



Réflexion/analyse pratique, thème de cours ou ateliers

Les compétences du nouveau-né prématuré connues des soignants

DIU Initiation aux Soins de Développement
chez le Nouveau-Né et l'Enfant

2015-2016



Burtin épouse VAUTEY Valérie
Auxiliaire de puériculture
Hôpitaux du Léman
Thonon-Les-Bains

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Matériels et méthodes.....	2
2.1	Matériels.....	2
2.2	Méthodes.....	2
3	Résultats.....	3
3.1	Diagramme 1.....	3
3.2	Diagramme 2.....	3
3.3	Diagramme 3.....	4
4	Discussion.....	5
4.1	Partons des cinq sens	5
4.1.1	L'ouïe.....	5
4.1.2	La vue.....	5
4.1.3	L'odorat.....	6
4.1.4	Le goût /l'alimentation.....	6
4.1.5	Le toucher.....	6
4.2	Le sondage se poursuivait ensuite sur divers items.....	7
4.2.1	La douleur.....	7
4.2.2	La posture.....	7
4.2.3	Le sommeil.....	7
4.2.4	Le comportement.....	7
4.2.5	Le rythme d'un soin.....	8
4.2.6	La place des parents.....	8
4.3	Je ne sais pas.....	8
4.4	Pour conclure la discussion.....	9
4.4.1	Diagramme numéro 3.....	9
4.4.2	Diagramme numéro 2.....	9
4.5	Fiabilité.....	9
5	Conclusion.....	10
	Annexe.....	11
	Bibliographie.....	15

1 Introduction

Depuis 2009, le personnel évolue au sein de la néonatalogie de type IIa aux Hôpitaux du Léman, à Thonon. Il bénéficie de formations en soins de soutien au développement, dispensées par Myrtha Martinet (infirmière spécialisée en soins de soutien au développement à Genève).

LS. Franck et G. Lawhon (NIDCAP) définissaient les soins de développement comme un regroupement de « *différentes stratégies comportementales et environnementales dont l'objectif est de favoriser le développement optimal de l'enfant né avant terme, par une réduction du stress induit par l'environnement et par une meilleure intégration des parents dans sa prise en charge.* »

Aujourd'hui, nos pratiques ont évolué dans ce sens mais peinent à s'inscrire durablement et de façon approfondie. Comment remédier à cette difficulté ?

Passant outre les problèmes de locaux, il semble que les soignants ne se sentent pas encore suffisamment concernés pour aller plus loin dans la pratique de soins de développement.

Il est connu que le changement fait peur, entraîne des résistances, de l'émotion lorsqu'il faut passer de la technique à la relation (N.Ratynski). Nous savons que l'être humain a souvent peur d'échouer, aime être valorisé, aime être compétent (M. Yordanova).

Comment faire naître ces sentiments et générer l'investissement des équipes à cette approche différente ?

T. Berry Brazelton (pédiatre américain) disait que « *soutenir les nouveaux parents sur le chemin vers la connaissance de leur enfant est une des étapes primordiales de l'attachement* » .

Or pour adapter l'environnement, observer l'enfant, intégrer et soutenir les parents en néonatalogie, il est nécessaire de s'appuyer sur le nouveau-né. Il est donc primordial de connaître les compétences d'un enfant prématuré pour comprendre les changements qu'offrent les soins de développement et pour y adhérer. Il se pourrait que la stagnation de l'implantation de ces soins dans notre unité soit due à une fragilité des pré-requis nécessaires à leur compréhension, pour un personnel qui est polyvalent entre la pédiatrie et la néonatalogie.

D'où la question principale de ce mémoire :

En quoi peut-on considérer un manque de connaissance des soignants concernant les compétences du nouveau-né prématuré ?

Cette étude porte sur les acquis du personnel évoluant en néonatalogie aux hôpitaux du Léman. La première partie de ce mémoire décrit le matériel et la méthode utilisés, permettant dans un second temps, la présentation des résultats. Ensuite, une troisième partie analyse les données et ouvre une discussion sur les constats.

2 Matériels et méthodes

2.1 Matériels

Les connaissances des soignants évoluant en néonatalogie, aux Hôpitaux du Léman ont été évaluées par un questionnaire créé sur internet, à l'aide du site fr.ze-questionnaire.com.

Il y avait deux possibilités, soit de répondre en ligne, soit pour celles et ceux qui n'en avaient pas l'opportunité, de le remplir sur papier. Leurs réponses ont été retranscrites sur le site du sondage afin de ne pas fausser les résultats.

L'équipe soignante était composée de :

- une sage -femme cadre
- vingt-deux infirmières dont quatre puéricultrices
- une psychomotricienne intervenant à 20% temps plein
- six aides-soignantes
- sept auxiliaires de puériculture
- sept pédiatres

Je ne me suis pas incluse dans l'étude ainsi que la psychomotricienne de part sa formation étendue sur le sujet (DIU soins de développement et bilan sensorimoteur selon A. Bullinger).

Avec trois infirmières et une puéricultrice incluses dans les personnes interrogées, nous formons un groupe référent en soins de développement actif au sein du service.

Les réponses au questionnaire étaient anonymes.

Il y avait vingt et une questions fermées à choix multiples, avec la possibilité de cocher plusieurs cases. Trois questions étaient ouvertes et une permettait de s'exprimer librement à la fin du sondage.

2.2 Méthodes

Un nouveau-né prématuré, du fait de son immaturité a des besoins particuliers. La mise en place de soins de développement dans un service de néonatalogie vise à s'adapter à ces particularités. Les questions du sondage reposent donc sur ces différences qui, aux Hôpitaux du Léman concernent des enfants entre 32 et 36 semaines d'aménorrhées (SA).

Les questions portaient alors sur :

- les cinq sens
- la douleur
- la posture
- le sommeil
- le comportement
- le rythme d'un soin
- la place des parents

Un e-mail expliquant la démarche de cette étude a été envoyé à tous, plus des versions papier dans le service. Il était demandé de considérer les questions pour des enfants entre 32 et 36 SA sans pathologies associées et de répondre sincèrement, sans rechercher la solution ailleurs.

Cette évaluation des connaissances cherchait à montrer si les soignants détenaient les pré-requis nécessaires à la compréhension de l'implantation de soins de développement.

3 Résultats

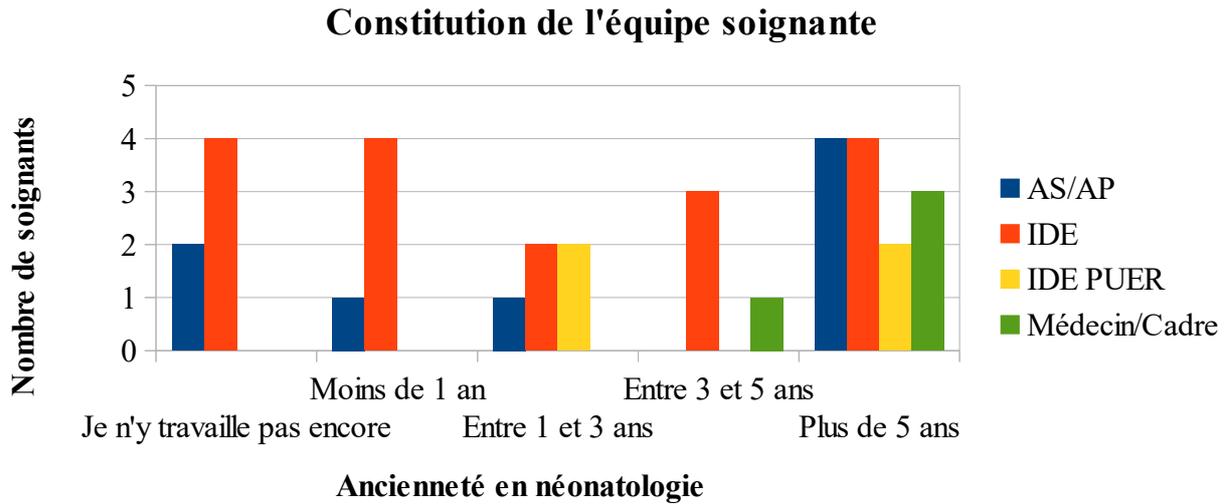
Question 1

Depuis combien de temps travaillez-vous en néonatalogie ?

Question 2

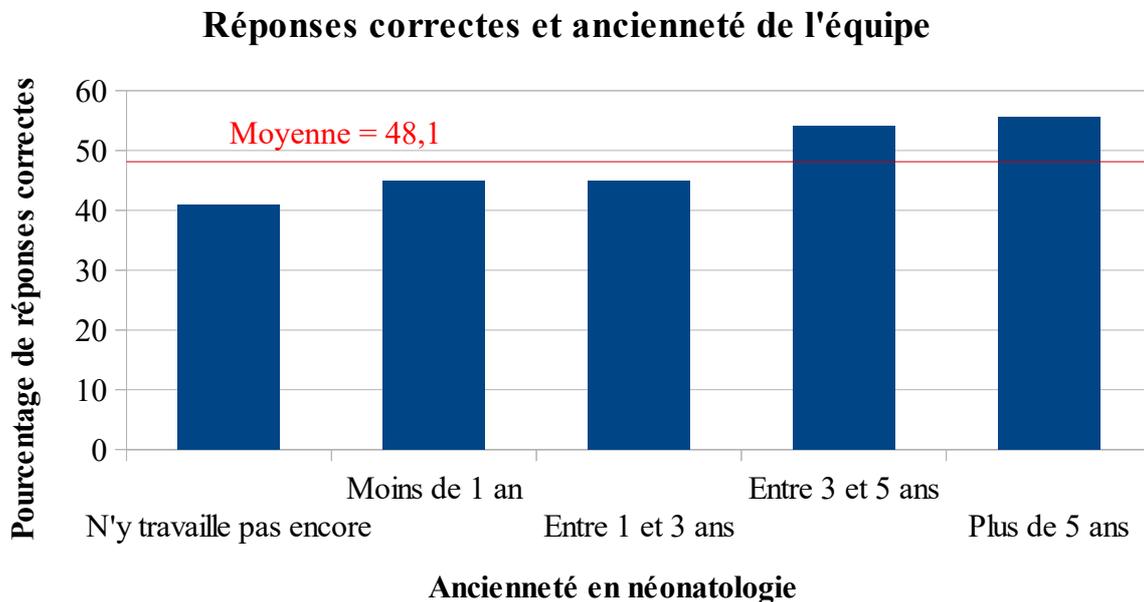
Etes-vous ?

3.1 Diagramme 1



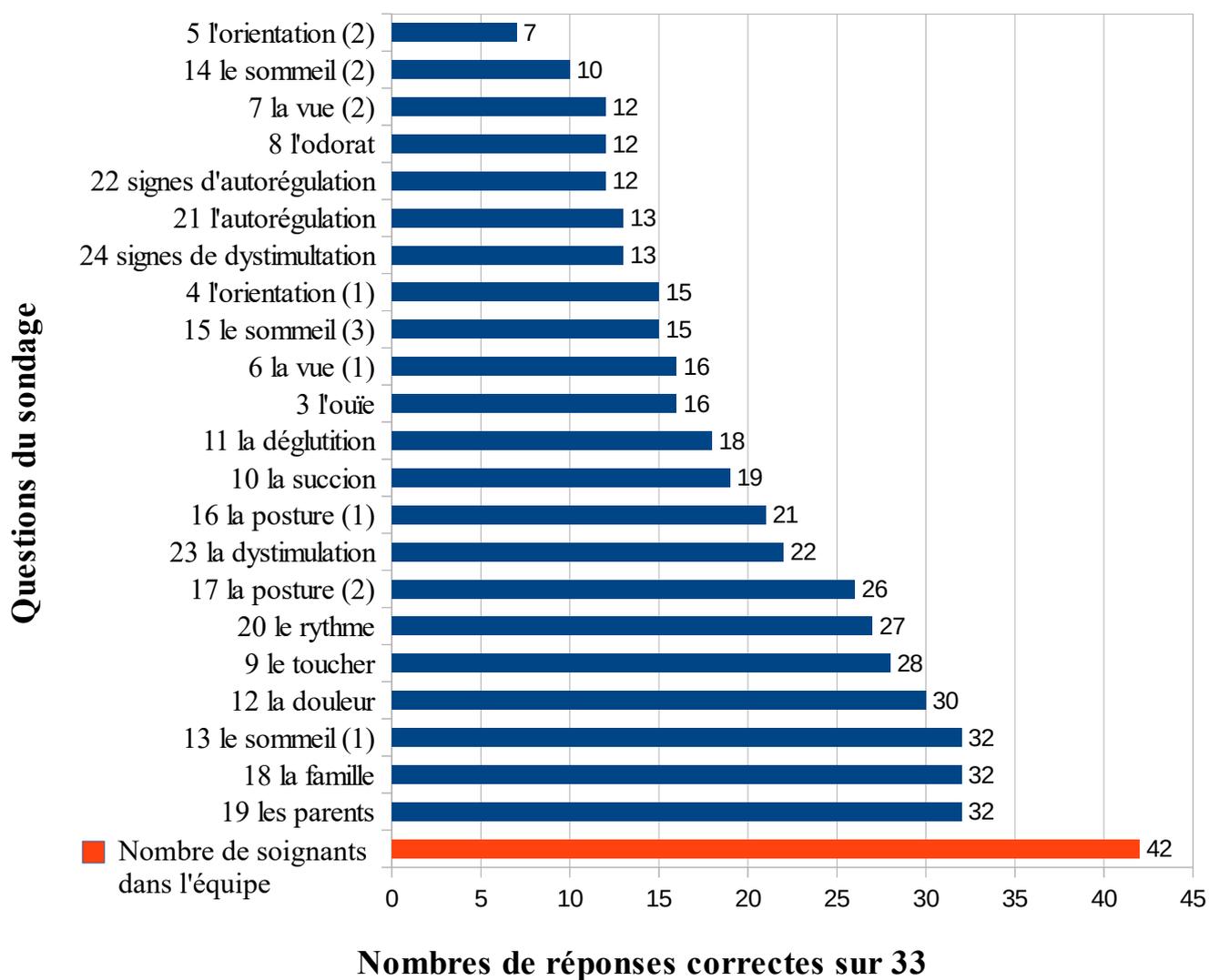
Le détail des réponses de chaque question étant trop volumineux. Il se situe en annexe.

3.2 Diagramme 2



3.3 Diagramme 3

Synthèse des réponses correctes (questions 3 à 24)



4 Discussion

Les soins de développement aspirent à adapter l'environnement des enfants en fonction de leurs capacités ; à les observer afin de respecter leur propre seuil de vulnérabilité ; à soutenir et à intégrer leurs parents. Pour les mettre en pratique des pré-requis sont nécessaires. Il convient de s'appuyer sur les compétences du nouveau-né (ici entre 32 et 36 semaines SA).

La question principale de cette étude portait sur les connaissances des soignants concernant les compétences du nouveau-né prématuré.

La question 2 sur le personnel est présente à titre informatif, pour situer l'équipe. Le but de ce travail n'est pas de pointer du doigt telle ou telle catégorie de soignant mais de trouver des solutions pour avancer ensemble.

4.1 Partons des cinq sens

4.1.1 L'ouïe

Selon les recommandations américaines, il est préconisé dans un service de néonatalogie de ne pas dépasser 45 décibels (dB) en bruit de fond et 65 dB lors de pics sonores. Mais qu'est-ce que cela signifie pour les équipes ?

48,4% des soignants interrogés savaient qu'une fatigue du nouveau-né survenait pour des bruits supérieurs à une voix normale (50 dB) et 30% pensaient que c'était moins. Donc nous pouvons supposer que 78,4% respectent des valeurs non délétères pour l'enfant. Cet état des lieux est plutôt encourageant. Il reste alors 21,6% du personnel à informer sur ce sujet. Ainsi, nous pourrions nous orienter vers d'autres axes d'amélioration : les locaux, le matériels, l'information...

De plus, on sait que le bébé oriente son regard vers la source d'un bruit. Cependant en néonatalogie les sons résonnent et s'amplifient à l'intérieur de l'incubateur. Ce qui peut présenter des risques pour le développement de l'enfant (E. Camaret).

Seulement 21,2% des enquêtés pensaient que l'orientation du bébé était influencée par la résonance des sons à l'intérieur des couveuses. On peut en déduire que 78,8% des soignants ne doivent pas prendre les précautions nécessaires à la protection de cette compétence.

Ces chiffres sont conséquents et peuvent être à risque de séquelles pour le nouveau-né.

Alors comment protéger l'ouïe et l'orientation, si les problèmes ne sont pas identifiés ?

Un soignant ayant plus de 5 ans d'ancienneté a répondu que, ce qui influence négativement la perception auditive de l'enfant en néonatalogie ce sont « ses parents ». Cette réponse interroge. S'agit-il d'une erreur de lecture de la question ?

4.1.2 La vue

La vision reste un système immature à la naissance. L'enfant voit flou, mais sa vision devient plus nette entre 15 et 30 centimètres (E. Camaret). A. Bullinger, décrit que même petit, le

bébé est capable d'interagir avec son environnement et les personnes qui l'entourent.

Dans la pratique, 48,4% des soignants savaient qu'il y a une certaine distance où l'enfant voit mieux et 36,3% la connaissaient. Comment alors interagir avec le nouveau-né ? Comment faire remarquer ses capacités aux parents ? Pourquoi installer un panneau vichy¹ et où le mettre ? Comment introduire les notions de vision fovéal et périphérique pour aller plus loin sans connaître les bases ?

4.1.3 L'odorat

P. Kuhn rapporte qu'il s'agit d'un système surdéveloppé chez l'enfant prématuré par rapport à un adulte.

Au sein du service, 36,3% des soignants avaient connaissance de cette capacité. Il reste à l'expliquer aux 63,7% restants. Pour comprendre le bénéfice d'apporter l'odeur maternelle en l'absence des parents, du lait maternel lors de l'alimentation par sonde, l'intérêt de faire attention aux odeurs des produits hospitaliers, aux parfums...

4.1.4 Le goût/l'alimentation

Physiologiquement le nouveau-né est en capacité de débiter l'alimentation à partir de 33 SA : début de la coordination succion/déglutition/respiration. Mais l'enfant sait déjà téter depuis la onzième semaine de grossesse (SG) et déglutir depuis la quinzième SG (M.Martinet). Ces capacités demandent à être entretenues, non seulement pour leur caractère hédonique², mais aussi pour ne pas entraîner de déprivation³ et risquer de futures difficultés alimentaires, pouvant être à l'origine de nombreuses complications.

57,5% de l'équipe avait répondu que le nouveau-né possédait déjà la capacité de téter et 54,5% celle de déglutir.

La connaissance de ces compétences justifie la pratique d'une stimulation orale et l'utilisation de la succion non nutritive. Reste donc environ la moitié de l'équipe à informer.

4.1.5 Le toucher

On sait que plus l'enfant né prématurément plus il a une hypersensibilité tactile (J. Sizun et al.). Le constat est tel que 84,8% des soignants reconnaissaient que l'enfant était hypersensible au toucher, 3% pensaient qu'il était hyposensible et 12,1% qu'il était normalement sensible.

Cela peut signifier que dans 15,1% des cas les précautions prises lors de l'approche et des manipulations du bébé peuvent être inappropriées. Ce qui est important à l'échelle du tout petit. Il risque alors de se déstabiliser. Or d'après la théorie synactive du développement⁴, on sait que lorsque l'enfant reçoit des stimulations inadaptées, l'ensemble de ses systèmes risque de se désorganiser et d'influencer négativement son développement (J. Sizun).

1- panneau vichy : surface contrastée

2- caractère hédonique : recherche du plaisir

3- déprivation : être privé d'une chose à laquelle on avait accès auparavant

4- théorie synactive du développement : l'être humain est composé de cinq systèmes, l'environnement agit sur ces systèmes et influence le développement neurologique et comportemental de l'enfant

4.2 Le sondage se poursuivait ensuite sur divers items

4.2.1 La douleur

T. Debillon rapporte que le système d'inhibition de la douleur est immature et donc que le nouveau-né prématuré a un ressenti disproportionné de la douleur par rapport aux soins effectués. 90,9 % du personnel avait répondu que l'enfant ressentait la douleur de manière exacerbée et 9 % ne savaient pas. Cette particularité connue de la majorité devrait faciliter la prévention de la douleur, il reste un faible pourcentage à informer.

4.2.2 La posture

Un nouveau-né prématuré n'est pas libre de ses mouvements. Il est écrasé par les forces de la pesanteur du fait de son tonus musculaire insuffisant et peut prendre des postures pathologiques (A. Bullinger). 63,6% des sondés révélaient que les enfants n'étaient pas libres de leurs mouvements, 18,1% qu'une position en « grenouille » était adaptée au développement et 45,4% considéraient que sans soutien le bébé bougeait comme bon lui semble et était confortable. Comment intégrer l'importance d'offrir un soutien postural et pouvoir établir des liens entre les postures et les autres capacités, si cette particularité du nouveau-né prématuré n'est pas acquise par tous ?

4.2.3 Le sommeil

Nous savons qu'il faut essayer de ne jamais réveiller un enfant en sommeil profond. Si l'enfant est endormi et qu'il est indispensable d'intervenir, cela devra se faire en sommeil léger et il faudra l'amener à un réveil progressif (R. Messnage). Nous voyons que 96,9% des soignants savaient qu'il ne faut pas réveiller un enfant n'importe quand, en revanche seul 30,3% avaient observé que l'enfant n'avait que 2 phases de sommeil et 45,4% qu'elles duraient environ 20 minutes. Il en ressort que oui, il ne faut pas réveiller l'enfant n'importe quand mais comment faire ? Que regarder et combien de temps ?

4.2.4 Le comportement

Le bébé a la capacité de mettre en place des stratégies comportementales pour supporter une stimulation, il s'agit de l'autorégulation (A. Bullinger). 39,3% des soignants interrogés en avaient connaissance et 36,3% savaient en décrire quelques signes. La majorité (51,7%) pensaient que l'autorégulation était la capacité soit de réguler sa température, soit de respirer seul. L'enfant nous montre aussi par des signes de dystimulation ce qu'il n'est pas en capacité de supporter (A. Bullinger). 66,6% des interrogés en avaient conscience et 39,3% pouvaient en décrire quelques signes. Comment alors observer le nouveau-né, répondre à ses besoins, le respecter ? Selon A. Bullinger, « *Les appels du bébé ont besoin d'être interprétés par le milieu humain. Si*

l'interprétation est pertinente, le bébé y trouve une sécurité, une stabilité et il gagne la force, l'énergie d'explorer son environnement sans anxiété. »

Selon T. Brazelton : *« Lorsqu'on devient sensible à l'usage que le bébé fait de ses états ou de son seuil de tolérance aux stimuli tactiles, auditifs ou visuels, cela incite à davantage de respect à son égard. »*

4.2.5 Le rythme d'un soin

Il doit être lent afin de respecter celui du bébé. Il y a un temps de latence plus ou moins long en fonction de l'âge et des capacités de l'enfant. C'est à dire que plus il est petit, plus il lui faut du temps pour intégrer les choses et pour récupérer d'un soin (M. Martinet).

81,8% des soignants en avaient connaissance. On peut présumer que les 18,2% restants ne s'adaptent pas de façon optimale au bébé. Comment peut-il alors comprendre et intégrer les sollicitations si elles ne sont pas pertinentes et redondantes ?

4.2.6 La place des parents

La place des familles en néonatalogie et des parents pendant les soins ainsi que leur fonction phorique⁵ indiscutable n'est plus à démontrer. Les soignants en ont bien conscience avec trente-deux réponses positives sur trente-trois.

« Un bébé seul, ça n'existe pas » D. Winnicot. Les axes de développement vis à vis de l'accueil des familles peuvent désormais s'orienter sur d'autres pistes comme par exemple, le développement du peau à peau, la relation triangulaire⁶ et les locaux.

Par contre une réponse interpelle *« les parents dans les soins sont inutiles nous sommes là pour les réaliser »* donné par un soignant n'évoluant pas encore en néonatalogie. Cette réponse certes isolée, mais présente, montre qu'il y a un véritable besoin d'information et de formation avant de prétendre travailler avec les tous petits.

4.3 Je ne sais pas

Nous pouvons également nous interroger sur le nombre de réponses « je ne sais pas » (63) qui a entraîné parallèlement au sondage, de nombreuses discussions informelles en salle de pause. Des remises en question, la volonté de mieux faire afin de ne plus répondre je ne sais pas.

Aujourd'hui c'était sur le papier, il se pourrait que demain ça soit face à un parent... Comment établir un lien de confiance en prétendant prendre soin de quelqu'un, soutenir son développement, l'accompagner, sans connaître ce dont il est capable. Comment établir un lien entre chaque capacité par exemple posture et alimentation, ou posture et interaction... Si indépendamment les compétences sont peu ou mal connues ?

5- fonction phorique : fonction contenant, porteuse, extérieure au bébé

6- relation triangulaire : relation parents/enfants/soignants

4.4 Pour conclure la discussion

Nous nous reportons aux deux diagrammes de synthèses des réponses.

4.4.1 Diagramme numéro 3

Il nous montre que sur une totalité de quarante-deux soignants trente-trois ont participé à l'enquête. Est-ce par manque de temps, d'implication, une mauvaise compréhension du but de cette étude ou autre chose ?

Le minimum de réponses correctes pour une question est de sept (concernant l'orientation) et le maximum de trente-deux (concernant le sommeil (1), les parents et les familles). On constate que l'écart type de réponses correctes est de vingt-cinq. On peut se demander quelle régularité nous pouvons offrir à l'enfant dans sa prise en soins pendant l'hospitalisation avec de tels écarts.

Nous voyons que sur vingt-deux questions, onze ont obtenues la moitié ou moins de bonnes réponses. Cela pourrait orienter l'ordre des premiers axes à travailler pour une amélioration des pratiques.

4.4.2 Diagramme numéro 2

On constate que les connaissances des soignants sur les compétences d'un enfant entre 32 et 36 SA, évolue légèrement en fonction de l'ancienneté. Cependant cet écart n'est pas vraiment significatif. On retrouve seulement 14,8% de réponses correctes supplémentaires entre les soignants ayant plus de cinq ans d'ancienneté en néonatalogie et ceux qui n'y travaillent pas encore (40,9% contre 55,7%). Cela révèle un réel besoin d'information et de formation pour tous. Le but étant de pouvoir comprendre pourquoi et comment évoluer dans nos pratiques de soins de développement.

La moyenne des connaissances acquises sur les compétences du nouveau-né entre 32 et 36 SA aux hôpitaux du Léman est de 48,1%. Il y a donc 51,9% de réponses incorrectes.

En estimant qu'une seule réponse négative suffit à freiner la compréhension de changements de pratiques basées sur l'implantation de soins centrés sur l'enfant et sa famille. Que durant cette période critique⁷ que représente la phase néonatale, il est essentiel de s'adapter aux besoins du nouveau-né afin de lui permettre de se développer aux mieux de ses possibilités. Alors la cohérence de l'équipe soignante et l'accompagnement des parents devraient être continus.

Nous pouvons alors considérer que moins de la moitié de réponses correctes de ce sondage annonce un réel manque de connaissance des soignants concernant les compétences du nouveau-né prématuré.

4.5 Fiabilité

Certaines tournures de questions orientaient la réponse, ce qui a entraîné des résultats corrects alors qu'une question ouverte ou formulée différemment aurait été plus difficile à satisfaire.

7- période critique : période de développement pendant laquelle l'enfant est particulièrement réceptif à l'influence de certaines expériences

5 Conclusion

Le point de départ de cette étude était d'avoir une réflexion, une analyse des pratiques de soins de développement au sein de l'unité de néonatalogie des hôpitaux du Léman.

Or, depuis quelques années leur mise en place stagnait. Afin de soutenir la compréhension et l'adhésion aux changements, il semble important que la connaissance du tout petit soit optimale. Ainsi les pratiques pourront évoluer. Cette analyse cherchait à étudier si les soignants de ce service possédaient ou non des acquis solides sur les compétences d'un nouveau-né entre 32 et 36 SA.

Suite à un questionnaire, il est ressorti que plus de la moitié des résultats étaient incorrects. J'ai donc considéré que les soignants manquaient de connaissances concernant les compétences du nouveau-né prématuré et confirmé l'hypothèse initiale.

Pour palier à ces lacunes, un livret apportant les réponses du sondage et récapitulant les capacités du bébé entre 32 et 36 SA a été créé pour le personnel. Il présente les pré-requis nécessaires à l'évolution des soins de développement dans le service, avec pour objectifs d'améliorer la connaissance et la compréhension du nouveau-né prématuré. Cela aidera à une meilleure observation de l'enfant, permettra de le respecter et d'avoir une prise en soin individuelle. Les soignants pourront entrer dans une pratique réflexive, éprouver de la satisfaction à comprendre mieux l'enfant et s'engageront d'avantage. Parents et soignants pourront partager leurs observations, ce qui favorisera l'attachement parents-enfant. Une plus grande confiance s'établira envers l'équipe. Les soins se centreront ainsi sur l'enfant et sa famille et non sur la technique brute.

Pour aller plus loin, des ateliers pratiques ont été mis en place par le groupe référent en soins de développement depuis avril 2016, à raison de deux heures par mois. Ils ont débuté selon le souhait des soignants, par l'installation du nouveau-né. Les thèmes suivants s'organiseront autour des difficultés soulevées par cette étude.

Grâce à cela l'implantation des soins de développement à Thonon pourra donc s'approfondir et s'inscrire durablement.

«Vous ne changez pas les choses en vous battant contre la société. Pour changer quelque chose, construisez un nouveau modèle qui rend l'ancien obsolète.»

R. FULLER

Annexe

Résultats Détaillés

Les réponses surlignées en vert étaient celles attendues.

Question 3

Sachant qu'une conversation à voix normale équivaut à 50 décibels et un chuchotement à 30 DB, selon vous, à partir de quel seuil le bruit peut entraîner une fatigue chez le nouveau-né ?

Réponses	Total	Pourcentage
30 dB	9	27,2
55dB	16	48,4
65dB	3	9
Je ne sais pas	5	15,1

Question 4

L'enfant est-il capable de savoir d'où vient le bruit ? (rappel : né entre 32 et 36 SA)

Question 13

Lorsqu'un bébé dort, peut-on le réveiller à n'importe quel moment ?

Question 17

Un bébé couché sur le dos, la tête tournée sur le côté, les bras en l'air et les jambes en « grenouille », est-il dans une position favorisant son développement ?

Réponses	Total question 4	Pourcentage	Total question 13	Pourcentage	Total question 17	Pourcentage
Oui	15	45,4	1	3	6	18,1
Non	13	39,3	32	96,9	26	78,7
Je ne sais pas	5	15,1	0	0	2	6

Question 5

Citez un élément de l'environnement de l'enfant en néonatalogie pouvant influencer négativement sa perception auditive et son orientation par rapport à celle-ci : (question ouverte)

Réponses (question ouverte)	Total	Pourcentage
L'incubateur	7	21,2
Les parents de l'enfant	1	3
Autres	23	69,7
Je ne sais pas	2	6

Question 6

Comment voit un nouveau-né prématuré ?

Réponses	Total	Pourcentage
Il voit flou	20	60,6
Il voit net mais à une certaine distance	16	48,4
Je ne sais pas	1	3

Question 7

A quelle distance voit-il net ?

Réponses	Total	Pourcentage
De 0 à 15 cm	9	27,2
De 15 à 30 cm	12	36,3
De 30 à 45 cm	6	18,1
Je ne sais pas	6	18,1

Question 8

Le nouveau-né prématuré a un odorat :

Réponses	Total	Pourcentage
surdéveloppé	12	36,3
mature	12	36,3
sous-développé	3	9
Je ne sais pas	6	18,1

Question 9

A propos du toucher, l'enfant :

Réponses	Total	Pourcentage
est hyposensible	1	3
est normalement sensible	4	12,1
est hypersensible	28	84,8

Question 10

L'enfant sait-il téter ?

Question 11

L'enfant sait-il avaler ?

Réponses	Total question 10	Pourcentage	Total question 11	Pourcentage
Oui	19	57,5	18	54,5
Non	1	3	2	6
Pas toujours	13	39,3	13	39,3

Question 12

Comment le nouveau-né ressent-il la douleur ?

Réponses	Total	Pourcentage
Il ne ressent rien, il n'est pas mature	0	0
il est hyposensible	0	0
Il la ressent de manière exacerbée	30	90,9
Je ne sais pas	3	9

Question 14

Combien l'enfant a-t-il de phase de sommeil ?

Réponses	Total	Pourcentage
1	0	
2	10	30,3
3	18	54,5
Je ne sais pas	5	15,1

Question 15

Combien de temps dure une phase de sommeil ?

Réponses	Total	Pourcentage
Environ 10 min	4	12,1
Environ 20 min	15	45,4
Environ 40 min	5	15,1
Je ne sais pas	9	27,2

Question 16

Le bébé, sans aide est capable de :

Réponses	Total	Pourcentage
S'installer confortablement	2	6
Maintenir une position idéale à son développement	4	12,1
Bouger comme bon lui semble	9	27,2
Il n'est pas libre de ses mouvements	21	63,6
Je ne sais pas	0	0

Question 18

Quelle est la place des familles en néonatalogie ?

Réponses	Total	Pourcentage
Indispensable au bien être du bébé et de ses parents	30	90,9
Indispensable pour la relation parents-enfants	31	93,9
Je ne sais pas	1	3

Question 19

L'implication des parents dans les soins :

Réponses	Total	Pourcentage
Est inutile nous sommes là pour les réaliser	1	3
Est indispensable, un bébé n'existe pas sans parents	24	72,7
Montre aux parents leurs capacités et renforce le lien parents/enfants	32	96,9
Je ne sais pas	1	3

Question 20

Le rythme d'un soin :

Réponses	Total	Pourcentage
Rapide, pour déranger l'enfant moins longtemps	5	15,1
Lent, pour ne pas blesser le bébé	11	33,3
Lent afin de respecter le rythme du bébé	27	81,8
Je ne sais pas	1	3

Question 21

La capacité d'autorégulation c'est :

Réponses	Total	Pourcentage
La capacité du bébé à réguler sa température	16	48,4
La capacité du bébé à respirer seul	9	27,2
Une stratégie comportementale pour supporter une stimulation	13	39,3
Je ne sais pas	3	9

Question 23

Une dystimulation c'est :

Réponses	Total	Pourcentage
Trop de stimulations	11	33,3
Pas assez de stimulations	7	21,2
Lorsqu'une stimulation dépasse ce que les capacités du bébé lui permettent de réguler	22	66,6
Je ne sais pas	3	9

Question 22

Citez les signes de dystimulation que vous connaissez : (question ouverte)

Question 24

Cité les signes d'autorégulation que vous connaissez : (question ouverte)

Réponses	Total question 22	Pourcentage	Total question 24	Pourcentage
Correct	12	36,3	13	39,3
Incorrect	14	42,4	16	48,4
Je ne sais pas	7	21,2	4	12,1

Question 25

Merci de votre attention !

Vous pouvez laisser un commentaire

Bon courage Val ! Bon courage Val ! Bon courage pour l'élaboration de ce travail. Merci pour ce que cela va nous apporter. A bientôt, très intéressant, je veux les réponses!! Intéressant de réfléchir au confort des petits bouts. Bon courage à toi ! Bonne chance et bon courage pour ce beau travail. N'ayant pas vraiment eu de formation adéquate pour le moment, c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup. Bon courage ! Ça sera mieux de se former régulièrement en soins de développement

Bibliographie

Jacques Sizun, Bernard Guillois, Charlotte Casper, Gérard Thiriez, Pierre Kuhn, (2014) *Soins de développement en période néonatale. De la recherche à la pratique*. Edition Springer

Formations dispensées par Myrtha MARTINET des HUG de 2009 à aujourd'hui.

André Bullinger, (2013) *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Editions Erès

André Bullinger et l'ABSM, (2015) *Les effets de la gravité sur le développement du bébé. L'espace de la pesanteur*. Edition Erès

Anja Kloeckner, (2008) *Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon André Bullinger* Edition Erès (p158 à 178)

Donald W. Winnicott, (1992) *Le bébé et sa mère* Edition Payot et Rivages

Donald W. Winnicott,(2011) *La relation parents-nourrisson* Edition Payot et Rivages

Roger VASSEUR et Pierre Delion, (2013) *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans* Editions Erès

Roger VASSEUR, (2000) *Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel*. Enfance Tome 53 n°3 Le bébé, le geste et la trace

HUG Genève, R.E. Pfister, V. Launoy, C. Vassant, M. Martinet, C. Picard, J.E. Bianchi, M. Berner, A. Bullinger, (2008) *Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré* Publié par Enfance 3

Catherine DRUON, (2005) *A l'écoute du bébé prématuré* Edition Flammarion

Marie-Josée Martel, Isabelle Milette, (2006) *Les soins de développement. Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré* Edition du CHU Sainte Justine

Drina CANDILIS-HUISMAN, (2011) *Rencontre avec T.Berry BRAZELTON. Ce que nous apprennent les bébés*. Editions Erès

Références internet :

Laboratoires Abbott, (2010) *Prendre soins de votre bébé prématuré*.
https://static.abbottnutrition.com/cms-prod/similac.ca/img/neo51f08_caring_for_your_baby_premature_baby_nov2010.pdf
Imprimé au Canada NEO/51F08 -

Agnès Pelletier,(2012) *La mise en place d'un cocon dans un service de réanimation néonatale*
http://codouprema.com/wp-content/uploads/2014/06/CP258_P30-33_INT-article-officiel.pdf
N° 258 – Juin-Juillet 2012 – Cahiers de la péricultrice – 33

Challamel M.J. , Thirion M. *Le sommeil, le rêve et l'enfant*
<https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/sommenf/premature.php>

Anne Laure Frasnier, (2006/2007) *Elaboration d'un livret à l'intention du personnel soignant sur l'installation des nouveaux-né prématurés et à terme en néonatalogie*

<http://memoires.kine-nancy.eu/1603frasnier0607.pdf>

Kathryn Sherrard, Bienvenue à l'unité des soins intensifs (néonatalogie) de l'hôpital général JUIF
Livret destiné aux parents d'un prématuré

<http://www.jgh.ca/uploads/HSL/Pen%20submissions/NICUbookletFrenchMay24.pdf>

Groupe d'étude en néonatalogie du Languedoc Roussillon coordination J.C. Picaud, Ariane Cavalier, (2008) *Manuel pratique des soins aux nouveau-nés en maternité*

http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/referentiels/LR/pediatrie/MP2008/Manuel_pratique_soins_nouveau_nes_GEN_LR_2008.pdf

Aline PUIER, (2010) *Psychomotricité à l'aube de la vie Intervention en néonatalogie*

<http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Pupier2010.pdf>

Stella Chillault, Laurence Chandebois, Catherine Bouschbacher (2010)

Guide à l'usage des soignants. Comprendre le comportement du bébé prématuré

http://sdp.perinat-france.org/SFN/files/GEN_LR_nidcap_chu_MPL_PRO.pdf

Stella Chillault, Laurence Chandebois, Catherine Bouschbacher (2010)

Guide à l'usage des parents. Comprendre et mieux connaître le bébé prématuré

http://sdp.perinat-france.org/SFN/files/GEN_LR_nidcap_chu_MPL_PARENTS.pdf