le même.

Il est primordial que le bébé prématuré soit prêt à recevoir cette stimulation, c'est-à-dire, qu'il soit éveillé, calme et stable.

La musique ou la lecture peuvent également être des outils utilisés par la sage-femme travaillant à domicile. La musique entraîne un sentiment de plaisir au niveau du cerveau et aide à réguler les émotions ce qui est crucial pour les nourrissons immatures dans ce domaine. Leur état intérieur est alors régulé (Trainor, 2017). De multiples avantages ont été observés chez les bébés nés prématurément : la musique diminue le stress de l'enfant en diminuant son taux de cortisol et stabilise ses fonctions physiologiques (saturation en oxygène, rythme cardiaque, etc.). Elle améliore aussi les fonctions cérébrales, cognitives et sociales chez ces nouveau-nés et permet un développement précoce au niveau social et émotionnel (Trainor, 2017).

Nous savons, grâce à nos recherches (Kuhn et al., 2011), qu'un son trop intense peut être à l'origine de signes de stress. Il est important d'utiliser un faible volume afin que le bébé ne se

sente pas agressé. La voix peut être chaude, douce, rythmée sur le rythme respiratoire et cardiaque du nouveau-né, enveloppante. Les moments de silence sont primordiaux afin que le bébé puisse se reposer (Boucheix, 2017).

Il est important de garder en tête et d'expliquer aux parents que le massage, le toucher et la musique peuvent devenir un stress chez le nouveau-né prématuré. En effet, si les stimulations deviennent trop intenses pour le nouveau-né, il sera incapable de se réguler et d'en tirer les bénéfices. L'observation du nouveau-né pendant ce « soin » est alors primordiale. Si le bébé montre des signes de stress, les parents doivent comprendre que la stimulation dépasse ses compétences et qu'il faut l'arrêter. Celle-ci doit être reconduite à un autre jour où le nouveau-né prématuré aura la capacité d'y répondre.

Il est important, une fois de plus, que la sage-femme conseille les parents et prenne en compte leur capacité à observer leur nouveau-né prématuré, un apprentissage déjà mis en place en néonatalogie via le NIDCAP. Cette collaboration, entrant dans les compétences n°5 de la sage-femme, donne aux parents, comme vu avec l'Organisation mondiale de la santé (1986), le pouvoir de répondre en autonomie aux besoins de leur nouveau-né.

4.2.2.3 La voix maternelle

La voix maternelle est une alternative à la musique pouvant améliorer le développement du nouveau-né. Dès la 26^{ème} semaine de gestation, le fœtus entend les bruits qui l'entourent et sait très vite différencier la voix de sa mère et de son deuxième parent de celle des autres. De plus, nous avons vu avec Casper et al., (2015) que le fœtus pendant la grossesse ressent les bruits internes de sa maman et que les sons externes à l'environnement *in utero*, selon Kuhn et al., (2011) ne sont plus affaiblis. Il pourrait donc être bénéfique pour le développement du nouveau-né né prématurément qu'il retrouve, via la voix de sa mère, des sons doux et connus pendant la grossesse. En effet, nous avons vu avec le Kangaroo Mother Care (2018) que le nouveau-né peut reconnaître la voix de ses deux parents et que les bénéfices de ce programme seront alors observés.

Des études ont montré que le fait d'encourager la mère à parler à son nouveau-né l'apaise en lui fournissant un environnement relaxant (Sajjadian, Mohammadzadeh, Alizadeh Taheri, & Shariat, 2017), pouvant lui rappeler sa sphère *in utero*. L'amélioration de la stabilité de ses sous-systèmes est alors très vite observée (Provenzi, Broso & Montirosso, 2018). De plus, il a été prouvé que l'utilisation de la voix maternelle favorise chez le nouveau-né l'alimentation

orale et donc la prise de poids mais aussi son degré d'interaction. Via cette stabilisation, son développement harmonieux est promu (Provenzi et al., 2018).

Toutes ces nouvelles opportunités de prise en charge mobilisent les connaissances physiologiques de la sage-femme. Face à ces stratégies, la sage-femme promeut l'allaitement maternel, la parentalité mais aussi la santé du nouveau-né et fait appel à la physiologie de la maïeutique, de la femme et du nouveau-né. Dans le cadre du retour à domicile, elle se doit de prendre en compte les risques pouvant être engendrés par la prématurité pour chaque nouveau-né et mettre en place des stratégies d'accompagnement pouvant réduire les complications ainsi que leurs conséquences¹⁰ (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016).

4.3 Pour tous les nouveau-nés

Il nous a semblé important dans le cadre de ce travail d'appuyer l'importance de réaliser ces stratégies chez tous les nouveau-nés, y compris chez ceux nés à terme lors du retour à domicile. En effet, tous les nouveau-nés sont influencés par leur environnement, qu'il soit dans une unité de soins de maternité/de soins intensifs ou la maison. (Bizier et al., 2017). De plus, comme nous l'avons vu avec Granier (2015), le domicile est un environnement plein de nouveaux *stimulus* pour le nouveau-né.

In utero, l'utérus permet au fœtus de se positionner en flexion, l'alimentation lui parvient via le placenta ainsi que le cordon et les stimulations sont de faibles intensités. Lors de la naissance, même à terme, l'environnement du nouveau-né est modifié et tous ces sens sont utilisés par les différents *stimulus* qui l'entourent. Dès les premiers jours, le nouveau-né est sensible aux flux sensoriels existants : tactile, auditif, olfactif et visuel (Venet, 2013). Brazelton (cité par Venet, 2013) est le premier à introduire que le nouveau-né, prématuré ou non, possède un seuil de tolérance face à ces flux sensoriels. Si les stimulations que le nouveau-né reçoit sont au-dessus de son seuil de tolérance, ses capacités de régulations seront débordées. Ce débordement provoque une désorganisation et c'est à ce moment-là que le nouveau-né va montrer des signes de stress. À l'inverse, si celles-ci sont adéquates, le nouveau-né va pouvoir recevoir de manière adéquate les informations, les intégrer et y répondre en communiquant avec son environnement et en pouvant interagir avec les personnes qui l'entourent (Venet, 2013). Brazelton (cité par Venet, 2013) rejoint le concept de la théorie synactive d'Als, qui lui-même, admet qu'elle peut être utilisée chez les nouveau-nés nés à terme jusqu'à leurs trois mois (Bizier et al., 2017). Il

¹⁰ Compétences n°1 et 5 de la sage-femme belge

est donc important de mettre en place des stratégies chez tous les nouveau-nés lors du retour à domicile afin de leur permettre un développement harmonieux.

Que ce soit lors du post-partum à la maternité ou à la maison, les parents sont les plus compétents pour observer, comprendre, soutenir et répondre aux besoins de leur enfant. Il est donc primordial que la sage-femme collabore avec les parents de tous les nouveau-nés, prématurés ou non, afin de les aider à apprendre à reconnaître les compétences et les signes comportementaux de leur bébé. Grâce aux stratégies vues ci-dessus, la « niche écologique » du nouveau-né, c'est-à-dire sa façon dont il s'adapte à son environnement sera stable et il pourra se développer dans les meilleures conditions. Si cette niche est dépassée, le nouveau-né sera déstabilisé (Venet, 2013).

De manière globale et en autonomie, la sage-femme peut être active dans la prévention et la promotion de la santé des dyades qu'elle prend en charge. Que ce soit dans le cadre de la prématurité ou non, elle doit conseiller et apporter toutes les stratégies pouvant être mises en place lors du retour à domicile afin de contribuer à une prise en charge globale et adéquate de la dyade et promouvoir leur santé (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016).

5. Conclusion générale et perspectives d'avenir

Lors de ce travail, nous avons cherché à identifier et à comprendre les niveaux d'immaturation subjectifs à chaque nouveau-né prématuré et à proposer une individualisation des soins du post-partum au domicile dans le cadre d'un travail en collaboration avec les parents du bébé né prématurément afin de diminuer ses fragilités. Nous avons ainsi réfléchi à l'accompagnement à domicile que peut proposer la sage-femme aux parents.

Dans la première partie de ce travail, nous avons étudié les particularités d'un nouveau-né prématuré, ses fragilités mais aussi ses forces. Pour cela, nous avons travaillé sur les conséquences de la prématurité sur le nouveau-né et sur la principale cause de ses fragilités : l'exacerbation de ses sens. Cette exacerbation des sens peut interférer dans son développement harmonieux.

Ensuite, nous avons détaillé le programme NIDCAP qui repose sur des soins de développement personnalisés. Enfin, nous avons identifié les difficultés pouvant être rencontrées lors du retour à domicile de la triade et les différents programmes existants qui s'inscrivent dans la continuité du NIDCAP, notamment l'IBAIP et le KMC. L'IBAIP est plutôt basé sur l'observation du nouveau-né prématuré à domicile alors que le KMC sur le contact peau à peau.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous avons mené une réflexion autour de ces deux programmes et proposé des stratégies d'accompagnement que peut mettre en place la sage-femme pour tous les nouveaux nés, qu'ils soient prématurés ou non.

Afin de mener à bien ce travail, nous sommes partis de la question de recherche suivante : Lors du retour à domicile, quelles sont les stratégies d'accompagnement permettant d'assurer, en collaboration avec les parents, la continuité des soins NIDCAP, afin de diminuer les fragilités du prématuré ?

Nous avons trouvé, dans la littérature, deux programmes de soins entrant dans cette continuité. Cependant, l'implantation de ces programmes est difficilement applicable dans le contexte hospitalier belge. En effet, le KMC préconise une sortie précoce du nouveau-né prématuré, rare dans les structures belges, même si adapté à l'échelle des hôpitaux par les soins kangourou, préconisant eux aussi la proximité mère-enfant, la non-séparation et le peau à peau. L'IBAIP, lui, requiert l'acquisition d'une formation spéciale et complémentaire à celle du NIDCAP. Or, il n'existe pas encore de centre de formation pour l'IBAIP en Belgique. Nous n'avons donc pas pu répondre à notre question de recherche via des programmes de soins existants.

Nous proposons alors que les hôpitaux belges mettent en place leur propre programme de suivi. Cette stratégie mobilise la collaboration entre les sages-femmes réalisant le retour à domicile et les personnels de la santé de néonatalogie pour permettre au mieux la continuité des soins. Cette solution n'est malheureusement pas encore appliquée en Belgique. Concernant cet aspect, nous aurions peut-être dû plus nous renseigner sur les possibilités d'application d'une telle collaboration. D'autant plus que celle-ci est importante car elle permettrait de renforcer la mise en place de l'*empowerment* des parents en leur permettant d'être partenaires de la sage-femme qui va les accompagner lors du retour à domicile.

Et donc, afin de répondre au mieux à notre question de recherche et à nos objectifs, nous avons tout au long de notre discussion, apporté des stratégies d'accompagnement que la sage-femme peut mettre en place, dans la limite de ses compétences, lors du retour à domicile d'un nouveau-né prématuré afin de promouvoir son développement.

Il nous semble que nous avons pu répondre à notre question de recherche via la découverte des bénéfiques, pour les nouveau-nés, des nouvelles méthodes exposées. Nous avons montré que toutes ses stratégies permettent de mobiliser les fragilités mais aussi les forces du nouveau-né prématuré dans le but de favoriser son développement. Elles s'inscrivent par différents moyens dans la continuité du NIDCAP. Les soins de développement globaux/le toucher et la musique/la voix maternelle diminuent le stress environnemental, l'allaitement biologique/le holding favorisent la compréhension des signaux du bébé et donc les compétences parentales, etc. C'est à la sage-femme, en collaboration avec les parents, d'individualiser ses stratégies selon son observation de la maturité des différents systèmes du nouveau-né.

Toutes ces propositions mobilisent les connaissances du couple et leur permettent de mieux répondre aux besoins de leur nouveau-né. Il nous semble très important, en effet, de collaborer avec les parents afin que le retour à domicile se passe dans un environnement le plus serein possible et qu'ils puissent mobiliser leurs compétences.

Intéressés par le post-partum à domicile, ce travail nous permettra d'accompagner au mieux les bébés et leurs parents lors du retour à domicile. Nous avons pu développer nos connaissances sur l'observation du nouveau-né et sur l'accompagnement personnalisé en découvrant les différentes stratégies possibles. Enfin, ce travail nous a permis de mieux comprendre l'importance de la collaboration avec les parents quant à l'éducation à la santé et le renforcement de leurs compétences parentales.

Pour conclure, il nous permettra de réaliser un accompagnement optimal et de proposer une prise en charge globale et adéquate des couples lors du moment si particulier du retour à domicile de leur nouveau-né.

A l'avenir, il serait primordial de s'intéresser et de réaliser des recherches sur le renforcement du relai qui pourrait être mis en place entre les sages-femmes hospitalières et les sages-femmes à domicile afin de promouvoir la continuité des soins de manière optimale et de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né prématuré lors du retour à domicile.

La deuxième piste de recherche que nous proposerions, concerne la formation des sages-femmes. En effet, il existe de nombreuses stratégies pouvant être mises en place facilement par la sage-femme à domicile et se basant sur l'observation du nouveau-né mais elles ne sont pas toujours reprises dans les programmes de formation initiale. Il serait intéressant de faire des recherches sur la connaissance des sages-femmes concernant ces propositions. Toutes ces perspectives d'avenir pourraient promouvoir une prise en charge globale d'une triade et le développement harmonieux d'un nouveau-né, prématuré ou non.

6. Lexique

Acides gras : « Acide organique, principal constituant des lipides » (Larousse, s.f).

Bronchiole : « Rameau de division d'une bronche à l'intérieur du poumon. Les bronchioles (bronchioles terminales puis bronchioles respiratoires) se terminent en petits sacs en forme de grappe de raisin, appelés alvéoles, à travers les parois desquels s'effectuent les échanges gazeux avec le sang » (Larousse, s.d).

Colostrum : « Liquide de sécrétion mammaire jaune, alcalin, riche en albumine, coagulant à la chaleur, moins riche en graisse que le lait, lequel va le remplacer progressivement » (Delage, 2021).

Décibel pondéré A : « le dBA est utilisé pour mesurer les bruits environnementaux. Il s'agit d'un décibel pondéré A qui constitue une unité de pression acoustique » (Actu-environnement, 2021).

Développement cognitif : « Le développement cognitif est la branche de la psychologie qui étudie la cognition des êtres humains. Ce domaine cherche à comprendre la façon dont les gens perçoivent, apprennent, mémorisent et représentent certaines informations et comment ces modèles influencent leur comportement » (Ressources psycho, 2020).

Développement moteur : « Il s'agit de la prise de contrôle progressive par l'enfant de son système musculaire au fur et à mesure de la disparition de la motricité primaire (réflexes archaïques), de la maturation du système nerveux central, de la progression de son éveil, et de la répétition de ses expériences motrices » (Picand, s.d).

Emmailloter : « Envelopper un bébé dans un lange des pieds à la taille » (Larousse, s.d).

Endorphines : « Substance produite par certaines cellules du système nerveux central et ayant des propriétés analgésiques semblables à celles de la morphine » (Larousse, s.d).

Homéostasie : « Processus physiologique permettant le maintien constant du milieu intérieur de l'organisme afin d'en assurer le bon fonctionnement » (Delage, 2021).

Hyperactivité : « État d'activité constante et d'instabilité de comportement, s'accompagnant de difficultés d'attention, observé notamment en cas d'anxiété chez l'enfant » (Larousse, s.d).

Hypoxémie : « Diminution de la teneur du sang en oxygène » (Delage, 2021).

Incubateur : « Appareil maintenant les nouveau-nés prématurés dans une ambiance dont la température et le degré hygrométrique sont constants » (Delage, 2021).

Lactation : « Sécrétion suivie d'excrétion du lait par les glandes mammaires » (Delage, 2021).

Lymphocyte : « Cellule du système immunitaire, responsable des réactions de défense de l'organisme contre les substances qu'il considère comme étrangères. (On distingue les lymphocytes B, capables de se transformer en plasmocytes, et les lymphocytes T, support de l'immunité cellulaire) » (Larousse, s.d).

Macrophage : « Se dit d'une grande cellule ayant la propriété d'ingérer et de détruire de grosses particules (cellules lésées ou vieilles, particules étrangères, bactéries) par phagocytose » (Larousse, s.d).

Microbiote : « Ensemble des bactéries, virus et levures vivant dans un milieu déterminé (Le microbiote intestinal de l'homme est composé d'environ 100 000 milliards de micro-organismes.) » (Larousse, s.d).

Motricité : « En physiologie, fonction qui permet à un organisme vivant de se déplacer ou de changer la position d'une partie du corps par rapport à une autre » (Delage, 2021).

Néonatalogie : « en médecine, spécialité consacrée au nouveau-né » (Universalis, 2021).

Neurone : « Cellule de base du tissu nerveux, capable de recevoir, d'analyser et de produire des informations (La partie principale, ou corps cellulaire du neurone, est munie de prolongements, les dendrites et l'axone.) » (Larousse, s.d).

Nociception : « Réaction des récepteurs sensitifs provoquée par des stimulus qui menacent l'intégrité de l'organisme » (Le Robert, s. d.).

Ocytocine : « Hormone polypeptidique (constituée d'une chaîne d'acides aminés) synthétisée par l'hypothalamus et sécrétée par la posthypophyse (partie postérieure de l'hypophyse, glande située à la base du cerveau) qui la stocke, dont la fonction est de stimuler la contraction du muscle utérin et de favoriser l'allaitement » (Larousse, s.d).

Réflexe archaïque : « Mouvement automatique réflexe présent au cours des premières semaines ou mois de la vie, reproductible de façon identique pour un même stimulus et témoignant par sa qualité et sa symétrie de l'état neurologique sous cortical et médullaire du nouveau-né » (Delage, 2021).

Réflexe de fuissement : « Si on place le nouveau-né sur le ventre de sa mère immédiatement après l'accouchement, il rampe jusqu'au sein maternel et cherche le mamelon » (Gaudy, 2018).

Réflexe de grasping : « Réflexe archaïque de préhension du nouveau-né qui lui fait agripper tout objet qui vient au contact de sa main » (Delage, 2021).

Réflexe de pression alternative : « Alternance d'ouverture et fermeture de la mandibule lors de la succion » (Schelstraete & Chambery, 2011).

Sérotonine : « Substance dérivée d'un acide aminé, le tryptophane, synthétisée par les cellules de l'intestin et ayant par ailleurs un rôle de neurotransmetteur du système nerveux central » (Larousse, s.d).

7. Bibliographie :

- Actu-environnement. (2021). *Définition de dBA*. https://www.actu-environnement.com/ae/dictionnaire_environnement/definition/dba.php4#:~:text=L%20dB%20%28A%29%20est%20utilis%C3%A9%20pour%20mesurer%20les,en%20partie%20en%20fonction%20de%20sa%20hauteur%20tonale
- Alexandre, C., De Jonckheere, J., Rakza, T., Mur, S., Carette, D., Logier, R., Jeanne, M., & Storme, L. (2013). Impact du cocooning et de la voix humaine sur le système nerveux autonome (SNA) de l'enfant grand prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 20(9), 963-968. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.06.006>
- Bizier, N., St-Pierre, E., Milette, I., & Martel, M.-J. (2017). Mieux comprendre les comportements du nouveau-né. *Revue Officielle de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec*, 14(4), 42-45. <https://www.oiiq.org/documents/20147/271608/comportements-nouveau-ne-pratique-clinique-sept-oct-2017.pdf>
- Boquien, C. Y. (2018). Le lait maternel : un aliment idéal pour la nutrition du nouveau-né (En lien avec sa croissance et son devenir neuro-moteur). *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 53(6), 322-331. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2018.07.003>
- Boucheix, S. (2017). Une musicothérapie de l'enveloppe : résonance entre enveloppe sonore, sensorielle et psychique en service de néonatalogie. *La Revue Française de Musicothérapie*, XXXVI(1). <http://revel.unice.fr/rmusicotherapie/index.html?id=3324>
- Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, 173(2), 64-71. <https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064>
- Cadet, I G. (2015). *Impact du massage sur les fonctions physio et psychologiques des bébés nés prématurément et sur leur développement* [Thèse de doctorat, Université LAVAL]. CorpusULaval.ca. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/25807?locale=.fr>

- Casper, C., Lescure, S., Prout, C., Pierrat, V., Glorieux, I., & Kuhn, P. (2015). La prise en charge neurosensorielle des nouveau-nés prématurés en néonatalogie : où en sommes-nous aujourd'hui ? *Contraste*, 41(1), 107-121. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0107>
- Centre d'épidémiologie périnatale asbl. (2013). *Données périnatales en Wallonie*. https://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPiP_wallonie2013_tma.pdf
- Colson, S. (2012). Biological Nurturing : The Laid-back Breastfeeding Revolution. *Midwifery Today*, 101. <https://midwiferytoday.com/mt-articles/biological-nurturing/>
- Colson, S. (2020). *Présentation Biological Nurturing*. L'allaitement Instinctif. <https://suzanne-colson.com/229-2/>
- Colson, S. D., Meek, J. H., & Hawdon, J. M. (2008). Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development*, 84(7), 441-449. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.12.003>
- Conseil Fédéral des Sages-Femmes. (2016). *Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge*. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf
- Dalla Lana, C. (2019). Allaitement, sommeil de la mère et sommeil de l'enfant : Quel lien ? *Dossiers de l'Obstétrique*, 10-12. https://www.google.be/search?q=allaitement+sommeil+de+la+m%C3%A8re+et+sommeil+de+l%27enfant&hl=fr&sxsrf=ALeKk03PUdDiD2NLbmpdxWb30fvBqs97Iw%3A1622299881151&source=hp&ei=6VSyYLDcBcfisAed84v4BQ&iflsig=AINFCbYAAAAAYLJi-eY9mBPym9M8wzY0EsNZyERkTgAZ&oq=allaitement+sommeil+de+la+m%C3%A8re+et+sommeil+de+l%27enfant&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAM6BAgjECc6CggAEMcBEK8BEEM6CggAELEDEIMBEEM6CwgAELEDEMcbEKMCOggILhCxAXCDAToFCAAQsQM6AaggAOgQIABBDOgcIABDJAXBDOgUIABCSAZoHCAAQsQMQQzoECC4QQzoHCAAQhwIQFDoCCC46BwgjEOoCECc6CAgAEMcBEK8BOgYIABAWEb46CAghEBYQHRAeOgUIIRCgAToHCCEQChCgAVDaBljLvQFgzL4BaBB

[wAHgAgAG7AYgB7CmSAQUzNC4yMJgBAKABAaoBB2d3cy13aXqwaQo&scie nt=gws-wiz&ved=0ahUKEwjw9IaBku_wAhVHMewKHZ35Al8Q4dUDCAc&uact=5](https://www.wahgagag7aygb7cmSAQUzNC4yMJgBAKABAaoBB2d3cy13aXqwaQo&scie nt=gws-wiz&ved=0ahUKEwjw9IaBku_wAhVHMewKHZ35Al8Q4dUDCAc&uact=5)

Delage, V. (2021). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Académie Nationale de Médecine. Consulté le 29 mai 2021 sur <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php>

Didierjean-Jouveau, C. (2021). *Suzanne Colson : l'allaitement instinctif*. Claude Didierjean-Jouveau - Naissance, allaitement, maternage, parentalité, éducation. <https://www.claude-didierjean-jouveau.fr/2020/01/25/suzanne-colson-lallaitement-instinctif/>

Fournier-Charrière, E. (2014). La mémorisation d'événements douloureux chez l'enfant : quelles implications, quelles séquelles ? *Douleur et Analgésie*, 27(2), 88-94. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0382-z>

Fromont, A. (2011). *La problématique du massage comme soin au développement chez les prématurés en unité de soins intensifs néonataux* [Mémoire de Master, Université libre de Bruxelles]. DI.fusion. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=la+probl%C3%A9matique+du+massage+comme+soin+au+d%C3%A9veloppement&btnG=

Gaudy, J. (2018). *Les réflexes archaïques du nouveau-né / Cocoon Bien Naître*. Cocoon Bien Naître, pour faire des choix éclairés. <https://cocoombiennaître.com/2017/07/reflexes-archaiques-nouveau-ne/#:%7E:text=Un%20b%C3%A9b%C3%A9%20naissant%20a%20des%20r%C3%A9flexes%20dit%20archa%C3%AFques.,du%20syst%C3%A8me%20nerveux%20et%20d%E2%80%99un%20bon%20tonus%20musculaire.>

Glorieux, I., Montjaux, N., Bloom, M. C., & Casper, C. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents. *Devenir*, 24(1), 45-53. <https://doi.org/10.3917/dev.121.0045>

Granier, M. (2015). Accompagnement des nouveau-nés prématurés et de leurs parents à la sortie de néonatalogie. *Contraste*, 41(1), 123-138. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0123>

- Haumont, D. (2014). Le programme NIDCAP et la dyade mère-enfant. *Soins de développement en période néonatale*, 243-251. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0529-0_23
- Hout Al Ariss, S. (2015). Succion et oralité chez le nouveau-né [Thèse de Doctorat, Université Toulouse III- Paul Sabatier]. <http://thesesante.ups-tlse.fr/868/>
- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0115>
- Kangaroo Mother Care (2018). « What is KMC ? » Kangaroo Mother Care <https://kangaroomothercare.com/>
- Koenig-Zores, C., & Kuhn, P. (2016). Les unités de néonatalogie, un environnement inhospitalier ? Perceptions et attentes sensorielles du nouveau-né prématuré hospitalisé. *Revue de médecine périnatale*, 8(3), 141-148. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0374-8>
- Kuhn, P. (2012). *Etude de la sensibilité auditive du nouveau-né grand prématuré aux stimulations sonores issues de son environnement* [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg]. Hal.archives-ouvertes.fr. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124048/>
- Kuhn, P. (2019). *Soins de développement : Spécificités des différents concepts et programmes* [Diapositives]. CHU Strasbourg. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/sd_soecificites_des_differents_concepts_et_programmes_bruelles_2019_pierre_kuhn_impression_mode.pdf
- Kuhn, P., Zores, C., Astruc, D., Dufour, A., & Casper, C. (2011). Développement sensoriel des nouveau-nés grands prématurés et environnement physique hospitalier. *Archives de Pédiatrie*, 18, S92-S102. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(11\)71097-1](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(11)71097-1)
- La Leche League. (2009). *DA 79 : Positions optimales stimulant l'expression des réflexes facilitant l'allaitement*. La Leche League-France. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1815-da-79-positions-optimales-stimulant-l-expression-des-reflexes-facilitant-l-allaitement>

- Larousse, Æ. (s. d.). *Encyclopédie Larousse en ligne - Accueil*. Larousse. Consulté le 29 mai 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/encyclopedie>
- Lebel, V. (2015). *Les effets de l'éclairage cyclique versus l'éclairage tamisé constant sur la stabilité physiologique et le niveau d'activité motrice de prématurés* [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. papyrus.bib.umontreal.ca. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13980>
- Le Robert. (s. d.). *Dico en ligne Le Robert*. Dictionnaire Le Robert. Consulté le 29 mai 2021, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/>
- Le Roy, J. (2019). *Allaitement maternel et lien d'attachement - Information Pour l'Allaitement*. Information Pour l'Allaitement. <https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/642/>
- Lescure, S. (2013). *Quoi de neuf en Soins de Développement en 2013 ?* [Diapositives]. CHU Toulouse. https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20130531_12_nidcap_gen_2013_-_s_lescore.pdf
- Muller, J. B., Castaing, V., Denizot, S., Caillaux, G., Frondas, A., Simon, L., Roze, J. C., & Flamant, C. (2014). Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Principes et théorie. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35(1), 41-43. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2014.01.001>
- Office de la Naissance et de l'Enfance. (2017). *TRAVAIL EN RÉSEAU ET OFFRE INTÉGRÉE DES SERVICES PÉRINATALS*. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_de_recherche_ONE_Travail_en_reseau_suivi_postnatal_Synthese.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Promotion de la santé -Charte d'Ottawa*. <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986016/j.infbeh.2016.11.009>

- Picand, Y. D. D. (s. d.-b). *Développement psychomoteur : définition de Développement psychomoteur et synonymes de Développement psychomoteur (français)*. sensagent - 2005–2015. Consulté le 29 mai 2021, sur <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/D%C3%A9veloppement%20psychomoteur/fr/#:%7E:text=D%C3%A9veloppement%20psychomoteur%20Le%20d%C3%A9veloppement%20psychomoteur%20est%201%27%C3%A9volution%20des,la%20vie%20o%C3>
- Provenzi, L., Broso, S., & Montirosso, R. (2018). Do mothers sound good ? A systematic review of the effects of maternal voice exposure on preterm infants' development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 88, 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.03.009>
- Ressources psycho (2020). *Qu'est-ce que le développement cognitif ?* Ressources psycho |. Consulté le 29 mai 2021 sur <https://www.ressources-psycho.com/quest-ce-que-le-developpement-cognitif/>
- Riolo-Boidé, A., & Losson, C. (2015). *La mémoire olfactive fœtale au service de l'oralité des prématurés* [Mémoire de Master, Université Paris VI Pierre et Marie Curie]. Hal.archives-ouvertes.fr. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01211771/document>
- Roué, J. M., Ratynski, N., Minguy, S., & Sizun, J. (2016). Parents partenaires de décisions et de soins : quel est l'intérêt des programmes formalisés de soins de développement ? *Revue de médecine périnatale*, 8(3), 155-158. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0372-x>
- Sajjadian, N., Mohammadzadeh, M., Alizadeh Taheri, P., & Shariat, M. (2017). Positive effects of low intensity recorded maternal voice on physiologic reactions in premature infants. *Infant Behavior and Development*, 46, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.11.009>
- Schelstraete, C., & Chambery, M. G. (2011). *Les difficultés de succion* [Diapositives]. Réseau Périnatalité Hainaut. <https://pro.perinatalite.org/fichs/14075.pdf>

- Scribbr. (2020). *Qu'est-ce qu'une revue de littérature ?* <https://www.scribbr.fr/questions-frequentes/quest-ce-quune-revue-de-litterature/>
- Service Public Fédéral Belge. (2021). *Naissances et fécondité | Statbel*. Statbel - La Belgique en chiffres. <https://statbelpr.belgium.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite>
- Sizun, J., Guillois, B., Casper, C., Thiriez, G., & Kuhn, P. (2014). *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique (French Edition)* (1re d. 2014 éd.). Springer.
[https://www.researchgate.net/publication/321616286 Soins de developpement en p
eriode neonatale De la recherche a la pratique](https://www.researchgate.net/publication/321616286_Soins_de_developpement_en_periode_neonatale_De_la_recherche_a_la_pratique)
- Torchin, H., & Ancel, P. Y. (2016). Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(10), 1213-1230.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.013>
- Trainor, L. J. (2017). La musique chez les tout-petits. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 75, 65-74. <https://doi.org/10.4000/ries.5949>
- Universalis, E. (2021). *Définition de néonatalogie - Encyclopædia*. Universalis.
<https://www.universalis.fr/dictionnaire/neonatalogie/>
- Venet, E. (2013). *Analyse de la pratique des soins de soutien au développement sensori-moteur auprès des nouveau-nés en maternité* [Mémoire de Master, Université Claude Bernard Lyon]. Portaildoc.univ-lyon1.fr.
<http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=174356080&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E66dff69f-2da,I250,B341720009+,SY,QDEF,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R212.224.239.97,FN>
- Walter, E. (2014). Actualités en néonatalogie : de la littérature à la pratique quotidienne. *21e Journées La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?*, 7-15.
<https://pediadol.org/actualites-en-neonatalogie-de-la-litterature-a-la-pratique-quotidienne/>

8. Annexes

Annexe 1 : Observation NIDCAP (Lescure, 2013), p22

OBSERVATION Nom: _____ Date: _____ Feuille n°: _____

	Temps	Temps						Temps	Temps				
		0-2	3-4	5-6	7-8	9-10			0-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Respiration	Régulière						Etats de Veille / Sommeil	1A					
	Irrégulière							1B					
	Lente (< 40/min)							2A					
	Rapide (> 60/min)							2B					
	Pause (> 2s)							3A					
Couleur	Ictère						3B						
	Rose						4A						
	Pâle						4B						
	Marbré						5A						
	Rouge						5B						
	Sombre						6A						
	Bleu						6B						
	Trémulation						AA						
	Sursaut (avec Moro)						Face (suite)	Mvt de bouche					
	Secousse de la face							Cherche à téter					
Secousse du corps						Tête							
Secousse extrémités						Extrémités		Doigts écartés					
Viscéral et Respi.	Rejet							Avion					
	Haut-le-cœur							Salut					
	Hoquet							Accroche l'aine					
	Mvts intestinaux							Serre les mains					
	Gémissement							Serre les pieds					
	Soupir							Main à la bouche					
Moteur	Inspiration bloquée							Essai d'agrippement					
	Bras mous							S'accroche					
	Jambes molles							Serre le poing					
	FLEXION						Attention	Râles					
	Msup fléchis (action)							Bâillement					
Msup fléchis (Posture)						Eternement							
Minf fléchis (act)						Face ouverte							
Minf fléchis (post)						Yeux flottants							
EXTENSION	Msup Extension (act)						Evitement du regard						
	Msup ext (Post)						Sourcils froncés						
	Minf Ext (act)						Face en « ooh »						
	Minf Ext (post)						Regard fixe						
MVT Doux	Mvt doux Msup						Roucoule						
	Mvt Doux Minf						Mvt de « discours »						
	Mvt doux Tronc						(ventral, dors, lat)						
	Extension/noyade						Posture	Tête					
	Tortillement diffus							(drt, axe, gauche)					
	Dos arqué						Situation	Manipulation					
	Tronc replié							(berceau, couveuse)					
Cherche appui Minf													
Face	Protrusion langue						Rythme cardiaque						
	Main sur la face							Rythme respiratoire					
	Face inépuante							Saturation en O2					
	Grimaçe												
Seurire													

Commentaires :

© H. Als ; Boston 1981
 Translated into French with Permission from the NIDCAP Federation International (NFI), by N.Ratynski
 © traduction française : CHU Brest- NIDCAP FRANCE 1998revue 2005

STRATÉGIES POSSIBLES POUR UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ AU
DOMICILE, TENANT COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DU PRÉMATURÉ ET
AUGMENTANT L'EMPOWERMENT DES PARENTS

Laporte Ninon

Mots-clés : nouveau-né prématuré, retour à domicile, soins de développement, NIDCAP, immaturité du nouveau-né, fragilités.

Les objectifs de ce travail consistaient 1) à identifier et comprendre les niveaux d'immaturité du nouveau-né prématuré en tenant compte de chaque sous-système évoqué dans le programme NIDCAP, 2) à proposer une prise en charge reposant sur la collaboration avec les parents lors du retour à domicile afin de promouvoir la santé de leur bébé prématuré à travers des soins de développement appropriés et un accompagnement personnalisé.

Notre travail, qui repose sur une revue de la littérature, pourrait être utile aux sages-femmes travaillant à domicile, à tous les professionnels travaillant au sein d'un service de néonatalogie et aux personnels de la petite enfance. Pour ce travail, nous avons fait une recherche documentaire sur différentes bases de données : Medline, Cible +, PubMed Central, Google Scholar. Afin de trouver les articles les plus pertinents, nous avons utilisé Hetop pour déterminer les descripteurs MeSH.

Nous avons concentré notre analyse sur le retour à domicile des nouveau-nés prématurés ayant bénéficiés du programme NIDCAP lors de leur hospitalisation. Notre étude repose sur deux programmes de soins qui s'inscrivent dans la continuité du NIDCAP mais non implantés dans les hôpitaux belges (l'IBAIP et le KMC). Cette difficulté d'implantation nous a permis de réfléchir à des stratégies d'accompagnement global que la sage-femme peut mettre en place lors du retour à domicile et qui s'inscrivent dans la continuité du NIDCAP. Dans notre profession de sage-femme, ce travail permettra d'adapter les pratiques pour un accompagnement adéquat des parents lors du retour à domicile avec leur nouveau-né, qu'il soit prématuré ou non.