



HAL
open science

Connaissance et place de la sage-femme dans le programme NIDCAP : enquête réalisée auprès des sages-femmes des centres hospitaliers de Brest et Saint-Brieuc, du 7 août 2015 au 14 décembre 2015

Camille Marc

► **To cite this version:**

Camille Marc. Connaissance et place de la sage-femme dans le programme NIDCAP : enquête réalisée auprès des sages-femmes des centres hospitaliers de Brest et Saint-Brieuc, du 7 août 2015 au 14 décembre 2015 . Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01534114

HAL Id: dumas-01534114

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01534114>

Submitted on 15 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de médecine et des sciences de la santé

BREST

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

**Connaissances et place de la sage-femme dans le
programme NIDCAP**

Enquête réalisée auprès des sages-femmes des centres hospitaliers de Brest
et Saint-Brieuc, du 7 août 2015 au 14 décembre 2015

Présenté et soutenu par : Camille MARC

Née le 09 octobre 1992

Directeur de mémoire : Pr Jacques SIZUN

Remerciements

Je tiens à remercier le Professeur Sizun, d'avoir accepté de diriger ce travail.

Isabelle Paulard, sage-femme enseignante, pour tous les conseils et le soutien apportés au long de la rédaction de ce travail.

Toutes les sages-femmes ayant répondu à mon questionnaire.

Mais aussi, Elodie, Emilie et Manon, pour leur aide, leur présence et tous les bons moments passés au long de ces quatre années d'études.

Et surtout, ma famille, mes parents et mes sœurs, Pauline et Amélie, pour leur soutien de toujours et leur aide pour la relecture ainsi que la correction de ce mémoire.

Engagement de non plagiat

Je soussignée MARC Camille, assure avoir pris connaissance de la charte anti plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour ce travail.

SOMMAIRE

Abréviations

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction | 1 |
| 1. Méthodologie de la recherche | 4 |
| 1.1. Type d'étude | 4 |
| 1.2. Population choisie | 5 |
| 1.3. Construction de l'outil de recherche | 5 |
| 1.4. Déroulement pratique de la recherche | 6 |
| 1.5. Analyse des données | 6 |
| 2. Résultats | 7 |
| 2.1. Population | 7 |
| 2.2. Connaissances des sages-femmes sur le programme NIDCAP..... | 7 |
| 2.3. Explications aux parents | 9 |
| 2.4. Concernant la place de la sage-femme dans le programme NIDCAP | 9 |
| 2.5. Concernant les soins de développement | 11 |
| 2.6. Actions possibles pour améliorer la prise en charge de la triade | |
| 2.6.1. Dans le service de grossesse à haut risque | 12 |
| 2.6.2. Dans le service de salles de naissances | 13 |
| 2.6.3. Dans le service de maternité | 14 |
| 3. Analyse des résultats et discussion | 14 |
| 3.1. Population | 15 |
| 3.2. Les connaissances des sages-femmes sur le NIDCAP et les techniques de soins de développement | 16 |
| 3.3. La place de la sage-femme dans le programme NIDCAP | 18 |
| 3.4. Les actions possibles afin d'améliorer la prise en charge de la triade parents/enfants | 19 |
| Conclusion | 21 |
| Références bibliographiques | 23 |
| Annexes | |

ABREVIATIONS

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

SA : Semaine d'Aménorrhée

NIDCAP : Newborn Individualized Care and Assessment Programm

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

SDN : Salle De Naissance

SDC : Suites de Couche

GHR : Grossesse à Haut risque

SIG : Suivi Intensif de Grossesse

Cs : Consultations

PPN : Préparation à la Parentalité et à la Naissance

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

Introduction

D'après un rapport de la DREES¹ paru en 2010, les naissances prématurées, avant 37 semaines d'aménorrhées, représentent en France près de 6,5% des naissances vivantes soit près de 60 000 enfants par an. Leur nombre est en constante augmentation avec plus de 15% supplémentaires en 15 ans.

La prématurité représente aujourd'hui un réel problème de santé publique ; 75 % des décès en période périnatale concernent des prématurés, le plus souvent nés avant 32 SA¹.

Elle peut être à l'origine de nombreux handicaps chez les nouveau-nés ; notamment des problèmes métaboliques, pulmonaires ou neurologiques, mais aussi des difficultés durant l'enfance, particulièrement des troubles de l'apprentissage. De plus, il paraît nécessaire de préciser qu'un suivi pédiatrique spécialisé doit être mis en place afin de s'assurer du bon développement psychomoteur des enfants. Parallèlement au suivi médical, un suivi psychosocial de longue durée doit être envisagé ; en effet, les nouveau-nés prématurés sont plus à risque de développer des troubles du comportement ou de l'attachement², retentissant sur le quotidien de la famille et pouvant nécessiter un suivi rapproché.

Outre l'amélioration liée à l'évolution des techniques médicales, l'adaptation de l'environnement au nouveau-né prématuré a permis d'importants progrès dans leur prise en charge.

Pour ce faire, les soins de développement^{4,5,6} ont été mis en place dans certains établissements, notamment ceux utilisant le programme Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Il s'agit de stratégies à la fois environnementales et comportementales permettant l'amélioration du confort et du développement du prématuré.

Les stratégies environnementales visent à adapter l'intensité des stimulations aux capacités de l'enfant. Elles comportent tous les moyens s'efforçant de diminuer les bruits dans les services, notamment ceux entraînés par les alarmes et le personnel. Mais elles cherchent

également à diminuer la luminosité autour du nouveau-né en évitant les lumières vives et/ou directes et en favorisant une alternance jour/nuit. Enfin, ces méthodes s'efforcent de diminuer et regrouper les soins, qui sont réalisés en fonction de la tolérance de l'enfant.

Les stratégies comportementales utilisent des actions sur les postures et la contention du bébé avec mise en flexion (souvent sur le côté), soutien postural et enveloppement de l'enfant. La succion non nutritive est utilisée, notamment lors des soins, à visée analgésique. Toutes les stimulations sensorielles non douloureuses pendant les soins comme les paroles, le toucher et surtout le peau à peau sont encouragées.

Les stratégies décrites précédemment sont celles utilisées dans le programme NIDCAP. Ce dernier permet une prise en charge spécifique et adaptée à chaque nouveau-né prématuré.

Il se base sur la « théorie synactive du développement », développée par Heidelise Als^{2,3}, envisageant le prématuré comme un « ensemble de 5 sous-systèmes interagissant entre eux » : le système moteur (tonus, posture et mouvements), le système végétatif (respiration, fréquence cardiaque, signes digestifs, mouvements involontaires, coloration ...), le système veille/sommeil, le système d'autorégulation (main à la bouche, succion, agrippement) et le système attention/interaction.

Ces différents sous-systèmes étant également liés à l'environnement, en agissant sur ce dernier, les soins apportés au nouveau-né sont améliorés et les stimulations inadaptées évitées afin de prévenir l'exposition du nouveau-né à des situations de stress.

Le NIDCAP s'applique dès la naissance de l'enfant et les soins de développement doivent lui permettre de s'adapter plus facilement à la vie extra-utérine et aux différentes stimulations auxquelles il est soumis.

L'outil du NIDCAP est l'observation du comportement du nouveau-né^{3,13}. L'enfant est observé par l'équipe soignante, spécifiquement formée, en présence des parents.

Dans ce programme, ces derniers jouent un rôle essentiel puisqu'ils en sont co-acteurs^{8,10}. Ils peuvent être présents aussi longtemps qu'ils veulent dans les services de réanimation/néonatalogie et leur participation aux soins est encouragée afin d'apporter un soutien à leur enfant.

Ce programme a d'ores et déjà fait ses preuves comme le prouvent les études de L. Wallin et M. Erikson¹¹ ainsi que la méta-analyse d'A. Ohlsson et S. E. Jacobs¹².

Tout d'abord, sur le plan médical^{11,12}, à court terme, une meilleure organisation physiologique et comportementale des nouveau-nés a été rapportée, avec notamment une diminution des bradycardies, tachycardies, apnées, signes d'irritabilité et une amélioration de la qualité du sommeil.

A moyen terme^{11,12}, a été retrouvé une diminution de la durée d'hospitalisation et du nombre de jours avec ventilateur ou besoins en oxygène mais aussi une diminution de la durée d'alimentation par sonde. Enfin, le NIDCAP permet une amélioration des paramètres de croissance (poids, taille et périmètre crânien).

L'efficacité du programme à long terme^{11,12} est davantage discutée avec des avis divergents concernant le développement psychomoteur à l'âge de deux ans.

Les parents relèvent une amélioration de la relation d'attachement ainsi qu'une meilleure confiance en eux, notamment au cours des soins^{11,12}.

Les professionnels de santé, quant à eux, expriment une meilleure perception du nouveau-né prématuré ainsi que de meilleures relations avec les parents (et les enfants). Le travail dans l'obscurité est le seul inconvénient évoqué par ces derniers^{11,12}.

Le NIDCAP est implanté dans les services de réanimation/néonatalogie des hôpitaux et concerne donc prioritairement les équipes de ces services (pédiatres, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues...). Néanmoins, lors d'un accouchement prématuré inopiné, les principales interlocutrices des couples sont les sages-femmes. Dans ces situations d'urgences, la priorité des équipes de réanimation/néonatalogie étant la santé de l'enfant, elles ne peuvent répondre immédiatement aux nombreuses

interrogations des parents. Les sages-femmes prenant en charge les femmes, en salle de naissance puis en suites de couches, peuvent alors être confrontées aux différents questionnements du couple.

Fort de ces constats, il semble donc pertinent pour la profession de sage-femme que celles-ci puissent expliciter les principes de ce programme notamment afin de permettre une prise en charge globale de la triade parents/enfants et ceci même lorsque le nouveau-né n'est pas présent dans le service de maternité.

Le NIDCAP ayant prouvé son efficacité dans les services de néonatalogie, il semble également possible d'envisager la mise en place de certaines de ses stratégies de soins dans les services de maternité¹⁷ ; il serait alors essentiel pour les sages-femmes de maîtriser les techniques de soins de développement, outil principal du programme.

Aucune publication sur le NIDCAP n'associe ou ne cite les sages-femmes ce qui semble présager d'une faible implication de cette profession dans le programme.

Plusieurs interrogations s'imposent alors : quelles sont les connaissances réelles des sages-femmes sur le programme et les soins de développement, spécifiquement dans un établissement certifié NIDCAP, et quel est, ou pourrait être, leur rôle dans ce dernier ?

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes sur le programme NIDCAP mais aussi d'évaluer leur implication, réelle ou possible dans les établissements certifiés.

1. Méthodologie de la recherche

1.1. Type d'étude

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude prospective, quantitative et qualitative par questionnaire. Ce choix nous permet plus aisément de faire un état des lieux des connaissances mais également de recueillir des avis personnels grâce aux

questions ouvertes. De plus, les questionnaires paraissaient plus pertinents afin de recueillir un nombre maximal d'avis et donc d'étudier une population conséquente de sages-femmes.

1.2. Population choisie

La population sélectionnée est l'ensemble des sages-femmes des établissements de Brest (CHRU Morvan) et de Saint-Brieuc (CH Yves Le Foll). Ces deux centres hospitaliers, seuls établissements certifiés NIDCAP en Bretagne, ont été retenus afin d'obtenir des résultats représentatifs à une échelle régionale.

De plus, le programme NIDCAP n'ayant pas été mis en place au même moment dans ces établissements, les résultats pourront être analysés en fonction de l'expérience de chaque équipe.

Le nombre de sages-femmes incluses s'élève à 45 pour Brest et 35 pour Saint-Brieuc soit une population totale de 80 individus. Afin d'être le plus exhaustif possible, l'ensemble des sages-femmes de chaque établissement a été inclus à l'exception de celles exerçant uniquement en centre de planification et d'éducation familiale et dans les services de diagnostic ante natal et d'assistance médicale à la procréation. Ces professionnels n'ont pas été retenus pour l'étude car ils ne sont pas confrontés aux nouveau-nés prématurés. De plus, contrairement aux autres professionnels participant à l'étude, ils ne changent pas régulièrement de service et sont donc moins concernés par le programme puisque les couples qu'ils côtoient sont rarement confrontés aux naissances prématurées.

1.3. Construction de l'outil de recherche

Le questionnaire est construit en trois parties.

La première permet de recueillir des informations spécifiques au professionnel interrogé (année et école de diplôme, durée d'exercice...) et comporte cinq questions.

La deuxième permet d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur le programme NIDCAP. Elle comporte dix questions ouvertes ou fermées élaborées à partir des données de la littérature. Les questions fermées sont présentées sous forme de questions à choix multiples.

Enfin, la troisième partie permet d'évaluer quelle place les sages-femmes ont, ou pourraient avoir, dans le programme NIDCAP. Elle comporte huit questions ouvertes ou fermées permettant de recueillir l'opinion des sages-femmes. Ces questions ont été réfléchies à partir d'actions pouvant être mises en place dans les maternités pour améliorer la prise en charge des couples et de leur enfant.

Ce questionnaire a été validé par un expert, Monsieur Sizun, pédiatre au CHRU de Brest, et ayant permis l'implantation du programme NIDCAP, puis testé par des étudiants sages-femmes ainsi que des sages-femmes extérieures aux centres hospitaliers de Brest et de Saint-Brieuc ; il n'a pas nécessité de réajustement.

1.4. Déroulement pratique de la recherche

Après avoir obtenu l'autorisation de l'équipe d'encadrement des deux établissements, les questionnaires ont été distribués au CHRU de Morvan le 7 août 2015 et au CH de Saint-Brieuc le 14 août 2015.

Le 2 septembre 2015, quinze questionnaires ont pu être récupérés au CHRU de Brest, puis dix à Saint-Brieuc le 7 septembre et une première relance a été faite.

En septembre, douze questionnaires ont été recueillis dans les deux centres hospitaliers avec des relances régulières sur place, par téléphone et par mail.

Début octobre, devant le faible taux de questionnaires récupérés, il a été décidé de prolonger l'étude.

Devant l'absence de réponse supplémentaire et malgré les nombreuses relances, l'étude a été interrompue le 14 décembre 2015.

1.5. Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide d'un tableur Excel ; une fois toutes les réponses aux questionnaires entrées dans ce dernier, des pourcentages ont été établis pour chaque question fermée. L'utilisation de statistiques plus complexes ou de tests spécifiques n'ont pas été nécessaire puisque l'objectif de l'étude n'était pas de comparer les deux établissements.

Les données qualitatives, quant à elles, ont été triées par catégorisation sémantique selon les réponses des professionnels de santé interrogés.

2. Résultats

2.1. Population

A l'issue de l'étude, quarante-huit questionnaires ont été recueillis. Le taux de réponse s'élève à 76% (34/45) pour le centre hospitalier de Brest et à 40% (14/35) pour celui de Saint-Brieuc ; soit 60% de la population initiale (80 sages-femmes). Un questionnaire issu du CHRU de Brest a été exclu de l'analyse des résultats du fait de l'absence de réponse à plus de la moitié des questions.

Les sages-femmes diplômées des écoles de Brest et de Rennes sont les plus représentées avec respectivement 14 et 18 professionnels répondant au questionnaire. Sachant qu'il s'agit d'une étude régionale et que ce sont les deux seules écoles de Bretagne, ce résultat était attendu. Il permettra cependant de constater, ou non, une différence au niveau des connaissances des sages-femmes en fonction de leur lieu de formation initiale.

2.2. Les connaissances des sages-femmes sur le programme NIDCAP

Cinquante-sept pour cent (8/14) des sages-femmes briochines et soixante-et-un pour cent (20/33) des sages-femmes brestoises avaient déjà entendu parler du programme avant leur arrivée dans l'établissement où elles exercent. Pour la grande majorité d'entre elles, leurs connaissances émanent d'enseignements reçus au cours de leurs études.

Pour les autres sages-femmes, elles sont issues d'expérience dans un autre établissement, de formation, de la littérature, ou d'informations reçues auprès des patientes.

A Saint-Brieuc, 93% (13/14) des sages-femmes ayant répondu au questionnaire jugent leurs connaissances sur le programme insuffisantes et 7% (1/14) les jugent suffisantes.

| | Saint-Brieuc | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| | Plutôt d'accord/ complètement d'accord | Ne sait pas | Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord |
| Le NIDCAP est spécifique à la prise en charge du nouveau-né prématuré | 79% (11/14) | 7% (1/14) | 14% (2/14) |
| Dans le cadre du NIDCAP, chaque nouveau-né prématuré bénéficie d'un programme spécifique | 86% (12/14) | 14% (2/14) | - |
| Dans le programme NIDCAP l'équipe soignante s'adapte au rythme du nouveau-né prématuré | 93% (13/14) | 7% (1/14) | - |
| Dans ce programme, les parents jouent un rôle essentiel et peuvent participer aux soins | 86% (12/14) | 14% (2/14) | - |
| Dans le cadre du NIDCAP, les parents peuvent rester aussi longtemps qu'ils le souhaitent dans le service de réanimation-néonatalogie | 86% (12/14) | 14% (2/14) | - |

Tableau 1 : réponses des sages-femmes de Saint-Brieuc aux questions à choix multiples

A propos des bénéfices du programme, 71% (10/14) pensent que les réponses « le NIDCAP permet une diminution de l'anxiété des parents » et « une amélioration du développement psychomoteur à l'âge de 2 ans » sont correctes alors qu'elles ne le sont pas. Aucune sage-femme ne donne uniquement les 3 réponses attendues à savoir, le NIDCAP permet une diminution de la durée d'hospitalisation des nouveau-nés prématurés, une meilleure compréhension du prématuré et une amélioration de la relation d'attachement entre les parents et leur enfant.

Au CHRU de Brest, 64 % (21/33) des sages-femmes estiment que leurs connaissances sont insuffisantes, 33% (11/33) les jugent suffisantes et 3% (1/33) les estiment importantes.

| | Brest | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| | Plutôt d'accord/ Complètement d'accord | Ne sait pas | Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord |
| Le NIDCAP est spécifique à la prise en charge du nouveau-né prématuré | 73% (24/33) | - | 27% (9/33) |
| Dans le cadre du NIDCAP, chaque nouveau-né prématuré bénéficie d'un programme spécifique | 97% (32/33) | 3% (1/33) | - |
| Dans le programme NIDCAP l'équipe soignante s'adapte au rythme du nouveau-né prématuré | 100% (33/33) | - | - |
| Dans ce programme, les parents jouent un rôle essentiel et peuvent participer aux soins | 100% (33/33) | - | - |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|---|
| Dans le cadre du NIDCAP, les parents peuvent rester aussi longtemps qu'ils le souhaitent dans le service de réanimation-néonatalogie | 100% (33/33) | - | - |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|---|

Tableau 2 : réponses des sages-femmes de Brest aux questions à choix multiples

A propos des bénéfices du programme NIDCAP, respectivement 72% (24/33) et 66% (22/33) jugent vraies les affirmations « le NIDCAP permet de diminuer l'anxiété des parents » et « le NIDCAP permet une amélioration du développement psychomoteur à l'âge de 2 ans » alors qu'elles sont incorrectes. 12% (4/33) des sages-femmes donnent uniquement les trois réponses correctes.

2.3. Explications aux parents

Les résultats révèlent que 71% (10/14) des sages-femmes de Saint-Brieuc ne se sentent pas suffisamment à l'aise pour expliquer le programme aux parents tandis que 29% (4/14) estiment qu'elles y parviendraient. Sur les quatre réponses positives, deux sages-femmes donnent une explication valable du programme, une est plus approximative tandis que la dernière ne reprend pas les éléments principaux du programme (à savoir l'adaptation aux rythmes du nouveau-né, l'adaptation de l'environnement, la présence et la participation des parents).

A Brest, 52% (17/33) des sages-femmes ne s'estiment pas en mesure d'expliquer le programme aux parents tandis que 48% (16/33) pensent être en mesure de le faire. Sur les 16 explications proposées par les professionnels, quinze sont valables tandis qu'une est trop vague pour être considérée comme adéquate.

2.4. Concernant la place de la sage-femme dans le programme

Au CH de Saint-Brieuc, 57% (8/14) des sages-femmes estiment qu'elles ont une place potentielle dans le programme, 29% (4/14) ne le pensent pas, tandis que 14% (2/14) ne savent pas si elles peuvent y avoir un rôle.

Au CHRU de Brest, ce sont 82% (27/33) des professionnels qui estiment avoir un rôle possible dans le programme NIDCAP.

| Rôle que pourrait occuper la sage-femme dans le programme NIDCAP | Nombre | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| | Brest (N=33) | Saint-Brieuc (N=14) |
| Explications et compléments d'informations en GHR et suites de couches | 20 | - |
| Accompagnement des parents pendant la grossesse et les suites de couches | 4 | 5 |
| Favoriser le lien parents/enfant (meilleure organisation des soins) | 3 | 2 |
| Améliorer la prise en charge du prématuré à la naissance | - | 1 |
| Améliorer la prise en charge du nouveau-né à terme | 4 | 1 |
| Promouvoir l'allaitement maternel | 3 | - |
| Rôle dans le cadre de l'Initiative Hôpital Amis des Bébé | - | 1 |
| Permettre une prise en charge globale de la triade, en lien avec la néonatalogie | 3 | 1 |
| Prévenir la dépression du post-partum | 1 | - |
| Assurer la prise en charge des nouveau-nés en unité koala si nécessaire | 1 | - |
| Participation aux formations sur le NIDCAP | 1 | - |
| Favoriser la participation des parents aux soins de leur enfant | 1 | - |
| Permettre un partage d'expérience | 1 | - |

Tableau 3 : rôle que pourrait occuper la sage-femme dans le programme NIDCAP, selon les professionnels interrogés

Au total, seules onze sages-femmes (cinq à Saint-Brieuc et six à Brest) estiment que les sages-femmes n'ont pas de place dans le programme NIDCAP car la prise en charge de la prématurité n'est pas de leur ressort ; de plus, il n'y a pas de sages-femmes dans les services de néonatalogie-réanimation.

La réponse d'une sage-femme est cependant nuancée par l'importance, pour leur exercice professionnel, de connaître le contenu du programme. Une autre précise enfin qu'il existe parfois un défaut d'échanges entre la maternité et la néonatalogie.

2.5. Concernant les soins de développement

A Brest, 66% (22/33) des sages-femmes sont en mesure de citer au moins un soin appartenant aux soins de développement. Le taux est de 50% (7/14) à Saint-Brieuc.

| Soins de développement cités par les sages-femmes | Nombre | |
|---------------------------------------------------|-----------------|------------------------|
| | Brest (N=33) | Saint-Brieuc (N=14) |
| Action sur l'environnement du nouveau-né | 13 | 5 |
| Respect des rythmes du nouveau-né | 11 | 4 |
| Implication des parents | 10 | 1 |
| Peau à peau | 10 | 3 |
| Enveloppement des nouveau-nés | 8 | 4 |
| Observation du nouveau-né | 3 | - |
| Regroupement des soins | 2 | - |
| Action sur la posture des enfants | 2 | - |
| Pratique du portage | 1 | - |
| Sucre à visée antalgique et succion non nutritive | - | 4 |
| Encourager l'allaitement maternel | - | 1 |

Tableau 4 : soins de développement cités par les sages-femmes de Brest et Saint-Brieuc

Il est cependant nécessaire de noter que la présence des parents ainsi que la promotion de l'allaitement maternel ne font pas partie de la définition des soins de développement.

Les sages-femmes ont également été interrogées sur la possibilité de mettre en place en maternité les techniques de soins de développement. A Saint-Brieuc, 72% (10/14) d'entre elles pensent que cela est possible. Deux sages-femmes modèrent cependant leur réponse ; la première en expliquant que cela est déjà fait actuellement, la seconde en précisant que le personnel serait en nombre insuffisant. 7% (1/14) pensent que ce ne serait pas possible, sans précision et enfin 21% (3/14) ne savent pas.

Les résultats du CHRU de Brest rapportent que 76% (25/33) des sages-femmes estiment possible la mise en place de ces soins en maternité. Parmi celles-ci, 36% (9/25) précisent que ces techniques de soins sont déjà mises en place en maternité. 4% (1/25) pensent que ce n'est pas possible, sans apporter de précision, 18% (6/33) ne savent pas répondre à cette question. Enfin, une sage-femme n'a pas répondu.

| Soins pouvant être mis en place en maternité selon les sages-femmes | Nombre | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------|
| | Brest (N=33) | Saint-Brieuc (N=14) |
| Respect des rythmes du nouveau-né | 14 | 2 |
| Peau à peau | 7 | 4 |
| Action sur l'environnement | 6 | 2 |
| Implication des parents | 5 | - |
| Enveloppement des nouveau-nés | 4 | 3 |
| Réponse positive sans précision | 4 | 2 |
| Observation du nouveau-né à terme (si nouveau-né agité par exemple) | 3 | - |
| Promotion de l'allaitement maternel | 2 | - |
| Succion non nutritive et sucre à visée antalgique | 1 | 4 |
| Action sur les postures du nouveau-né | 1 | - |
| Pratique du portage | 1 | - |
| Regroupement des soins | 1 | - |

Tableau 5 : soins pouvant être mis en place en maternité selon les sages-femmes des deux établissements.

2.6. Actions possibles pour améliorer la prise en charge de le triade

parents/nouveau-né

2.6.1. Dans le service de grossesse à haut risque

| Actions possibles, selon les sages-femmes, dans le service de grossesse à haut risque | Saint-Brieuc (N=14) | | Brest (N=33) | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|-----------------|---------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Visite du service de réanimation-néonatalogie | 100% (14/14) | - | 91% (30/33) | 9% (3/33) |
| Rencontre avec l'équipe de réanimation-néonatalogie | 64% (9/14) | 36% (5/14) | 73% (24/33) | 27% (9/33) |
| Distribution d'un livret expliquant la prise en charge de leur enfant | 93% (13/14) | 7% (1/14) | 82% (27/33) | 18% (6/33) |

Tableau 6 : actions pouvant être mises en place dans le service de grossesse à haut risque selon les sages-femmes de Brest et Saint-Brieuc

D'autres actions sont également proposées par les sages-femmes, notamment montrer des photos du service aux parents lorsque l'état de la mère ne lui permet pas de se déplacer (dans un contexte de menace d'accouchement prématuré par exemple) ou encore la rencontre avec des parents ayant déjà été confrontés à une telle situation mais aussi la proposition d'aborder le sujet, de façon systématique, au cours des séances de préparation à la naissance ou de l'entretien prénatal précoce.

Une sage-femme précise que toutes ces actions sont déjà réalisées par les équipes de réanimation-néonatalogie. Une autre note que la distribution d'un livret expliquant la prise en charge pourrait être difficile à mettre en œuvre puisqu'elle n'est pas la même selon l'enfant.

2.6.2. Dans le service de salle de naissance

| Actions possibles, selon les sages-femmes, dans le service salle de naissance | Saint-Brieuc (N=14) | | Brest (N=33) | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|------------------------|----------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Renseignements sur le service de réanimation-néonatalogie aux parents | 79% (11/14) | 21% (3/14) | 58% (19/33) | 42% (14/33) |
| Explication de la prise en charge du nouveau-né selon le programme NIDCAP | 64% (9/14) | 36% (5/14) | 48% (16/33) | 52% (17/33) |
| Distribution d'un document avec les coordonnées des soignants ayant pris en charge l'enfant | 50% (7/14) | 50% (7/14) | 52% (17/33) | 48% (16/33) |
| Favoriser l'établissement du lien mère-enfant (peau à peau, photos, vidéos ...) | 100% (14/14) | - | 97% (32/33) | 3% (1/33) |

Tableau 7 : actions pouvant être mises en place dans le service de salle de naissance selon les sages-femmes de Brest et Saint-Brieuc

Une sage-femme précise que tout ce qui a trait au service de réanimation/néonatalogie devrait plutôt être réalisé par les équipes de ces services.

Au CHRU de Brest, trois sages-femmes précisent cependant que la salle de naissance n'est pas le meilleur endroit pour délivrer des informations sur le service de réanimation/néonatalogie puisqu'il s'agit d'un service d'urgence. De plus, les parents ne sont pas toujours suffisamment réceptifs dans un moment aussi particulier qu'une naissance prématurée. Une autre relève l'importance d'encourager le père à accompagner son enfant dans le service de réanimation/néonatalogie. Enfin, une dernière pense que l'expression de colostrum, dès la salle de naissance, permettrait d'améliorer la prise en charge de la triade.

2.6.3. Dans le service de suites de couches

| Actions possibles, selon les sages-femmes, dans le service de suites de couches | Saint-Brieuc (N=14) | | Brest (N=33) | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|------------------------|----------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Visite du service de réanimation-néonatalogie avec les parents et l'équipe | 86% (12/14) | 14% (2/14) | 64% (21/33) | 36% (12/33) |
| Transmission quotidienne entre l'équipe de maternité et de réanimation | 100% (14/14) | - | 82% (27/33) | 18% (6/33) |
| Encourager les parents à participer aux soins de leur enfant | 100% (14/14) | - | 94% (31/33) | 6% (2/33) |
| Encourager la mise en place de l'allaitement maternel | 93% (13/14) | 7% (1/14) | 91% (30/33) | 9% (3/33) |

Tableau 8 : actions pouvant être mises en place dans le service de suites de couches selon les sages-femmes de Brest et Saint-Brieuc

Par rapport à l'allaitement maternel, certaines sages-femmes précisent cependant qu'il ne faut pas culpabiliser les mères n'ayant pas choisi ce mode d'alimentation.

En règle générale, les sages-femmes soulignent l'importance de renforcer les transmissions quotidiennes entre les services de maternité et de réanimation/néonatalogie, certaines précisant cependant que cela pourrait être difficile à mettre en place du fait de la charge de travail importante dans les deux services. Enfin, une autre formule qu'il serait bénéfique, pour les équipes et les parents, que le service de réanimation prévienne la sage-femme en cas d'événements marquants dans la prise en charge du nouveau-né, surtout lorsqu'il s'agit de mauvaises nouvelles.

D'autres actions sont proposées et notamment l'accompagnement des parents dans le service où est hospitalisé l'enfant, l'importance de montrer des films et des photos si la mère ne peut se déplacer, encourager cette dernière à rejoindre son bébé dès que possible. Enfin, une sage-femme précise qu'il est important de proposer une rencontre avec la psychologue aux parents.

3. Analyse des résultats et discussion

3.1. Population

La volonté de cette étude, première de ce type, était d'avoir une portée régionale. Pour ce faire, il était donc nécessaire d'interroger l'ensemble des sages-femmes exerçant dans un établissement breton certifié NIDCAP. A l'issue de cette dernière, 48 questionnaires ont été récupérés soit 60% de la population initiale. Il a cependant été difficile de les recueillir, bien qu'ils aient été laissés dans les services pendant plus de quatre mois. De nombreuses relances, auprès des sages-femmes et des équipes d'encadrement, ont dû être effectuées.

Cela a finalement permis d'obtenir 76% de réponses à Brest. Cependant, à Saint-Brieuc, seules 40% des sages-femmes ont répondu au questionnaire.

Le taux de participation important au centre hospitalier de Brest permet d'analyser les résultats à l'échelle de l'établissement et ainsi de proposer des axes d'améliorations au niveau local pour la prise en charge des couples et des nouveau-nés prématurés. Néanmoins, le taux moins élevé au CH de Saint-Brieuc (40%) ne permet pas d'analyser finement les résultats dans cet établissement. L'implantation plus récente du programme et la difficulté à se rendre dans les services afin de présenter le questionnaire ainsi que les objectifs de l'étude peuvent être une explication à la moindre participation des professionnels.

Parmi l'ensemble des sages-femmes ayant participé à l'étude, une grande diversité est retrouvée au niveau des années d'obtention de diplôme et d'expérience au sein de l'établissement certifié mais également au niveau du service où elles exercent. Néanmoins ces variations ne semblent pas influencer les résultats. En effet, il n'est pas observé de différences en fonction de l'année d'obtention de diplôme ou de la durée d'exercice dans l'établissement.

De plus, l'organisation des services d'obstétrique du CHRU de Brest et du CH de Saint-Brieuc est telle que les sages-femmes alternent les gardes entre les salles de naissances,

les suites de couches et le service de grossesses à haut risque. Ce n'est donc pas le service d'exercice qui influence les connaissances des sages-femmes sur le programme.

La source principale de connaissances des sages-femmes reste les enseignements durant leurs études (24/28 connaissant le programme) et l'école d'où elles ont été diplômées semblent influencer les résultats. En effet, parmi les 48 sages-femmes ayant répondu aux questionnaires, quasiment la totalité des sages-femmes (13/14) issues de l'école de Brest avaient entendu parler du programme avant leur arrivée dans l'établissement. La totalité d'entre elles ont reçu des informations au cours de leurs études. A Rennes, 50% des sages-femmes connaissaient le NIDCAP de par leurs études. Les autres écoles n'étant pas suffisamment représentées, il n'est pas possible de les prendre en compte dans l'analyse des résultats, il apparaît cependant que des disparités existent dès la formation initiale des sages-femmes.

Très peu de professionnels connaissent le programme NIDCAP grâce à des formations spécifiques sur le sujet (1/24) ou grâce à la littérature (1/24).

3.2. Les connaissances des sages-femmes sur le programme NIDCAP et les techniques de soins de développement

Au total, 93% des sages-femmes de Saint-Brieuc et 64% des sages-femmes de Brest jugent leurs connaissances sur le NIDCAP insuffisantes ; soit 72% de la population générale. Cependant, les réponses aux questions à choix multiples sont en majorité correctes, à l'exception des questions sur les nouveau-nés concernés par le programme ainsi que celle sur ses bénéfiques. Il semble donc que les sages-femmes soient pourtant informées sur le programme, notamment sur sa mise en pratique et l'organisation du service de réanimation/néonatalogie. Il est alors légitime de s'interroger sur un éventuel manque de confiance en leurs connaissances ou un manque de réassurance dans ces dernières.

Néanmoins, peu de sages-femmes identifient correctement les bénéfiques du programme NIDCAP. En effet, seules 4 sages-femmes exerçant au CHRU de Brest relèvent uniquement les réponses exactes parmi tous les professionnels interrogés.

Dans les deux établissements, environ 70% des sages-femmes estiment que le NIDCAP

réduit l'anxiété des parents et améliore le développement psychomoteur des enfants prématurés à l'âge de deux ans alors que cela n'est pas démontré.

Cependant, ce grand nombre de réponses incorrectes à la question sur les bénéfices du NIDCAP n'est pas corrélé au reste des réponses des sages-femmes. En effet, ces dernières semblent tout de même plutôt bien informées sur la mise en pratique de ce programme, et cela signifierait qu'elles ne savent cependant pas réellement ce qu'il apporte aux nouveau-nés prématurés. Se pose alors la question de savoir si elles ont répondu au hasard ou si ce sont des réponses basées sur des connaissances erronées.

Tout d'abord, il est démontré que le programme NIDCAP est bénéfique pour l'enfant à court et moyen terme. Les sages-femmes ayant des connaissances suffisamment importantes sur le sujet l'ont d'ailleurs relevé dans les réponses aux questionnaires (notamment dans les explications qu'elles donneraient aux parents) ; il semble donc aisé d'extrapoler ce résultat à long terme bien que rien ne soit démontré pour le moment. Il pourrait donc être nécessaire de rappeler aux professionnels quels sont, à l'heure actuelle, les bénéfices démontrés du programme.

Afin d'expliquer le taux important de réponses incorrectes à l'affirmation « le NIDCAP permet de réduire l'anxiété des parents », une hypothèse peut être avancée : les sages-femmes sont conscientes de l'importance de la place des parents dans la prise en charge de leur enfant. Peut-être estiment-elles alors que le fait de les laisser participer aux soins du nouveau-né permettrait de diminuer leur anxiété. Le fait d'intégrer les parents aux soins leur permet de prendre confiance en eux et de mieux comprendre les réactions de leur enfant. Cependant, il n'est pas démontré que cela diminue leur anxiété ; l'étude de L. Wallin et M. Eriksson¹¹ retrouve même un taux plus élevé de mères anxieuses dans le groupe NIDCAP que dans le groupe témoin.

Se pose alors une question bien plus fondamentale concernant la pratique soignante dans des dimensions bien plus importantes : le fait d'intégrer les parents aux soins est-il bénéfique ou est-il source d'inquiétudes plus importantes pour ces derniers ?

Enfin, le principal sujet de désaccord entre les professionnels interrogés est la population visée par le programme NIDCAP. En effet, dans les deux établissements, un quart des sages-femmes ne sont plutôt pas d'accord avec l'affirmation « le programme NIDCAP est

spécifique à la prise en charge du nouveau-né prématuré ». Certaines sages-femmes (3/47) précisant même qu'il est aussi destiné à l'enfant à terme.

Il semble que la date d'implantation du programme dans l'établissement influence les connaissances des sages-femmes. En effet, un nombre plus important de professionnels se sent à l'aise pour expliquer le programme aux parents et donne des informations adéquates à Brest, où le NIDCAP est en place depuis la fin des années 1990. Cependant, deux fois moins de sages-femmes ont répondu à Saint-Brieuc (40% versus 76% à Brest) et il est donc difficile d'interpréter les résultats en fonction de l'expérience propre à chaque centre hospitalier.

3.3. La place de la sage-femme dans le programme NIDCAP

Notre étude révèle néanmoins, que, malgré des connaissances jugées insuffisantes par les sages-femmes, ces dernières expriment un intérêt certain pour le NIDCAP. En effet, plus de la moitié des sages-femmes de Saint-Brieuc et plus de 80% des sages-femmes de Brest estiment pouvoir occuper une place dans le programme. Pour la plupart, il s'agit essentiellement d'un rôle d'information et de soutien au couple, que ce soit pendant la grossesse, notamment dans le service de grossesse à haut risque, ou en suites de couche. Il est important, selon elles, de maîtriser les bases de ce programme afin de pouvoir l'expliquer ou répondre aux nombreuses questions des couples.

Il est également exprimé une volonté des sages-femmes d'intégrer les techniques de soins de développement, en salle de naissance et en maternité, au nouveau-né à terme.

Cependant, les techniques de soins de développement ne sont pas connues de toutes les sages-femmes, une formation semble donc nécessaire avant d'envisager leur installation dans le service de maternité. En effet, seule la moitié des sages-femmes de Saint-Brieuc et 66% (22/33) de Brest sont à même de citer un ou plusieurs soins de développement. Il faut cependant préciser qu'au centre hospitalier de Saint-Brieuc, en journée, une infirmière puéricultrice est présente en maternité pour s'occuper des nouveau-nés (pour les bilans sanguins notamment) ; les sages-femmes sont donc moins intégrées dans la prise en charge des enfants à terme.

Certains professionnels (10/47) précisent que ces soins sont déjà mis en place dans le service, notamment le bain enveloppé, le peau à peau ou la succion non nutritive à visée antalgique. Cependant, les sages-femmes estiment que d'autres actions pourraient être mises en place comme l'adaptation de l'environnement au nouveau-né à terme ainsi que le respect de son rythme. Pour cela, certaines sages-femmes précisent qu'il faudrait agir sur la luminosité dans les chambres ainsi que sur les bruits, notamment en diminuant la durée des visites et le nombre de personnes présentes mais aussi le volume de la télévision.

Les sages-femmes pourraient alors, grâce à leurs connaissances sur le programme NIDCAP et les techniques de soins de développement, s'en inspirer afin d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés à terme. Cependant, il serait également nécessaire de former les auxiliaires de puériculture, qui participent également activement à la prise en charge des enfants. La formation de cette catégorie professionnelle permettrait de proposer une prise en charge cohérente et globale de la triade parents/enfant. De plus, les soins de nursing sont le plus souvent effectués par les auxiliaires de puériculture dans le service de maternité, ce qui conforte la nécessité de les inclure dans le programme de formation.

3.4. Les actions possibles afin d'améliorer la prise en charge de la triade parents/enfants

Parmi toutes les actions pouvant être mises en œuvre afin d'améliorer la prise en charge de la triade parents/enfant dans le service de grossesse à haut risque, la visite du service de réanimation et/ou néonatalogie est celle qui est la plus retenue par les professionnels de Brest (30/33) comme de Saint-Brieuc (14/14). De plus, il s'agit d'une action facilement réalisable. Il est même déjà fréquent que les mères aillent visiter le service quand leur état le permet. Cependant, ce n'est pas systématique et cette possibilité devrait être rappelée automatiquement aux parents par l'ensemble des sages-femmes.

En salle de naissance, quasiment la totalité des sages-femmes interrogées (46/47) relèvent l'intérêt de favoriser l'établissement du lien mère-enfant en cas de naissance prématurée ; notamment par l'intermédiaire de photos ou vidéos précoces, du peau à peau quand l'état de l'enfant le permet. Ceci semble plutôt aisé à mettre en place en salle de naissance et ce rôle pourrait tout à fait imputer à la sage-femme. Ces dernières restant deux heures au côté des

mères suite à la naissance, ce moment permettrait également de délivrer les informations nécessaires.

En maternité, toutes les actions proposées hormis la visite du service de réanimation/néonatalogie (soit des transmissions quotidiennes entre les services de réanimation et de maternité, encourager les parents à participer aux soins de leur enfant et promotion de l'allaitement maternel) sont possibles selon les sages-femmes. La question des transmissions entre les sages-femmes et les équipes de réanimation-néonatalogie est celle qui interroge majoritairement les professionnels interrogés. En effet, plusieurs sages-femmes relèvent l'importance de renforcer la communication entre les deux services, notamment lors de transmissions importantes sur l'état de santé de l'enfant. Cela permettrait aux équipes de maternité d'adapter leur prise en charge en fonction des nouvelles reçues à propos du nouveau-né. Cependant, comme cela a été précisé par certains professionnels, la mise en œuvre de transmissions quotidiennes entre les deux services pourrait s'avérer difficile du fait de la charge de travail incombant aux deux services. L'idéal serait alors de définir, d'après les professionnels de santé, à quel moment et à quelle fréquence ces transmissions pourraient être effectuées.

Enfin, afin de permettre aux mères d'être le plus souvent aux côtés de leur enfant, certaines sages-femmes proposent d'adapter les soins en fonction de leur présence ou non dans le service. Il s'agirait alors de réaliser les examens quotidiens au moment où ces dernières sont dans le service de maternité sans leur imposer un horaire de présence. Il faut cependant préciser que cela est déjà mis en œuvre dès que possible.

Les sages-femmes proposent donc de nombreuses actions afin d'optimiser la prise en charge de la triade parents/enfants. Cependant, certaines nuancent leurs réponses en précisant que certaines pratiques reviendraient plutôt aux équipes de néonatalogie. Il s'agirait alors de définir en amont à quel service revient chaque tâche. Ceci conforte donc la nécessité de renforcer la communication entre les équipes de sages-femmes et de néonatalogie.

Conclusion

Le NIDCAP est un programme ayant permis l'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés prématurés. Bien que la sage-femme ne soit pas directement concernée par la prise en charge de ces derniers, elle reste néanmoins au contact des nouveaux parents et se retrouve donc confrontée à leurs éventuelles questions. Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur le NIDCAP mais également de savoir s'il existait, selon elles, une place réelle ou potentielle pour la sage-femme dans ce programme.

Pour ce faire, des questionnaires ont été distribués aux sages-femmes des établissements de Brest et Saint-Brieuc, deux seuls centres hospitaliers certifiés NIDCAP en Bretagne.

Cette étude révèle que, malgré des connaissances jugées en grande majorité insuffisantes par les sages-femmes, ces dernières ont tout de même des notions importantes notamment sur la mise en pratique du programme dans les services de réanimation/néonatalogie. Un intérêt certain des sages-femmes pour le programme est également démontré par cette étude et ces dernières auraient tout à fait un rôle à jouer notamment dans les services de grossesse à haut risque ou de maternité. Elles pourraient alors apporter tout le soutien ainsi que les informations nécessaires aux parents. C'est d'ailleurs dans cette fonction que la majorité des sages-femmes interrogées imaginent avoir une place.

Pour cela, renforcer la formation de la profession que ce soit sur le programme NIDCAP en lui-même ou sur les techniques de soins de développement serait cependant nécessaire. En effet, ces dernières pourraient également servir à la sage-femme dans son exercice en maternité au côté des nouveau-nés à terme. Il serait alors nécessaire d'évaluer la place laissée aux sages-femmes dans les différentes formations relatives au NIDCAP ou aux techniques de soins de développement.

Comme demandé par plusieurs professionnels au cours de l'étude, il faudrait également renforcer les relations entre les services et équipes de maternité et réanimation/néonatalogie afin de faciliter la prise en charge de la triade parents/enfants mais surtout de la rendre globale.

La mise en place en maternité des techniques de soins de développement permettrait d'optimiser la prise en charge des nouveau-nés à terme en s'adaptant à leurs rythmes et à leurs besoins. Cela aiderait également les parents à mieux comprendre les réactions de leur enfant et donc de savoir reconnaître ses éventuels besoins. Cependant, comme cela est révélé par plusieurs études¹², il semblerait que l'implication des parents dans les soins de leur enfant puisse être source d'une anxiété plus importante. Il est évident qu'établir un lien entre les soignants et les parents est primordial afin de permettre une prise en charge optimale et globale. Néanmoins, il pourrait être nécessaire d'évaluer au préalable le retentissement chez les parents lorsque ces derniers sont intégrés dans les soins de leur enfant afin d'éviter de les mettre dans une situation trop anxiogène. Des recherches en ce sens mériteraient alors d'être menées afin de définir dans quelles circonstances les parents devraient, ou non, être intégrés aux soins de leur enfant.

Références bibliographiques :

1. B Blondel, M Kermarrec. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011.
[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html> .
Consulté le 13 décembre 2014.
2. Glorieux I, Montjaux N, Casper C. NIDCAP : définition, aspects pratiques, données publiées. Arch Pedia. 2009 ; 16 : 827-829
3. Als H (1982). Toward a synactive theory of development : promise for the assessment and support of infant individuality. Infant mental health journal. 3, 229-243.
4. JB Muller, V Castaing, S. Denizot, G. Caillaux, A. Frondas, L. Simon et all. Le programme NIDCAP. Principes et théorie. Motricité cérébrale : réadaptation, neurologie du développement. Mars 2014 ; 35 (1) : 3-41.
5. Guide à l'usage des soignants – Professeurs Picaud et Cambonie, département de pédiatrie néonatale et réanimation – CHU Montpellier.
[En ligne]. <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/recommandations-de-soins-nidcap/nidcap-definition-486-1169.html>.
Consulté le 9 novembre 2014
6. Sizun J, Ratynski N, Gagneur A, De Parscau L. Evaluation de l'impact médical des soins de développement. Arch Pédiatr. 2002 ; 9 :109-111.
7. Als H, Butler S, Kosta S, McAnulty G. The assessment of preterm infants' behavior (APIB) : Furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. Ment dev disabil res rev. 2005 ; 11(1) : 94-102.
8. Ratynski N, Catelin C, Ansquer H, Sizun J. Place d'un programme de soins de développement, le NIDCAP, dans une stratégie de prévention de traitement de la douleur et du stress en médecine néonatale. 2004.
[En ligne] <http://www.cnrdr.fr/NIDCAP-et-douleur-neonatale.html>. Consulté le 3 novembre 2014
9. Jacquemot L. Expérience du NIDCAP en médecine néonatale au CHU de Brest. Colloque : Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires. Association sparadrapp. Octobre 2004
10. Dossier de presse assises prem up. La bientraitance du nouveau-né prématuré. 2012
[En ligne] <https://www.premup.org/fra/les-assises-de-la-fondation-premup>
Consulté le 4 janvier 2015

11. Wallin L., Eriksson M. (2009). Newborn individual development care and assessment program (NIDCAP) : a systematic review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2, 54-59.
12. Ohlsson A., Jacobs S.E. (2012). NIDCAP : a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials
13. Sizun J, Ratynski N. L'enfant né prématurément : mieux le comprendre pour mieux le soutenir. Paris : L'harmattan ; 2013, 128p
14. Guide de formation NIDCAP. Als H. Nidcap Federation international
15. Venet E. Analyse de la pratique des soins de soutien au développement sensori-moteur auprès des nouveau-nés en maternité. Mémoire de sage-femme. Université Claude Bernard, Lyon1 ; 2013, 131p.

ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques des sages-femmes ayant répondues au questionnaire au CHRU de Brest

| | Années d'expérience au CHRU | Secteur d'activité | Ecole d'origine | Date d'obtention du diplôme |
|-----------|------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------------|
| 1 | 8 ans | SDC, GHR | Besançon | 1985 |
| 2 | 11 ans | SDN, SDC, GHR | Angers | 2003 |
| 3 | 2 ans | SDN, SDC, GHR | Lille | 2001 |
| 4 | 9 ans | SDN, SDC, GHR, SIG | Brest | 2006 |
| 5 | 3 ans | SDN, SDC, GHR | Brest | 2012 |
| 6 | 1 mois | SDC | Brest | 2015 |
| 7 | 2 semaines | SDC | Rennes | 2015 |
| 8 | 2 mois | SDC | Brest | 2015 |
| 9 | 4 ans | SDN, SDC, GHR | Brest | 2011 |
| 10 | 7 ans | SDC | Rennes | 1982 |
| 11 | 1 mois | SDN | Brest | 2015 |
| 12 | 9 ans | SDN, SDC, GHR | Brest | 2006 |
| 13 | 9 ans | SDN, SDC, GHR | Rennes | 2006 |
| 14 | 3 ans | SDN, SDC, GHR | Rennes | 2009 |
| 15 | 11 ans | SDN, SDC, GHR | Strasbourg | 2003 |
| 16 | 1 mois 1/2 | GHR | Brest | 2015 |
| 17 | 14 ans | SDN, SDC, GHR | Rennes | 2001 |
| 18 | 19 ans | SDN, GHR, SIG | Bourg en Bresse | 1993 |
| 19 | 27 ans | Cs, SIG, PPN, Tabaco | Rennes | 1985 |
| 20 | 16 ans | Tous | Rennes | 1988 |
| 21 | 7 ans | SDN | Brest | 2008 |
| 22 | 3 ans | SDN, SDC, GHR | Rennes | 2005 |
| 23 | 8 ans | SDN | Poitiers | 2004 |
| 24 | 2 ans | SDN | Brest | 2012 |
| 25 | 14 ans | Cs | Brest | 1999 |
| 26 | 25 ans | Cs | Rennes | 1978 |
| 27 | 13 ans | SDN, SDC, GHR | Angers | 2003 |
| 28 | 15 ans | SDN, SDC, GHR | Rennes | 1986 |
| 29 | 13 ans | Tous | Rennes | 1993 |
| 30 | 7 ans | SDN, SDC, GHR | Brest | 2008 |
| 31 | 1 an 1/2 | SDN | Bordeaux | 2014 |
| 32 | 9 ans | SDN, SDC, GHR | Rouen | 2006 |
| 33 | 7 ans | SDN | Brest | 2008 |
| 34 | 3 ans | SDN | Brest | 2011 |

Annexe 2 : Caractéristiques des sages-femmes ayant répondues au centre hospitalier de Saint-Brieuc

| | Années d'expérience au CH | Secteur d'activité | Ecole d'origine | Date d'obtention du diplôme |
|-----------|----------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------------|
| 1 | 1 mois | SDN, SDC | Rennes | 2015 |
| 2 | 5 ans | SDN, SDC | Paris, Saint Antoine | 1996 |
| 3 | 10 ans | SDN, SDC, Cs | Rennes | 2005 |
| 4 | 10 ans | SDN, SDC, Cs | Paris, Baudeloque | 2005 |
| 5 | 12 ans | SDN, SDC, Cs | Rennes | 1999 |
| 6 | 6 ans | SDN, SDC, Cs, GHR | Nantes | 2000 |
| 7 | 2 ans | SDN, SDC, GHR | Rennes | 2013 |
| 8 | 6 ans | SDN, SDC | Bruxelles | 2004 |
| 9 | 14 ans | SDN, SDC, Cs | Suresnes | 2000 |
| 10 | 3 ans | SDN, SDC, GHR | Brest | 2012 |
| 11 | 7 ans | SDN, SDC | Rennes | 2008 |
| 12 | 4 ans | SDN, SDC, GHR, Cs, CPEF | Charleroi | 2011 |
| 13 | 2 ans 1/2 | SDN, GHR, SDC | Brest | 2013 |
| 14 | 5 ans | SDN, GHR, SDC | Rennes | 2010 |

Parmi les informations suivantes, selon vous :

12. Le programme NIDCAP est spécifique à la prise en charge du nouveau-né prématuré
- Pas d'accord du tout
 - Plutôt pas d'accord
 - Ne sais pas
 - Plutôt d'accord
 - Complètement d'accord
13. Dans le cadre du NIDCAP, chaque nouveau-né prématuré bénéficie d'un programme spécifique
- Pas d'accord du tout
 - Plutôt pas d'accord
 - Ne sais pas
 - Plutôt d'accord
 - Complètement d'accord
14. Dans le programme NIDCAP, l'équipe soignante s'adapte au rythme du nouveau-né prématuré
- Pas d'accord du tout
 - Plutôt pas d'accord
 - Ne sais pas
 - Plutôt d'accord
 - Complètement d'accord
15. Dans ce programme, les parents jouent un rôle essentiel et peuvent participer aux soins
- Pas d'accord du tout
 - Plutôt pas d'accord
 - Ne sais pas
 - Plutôt d'accord
 - Complètement d'accord
16. Dans le cadre du NIDCAP, les parents peuvent rester aussi longtemps qu'ils le souhaitent dans le service de réanimation/néonatalogie
- Pas d'accord du tout
 - Plutôt pas d'accord
 - Ne sais pas
 - Plutôt d'accord
 - Complètement d'accord
17. Selon vous, le programme NIDCAP permet (plusieurs réponses possibles):
- Une diminution de la durée d'hospitalisation des nouveau-nés prématurés
 - Une meilleure compréhension du nouveau-né prématuré
 - Une amélioration de la relation d'attachement parents/enfant
 - De diminuer l'anxiété des parents
 - Une amélioration du développement psychomoteur à l'âge de 2 ans
18. Pensez-vous que les sages-femmes peuvent avoir une place dans ce programme ?
- Oui (→ question 19)
 - Non (→ question 20)

19. Si oui, comment?

→ _____

20. Si non, pourquoi ?

→ _____

21. Afin d'améliorer la prise en charge de la triade parents/enfant ; quelles mesures vous semblent envisageables **dans le service de grossesse à haut risque** en cas de menace d'accouchement prématuré?

- Visite du service de réanimation (afin que les parents sachent par avance où sera accueilli leur enfant)
- Rencontre avec l'équipe de réanimation/néonatalogie (non uniquement le pédiatre)
- Distribution d'un livret expliquant la prise en charge de leur enfant à venir
- Autres, précisez : _____

22. Afin d'améliorer la prise en charge de la triade parents/enfant ; quelles mesures vous semblent envisageables **en salle de naissance** en cas d'accouchement prématuré?

- Renseignements sur le service de réanimation/néonatalogie aux parents
 - Explication de la prise en charge du nouveau-né selon le programme NIDCAP
 - Distribution d'un document avec les coordonnées des services et les noms des puéricultrices ayant pris en charge l'enfant
 - Favoriser l'établissement du lien mère-enfant, si l'état de ce dernier le permet (peau à peau, fournir un tissu appartenant à la mère, donner une photo aux parents ...)
 - Autres, précisez : _____

23. Afin d'améliorer la prise en charge de la triade parents/enfant; quelles mesures vous semblent envisageables **en maternité** en cas d'accouchement prématuré?

- Visite du service de réanimation avec les parents et l'équipe de réanimation
- Transmission quotidienne entre l'équipe de maternité et de réanimation (par téléphone, le temps de l'hospitalisation de la mère)
- Encourager les parents à participer aux soins de leur enfant
- Encourager la mise en place de l'allaitement maternel
- Autres, précisez : _____

24. Pensez-vous que certaines techniques de soins appartenant aux soins de développement (et au programme NIDCAP) pourraient-être mis en place en maternité pour le nouveau-né à terme ?

- Oui ; lesquels ? : _____
- Non ; pourquoi ? : _____
- Ne sais pas

RESUME

Objectifs : Réaliser un état des lieux des connaissances des sages-femmes sur le NIDCAP dans un établissement certifié et définir si elles peuvent y avoir une place.

Matériel et méthode : Une étude qualitative et quantitative a été réalisée à l'aide de questionnaires distribués aux sages-femmes des centres hospitaliers de Brest et Saint-Brieuc.

Résultats : En règle générale, les sages-femmes jugent leurs connaissances insuffisantes sur le NIDCAP (72% ; 34/47). Cependant, à l'exception des questions relatives aux bénéficiaires ainsi qu'à la population concernée par le programme, l'étude révèle que les sages-femmes connaissent les bases du programme. De plus, ces dernières montrent un intérêt certain pour le programme puisque 74% (35/47) d'entre elles estiment avoir un rôle au sein du NIDCAP et de nombreuses actions sont proposées. Il s'agirait cependant essentiellement d'un rôle d'information et de soutien auprès des parents faisant face à une naissance prématurée.

Conclusion : L'étude met en évidence une volonté des sages-femmes d'intégrer ce programme afin d'améliorer la prise en charge de la triade parents/enfants mais également de mettre en place en maternité des techniques de soins inspirées de celles utilisées dans le NIDCAP. Approfondir la formation des professionnels d'une part et renforcer la communication entre les équipes de néonatalogie et sages-femmes d'autre part, semblent néanmoins nécessaires avant d'envisager des modifications de pratiques dans les établissements.

Mots clés : NIDCAP, soins de développement, sages-femmes

Titre : « Connaissance et place de la sage-femme dans le programme NIDCAP : enquête réalisée auprès des sages-femmes des centres hospitaliers de Brest et Saint-Brieuc, du 7 août 2015 au 14 décembre 2015. »

Auteur : Camille Marc

Directeur de mémoire : Pr Jacques Sizun

Diplôme d'Etat de Sage-femme, Brest, 2016