

LES SOINS DE DEVELOPPEMENT EN NEONATOLOGIE

*Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à
l'utilisation des soins de développement en
néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés
prématurés ?*

Réalisé par : Valentine Crépin

Promotion : Bachelor 07

Sous la direction de : Sarah Dini

Troistorrents, le 12.07.2010

RÉSUMÉ

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'infirmière. Il s'agit d'une recherche de type exploratoire, qui porte sur le ressenti des infirmières travaillant en néonatalogie avec les prématurés, au moyen des soins de développement. Ce travail a pour but d'identifier les avantages et les inconvénients que rencontrent les infirmières travaillant avec les soins de développement, en mettant en évidence leur vécu professionnel dans la prise en charge des prématurés. Ce vécu professionnel concerne d'une part l'organisation de l'infirmière et l'intégration des soins de développement dans sa pratique, et d'autre part les relations qu'elle entretient avec ses collègues (infirmières et médecins) et les usagers (parents et prématurés).

L'étude s'est effectuée auprès de sept infirmières utilisant quotidiennement les soins de développement dans leur prise en charge des prématurés au sein d'un service de néonatalogie vaudois. Elle contient également une comparaison avec un service de néonatalogie valaisan, où une collègue de promotion a dirigé les mêmes recherches auprès de sept infirmières. Les données ont été recueillies grâce à des entretiens semi-directifs, puis analysées par thèmes et en fonction de trois hypothèses. Ces dernières ont permis l'émergence des résultats suivants : d'une part, la pratique et l'application des soins de développement ne sont pas contraignantes pour les infirmières des deux échantillons ; d'autre part, les infirmières expriment certaines difficultés liées majoritairement aux médecins, mais de bonnes collaborations avec l'équipe infirmière et avec les parents, ainsi qu'une grande satisfaction dans leur relation avec les prématurés. La question centrale de recherche a révélé une satisfaction universelle et une amélioration du vécu professionnel grâce aux soins de développement pour les infirmières des deux terrains d'enquête.

Mots-clés : Infirmière - Vécu professionnel - Soins de développement - Néonatalogie - Prématurés

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée pendant mes études et surtout dans la préparation de ce travail :

- Ma collègue Juliana, pour son écoute attentive et son aide précieuse tout au long du travail ;
- Ma directrice de mémoire, Sarah Dini, assistante de recherche au site de Sion, qui m'a guidée avec minutie et patience ;
- Les personnes ressources du canton de Vaud et du canton du Valais, pour leur disponibilité et leur motivation ;
- Les infirmières du canton du Valais et du canton de Vaud, pour leurs témoignages et leurs informations ;
- Mes parents, Adélie et Christophe, pour leurs corrections, la relecture du travail et leur soutien inestimable ;

Les avis exprimés dans ce mémoire n'engagent que l'auteur

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
1.1 <u>Contexte de l'étude</u>	1
1.2 <u>Présentation du sujet</u>	2
1.3 <u>Motivations personnelles</u>	3
1.4 <u>Motivations professionnelles, économiques et politiques</u>	4
1.5 <u>Compétences</u>	5
1.5.1 Contribuer à la recherche en soins et en santé	5
1.5.2 Participer aux démarches qualité	6
1.5.3 Exercer ma profession de manière responsable et autonome	6
1.6 <u>Objectifs d'apprentissage</u>	7
 2. PROBLÉMATIQUE	 8
2.1 <u>Question centrale de recherche</u>	9
2.2 <u>Entretien exploratoire</u>	9

3. CADRE CONCEPTUEL 10

3.1	<u>Prématurité</u>	11
3.1.1	Définitions	11
3.1.2	Causes de la prématurité	13
3.1.3	Principales complications ou pathologies liées à la prématurité.....	13
3.1.4	Comportements du nouveau-né prématuré	14
3.2	<u>Soins de développement</u>	16
3.2.1	Définition et buts des soins de développement	16
	A) <i>Définitions</i>	16
	B) <i>Buts généraux des soins de développement</i>	17
3.2.2	Environnement de l'unité néonatale	18
3.2.3	Interventions spécifiques des soins de développement	21
	A) <i>Interventions pour diminuer les sources de surstimulations</i>	21
	B) <i>Interventions favorisant la promotion des différents sens</i>	22
	C) <i>Interventions dans le service du canton de Vaud et le service du canton du Valais</i>	23
	D) <i>Le NIDCAP, une application spécifique des soins de développement</i>	25
3.2.4	Avantages liés aux soins de développement	27
	A) <i>Avantages pour les prématurés</i>	27
	B) <i>Avantages pour les parents</i>	28
	C) <i>Avantages pour les infirmières</i>	28
	D) <i>Avantages pour le système de santé</i>	29
3.2.5	Implantation des soins de développement auprès des infirmières	30
	A) <i>Implantation d'un point de vue général</i>	30
	B) <i>Synthèse des entretiens exploratoires</i>	31
	C) <i>Implantation auprès des deux terrains d'enquête</i> ..	33

3.3	<u>Prise en charge infirmière en néonatalogie</u>	34
3.3.1	Histoire et évolution de la néonatalogie à travers le temps	34
3.3.2	Histoire et évolution de l'intégration des parents en néonatalogie.....	35
3.3.3	Rôles de l'infirmière en néonatalogie	36

4. MÉTHODOLOGIE 39

4.1	<u>Hypothèses de la recherche</u>	39
4.2	<u>Objectifs de l'étude</u>	43
4.3	<u>Méthode qualitative</u>	43
4.4	<u>Outils d'investigation</u>	44
4.4.1	Observation	44
4.4.2	Entretien semi-directif	45
4.4.3	Construction de l'outil.....	48
4.5	<u>Echantillon</u>	50
4.5.1	Type et taille de l'échantillon	50
4.5.2	Critères de la population.....	50
4.5.3	Données de l'échantillon.....	52
4.6	<u>Collaboration avec le terrain</u>	53
4.7	<u>Principes éthiques et protection des données</u>	53

5. ANALYSE 55

5.1 Démarche préparatoire..... 56

5.2 Synthèse thématique 56

5.3 Tableau synoptique 57

5.4 Analyse des corpus 58

5.4.1 Pratique et l'application des soins de développement 59

5.4.1.1 *Définition des soins de développement, objectifs et soins utilisés* 60

5.4.1.2 *Organisation de l'infirmière*..... 67

5.4.1.3 *Vécu professionnel* 73

5.4.2 Relations au travail et avec les usagers 78

5.4.2.1 *Collaboration et relation entre infirmières*.... 79

5.4.2.2 *Collaboration et relation entre infirmières et médecins*..... 84

5.4.2.3 *Prise en charge et relation avec les parents*... 87

5.4.2.4 *Prise en charge et relation avec les prématurés*..... 94

6. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES .. 96

6.1 Hypothèse 1 96

6.2 Hypothèse 2 98

6.3 Hypothèse 3 100

7. SYNTHÈSE 101

8. SYNTHÈSE COMPARATIVE 103

8.1	<u>Tableau comparatif des résultats entre le service du canton de Vaud (VD) et celui du Valais (VS)</u>	103
8.2	<u>Besoins formulés par les infirmières au niveau des soins de développement</u>	107
8.3	<u>Analyse comparative.....</u>	108
8.3.1	Pratique et application des soins de développement	108
8.3.2	Relations au travail avec les usagers	110

9. DISCUSSION 113

9.1	<u>Validité interne.....</u>	113
9.1.1	Démarche de la recherche.....	113
9.1.2	Saisie et récolte des données	113
9.1.3	Crédibilité et authenticité de la démarche.....	115
9.1.4	Saturation des données	116
9.2	<u>Validité externe</u>	116
9.3	<u>Pistes de réflexion</u>	117

10. CONCLUSION 119

10.1 Retour sur les objectifs d'apprentissage 119

10.2 Bilan technique 119

10.3 Bilan professionnel 120

10.4 Bilan personnel 121

11. LEXIQUE..... 123

12. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 125

12.1 Livres..... 125

12.2 Polycopiés 126

12.3 Revue 127

12.4 Article et brochure..... 128

13. RÉFÉRENCES CYBEROGRAPHIQUES 129

14. ANNEXES

ANNEXE I	Référentiel des compétences de l'étudiante lors des stages
ANNEXE II	Entretien exploratoire
ANNEXE III	Liste des cantons de suisse disposant d'un service de néonatalogie
ANNEXE IV	Grille d'entretien
ANNEXE V	Lettre pour la demande d'enquête au sein de l'hôpital vaudois
ANNEXE VI	Lettre d'information destinée aux participantes de l'étude
ANNEXE VII	Formulaire de consentement éclairé
ANNEXE VIII	Exemple d'une grille d'analyse

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte de l'étude

C'est dans le cadre de ma formation à la HES-SO Valais filière infirmière et pour l'obtention du diplôme d'infirmière que s'inscrit ce mémoire de fin d'études. Le sujet de ce dernier va porter sur la prise en charge infirmière des nouveau-nés prématurés en néonatalogie au travers des soins de développement¹. L'objectif principal de cette étude est d'explorer et de comprendre comment les infirmières² vivent la prise en charge d'enfants prématurés au travers des soins de développement.

Cette recherche, entreprise en binôme avec une collègue de classe, est de type qualitatif et s'est élaborée au moyen d'entretiens semi-directifs qui ont permis de répondre à la question centrale de recherche grâce à une analyse descriptive par thèmes. La question centrale de l'étude, qui concerne le ressenti des infirmières à travers la pratique des soins de développement sur des prématurés, a pu être formulée suite à des questionnements concernant le thème du mémoire. Ces interrogations regroupaient les bienfaits et les inconvénients des soins de développement sur les infirmières, les besoins de ces dernières, l'influence de ces soins, la prise en charge infirmière des prématurés avec les soins de développement, etc. Ce sujet, encore peu étudié, a aiguisé notre curiosité car il relève d'une grande importance dans la pratique.

De plus, notre recherche s'est focalisée sur les effets des soins de développement auprès des infirmières de deux hôpitaux de Suisse exclusivement. Ma collègue s'est dirigée vers un service de néonatalogie du canton du Valais et je me suis orientée pour ma part vers un service de néonatalogie du canton de Vaud. Nous avons ainsi sélectionné des services de néonatalogie où des infirmières utilisent les soins de développement dans leur prise en charge des enfants nés prématurément. En effet, le personnel soignant met en place certaines stratégies de ces soins, comme par exemple la diminution de l'intensité du bruit³. En outre, les deux terrains d'enquête sont adaptés au sujet du mémoire car la population choisie, à savoir des infirmières qui prennent en charge des prématurés au travers des soins de développement, se trouve présente dans les deux services de néonatalogie. Cela devrait donc permettre de récolter des informations intéressantes et pertinentes dans le but de répondre à la question de recherche.

¹ Ces soins spécifiques seront abordés plus en profondeur dans la suite de mon travail sous le concept « Soins de développement » et apparaissent parfois dans mon travail sous l'abréviation « SD ».

² Afin de faciliter la lecture de ce travail, il est sous-entendu qu'il s'agit d'infirmiers et d'infirmières lorsque j'utilise le genre féminin. De plus, les termes « soignantes », « participantes » et « collaboratrices » font référence aux infirmières tout au long du travail.

³ Dans la partie du cadre conceptuel de ce travail, sous le point « Soins de développement », je parlerai plus en profondeur des stratégies de soins utilisées par la population de l'étude.

1.2 Présentation du sujet

De nos jours, les services de néonatalogie accueillent régulièrement des bébés prématurés, à savoir des nouveau-nés dont l'âge gestationnel (voir lexique, p. 123) est inférieur à 37 semaines, la durée normale d'une grossesse correspondant à 40 semaines de gestation. Ces services se trouvent tous les jours confrontés à des bébés fragiles qui requièrent une attention et des soins constants. En effet, grâce à l'avancement des progrès scientifiques, de nombreux enfants naissant avant terme et de plus en plus tôt dans leur développement foetal parviennent à survivre. Cependant, si la mortalité des nouveau-nés prématurés est considérablement diminuée, les risques de complications dus à l'immaturité toujours plus grande sont quant à eux augmentés. Selon le degré de prématurité, les conséquences peuvent s'avérer lourdes (immaturité organique, handicaps, etc.). Plus l'âge gestationnel est bas, plus le bébé sera en immaturité et plus il aura un risque de développer des complications. Les immaturités neurologiques et pulmonaires font partie des complications les plus fréquentes et rendent la prise en charge délicate. L'équipe soignante s'engage dès lors à prévenir tout risque et à aider le bébé à se développer de la façon la plus optimale possible.

Dans cette optique se sont répandus, en parallèle des moyens médicamenteux et des autres traitements, les soins de développement qui permettent à l'enfant d'évoluer de la façon la plus harmonieuse possible en respectant son rythme. Les réactions du nouveau-né, qui contribuent à relever des indicateurs concernant l'état de l'enfant (stress, bien-être, etc.), sont importantes dans l'application des soins de développement. Ces derniers s'inspirent à la base de Als Heidelise⁴, dans la continuité des travaux du Docteur T. Berry Brazelton⁵ qui fut un pionnier dans la reconnaissance des capacités des nouveau-nés. Celui-ci s'est intéressé aux réactions du nouveau-né sur les plans physiologiques et comportementaux. À sa suite, Als Heidelise focalisa ses réflexions sur les capacités des nouveau-nés prématurés et élaborà à Boston en 1982 la théorie synactive⁶ du développement qui définit les sous-systèmes (autonome, moteur, états de veille/sommeil,

⁴ Docteur psychologue spécialisée en neuro-développement. Elle a élaboré la théorie synactive du développement en 1982 à Boston.

⁵ Professeur de pédiatrie de renommée qui mit au point une échelle d'évaluation du nouveau-né nommée NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale). Pour plus d'informations sur cette échelle, voir le site Internet : www.brazelton-institute.com/intro.html ou <http://www.brazelton.ch/spip.php?rubrique26> ou encore l'ouvrage suivant au chapitre 2 : BERRY BRAZELTON, T-B, NUGENT, J-K. *Echelle de Brazelton : Evaluation du comportement néonatal*. Médecine & Hygiène, 3^{ème} édition : France (Paris), 2001. 185 pages. ISBN : 2-88049-153-3.

⁶ Selon la théorie synactive de Als Heidelise, ces sous-systèmes sont au nombre de cinq. Le sous-système autonome représente les fonctions vitales physiologiques ; le sous-système moteur comprend les mouvements du corps ; le sous-système des états de veille-sommeil représente les états de conscience du nouveau-né (sommeil profond, sommeil léger, somnolence, éveil alerte, éveil avec des mouvements actifs, pleurs) ; le sous-système de l'attention-interaction représente la capacité de l'enfant à être attentif et à interagir avec son environnement ; et enfin le sous-système de l'autorégulation permet à tous les autres sous-systèmes de trouver un équilibre face à des stimulations négatives. Pour plus d'informations, se référer au chapitre 3 du livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

attention/interaction et autorégulation) apparaissant durant la période fœtale. Elle explique que « ces indicateurs permettent aux professionnels de la santé et aux parents de comprendre où le nouveau-né déploie ses énergies afin de conserver une certaine organisation »⁷. Sur la base des réflexions de Als Heidelise, les soins de développement ont émergé aux Etats-Unis, puis se sont développés ailleurs en Europe dans les années 90. A ce moment, il y eut une meilleure approche de la douleur, un travail sur les postures ainsi qu'une réflexion sur l'intérêt de l'allaitement. La diffusion des soins de développement commença donc à cette période et se répandit ensuite⁸.

Depuis l'apparition des soins de développement, la littérature explore les effets de ces derniers sur les nouveau-nés et les parents, mais peu d'écrits concernent les effets des soins de développement sur les professionnels du terrain. Ce constat peut surprendre car l'implantation de ces soins se fait essentiellement par l'intermédiaire des infirmières et il convient donc de les citer et de relever leur travail actif auprès des prématurés. Cette constatation impliqua donc un questionnement sur le vécu des infirmières utilisant ces soins.

Les questions suivantes ont pu alors se poser :

- Quel est le vécu de l'infirmière face aux soins de développement ?
- Quel est l'impact, quels sont les effets sur elle ?

Ensuite, après maintes reformulations, j'ai pu énoncer, avec ma collègue, la question de départ de notre recherche :

- Quel est l'impact de la prise en charge des nouveau-nés prématurés sur les infirmières travaillant en néonatalogie, au travers des soins de développement ?

1.3 Motivations personnelles

Mes motivations personnelles regroupent plusieurs aspects. Premièrement, j'ai toujours été attirée par le milieu de la petite enfance et en particulier le domaine des soins apportés aux nouveau-nés. J'apprécie le côté calme et sécurisant de l'infirmière et je trouve important de respecter et de protéger ces futurs adultes, afin qu'ils puissent s'épanouir dans la vie. Lors de l'étude du module infirmier « Naître et Grandir »⁹, j'ai pu constater, grâce à des vidéos, les capacités incroyables du bébé, notamment dans une émission avec Bernard Martino qui écrivit également un livre intitulé *Le bébé est une personne*¹⁰. Je

⁷ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 55. ISBN : 2-89619-039-2. p. 55.

⁸ Aux dires de Jacques Sizun, médecin travaillant à l'unité de réanimation pédiatrique de Brest, dans une réponse à un mail envoyé le 11.04.2009.

⁹ Responsable de module : BERRA, E. Cours module 1002 : Naître et grandir. Filière soins infirmiers : Sion, octobre 2007.

¹⁰ MARTINO, B. *Le bébé est une personne*. Editions Balland : France, 1985. 269 pages. ISBN : 2-7158-0517-9.

souhaitais faire un travail de Bachelor visant la prise en compte des besoins et des ressources du prématuré et qui contribue à une meilleure qualité des soins. Deuxièmement, l'aspect très humain de cette prise en charge abonde dans le sens de mes valeurs et donne accès au respect de l'être dès son plus jeune âge. Je trouve très juste de protéger et de respecter le bébé prématuré car il n'est pas suffisamment mature et se trouve donc, par ce fait, plus fragilisé qu'un enfant né à terme. Les soins de développement permettent donc de favoriser, ou du moins de respecter le développement du prématuré dans un contexte de stress dû au service, aux soins techniques ainsi qu'au matériel utilisé en néonatalogie. La prise en charge de l'enfant au travers de ces soins se voit donc améliorée et donne une place centrale au prématuré. C'est pourquoi j'aimerais faire des recherches sur ces soins de développement qui permettent d'individualiser la prise en charge et de sécuriser au mieux l'enfant.

Sur le plan personnel, je pense qu'un approfondissement de ce sujet m'apportera des connaissances solides sur les prématurés en terme de développement et je serai plus sensible à ces soins spécifiques, si un jour je suis confrontée à la naissance de mon propre enfant.

1.4 Motivations professionnelles, économiques et politiques

Les infirmières jouent, à mon sens, un rôle primordial dans le développement harmonieux de l'enfant, par leur respect, leurs gestes et la tendresse qu'elles peuvent apporter. Etant au chevet du prématuré, elles sont à même de répondre à ses besoins et à ceux de sa famille et elles sont un point d'ancrage pour tous les acteurs du système de santé. Les connaissances acquises durant cette recherche trouveront une utilité dans ma vie professionnelle future en termes de bienfaits de ces soins sur les soignantes ou, au contraire, en termes de contraintes par exemple. Cela me permettra peut-être d'aiguiller mon avenir professionnel dans ce genre de prise en charge du bébé prématuré. Je souhaite donc découvrir plus profondément ces soins et évaluer leurs bienfaits ainsi que leurs limites sur les infirmières, afin d'avancer dans mon processus de soignante d'une part et d'autre part, d'acquérir des outils pour le futur.

Les motivations d'ordre économique sont liées à la baisse des coûts de la santé que ces soins peuvent générer. Les soins de développement sont apparus aux Etats-Unis en 1982 et ont fait leurs preuves quant à l'efficacité de la prise en charge des prématurés¹¹. En effet, il a été constaté que les enfants ayant bénéficié de ces soins ont moins de problèmes liés à leur développement et de complications potentielles dues à la prématurité (amélioration de la fonction pulmonaire, du comportement alimentaire et de la croissance, amélioration du fonctionnement neurocomportemental, etc.)¹². Ces soins contribuent donc à une

¹¹ ALS, H., PH, D. Soins développementaux individualisés pour les enfants prématurés. In : *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Septembre 2004. 1-8. Adresse URL : <http://www.enfant-encyclopédie.com/pages/PDF/AlsFRxp.pdf>

¹² Ibid.

meilleure qualité des soins, axée sur les besoins de l'enfant et réduisant d'éventuels coûts liés aux troubles du développement.

Quant aux motivations politiques, elles entrent en ligne de compte dans l'amélioration du système socio-sanitaire avec une prise en charge plus humaine et efficace des prématurés. La recherche fait prendre conscience de l'importance et de l'effet bénéfique de ces soins sur le développement de l'enfant et ainsi contribue à promouvoir et à appliquer plus strictement ce genre de prise en charge.

1.5 Compétences

L'élaboration de ce travail s'inscrit dans le processus d'apprentissage de la profession infirmière. Ainsi, ce dernier me permet de développer plusieurs compétences décrites dans le « référentiel des compétences de la filière infirmière¹³ ».

Je vais développer ci-dessous les quelques compétences pertinentes relatives à mon sujet de mémoire de fin d'études, à savoir :

- Contribuer à la recherche en soins et en santé
- Participer aux démarches de qualité
- Exercer ma profession de manière responsable et autonome

1.5.1 Contribuer à la recherche en soins et en santé

La recherche que je vais mener constitue certes ma première étude, mais celle-ci implique non seulement l'obtention de mon diplôme Bachelor en soins infirmiers, mais aussi le développement d'un savoir-faire propre à la réalisation d'une recherche. Il s'agit de dresser une revue de la littérature (sur la prématurité, les soins de développement et les effets de ces soins sur le vécu des infirmières) en explorant des aspects théoriques au moyen de diverses sources comme par exemple Internet, les livres, les revues scientifiques, etc. ; de penser à une question de recherche et d'en vérifier la pertinence en contactant des professionnels du terrain pour m'orienter dans le démarrage de ma recherche ; d'élaborer un outil d'investigation de qualité en adéquation avec ma question de départ ; de me référer à une méthodologie qui me permette d'évaluer les effets des soins de développement sur le vécu des infirmières ; d'effectuer un recueil de données auprès d'infirmières en néonatalogie et de l'analyser ; enfin, de répondre à ma question de départ en discutant des résultats de ma recherche de manière critique.

Cherchant à cerner une expérience vécue, j'ai opté pour un outil tiré de la méthode qualitative : l'entretien semi-directif. La direction d'entretiens implique l'acquisition de compétences comme le non-jugement, l'accueil de la parole d'autrui, la recherche de participants, etc. Par ailleurs, interroger des

¹³ Le référentiel des compétences de 3^{ème} année se trouve en annexe I.

personnes sur leur pratique nécessite de prendre en compte les principes éthiques.

La réalisation de mon travail suppose également l'utilisation de connaissances scientifiques (prématurité, soins de développement, etc.), dans le but de garantir la fiabilité ainsi que la pertinence de mon travail. Ma tâche consistera aussi à synthétiser les résultats de ma recherche tout en y apportant un regard critique, avec pour objectif de contribuer à la poursuite de la recherche dans le domaine des soins de développement. Ainsi, je vais participer au déploiement des pratiques infirmières avec l'utilisation récente de ces soins en néonatalogie et à l'établissement du savoir infirmier sur l'utilisation de cette méthode. Enfin, ce mémoire de fin d'études encouragera peut-être d'autres chercheurs à investiguer et à continuer les recherches sur le sujet.

1.5.2 Participer aux démarches de qualité

En effectuant un travail sur le ressenti des infirmières par rapport aux soins de développement, je contribue, à mon sens, à développer la qualité des soins. En effet, en prenant en considération le vécu des infirmières et en mettant en avant leurs besoins, difficultés et améliorations de leurs conditions de travail, je contribue à mesurer leur degré de satisfaction. Je pourrai ainsi proposer des pistes de réflexion sur l'utilisation des soins de développement à partir du vécu des infirmières et, par la suite, réfléchir à des améliorations afin d'augmenter la satisfaction des infirmières.

Le sujet que je traite mettra également en avant des exemples d'obstacles ou de facilités dans l'implantation de ces soins en milieu hospitalier. Subséquemment, ma recherche montrera si l'implantation des soins de développement dans les services de néonatalogie étudiés est efficace ou si elle nécessite des améliorations ou des changements. Enfin, la réalisation de mon mémoire, en binôme avec ma collègue de promotion, me permettra d'avoir un regard sur les enjeux d'intégration des soins de développement dans deux milieux hospitaliers différents.

1.5.3 Exercer ma profession de manière responsable et autonome

La réalisation de cette recherche me permettra d'acquérir les connaissances nécessaires afin d'exercer ma profession de manière autonome et responsable. En effet, je vais pouvoir identifier les enjeux du système socio-sanitaire dans ma profession par rapport aux soins de développement car mon sujet d'étude engage non seulement la visibilité de l'implication des soins de développement auprès des infirmières dans leur prise en charge quotidienne des prématurés, mais également la visibilité de l'expérience humaine de ces infirmières. De plus, ce travail pourrait contribuer modestement à l'amélioration du système socio-sanitaire car le contentement des infirmières, l'attention portée à leur égard et la prise en considération de leur vécu pourraient amener à une pratique professionnelle de qualité qui tienne compte de la satisfaction du personnel. Cette recherche impliquera également que je fasse preuve de responsabilité et

d'autonomie afin de mener à bien mon mémoire de fin d'études (respect des aspects éthiques, des délais de réalisation, etc.). Ce dernier me donnera l'opportunité de prendre des initiatives et également d'assumer mes choix par rapport à la réalisation de la recherche (type d'analyse, outil d'investigation, etc.). Pour finir, je prendrai soin d'intégrer mon auto-évaluation ainsi que les évaluations des professionnels de la santé tout au long de mon travail. Je pourrai ainsi me positionner de manière critique quant à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie par les infirmières ainsi que dans ma propre pratique professionnelle.

1.6 Objectifs d'apprentissage

- Définir et expliquer les différents concepts en lien avec mon sujet de mémoire.
- Expérimenter l'élaboration ainsi que l'application d'entretiens semi-directifs avec des infirmières de néonatalogie, tout en respectant les principes éthiques inhérents à cette démarche.
- Analyser le contenu des entretiens semi-directifs et y examiner les éléments importants, c'est-à-dire susceptibles de fournir un éclairage sur le vécu infirmier.
- Comparer les données recueillies des différents entretiens effectués, dans le but de mettre en place une synthèse regroupant les éléments similaires et différents des infirmières interrogées dans l'échantillon et ensuite d'élaborer un tableau comparatif des éléments recueillis entre les deux terrains de recherche.
- Evaluer les résultats de la recherche et discuter de ses implications pour la recherche et la pratique de manière critique.

2. PROBLÉMATIQUE¹⁴

Les nouveau-nés prématurés pris en charge dans les unités néonatales subissent de nombreuses agressions qui influencent négativement leur développement. Ils passent d'un milieu utérin où ils étaient au chaud et protégés de la lumière à un milieu très bruyant, froid et éblouissant. L'environnement agressif auquel ils sont exposés peut donc induire des effets néfastes sur eux. Par exemple, des stimulations sonores trop élevées ou encore certaines manipulations tactiles provoquent des apnées (voir lexique) ou de la bradycardie (voir lexique). Les soins douloureux entraînent ou aggravent les lésions cérébrales et le positionnement sur un plan dur favorise l'hypertonie (voir lexique) de certains muscles. Cet environnement agressif nécessite donc de la part de l'équipe soignante une prise en charge de l'inconfort des prématurés en termes de douleur ou/et de stress¹⁵.

L'utilisation des soins de développement a prouvé son efficacité quant aux bénéfices retirés pour l'enfant et sa famille¹⁶. En effet, cette prise en charge du prématuré tient compte des besoins de l'enfant (environnement calme sans surstimulations sensorielles, présence active des parents, stratégies diverses pour diminuer le stress de l'enfant) et lui permet un meilleur développement sur le plan physique et psychologique. Il est démontré que les effets de ces soins permettent de diminuer la durée d'hospitalisation, le nombre de jours avec ventilateur et besoin en oxygène, le nombre de jours d'alimentation par gavage, de réduire le risque de complications médicales et d'améliorer « des comportements sur le plan neurologique et comportemental »¹⁷.

Les équipes soignantes ont donc commencé à utiliser des techniques permettant de réduire le stress de l'enfant par des méthodes non-invasives comme la succion non nutritive, la méthode kangourou¹⁸, la baisse du niveau sonore et lumineux, etc. Ces soins consistent en des stratégies qui permettent un développement harmonieux du bébé prématuré dans toutes ses composantes (physiques, psychiques, comportementales, relationnelles et psychologiques). Ils sont adaptés à chaque enfant et mettent l'accent sur une évaluation des comportements du bébé. Ils favorisent également un environnement qui implique moins de stress chez l'enfant et sa famille par des interventions basées sur une diminution des surstimulations sensorielles (sens du toucher, mouvement, odorat, goût, ouïe, vision, positionnement physiologique).

¹⁴ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Le terme « famille » désigne dans ce travail les parents.

¹⁷ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 124-125. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁸ Ce soin particulier est défini plus loin dans le concept « Soins de développement » au point 3.2.

Les professionnels en ligne de mire dans l'application de ces soins sont essentiellement les infirmières. Effectivement, ces dernières s'occupent quotidiennement des nouveau-nés prématurés et sont les plus aptes à constater l'effet de ces soins sur leur développement. De plus, la tâche des infirmières consiste en un bon exercice des pratiques mises en place et à une adaptation de leur travail face aux aspects de cette prise en charge (regroupement des soins, présence des parents, rythme de l'enfant à respecter, etc.). Cela nécessite une bonne connaissance de la prise en charge, de la flexibilité, ainsi que de la disponibilité pour les familles concernées.

Les lectures que j'ai faites avec ma collègue se centrent davantage sur les effets positifs des soins de développement sur les prématurés et les parents que sur les infirmières¹⁹. Cette constatation surprenante pour ma collègue et moi-même nous a donc orientées vers le vécu des soignantes, afin de connaître leur ressenti, de déterminer leur degré de satisfaction et d'évaluer l'impact des soins de développement sur elles.

2.1 Question centrale de recherche

Savoir quels sont les effets des soins de développement sur les infirmières nous a paru pertinent et important pour l'avenir de la profession dans le domaine des soins de développement. Notre question de recherche est donc la suivante :

- Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ?

2.2 Entretien exploratoire

Afin de mieux préciser cette question sous forme d'hypothèses de recherche et de compléter les pistes de travail suggérées par les différentes lectures portant sur les soins de développement, ma collègue et moi-même avons conduit, avant les entretiens principaux, un entretien exploratoire²⁰, chacune dans son milieu d'étude auprès d'une personne ressource. Cet entretien avait pour but de nous faire une idée plus précise de l'utilisation des soins de développement dans les deux hôpitaux de recherche, du matériel utilisé, de l'organisation du service ainsi que des différents acteurs (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc.) gravitant autour de la mise en place de ces soins.

Les éléments-clés ressortis de cet entretien ont été intégrés tout au long du travail.

¹⁹ Les avantages des soins de développement sur les parents, sur les enfants et sur les infirmières seront repris dans la suite de mon travail, à savoir dans le point 3.2 « Soins de développement ».

²⁰ Le document contenant les questions posées lors de l'entretien exploratoire se trouve en annexe II.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le contenu de cette partie s'est fait en regard de la question centrale de recherche, à savoir « quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ? ».

Tout d'abord, les concepts identifiés concernent la « prématurité » puis les « soins de développement ». Le concept « prématurité » doit être défini car la recherche se centre exclusivement sur les enfants prématurés et non pas sur les nouveau-nés (à terme) malades qui peuvent également bénéficier de la prise en charge au travers des soins de développement. Il faut également traiter du concept « soins de développement » afin d'être au clair sur l'implication de cette prise en charge dans un service de néonatalogie. De plus, cette philosophie de soins relative au monde de la néonatalogie peut être mise en application d'une manière spécifique dans la pratique. C'est ce qu'on appelle le NIDCAP²¹, soit une application spécifique des soins de développement. C'est pourquoi ce dernier sera brièvement abordé dans le concept « soins de développement ». Cependant, il ne sera pas traité dans la suite de notre travail car les deux terrains d'enquête étudiés n'appliquent pas ce programme. Enfin, le concept « prise en charge infirmière en néonatalogie » auprès des prématurés sera également défini car cet aspect est déterminant pour une meilleure compréhension du rôle infirmier en néonatalogie au travers des soins de développement.

Les concepts en rapport avec le sujet du mémoire sont donc les suivants :

- La prématurité (définitions, complications, comportements, etc.)
- Les soins de développement (définitions, buts, NIDCAP, etc.)
- La prise en charge infirmière en néonatalogie (historique, évolution en néonatalogie et rôles infirmiers)

²¹ Ce terme correspond au « Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement ».

3.1 Prématurité

3.1.1 Définitions

Le terme « prématuré » provient du latin *proematurus* qui signifie « qui arrive avant le temps »²². Le bébé prématuré est donc « un enfant dont la naissance survient entre 22 et 37 semaines d'aménorrhées (voir lexique) révolues »²³, la durée gestationnelle étant de 40 semaines pour un nouveau-né à terme. Il existe plusieurs sortes de prématurité selon un document élaboré par la personne ressource du canton du Valais et s'inspirant de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) :

- « La prématurité : Le bébé naît entre 32 et 37 semaines d'âge gestationnel ».
- « La grande prématurité : Le bébé a un âge gestationnel variant entre 28 et 32 semaines ».
- « La très grande prématurité ou prématurité extrême : Le bébé naît avant 28 semaines mais il a au moins 22 semaines, quel que soit son poids, mais il doit peser au moins 500 grammes ».

L'hôpital vaudois s'inspire également de la définition de l'OMS : « Selon les normes internationales et selon l'OMS en particulier, on définit la prématurité comme une naissance intervenant à moins de 37 semaines révolues (259 jours) après le 1^{er} jour des dernières règles. Cet âge gestationnel demeure cependant indéterminable dans certaines circonstances. Il doit donc être interprété. C'est pourquoi le poids de naissance inférieur à 2'500 grammes comporte des prématurés et des enfants nés à terme avec un petit poids de naissance. Les deux facteurs, poids de naissance et âge gestationnel, sont ainsi souvent nécessaires pour permettre l'évocation d'une prématurité.

- Enfants nés à terme : entre 37 et 42 semaines de gestation
- Enfants nés prématurément : < 37 semaines (poids naissance < 2'500 grammes)
- Enfants nés postmatures²⁴ : gestation > 42 semaines ; ou ayant connu un retard de croissance intra-utérin »²⁵.

Selon l'état des bébés prématurés et leur degré de prématurité, les services de néonatalogie peuvent se diviser en plusieurs secteurs, comme l'hôpital vaudois. Afin de mieux comprendre la structure de ce dernier, il est important d'expliquer l'organisation présente au sein de la néonatalogie. Selon la personne ressource du canton de Vaud, le secteur A comprend des enfants d'une prématurité extrême (24 à 28 semaines d'âge gestationnel). Il correspond à la phase de « soins aigus » et les bébés sont intubés. Le secteur B accueille des

²² DELAMARE, J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, Maloine. 28^{ème} Edition : Paris, 2004, p. 708. ISBN : 2-224-02784-2.

²³ Ibid.

²⁴ Ce terme correspond à un bébé dont la mère a eu une grossesse prolongée.

²⁵ DALLA PIAZZA, S. *L'enfant prématuré*. De Boeck Université : France, Bruxelles, 1997, p. 13. ISBN : 2-8041-2596-3.

prématurés entre 28 à 32 semaines d'âge gestationnel, il est appelé « soins intermédiaires » et indique la phase où les prématurés sont amenés après avoir été extubés. Enfin, il y a le secteur des « soins standards » avec des prématurés de 32 à 37 semaines d'âge gestationnel qui ont déjà des ressources et plus d'autonomie. Ce secteur constitue la phase de préparation avant le retour à domicile. Quant à l'hôpital du canton du Valais, il peut accueillir cinq nouveau-nés prématurés. La tranche d'âge des enfants hospitalisés se situe généralement au-dessus de 32 semaines. En effet, il existe une convention entre ce service et le service de néonatalogie du canton de Vaud qui écrit que tout prématuré avant 32 semaines de gestation doit être transféré dans le canton de Vaud. Le service de néonatalogie du canton du Valais tente donc toujours de transférer les mères devant accoucher prématurément. Cependant, certaines fois, il est trop tard et l'enfant se trouve donc acheminé par la suite. Par contre, une fois que ce dernier est stable, il est amené à nouveau en Valais. Enfin, il faut savoir que les nouveau-nés prématurés qui ont été transférés dans le service du canton de Vaud reviennent parfois assez rapidement dans le canton du Valais.

« La Suisse affiche un des taux de prématurité les plus élevés en Europe »²⁶. Elle arrive en deuxième position derrière l'Autriche. Selon l'Office fédéral de la statistique, 9% des bébés naissent avant terme²⁷. Deux facteurs sont concernés : la moyenne d'âge des mères augmente et les naissances multiples s'élèvent en raison des procréations assistées²⁸. Par ailleurs, on peut également ajouter le fait que les femmes sont plus stressées en raison de leur rythme de vie actuel (travail, vie de famille, etc.). Cependant, la prématurité n'est pas forcément plus élevée qu'auparavant, malgré les progrès médicaux permettant de sauver des prématurés de plus en plus jeunes à l'heure actuelle. Ce chiffre surprenant (9% de prématurés en Suisse) mérite une attention particulière en raison des complications imputables au jeune âge des nouveau-nés. En effet, 50 % des morts néonatales sont dues à la prématurité, ce qui reste problématique. Selon la personne ressource du canton du Valais, les causes de décès sont variables, mais concernent essentiellement la détresse respiratoire, les hémorragies cérébrales et les infections.

²⁶ La Suisse compte un prématuré pour dix naissances. In : *Swiss info : L'actualité suisse dans le monde* [en ligne]. Juillet 2007, p. 1. Adresse URL : <http://www.swissinfo.ch/fre/archive.html?siteSect=883&sid=7983724&ty=st>

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

3.1.2 Causes de la prématurité

La personne ressource du canton du Valais distingue trois grands groupes de causes de prématurité :

- 1) Les causes maternelles (anomalies utérines, infections, abus de drogues et facteurs favorisant tels que multiparité, travail ou trajet pénibles, etc.).
- 2) Les causes ovulaires (grossesses multiples, infection intra-utérine, rupture prématurée des membranes, hydramnios ou oligamnios (voir lexique)).
- 3) Les décisions médicales : sauvetage maternel (pathologie vasculaire telle que la gestose (voir lexique), accidents hémorragiques, diabète maternel) et souffrance fœtale.

3.1.3 Principales complications ou pathologies liées à la prématurité²⁹

Les trois principales complications rencontrées chez les prématurés sont l'hypothermie, les détresses respiratoires néonatales et les complications neurologiques.

L'hypothermie représente une priorité dans les soins aux prématurés car ces derniers perdent beaucoup de chaleur en raison de leur petit poids et de leur petite taille. Cette perte de chaleur provoque une hypoglycémie (voir lexique) ainsi qu'une augmentation de la consommation en oxygène. Ces deux éléments peuvent donc entraîner chez le prématuré des lésions cérébrales. En effet, le glucose constitue la principale source énergétique du cerveau et une carence en sucre entraîne, de ce fait, des perturbations cérébrales pouvant aller jusqu'à des lésions.

Les détresses respiratoires néonatales (DRS) désignent des affections respiratoires très fréquentes et souvent les plus graves chez le prématuré. Elles se composent de divers problèmes, tels que le retard de résorption du liquide pulmonaire, la maladie des membranes hyalines, la broncho-aspiration du liquide amniotique et les apnées. Le retard de résorption du liquide pulmonaire se caractérise par un retard dans l'élimination du liquide pulmonaire fœtal. La maladie des membranes hyalines, quant à elle, se définit par un manque de surfactant (voir lexique) dans les poumons du prématuré causé par l'immaturité pulmonaire et provoquant une détresse respiratoire. La broncho-aspiration du liquide amniotique se produit lorsque le nouveau-né, pendant son expulsion hors de la matrice utérine, inspire trop tôt, ce qui a pour conséquence une broncho-aspiration du liquide amniotique dans les poumons. Pour finir, les apnées, qui se caractérisent par un arrêt plus ou moins long de la respiration, surviennent suite à l'immaturité des centres respiratoires du prématuré. Quant aux complications neurologiques, il s'agit de problèmes d'hémorragie intra-crânienne (voir lexique) et de leucomalacie (voir lexique).

²⁹ Selon un document élaboré par la personne ressource de l'hôpital valaisan.

Enfin, en plus des principales pathologies et complications décrites ci-dessus, le nouveau-né prématuré peut développer certaines complications, telles que des problèmes digestifs (reflux gastro-oesophagien (voir lexique), ballonnement abdominal, etc.), des problèmes hépatiques (ictère du nouveau-né (voir lexique) par exemple), des problèmes infectieux ou encore des problèmes métaboliques (comme l'hypoglycémie).

Il est donc nécessaire de prendre en charge correctement les prématurés afin d'améliorer leurs chances de survie et de les aider à poursuivre un développement harmonieux.

3.1.4 Comportements du nouveau-né prématuré³⁰

Selon Als Heidelise, le nouveau-né communique au travers de son corps³¹. Il réagit de manière spécifique aux différentes stimulations qu'il perçoit dans son environnement. En effet, « toute stimulation inadaptée, en qualité ou en intensité, entraîne des réactions de défense, de retrait et de fermeture, qui sont considérées comme des signes de stress. A l'inverse, une stimulation adaptée aux réelles compétences du nouveau-né entraîne une réaction positive et une ouverture considérées comme des signes d'adaptation »³². Selon la personne ressource du canton de Vaud, les gestes et les attitudes de l'infirmière sont primordiaux pour diminuer le stress de l'enfant : « les sensations, on doit les lui donner, mais il faut qu'on les lui donne le moins agressif possible. [...] En fin de compte, ils ne sont plus en état de stress et ils sont bien. Ils ont un visage détendu, ils peuvent se soucier de toi, ils peuvent parfois chercher quelque chose du regard, [...] ». Le niveau de maturité du bébé joue aussi un grand rôle dans l'organisation de celui-ci. « Ainsi, un nouveau-né à terme, s'il ne vit pas de situations accablantes, a généralement une bonne organisation de ses sous-systèmes et un état de vigilance alerte et soutenu. A l'inverse, les comportements du nouveau-né prématuré ou à terme, mais jugé dans un état critique, peuvent grandement différer dans son habileté à régulariser le fonctionnement de ses sous-systèmes. On observe alors des signes de stress qui reflètent la fragilité de son système nerveux sensoriel, ainsi que sa difficulté à capter les renseignements venant de l'environnement et d'y répondre »³³.

Dans le cas de bébés prématurés, c'est essentiellement l'environnement extérieur qui influencera les capacités d'adaptation de ce dernier. Als et Freschi mettent en évidence des études faites auprès du prématuré qui montrent que ce dernier est sujet à « une désorganisation de sa capacité attentionnelle et à des difficultés d'autorégulation [...] ». Ces difficultés nécessitent une structuration régulatrice de la part de l'environnement et des personnes qui s'occupent de

³⁰ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

³¹ ALS, H., 1996. *Earliest intervention for preterm infants in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par *ibid*.

³² *Ibid*, p. 59.

³³ *Ibid*, p. 60.

l'enfant»³⁴. Par exemple, si le bébé prématuré subit des stimulations excessives ou inappropriées, il pourra démontrer des signes de stress se traduisant par une fonction cardiaque instable, un changement de la couleur de peau, une hypertonie des membres, des cris et des pleurs, un sommeil agité, un bas niveau d'attention, des changements de posture, etc³⁵. Les personnes ressources des deux cantons ajoutent à cela l'hyperextension des membres, indicateur de stress important. Selon la personne ressource du canton de Vaud, il faudrait agir en anticipant ces réactions de stress et en maintenant une posture de flexion et d'enroulement chez le prématuré.

A l'inverse, pour un bébé à terme ou un prématuré subissant des stimulations adéquates à son niveau de développement, des signes d'adaptation apparaîtront tels que des respirations douces et régulières, une coloration rosée, un rythme cardiaque stable, des mouvements corporels doux et harmonieux, des états de sommeil et de veille bien définis, des réponses claires aux stimulations visuelles, une succion, etc³⁶.

Selon la personne ressource du canton de Vaud, les soins de développement doivent être appliqués « [...] pour les nouveau-nés à terme, [...] pour tout enfant qui a de gros problèmes d'oxygénation comme des hypertensions pulmonaires, [...] pour tout enfant malade, pour les prématurés et tout enfant immature ». En outre, ils sont utilisés dans toute l'unité de néonatalogie, mais la majeure partie des enfants hospitalisés implique des prématurés.

En Valais, il ressort que les soins de développement mis en pratique dans le service s'appliquent exclusivement aux prématurés. En effet, le critère principal de la prise en charge avec ces soins dans le service dépend de l'âge gestationnel de l'enfant. « A partir de 37 semaines, le bébé n'aime plus être enfermé, enfin, installé avec des coussins de positionnement. Il a un autre éveil »³⁷. A l'inverse, l'objectif principal des soins de développement auprès des prématurés « est de recréer autour de l'enfant une ambiance intra-utérine afin de respecter au mieux son développement »³⁸.

Ainsi, suite aux entretiens exploratoires effectués auprès des deux hôpitaux romands, ma collègue et moi avons axé nos recherches sur les prématurés car l'application des soins de développement concerne en majorité cette population.

³⁴ ALS, H., FRESCHI, M. Identification clinique du stress chez le nouveau-né : applications aux soins. *Revue médicale suisse* [en ligne]. N° 2379, p. 1. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21952>

³⁵ Pour en savoir plus sur les signes démontrant du stress chez des prématurés souffrants, consulter le livre suivant au chapitre 6 : LOUIS, S. *Le grand livre du prématuré : du choc de la naissance à l'arrivée du bébé à la maison*. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine : Québec, 2001. 364 pages. ISBN : 2-922770-31-1.

³⁶ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

³⁷ Propos ressorti de l'entretien exploratoire de la responsable de formation de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital du canton du Valais.

³⁸ Ibid.

3.2 Soins de développement

3.2.1 Définition et buts des soins de développement

Depuis plusieurs années, de nombreux services de néonatalogie adoptent le concept des soins de développement pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés. En plus de nos deux terrains de recherche, ma collègue et moi avons recensé d'autres services de néonatalogie³⁹ de Suisse utilisant les soins de développement dans la prise en charge des prématurés. Nous avons constaté que la majorité des hôpitaux avaient connaissance des soins de développement et les utilisaient en néonatalogie⁴⁰. Ces soins évoluant avec le temps, plusieurs définitions et buts seront cités et développés dans ce chapitre. Nous nous attarderons ensuite sur l'environnement présent dans une unité néonatale ainsi que sur certaines techniques de soins de développement, afin que l'on comprenne davantage le fonctionnement de cette prise en charge, puis les notions de soins de développement seront clarifiées et nous justifierons ce choix en tant qu'orientation de notre recherche plutôt que le NIDCAP. Enfin, les avantages liés aux soins de développement seront mis en avant.

A) Définitions :

Du point de vue de la littérature, Martel et Milette énoncent plusieurs définitions d'auteurs⁴¹. Parmi ces dernières, on trouve celle d'Aita et Snider qui établit les soins de développement comme « [...] un processus en constante évolution où les interventions individualisées des professionnels de la santé sont adaptées aux besoins du développement du nouveau-né prématuré »⁴² et celle de Sizun [et al.] qui les considère comme « [...] un ensemble hétérogène d'interventions destinées à réduire le stress du nouveau-né prématuré en unité de soins intensifs néonataux et à favoriser un développement comportemental harmonieux »⁴³.

³⁹ Swiss Society of Neonatology : Neonatology units in Switzerland. 1-2. Adresse URL : http://www.neonet.ch/en/01_Society/neo-units.php?navId=6&print=on.

⁴⁰ La liste des cantons suisses où se trouve un service de néonatalogie est inscrite en annexe III avec des indicateurs concernant l'utilisation ou non des soins de développement et les spécificités du service de néonatalogie. Les hôpitaux ont été recensés par canton et les informations récoltées par téléphone au mois de mai 2010. L'obtention de ces données s'est faite auprès d'une infirmière du service qui a répondu à deux questions principales. D'une part, il était question de savoir si les soins de développement étaient connus et utilisés. D'autre part, il a été demandé si un groupe de travail sur les soins de développement existait et si des infirmières étaient spécialisées dans ces soins.

⁴¹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁴² AITA, M., SNIDER, L., 2003. *The art of developmental care in the NICU : a concept analysis*. Cités par *ibid*, p. 78.

⁴³ SIZUN, J. [et al.], 2002. *Evaluation de l'impact médical des soins de développement*. Cités par *ibid*, p. 78.

Quant aux terrains de recherche, pour la personne ressource du service de néonatalogie du canton de Vaud, les soins de développement impliquent « [...] le fait de donner des soins à l'enfant par rapport à son développement et en tenant compte de ses ressources⁴⁴ », alors que pour le canton du Valais, les soins de développement regroupent « [...] tout ce que l'infirmière peut faire pour que le milieu de vie du prématuré dans l'unité néonatale soit amélioré, ceci dans le but de recréer une ambiance intra-utérine en quelque sorte. Une fois ce milieu sécurisant recréé, on peut alors favoriser le développement des compétences de l'enfant et offrir des soins ciblés et adaptés ».

En somme, selon les définitions ressorties de la littérature et des terrains de recherche, les soins de développement peuvent être définis comme un ensemble d'interventions qui visent un développement harmonieux de l'enfant prématuré en réduisant son stress et en améliorant son bien-être. Les définitions données par les personnes ressources des deux cantons contiennent la notion de « ressources de l'enfant », de « compétences » et de « sécurité », alors que les définitions tirées de la littérature insistent plus sur l'individualisation des soins et le développement du bébé. Cependant, chaque définition contient la notion de développement de l'enfant qui est, par conséquent, un élément essentiel dans ce concept de prise en charge. Nous estimons donc, ma collègue et moi, que ces soins favorisent le bon développement de l'enfant et constituent des moyens permettant d'améliorer son bien-être.

Enfin, ces soins ne constituent pas un protocole strict à suivre de façon rigide lors d'une journée de travail, mais plutôt une philosophie ou une approche qui englobe des stratégies de soins que les infirmières, les médecins, les autres professionnels de la santé et les parents devraient appliquer pour le prématuré en fonction de ses besoins, du contexte et de ses réactions comportementales (signes de stress et signes d'adaptation). En effet, un soin peut s'avérer efficace un jour et le lendemain ne plus l'être.

B) Buts généraux des soins de développement⁴⁵ :

Les soins de développement ont pour but d'aider et de soutenir chaque nouveau-né prématuré de façon individuelle pour qu'il acquiert des compétences physiques, cognitives et comportementales optimales. Pour cela, les soins doivent être adaptés à l'enfant en fonction de ses forces et de ses faiblesses ou autrement dit en fonction des signes de stress ou d'adaptation qu'il manifeste. Il importe également d'améliorer la capacité de reconnaissance des comportements du prématuré de la part des parents et des professionnels de la

⁴⁴ De plus, le service de néonatalogie du canton vaudois intègre les soins de développement au cœur de sa philosophie. Cette dernière fait référence à plusieurs champs importants pour l'équipe. Tout d'abord, « la personne » désigne l'attention portée aux besoins et aux ressources des nouveau-nés. Ensuite, « le soin » constitue pour les infirmières une prise en charge axée sur le bien-être de l'enfant. Puis, « la santé » repose sur l'adaptation de l'enfant et son bien-être (santé physique et psychique). En outre, « l'environnement » est modifié par l'équipe afin de favoriser l'état de santé du bébé. Enfin, « l'équipe » met tout en œuvre pour améliorer la qualité des soins. Selon un document transmis par la personne ressource du canton de Vaud.

⁴⁵ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

santé. Ces derniers utilisent comme guide les manifestations physiologiques et comportementales de l'enfant afin de déterminer les soins à lui prodiguer. Ainsi, les professionnels de la santé, en reconnaissant les capacités d'adaptation ou de désorganisation de l'enfant, peuvent mettre en place des soins en vue d'améliorer ses compétences et sa stabilité. Il est également nécessaire de modifier l'environnement de l'unité néonatale (diminuer les agressions) et de favoriser la relation parent-enfant.

La responsabilité de la soignante consiste donc à favoriser les occasions d'améliorer les compétences de l'enfant et de sa famille ainsi qu'à réduire le stress inhérent à l'environnement présent dans l'unité néonatale. Frédéric Leboyer définit très justement le rôle des soignantes : « Pour épargner la peur au nouveau-né, il n'est que de lui donner, constamment, des points de repère. Et de ne lui dévoiler le monde, son nouveau royaume, qu'avec une infinie lenteur, d'infinies précautions. De tant de sensations nouvelles, il faut ne lui donner que ce qu'il peut intégrer. Et, ce faisant, multiplier les rappels, les sensations du passé. Alors, il prend courage. Qu'il retrouve dans cet univers hostile, quoique ce soit de familier, il se rassure, il s'apaise et ose aller de l'avant »⁴⁶.

3.2.2 Environnement de l'unité néonatale⁴⁷

Les caractéristiques environnementales d'un service de néonatalogie regroupent plusieurs éléments : une lumière vive, de l'air froid et sec, de multiples odeurs, des sons stridents, de nombreuses manipulations, etc. Même si ces caractéristiques varient d'une unité à l'autre, tous ces stimuli envahissent les sens encore immatures du prématuré qui perçoit ainsi un contraste important et souvent désagréable entre sa vie intra-utérine et sa vie extra-utérine. « Les prématurés ou nouveau-nés passent donc de la quiétude du monde intra-utérin au stress de l'environnement aérien des soins intensifs dont ils sont incapables de tirer un bénéfice des stimulations excessives voire prématurées [...] »⁴⁸. De plus, le nouveau-né est soumis à la pesanteur qui l'oblige à maintenir ses membres en position d'extension et de rotation. Ainsi, le prématuré reste dans un état d'éveil épuisant pour lui, en raison de l'immaturité organique qui le rend vulnérable aux stimulations sensori-motrices. En effet, ce passage brusque et trop précoce de la vie utérine à la vie extra-utérine (dans l'unité néonatale) représente de multiples agressions. Frédéric Leboyer explicite la notion de stress et de douleur éprouvée par le nouveau-né naissant, qui se trouve confronté à un environnement agressif. « Ce qui fait l'horreur de naître, ce n'est pas tant la

⁴⁶ LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*. Editions du Seuil : Paris, 1980, p. 139. ISBN : 2-02-005576-7.

⁴⁷ Les éléments ci-dessous s'inspirent du livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁴⁸ Selon un document sur la philosophie de soins du service vaudois transmis par la personne ressource du canton de Vaud.

douleur que la peur. Pour le bébé, ce monde est terrifiant. C'est la richesse, l'immensité suffocante de l'expérience qui affole le petit voyageur »⁴⁹.

De plus, il faut savoir que les expériences sensorielles vécues par le prématuré dans l'environnement de l'unité néonatale ne correspondent pas à la chronologie du développement des fonctions sensorielles (le toucher, le mouvement, l'odorat, le goût, l'ouïe, la vision) durant la gestation, le cas le plus frappant étant celui de la vision, sens très peu stimulé in utero. Cependant, dans l'environnement de l'unité néonatale, la lumière vive surstimule le sens de la vue encore immature de l'enfant, ce qui représente une agression pour ce dernier.

Dans un service de néonatalogie, il existe sept sources de surstimulations pour le nouveau-né prématuré⁵⁰ :

1. **Tactile** (soins de routine, manipulations à répétition, etc.).
2. **Vestibulaire** (difficulté à déterminer la position gravitationnelle du prématuré⁵¹).
3. **Olfactive** (odeurs de Bétadine®⁵², d'alcool, parfums des professionnels de la santé et des parents).
4. **Gustative** (stimulation douloureuse autour de la bouche créant ainsi une surstimulation gustative, comme l'aspiration endotrachéale et buccale, l'insertion du tube de gavage).
5. **Auditive** (sons de hautes fréquences, intensité des sons élevée⁵³).
6. **Visuelle** (éclairage continu et intense).
7. **Motrice** ou positionnement inadéquat (le matelas de l'incubateur ne donne pas la possibilité au prématuré de retrouver sa position fœtale. Il se retrouve contraint à la force gravitationnelle⁵⁴).

Ces différentes sources de surstimulations peuvent générer chez le prématuré des difficultés physiologiques, comportementales et motrices, à court, à moyen et à long terme, en raison notamment du stress qu'elles engendrent⁵⁵.

⁴⁹ LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*. Editions du Seuil : Paris, 1980, p. 35. ISBN : 2-02-005576-7.

⁵⁰ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁵¹ Le sens vestibulaire du nouveau-né se développe durant la vie intra-utérine, en apesanteur dans l'utérus de la mère. Ainsi, un enfant né prématurément n'a pas fini de développer son sens vestibulaire et passe ainsi d'un milieu en apesanteur à un milieu soumis à la force gravitationnelle.

⁵² La Bétadine® est un antiseptique (désinfectant).

⁵³ Le fœtus perçoit dans l'utérus des sons de basses fréquences et d'intensité moyenne. Ainsi, dans l'environnement de l'unité néonatale, les stimulations auditives sont inadéquates par rapport à la maturité du sens de l'audition du prématuré.

⁵⁴ L'utérus de la mère encadre physiquement le fœtus qui flotte en apesanteur dans le liquide amniotique et qui lui permet de se mouvoir à son gré. La gravité présente dans le milieu extra-utérin ainsi que dans l'incubateur n'offre pas au prématuré la sécurité physique et la possibilité de se mouvoir facilement. Ces deux éléments occasionnent chez lui une grande perte d'énergie.

⁵⁵ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

Par ailleurs, Blackburn et Vanden Berg ont démontré que les surstimulations et les positionnements inadéquats répétés peuvent avoir des répercussions importantes sur le long terme⁵⁶. Grenier affirme, dans cet ordre d'idées, que les conséquences à long terme d'un mauvais positionnement peuvent engendrer des problèmes d'articulations et au niveau musculaire⁵⁷. Cependant, il nuance ses propos en soulignant qu'avec un suivi en physiothérapie, « ces conséquences sont généralement réversibles chez les enfants qui n'ont pas eu de lésions cérébrales et ce, dès que l'activité musculaire normale est rétablie »⁵⁸. Ces conséquences dépendent à la fois du degré de prématurité et des problèmes qui surviennent par la suite. Par ailleurs, la vulnérabilité du prématuré, son immaturité ainsi que son instabilité neurologique et motrice font que ce dernier est incapable d'affronter les stimulations présentes dans un service de néonatalogie (bruit, lumière, etc.). En effet, les stress aigus ou chroniques qui en découlent pourraient causer des problèmes conséquents qui apparaîtraient plus tard dans la vie de l'enfant⁵⁹.

Selon d'autres auteurs, les surstimulations peuvent avoir des conséquences sur le développement ainsi que sur la croissance du nouveau-né à long terme en raison du stress physiologique important qu'il subit (anomalies du développement cérébral par exemple)⁶⁰. Au niveau des répercussions à court terme, on peut trouver par exemple une diminution de la saturation en oxygène, de la bradycardie, des vomissements, un changement de la couleur de la peau (cyanose (voir lexique)), etc⁶¹. A moyen et long terme, on peut citer par exemple une infirmité motrice d'origine cérébrale ou IMC (hémiplégie, diplégie, tétraplégie (voir lexique)), une insuffisance mentale, de l'épilepsie (voir lexique), des troubles du comportement, des troubles de l'apprentissage scolaire, etc⁶².

⁵⁶ BLACKBURN, S-T., VANDEN BERG, K-A., 1993. *Assessment and management of neonatal neurobehavioral development*. Cités par MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁵⁷ GRENIER, A., 1988. *Prévention des déformations précoces de hanche chez les nouveau-nés à cerveau lésé*. Cité par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁵⁸ Ibid, p. 49.

⁵⁹ PETERS, K-L., 1999. *Infant handling in the NICU : does developmental care make a difference ? An evaluative review of the litterature*. Cité par ibid.

⁶⁰ ALS, H., 1986. *A synactive model of neonatal behavioral organization : framewrok for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the Neonatal Intensive Care Environment* & PETERS, K-L., 1999. *Infant handling in the NICU : does developmental care make a difference ? An evaluative review of the litterature*. Cités par ibid.

⁶¹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁶² MARPEAU, L., MARRET, S. Grande prématurité, risque de handicaps neuropsychiques et neuroprotection. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* [en ligne]. 2000, Volume 29, n°4, 373-384. Adresse URL : <http://www.sepeap.es/revisiones/archivos/10113.pdf>. Pour en savoir plus sur les conséquences de la surstimulation, vous pouvez consulter le chapitre 2 du livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

Il est donc nécessaire de prendre conscience des effets que peuvent avoir les surstimulations ainsi que les positionnements inadéquats sur le prématuré afin de limiter les conséquences négatives sur son développement et améliorer ses chances de survie.

3.2.3 Interventions spécifiques des soins de développement

L'aménagement d'un environnement néonatal plus adapté aux sens immatures du prématuré nécessite différentes interventions propres aux soins de développement, dont voici quelques exemples.

A) Interventions pour diminuer les sources de surstimulations⁶³ :

- Offrir au prématuré une sucette d'amusement durant et après les soins pour qu'il se réconforte en tétant.
- Avant les manipulations (soins, positionnements, etc.), prendre le temps de le réveiller en posant les mains sur son corps et en lui parlant.
- Lui donner une période de repos quand il démontre des signes de stress⁶⁴.
- Assurer le confort du nouveau-né durant et après les interventions douloureuses ou traumatisantes avec une solution de sucrose (glucose 30%)⁶⁵.
- Ouvrir les flacons d'alcool et de désinfectant hors de l'incubateur du nouveau-né.
- Limiter l'utilisation des produits de toilette qui peuvent dégager de fortes odeurs (l'eau de Cologne par exemple).
- Limiter les soins qui provoquent des surstimulations négatives autour de la bouche (insertions répétées du tube de gavage, aspirations répétées, etc.).
- Retirer doucement le ruban adhésif qui maintient le tube de gavage par exemple.
- Diminuer le bruit ambiant en baissant l'intensité des conversations, les cris et les communications dans l'unité néonatale.
- Parler doucement au prématuré pendant et après les soins.
- Ouvrir et fermer doucement les portes de l'incubateur.
- Réduire davantage la lumière la nuit, comparativement à celle du jour, ce qui permettra au prématuré de différencier le jour de la nuit.

⁶³ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁶⁴ Le nouveau-né peut présenter divers signes de stress face à son environnement, tels que de la tachycardie, des apnées, un sommeil agité, des grimaces faciales, des sursauts, etc. Pour en savoir plus, consulter le chapitre 4 du livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2

⁶⁵ Le glucose 30% est une solution de sucrose qu'on peut accompagner d'une forme de succion non-nutritive au moyen du doigt d'une infirmière, d'une sucette ou du poing de l'enfant. Cette solution est reconnue comme ayant un effet calmant et analgésique sur les nouveau-nés.

- Placer une couverture sur l'incubateur.
- Protéger les yeux du prématuré lors des soins qui demandent une intensité lumineuse élevée.
- Toujours reproduire la position fœtale.
- Eviter les positions qui mettent les articulations en appui sur le matelas.
- Utiliser comme support pour les articulations un linge enroulé ou du matériel de positionnement si le service en possède.
- Alternier les positions ventrales, dorsales et latérales afin de prévenir des déformations du crâne.
- Etc.

B) Interventions favorisant la promotion des différents sens :

- Lorsque le prématuré est éveillé, on peut favoriser son sens du toucher de différentes manières, en utilisant par exemple de la ouate, du coton doux ou une peluche qui procurent à l'enfant des stimulations tactiles agréables.
- Lorsque le prématuré est stable, on peut le bercer doucement suspendu dans les airs tout en le tenant en position fœtale (une main sous les fesses et une autre sous la nuque).
- Effectuer une légère rotation des hanches peut l'aider à se calmer s'il est agité.
- Imbiber légèrement un tampon du lait de la mère et le placer dans l'incubateur lors de l'alimentation ou lors des périodes d'éveil. Cette manière de faire peut fournir au prématuré une stimulation olfactive positive.
- Dès que ce dernier présente un réflexe de succion, favoriser la mise au sein.
- Inviter les parents à parler, à chanter des chansons à leur enfant quand il est réveillé.
- Si l'enfant s'intéresse à son environnement, placer un mobile aux couleurs vives dans son lit, des photos de famille et des dessins faits par les frères et sœurs par exemple et évaluer si le bébé tolère ces stimulations.
- Etc⁶⁶.

⁶⁶ Pour en savoir plus sur les interventions spécifiques des soins de développement, consulter l'ouvrage suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

C) Interventions dans le service du canton de Vaud et le service du canton du Valais⁶⁷ :

Interventions SD	Vaud	Valais
Interventions visant à diminuer la surstimulation auditive	Pratique : mise en place de faux plafonds pour diminuer les « échos », arrêt de certaines alarmes, détecteur à 85 décibels qui indique si le niveau sonore est trop élevé dans l'unité néonatale.	Pratique : diminution du volume des conversations, de la radio, des alarmes, manipulations délicates du matériel et des hublots des couveuses. Si possible, aucun matériel n'est déposé sur les couveuses.
Interventions visant à diminuer la surstimulation visuelle	Pratique : création d'un cycle jour-nuit pour le prématuré avec l'aide de couvertures placées sur les isolettes.	Pratique : création d'un cycle jour-nuit pour le prématuré avec l'aide de couvertures placées sur les isolettes, utilisation réduite des néons lumineux. La nuit, emploi de lampes de chevet.
Interventions visant à diminuer la surstimulation motrice	Pratique : reproduction du positionnement physiologique du bébé ⁶⁸ , c'est-à-dire en flexion (position fœtale).	Pratique : reproduction du positionnement physiologique du bébé. Pratique appelée le « Nid ».
Interventions visant à diminuer la surstimulation tactile	Pratique : regroupement des soins dans la mesure du possible, enseignement de la méthode kangourou ⁶⁹ aux parents, utilisation du glucose 30%, emploi de la succion non-nutritive ⁷⁰ . Utilisation de l'emballotement (fait d'envelopper le bébé) dans les soins (ex : bain). Cette pratique permet à l'enfant d'être en flexion dans la baignoire. Emploi du « Minimal Handling » ⁷¹ chez les bébés très malades.	Pratique : regroupement des soins dans la mesure du possible, enseignement de la méthode kangourou aux parents, utilisation du glucose 30%, emploi de la succion non-nutritive. Utilisation par certaines infirmières du concept « Minimal Handling », pratique qui consiste à toucher le moins possible l'enfant afin d'éviter des surstimulations.

⁶⁷ Selon les deux personnes ressources des milieux d'enquête.

⁶⁸ Pour plus d'informations sur le principe et les buts du positionnement physiologique, consulter les pages 110 à 120 du livre cité précédemment.

⁶⁹ La méthode kangourou est une méthode de contact peau-à-peau privilégiée entre le nouveau-né et ses parents. Pour en savoir plus sur cette méthode, vous pouvez consulter l'ouvrage cité précédemment.

⁷⁰ Le glucose 30% et la succion non-nutritive ont été explicités plus haut, dans « Interventions pour diminuer les sources de surstimulations ».

⁷¹ Pour en savoir plus sur les manipulations relatives à ce terme, vous pouvez consulter le chapitre 1.7 du livre suivant : OBLADEN, M. *Soins intensifs pour nouveau-nés*. Springer, 2^{ème} édition : France (Paris), 1998. 450 pages. ISBN : 2-287-59645-3.

➤ *Remarques spécifiques au canton de Vaud :*

Selon la personne ressource du canton de Vaud, les infirmières du service appliquent la succion non-nutritive qui consiste pour le prématuré à découvrir par sa bouche le sein maternel. La mère peut tirer le lait avant que le bébé soit installé à son sein. Puis, l'enfant est placé au sein et peut exercer des mouvements de succion avec sa bouche, tout en découvrant cette zone, ce qui lui permet en outre de se préparer à l'allaitement. Cette méthode offre une stimulation orale pour le prématuré et procure à celui-ci du plaisir étant donné qu'il est dans le stade oral⁷². La succion non-nutritive peut se pratiquer de différentes manières. Outre la méthode explicitée par la personne ressource du canton de Vaud, d'autres pratiques peuvent se faire, comme l'utilisation d'une solution de sucrose accompagnée de formes de succion. Par ailleurs, les chambres au sein du service de néonatalogie sont séparées par des rideaux, ce qui permet aux parents d'avoir une certaine intimité avec leur enfant. De plus, ces derniers sont encouragés à venir voir leur bébé et les infirmières font en sorte que le lien parent-enfant soit maintenu. Il existe même des locaux au sein de l'établissement mis à disposition des parents pour qu'ils se reposent et soient auprès de leur enfant. Des studios ont également été préparés pour eux, ils peuvent donc y dormir et s'y restaurer afin d'éviter des trajets et d'être plus proches de l'hôpital. En outre, un nouveau projet et une restructuration ont été mis en place récemment. En effet, la personne ressource du canton de Vaud explique que dès le début de l'année 2010, les infirmières fixent avec les médecins l'heure de la visite médicale et organisent les soins à l'enfant en-dehors de leurs heures de passage⁷³. Ils ne dérangent donc pas l'enfant, mis à part quand ce dernier nécessite des soins aigus. A ce propos, la personne ressource explique qu'une restructuration des protocoles est également entreprise concernant certaines pratiques⁷⁴. Par exemple, ce projet a montré aux infirmières que les soins de développement n'étaient pas totalement pris en compte dans le cas où le médecin doit réveiller l'enfant pour l'ausculter en-dehors des soins. Les soignantes effectuent donc des modifications pour que les médecins appliquent un protocole expliquant comment réveiller l'enfant quand il dort par exemple.

➤ *Remarques spécifiques au canton du Valais⁷⁵:*

Les infirmières du service appliquent, comme le canton de Vaud, la succion non-nutritive. Elles encouragent également les parents à venir voir leur enfant et à

⁷² Le stade oral fait référence à la théorie de Freud concernant les stades du développement psychosexuel. Selon ce dernier, la zone érogène est la zone bucco-labiale pour les enfants de zéro à un an et le sein maternel représente l'objet pulsionnel. Pour plus d'informations sur les stades du développement selon Freud, se référer au document suivant : Responsable de module : SOLIOZ, E. Année préparatoire : *La psychologie du développement*. Sciences humaines. Filière soins infirmiers : Sion, mars 2007.

⁷³ Selon un téléphone récent datant du 26.05.2010. A noter que ces informations ne sont pas traitées dans la suite de mon mémoire car ces dernières ont été récoltées après investigation sur le terrain de recherche du canton de Vaud.

⁷⁴ Cet élément sera repris plus tard sous le point 3.2.5 « Implantation des soins de développement auprès des infirmières ».

⁷⁵ Le contenu développé ci-dessous s'est construit en regard des informations transmises par la personne ressource du canton du Valais et par les infirmières de l'échantillon.

participer aux soins. Selon plusieurs soignantes de l'échantillon, les mamans hospitalisées peuvent rester auprès de leur enfant 24h/24h si elles le désirent. En outre, il n'existe pas encore une structure pour accueillir les parents au sein de l'hôpital. Cependant, selon la personne ressource, une chambre est mise à disposition pour les parents dans le bâtiment du personnel, mais les disponibilités sont restreintes. Afin de remédier à cette situation, un projet est en cours d'élaboration. Effectivement, un nouveau bâtiment va être construit à côté de l'hôpital et comportera un appartement d'accueil pour les parents.

Par ailleurs, le service de néonatalogie a été sectorisé au mois de septembre 2009. En effet, jusqu'alors, les infirmières du service de néonatalogie et de pédiatrie effectuaient des tournus entre les deux unités. Actuellement, il existe une équipe infirmière propre au service de néonatalogie et une autre propre au service de pédiatrie. Ainsi, 12 infirmières prennent en charge les nouveau-nés prématurés. En outre, afin de se perfectionner à la méthode des soins de développement, les infirmières vont suivre, dans le courant de juin à septembre, une formation sur le NIDCAP à Brest. Selon la personne ressource du canton du Valais, un projet d'agrandissement du service de néonatalogie est également prévu dans trois ou quatre ans. Ce projet permettra, selon elle, une implantation plus optimale des soins de développement et peut-être l'instauration du programme NIDCAP.

Pour finir, les infirmières se basent sur les travaux du Docteur T. Berry Brazelton ainsi que sur l'ouvrage de Martel et Milette⁷⁶ pour appliquer les soins de développement. De plus, plusieurs soignantes du service ont travaillé au sein de l'hôpital vaudois et ont bénéficié de cours sur les soins de développement. Ainsi, leurs connaissances servent également de base pour l'application de la méthode au sein du service valaisan.

D) Le NIDCAP, une application spécifique des soins de développement :

Le « Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) » ou en français le « Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement » est un programme de soins de développement précoce, intégré dans les soins quotidiens des soignants, centré sur l'enfant et sa famille et individualisé, c'est-à-dire adapté au comportement spécifique de chaque prématuré⁷⁷. Plus précisément, le NIDCAP est un programme qui permet une évaluation systématique des comportements du nouveau-né grâce aux observations faites par le personnel soignant avant, pendant et après les manipulations et les interventions à l'aide d'un outil d'évaluation nommé APIB⁷⁸. Le but premier de ce programme consiste à adapter les soins et l'environnement au niveau de développement du nouveau-né à l'aide d'une évaluation des comportements de ce dernier par le personnel soignant. Le second but est d'offrir aux parents une guidance ainsi qu'un soutien dans la compréhension du comportement de leur enfant.

⁷⁶ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Pour plus d'informations sur cet outil, se référer au livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

Par ailleurs, le NIDCAP permet l'utilisation des soins de développement de façon : « *Précoce*, c'est-à-dire dès la salle d'accouchement, *Intégrée* dans les soins quotidiens des médecins ainsi que des infirmières ; *Centrée* sur l'enfant et sa famille et pour finir *Individualisée* à chaque enfant prématuré en tenant compte de sa réponse comportementale »⁷⁹.

Ainsi, le NIDCAP est indissociable du concept des soins de développement car il est une mise en application particulière des soins de développement que de nombreux hôpitaux aspirent à mettre un jour en place, comme les deux terrains de recherche étudiés. En effet, mon terrain de recherche n'applique pour l'instant pas l'intégralité de ce concept. Selon la personne ressource de ce service, « [...] pour avoir l'accréditation NIDCAP [...], il faut qu'il y ait tant de personnes dans le service qui aient des formations [...] » ; elle affirme en plus que « c'est très rigoureux ». Dans le service de néonatalogie du canton de Vaud, certaines infirmières ont commencé la formation mais ne l'ont pas encore finie. La personne ressource explique que les services qui ont vraiment l'accréditation NIDCAP, en France et à Brest, « font à peu près chaque deux semaines l'observation APIB », ce qui n'est pas le cas du terrain étudié, qui fait des observations⁸⁰ quand il y a des problèmes par exemple dans la relation parent-enfant. Tous les enfants ne bénéficient donc pas de ces observations.

Le terrain de recherche du Valais n'applique pas pour l'instant l'entier du concept NIDCAP car il est très large et demanderait un changement complet de l'organisation du service (de la part des médecins, des infirmières et autres professionnels) ainsi que des modifications d'ordre structurel des locaux. C'est pourquoi ce service ne met en pratique que certains éléments du NIDCAP (regroupement des soins, intégration des parents aux soins, plusieurs soins de développement, etc.)⁸¹.

Au travers des éléments ci-dessus, on constate que les deux terrains de recherche ont une implantation spécifique des soins de développement. En effet, il s'agit d'une implantation dite générique⁸². « Dans cette optique, les soins de développement sont considérés comme une philosophie, une approche qui transcende différentes formations n'abordant que certains sujets des soins de développement »⁸³. Ainsi, le programme NIDCAP n'est pas toujours inséré dans sa totalité. Les deux échantillons appliquent ainsi une version fragmentée du NIDCAP, version adaptée en fonction de leurs besoins. Cette adaptation permet, selon plusieurs auteurs, de maximiser les avantages, tout en minimisant les coûts et les obstacles inhérents à l'implantation de ces soins dans un

⁷⁹ RATYNSKI, N. [et al.]. Vos questions - NIDCAP et soins de développement. In : *Site officiel de la périnatalité* [en ligne], p. 1. Adresse URL : <http://www.périnat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/vos-questions>

⁸⁰ Les observations dont parle la personne ressource du canton de Vaud concernent l'utilisation de l'échelle APIB, nommée dans le paragraphe précédent. De plus, ces observations s'effectuent en général par des psychologues travaillant à l'Unité de développement de l'hôpital vaudois.

⁸¹ Cependant, selon la personne ressource du canton du Valais, un projet d'agrandissement des locaux est prévu dans trois ou quatre ans.

⁸² MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁸³ ALS, H., 1998. *Developmental care in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par ibid, p. 138.

programme tel que le NIDCAP⁸⁴. En effet, selon plusieurs auteurs, ce dernier présente des limites qui proviennent des dépenses onéreuses liées à la formation et aux changements architecturaux des locaux pour les services de néonatalogie concernés. De plus, la formation au NIDCAP, le matériel et les outils reliés aux soins de développement ne sont généralement disponibles qu'en anglais⁸⁵.

Plus globalement, le programme NIDCAP n'est pas implanté en Suisse pour l'instant⁸⁶. Une recherche centrée sur ce dernier serait donc difficilement réalisable actuellement. C'est pourquoi ce travail se focalise sur les soins de développement qui se pratiquent dans plusieurs établissements comme les deux terrains de recherche. Cependant, l'évocation du NIDCAP dans ce travail paraît importante car il s'agit d'une mise en place particulière des soins de développement vers laquelle beaucoup d'hôpitaux se dirigent.

3.2.4 Avantages liés aux soins de développement⁸⁷

Dans la littérature, bon nombre d'avantages sont mis en avant pour les prématurés, les parents, les infirmières et le système de santé. En effet, « au cours des dernières années, les recherches scientifiques démontrant les effets des soins de développement sur les nouveau-nés prématurés ont convergé vers une seule et même conclusion : ce genre de soins n'est plus optionnel mais essentiel »⁸⁸. L'implantation des soins de développement comporte ainsi des avantages à court, à moyen et à long terme pour toutes les personnes concernées par ce genre de prise en charge. Les paragraphes qui suivent présentent donc les apports positifs de ces soins pour chacun des protagonistes.

A) Avantages pour les prématurés :

A court terme, les prématurés qui ont bénéficié de ces soins montrent principalement une amélioration dans leur organisation physiologique et neuro-comportementale⁸⁹. Il a été constaté également une diminution des bradycardies et des apnées, une meilleure tension artérielle, une augmentation de la qualité du sommeil, une meilleure saturation en oxygène, une diminution des mouvements de trémulation (voir lexique) et des signes d'irritabilité ainsi qu'une meilleure coloration de la peau⁹⁰.

A moyen terme, les bienfaits des soins de développement comportent par exemple « une diminution du nombre de jours avec ventilateur, une diminution

⁸⁴ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Selon les appels téléphoniques effectués auprès des différents services de néonatalogie dans les cantons suisses.

⁸⁷ Le contenu traité dans ce point s'inspire du livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁸⁸ Ibid, p. 123.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

du nombre de jours avec besoin en oxygène, une diminution des complications médicales, une diminution des morbidités chroniques, une amélioration des comportements sur le plan neuro-comportemental à deux semaines d'âge corrigé (soit 42 semaines d'âge postconceptionnel (voir lexique)), etc. »⁹¹. A long terme, il a été remarqué une « amélioration du fonctionnement neurologique, amélioration à l'âge de neuf mois des capacités mentales et motrices, meilleure compétence motrice à trois ans, diminution des problèmes de comportement, diminution des troubles envahissants du développement, etc. »⁹².

On constate donc que les avantages des soins de développement sont multiples selon les études, malgré des discussions persistantes sur l'effet de ces soins. En effet, selon une analyse documentaire publiée en 2007 par l'OMS⁹³, certaines interventions des soins de développement montreraient des effets positifs limités chez les nouveau-nés prématurés. Des bienfaits ont été observés, mais les résultats proviennent d'études à petite échelle et ne peuvent donc pas faire office de généralité. L'étude conclut de la façon suivante : « Bien que des preuves d'un effet bénéfique des interventions de soins de développement aient dans l'ensemble été mises en évidence, et qu'aucun effet nocif majeur n'ait été signalé, l'absence d'effet bénéfique ou des effets contradictoires ont été relevés concernant un grand nombre de résultats »⁹⁴. Toutefois, ces affirmations demandent encore des études, afin de confronter les résultats avec d'autres recherches.

B) Avantages pour les parents⁹⁵ :

Voici quelques bénéfices recensés pour les parents : meilleur contact visuel et physique de la mère avec son enfant, diminution du stress vécu par la famille, amélioration du lien d'attachement et augmentation de la confiance des parents en leur capacité. Enfin, par rapport aux infirmières, les échanges et les interactions avec les parents sont facilités.

C) Avantages pour les infirmières :

Comme expliqué précédemment, peu de littérature concerne les soins de développement auprès des infirmières. Suite aux lectures entreprises, on constate que les soignantes considèrent ces soins comme nécessaires, mais peu d'éléments mettent en évidence leurs effets sur elles. Selon une enquête réalisée à l'hôpital universitaire de Brest en 2002, les conditions de travail pour les infirmières de néonatalogie qui utilisent les soins de développement se virent

⁹¹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 124-125. ISBN : 2-89619-039-2.

⁹² Ibid, p. 126.

⁹³ SYMINGTON, A., PINELLI, J. Soins de développement pour promouvoir la croissance et prévenir la morbidité chez le nouveau-né prématuré. In : *La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* [en ligne]. 2007. 1-2. Adresse URL : <http://apps.who.int/rhl/newborn/reviews/cd001814/fr/>

⁹⁴ Ibid, p. 2.

⁹⁵ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

améliorées, tout comme la satisfaction du personnel infirmier⁹⁶. En outre, « la diminution du niveau sonore et de l'activité ont été perçues comme très positives par le personnel. La réduction de la lumière n'a pas été notée comme un élément défavorable pour leur travail par les soignants, même si le bénéfice est moins significatif »⁹⁷.

Une autre étude évaluant l'implantation du NIDCAP affirme que les infirmières ont besoin de temps pour changer leurs attitudes, pour se sentir plus à l'aise et pour être satisfaites du NIDCAP. Par ailleurs, elles se sentent intimidées par rapport aux interrogations des parents sur ce qu'il faut faire, par rapport à leur perte de contrôle et par le fait que les parents essaient de prendre la relève⁹⁸.

De plus, d'autres auteurs ont étudié les expériences des infirmières travaillant avec les soins de développement⁹⁹. « They identified « putting the baby first » as the basic social process used by nurses implementing developmental care »¹⁰⁰. Enfin, Als Heidelise relate que « les professionnels ont davantage confiance en leur capacité de prendre en charge les nouveau-nés »¹⁰¹.

Oehler [et al.], quant à eux, mettent en évidence une meilleure compréhension des comportements du prématuré et une amélioration du sens de l'accomplissement personnel, de la satisfaction professionnelle et de la qualité des soins dispensés par les infirmières¹⁰².

D) Avantages pour le système de santé :

Les avantages qui touchent les différents acteurs ci-dessus entraînent une diminution de la durée d'hospitalisation et par conséquent une diminution des coûts ultérieurs de la santé (troubles de développement, prise en charge).

⁹⁶ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=C&_acct=C00070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

⁹⁷ Ibid, p. 106.

⁹⁸ WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005, Volume 21, n°1, 41-48.

⁹⁹ PREMJI, SS., CHAPMAN, JS., 1997. *Nurses' experience with implementing developmental care in NICUs*. Cités par *ibid*.

¹⁰⁰ Ibid, p. 47. Ces propos signifient que l'élément central aux yeux des infirmières est de faire passer le bébé en premier (« traduction personnelle »).

¹⁰¹ ALS, H., 1998. *Developmental care in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 127. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁰² OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par *ibid*.

3.2.5 Implantation des soins de développement auprès des infirmières

A) Implantation d'un point de vue général :

Comme constaté précédemment, le peu de littérature concernant les infirmières fait référence à l'implantation des soins de développement auprès de ces dernières. Certains auteurs citent, par exemple, le processus d'implantation du NIDCAP au sein de l'hôpital universitaire de Brest (en France)¹⁰³. Ils affirment que les plus grandes difficultés sont venues de l'équipe soignante. En effet, selon eux, « la résistance au changement observée chez certains soignants s'est traduite par une remise en question permanente des recommandations allant jusqu'à l'ignorance complète voire la mise en place d'actions radicalement opposées (majoration du niveau lumineux et sonore, suppression du support en flexion, exclusion des parents de certains moments «clés», etc.) »¹⁰⁴. Selon la personne ressource du canton du Valais, un tel processus s'est fait ressentir lors de l'implantation des soins de développement dans le service. En effet, il y eut de la résistance au changement dans le sens que les infirmières ne comprenaient pas pourquoi il fallait qu'elles modifient leur pratique de soins. Selon la personne ressource du canton de Vaud, la chose la plus importante pour appliquer les soins de développement est la volonté de chacune des soignantes d'appliquer les soins et il faut, pour cela, de l'ouverture au changement et des capacités de réflexion pour parvenir à changer des habitudes de travail.

Un résultat encourageant est celui d'une autre étude concernant l'hôpital universitaire de Brest qui montre qu'en l'an 2000, soit deux ans après l'implantation du programme NIDCAP au sein de l'hôpital, la satisfaction des soignants est réelle¹⁰⁵. Enfin, Hendricks-Muñoz et Prendergast décrivent les problèmes liés à l'implantation des soins de développement selon les infirmières¹⁰⁶. Ils soulignent que les obstacles majeurs concernent l'équipe infirmière et médicale d'abord et les fonds accordés ensuite¹⁰⁷. En effet, les soignantes percevraient leurs collègues infirmières et médecins comme les obstacles majeurs à l'apport des soins de développement dans l'unité néonatale, ce qui peut avoir un profond impact sur leurs conditions de travail. Les infirmières de l'étude n'ayant pas bénéficié de réunions multidisciplinaires et de directives de la part de leur chef¹⁰⁸ sur les soins de développement identifieraient ces obstacles. En outre, 42% des soignantes donneraient une

¹⁰³ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

¹⁰⁴ Ibid, p. 105.

¹⁰⁵ ANSQUER, H. [et al.]. NIDCAP ou Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement : Evaluation des procédures d'implantation et des résultats, 1-25.

¹⁰⁶ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ce terme fait référence aux infirmiers(ères) chef(fes) et aux médecins chef(fes).

explication par rapport au manque de soutien des chefs face à cette pratique¹⁰⁹. Dans cette étude toujours, il est affirmé que des réunions concernant les soins de développement et réunissant les collègues médecins et infirmiers peuvent introduire et améliorer la pratique des soins de développement¹¹⁰. La personne ressource du canton du Valais met en évidence le même genre de problèmes liés à l'implantation des soins de développement, à savoir les médecins. « Il a fallu batailler avec les médecins pour leur faire accepter cette méthode de soins. C'est tout le monde qui a dû évoluer en même temps, y compris les médecins ». Elle ajoute aussi que la mise en place de colloques entre les membres de l'équipe infirmière et les membres de l'équipe médicale au sujet des soins de développement pourrait favoriser l'intégration de la méthode dans le service et ainsi améliorer la pratique de ces soins.

Selon Hendricks-Muñoz et Prendergast, 44% des infirmières estiment que les parents ne sont pas assez impliqués dans les soins thérapeutiques liés à l'environnement¹¹¹. Cette opinion rejoint celle de la personne ressource du canton de Vaud. Selon elle, des efforts doivent encore être faits pour que les parents soient vraiment partenaires. Elle trouve qu'il y a un manque d'information apporté aux familles et qu'il faudrait avoir un entretien avec elles pour leur expliquer différents éléments tels que l'organisation du service, leur rôle auprès du bébé en néonatalogie et à domicile, des conseils sur les comportements à adopter et des informations sur la prématurité. L'étude de Hendricks-Muñoz et Prendergast montre également que 93% des infirmières perçoivent les soins de développement comme nécessaires, mais 86% d'entre elles pensent que l'environnement où elles travaillent n'est pas optimal en raison des obstacles liés à l'amélioration de l'environnement¹¹². Cet élément a également été relevé par la personne ressource du canton du Valais.

B) Synthèse des entretiens exploratoires :

En définitive, les entretiens exploratoires menés auprès des personnes ressources du canton du Valais et de Vaud soulignent les aspects suivants :

Premièrement, les deux personnes ressources mettent l'accent sur certaines difficultés d'ordre organisationnel au niveau des relations pluridisciplinaires. Dans le canton de Vaud, des tensions sont apparues au sein de l'équipe, notamment la difficulté des médecins à approcher l'enfant parfois, ceci en raison du cycle de sommeil du bébé prématuré. Selon la personne ressource du canton du Valais, des tensions ont été également relevées relatives à l'heure de la visite médicale essentiellement. En effet, cette dernière n'est pas fixe et il n'y a pas une équipe médicale spécifique à la néonatalogie, le service de pédiatrie étant également desservi par les mêmes médecins. Ainsi, des tensions peuvent survenir entre les infirmières et les médecins par rapport au respect du rythme du bébé. Cette personne ressource insiste en plus sur des difficultés

¹⁰⁹ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid.

d'ordre structurel dans les locaux. En effet, malgré le fait que le matériel nécessaire pour les soins de développement (couvertures pour les isolettes, coussins de positionnement par exemple) soit suffisant, il subsiste, selon elle, un grand manque : un lieu pour que les parents puissent prendre leur enfant en kangourou. Elle relève également que le manque d'intimité des parents engendre des difficultés pour les infirmières à organiser ce soin dans le service du fait du peu de place et de l'absence d'endroit approprié pour ce soin. De plus, les deux personnes ressources interrogées soulignent le manque de formation et d'information sur les soins de développement du personnel soignant, ce qui rend cette pratique différente d'une infirmière à l'autre. Par conséquent, cela peut engendrer des tensions par rapport au degré différent de volonté des infirmières à utiliser ces soins. En effet, ces derniers demandent de la part des infirmières de la rigueur et un accord de leur part à changer. Les personnes ressources font aussi état d'une difficulté par rapport au manque de documents écrits et d'information sur les soins de développement (pas de protocole¹¹³ bien défini à ce sujet).

Deuxièmement, les personnes ressources citent les relations positives rencontrées avec les parents grâce à l'application des soins de développement. Elles trouvent que l'intégration et la participation des parents durant les soins sont importantes. En outre, elles relatent l'importance que ceux-ci donnent aux soins prodigués à leur enfant et leur satisfaction quand les infirmières se préoccupent du bien-être du bébé. Les deux personnes ressources mettent également en avant la grande satisfaction professionnelle ressentie par l'infirmière lors de l'utilisation des soins de développement et lors du contentement des parents. La personne ressource du canton de Vaud insiste sur l'enseignement que l'infirmière peut apporter aux parents pour qu'ils prodiguent les meilleurs soins à leur enfant dans le respect et la connaissance des ses besoins. De plus, elle pense qu'avec les connaissances et en respectant le développement du bébé prématuré, la relation parent-enfant est plus intense. La personne ressource du canton du Valais, quant à elle, pense que les soins de développement « humanisent¹¹⁴ » la prise en charge et que cette dernière est ressentie positivement par les parents. Ils se sentent moins stressés et de ce fait, la relation avec l'infirmière est plus sereine. Aussi, elle pense que l'intégration des parents durant les soins favorise et améliore la relation parent-infirmière.

Troisièmement, les personnes ressources mettent en évidence les effets positifs des soins de développement sur le bébé. Selon elles, en respectant la manière dont on manipule l'enfant, celui-ci est beaucoup plus calme. La personne

¹¹³ Selon un téléphone datant du 26.05.2010 avec la personne ressource du canton de Vaud, les infirmières du service amènent actuellement des changements dans les protocoles de soins, en axant plus spécifiquement les interventions auprès des prématurés en fonction des soins de développement. En effet, les protocoles élaborés avant cette restructuration comprenaient des techniques de soins et des interventions basées sur le confort et l'hygiène de l'enfant, en intégrant quelques éléments des soins de développement. A l'heure actuelle, les protocoles sont établis par rapport aux interventions des soins de développement et concernent l'environnement (diminution du bruit, de la lumière, etc.) ainsi que les interventions spécifiques au développement. A noter que ces informations ne sont pas traitées dans mon travail car elles ont été récoltées après investigation auprès du terrain d'enquête.

¹¹⁴ Ce terme sera abordé dans la suite du travail sous le chapitre 5 « Analyse ».

ressource du canton de Vaud ajoute que l'enfant dormira mieux et le fait de le soigner en utilisant ces soins est essentiel. Celle du canton du Valais affirme : « Le fait de faire attention au bien-être du bébé, à la façon dont tu le manipules, tu le touches, tu auras un bébé calme, détendu, qui ne pleure pas [...]. Le positionnement limite les postions vicieuses et cela va diminuer les conséquences futures ». Enfin, selon elle, les soins de développement améliorent la prise en charge du bébé prématuré, favorisent un développement harmonieux de l'enfant et limitent les conséquences négatives dues à l'environnement néonatal.

C) Implantation auprès des deux terrains d'enquête :

L'implantation des soins de développement dans le service vaudois s'est faite progressivement. Selon la personne ressource du canton de Vaud, le service applique certains éléments des soins de développement depuis longtemps, mais elle relate que « c'est seulement cette année qu'ils ont dit qu'ils étaient d'accord qu'on investisse, disons, qu'on essaie de mieux les appliquer ». Dans ce service, il existe un groupe de travail « soins de développement » dont cette personne ressource fait partie. Il s'agit d'infirmières qui font des recherches et se renseignent sur ce qui touche les soins de développement.

En ce qui concerne le service valaisan, les soins de développement ont été introduits progressivement en Valais par l'intermédiaire d'une responsable qui présentait de nombreuses connaissances sur l'enfant et sur les soins de développement. L'implantation s'est donc faite, mais non sans difficultés compte tenu de la résistance de la part de certaines infirmières et de la difficulté d'application de certaines interventions comme la diminution du bruit et de la lumière. Cet obstacle était plutôt d'ordre personnel car certaines infirmières ne pouvaient travailler sans une lumière vive ou sans radio, par exemple. Selon la personne ressource, le problème principal apparut donc dans le changement des habitudes du personnel soignant mais avec le temps, cet obstacle a pu être dépassé et les soins de développement (lumière, bruit, positionnement, méthode kangourou, intégration des parents dans les soins et gestion de la douleur) ont pu être intégrés dans le service.

Ma collègue et moi n'avons que peu d'informations sur le fonctionnement de ces deux services avant l'arrivée des soins de développement car ces derniers, comme cités plus haut, sont apparus au fur et à mesure au sein de l'unité et le développement des pratiques s'est fait progressivement.

3.3 Prise en charge infirmière en néonatalogie¹¹⁵

La néonatalogie est une branche de la pédiatrie qui se consacre aux enfants de petits poids de naissance (poids inférieur à 2'500 grammes), soit dès leur naissance, soit lorsqu'ils développent des pathologies en maternité¹¹⁶.

Cette discipline a beaucoup évolué au fil du temps, c'est pourquoi nous trouvons important d'en relater un bref historique dans le point qui va suivre. L'évolution de l'intégration des parents dans les services y sera abordée ainsi que les rôles de l'infirmière en néonatalogie.

3.3.1 Histoire et évolution de la néonatalogie à travers le temps¹¹⁷

Les naissances prématurées existent depuis toujours mais ce n'est qu'en 1870 qu'on a commencé à s'intéresser aux bébés prématurés. En effet, suite à la guerre franco-russe qui a décimé une partie du peuple français, deux médecins obstétriciens, Tarnier S. (1828-1897)¹¹⁸ et Budin (1846-1907)¹¹⁹ ont cherché à diminuer la mortalité infantile afin de repeupler la France¹²⁰. Ces deux médecins ont remarqué que les prématurés présentaient des difficultés à garder leur chaleur, c'est pourquoi ils ont eu l'idée de les placer dans des couveuses pour poussins. Conjointement à cela, on commença à donner du lait maternel aux bébés prématurés soit à la cuillère, soit par gavage. Cependant, comme de nombreux enfants mourraient d'infections, des mesures telles que le lavage des mains, la réfrigération du lait ainsi qu'une bonne hygiène des locaux furent instaurées.

En 1901, l'intérêt pour la prématurité est en plein essor et en 1923, à Chicago, la première pouponnière ouvre ses portes aux prématurés. En 1928, la première intubation est pratiquée et en 1940, l'administration d'oxygène aux bébés prématurés se répand largement. L'oxygénothérapie permet ainsi d'augmenter le taux de survie des bébés. Cependant, ce n'est que dans les années cinquante que le monde médical se rend compte que l'administration d'un taux élevé en oxygène provoque des lésions visuelles comme la cécité. C'est également durant

¹¹⁵ Les éléments ci-dessous sont tirés des deux références qui suivent : TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.agepa.surdite.org/revue/161.htm> & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹¹⁶ CHANTELOT, D., GUY, B., LOUIS SALLE, B. *Néonatalogie*. Arnette 4^{ème} édition : France, 2003. 222 pages. ISBN : 2-7184-1055-8.

¹¹⁷ TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.agepa.surdite.org/revue/161.htm>

¹¹⁸ Date tirée du site : <http://www.pediatricino.ch/allegato.asp?nome=2212007212954.pdf>

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.agepa.surdite.org/revue/161.htm>

cette période que le traitement des infections des prématurés avec des antibiotiques provoque chez eux des troubles auditifs allant jusqu'à la surdité, ceci lié à l'effet ototoxique (toxique pour l'oreille) des antibiotiques administrés. Enfin, durant cette même période, les traitements s'affinent et le taux de mortalité dû à l'immaturation des nouveau-nés prématurés diminue.

Reconnue par le Comité de pédiatrie américain (American Board of Pediatrics) en 1975, la néonatalogie devient une spécialité. Dès lors, les prématurés sont transférés dans des centres spécialisés où ils peuvent recevoir des soins de qualité (photothérapie, respirateur, etc.). En 1984, les scientifiques reconnaissent comme possible la sensation de douleur chez les prématurés. Grâce à cette constatation, certains soins sont prodigués sous anesthésie. Depuis ce moment, de grands progrès se sont profilés dans le contrôle de la douleur. On administre aujourd'hui des sédatifs aux enfants intubés par exemple. Au début du siècle, le taux de survie des bébés pesant entre 1'200 grammes et 1'500 grammes était de 15%. Cependant, ces enfants n'étaient pas suivis. Actuellement, le taux de survie de cette population s'élève à 85%. Toutefois, certains bébés présentent par exemple des troubles de l'apprentissage, des troubles visuels ou intellectuels, etc.

Aujourd'hui, les médecins réaniment des prématurés de 23 semaines. Le taux de survie a grandement augmenté mais le risque de complications futures reste bien réel. C'est pourquoi il est essentiel d'élargir le champ de la néonatalogie au niveau du suivi, afin d'assurer aux prématurés un avenir le plus harmonieux possible.

3.3.2 Histoire et évolution de l'intégration des parents en néonatalogie

En premier lieu, il faut savoir que la présence des parents au sein des unités de néonatalogie a été acceptée progressivement à travers le temps. En effet, à l'époque de Tarnier S. et Budin, les mamans étaient les bienvenues et elles étaient même encouragées à allaiter. Ensuite, en 1901, les parents n'ont plus été acceptés auprès des enfants prématurés car leur présence augmentait les risques d'infections selon les spécialistes de l'époque. Cet élément a été déclaré comme non fondé quelques années plus tard, mais il a eu pour conséquence l'absence des parents auprès de leur enfant jusqu'aux environs des années 1970¹²¹. Aujourd'hui, d'importants progrès ont été effectués en médecine périnatale et la préoccupation la plus importante reste la création du lien parent-enfant¹²². Par ailleurs, les parents sont encouragés à rendre visite à leur bébé durant son hospitalisation et ils sont également incités à participer aux soins dans le but de renforcer le lien parent-enfant et de leur permettre de

¹²¹ TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.agepa.surdite.org/revue/161.htm>

¹²² SIZUN, J. [et al.]. Le NIDCAP, programmes de soins centrés sur l'enfant et sa famille. *Les Dossiers de l'Allaitement* [en ligne]. 2001, n°48, 1-2. Adresse URL : <http://www.illfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/da-48-le-nidcap-programmes-de-soins-centre-s-sur-l-enfant-et-sa-famille>

développer des compétences dans la prise en charge de leur enfant (soins d'hygiène, allaitement, évaluation de la douleur, communication, etc.). Le partenariat avec les parents est indispensable selon les deux personnes ressources du canton de Vaud et du canton du Valais. Il faudrait donner aux parents des informations pour encourager leur relation avec le bébé.

Enfin, par rapport aux soins de développement, il faut noter que Als Heidelise mentionne, en 1986, l'importance de l'implication des parents dans les soins prodigués à leur enfant¹²³. Cet élément est considéré comme un des objectifs spécifiques des soins de développement. De plus, Oehler [et al.] indiquent que la présence ainsi que l'investissement des parents auprès de leur enfant sont la clé du succès de la prise en charge à travers les soins de développement¹²⁴. Pour finir, certains auteurs évoquent l'importance d'aider les parents à mieux comprendre les comportements de leur enfant¹²⁵.

3.3.3 Rôles de l'infirmière en néonatalogie¹²⁶

La présence de l'infirmière en néonatalogie est primordiale car elle illustre la professionnelle de la santé la plus présente auprès du nouveau-né prématuré et elle est directement concernée par le bien-être de ce dernier. De plus, elle interagit le plus souvent avec lui ainsi qu'avec sa famille. Enfin, en collaboration avec les médecins, l'infirmière permet à l'enfant de tendre vers un développement harmonieux.

La mission première de l'infirmière en néonatalogie consiste à faciliter la transition du nouveau-né prématuré du milieu intra-utérin au milieu extra-utérin, en exploitant de la meilleure façon possible ses compétences professionnelles et dans le but d'assurer la continuité la croissance et le développement de l'enfant au sein du service de néonatalogie. La promotion de la qualité des soins dispensés au prématuré au cours de son hospitalisation prend ici toute son importance.

L'infirmière qui travaille en néonatalogie doit remplir plusieurs rôles, dont un qui constitue le fondement essentiel des soins infirmiers de qualité : la relation thérapeutique. Afin de construire cette relation, l'infirmière doit être à la fois

¹²³ ALS, H., 1986. *A synactive model of neonatal behavioral organization : framewrok for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the Neonatal Intensive Care Environment*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹²⁴ OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyong technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par ibid.

¹²⁵ BRAZELTON, T-B., NUGENT, J-K. 1995. *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Cités par Ibid.

¹²⁶ DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

proche de l'enfant et de sa famille, mais aussi assez détachée pour considérer leurs propres besoins et sentiments.

Les autres rôles de l'infirmière en néonatalogie en lien avec les soins de développement sont les suivants¹²⁷:

➤ *Défenseuse des droits et soins de l'enfant et de la famille :*

L'infirmière a la responsabilité de l'enfant et de sa famille. Elle doit être présente pour aider les parents à faire des choix éclairés pour le meilleur intérêt du prématuré. De plus, la soignante doit garantir que ce dernier reçoive les meilleurs soins. Ainsi, en utilisant les soins de développement dans la prise en charge du nouveau-né prématuré, l'infirmière donne à l'enfant et à sa famille la possibilité de recevoir des soins de qualité. Enfin, ce rôle est important car cette professionnelle de la santé constitue le lien vital dans la triade nouveau-né, parents et équipe soignante.

➤ *Soignante :*

Ce rôle est pleinement présent dans un service de néonatalogie car il revient à l'infirmière de dispenser la majorité des soins au prématuré. Par ailleurs, cette fonction fait d'elle une soignante unique dans la promotion des soins de développement. Comme l'infirmière adopte cette approche, elle devient la personne la plus présente auprès du nouveau-né prématuré, elle peut structurer son environnement et possède donc une vision holistique (globale) de l'enfant. Elle peut ainsi prodiguer des soins en veillant non seulement au bien-être du nouveau-né prématuré, mais également à celui de la famille. Cet élément est important car cette période de la vie de l'enfant est stressante pour lui, mais également pour son entourage.

➤ *Coordinatrice des soins :*

L'infirmière coordonne des soins lorsqu'elle apprend aux familles et aux membres de l'équipe soignante différents aspects des soins de développement. De plus, étant consciente des besoins fondamentaux de l'enfant, elle coordonne la prise en charge du nouveau-né en fonction de ses rythmes d'éveil et de sommeil. De ce fait, elle regroupe ses soins afin de déranger au minimum l'enfant. En cas d'impossibilité, elle tente de minimiser au mieux les interventions néfastes et les dérangements subis par les nouveau-nés prématurés. Par ailleurs, l'infirmière collabore et coordonne les soins du nouveau-né en fonction des activités des autres professionnels. Pour cela, seule une approche pluridisciplinaire permet de garantir des soins holistiques à l'enfant, c'est-à-dire des interventions qui prennent en compte les besoins du bébé ainsi que ceux des parents. De plus, il est important que l'infirmière en néonatalogie connaisse ses limites et ses forces et collabore avec tous les

¹²⁷ DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

professionnels de la santé afin de garantir des interventions de qualité ainsi qu'une pratique appliquée des soins de développement. Enfin, l'infirmière se place au centre de la prise en charge et occupe donc une place essentielle, afin de pouvoir, comme mentionné ci-dessus, satisfaire les besoins de l'enfant et de sa famille et prodiguer des soins de qualité.

➤ *Soutenante* :

Grâce à un soutien approprié, l'infirmière permet de répondre aux besoins émotionnels de l'enfant ainsi que de sa famille. Une écoute attentive et des conseils peuvent permettre aux parents de traverser plus facilement cette période stressante de leur vie. Enfin, la présence physique, le contact et les signes non-verbaux de l'infirmière (attitude, gestes, présence, etc.) sont des manières d'apporter un soutien au prématuré.

➤ *Leader* :

L'infirmière prend ce rôle lorsqu'elle se fait porte parole du nouveau-né et de sa famille dans l'équipe soignante. En outre, elle assume pleinement ce rôle quand elle contribue à la diffusion de l'approche des soins de développement.

➤ *Enseignante* :

En néonatalogie, une des fonctions de l'infirmière consiste à aider les parents à identifier et à comprendre les comportements de leur enfant. De plus, son rôle d'enseignante s'accroît quand elle aide les parents à s'intégrer aux soins du nouveau-né prématuré. C'est donc elle qui dispense à la famille un enseignement sur les comportements que leur enfant peut développer en fonction de l'environnement (signes de stress, signes d'adaptation, etc.). Elle permet également de rendre sensibles les collègues et les étudiants par rapport aux soins de développement et de constituer un modèle pour eux. L'intégration des parents aux soins a été relevée par la personne ressource du canton de Vaud qui affirme : « L'enseignement auprès des parents se fait dans le service. Pour ma part, tout ce que je fais avec l'enfant, je l'enseigne aux parents, [...] je leur explique quelques fois et j'essaie de continuer. Peut-être que certains parents vont continuer, peut-être que d'autres pas. [...] ».

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Hypothèses de la recherche

« Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ? », tel est le questionnement de recherche de ma collègue et moi-même. Suite aux lectures de la littérature portant sur les soins de développement et aux entretiens exploratoires¹²⁸ effectués dans les cantons de Vaud et du Valais, les hypothèses suivantes ont pu être élaborées :

Hypothèse 1 : La pratique et l'application des soins de développement sont contraignantes pour les infirmières.

La philosophie des soins de développement consiste à respecter le rythme de l'enfant en regroupant les soins lorsque ce dernier est en état d'éveil, et de diminuer les sources de surstimulations par diverses techniques, afin de favoriser le développement harmonieux du prématuré. Selon les deux personnes ressources du canton de Vaud et du canton du Valais, la pratique de ces soins implique des difficultés pour les infirmières.

D'une part, la pratique et l'application des soins de développement requièrent la volonté de chaque infirmière car non seulement les soins doivent s'adapter aux états d'éveil et aux signes de stress du prématuré, mais le travail quotidien doit aussi se modifier pour diminuer les sources de stimulation, impliquant peut-être davantage de travail et d'aménagements. De plus, certaines infirmières n'auraient pas une pratique rigoureuse des soins de développement par un manque d'ouverture au changement ou par manque de connaissances de ces soins. La littérature relève également les difficultés des infirmières et fait état que ces dernières ont besoin de temps pour changer leurs attitudes, pour se sentir plus à l'aise et être ainsi plus satisfaites de cette philosophie de soins¹²⁹. En outre, Mambrini [et al.] relatent bien les difficultés liées à la volonté des infirmières car une grande résistance au changement a été observée chez les soignantes lors de l'implantation des soins de développement à l'hôpital de Brest¹³⁰.

¹²⁸ Les points principaux des entretiens exploratoires sont cités au point 3.2.5 et tout au long du travail dans le cadre conceptuel.

¹²⁹ Eléments tirés du cadre conceptuel au point 3.2.4 « C) *Avantages pour les infirmières* ».

¹³⁰ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

D'autre part, les personnes ressources constatent un manque d'écrits et d'information qui pourrait poser des problèmes pour les infirmières car sans protocole établi, elles adaptent la théorie des soins de développement en fonction de leur sensibilité personnelle et sans organisation préalable. Enfin, les infirmières n'ayant pas reçu de formation pourraient rencontrer plus de difficultés dans l'application des soins de développement, ne disposant pas de la théorie complète pour une mise en pratique adéquate et rigoureuse.

Afin de vérifier cette hypothèse, notre grille d'entretien contient l'objectif de recherche suivant : « Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement », dans lequel quatre questions principales ressortent. Tout d'abord, une définition des soins de développement et des notions qui s'y rattachent sont demandées aux infirmières, dans le but de découvrir leurs connaissances sur ce concept de prise en charge. Ensuite, il leur est demandé de se positionner face à ces soins, afin d'avoir leur opinion sur l'utilité et l'efficacité de ces soins ainsi que leur adhésion à ces derniers. Puis, les facilités et les difficultés des infirmières dans leur organisation journalière avec les soins de développement sont identifiées pour connaître leur prise en charge quotidienne des prématurés. Enfin, les soignantes sont questionnées sur leur vécu professionnel afin de cerner leurs besoins et de connaître les améliorations qu'elles proposent.

Hypothèse 2 : La pratique des soins de développement implique une relation plus difficile avec le personnel soignant pour les infirmières.

Les soins de développement demandent une prise en charge pluridisciplinaire des prématurés au travers d'une collaboration entre les membres de l'équipe infirmière d'une part, et d'autre part entre les infirmières et les médecins.

Premièrement, selon les deux personnes ressources, la pratique des soins de développement engendrerait des tensions entre les membres de l'équipe infirmière. Les personnes ressources font état de difficultés d'ordre relationnel entre les soignantes par rapport à leur degré différent de volonté à appliquer ces soins. En effet, cette philosophie demande de la rigueur de la part des infirmières et un accord de leur part à changer. De plus, selon les personnes ressources, il est important que toutes les soignantes aillent dans le même sens.

Deuxièmement, les personnes ressources expliquent qu'il existe certaines tensions entre le personnel médical et infirmier. Elles affirment que ces difficultés proviennent souvent des heures auxquelles les médecins font la visite médicale auprès des prématurés. Selon la personne ressource du canton de Vaud, les médecins ont eu parfois de la difficulté à approcher l'enfant, ceci en raison du cycle de sommeil du bébé. En effet, certaines infirmières du service vaudois ne laissaient parfois pas approcher le médecin du bébé prématuré afin de favoriser le sommeil de ce dernier, ce qui pouvait être source de tensions pour les médecins. Quant à la personne ressource du canton du Valais, elle explique que ces difficultés sont souvent engendrées par les heures choisies des

médecins pour la visite médicale, heures qui ne conviendraient parfois pas à l'état de l'enfant, celui-ci étant en phase de repos. Elle relate également des difficultés entre l'équipe médicale et infirmière du fait que les soignantes ont du mal à faire accepter la méthode des soins de développement par les médecins. En effet, cette philosophie implique un projet commun pour tous les membres de l'équipe. Cette difficulté d'intégration des soins pour les médecins peut donc être source de tensions. Hendricks-Muñoz et Prendergast explicitent bien ces obstacles aux soins de développement dans un article¹³¹. Ils indiquent que les infirmières percevraient leurs collègues infirmières et médecins comme les obstacles majeurs à l'apport des soins de développement. Cet article souligne également que des colloques entre les infirmières et les médecins pourraient améliorer la pratique des soins de développement¹³². Cet élément est repris par les deux personnes ressource qui trouvent que des colloques réunissant les infirmières et les médecins pourraient favoriser l'intégration de cette méthode dans les services.

Les éléments cités ci-dessus nous ont permis, à ma collègue et moi, d'élaborer l'objectif de recherche de notre grille d'entretien, à savoir « Identifier et apprécier les facilités et les difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement ». Ce dernier va donc nous permettre de vérifier cette hypothèse par le biais d'une question principale concernant les relations que les infirmières entretiennent avec l'équipe infirmière d'une part et avec l'équipe médicale d'autre part. Cette question nous permet donc de savoir comment les soignantes vivent la collaboration dans l'application et la pratique des soins de développement, ceci dans le but de déterminer si des tensions existent au sein de l'équipe. En outre, cette question vise à recenser chez les infirmières les différents obstacles qu'elles peuvent rencontrer et les améliorations qu'elles proposeraient pour promouvoir l'application des soins de développement dans l'équipe pluridisciplinaire.

Hypothèse 3 : La pratique des soins de développement implique une relation plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières.

Les rôles de « soutenante » et d' « enseignante » des infirmières en néonatalogie constituent des fonctions essentielles dans l'application des soins de développement. Le soutien des soignantes importe par rapport aux besoins émotionnels de l'enfant et de ses parents. De plus, la fonction d'enseignante offre à la famille une meilleure compréhension de leur bébé et une meilleure confiance en leurs capacités. Ainsi, les soins de développement permettent une prise en charge globale et « humanisée » du prématuré ainsi que de ses parents, comme l'affirment les personnes ressources interrogées. De plus, ils présentent des avantages pour les infirmières. En effet, ces dernières voient leur confiance

¹³¹ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

¹³² Ibid. Données reprises du cadre conceptuel au point 3.2.5 « Implantation des soins de développement auprès des infirmières ».

augmentée par rapport à leur capacité à prendre en charge le bébé et ses parents. Elles entretiennent de meilleurs échanges et interactions avec ces derniers, se voient satisfaites professionnellement et procurent des soins de qualité¹³³. Les personnes ressources confirment ces propos en ajoutant que la satisfaction professionnelle est énorme quand l'enfant est calme et serein et quand les parents disent « merci ». En outre, selon ces dernières, les soins de développement améliorent la qualité de la prise en charge du bébé prématuré ainsi que de sa famille. D'ailleurs, la personne ressource du canton de Vaud relate : « [...] de soigner l'enfant en utilisant les soins de développement, je trouve que c'est essentiel si l'on respecte le bébé [...] et les parents ».

Plus spécifiquement, par rapport aux prématurés, les deux personnes ressources affirment premièrement que les soins de développement contribuent à diminuer le stress du prématuré. Ainsi, ces derniers peuvent se dérouler dans de bonnes conditions et l'échange avec l'enfant en est amélioré.

Deuxièmement, par rapport aux parents, les personnes ressources de l'hôpital valaisan et vaudois expliquent que le contentement de la famille constitue un indicateur essentiel dans la relation avec ces derniers en terme de satisfaction. Quant à l'intégration des parents aux soins de développement, la personne ressource du canton du Valais relate : « [...] les soins de développement sont un changement positif et tellement gratifiant [...]. Pouvoir expliquer tout ce qu'on fait aux parents, qu'on fait attention à sa position, à son confort, c'est vraiment gratifiant, on n'est pas là que pour faire des soins techniques, c'est une autre dimension dans la prise en charge de l'enfant ! ». Enfin, la personne ressource du canton de Vaud trouve que l'enseignement est important et que le fait de voir les parents appliquer certaines pratiques des soins de développement procure de la satisfaction.

Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons repris l'objectif suivant : « Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement ». Cet objectif se rattache à deux questions principales concernant premièrement la description de la prise en charge des infirmières par rapport aux prématurés et aux parents, thèmes que l'on a traités séparément. La deuxième question permet d'identifier l'influence des soins de développement dans la relation de l'infirmière envers l'enfant et ses parents. Enfin, elle donne un indicateur sur la satisfaction professionnelle ainsi que sur l'accomplissement personnel des infirmières.

¹³³ OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2. Ces éléments ont été relatés dans le point 3.2.4 « Avantages liés aux soins de développement ».

4.2 Objectifs de l'étude

Sur la base des hypothèses relatées ci-dessus, nous avons donc pu élaborer une grille d'entretien ciblée et ainsi définir les objectifs suivants :

- Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement.
- Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement.

4.3 Méthode qualitative

L'analyse qualitative semble la plus pertinente pour cette recherche. En effet, la question de départ a pour but d'explorer le ressenti des infirmières, elle vise donc à comprendre des phénomènes internes à la personne. « Selon cette approche, les chercheuses essaient d'en savoir plus sur les expériences de vie des individus et sur la signification que ceux-ci y accordent »¹³⁴. La méthode qualitative permet ainsi une posture de découverte et d'ouverture face à la parole de l'autre. Comme l'exprime François Dépelteau, « soumettre une théorie et une hypothèse à des tests empiriques, c'est donc tout simplement aller voir dans la réalité si les phénomènes réels se comportent comme le chercheur l'a prédit au temps des conjectures »¹³⁵. La démarche quantitative s'appuie quant à elle sur des chiffres, des statistiques et, de ce fait, ne convient pas à une recherche centrée sur les effets internes d'une pratique des soins sur une population.

En outre, ce mémoire fait l'objet d'une étude comparative car ma collègue et moi conduisons notre recherche auprès de deux hôpitaux de Suisse romande en fonction des mêmes questions. En effet, le cadre conceptuel, les hypothèses de la recherche et la grille d'entretien sont communs à nos deux terrains d'enquête. De plus, un de nos objectifs d'apprentissage¹³⁶ consiste à comparer les deux hôpitaux afin de cerner les similitudes et les différences dans l'application et dans la pratique des soins de développement des infirmières.

¹³⁴ LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007, p. 58. ISBN : 978-2-7613-1869-6.

¹³⁵ DEPELTEAU, F. *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université : Bruxelles, 2003. p. 208. ISBN : 2-8041-3526-8.

¹³⁶ Cf. au point 1.6 « Objectifs d'apprentissage ».

4.4 Outils d'investigation¹³⁷

Afin d'appréhender le vécu des infirmières face aux soins de développement, ma collègue et moi avons opté pour des entretiens semi-directifs. Par ailleurs, j'ai utilisé une autre méthode pendant les deux journées passées au sein de l'hôpital vaudois : l'observation.

4.4.1 Observation

Cette méthode d'investigation n'était pas prévue avant d'entreprendre les entretiens, mais comme j'étais présente toute la journée dans le service pour interroger les infirmières, j'ai pu suivre certaines d'entre elles et donc observer leurs attitudes et leurs comportements au sein de l'unité. Cet outil d'investigation mérite d'être brièvement cité, même s'il ne s'intègre pas à ma démarche de recherche. Le type d'observation que j'ai effectué est en partie une observation participante¹³⁸. En effet, j'ai pu aider les infirmières dans les soins, sans toutefois les effectuer seule. Par exemple, je positionnais le bébé prématuré de telle manière que l'infirmière puisse effectuer plus facilement ses gestes techniques. En outre, j'ai collaboré avec elle dans les soins d'hygiène tels que l'habillage de l'enfant ou encore les changements de pampers. Grâce à l'observation, j'ai pu donc percevoir les avantages et les limites inhérentes à ce type d'outil.

➤ *Les avantages :*

L'observation s'est déroulée dans le milieu naturel des infirmières, ce qui m'a permis de les observer et de mieux percevoir leur vécu au travers de leur organisation, de la charge de travail, du temps mis à disposition, etc. Cette observation m'a beaucoup aidée, non seulement pour une meilleure vision du service, mais aussi pour observer l'attitude des infirmières vis-à-vis des prématurés et la structure des locaux. En effet, cet outil d'investigation permet au chercheur d'avoir une vision globale de la situation. « En recourant à ce mode d'investigation du réel, le chercheur observe donc l'individu ou le groupe en pleine action, dans son milieu de vie »¹³⁹. De plus, « [...] il augmente ses chances de bien comprendre un phénomène »¹⁴⁰, phénomène accentué par ma participation aux soins et mon intégration. Ces éléments m'ont donc permis de créer des liens avec certaines infirmières interrogées et de ce fait, une

¹³⁷ LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007. 191 pages. ISBN : 978-2-7613-1869-6.

¹³⁸ DEPELTEAU, F. *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université : Bruxelles, 2003. 417 pages. ISBN : 2-8041-3526-8.

¹³⁹ Ibid, p. 336.

¹⁴⁰ Ibid, p. 342.

confiance et un respect mutuel se sont installés. L'information récoltée était ainsi plus riche et plus profonde¹⁴¹.

➤ *Les limites :*

Les limites de ce type d'investigation concerne un élément central à mes yeux : l'observation était ouverte¹⁴², ce qui signifie que les infirmières étaient conscientes de ma présence. Je ne cherchais donc pas à me cacher. Ce type d'observation a pu modifier le comportement naturel des infirmières dans leur milieu. En effet, ces dernières ont peut-être effectué des gestes et adopté des attitudes orientant positivement le but de ma présence et de mon travail. Les soignantes ont donc pu accentuer et veiller à une bonne mise en pratique des soins de développement. Cependant, malgré ce genre d'inconvénients, l'observation ouverte me paraît la plus adéquate pour une recherche car elle respecte les principes éthiques, à savoir que chaque participant a le droit d'être informé et le chercheur doit s'assurer de son autorisation¹⁴³. Une autre limite implique l'absence de généralisation des résultats. En effet, mon observation se centrait particulièrement sur les infirmières que je suivais et le manque de temps passé dans le service ne m'a pas permis de distinguer les pratiques de chacune et ainsi généraliser les résultats.

4.4.2 Entretien semi-directif

Cette méthode d'investigation implique le recueil d'informations précises et authentiques permettant au chercheur de récolter des renseignements ciblés sur les comportements, les opinions, les points de vue et les attitudes des individus sur un phénomène ou un sujet donné. De plus, il offre un échange plus riche grâce aux questions ouvertes ; l'individu possède donc une plus grande liberté d'expression. L'entretien semi-directif est l'outil le plus approprié car il permet d'obtenir de la part des individus des informations de l'ordre du ressenti. En effet, l'échange permet d'accéder à la compréhension du vécu qui peut être complétée par l'observation de l'attitude de la personne en face de soi, en atteignant la dimension non-verbale de la communication.

Au travers de la grille d'entretien, ma collègue et moi avons élaboré six questions ouvertes avec des relances pour chacune d'entre elles, dans le but de répondre à nos deux objectifs de recherche portant sur l'aspect pratique, puis relationnel des soins de développement. Par ailleurs, pour cerner l'application de ces soins, nous avons posé quatre questions principales aux participantes. Elles portaient sur la définition des soins de développement propre à l'infirmière interrogée, sur son positionnement par rapport à ce genre de prise en charge, sur les facilités ainsi que les difficultés qu'elle rencontre dans son organisation

¹⁴¹ DEPELTEAU, F. *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université : Bruxelles, 2003. 417 pages. ISBN : 2-8041-3526-8.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ Pour plus d'informations sur le contenu des principes éthiques, se référer au point 4.7 « Principes éthiques et protection des données ».

journalière, et pour finir sur son vécu professionnel au travers de ces soins. Ensuite, deux questions principales ont été posées pour cerner la qualité des relations par rapport aux soins de développement. La première portait sur les relations entre les membres de l'équipe infirmière d'une part, et celles de l'équipe infirmière et médicale d'autre part. Quant à la deuxième question, elle visait la description de la prise en charge des parents et des prématurés au travers des soins de développement, dans l'optique d'y mesurer la qualité relationnelle.

➤ *Les avantages*¹⁴⁴

Ces entretiens ont constitué une ressource indispensable dans mon étude. En effet, ils m'ont permis de recueillir des données importantes relatives au ressenti infirmier face aux soins de développement et de ce fait, de répondre à ma question centrale de recherche.

L'avantage de ce type d'entretien réside dans le fait que la personne interrogée s'est exprimée peut-être plus librement que dans un questionnaire. De plus, j'ai pu expliciter certaines questions parfois mal comprises et, selon les réponses apportées, j'ai demandé des précisions, voire même approfondi des thèmes intéressants abordés par les infirmières. Par ailleurs, j'ai fait preuve de souplesse et de faible directivité dans mes questions, ceci afin de favoriser l'expression des personnes interrogées. Je me suis appuyée entre autre sur plusieurs techniques, comme la reformulation, la validation et les signes non-verbaux, afin de clarifier certains propos, d'accorder de l'intérêt face à la parole de l'autre et de maintenir une ligne directrice dans mes questions. Comme l'expriment Pierre Paillé et Alex Mucchielli, « bien avant toute technique ou méthode, l'attitude face aux données est ce qu'il y a de plus fondamental, c'est-à-dire la disposition de l'esprit, la disponibilité à l'autre, le respect des témoignages [...] »¹⁴⁵.

➤ *Les limites*

C'est la première fois que j'effectuais des entretiens semi-directifs dans le cadre d'un mémoire. C'est pourquoi j'avais de l'appréhension au départ dans la façon de poser les questions et dans la manière de conduire un entretien, en ciblant la discussion, mais sans pour autant couper la parole à l'autre. De ce fait, je ne peux exclure que certaines questions furent mal formulées ou mal comprises par les soignantes. De plus, le fait de recueillir des informations auprès de sept infirmières dans un contexte particulier et de focaliser cette recherche sur un établissement hospitalier ne permet pas de généraliser les résultats. C'est pourquoi ce mémoire n'est représentatif que d'une partie restreinte de la population infirmière et ne prétend donc en aucun cas figurer parmi une recherche à large portée. Par ailleurs, je peux aussi distinguer les limites inhérentes à la méthode de récolte de données et celles dues aux

¹⁴⁴ Comme ma collègue et moi avons effectué des entretiens dans des lieux différents, nous n'avons pas ressenti les mêmes avantages et limites par rapport aux entretiens. C'est pourquoi le « je » domine dans les points qui suivent.

¹⁴⁵ PAILLE, P., MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Edition Armand Colin, 2^{ème} édition : Paris (Montparnasse), 2008, p. 161. ISBN : 978-2-200-35441-1.

conditions de l'application de cette technique. En effet, dans un travail de recherche, il faudrait idéalement conjuguer et réunir tous les facteurs¹⁴⁶ favorisant l'expression des personnes interrogées, facteurs que j'ai réunis tout au long de mes entretiens mais qui ont présenté cependant certaines limites, dont voici les principales :

- Les facteurs matériels (lieu, temps à disposition, moment de l'entretien et enregistrement de l'entretien) n'ont pas pu tous se réaliser. Mes entretiens furent menés au début décembre et la charge de travail était importante. Je n'ai malheureusement pas pu les effectuer dans un endroit calme car les infirmières avaient la responsabilité de deux enfants en néonatalogie et elles devaient être présentes constamment en cas de péjoration. Cependant, j'ai essayé de me placer de sorte qu'elles puissent voir les écrans affichant les signes vitaux des prématurés, tout en étant en-dehors des chambres et donc plus au calme. Du bruit régnait également autour du bureau en raison des conversations entre médecins, infirmières et parents ainsi que des alarmes des scopes. Je n'ai donc pas compris certains mots lors de la retranscription des entretiens. Le facteur temps ne m'a pas posé problème, malgré la durée fixée à 30 minutes maximum par l'infirmière répondante. Par contre, je ne peux affirmer que le moment était propice à chaque fois à la conversation. Malgré cette limite, j'ai trouvé que toutes les infirmières s'appliquaient à me répondre de façon consciencieuse.

- Les facteurs liés à l'enquêteur (relances qui influencent les réponses, expression non-verbale, compétences, etc.) peuvent aussi constituer une limite. Il est tout à fait possible que j'aie influencé voire même biaisé mon étude par ma propre subjectivité et par mes interprétations personnelles ressenties lors des entretiens, même si j'ai essayé tant que possible de prendre du recul et de me placer en tant que chercheuse. De plus, l'intonation de ma voix et mon attitude ont pu orienter les réponses des infirmières.

- Les facteurs liés à l'enquêté (expression verbale et non-verbale, impact psychologique du thème et connaissances, motivations, etc.) sont à prendre en compte. En effet, mon étude peut présenter des lacunes relatives aux données que l'interviewé a voulu confier ou alors qu'il n'a pas réussi à exprimer de façon adéquate pour traduire ses pensées.

En outre, je me suis heurtée à d'autres difficultés concernant le déroulement des entretiens :

- Les fréquentes coupures. Ces dernières survenaient souvent en raison de la charge de travail et des exigences du métier des infirmières, soit de surveiller attentivement les prématurés et d'être présentes en cas de péjoration de leur état. J'ai donc fait preuve de compréhension et de patience.

¹⁴⁶ Les facteurs déterminants pour un bon déroulement des entretiens sont les suivants : les facteurs matériels, les facteurs liés à l'enquêteur et les facteurs liés à l'enquêté. Ils sont tirés du document suivant : Responsable de module : SCHOEPP, C. Cours module 2808 : *Entretiens et recherches en soins infirmiers*. Travail de Bachelor - Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, février 2009.

- Le stress des participantes. La majorité des entretiens se sont déroulés dans un contexte assez stressant. En effet, comme les infirmières avaient la responsabilité de veiller sur les nouveau-nés prématurés dont elles avaient la charge, elles n'avaient pas le temps de réfléchir calmement à certaines de leurs difficultés ou facilités. Elles étaient distraites facilement, mais à juste titre car la charge de travail était importante. J'ai donc dû m'adapter à ces changements en essayant de maintenir leur attention.

- La présence du magnétophone. Les entretiens étant enregistrés intégralement, la présence du magnétophone a pu perturber ou gêner certaines participantes sur le contenu des réponses ou sur la façon de s'exprimer. Cependant, une seule personne a manifesté de vive voix sa réticence à s'exprimer en présence du magnétophone. J'ai donc expliqué à nouveau les conditions de l'entretien et l'importance d'enregistrer les données afin qu'elles soient traitées le plus fidèlement possible. L'infirmière m'a donné son consentement et il m'a paru qu'au fil de l'entretien, elle oubliait la présence du magnétophone.

Pour finir, il est normal qu'une recherche présente ce genre de limites et ce, pour tout outil d'investigation faisant appel à des tierces personnes. C'est pourquoi, pour toutes les raisons évoquées plus haut, mon étude peut présenter certaines lacunes.

4.4.3 Construction de l'outil

Une grille d'entretien¹⁴⁷ a été élaborée en fonction des trois hypothèses et des objectifs de la recherche. Les questions y sont ouvertes et s'accompagnent de relances possibles en lien avec les différents concepts présentés dans le cadre conceptuel.

La première partie de cette grille est composée de questions d'ordre personnel, sorte de carte d'identité de l'interviewé. Dans la deuxième partie apparaissent des questions plus ciblées sur les soins de développement et sur le ressenti infirmier par rapport à l'organisation du travail avec les soins de développement, mais aussi à la qualité de la relation avec l'équipe soignante, les parents et les prématurés.

Ci-dessous sont présentés le déroulement du pré-test et les réajustements effectués pour améliorer l'outil d'investigation.

➤ *Le pré-test*

La réalisation du pré-test de la grille d'entretien s'est faite auprès d'une infirmière d'un service de néonatalogie et de pédiatrie différent à celui du terrain de recherche. De plus, la soignante interrogée n'a pas fait partie du groupe cible de la recherche par la suite.

L'infirmière réunissait les critères demandés pour les entretiens semi-directifs définitifs et connaissait bien les soins de développement. Elle pratiquait également ce genre de prise en charge du nouveau-né prématuré. Au terme du

¹⁴⁷ La grille d'entretien se trouve dans l'annexe IV.

pré-test, elle a répondu aux deux objectifs de recherche. Par ailleurs, un regard a été porté sur les questions principales ainsi que sur les relances de la grille afin de voir si celles-ci couvraient les éléments du cadre conceptuel. Néanmoins, des éléments de la grille ont dû être réajustés.

- *Réajustements* : Après la réalisation du pré-test, il a été mis en évidence que certaines relances se présentaient comme une simple reformulation de la question principale et de ce fait, n'y apportaient rien de plus. Enfin, certaines questions ont dû être reformulées car elles n'étaient pas claires et posaient également des problèmes de compréhension à l'interviewée.

➤ *Le déroulement des entretiens*

La réalisation des entretiens s'est déroulée dans le courant du mois de décembre 2009. J'ai transmis par mail aux participantes une lettre d'information avec le but de l'étude ainsi que ses conditions. Il a été également précisé que les entretiens se dérouleraient dans un laps de temps de 30 à 45 minutes. J'ai pu faire mes entretiens sur deux jours dans le service. J'étais présente à partir de 7h et j'ai pu assister aux rapports, voir l'organisation du service, poser des questions et observer les attitudes des soignantes face aux prématurés.

Avant chaque interview, j'ai expliqué le contexte de l'étude, les buts ainsi que les conditions inhérents à mon mémoire. En outre, j'ai spécifié au début de l'entretien le fait que les personnes ne devaient en aucun cas se sentir jugées ou critiquées. J'ai donné la lettre d'information de l'étude pour permettre à celles qui ne l'avaient pas consultée de la relire attentivement et de pouvoir ainsi poser des questions. De plus, j'ai obtenu le consentement éclairé de toutes les participantes par une signature de chacune. Par ce biais, je leur ai donné la possibilité de refuser ou d'accepter leur participation à l'étude et de s'exprimer plus amplement si le sujet n'était pas clair.

Par ailleurs, j'ai fait une liste des soins de développement utilisés au sein du service et je les ai énumérés après la première question, afin de cibler les soins et d'orienter les réponses par rapport à leur mise en pratique. Aussi, chaque entretien a été soigneusement enregistré à l'aide d'un magnétophone (avec l'accord de chaque participante) afin de permettre une retranscription rigoureuse des données recueillies. Aussi, j'ai essayé de créer une atmosphère chaleureuse par ma disponibilité et ma compréhension face aux exigences des professionnelles (soins aux enfants prématurés, présence lors de la venue des parents, visite médicale, etc.). Mon implication a favorisé une certaine complicité avec certaines soignantes que je suivais et m'a permis de créer une atmosphère plus détendue malgré l'importante charge de travail.

4.5 Echantillon

J'ai entrepris l'échantillonnage typique (ou raisonné) employant une technique non probabiliste, c'est-à-dire qui n'est pas fondée sur le hasard et qui ne s'appuie pas sur la théorie des probabilités. Cette technique permet d'orienter l'étude sur un type de phénomènes ou sur des individus avec des caractéristiques communes¹⁴⁸.

4.5.1 Type et taille de l'échantillon

La population interrogée concernait les professionnels infirmiers exclusivement (hommes et femmes confondus). Je voulais mener avec ma collègue des entretiens auprès d'infirmières car peu de littérature parle de leur ressenti face à l'utilisation des soins de développement. Mon échantillon comprend sept soignantes choisies par l'infirmière répondante pour mon travail, selon les critères demandés et la disponibilité des participantes. Par ailleurs, j'ai conscience que mon échantillon n'est pas représentatif sur le plan suisse. Cependant, ma priorité consiste à connaître et à analyser le vécu d'un échantillon d'infirmières.

4.5.2 Critères de la population

Les infirmières interrogées travaillent activement au sein d'un service de néonatalogie incluant les soins de développement dans la prise en charge des prématurés et ce, au moins à 50% d'activité. Elles doivent ainsi connaître ces soins et les inclure dans leur pratique professionnelle.

L'âge n'a pas été retenu comme critère pertinent, contrairement aux années d'expérience. En effet, les infirmières sélectionnées ont une expérience d'au moins une année dans le service. Afin de faciliter l'exploitation des données et ainsi éviter des biais, les soignantes ne parlant pas français ont été écartées de notre échantillon. Enfin, les participantes sont interrogées sur les prématurés exclusivement, donc des enfants au-dessous de 37 semaines d'âge gestationnel. Dans mon lieu d'investigation, le choix de la population de prématurés s'est fait par rapport aux secteurs qui divisent le service de néonatalogie. En effet, afin de mieux diriger les questions posées, j'ai dû choisir une population précise de prématurés. Après discussion avec ma personne ressource, j'ai décidé d'axer mes questions sur les prématurés hospitalisés au secteur des « soins intermédiaires » car ils ne nécessitent pas une surveillance accrue et continue, malgré le fait que leur état peut se péjorer brutalement¹⁴⁹. Ce choix a été approuvé par ma personne ressource : « Personnellement, je choisirais

¹⁴⁸ LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007. 591 pages. ISBN : 978-2-7613-1869-6.

¹⁴⁹ Les secteurs cités dans cette partie ont été abordés au point 3.1 « Prématurité ».

« intermédiaire », parce que les « soins standards », c'est trop tard. Parce que je trouve que les « soins intermédiaires », si on les fait encore stresser, ça peut retomber dans une phase aiguë. Les « soins standards », ils ont déjà plus d'autonomie, [...], ils sont déjà moins équipés ».

4.5.3 Données de l'échantillon

	Infirmière 1	Infirmière 2	Infirmière 3	Infirmière 4	Infirmière 5	Infirmière 6	Infirmière 7
Années d'expérience	8 ans	9 ans	6 ans	18 ans	1 an	1 an	7 ans et demi
Entrée dans le service	8 ans	4 ans	5 ans et demi	17 ans	1 an	1 an	7 ans et demi
Expériences professionnelles	8 ans de néonatalogie	Chirurgie (néonatalogie et pédiatrique), néonatalogie	9 mois de chirurgie adulte, 5 ans de néonatalogie	Soins à domicile, réadaptation, gynécologie, maternité et néonatalogie	1 an de néonatalogie	1 an de néonatalogie	7 ans et demi de néonatalogie
Utilisation des SD et secteur d'activité	8 ans / plutôt « soins intermédiaires »	4 ans / « soins intermédiaires »	5 ans et demi / 3 secteurs	Progressivement / surtout « soins intermédiaires »	Progressivement / « soins intermédiaires »	4 ans / « soins intermédiaires »	Progressivement / « soins aigus » et « soins intermédiaires »
Formation sur les SD	Non, mais cours au sein de l'hôpital	Non, expérience sur le terrain	Non, expérience sur le terrain	Non, expérience sur le terrain	CAS ¹⁵⁰ de néonatalogie + expérience sur le terrain	Non, mais cours d'intégration	Non, mais cours
Age	29 ans	31 ans	29 ans	40 ans	26 ans	24 ans	32 ans

¹⁵⁰ Le CAS est l'abréviation de la formule : « Certificate of advanced studies ». C'est une formation post-grade de la HES-SO (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale). Pour plus d'informations, voir le site suivant : Formation pratique : Certificate of advanced studies. In : *HES-SO : Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale* [en ligne]. 1-4. Adresse URL : <http://www.hes-so.ch/CMS/default.asp?ID=1385>

4.6 Collaboration avec le terrain

J'ai réalisé mon enquête auprès d'un service de néonatalogie du canton de Vaud d'un commun accord avec ma collègue qui a décidé de se rendre dans un hôpital du canton du Valais. Le choix de mon milieu d'enquête regroupe divers aspects. D'une part, j'ai déjà effectué un stage dans le même service de néonatalogie que le lieu d'investigation de ma collègue et j'ai connu les personnes y travaillant. Je craignais donc d'être trop influencée par mon jugement critique. D'autre part, je ne voulais pas entacher la fiabilité de mon travail car j'aurais pu être influencée par mes impressions et mon vécu personnel lors du stage effectué.

Afin de pouvoir mener ma recherche, j'ai formulé avec ma collègue une demande écrite auprès du Département de la santé et de l'action sociale¹⁵¹. Ma requête a été acceptée et j'ai donc eu le feu vert du Département pour continuer mon mémoire sous l'approbation de l'infirmier-chef du service de néonatalogie. Ce dernier a pris connaissance du but de mon travail et m'a orientée durant la progression du mémoire. Avec son aval, j'ai pu interroger une personne ressource travaillant au sein de mon terrain de recherche, ce qui m'a permis d'éclaircir certaines notions sur l'application des soins de développement et de répondre à mes quelques interrogations. A la suite de cet entrevue et après avoir élaboré ma grille d'entretien avec ma collègue, j'ai convenu et fixé avec le lieu de recherche deux dates pour rencontrer les infirmières choisies pour les entretiens au sein de l'hôpital.

4.7 Principes éthiques et protection des données

En vertu du respect des droits des participantes à l'étude et afin de garantir la qualité méthodologique de ma recherche, je me suis basée sur le principe éthique suivant présenté dans la brochure de l'ASI¹⁵² :

➤ « La garantie du respect et de la dignité de la personne (l'autonomie, la fidélité et la confidentialité) »¹⁵³.

Ce principe renvoie au fait que la personne participant à une recherche a le droit de demander les informations nécessaires pour une prise de décision sans contrainte. Elle a le droit de refuser de participer à la recherche ou de s'en retirer à tout moment.

¹⁵¹ La procédure écrite pour l'hôpital vaudois se trouve à la fin de mon projet en annexe V.

¹⁵² Il existe deux autres principes éthiques décrétés par l'ASI (Association Suisse des Infirmières et Infirmiers), à savoir « faire le bien » et « la justice ». Cependant, dans ma recherche qui est de type exploratoire, ces deux principes ne me paraissent pas assez importants pour être développés ici comme il s'agit d'une recherche initiale.

¹⁵³ KESSELRING, A. [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. ASI-SBK : Berne, 2008, p. 6-9.

Dans cette optique, nous avons, ma collègue et moi, informé les participantes sur le but de notre étude (obtention de notre diplôme d'infirmière et étude sur l'impact infirmier), sur le déroulement de l'entretien (durée, enregistrement) et sur leurs droits (possibilité de se retirer à tout moment de la recherche par exemple) dans une lettre explicative¹⁵⁴. De plus, nous avons joint à cette lettre un formulaire de consentement éclairé afin de confirmer la compréhension et l'acceptation des conditions pour chaque participante¹⁵⁵. Le respect de ce principe est primordial car il garantit non seulement le bon déroulement de l'étude, mais également sa faisabilité ainsi que sa fiabilité.

De plus, une fois le mémoire de fin d'études terminé, les données récoltées seront détruites pour garantir l'anonymat, mais également pour protéger les participantes.

Enfin, ma collègue et moi-même certifions que l'ensemble du mémoire s'est déroulé dans le respect de la législation en matière de protection des données et des règles éthiques propres à notre site de formation, à savoir l'HES-SO¹⁵⁶.

¹⁵⁴ La lettre d'information de l'étude se trouve en annexe VI à la fin de mon travail.

¹⁵⁵ Un exemple du formulaire de consentement éclairé se trouve à la fin de mon travail en annexe VII.

¹⁵⁶ L'ensemble du mémento concernant cette législation se trouve dans le document suivant : INGOLD SCHULER, C. *Mémoire - Formation dans le domaine de la santé en HES-SO : mémento concernant la législation en matière de protection des données et les règles éthiques*, novembre 2007. 9 pages.

5. ANALYSE

Ce chapitre fait appel à une méthode descriptive : l'analyse par thèmes. Par conséquent, « le chercheur va procéder à quelques lectures du corpus et mener un travail systématique de synthèse des propos »¹⁵⁷. L'analyse thématique comporte deux fonctions¹⁵⁸ ; celle de repérage qui consiste à relever tous les thèmes pertinents des entretiens en lien avec les objectifs de la recherche ; et celle de documentation qui consiste à éclaircir certains thèmes et à en relever les récurrences et les regroupements. Les thèmes choisis permettent donc de classer les propos des différents participants et de structurer le corps du chapitre « analyse ».

L'élaboration de l'analyse descriptive des corpus ci-dessous est traitée en regard de la problématique, du cadre conceptuel ainsi que de la méthodologie. Cette partie du mémoire de fin d'études constitue une étape-phare et essentielle dans l'atteinte des objectifs de la recherche, à savoir l'identification des facilités et difficultés de l'infirmière, d'une part dans la pratique et l'application des soins de développement, d'autre part dans sa relation avec les professionnels de la santé, les parents et les prématurés. Ces deux objectifs constituent le fil conducteur de toute la démarche d'analyse, établissent une cohérence avec le reste du travail et répondent à la question centrale de recherche.

Deux grands thèmes sont analysés et regroupés en fonction des hypothèses. Ils se subdivisent en sous-thèmes qui clarifient le thème analysé. En outre, différents sous-titres figurent dans chaque sous-thème et font ressortir l'idée générale soulignée par les infirmières.

¹⁵⁷ PAILLE, P., MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Edition Armand Colin, 2^{ème} édition : Paris (Montparnasse), 2008, p. 161. ISBN : 978-2-200-35441-1.

¹⁵⁸ Ibid.

5.1 Démarche préparatoire

Après avoir interviewé sept infirmières dans chaque hôpital et enregistré leurs propos, ma collègue et moi avons effectué une retranscription minutieuse de tous les entretiens, c'est-à-dire que chaque mot, rire, silence et intonation a été inscrit. De plus, cette retranscription s'est faite directement après la réalisation des entretiens afin de ne pas perdre des données et d'éliminer le risque de transformation de propos.

Par la suite, plusieurs lectures de chaque entretien ont été entreprises dans le but de s'en imprégner et de repérer les termes-clés en lien avec les objectifs de la recherche et ceux sur lesquels les infirmières interrogées insistaient particulièrement. Le but de cette étape consiste à mettre en évidence les éléments en lien avec les hypothèses de la recherche et à faire ressortir les passages importants du corpus, dans le but d'avoir un regard d'ensemble sur les propos des participantes et ainsi que de permettre l'émergence de l'ensemble des thèmes. C'est pourquoi une grille d'analyse¹⁵⁹ a été construite, afin de faciliter l'exploitation des données.

5.2 Synthèse thématique

Pour réaliser l'analyse de cette recherche, les deux objectifs du mémoire, les thèmes identifiés lors de la lecture des corpus et les questions principales posées lors des entretiens ont été relevés et mis en évidence dans le tableau synoptique ci-dessous. En effet, cela nous a permis, à ma collègue et moi, d'analyser les réponses de chaque participante par rapport aux différents thèmes identifiés. Ces derniers ont été insérés dans le tableau synoptique en fonction de la grille d'analyse et constituent le fil conducteur. Bien que nous étions ouvertes à l'émergence d'autres thèmes, aucun thème supplémentaire n'a été trouvé et n'apparaît donc au cours de l'analyse. Le tableau synoptique met en évidence les hypothèses et présente les thèmes, les sous-thèmes, les objectifs ainsi que les questions principales de la grille d'entretien. En outre, certaines de ces questions ont été traitées séparément dans l'analyse en ce qui concerne la prise en charge des parents et des prématurés et la collaboration infirmière et médicale. Ces thèmes ont donc été abordés de façon individuelle, afin de faciliter l'exploitation des données en regard des nombreuses informations apportées.

¹⁵⁹ Un exemple de grille d'analyse a été inséré sous l'annexe VIII.

5.3 Tableau synoptique

Thème 1	
Pratique et application des SD	
Objectif : Identifier et considérer les facilités et difficultés de l’infirmière au niveau de la pratique et dans l’application des soins de développement	
Sous-thème	
SD : définition, objectifs, soins utilisés	
Questions : Pouvez-vous me définir votre notion de « soins de développement » ? Comment en avez-vous eu connaissance ? Pouvez-vous me donner votre positionnement par rapport à votre prise en charge infirmière des nouveau-nés prématurés avec les SD en termes d’utilité et d’efficacité des soins ?	
Sous-thème	
Organisation de l’infirmière	
Question : J’aimerais parler plus précisément de l’organisation des soins. Pouvez-vous me préciser les difficultés et les facilités que vous rencontrez dans votre organisation journalière par rapport aux SD ?	
Sous-thème	
Vécu professionnel	
Question : J’aimerais maintenant que vous m’expliquiez comment vous vous sentez dans votre rôle de professionnelle en utilisant les SD ?	
Thème 2	
Relations au travail et avec les usagers	
Objectif : Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l’infirmière au niveau relationnel avec l’équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l’utilisation des SD	
Sous-thème	
Collaboration/relation infirmières	
Question : J’aimerais également que vous m’expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l’équipe infirmière par rapport aux SD.	
Sous-thème	
Collaboration/relation infirmières et médecins	
Question : J’aimerais également que vous m’expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l’équipe infirmière et médicale par rapport aux SD.	
Sous-thème	
Prise en charge/relation avec les parents	
Question : Pouvez-vous me décrire votre prise en charge des parents au travers des SD ?	
Sous-thème	
Prise en charge/relation avec les prématurés	
Question : Pouvez-vous me décrire votre prise en charge des prématurés au travers des SD ?	

5.4 Analyse des corpus

L'analyse des données se divise en deux grandes parties selon mes hypothèses de recherche et suit les thèmes présentés ci-dessus dans le tableau synoptique. Elle commence par l'analyse du vécu de l'infirmière par rapport à la pratique et à l'application des soins de développement. Ce thème est traité en regard de l'hypothèse 1 qui porte sur les contraintes de pratique et d'organisation des soins de développement pour les infirmières. En outre, il cible différents sous-thèmes concernant la définition que donnent les infirmières des soins de développement, leur organisation journalière des soins et leur vécu professionnel.

Ensuite, le thème des relations des infirmières au travail et avec les usagers est abordé, thème qui se réfère aux hypothèses 2 et 3 portant sur l'aspect relationnel du travail de l'infirmière. Les sous-thèmes liés au thème 2 concernent la collaboration et les relations qu'entretiennent les infirmières entre elles dans la pratique des soins de développement ainsi que les relations qu'elles vivent avec les médecins, toujours dans l'application de cette méthode. Ils sont traités en regard de l'hypothèse 2.

Enfin, les deux derniers sous-thèmes se réfèrent à l'hypothèse 3 et concernent la prise en charge des parents par les infirmières avec les soins de développement et leur relation avec eux, puis la prise en charge des prématurés par les infirmières au moyen de ces soins.

Comme expliqué plus haut, l'ensemble des sous-thèmes sera en outre subdivisé par des sous-titres présentant les idées générales émanant des entretiens et se structurant le plus souvent selon l'organisation suivante : présentation des faits, interprétation et retour à la théorie, puis avis personnels.

Afin de simplifier la lecture de l'analyse suivante, les propos des participantes seront mis en italique et entre guillemets.

5.4.1 Pratique et application des soins de développement

Thème 1
<p>Pratique et application des SD</p> <p>Objectif : Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement</p>

Le but du thème cité ci-dessus consiste à savoir quelles difficultés et quelles facilités les infirmières rencontrent dans la pratique et dans l'application des soins de développement. Ce thème contient trois sous-thèmes, à savoir la définition des soins de développement, l'organisation de l'infirmière et son vécu professionnel. Ainsi, ces derniers consistent à vérifier l'hypothèse 1 explicitée plus haut.

Hypothèse 1 : La pratique et l'application des soins de développement sont contraignantes pour les infirmières.

5.4.1.1 Définition des soins de développement, objectifs et soins utilisés

Sous-thème
<p>SD : définition, objectifs, soins utilisés</p> <p>Question : Pouvez-vous me définir votre notion de « soins de développement » ? Comment en avez-vous eu connaissance ? Pouvez-vous me donner votre positionnement par rapport à votre prise en charge infirmière des nouveau-nés prématurés avec les SD en termes d'utilité et d'efficacité des soins ?</p>

➤ *Les soins de développement, une définition difficile pour les infirmières*

La plupart des infirmières interrogées ont relevé des difficultés face à la définition des soins de développement. En effet, la majorité d'entre elles prenaient du temps pour répondre et réfléchissaient beaucoup avant de donner une définition. Il apparaissait donc clairement que ces dernières cherchaient les mots justes pour répondre correctement à la question posée.

Quelques infirmières affirment que la notion de « soins de développement » n'est pas très précise pour elles : « [...] Comme je n'ai pas eu vraiment de formation, c'est quelque chose d'assez général, ce n'est pas quelque chose de très précis ». D'autres expliquent : « [...] Ce qui est un peu plus abstrait, c'est le « Minimal Handling » parce que pour moi, le « Minimal Handling » c'est un peu le regroupement des soins, donc je ne vois pas ce que le « Minimal Handling » a de plus qu'un regroupement des soins... » ; « [...] A l'heure actuelle, j'ai intégré cela dans mes soins. [...] Je ne me rends pas forcément compte que je suis en train de faire du soin de développement » ; « Les soins de développement, [...] je les utilise sans en avoir forcément conscience ».

En outre, j'ai constaté qu'une infirmière donnait une définition approximative de ces soins, tout en étant hésitante et peu sûre d'elle. Elle comprenait dans cette méthode le fait notamment de changer le pampers de l'enfant. Cependant, au fil de l'entretien, les notions qu'elle m'a apportées ont mieux explicité ses dires et ont confirmé des connaissances solides sur le sujet.

Enfin, deux infirmières ont eu plus de facilités dans la définition : « Cela va être tout ce qui touche le bien-être de l'enfant, son confort, dans le but de faire des soins adaptés à sa prématurité et dans un climat qui se rapprocherait le plus près de l'enfant dans le ventre de sa maman ».

Ces problèmes de définition des soins de développement m'amènent à plusieurs constats. D'une part, j'ai été surprise face aux difficultés des infirmières à définir cette méthode en trouvant des termes appropriés car j'imaginais que les soignantes auraient beaucoup de choses à dire à ce sujet et m'apporteraient plus de précisions. Une difficulté similaire à donner une définition claire et précise des soins de développement a également été relevée dans la littérature car les recherches entreprises sur le sujet abordaient des éléments différents des soins de développement, ce qui a rendu complexe l'élaboration d'une définition globale pour ce travail. Cependant, au fil des entretiens, je me suis rendue compte que les soignantes avaient des notions conformes aux éléments de définitions, mais elles ne les rattachaient pas consciemment au concept de « soins de développement ». Face à ces imprécisions, je pense que l'intégration de cette méthode dans la pratique ne nécessite pas pour les infirmières de connaître et de définir exactement le terme « soins de développement ». En effet, celles-ci affirment les appliquer de manière inconsciente dans la prise en charge des prématurés. Ces soins s'y intègrent donc naturellement.

D'autre part, je pense que les soignantes n'ont peut-être pas disposé d'assez de temps et de calme pour répondre précisément à cette question. Comme je l'ai expliqué précédemment dans mon travail, les infirmières n'avaient que 30 minutes de libre pour l'interview et la charge du service était lourde. Il apparaît donc probable qu'une définition de ces soins était difficile pour elles car cela demande de l'attention et de la concentration. En outre, j'ai constaté que les deux infirmières qui ont eu le plus de facilités à répondre à la question avaient le plus d'années d'expérience professionnelle et comptaient parmi les plus âgées de l'échantillon choisi (31 ans et 40 ans). Cette constatation peut s'expliquer par le fait que les soins de développement ont émergé en Europe dans les années 90 et, à travers leur carrière professionnelle (toutes les deux ont travaillé avec les enfants avant leur entrée dans le service étudié), elles ont pu peut-être mieux les intégrer et les conscientiser au fil du temps, ce qui a rendu l'élaboration d'une définition plus aisée. De surcroît, elles ont également pu vivre les changements de pratiques au fil des années et ainsi mieux cibler les interventions positives pour les prématurés.

Personnellement, malgré ces difficultés de définition, je trouve que les infirmières ont bien intégré la notion de soins de développement dans leur pratique. Il s'avère donc important, selon moi, qu'elles puissent faire des actions conscientisées pour mieux intégrer l'ensemble de ces soins.

➤ *Le confort de l'enfant, une notion importante pour les infirmières*

Les définitions et les objectifs des soins de développement donnés par les infirmières présentent de nombreux aspects. Malgré diverses définitions apportées, une notion commune ressort de tous les entretiens visant l'objectif de ces soins : le confort de l'enfant. Voici quelques propos recueillis : « [...] Les soins de développement, c'est pratiquer des soins sur un bébé tout en tenant compte de son confort, du stress, [...] » ; « L'objectif des soins de développement, c'est de les aider à se développer, mettre un environnement confortable aussi. Cela fait aussi partie que l'enfant soit confortable, le plus possible par rapport à ce qu'on leur fait à côté ».

Cependant, la plupart des définitions se réfèrent à plusieurs autres éléments : quelques infirmières intègrent la notion d'aide au développement de l'enfant : « *Les soins de développement sont [...] tout ce que tu peux mettre en place pour permettre à l'enfant de se développer normalement malgré sa prématurité* » ; de plus, la majorité des soignantes font référence au regroupement de l'enfant : « *Il faut penser à regrouper l'enfant, pour qu'il ne s'agite pas trop dans tous les sens et qu'il soit perdu dans l'espace. [...] Je trouve que c'est vraiment très bien parce qu'on voit au début, quand ils arrivent, [...] qu'ils sont un peu perdus, qu'ils écartent les bras, qu'ils sont stressés en fait. [...] Utiliser les coussins, mettre les snuggles¹⁶⁰, cela les calme, les regroupe* » ; d'autres éléments sont encore soulignés par les infirmières, notamment la prise en charge de la douleur et la diminution du stress de l'enfant : « *La douleur, on a aussi exploré. On est plus vigilant pour donner par exemple du glucose avant de piquer un enfant, de lui donner la lolette, de lui parler* ». Une autre parle des échelles utilisées pour évaluer la douleur.

Je constate tout d'abord que quelques définitions des infirmières se rapportent au développement de l'enfant. Ces définitions rejoignent tout à fait celle d'Aita et Snider, qui considèrent les soins de développement comme « des interventions [...] adaptées aux besoins du développement du nouveau-né prématuré »¹⁶¹. En effet, une des notions principales de cette méthode concerne l'utilisation d'interventions favorisant et aidant le développement de l'enfant. Martel et Milette en font également référence en expliquant que le but de ces soins est de soutenir chaque nouveau-né prématuré en le respectant, afin qu'il développe des compétences physiques, cognitives et comportementales¹⁶².

Ensuite, j'observe que l'intervention des soins de développement citée le plus fréquemment chez les infirmières concerne le regroupement de l'enfant. J'ai remarqué que cette notion était bien intégrée chez les soignantes du service lors de mes deux journées d'observation. En effet, ces dernières veillent toujours à regrouper le bébé prématuré et sont attentives aux interventions pouvant générer du stress chez lui, comme par exemple le fait de lui parler doucement avant et pendant le soin, d'ouvrir et de fermer avec délicatesse les portes de l'incubateur, de placer une couverture sur l'incubateur, etc. En outre, cela m'a permis de voir les effets d'un bon positionnement. La plupart des enfants mal positionnés pleuraient et l'infirmière, en regroupant et en replaçant correctement le prématuré dans l'incubateur, contribuait à le calmer. Cet élément a été confirmé par les personnes ressources des deux hôpitaux qui affirment qu'« en respectant la manière dont on manipule l'enfant, celui-ci est beaucoup plus calme et il dort mieux ».

¹⁶⁰ Le terme « snuggle » fait référence à un vêtement que les infirmières mettent au nouveau-né. Celui-ci permet de maintenir l'enfant et de l'envelopper.

¹⁶¹ AITA, M., SNIDER, L., 2003. *The art of developmental care in the NICU : a concept analysis*. Cités par MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 78. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁶² MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

De plus, la prise en charge de la douleur et la diminution du stress de l'enfant sont des éléments importants pour les infirmières. En effet, la douleur chez le nouveau-né a beaucoup été explorée au travers de la littérature et a longtemps été négligée¹⁶³. Cependant, à l'heure actuelle, elle est reconnue et prise en compte. Les interventions des soins de développement intègrent plus facilement le terme « stress » que « douleur » car cette dernière entraîne une surstimulation provoquant de ce fait des réactions de stress chez le prématuré. La réduction du stress constitue donc une notion primordiale dans la définition des soins de développement, notamment chez Sizun et ses collaborateurs¹⁶⁴. En outre, Martel et Milette insistent beaucoup sur cette notion en expliquant les interventions bénéfiques pour le bébé prématuré¹⁶⁵. Cette approche s'accorde donc bien avec le mot « confort » car ce dernier sous-entend la diminution du stress.

L'abondance d'informations concernant les soins de développement me permet de percevoir la diversité d'opinions et le sens que chaque infirmière donne à ces soins. Personnellement, je trouve cet aspect intéressant car il conforte mes opinions dans la partie précédente. Ainsi, la signification du terme « soins de développement » dépend de l'interprétation que l'infirmière lui donne. On peut donc dire qu'il y a autant de définitions données que de personnes interrogées. Il est également dur de définir en quelques lignes la signification qu'on donne à un mot, surtout quand elle comporte de nombreux éléments. Malgré tout, selon moi, les infirmières du service ont des notions appropriées des soins de développement, même si elles ne les rattachent pas toutes aux mêmes termes. J'ai pu constater, au fil des entretiens, que ces dernières apportaient beaucoup d'éléments concrets en lien avec cette méthode.

➤ *Les soins de développement : un concept intégré dans les soins*

A la lumière des entretiens, je peux dire que toutes les infirmières du service pratiquent les soins de développement quotidiennement de façon fréquente : « [...] Je suis attentive à toute forme de stimuli, donc on met des couvertures, on cache les yeux des enfants si la lumière est trop agressive, [...] on va faire attention à son positionnement. [...] ». Les soignantes font leur possible pour une application consciencieuse de cette méthode : « [...] C'est vrai que je suis aussi attentive quand ça sonne. [...] Je vais assez rapidement éteindre les alarmes ». Par contre, certaines relatent qu'elles ne peuvent pas appliquer parfois certains soins, notamment la succion non-nutritive : « [...] Comme dans la stimulation orale, [...] on devrait le faire avant chaque repas, mais parfois c'est juste impossible » ; « [...] la succion non-nutritive, [...] parfois j'oublie un petit peu. [...] Si un enfant mange toutes les deux heures, s'il dort entre deux, je ne

¹⁶³ TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.agepa.surdite.org/revue/161.htm>

¹⁶⁴ SIZUN, J. [et al.], 2002. Evaluation de l'impact médical des soins de développement. Cités par MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁶⁵ Ibid.

vais pas forcément le réveiller pour lui donner quelque chose par la bouche. Si j'estime que l'enfant dort, je le laisse dormir ».

De plus, au moment des entretiens, j'ai cité une liste des soins de développement sur laquelle les infirmières devaient cibler les réponses. En effet, afin de clarifier le sujet, j'ai fait une liste de tous les soins de développement pratiqués au sein de l'hôpital selon les dires de la personne ressource du canton de Vaud. Sur les sept infirmières interrogées, une seule a remis en cause un élément de cette liste, à savoir l'intervention portant sur la diminution du bruit et le fait d'éteindre les alarmes. *« Je ne mettrais pas certaines alarmes sont arrêtées », je dirais même pas du tout. Ce n'est pas du tout appliqué dans le service ».* En effet, selon cette dernière, il y a de gros efforts à faire concernant la diminution du bruit dans le service. Elle exprime qu'il y a beaucoup d'alarmes dont les infirmières pourraient se passer et qui ne peuvent être annulées. Elle cite les pousse-seringues¹⁶⁶ pour donner un exemple. Ces propos me font réfléchir par rapport aux exigences du métier et à l'application des soins de développement. Effectivement, je pense qu'il est difficile pour une infirmière de devoir conjuguer l'urgence avec la pratique de cette méthode. A mon sens, les soins de développement ne peuvent pas toujours être appliqués à la lettre car des priorités interviennent. En outre, selon les urgences intervenant auprès d'un enfant, la soignante passe moins de temps auprès des autres prématurés, ce qui limite l'application des soins de développement et empêche une mise en pratique stricte. On ne peut donc éviter un peu de stress chez les nouveau-nés. Cependant, les alarmes des pousse-seringues indiquent le plus souvent la fin d'une perfusion ou le mauvais écoulement du liquide et ne signalent donc pas une urgence vitale pour les bébés prématurés.

Les propos des infirmières montrent qu'elles ne font pas de la résistance, comme cela s'est passé dans l'équipe de soignantes étudiées par Mambrini et ses collaborateurs¹⁶⁷. Ces derniers affirment qu'au centre d'unité de réanimation néonatale et pédiatrique de Brest (en France), il y a eu une grande résistance aux soins de développement de la part de l'équipe infirmière. En outre, les soignantes de mon échantillon font leur possible pour appliquer au mieux cette approche, mais certains facteurs les en empêchent parfois, comme par exemple le manque de temps, la charge de travail et l'état de l'enfant¹⁶⁸.

¹⁶⁶ Un pousse-seringue est un appareil servant à injecter par voie veineuse des médicaments ou des produits.

¹⁶⁷ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

¹⁶⁸ Ces éléments seront repris au sous-thème « Organisation de l'infirmière ».

➤ *Une efficacité et une utilité des soins de développement approuvées*

La représentation des infirmières sur les soins de développement regroupe chez toutes des aspects positifs. En voici quelques exemples : « [...] *C'est la jolie partie ! Par rapport au fait de faire des prises de sang, des soins agressifs...* » ; « [...] *Je pense que c'est un peu ce qui fait que nos soins sont de qualité ou pas, parce que cela va influencer le développement de l'enfant [...]* ». Toutes les infirmières se positionnent donc clairement face à l'efficacité et à l'utilité de ces soins : « [...] *C'est clair que c'est indispensable ! [...]* » ; « [...] *Je suis entièrement d'accord, entièrement adhérente à faire les soins au minimum de bruit, à la façon de regrouper l'enfant, de donner un peu de glucose avant les soins douloureux, de mettre la couverture, moi j'adhère complètement à cela [...]. Je pense que c'est efficace, l'enfant est de toute façon plus calme* ». Cette notion de calme est également exprimée par trois autres infirmières.

La littérature confirme de façon claire la position des soignantes sur l'utilité et l'efficacité des soins de développement. Martel et Milette relatent d'ailleurs que ces derniers sont essentiels¹⁶⁹. Ces avis rejoignent ceux de la personne ressource du canton du Valais qui affirme que les soins de développement améliorent la prise en charge du bébé prématuré, « humanisent » les soins, favorisent un développement harmonieux de l'enfant et limitent les conséquences négatives dues à l'environnement néonatal. En outre, l'efficacité de cette méthode est exprimée par la personne ressource du canton de Vaud : « [...] Ils ont un visage plus détendu ».

Personnellement, je suis convaincue de l'efficacité de ces soins. J'ai pu constater, lors de mon observation, certains comportements de la part des prématurés, notamment le calme obtenu lors du repositionnement ou lors de l'administration de glucose 30%. Il est clair pour moi que les interventions des soins de développement apportent un effet positif. J'ai également observé les signes de stress que certains bébés rencontraient, notamment lors d'un soin qu'une infirmière effectuait. Cette dernière avait dû enlever la couverture de l'incubateur, impliquant chez le nouveau-né une réaction forte au niveau visuel avec une fermeture des yeux, des pleurs et de l'agitation. Aussi, suite aux nombreuses lectures entreprises, je ne doute plus de l'utilité des soins de développement, bien que des études soient encore nécessaires à ce sujet.

En outre, je trouve que l'« humanisme » décrit par la personne ressource du canton du Valais est prépondérant dans la prise en charge car il fait référence à un des rôles de l'infirmière développé précédemment dans mon travail : « Défenseuse des droits et soins de l'enfant et de la famille ». Cette fonction indique, selon moi, le confort et le bien-être du prématuré. C'est pourquoi ce terme me paraît important à expliciter car il concerne une théorie appelée « humanisme ». Selon Carl Rogers, « la personne humaine est [...] dotée d'une force primitive fondamentale naturellement positive qui la pousse à se

¹⁶⁹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

développer »¹⁷⁰. Je peux donc m'avancer, à travers cette définition, en disant que les soins de développement permettent justement d'améliorer et de renforcer la force positive poussant le prématuré à se développer. Cette méthode respecte donc les besoins du bébé et tient compte de ses ressources, ce qui amène à une prise en charge « humaniste ». De plus, le concept « soins de développement » explique en quelque sorte que le prématuré vit des expériences. De ce fait, il est important que ces expériences soient positives pour l'enfant. Il paraît donc essentiel de respecter son rythme et de lui éviter des surstimulations. Par ailleurs, j'estime que l'individualisation des soins en fonction des besoins de chaque enfant, rend cette méthode de soins plus « humaine », car elle s'applique au détriment des soins techniques. En définitive, cette notion « d'humanisation des soins » participe au renforcement positif du vécu de l'infirmière au travers des soins de développement.

¹⁷⁰ ROGERS, C. Cité par BEE, H., BOYD, D. *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc., 3^{ème} édition : Paris, 2008, p. 21. ISBN : 9782761326360.

5.4.1.2 Organisation de l'infirmière

Sous-thème
<p style="text-align: center;">Organisation de l'infirmière</p> <p>Question : J'aimerais parler plus précisément de l'organisation des soins. Pouvez-vous me préciser les difficultés et les facilités que vous rencontrez dans votre organisation journalière par rapport aux SD ?</p>

➤ *Une prise en charge axée sur l'organisation et l'enfant*

La totalité des infirmières disent porter une attention particulière à l'organisation de la journée dans leur prise en charge des enfants prématurés : *« C'est vrai que le matin, dans la prise en charge, je regarde quels soins, quelles grosses choses je dois faire. La toilette, le kangourou, si c'est plutôt le matin, l'après-midi. Après je vais voir pour ne pas faire trop de choses le matin et plus rien l'après-midi. Après on regarde aussi en fonction de l'évolution de la journée, si l'enfant est bien ou s'il est plus fatigué, peut-être moins faire ou plus faire... »*.

On constate donc que les infirmières se montrent attentives aux surstimulations que l'enfant peut subir. Comme je l'ai expliqué dans le cadre conceptuel, il existe sept sources de surstimulations pour le nouveau-né prématuré (tactile, vestibulaire, olfactive, gustative, auditive, visuelle et motrice). Le témoignage des infirmières fait référence à plusieurs de ces sources, dont certaines ressortent plus. La surstimulation tactile est souvent citée à travers l'importance que les infirmières accordent au regroupement des soins. En effet, l'organisation de leur travail repose sur une vigilance portée aux soins à l'enfant. Comme énoncée plus haut par une infirmière, l'organisation repose notamment sur le fait de regrouper les soins et de les répartir dans la journée. Les surstimulations auditives et visuelles sont également souvent citées par les soignantes qui veillent au bruit ambiant et qui placent une couverture sur les incubateurs.

Par contre, j'ai remarqué, à travers les propos des infirmières, que celles-ci ne parlaient pas du tout des surstimulations olfactives et gustatives dans leur prise en charge, peut-être par oubli ou par manque d'attention lié à ces stimuli. En effet, ces derniers revêtent beaucoup d'importance en terme de bien-être. Les parfums des professionnels de la santé ou les produits utilisés dans l'unité néonatale (Bétadine®, désinfectants pour les mains) peuvent créer une surstimulation chez les enfants. Ces odeurs peuvent les déranger et entraîner des signes de stress. La surstimulation gustative, en outre, peut causer des signes de stress en raison de manipulations douloureuses faites autour de la bouche (insertion du tube de gavage par exemple ou soins d'hygiène). Cette

constatation me pousse à penser que l'attention portée au bien-être de l'enfant dépend grandement de notre propre sensibilité face aux divers stimuli. En effet, le peu de référence porté à la surstimulation olfactive et gustative trouve une explication selon moi. Les soignantes, habituées aux odeurs environnantes et aux gestes techniques, ne se rendent peut-être pas compte de la surstimulation qu'entraînent les produits utilisés et les manipulations faites autour de la bouche de l'enfant. Une prise de conscience me paraît donc essentielle pour le respect de la méthode.

➤ *Le temps, la charge de travail et l'état de l'enfant, sources de difficultés pour les infirmières*

Les infirmières n'ont pas exprimé clairement leurs facilités par rapport à l'organisation, même si ces dernières sont sous-entendues dans leur propos. Cependant, diverses difficultés sont nommées. Cinq soignantes trouvent que la notion temporelle est un élément influençant l'organisation des soins et qu'elle va de pair avec la charge de travail, comme je l'ai signalé plus haut dans mon analyse. Une infirmière raconte en parlant des soins de développement : « *Cela demande parfois un petit peu plus de temps, plus de disponibilité. Un kangourou par exemple, selon l'effectif qu'on est, peut être difficile d'organiser de telle sorte que ce soit « secure »¹⁷¹ pour l'enfant et pour la mère* ». En effet, selon l'état du service et la charge de travail, l'infirmière n'aura pas la même disponibilité auprès de l'enfant.

Aussi, les soignantes racontent que des examens et des prescriptions peuvent être demandés en même temps selon la situation du service. Ces cas nécessitent donc une difficulté pour les infirmières qui doivent effectuer un soin assez rapidement. Une des infirmières relève d'ailleurs le fait de ne pas pouvoir regrouper les soins et une autre explique qu'elle doit parfois prendre moins de temps auprès de l'enfant : « *[...] Si tu as plein de soins qui tombent en même temps, tu vas peut-être plus te dépêcher, tu vas prendre moins de temps auprès d'un enfant* ». En outre, une infirmière relate que parfois, en raison du manque de temps, elle doit abandonner certains soins comme la stimulation orale par exemple, qui est plus « oubliée » par les infirmières¹⁷². « *[...] Une mise en kangourou ou une mise au sein, on va toujours prendre le temps, mais il y a d'autres petites choses qui me paraissent très importantes aussi comme la stimulation orale, où l'on n'a pas toujours le temps* ». Certaines soignantes trouvent cette difficulté frustrante dans leur pratique. « *[...] En terme d'efficacité, je pense qu'on pourra toujours en faire plus. Il y a des jours où l'on n'a pas le temps. C'est un peu frustrant* ».

De plus, plusieurs infirmières nuancent cette problématique temporelle en affirmant que la charge du service et le temps manquant varient selon les journées : « *Il y a des jours où ça va tout seul, tu arrives à t'organiser, à prendre le temps de faire tous les soins correctement. Et puis, il y a des jours où tu prends du retard. Cela dépend de l'état du service et du temps. On essaie toutes de faire le maximum, par rapport à faire les soins le plus correctement possible mais parfois, c'est la charge du service qui fait que tu dois abréger* ». Les infirmières ne semblent pas trouver cela anormal et cela ne les gêne pas de

¹⁷¹ Ce terme fait référence à la sécurité.

¹⁷² La stimulation orale fait référence à la succion non-nutritive par exemple.

façon constante dans leur travail. Par contre, une soignante souligne, au contraire, que le temps ne manque pas. « *Je trouve que ce qui est bien pour nous, c'est que l'on a deux à trois patients au maximum par infirmière et l'on peut vraiment plus s'axer sur les soins et sur les parents aussi, car c'est important de les intégrer* ».

Enfin, plusieurs infirmières relatent que l'état de l'enfant constitue une limite dans la pratique de soin car elles sont obligées de parer au plus urgent si l'état de ce dernier se péjore : « [...] *A ce moment, on va droit à la priorité par rapport à sa péjoration et je pense que dans ces moments-là, c'est moins appliqué* », signale une infirmière en parlant des soins de développement. Plusieurs autres soignantes font état de cet élément : « [...] *Je m'adapte en fonction de l'état de l'enfant. Un kangourou, tu ne pourras pas le faire à un enfant qui est très instable* ». Une autre constate : « [...] *Cela dépend de l'état général du patient en fait. Suivant si un bébé est instable, il y a des soins de développement que tu vas laisser tomber au profit de son état général* ».

Premièrement, comme les soignantes, je trouve que les soins de développement comportent des limites et doivent être adaptés à l'état de l'enfant. Cet aspect est relevé par la personne ressource du canton de Vaud qui définit les soins de développement comme « le fait de donner des soins à l'enfant par rapport à son développement et en tenant compte de ses ressources ». En outre, cela permet de mieux comprendre l'individualisation des soins et de justifier les buts généraux des soins de développement argumentés dans le cadre conceptuel. En effet, il s'agit de soutenir chaque nouveau-né de façon individuelle¹⁷³. Je trouve très important de souligner cet aspect car il rejoint un des buts fondamentaux de l'infirmière, à savoir la capacité à individualiser les soins. De plus, ce constat reprend celui de Martel et Milette qui soulignent que ces soins doivent être adaptés et appliqués à l'enfant selon ses besoins, le contexte et ses réactions comportementales. C'est pourquoi, un soin peut s'avérer efficace un jour et le lendemain ne plus l'être¹⁷⁴. Cette notion implique donc de la part de l'équipe soignante une réadaptation continuelle et une évaluation constante des besoins et des ressources de l'enfant, fonction qui rejoint le rôle de « coordinatrice des soins » visant la réduction des surstimulations.

Deuxièmement, les difficultés temporelles des infirmières me paraissent très importantes car dans la pratique, l'infirmière est souvent confrontée à ces problèmes. On entend souvent dire : « Je n'ai pas le temps ». Ce constat donne à réfléchir car les soins de qualité dépendent grandement de la disponibilité et de l'implication des soignantes. Je comprends donc aisément que ces difficultés temporelles puissent être frustrantes pour les infirmières qui doivent réorganiser leur travail et se centrer sur les soins prioritaires. Comme je l'ai relaté dans l'hypothèse 1, cette méthode demande un travail quotidien et un réaménagement permanent du temps. Ces interventions peuvent donc être contraignantes pour les infirmières qui ne peuvent appliquer cette méthode selon leurs désirs. En outre, ces difficultés sont mieux comprises au vu des

¹⁷³ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁷⁴ Ibid.

nombreuses interventions et sollicitations des infirmières pour une bonne application des soins de développement.

Cependant, un élément m'interpelle dans les propos des soignantes face au manque de temps exprimé par la majorité et les dires d'une infirmière exprimant le contraire. A ce sujet, je pense que les soignantes sont tout de même confrontées à cette problématique temporelle, même si elles prennent en charge peu d'enfants. Je rejoins donc l'opinion exprimée précédemment, à savoir que les infirmières ne peuvent éviter un peu de stress chez les prématurés, l'urgence étant prioritaire sur les soins de développement.

Personnellement, je trouve important de respecter dans la mesure du possible les rythmes de l'enfant et de lui apporter des soins de développement efficaces et appropriés. Cependant, je peux témoigner de la difficulté qu'engendre cette problématique au niveau du temps, car celle-ci est présente dans bien des établissements hospitaliers. En effet, il n'est pas toujours possible d'augmenter le personnel car on se confronte à différents problèmes, notamment des difficultés d'ordre économique et de recrutement de personnel infirmier (qui est un problème majeur à l'heure actuelle en Suisse). De plus, la charge de travail dépend des journées. Il est alors très difficile pour les employeurs de contrer ce problème car il n'est pas toujours permanent.

Selon moi, les infirmières du service appliquent du mieux possible les soins de développement et les difficultés relatives ne sont pas un problème majeur dans leur travail. Je trouve que toutes les soignantes font preuve de « philosophie » et sont conciliantes face à leurs difficultés.

➤ *D'autres difficultés pour les infirmières : le matériel et les parents*

La majorité des soignantes affirment que les locaux prévus à l'hôpital vaudois sont agréables et adaptés aux soins de développement. « *Nos locaux sont assez neufs, ils ne sont pas mal adaptés et ont été pensés pour ça* ». Cependant, trois d'entre elles trouvent qu'il n'y a pas assez de matériel. « *[...] Cela nous arrive de courir après des coussins d'allaitement tout bêtement* ». De plus, il manquerait des couvertures spéciales qui obscurcissent mieux l'intérieur des incubateurs. Des améliorations seraient à faire à ce sujet selon les mêmes infirmières. « *L'idéal serait que chaque enfant ait sa propre chambre pour limiter le bruit.* »

On peut citer également, comme autre difficulté, le partenariat avec les parents, relevé par deux infirmières. Ces dernières trouvent dur parfois de les intégrer dans les soins à leur enfant car, si ceux-ci ne respectent pas les heures fixées pour la mise au kangourou par exemple, elles verront leur programme modifié et cela engendrera des difficultés organisationnelles¹⁷⁵.

¹⁷⁵ Ces difficultés seront reprises au sous-thème « Prise en charge/relation avec les parents ».

Je constate que le matériel est un élément important dans l'application des soins de développement. Il faut non seulement modifier l'environnement de l'unité néonatale en évitant les surstimulations produites par la lumière, le bruit, etc., comme l'expliquent Martel et Milette¹⁷⁶, mais également avoir du matériel adapté. Tous ces éléments impliquent une réorganisation complète du service pour favoriser la pratique et l'application des soins de développement. Comme je l'ai constaté lors de mes deux journées d'observation et selon les propos des infirmières, les locaux prévus à l'hôpital vaudois tendent à s'adapter aux soins de développement, bien que les « chambres » ne soient pas séparées et que de grandes baies vitrées parcourent l'unité néonatale (les baignoires y sont accolées et ne respectent pas vraiment le concept de diminution de la luminosité). La personne ressource le signale également : « On n'est pas un service où l'on peut dire qu'on applique tout le temps les soins de développement ». Cependant, ce service est en plein essor et les propos de la personne ressource sont positifs au vu des changements qui se créent depuis le début de l'année 2010 (mise en place d'une nouvelle visite médicale et réfection de protocoles ciblés sur les soins de développement).

➤ *Une organisation sans source de stress*

Malgré les diverses difficultés énoncées plus haut, les infirmières sont claires en ce qui concerne leur vécu par rapport à l'organisation des soins : ces derniers ne sont pas stressants pour elles. En effet, la majorité des soignantes expliquent qu'elles se sentent à l'aise : « [...] *Moi, je me sens beaucoup plus à l'aise de travailler comme cela parce que je suis beaucoup plus détendue aussi. Si le temps me le permet, bien évidemment !* ». Certaines infirmières ne voient pas de difficultés et trouvent au contraire que l'organisation des soins se passe sans difficultés : « [...] *C'est assez facile de s'organiser* ».

D'autres encore affirment qu'elles se sentent satisfaites des soins donnés et que, grâce aux soins de développement, elles peuvent prendre plus de temps : « *Tu prends peut-être plus de temps à faire tes soins de développement, si tu veux vraiment faire des soins corrects* ». En effet, une infirmière relate qu'à son entrée dans le service, « [...] *c'était très stressant. J'oubliais certaines choses, je voulais bien faire mais voilà. Le temps aidant aussi, je me sens beaucoup plus à l'aise. Je n'ai pas trop de difficultés à intégrer cela dans les soins courants* ».

A travers les propos des soignantes, il est à noter tout d'abord que leur organisation n'est pas facteur de stress pour elles. Ce constat peut venir du fait que ces soins sont intégrés dans leur pratique quotidienne, comme je l'ai mentionné précédemment dans l'analyse.

En outre, j'ai observé que les deux infirmières qui avaient le moins d'expérience dans ce service de néonatalogie (une année d'expérience) insistaient sur une plus grande prise de temps pour faire les soins de développement. Ces affirmations m'amènent à réfléchir sur l'intégration de cette méthode auprès des infirmières d'un service. Ce concept de soins demande du temps et de

¹⁷⁶ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

l'expérience avant qu'il ne devienne naturel et automatique. La personne ressource de l'hôpital de Vaud explique que les soins de développement doivent devenir une habitude. « C'est là qu'on fait des choses sans réfléchir... Tant que cela ne devient pas une habitude, il y a toute une réflexion qu'on doit avoir ». De plus, selon les dires des infirmières, les soins de développement se sont intégrés au fur et à mesure dans le service, ce qui implique, pour les nouveaux collègues, un processus d'apprentissage et d'intégration moins aisé que pour les infirmières du service travaillant depuis plus longtemps. Cette observation a également été relevée précédemment par rapport aux infirmières ayant plus d'expérience professionnelle dans le service. Il est vrai que celles-ci ont eu moins de difficultés à définir les soins de développement, probablement en raison d'une meilleure intégration de cette philosophie de soins sur la durée et une meilleure conscientisation de cette approche globale. Une étude explique notamment ce processus et démontre que les soignantes ont besoin de temps pour changer leurs attitudes et pour se sentir plus à l'aise¹⁷⁷. On constate donc que l'apprentissage des soins de développement nécessite du temps de la part des infirmières.

¹⁷⁷ WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005, Volume 21, n°1, 41-48.

5.4.1.3 Vécu professionnel

Sous-thème
<p style="text-align: center;">Vécu professionnel</p> <p>Question : J'aimerais maintenant que vous m'expliquiez comment vous vous sentez dans votre rôle de professionnelle en utilisant les SD ?</p>

Avant d'analyser le sous-thème « Vécu professionnel », il est important de relever que les infirmières interrogées ont eu plus de peine à répondre à cette question. J'ai souvent dû utiliser les relances inscrites dans la grille d'entretien pour qu'elles m'apportent plus d'éléments. Je pense que la question du vécu professionnel est délicate en raison de la valeur émotionnelle qu'elle suppose. De plus, comme les infirmières semblaient stressées et que la charge du service était lourde, l'introspection s'avérait plus difficile pour fournir de plus amples informations.

➤ *Les soins de développement : une philosophie qui améliore le vécu professionnel*

Toutes les infirmières trouvent que les soins de développement sont gratifiants et satisfaisants. En effet, elles ont l'impression de faire du bien à l'enfant et de ce fait, leur vécu professionnel est positif. Une infirmière affirme que les soins de développement procurent une certaine satisfaction et sécurité dans le travail : « [...] *Tu apportes quand même quelque chose de positif à l'enfant* ». Une autre explique : « *Les soins de développement, c'est un rôle propre de l'infirmière. C'est peut-être quelque chose de valorisant pour nous, parce que ce n'est pas quelque chose que les médecins font. [...] On est un peu comme une barrière autour de l'enfant* ».

Cette dernière affirmation est intéressante car elle fait référence au rôle propre de l'infirmière qui se distingue clairement du rôle propre du médecin, à savoir la pratique des soins de développement. Cet élément rejoint certains auteurs de la littérature qui affirment que l'infirmière est la professionnelle de la santé la plus présente auprès du nouveau-né prématuré et c'est elle qui est directement concernée par le bien-être de ce dernier¹⁷⁸. De plus, c'est elle qui interagit le plus souvent avec lui ainsi qu'avec sa famille¹⁷⁹.

¹⁷⁸ DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁷⁹ Ibid.

En outre, le terme « barrière » soulevé par l'infirmière citée ci-dessus m'interpelle. Je comprends cette image plutôt comme une protection autour du bébé prématuré. Je pense que les infirmières, étant plus proches de l'enfant, se considèrent comme des « protectrices » vis-à-vis de lui. Ce dernier, fragile et vulnérable, est soumis à toutes sortes de stimuli qui renforcent cette impression de vulnérabilité. Les soignantes se considèrent donc peut-être comme une « barrière de protection » autour du bébé. C'est pourquoi elles veillent à l'environnement régnant dans l'unité néonatale et elles appliquent le plus possible les soins de développement (regroupement des soins par exemple).

➤ *Une confiance professionnelle améliorée grâce aux soins de développement*

J'ai pu également me rendre compte, à travers les réponses des infirmières, que leur confiance professionnelle se trouve améliorée par les soins de développement. Une soignante confirme cette affirmation : « [...] *Elle est améliorée dans le sens que je sais ce que je fais et pourquoi je le fais* ». Une infirmière, en parlant de la confiance, relate : « *Les soins de développement vont influencer le développement de l'enfant, son futur. Parfois, on a l'impression que ce sont des petits détails, par exemple donner du glucose 30% avant de faire une prise de sang, mais ce sont des choses qui sont hyper importantes. Donc je pense que c'est un peu le cadre de tout ce qu'on fait* ».

Ces propos me font penser à l'élément central de ma formation d'infirmière : devenir une praticienne réflexive. En effet, l'infirmière, à la fin de sa formation, doit être apte à réfléchir et à faire des liens dans sa pratique¹⁸⁰. L'étudiant est amené tout au long de ses études à prendre en charge globalement les patients en mobilisant ses connaissances pour effectuer des soins adaptés et respectueux. Je trouve donc que cet aspect mérite notre attention car en réfléchissant et en conscientisant leurs actions, les infirmières ne peuvent que tirer bénéfice des soins de développement. Effectivement, on a vu que ces dernières remarquent tout de suite les effets du regroupement de l'enfant quand celui-ci est stressé par exemple. J'estime donc motivant pour une infirmière de trouver écho à un soin adapté et respectueux.

➤ *La hiérarchie, source de difficulté pour les infirmières*

Peu d'infirmières relatent des difficultés dans leur vécu professionnel à proprement parler. La plupart des soignantes affirment qu'elles sont encouragées à pratiquer les soins de développement : « [...] *Il me semble qu'on est encouragée à le faire* ». Une seule infirmière dit avoir de la peine à diminuer tous les stimuli négatifs autour de l'enfant (gérer les alarmes, y répondre rapidement) et je pense que cette difficulté provient sûrement de son manque d'expérience dans le milieu (cette personne a une année d'expérience). En outre, plusieurs soignantes éprouvent des difficultés quand certains soins sont annulés par la hiérarchie¹⁸¹ et deux infirmières affirment qu'elles ont eu

¹⁸⁰ Pour plus d'informations sur les objectifs que l'étudiant doit atteindre, lire le référentiel des compétences se trouvant en annexe I de mon mémoire.

¹⁸¹ Le terme « hiérarchie » n'est pas précisé par les infirmières, mais en regard de leur propos, je pense qu'elles parlent de leurs supérieurs hiérarchiques (infirmiers(ères) responsables, infirmiers(ères) chef(fes), directeur(trice), etc.).

certaines barrières. En effet, elles ont commencé à faire des soins dans le service, qui ont été stoppés d'un coup car il était nécessaire d'avoir l'aval des cadres pour poursuivre leur pratique. Par exemple, une soignante explique qu'elle avait introduit des massages pour bébés dans le service et elle a été un peu freinée par rapport aux risques d'entérocolite nécrosante (voir lexique) : *« C'est quelque chose que j'avais introduit dans le service et puis on m'a un petit peu freinée par rapport à cela, parce que tout doit être basé sur des études scientifiques et au niveau des médecins, ils ont été réticents au niveau du risque d'entérocolite nécrosante »*. Ces infirmières expriment clairement qu'elles voudraient faire mieux mais qu'elles n'ont pas l'accord de la hiérarchie : *« [...] Parfois, cela pose un peu problème. Je ne suis pas la seule à qui cela pose problème. Il faut l'aval des cadres et puis des autres études qui sont faites, etc. C'est vrai, parfois on a l'impression qu'on pourrait faire mieux et puis à cause de certaines barrières justement, on n'a pas le droit de le faire. On a l'impression de faire moins bien que ce qu'on pourrait faire »*. Une autre infirmière relate : *« Disons que si vous voulez apporter le moindre changement, une proposition, une amélioration, c'est très compliqué »*.

Même si les massages pour bébés ne font pas partie intégrante des soins de développement, je trouve important de relever les difficultés des infirmières car, en regard de leur propos, il n'est pas aisé pour ces dernières d'amener de nouveaux soins, des changements ou encore des améliorations relatives aux soins de développement. Je comprends aisément que ces éléments soient une difficulté pour les infirmières car des propositions d'interventions basées sur des preuves demandent beaucoup de temps et d'investissement pour elles. Outre la charge de travail, ces dernières devraient encore s'informer et réunir des preuves suffisantes pour faire naître un projet. Ceci demande donc beaucoup d'énergie. De plus, la position des cadres est délicate car ceux-ci ne peuvent donner leur accord qu'avec la certitude de mesurer des effets positifs sans mauvaise surprise. Par ailleurs, les médecins doivent également donner leur accord pour qu'une pratique soit introduite. Ils ne veulent prendre aucun risque pour les patients. Ce constat paraît évident. C'est pourquoi je trouve judicieux d'avoir élaboré au sein de l'hôpital vaudois un groupe de travail sur les soins de développement composé d'infirmières motivées à faire des recherches à ce sujet. Cette solution constitue un bon compromis entre la hiérarchie et les soignantes. Malheureusement, certaines soignantes ne voient pas le bénéfice de ce groupe de travail¹⁸². Face à cette difficulté hiérarchique, les soignantes n'ont proposé aucune amélioration, mais ont exprimé les besoins cités ci-dessous.

¹⁸² Cet élément est repris ci-dessous dans « *Un besoin d'information et de formation de la part des infirmières* ».

➤ *Un besoin d'information et de formation de la part des infirmières*

Avant de parler de ce sous-titre, je vais relever le type d'information ou de formation que les infirmières de mon échantillon ont suivi. Il est ressorti des entretiens qu'aucune d'entre elles n'a reçu de formation sur les soins de développement. Cependant, certaines disent avoir eu des cours d'intégration parlant entre autres de ces soins. En effet, lors de leur arrivée dans le service, les nouvelles soignantes sont généralement encadrées par d'autres infirmières¹⁸³ pratiquant les soins de développement et elles reçoivent des cours sur la philosophie de soins du service et son fonctionnement. De plus, une infirmière a suivi une formation post-grade en néonatalogie¹⁸⁴, où les soins de développement ont été abordés. On constate donc que le besoin d'information et de formation prend là tout son sens, vu l'absence de formation relative à cette méthode.

La plupart des infirmières trouvent qu'il y a un manque de formation et d'information sur les soins de développement : « [...] *Il y a pas mal de petites choses où il faudrait un peu toutes se mettre au point et il manque dans le service une formation par rapport à cela. Pour uniformiser les soins de chacune* ».

D'autres infirmières mettent en évidence le manque de protocole existant pour la pratique des soins de développement, ce qui rend cette notion abstraite : « *Les soins de développement se font au quotidien mais un protocole véritablement, non. On nous parle, on nous le dit, on est attentif au positionnement, etc. Mais un protocole à proprement dit, non* ». Deux infirmières trouvent, au contraire, que ces soins sont très protocolés.

Enfin, certaines infirmières, en parlant des soignantes travaillant sur les soins de développement au sein de l'hôpital vaudois (groupe de travail), relatent : « *Maintenant, on n'a toujours pas eu au colloque des informations par rapport à ce qu'elles font, leurs pratiques, leur prise en charge. Cela manque* ». Une autre exprime : « [...] *Ce serait bien par exemple de faire des colloques qui présentent leurs travaux*¹⁸⁵ *pour qu'il y ait un peu plus de transfert de connaissances. Je trouve qu'il n'y a pas assez* ».

Premièrement, il paraît important d'explicitier le terme « protocole » cité par les infirmières. Ce dernier fait ici référence à des protocoles de soins et non pas des protocoles stricts règlementant l'organisation journalière des infirmières. En effet, ces dernières relatent un manque d'écrits sur les interventions à effectuer dans le cadre des soins de développement. Il y a donc un manque de protocole concernant certaines pratiques, ce qui reprend les propos des personnes ressources. Il est donc important de différencier et de définir le sens accordé à ce mot car, comme je l'ai expliqué précédemment dans mon travail, les soins de développement doivent être individualisés à chaque enfant et la mise en place d'un protocole strict sur la journée modifierait cette philosophie de soins, les prématurés ayant des besoins différents les uns des autres. Par ailleurs, des

¹⁸³ Cet élément est repris au sous-thème « Collaboration/relation infirmière ».

¹⁸⁴ Il s'agit du CAS en néonatalogie, dont j'ai fait référence au chapitre 4 « Méthodologie ».

¹⁸⁵ Les travaux auxquels l'infirmière fait référence s'adressent au groupe de travail « soins de développement » de l'hôpital vaudois.

changements sont survenus dernièrement à l'hôpital vaudois concernant les protocoles. En effet, les soignantes restructurent leurs pratiques de soins en privilégiant la mise en place de protocoles décrivant des interventions ciblées sur les soins de développement. Ce projet indique donc un investissement et une volonté du service à améliorer sa prise en charge des enfants.

Deuxièmement, je constate des divergences de pensées face au protocole. Certaines infirmières relèvent un manque et d'autres expriment l'existence d'un protocole strict. Je remarque que les années d'expérience n'expliquent pas ces différences d'opinions, l'infirmière de l'échantillon la plus « ancienne » exprimant un manque de protocole pour les soignantes « nouvelles ». Les infirmières ne ressentent donc pas toutes la même chose et n'ont pas les mêmes impressions. En outre, certaines éprouvent plus de facilités dans leur pratique et ne ressentent peut-être pas le besoin de bénéficier de plus d'informations. Ce serait donc peut-être problématique pour les nouvelles infirmières qui, du fait de leur manque d'expérience, auraient plus besoin de s'appuyer sur des écrits. Comme je l'ai exprimé plus haut, les collègues plus « anciennes » ont vécu le changement de pratiques et les ont peut-être mieux intégrées.

Troisièmement, je constate que les infirmières demandent plus de colloques pour le partage des connaissances sur les soins de développement. Cette difficulté liée au manque d'information est reprise par les propos de la personne ressource du canton du Valais qui trouve que la mise en place de colloques entre les membres de l'équipe pourrait favoriser l'intégration de la méthode dans le service. Les soignantes l'expriment en outre à travers leurs propos concernant le manque d'information du groupe de travail existant à l'hôpital vaudois. En effet, certaines infirmières passionnées par les soins de développement font partie d'un groupe qui fait des recherches sur cette méthode et qui constitue de ce fait, une ressource pour les autres infirmières. Or, selon ces dernières, peu d'informations leur parviennent de ce groupe et elles expriment un besoin d'information. C'est pourquoi, avoir un protocole auquel se référer permettrait d'améliorer encore plus la confiance professionnelle, car comme je l'ai nommé plus haut, les infirmières peuvent alors mieux conscientiser et réfléchir sur leurs actions et ainsi tirer des bénéfices des soins de développement améliorant de ce fait leur confiance professionnelle.

Personnellement, le transfert d'informations par le biais de colloques ou de formation sur les soins de développement constitue l'élément central pour une mise en pratique correcte de ces soins. J'estime que les infirmières devraient se former auprès de professionnels expérimentés en soins de développement et ayant eux-mêmes suivi la formation. En outre, afin de promouvoir l'application de ces soins et d'uniformiser les pratiques de chaque infirmière, une formation s'avère indispensable. Au vu de l'intérêt que portent les infirmières aux soins de développement, je pense qu'une formation serait riche d'enseignement et permettrait au service d'uniformiser la pratique de chacune, d'assurer une continuité des soins et d'atteindre une excellente qualité de prise en charge.

5.4.2 Relations au travail et avec les usagers

Thème 2
<p>Relations au travail et avec les usagers</p> <p>Objectif : Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des SD</p>

Le but du thème ci-dessus consiste à identifier les facilités et/ou difficultés de l'infirmière face à l'équipe pluridisciplinaire, aux parents ainsi qu'aux prématurés. Ce thème comporte quatre sous-thèmes, à savoir la collaboration de l'infirmière vis-à-vis de ses collègues, la collaboration vis-à-vis de l'équipe médicale, la prise en charge des parents par les infirmières, puis leur prise en charge des prématurés. Aussi, ce thème permet la vérification des hypothèses 2 et 3.

Hypothèse 2 : La pratique des soins de développement implique une relation plus difficile avec le personnel soignant pour les infirmières.

5.4.2.1 Collaboration et relation entre infirmières

Sous-thème
<p>Collaboration/relation infirmières</p> <p>Question : J'aimerais également que vous m'expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière par rapport aux SD.</p>

➤ *L'équipe, source d'entraide pour les infirmières*

La plupart des infirmières affirment qu'elles ont eu connaissance des soins de développement au fil de leur pratique et par l'intermédiaire de leurs collègues : « *On est jumelée au début, on est sensibilisée par les autres collègues* ». Une infirmière explique : « *En arrivant ici, c'est dans la pratique de tous les jours !* ». La majorité d'entre elles font appel aux ressources qu'elles peuvent trouver auprès d'autres soignantes qui sont « soutenantes » : « [...] *On est une grande équipe, on a beaucoup d'entraide entre nous [...]* ». Une autre exprime : « *En général, on essaie de former les jeunes qui arrivent dans le service [...]. La priorité, c'est l'enfant et sa famille, donc les nouvelles sont quand même un peu informées de tout ce que l'on peut faire dans le service, afin qu'elles aient les connaissances et les pratiques* ». Une infirmière exprime, en parlant de son vécu par rapport à la collaboration infirmière : « *Cela dépend tout de la situation avec les collègues. On est une très grande équipe aussi. Il y a des collègues qui sont plus ou moins spécialisées dans un domaine que dans l'autre, donc ce sont clairement des soutiens. Donc elles sont là pour cela aussi. En tout cas, ce n'est pas source de stress* ». En effet, il est important pour elles de pouvoir compter sur l'équipe car cette dernière constitue une source d'aide. « *Suivant la charge de travail, tu peux toujours faire appel à une collègue, soit pour un autre enfant, soit pour cet enfant dont tu t'occupes* ». Une autre exprime : « *C'est quelque chose d'agréable. Disons qu'on a l'impression de faire des projets de soins. C'est quelque chose qui unit un peu l'équipe, je pense* ».

A travers ces propos, je constate premièrement que l'apprentissage des soins de développement par d'autres collègues fait partie en outre des rôles de l'infirmière en néonatalogie. Selon certains auteurs, la fonction d'« enseignante » et de « leader » est primordiale¹⁸⁶. D'une part, ces rôles sont déterminants car ils constituent des ressources pour amener les infirmières à être sensibles aux soins de développement et à les promouvoir. La « collègue enseignante » représente un modèle pour ses collaboratrices et les étudiants. Je trouve cet aspect essentiel car en tant qu'étudiante, je me rends compte de l'importante ressource que représente « l'infirmière enseignante » lors des stages. D'autre part, comme je l'expliquerai plus tard dans l'analyse, la fonction de « leader » dépend en grande partie de la volonté de chacune à vouloir transférer les connaissances et à appliquer les soins de développement. Je peux faire un lien avec les difficultés exprimées par les infirmières lors de la définition de cette méthode et leur besoin de formation et d'information. Ces difficultés peuvent provenir de l'interprétation que les infirmières ont donnée à ces soins suite aux informations obtenues des collègues. En effet, comme les personnes ressources l'ont relaté, les soignantes adaptent la théorie des soins de développement en fonction de leur sensibilité personnelle. C'est pourquoi, une infirmière peut argumenter ses actions en fonction de son ressenti propre et sans s'appuyer sur un cadre de référence clair, même si celle-ci a reçu un enseignement de la part d'une soignante expérimentée ayant également ses actes sur son propre ressenti. En outre, une autre limite concerne la notion de soins de développement qui peut s'avérer différente d'une infirmière à l'autre, ce qui complexifie son application.

Deuxièmement, j'observe que le soutien mutuel des infirmières est un élément important auquel j'adhère. En effet, je trouve que la force d'une équipe provient du fait d'entretenir une certaine cohésion entre les membres la constituant. Il est non seulement important de conserver une bonne ambiance, mais aussi de pouvoir compter sur les collègues en cas de difficultés. Cette notion permet d'entretenir un climat sain et aidant. J'ai vécu plusieurs fois le manque de cohésion qui régnait dans une équipe lors de mes stages. Ceux-ci ont été difficiles pour moi en raison de l'ambiance. J'ai pu constater que ce genre de climat ruinait une équipe, entraînait une baisse de motivation terrible chez les infirmières et de ce fait, les patients ressentaient ces tensions. Les dires de ces derniers m'ont surpris car je ne m'imaginais pas à quel point ceux-ci pouvaient « capter » les difficultés de l'équipe. En outre, la qualité des soins s'en ressentait car le manque de cohésion des infirmières entraînait des propos contradictoires de leur part. J'ai été surprise plusieurs fois par ce genre de comportements qui entraînent chez les patients un sentiment d'insécurité ruinant la qualité des soins dispensés. Je trouve donc important de souligner la ressource qu'apportent certaines collègues car cela montre qu'une cohésion et une collaboration existent et ce, pour le bien de toute l'équipe et pour les patients.

¹⁸⁶ DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

➤ *Des pratiques de soins de développement différentes d'une soignante à l'autre*

La plupart des infirmières ont témoigné qu'elles allaient toutes dans le même sens par rapport aux soins de développement et qu'elles s'accordaient plutôt bien : « [...] *On essaie d'avoir une continuité dans les soins. [...] C'est bien d'aller toutes dans la même direction* ». Cependant, même si les infirmières ont les mêmes projets de soins et les mêmes objectifs dans leur pratique, plusieurs d'entre elles affirment que l'application de ces soins diverge entre elles. En effet, toutes les infirmières n'effectueraient pas de la même façon un soin : « *On a toutes les mêmes informations de ce que l'on peut faire. [...] Après, on n'a pas toute la même façon d'appliquer le protocole. Il y a des petites différences [...]. Pas tout le monde fait pareil* ».

Toutefois, ce ne serait ni un problème ni un obstacle pour les soignantes : « *D'une infirmière à l'autre, à la limite on s'en fout. Que la collègue ne fasse pas, c'est son problème. C'est dommage pour le bébé, mais cela ne nous regarde pas vraiment. Après oui, on peut essayer d'influencer, mais c'est seule la formation de toute l'équipe, ce n'est pas à notre statut même qu'on va mettre les collègues « à la page »* ». Il n'y aurait donc pas de problèmes à ce niveau pour les infirmières car elles ne collaborent pas souvent ensemble : « *Alors aux soins intermédiaires, c'est très rare que l'on collabore entre collègues [...]. C'est rare qu'on collabore ensemble pour faire un soin de développement* ».

Par contre, ces divergences de pratiques impliqueraient des difficultés pour certaines infirmières : « *Ce qui pourrait être un peu plus différent, c'est plus au niveau des parents, de voir qu'il y a une pratique qui se fait avec l'une et puis avec l'autre, les choses se feraient différemment. C'est plus un besoin des parents qu'on fasse toute la même chose [...]* ».

Le premier constat que je fais par rapport à ces divergences de pratiques concerne les raisons de ces différences. Ces dernières pourraient provenir d'un manque de connaissance de ces soins par les infirmières, comme l'exprime la personne ressource du canton de Vaud. Cette dernière donne un exemple en disant que les prématurés ont un cycle de sommeil d'environ 40 à 60 minutes et c'est cette phase-là qu'il faudrait respecter. Cependant, la personne ressource m'a indiqué que certaines infirmières ne réveillaient pas l'enfant pendant deux heures afin de respecter son sommeil, alors qu'elles pourraient réveiller l'enfant chaque 40 à 60 minutes.

Je remarque également, à travers ces propos, que l'infirmière en néonatalogie est assez autonome, ce qui m'amène à mieux comprendre la bonne collaboration éprouvée entre les soignantes. En effet, une infirmière indique qu'il est rare de collaborer avec une collègue aux « soins intermédiaires ». Cette affirmation explique, selon moi, l'absence de tensions relatives aux pratiques divergentes des infirmières. J'ai également pu considérer le rôle autonome des soignantes lors de mes deux journées d'observation. Celles que je suivais s'occupaient de deux à trois patients chacune et programmaient leur journée en fonction de l'enfant selon une organisation propre. En outre, elles assuraient le lien entre les prématurés, les parents et les autres professionnels. Leur rôle de « coordinatrice des soins » garantit donc une qualité de soins, mais comporte

certaines limites que j'ai nommées plus haut. Effectivement, l'autonomie contribue à une pratique différente et peut entraîner des difficultés, notamment au niveau des parents. Cet aspect rejoint l'importance de la cohérence au sein de l'équipe, car, comme une infirmière l'exprime, la famille perçoit ces divergences de pratique et peut se sentir peu sécurisée face à ces événements. En effet, s'ajoutent à l'ébranlement qu'engendre l'hospitalisation d'un enfant, les pratiques et les enseignements différents des infirmières. Bien que les conséquences de ces divergences soient minimales sur les prématurés, elles peuvent générer chez les parents du découragement et de l'impuissance face à ce qu'ils doivent appliquer « réellement » pour le confort de l'enfant.

➤ *La volonté dans l'application des soins de développement, une notion importante pour certaines infirmières*

La majorité des infirmières n'ont pas trouvé réponse par rapport aux obstacles qu'elles éprouvent vis-à-vis de la collaboration infirmière. Toutefois, le seul problème concernerait la volonté de chacune à pratiquer les soins de développement. Selon les soignantes, leur application dépendrait des convictions et des intérêts des infirmières face à l'utilité et à l'efficacité de ces soins. Une infirmière exprime en parlant des obstacles : « *Ce serait la volonté de chacune, les convictions je dirais... Seules les convictions peuvent faire obstacle.* Selon une autre, « *c'est l'intérêt de chaque personne, enfin, la compréhension qu'ils ont de l'utilité des soins de développement qui va être un frein ou non à notre collaboration* ».

Il est intéressant de faire le lien avec les propos de la personne ressource de l'hôpital vaudois. Selon cette dernière, la chose la plus importante pour appliquer les soins de développement est la volonté de chacune. Elle ajoute également qu'il faut de l'ouverture au changement et des capacités de réflexion pour parvenir à changer des habitudes de travail. De plus, Wielenga, Smit et Unuk affirment qu'il faut du temps pour changer les attitudes des infirmières¹⁸⁷. Hendricks-Muñoz et Prendergast, quant à eux, relatent que les infirmières percevaient leurs collègues infirmières et médecins comme les obstacles majeurs à l'implantation des soins de développement dans un service¹⁸⁸.

Ces propos corroborent donc les paroles des infirmières. Nous l'avons vu, ces dernières sont les plus proches de l'enfant et de sa famille et les soins s'effectuent au travers de leurs pratiques. Elles effectuent donc un travail qui leur impose certes des obligations, mais il n'en tient qu'à elles d'appliquer les soins. La pratique de ces derniers dépend donc clairement de leur volonté et de leurs convictions.

¹⁸⁷ WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005, Volume 21, n°1, 41-48.

¹⁸⁸ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

Aussi faut-il trouver une universalité de pratiques pour faire émerger des résultats positifs. En effet, la limite est subtile entre « le résultat du soin » et « la manière de faire le soin ». Dans le cas des soins de développement, un mauvais positionnement de l'enfant par exemple n'aura peut-être pas des conséquences à court terme sur lui, mais peut-être que des répercussions à long terme pourront survenir chez lui, surtout si l'enfant souffre d'anomalies¹⁸⁹. On peut comparer cette affirmation à un autre soin sans lien avec cette méthode. Prenons l'exemple d'une prise de sang. Certaines infirmières ont des pratiques différentes des autres mais au final, toutes les soignantes collectent du sang dans le tube. On constate donc que le résultat est identique. Or, si ce soin est mal effectué et que les règles d'asepsie ne sont pas respectées, le patient ne déclenchera pas de symptômes dans l'immédiat, mais il pourra déclarer quelques jours après une infection par exemple. Pendant ce temps, une infirmière peut considérer que son geste était correct, alors que l'hygiène n'était pas respectée. Cet exemple indique que la volonté seule ne suffit pas au développement et à la promotion des soins, encore faut-il dispenser des soins adéquats se référant à des normes pré-établies (protocoles, etc.) et à des connaissances actualisées, tout en conscientisant les conséquences des surstimulations et l'importance de cette méthode. Je trouve donc que, sans protocole strict et sans formation, il est difficile pour les soignantes, autant les « nouvelles » que les « anciennes », de trouver une juste mesure. C'est pourquoi, les améliorations qu'elles proposent reviennent sur une formation en soins de développement et plus d'informations sur ces soins à l'aide de colloques.

¹⁸⁹ BLACKBURN, S-T., VANDEN BERG, K-A., 1993. *Assessment and management of neonatal neurobehavioral development*. Cités par MARTEL et MILETTE, *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2 & GRENIER, A., 1988. *Prévention des déformations précoces de hanche chez les nouveau-nés à cerveau lésé*. Cité par ibid.

5.4.2.2 Collaboration et relation entre infirmières et médecins

Sous-thème
<p>Collaboration/relation infirmières et médecins</p> <p>Question : J'aimerais également que vous m'expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière et médicale par rapport aux SD.</p>

➤ *Une collaboration avec les médecins sans stress pour les infirmières, mais certains obstacles en lien avec les visites médicales*

Les relations des infirmières envers l'équipe médicale se déroulent sans stress pour toutes les soignantes : « *Pour moi, ce n'est pas du tout source de stress* ». Une autre infirmière indique : « *[...] On travaille dans le même sens, on pense au développement de l'enfant et à son bien-être* ». Il est clair que pour elles, la collaboration avec les médecins n'est pas source de tension. Cependant, certaines infirmières insistent plus sur l'argumentation de leurs actions auprès des médecins pour une meilleure collaboration. Une infirmière répond : « *Assez bien. En général, si on argumente pourquoi on veut faire telle ou telle chose de telle manière, c'est bien pris. Après, c'est selon les médecins* ». Une autre ajoute : « *[...] Si on a des arguments, les médecins comprennent* ». Plusieurs infirmières expliquent, par contre, que certains médecins sont plus ouverts et que la collaboration dépend de ces derniers.

En outre, certains obstacles surviennent quand les médecins veulent ausculter les enfants. Parfois, les soignantes doivent les recadrer par rapport aux horaires des soins : « *[...] C'est vrai qu'on met des limites parfois quand ils veulent venir examiner l'enfant, alors que ce n'est pas l'heure des soins ou qu'ils viennent les déranger entre les repas. Là, on recadre un peu* ». Une autre infirmière explique que des tensions surviennent de temps en temps : « *Parfois, il y en a qui veulent absolument ausculter l'enfant parce qu'ils veulent faire leur feuille d'ordre et pour eux, il faut qu'il le voit pour faire la feuille d'ordre* ». Une soignante explique également qu'elle éprouve de la difficulté quand il y a des changements de médecins chaque six mois et que ce n'est pas facile de leur expliquer leur travail, d'autant plus qu'ils sont moins attentifs aux soins de développement. Ce problème rejoint les difficultés de deux autres infirmières qui affirment que cette méthode n'est pas abordée avec les médecins. En effet, ceux-ci sont moins sensibilisés que les infirmières à ce niveau : « *[...] Lorsque les médecins viennent, ils vont prendre un temps pour parler de l'enfant, mais au niveau des soins de développement, ils ne s'attardent pas. Donc, quelque part, c'est comme si au niveau médical, ils sont un peu moins sensibles que les infirmières [...]. Ils vont être peut-être moins attentifs aux soins de développement, c'est une évidence* ».

Les difficultés exprimées ci-dessus rejoignent en partie celles exprimées par les personnes ressources qui affirment que la collaboration avec les médecins est plus difficile en raison des heures choisies pour ausculter l'enfant. En outre, la personne ressource de l'hôpital du Valais relate : « Il a fallu batailler avec les médecins pour leur faire accepter cette méthode de soins ». En ce qui concerne la personne ressource du canton de Vaud, elle signale également qu'au début, les médecins ne comprenaient pas certaines pratiques. Cependant, les raisons étaient totalement différentes et les tensions venaient plus d'une compréhension divergente des soins de développement par les infirmières. Je constate également, selon les dires des infirmières, que les soins de développement ne sont pas abordés avec les médecins. Ces propos me font penser, à nouveau, à un article de Hendricks-Muñoz et Prendergast, qui relate que les infirmières perçoivent leurs collègues infirmières et médecins comme les obstacles majeurs à l'implantation des soins de développement¹⁹⁰.

Le terme « batailler » exprimé par la personne ressource du canton du Valais mérite de l'attention car il revêt plusieurs significations. Pour ma part, je pense que la personne ressource soulève les difficultés de compréhension et d'adhésion des médecins par rapport aux soins de développement. Cette affirmation est renforcée par les propos d'une infirmière vaudoise qui dit que certains médecins comprennent mieux que d'autres. A mon avis, une prise en charge nouvelle nécessite des réadaptations de la part de toute l'équipe soignante et un changement des habitudes. Les médecins, ayant de nombreuses contraintes, ne voient peut-être pas d'un bon œil l'intégration de ces soins car des limites sont fixées concernant l'heure des visites médicales. Ils doivent donc se « plier » au rythme des prématurés et leur programme peut s'en trouver perturbé. De plus, le fait de devoir respecter les rythmes des patients n'est pas coutumier dans les hôpitaux. Il est vrai que les patients se retrouvant hospitalisés « subissent » les aléas et le rythme du service. Les repas et les soins sont déterminés par l'hôpital et les services. Les infirmières et les médecins travaillent donc selon leur disponibilité et selon une organisation bien précise. Cependant, la tendance s'inverse vis-à-vis des soins de développement. A ce moment, ce sont les infirmières et les médecins qui s'adaptent aux rythmes des prématurés. Cela peut créer une frustration et un obstacle pour certains professionnels de la santé, notamment les médecins. Je pense donc que ces éléments confirment les propos tenus par la personne ressource du canton du Valais.

A mon sens, l'intégration d'une méthode de soins doit prendre en compte tous les professionnels concernés par ces changements, dont les médecins. Les infirmières leur imposent certaines limites et elles constituent une barrière autour de l'enfant. Si l'équipe médicale n'est pas bien informée et si elle ne tolère pas la prise en charge des prématurés avec les soins de développement, ce projet peut créer des tensions.

¹⁹⁰ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

En outre, une amélioration a été proposée par une infirmière et concerne l'augmentation de réunions entre médecins et infirmières par rapport à ces soins. Il me paraît donc important de privilégier le contact et de transmettre les connaissances acquises par le biais de cours d'information ou de colloques, proposition approuvée par Hendricks-Muñoz et Prendergast qui affirment que des réunions concernant les soins de développement et réunissant les collègues médecins et infirmiers pourraient introduire et améliorer la pratique des soins de développement¹⁹¹. La personne ressource du canton du Valais pense également que ces colloques pourraient favoriser l'intégration de la méthode dans le service.

Je constate donc une fois de plus l'importance d'une bonne collaboration et d'une cohésion entre les équipes. De surcroît, le projet médical mis en place par le service vaudois contribuera sûrement à sensibiliser les médecins et à faciliter la fonction de chaque professionnel par rapport aux horaires de visite médicale.

¹⁹¹ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

Hypothèse 3 : La pratique des soins de développement implique une prise en charge plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières.

5.4.2.3 *Prise en charge et relation avec les parents*

Sous-thème
<p>Prise en charge/relation avec les parents</p> <p>Question : Pouvez-vous me décrire votre prise en charge des parents au travers des SD ?</p>

➤ *Une prise en charge centrée sur l'intégration des parents*

La totalité des infirmières intègrent les parents dans les soins à leur enfant et axent la prise en charge sur l'enseignement : « *Les parents, on les inclut dans les soins d'office. On leur montre, [...] on leur explique, on leur montre comment leur enfant réagit, [...] on leur montre les interactions qu'il a, comment le stimuler, comment l'installer, comment le toucher aussi* ». Une infirmière ajoute : « *Alors moi, j'essaie de les intégrer le plus possible aux soins pour qu'ils soient vraiment bien présents aux soins, qu'ils fassent le plus possible ce qu'ils peuvent faire* ». On constate donc que les parents font partie intégrante du projet de soins.

Cette intégration des parents est soulignée par la personne ressource du canton de Vaud qui insiste sur l'importance de l'enseignement que l'infirmière peut apporter aux parents pour que ces derniers prodiguent les meilleurs soins à leur enfant dans le respect et la connaissance de ses besoins. En effet, l'intégration des parents fait partie intégrante des soins de développement et comporte de nombreux avantages, comme la diminution du stress vécu par la famille ou encore l'amélioration du lien d'attachement et l'augmentation de la confiance des parents en leurs capacités. Cependant, un élément m'interpelle. Effectivement, comme je l'ai relevé précédemment, une difficulté pourrait survenir chez la famille face aux pratiques divergentes des soins. Une infirmière a relaté, à ce sujet, que l'uniformisation des pratiques serait plus un besoin des parents.

En outre, comme la durée d'hospitalisation tend à baisser de plus en plus, les parents ont un grand rôle dans l'application des soins de développement à domicile. Ils sont donc garants du bon développement de leur enfant et, sans information préalable et sans explication, ces derniers peuvent vite se sentir dépourvus face aux besoins des bébés prématurés. Cette prise en charge des

parents est à l'heure actuelle bien intégrée dans les services, mais malheureusement, cela n'a pas été le cas auparavant. Trebaol explique que la présence des parents a été acceptée progressivement¹⁹². Toutefois, Sizun relate que d'importants progrès ont été faits à l'heure actuelle et la préoccupation la plus importante reste la création du lien parent-enfant¹⁹³. La famille est donc encouragée à rendre visite à son enfant et à participer aux soins, comme les infirmières du canton de Vaud l'expriment.

Je trouve donc primordial de fournir aux parents des informations claires afin que ces derniers puissent collaborer avec les infirmières et participer au projet de soins.

➤ *Les soins de développement, une source de satisfaction pour les infirmières en relation avec les parents*

Les soins de développement influencent de manière positive les relations des infirmières avec les parents. En effet, la totalité des infirmières interrogées trouvent que les soins de développement sont des facteurs de satisfaction. Cette satisfaction provient pour la majeure partie d'entre elles du fait que les parents expriment leur contentement face à la prise en charge des soignantes. Une infirmière relate : « *C'est facteur de satisfaction car les parents voient qu'on est vraiment centré sur l'enfant, qu'on est sensible à ses réactions* ». Une autre relate : « *Oui, c'est facteur de satisfaction parce que [...] les parents ont l'impression qu'on les écoute, qu'on tient compte d'eux* ». Les parents se sentent donc valorisés et écoutés comme l'exprime également une autre infirmière.

Cet aspect est également relevé par les deux personnes ressources qui mettent en avant la grande satisfaction professionnelle ressentie par l'infirmière lors de l'utilisation des soins de développement et lors du contentement des parents.

Personnellement, j'estime que la satisfaction des infirmières dépend en grande partie des patients et de leur contentement lors des soins effectués. J'ai pu en faire l'expérience lors de mes stages. Le vécu positif des patients par rapport aux soins apportés, leur gratitude et leur sourire engendrent beaucoup de satisfaction pour l'équipe. Comme l'infirmière s'avère la plus présente auprès des patients, c'est souvent à elle que reviennent les échos des personnes hospitalisées. En effet, ces dernières permettent, à mon sens, d'entretenir une motivation professionnelle chez les soignantes. Je trouve que les commentaires positifs favorisent la motivation et l'envie de bien faire car le rôle de l'infirmière se corréle avant tout à un rôle relationnel. Aussi, selon le sondage d'un professeur auprès des étudiants lors de ma formation d'infirmière, le choix d'exercer cette profession provient avant tout de l'aspect aidant et relationnel

¹⁹² TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.agepa.surdite.org/revue/161.htm>

¹⁹³ SIZUN, J. [et al.]. Le NIDCAP, programmes de soins centrés sur l'enfant et sa famille. *Les Dossiers de l'Allaitement* [en ligne]. 2001, n°48, 1-2. Adresse URL : <http://www.illfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/da-48-le-nidcap-programmes-de-soins-centré-s-sur-l-enfant-et-sa-famille>

qu'elle entraîne. On peut donc voir qu'une bonne relation est un moteur pour les soignantes.

➤ *Une amélioration de la prise en charge des parents selon les infirmières*

Il est ressorti des entretiens que les soins de développement amélioraient la prise en charge des parents. Une soignante raconte, en parlant de cette méthode : « *Cela crée un climat de confiance, cela améliore nos relations, oui, c'est évident !* ». Le terme « confiance » est repris par plusieurs infirmières qui affirment que les soins de développement permettent d'instaurer une relation de confiance. En outre, une soignante raconte : « *[...] De faire tout cela, cela nous permet [...] de mieux connaître les parents [...]* ».

Le côté rassurant de la prise en charge ressort également des dires des soignantes : « *[...] Si les parents nous voient faire cela, ils retrouvent confiance en eux aussi. Pour les parents, c'est rassurant de voir qu'on tient compte de cet aspect-là. C'est très important pour eux je pense* ».

Par ailleurs, plusieurs participantes relatent le fait que les soins de développement les aident à être plus empathiques : « *Je pense que cela aide effectivement à être plus empathique et puis cela ouvre un peu parfois des discussions* ». De plus, ces soins permettraient d'instaurer le dialogue avec les parents et d'être plus à leur écoute.

Les propos des infirmières rejoignent tout à fait ceux de Als qui trouve que les bénéfices des soins de développement pour les parents permettent l'augmentation de la confiance des parents en leur capacité¹⁹⁴ et ceux de Oehler et ses collaborateurs, qui affirment que ces soins impliquent pour les infirmières de meilleurs échanges et de meilleures interactions avec les parents¹⁹⁵. En outre, la personne ressource du canton du Valais pense que les soins de développement engendrent moins de stress et de ce fait, la relation avec l'infirmière est plus sereine. De plus, elle pense que l'intégration des parents durant les soins favorise et améliore la relation parent-infirmière.

Personnellement, je trouve qu'il est primordial de maintenir et de promouvoir l'application des soins de développement. Au travers de la littérature et des propos des personnes interrogées, ces soins revêtent de multiples avantages. Les parents sont considérés par les infirmières et le partenariat est indispensable. Il est intéressant aussi de s'attarder un peu plus sur les termes choisis par les infirmières pour définir leur relation avec les parents au moyen des soins de développement. Les mots « confiance », « empathie » et « dialogue » ressortent le plus des entretiens. Ces qualités méritent notre attention car elles reprennent les fondements de la relation thérapeutique, relevée précédemment dans ce travail. En effet, certaines conditions sont essentielles à l'instauration et au

¹⁹⁴ ALS, H., 1998. *Developmental care in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁹⁵ OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par ibid.

maintien d'une relation thérapeutique¹⁹⁶. Parmi celles-ci, on retrouve la confiance que l'infirmière doit absolument inspirer. Ensuite vient l'empathie qui consiste à percevoir et à comprendre ce que le patient ressent. Parmi les autres qualités qui créent une relation thérapeutique¹⁹⁷, on trouve également la création d'une alliance qui peut être corrélée au dialogue. Effectivement, la capacité de dialoguer permet à l'infirmière de construire l'alliance thérapeutique qui consiste à faire connaissance avec la personne et à établir une communication par la chaleur, la gentillesse, etc.¹⁹⁸

En outre, j'ai constaté que les valeurs évoquées par les infirmières conduisent à une communication respectueuse. La confiance favorise l'adhésion aux soins des parents, l'empathie permet aux infirmières de comprendre le vécu émotionnel des parents et le dialogue permet de partager des informations et d'individualiser les soins. Aussi, ces qualités peuvent être perçues autant au travers de la communication verbale que de la communication non-verbale. Les parents ressentent donc l'ouverture et la disponibilité des soignants, aspects qui amènent à réfléchir sur les attitudes des infirmières. De leurs comportements dépendra sûrement le partenariat si indispensable aux soins de qualité.

➤ *Des difficultés en lien avec le cadre, la place et l'adhésion des parents*

Certaines soignantes expliquent qu'il n'est pas toujours facile de gérer le temps avec les parents : « *Dès le début, on leur montre ce qu'on fait dans l'ordre des choses pour qu'ils aient une organisation, une gestion du temps. Il ne faut pas que cela déborde sur des heures. Une séquence de soins dure une demi-heure* ». Les soignantes éprouvent des difficultés par rapport aux demandes des parents qui aimeraient plus voir l'enfant et augmenter la durée des soins. D'autres infirmières affirment que des difficultés avec les parents surviennent lorsque ceux-ci ne respectent pas le cadre : « *Il y a des difficultés quand les parents ne respectent pas le cadre, qui vont surstimuler leur enfant, qui vont tout le temps lui parler, le caresser ou carrément venir en-dehors des soins* ». En effet, les infirmières trouvent important pour leur organisation d'instaurer des heures de passage, afin de respecter au mieux le principe du « regroupement des soins ». Une autre affirme que certaines difficultés viennent du fait que les parents se permettent certaines choses et prennent trop de place, par exemple pour les alarmes : « *Les parents commencent à prendre leurs habitudes, parfois de mauvaises habitudes parce qu'ils pensent que sous prétexte qu'ils sont là depuis longtemps, ils peuvent appuyer sur les alarmes, faire certaines choses* ». En outre, les soins de développement dépendent de l'acceptation des parents aux soins car, selon les infirmières, certains n'osent pas ou ont plus de difficultés à intégrer certaines pratiques. Aussi, les soins de développement

¹⁹⁶ TOWNSEND, M., *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*. Chapitre 6 : La relation et la communication thérapeutique. Editions Erpi. 7 pages. Polycopié tiré de: Responsable de module: SEPPEY C., Cours module 1001 : Devenir praticienne réflexive 1. Filière soins infirmiers : Sion, septembre 2007.

¹⁹⁷ Les autres conditions nécessaires à une relation thérapeutique sont le respect, l'authenticité, l'immédiateté et la confrontation.

¹⁹⁸ TOWNSEND, M., *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*. Chapitre 6 : La relation et la communication thérapeutique. Editions Erpi. 7 pages. Polycopié tiré de: Responsable de module: SEPPEY C., Cours module 1001 : Devenir praticienne réflexive 1. Filière soins infirmiers : Sion, septembre 2007.

dépendent de l'adhésion de la famille vis-à-vis des soignantes : une infirmière affirme que certains parents peuvent prendre « en grippe » des infirmières car ils ont moins d'affinités avec elles. *« Ils s'habituent à certaines infirmières [...]. Ils peuvent apprécier quelqu'un pas toujours par rapport à ses compétences à proprement dit, mais parce qu'ils ont un bon « feeling ». Et puis là, ils peuvent prendre en grippe certaines infirmières parce que ce jour-là, l'enfant va moins bien ».*

Face à ces divers obstacles, une amélioration est proposée par une soignante : *« [...] Je pense que, si déjà on leur donnait un petit guide sur les soins de développement, sur ce que cela leur apporte, je pense que ce serait déjà pas mal. »*

A travers ces propos, je constate que l'intégration des parents dans les soins a des limites en ce qui concerne la place que ces derniers prennent et ce, au dépens des infirmières. Wielenga, Smit et Unk relatent cette problématique en affirmant, dans un article, que les infirmières se sentent intimidées quand les parents essaient de prendre la relève¹⁹⁹. Cependant, la personne ressource du canton de Vaud trouve que des efforts doivent encore être faits pour que les parents soient vraiment partenaires. Elle estime qu'il y a un manque d'information apportée aux parents et qu'un entretien avec eux serait bénéfique. Cette opinion rejoint celle exprimée par Hendricks-Muñoz et Prendergast qui affirment que 44% des infirmières estiment que les parents ne sont pas assez impliqués dans les soins thérapeutiques environnementaux²⁰⁰. Mais il n'est pas toujours facile d'intégrer les parents dans les soins car il peut y avoir des dérapages qui auraient des conséquences fâcheuses pour l'enfant. Les remarques des infirmières le prouvent sur plusieurs points.

D'une part, ces dernières relèvent des difficultés par rapport au respect du cadre par la famille, cadre expliqué par les infirmières lors des rencontres avec les parents et lors de leur discussion. Malgré leur enseignement, certains parents continuent tout de même à parler à leur enfant, à le caresser et à provoquer des stimulations en-dehors des heures de soins, ne respectant pour ainsi dire pas les phases de repos du bébé. Il est donc délicat pour les soignantes de dissuader les parents à stimuler leur enfant et cela engendre des difficultés. En outre, le besoin des parents de toucher, de parler et de s'occuper de leur bébé s'avère légitime et normal car cela montre leur implication et leur affection vis-à-vis de celui-ci.

D'autre part, les infirmières relatent que les parents se permettent certaines choses et prennent trop de place. En effet, la place accordée aux parents dans le service de néonatalogie vaudois est assez grande. Ces derniers participent au maximum aux soins du prématuré (bain, toilette, changement de pampers, etc.) et sont remplacés par les infirmières si ceux-ci sont absents. Les infirmières, quant à elles, s'occupent des soins concernant des examens demandés (prise de sang par exemple) et les soins liés au matériel (sonde naso-gastrique, perfusion,

¹⁹⁹ WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005, Volume 21, n°1, 41-48.

²⁰⁰ Ibid.

etc.). Par ailleurs, elles gèrent les alarmes et le bon fonctionnement de l'équipement du bébé prématuré. Les parents prennent trop de place quand ils effectuent des gestes qui ne sont pas de leur ressort, comme par exemple le fait d'éteindre une alarme ou encore faire des soins qui ne font pas partie de leur rôle de parents.

De plus, l'adhésion aux soins de la part des parents constitue un facteur de difficulté parfois pour les infirmières. Ces dernières signalent que certains parents n'osent pas faire les soins et éprouvent plus de difficultés. En effet, ils peuvent se sentir démunis face à la prématurité de leur enfant. Il est vrai que la petite taille d'un bébé prématuré suppose une grande fragilité. De plus, les dispositifs matériels l'entourant sont impressionnants pour les parents. On peut donc aisément comprendre que ces derniers se sentent démunis face à ces situations qu'ils n'ont peut-être en plus jamais vécues.

En outre, l'adhésion des parents aux soignantes peut poser problème. Selon l'affinité et les liens que les parents tissent avec certaines infirmières, il peut être difficile pour eux d'en voir une autre s'occuper de leur enfant. En effet, je pense que la famille peut se trouver déstabilisée face aux changements d'infirmières, d'autant plus que la situation qu'elle vit est éprouvante. Il est relaté que des tensions peuvent donc apparaître quand les parents demandent à changer d'infirmière ou mettent la faute sur une nouvelle soignante quand l'état de leur enfant se péjore.

A mon avis, les problèmes relatés par les infirmières demandent de leur part beaucoup de tact et de douceur pour faire comprendre aux parents que leur enfant a des besoins bien précis en lien avec sa prématurité et que ces besoins peuvent aller à l'encontre de ce que les parents aimeraient faire, par exemple le toucher et lui parler lors de son sommeil. En outre, j'estime que les rôles de parent et d'infirmière doivent bien être compris et distingués, afin d'éviter des tensions, de respecter le rôle de chacun et de maintenir une cohérence dans les soins. L'essentiel consiste donc à trouver la juste mesure dans le partenariat. En ce sens, l'amélioration suggérée par l'infirmière concernant le guide d'explication serait cohérente selon moi, car elle permettrait d'apporter des précisions et de fournir une référence aux parents. Il faut également réfléchir sur la préférence de ces derniers pour certaines infirmières et sur leur mécontentement lors d'un changement de soignante. Je trouve que la famille doit comprendre que le service dispose de professionnelles compétentes et qu'il n'est pas tout le temps possible de « garder la même infirmière ». Selon moi, les soignantes doivent rassurer les parents et leur expliquer que, même si elles essaient d'assurer une continuité dans les soins, il n'est pas toujours possible de prendre en charge les mêmes enfants. A ce sujet, j'estime que la soignante a un rôle fondamental dans son appréhension de la situation. En effet, elle doit se centrer sur le prématuré et son entourage et individualiser sa prise en charge en fonction des besoins de chaque famille. Je rejoins de ce point de vue le premier item de la compétence ¹²⁰¹ que doit acquérir l'étudiant en cours de formation : *L'étudiant-e appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse*

²⁰¹ Cette compétence se trouve dans l'annexe I de mon travail.

de la situation et la détermination du projet de soins, ce qui implique de percevoir, d'intégrer et de prendre en compte tous les paramètres influençant le projet de soins. Enfin, je trouve que l'infirmière a un rôle central dans l'adhésion des parents aux soins à leur enfant car, à travers ses propos et son attitude envers eux, elle peut amener la famille à prendre plus confiance et à participer aux soins de façon plus sereine. En ce sens, bien que certaines difficultés apparaissent, la majorité des infirmières trouvent que la prise en charge des parents ne nécessite pas d'améliorations.

5.4.2.4 Prise en charge et relation avec les prématurés

Sous-thème
<p>Prise en charge/relation avec les prématurés</p> <p>Question : Pouvez-vous me décrire votre prise en charge des prématurés au travers des SD ?</p>

➤ Une amélioration de la prise en charge des prématurés selon les infirmières

La majorité des infirmières affirment que les soins de développement leur permettent d'améliorer leur prise en charge des bébés prématurés. Le terme qui revient le plus souvent dans leur propos fait référence au « calme » de l'enfant, comme relevé précédemment. Aussi, les soignantes trouvent ressource en ces soins qui leur permettent de calmer le bébé, de connaître les moyens dont elles disposent pour son bien-être, d'être plus à son écoute, de plus personnaliser les soins et d'agir avec plus de douceur. Nombre d'avantages sont cités par les infirmières : « [...] *Cela nous permet d'interpréter le langage du prématuré et de comprendre ce qu'il veut nous dire* ». Une autre explique : « [...] *Au fur et à mesure qu'on prend de l'expérience, on voit comment calmer un enfant, [...] en apprenant aux parents comment tenir leur enfant, comment rassurer leur enfant* ». Les soins de développement influencent donc favorablement leur relation avec les prématurés : « *C'est toujours source de satisfaction quand on les voit bien réagir à ce qu'on leur propose. Enfin, cela permet souvent de faire du bien à l'enfant [...]. Le fait de bien l'installer, de lui apprendre à téter. Ce sont les moments où l'on voit les progrès de l'enfant, on voit qu'il grandit. C'est source de satisfaction* ».

Au niveau des améliorations proposées, une infirmière amène un élément nouveau : « [...] *Je sais qu'il y a des infirmières dans le service qui, avant de commencer les soins, vont toucher la tête et, je crois, les pieds de l'enfant. Ce serait un des rituels qu'on pourrait introduire* ».

Ces propos rejoignent ceux des deux personnes ressources qui insistent sur l'amélioration de la prise en charge du prématuré grâce aux soins de développement. En outre, l'amélioration suggérée serait intéressante selon moi, à condition de prendre en compte l'individualisation des soins préconisée par la méthode des soins de développement.

➤ *La satisfaction professionnelle procurée par les soins de développement*

En définitive, suite aux réponses des soignantes, je peux affirmer que leur satisfaction professionnelle se voit améliorée par les soins de développement. La totalité des infirmières expriment clairement cette satisfaction : « *Ma satisfaction professionnelle est améliorée parce que l'enfant paraît, au final, plus confortable. De prendre juste quelques minutes, on voit déjà que l'enfant est beaucoup mieux, qu'il est plus calme, donc c'est aussi une satisfaction qu'on a !* ».

Les propos des soignantes rejoignent donc, de ce fait, Oehler qui cite les multiples avantages de ces soins, dont une amélioration du sens de l'accomplissement personnel, de la satisfaction professionnelle et de la qualité des soins dispensés²⁰².

Selon moi, le facteur indispensable à une bonne pratique, à une meilleure maîtrise et à des soins de qualité dépend majoritairement de la satisfaction et de la conscience professionnelle. Les infirmières du service vaudois étudié prouvent selon moi leur désir d'améliorer la prise en charge des prématurés. Les mesures de perfectionnement et la formation leur permettraient de prendre encore mieux conscience des bienfaits engendrés par cette méthode pour le bien-être du prématuré et de sa famille.

²⁰² OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

6. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Cette analyse m'a permis de percevoir la diversité d'opinions et la richesse des informations fournies par les infirmières. L'étape qui suit va donc me montrer si mes hypothèses sont validées ou non par les propos des soignantes.

6.1 Hypothèse 1

L'hypothèse « La pratique et l'application des soins de développement sont contraignantes pour les infirmières » est en partie confirmée par l'enquête.

Les infirmières constatent certaines difficultés liées à la pratique des soins de développement à deux niveaux, ce qui conduit à des contraintes vis-à-vis de ces soins :

➤ *Organisation de l'infirmière :*

Premièrement, le temps et la charge de travail impliquent dans l'organisation des infirmières des difficultés à appliquer les soins de développement. D'une part, le temps constitue un facteur défavorisant car les infirmières se voient parfois frustrées en raison de leur manque de disponibilité vis-à-vis de l'enfant et de sa famille. Elles citent des difficultés organisationnelles par rapport aux parents parfois, car ces derniers ne respectent pas tout le temps le cadre. Pour ces raisons, elles ne peuvent pas toujours prendre le temps d'effectuer certaines interventions comme la succion non-nutritive, même si elles restent toujours attentives aux sources de surstimulations et aux autres interventions. D'autre part, ce manque de temps est le reflet d'une charge de travail importante dans le service et nécessite donc une réadaptation et des aménagements du travail.

Deuxièmement, les infirmières indiquent des difficultés relatives à l'état de l'enfant. En effet, certains soins de développement ne peuvent être appliqués en raison de son état de santé. Si la situation se péjore, les soignantes ne peuvent pas effectuer certaines interventions, l'urgence devenant prioritaire. En outre, selon les priorités, elles passent parfois moins de temps auprès des autres prématurés, ce qui entraîne des limites dans l'application des soins de développement.

Troisièmement, certaines infirmières éprouvent des difficultés liées à l'insuffisance de matériel ressentie parfois dans le service, ce qui perturbe leur organisation. Parfois, il manquerait des couvertures et des coussins d'allaitement, ce qui engendre des difficultés et des contraintes.

➤ *Vécu professionnel :*

La pratique et l'application des soins de développement sont contraignantes vu le manque de formation et d'information des infirmières, éléments rejoignant en outre les difficultés de définitions de cette méthode par les infirmières. En effet, l'insuffisance de connaissances liée à cette pratique engendre des difficultés pour les infirmières qui souhaiteraient dès lors bénéficier de plus d'informations par le biais de colloques. Certaines d'entre elles citent le besoin d'avoir un protocole strict au sujet de ces soins et d'autres insistent sur le besoin de formation afin d'uniformiser les pratiques des infirmières.

De plus, la hiérarchie pose problème à plusieurs soignantes par rapport à leur envie de promouvoir des soins qu'elles considèrent comme efficaces et par rapport aux limites fixées par les cadres. En effet, les soignantes souhaiteraient pratiquer d'autres soins ou amener des changements et des améliorations, mais ces propositions doivent s'appuyer sur des études scientifiques prouvant une efficacité. Il est donc difficile pour les infirmières d'amener de nouveaux éléments et leur vécu professionnel en est donc atteint.

En regard de ce qui a été évoqué, les soins de développement peuvent être considérés comme des contraintes pour les infirmières. Cependant, plusieurs propos corroborent le fait que cette prise en charge implique des avantages et fait partie d'une pratique commune au sein du service. De plus, ces soins n'engendreraient pas de stress.

D'une part, les soignantes sont unanimes quant à l'efficacité et à l'utilité des soins de développement qui ont pour objectif le confort de l'enfant. Ces dernières se voient satisfaites et leur organisation du travail n'est pas source de stress, probablement en raison de l'habitude. En effet, elles se sentent à l'aise et certaines affirment même qu'elles prennent justement plus de temps pour faire les soins.

D'autre part, les infirmières relèvent le fait que les soins de développement font partie intégrante de la prise en charge et que la totalité d'entre elles les pratiquent. Cependant, cette méthode nécessite une conscientisation des actes effectués.

En outre, cette méthode améliore le vécu professionnel selon les infirmières car elle est gratifiante et satisfaisante. Ces soins n'engendrent donc pas de stress et le vécu est considéré comme positif. La confiance professionnelle est également relevée comme étant améliorée.

Les dires des soignantes m'amènent donc à valider partiellement l'hypothèse 1. En effet, la plupart des infirmières affirment avoir un vécu professionnel positif et parviennent à juguler les moments difficiles en s'appuyant sur des collègues et en réadaptant leur organisation du travail. Cependant, malgré leur satisfaction, elles citent de nombreuses contraintes, ce qui engendre un questionnement de ma part par rapport aux données récoltées et aux divergences perçues dans ces propos. Ainsi, je peux dire que les soins de développement sont peut-être contraignants « objectivement » pour les infirmières par rapport aux difficultés citées plus haut, mais ils ne le sont pas de façon « subjective » car les soignantes ont acquis de l'expérience et une habitude facilitant leur prise en charge.

6.2 Hypothèse 2

L'hypothèse suivante n'est pas confirmée par les propos des infirmières : **La pratique des soins de développement implique une relation plus difficile avec le personnel soignant pour les infirmières.**

Les dires des soignantes concernent non seulement l'équipe infirmière, mais aussi l'équipe médicale, c'est pourquoi je vais séparer ces deux parties, afin d'argumenter l'invalidation de l'hypothèse 2.

➤ *Collaboration/relation infirmières :*

Les infirmières ne constatent pas de difficultés relationnelles avec leurs collègues dans la pratique des soins de développement.

Premièrement, la collaboration n'est pas source de stress et n'engendre pas de difficultés dans la pratique. De plus, comme je l'ai relaté précédemment, les collègues peuvent constituer des ressources par rapport à leur enseignement et à l'aide apportée lorsqu'une soignante est débordée. Cependant, il est vrai que les infirmières vont demander des explications par rapport par rapport aux années d'expérience d'autres collègues, privilégiant de ce fait les professionnelles plus « anciennes ».

Deuxièmement, certains propos concernent les pratiques de soins et la volonté des infirmières, même si ces éléments n'engendrent pas de difficultés pour elles. D'une part, certaines infirmières affirment que même si elles vont dans le même sens et qu'aucun stress n'est ressenti, elles ont des pratiques de soins divergentes. Selon elles, la façon d'appliquer les soins de développement varie d'une infirmière à l'autre. En effet, toujours selon les soignantes, il n'y aurait pas d'uniformisation des soins de développement avec un protocole réellement défini, ce qui conduit à des applications différentes. Ces divergences pourraient provenir du manque d'information exprimé plus haut. Malgré tout, ces dernières ne sont pas un problème pour les infirmières car elles affirment ne pas collaborer souvent ensemble dans le secteur des « soins intermédiaires ». D'autre part, un manque de volonté à appliquer les soins est relevé comme un éventuel obstacle. Effectivement, même si ce problème n'est pas soulevé au sein de l'équipe infirmière de l'hôpital vaudois, les soignantes pensent qu'un manque de volonté pourrait constituer un obstacle à la collaboration. Ces propos rejoignent ceux des personnes ressources qui affirment que des tensions surviennent en raison de la volonté de chaque infirmière à appliquer ces soins. Enfin, l'absence de difficultés face aux autres collègues trouve sens face au peu de collaboration existant entre les infirmières. Il est donc normal, dans ces conditions, d'entretenir des rapports positifs vis-à-vis des autres soignantes.

➤ *Collaboration/relation infirmières et médecins :*

Les infirmières soulèvent quelques tensions pouvant survenir avec les médecins de façon occasionnelle.

Tout d'abord, ces dernières relatent que les obstacles à la collaboration concernent les heures de visite médicale. Comme les deux personnes ressources l'ont souligné, des tensions surviennent en raison du choix des heures de visite au bébé prématuré et des médecins qui veulent parfois absolument faire leur feuille d'ordre et voir l'enfant, même si ce dernier n'est pas prêt à être stimulé. De plus, une infirmière explique que des difficultés surviennent lorsqu'il y a un changement d'équipe médicale chaque six mois et qu'il faut expliquer aux nouveaux médecins le travail. Selon les soignantes, les médecins sont moins attentifs aux soins de développement et ils n'en parlent pas avec les infirmières.

Toutefois, malgré quelques tensions pouvant survenir dans la collaboration et la relation entre infirmières et médecins, les soignantes n'éprouvent pas de stress dans leur quotidien. Elles vivent plus ou moins bien la collaboration, mais affirment que cela dépend des médecins car certains sont plus ouverts que d'autres. On constate donc que des tensions peuvent apparaître parfois, mais elles n'ont pas d'implications négatives sur le vécu des infirmières.

Selon les dires des infirmières et en regard des deux parties traitées, cette hypothèse n'est donc pas validée. En effet, peu de tensions surviennent et ces dernières n'occasionnent pas des difficultés permanentes et stressantes pour les soignantes.

6.3 Hypothèse 3

L'hypothèse « La pratique des soins de développement implique une relation plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières » est validée par les propos des infirmières.

Cette hypothèse se divise également en deux parties : une concernant la relation avec les parents et l'autre concernant la relation avec les prématurés.

➤ *Prise en charge/relation avec les parents :*

La prise en charge des parents avec les soins de développement est facilitée et améliorée pour les infirmières de l'échantillon. Ces dernières trouvent que la prise en charge est source de satisfaction et influence de manière positive leur relation. Le contentement des parents est un indicateur de satisfaction des infirmières. En outre, les soins de développement améliorent la prise en charge des parents selon les soignantes car une confiance mutuelle s'installe. La famille est donc bien intégrée aux soins.

Cependant, les infirmières relatent le fait que certaines difficultés peuvent apparaître dans la prise en charge des parents. En effet, il n'est pas toujours facile pour elles de gérer le temps avec eux, de sorte que le prématuré bénéficie de soins de 30 minutes. En outre, certains parents ne respectent pas le cadre et prennent trop de place. De plus, ces derniers peuvent avoir des difficultés à appliquer les soins de développement et posent problème aux infirmières selon leur degré d'affinité avec elles. Enfin, le changement d'équipe peut impliquer pour la famille des obstacles par rapport aux informations et aux pratiques différentes des soignantes.

Même si certaines difficultés entravent la relation des infirmières avec les parents, ces dernières ne contredisent pas cette hypothèse car les soins de développement sont reconnus par toutes les soignantes comme améliorant leur relation avec les parents.

➤ *Prise en charge/relation avec les prématurés :*

La majorité des infirmières sont unanimes concernant la prise en charge et la relation entretenue avec les prématurés au moyen des soins de développement. Ces derniers ont une influence positive dans leur prise en charge. Les soignantes relèvent une grande satisfaction à l'idée qu'elles font du bien à l'enfant. Elles soulignent en outre l'amélioration de la prise en charge au moyen de cette pratique permettant à l'enfant d'être calme, de favoriser son bien-être et de personnaliser les soins. Ces propos corroborent donc ceux des personnes ressources qui insistent également sur la notion de « calme » de l'enfant.

Face aux dires des infirmières, il donc est juste de considérer cette hypothèse comme confirmée.

7. SYNTHÈSE

A travers ce mémoire, je souhaitais découvrir le vécu de l'infirmière travaillant en néonatalogie dans sa pratique des soins de développement auprès des prématurés. A la suite de l'analyse et des vérifications d'hypothèses, je peux maintenant répondre à ma question centrale de recherche, soit « Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ? ».

Les objectifs de recherche permettant de répondre à cette question consistaient d'une part à identifier et à considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement et d'autre part, à identifier et à apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement. Je constate que ces deux objectifs de recherche sont atteints car, au travers de l'analyse, j'ai pu identifier et considérer les facilités et difficultés des infirmières sur les différents points à traiter.

Quant à la question centrale de recherche, elle trouve réponse au travers de plusieurs indicateurs. D'une part, même si des difficultés de définitions sont apparues, je peux dire que d'un point de vue général, le vécu professionnel de l'infirmière est positif et satisfaisant à travers les soins de développement. Toutes les soignantes mettent l'accent sur une grande satisfaction professionnelle. Elles insistent sur l'intégration de cette méthode dans leur prise en charge et soulèvent les bienfaits de ces soins en termes de « qualité », d'« adhérence », de « gratification », de « confiance professionnelle », d'« amélioration de la prise en charge », etc. D'autre part, d'un point de vue plus détaillé, les infirmières ont un vécu positif par rapport à la pratique et à l'application de ces soins, malgré quelques difficultés soulignées plus souvent et pouvant perturber la pratique des soins, notamment le temps, la charge de travail, l'état de l'enfant et le besoin d'information et de formation. Cependant, les infirmières n'ont pas un ressenti négatif car elles trouvent ressource en des collègues et les difficultés rencontrées ne sont pas permanentes.

En outre, par rapport aux relations avec les usagers, les infirmières témoignent d'une bonne collaboration générale, malgré quelques difficultés rencontrées vis-à-vis de chaque acteur du système de santé (médecins et famille). Premièrement, leur vécu professionnel par rapport à l'équipe infirmière est satisfaisant et les soignantes manifestent du soutien l'une envers l'autre. Deuxièmement, la relation avec les médecins n'est pas source de stress et de problèmes, malgré quelques tensions parfois relevées et liées aux heures de visite médicale. Troisièmement, la collaboration avec les parents est source de satisfaction pour les infirmières et dépend de leur contentement vis-à-vis de la

prise en charge de leur enfant, malgré quelques problèmes rencontrés par rapport à l'implication de la famille dans la prise en charge. Toutefois, selon les infirmières, cette dernière est améliorée car un climat de confiance mutuelle s'instaure. De plus, la prise en charge des prématurés est mentionnée comme positive et améliorée par les soins de développement, considérés comme des moyens pour favoriser le bien-être de l'enfant. Malgré certaines difficultés déjà relatées, les soignantes considèrent leur vécu comme source de satisfaction.

En définitive, selon les propos des soignantes, les soins de développement sont considérés comme des stratégies et des interventions permettant d'améliorer leur vécu professionnel. Ils deviennent source de satisfaction dans la prise en charge quotidienne et répondent positivement à la question centrale de recherche.

8. SYNTHÈSE COMPARATIVE

8.1 Tableau comparatif des résultats entre le service du canton de Vaud (VD) et celui du Valais (VS)²⁰³

	SIMILITUDES VAUD ET VALAIS	SPECIFICITES VAUD ET VALAIS
Thème 1 : Pratique et application des SD		
Sous-thème : SD : définition, objectifs, soins utilisés	<p>1. <u>La définition des SD</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - difficulté à énoncer une définition (recherche de mots justes, longue réflexion) - connaissances solides sur les SD <p>2. <u>Objectifs des SD</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le confort du prématuré <p>3. <u>SD utilisés</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SD utilisés aussi rigoureusement que possible - SD intégrés dans le service <p>4. <u>Utilité et efficacité des SD</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - notions approuvées par les infirmières - aspects positifs des SD (soins de qualité) 	<p>2. <u>Objectifs des SD</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le développement harmonieux de l'enfant (VS)

²⁰³ Les éléments du tableau comparatif proviennent des propos de la majorité des infirmières des deux cantons interrogées.

<p><u>Sous-thème</u> : Organisation de l'infirmière</p>	<p>1. <u>Difficultés dans l'organisation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le temps, la charge de travail, l'état de l'enfant - le manque de matériel (couvertures pour les isolettes) - horaires des soins pas respectés par les parents <p>2. <u>Facilités dans l'organisation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'équipe agit dans le même but (confort de l'enfant) <p>3. <u>Vécu de l'organisation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une organisation sans source de stress - une satisfaction dans l'organisation - une connaissance et un apprentissage des SD basés sur les collègues 	<p>1. <u>Difficultés dans l'organisation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'exiguïté des locaux (VS) - l'organisation du service (regroupement des soins parfois difficile (VS)) <p>2. <u>Facilités dans l'organisation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'expérience professionnelle avec les SD (VS) - la structure du service (VD)
<p><u>Sous-thème</u> : Vécu professionnel</p>	<p>1. <u>Vécu professionnel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le vécu des infirmières est positif (satisfaction, gratification importante au travers des SD) <p>3. <u>Difficultés dans le vécu professionnel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le manque de formation et d'information concernant les SD 	<p>1. <u>Vécu professionnel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une prise en charge plus « humaine » (VS) <p>2. <u>Confiance professionnelle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une amélioration de la confiance grâce aux SD (VD) - pas de changement de la confiance professionnelle pour la majorité des soignantes (VS) <p>3. <u>Difficultés dans le vécu professionnel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la hiérarchie (VD) <p>4. <u>Facilités dans le vécu professionnel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'encouragement à pratiquer les SD (VD)

Thème 2 : Relations au travail et avec les usagers		
<p><u>Sous-thème</u> : Collaboration/relation infirmières</p>	<p>1. <u>Relation entre infirmières</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'équipe est une source d'entraide - une bonne collaboration sans source de stress - une pratique des SD différente entre les infirmières <p>2. <u>Obstacles à la collaboration</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la volonté pourrait freiner la collaboration 	<p>2. <u>Obstacles à la collaboration</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le manque de continuité dans la mise en place des SD (VS) - la difficulté des infirmières par rapport au besoin des parents (pratique identique entre infirmières) (VD)
<p><u>Sous-thème</u> : Collaboration/relation infirmières et médecins</p>	<p>2. <u>Obstacles à la collaboration</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les visites médicales - certains médecins sont plus ouverts que d'autres aux SD 	<p>1. <u>Relation entre infirmières et médecins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une collaboration sans source de stress (VD) - une collaboration difficile (VS) <p>2. <u>Obstacles à la collaboration</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le manque d'adhésion de certains médecins aux SD (VS)
<p><u>Sous-thème</u> : Prise en charge/relation avec les parents</p>	<p>1. <u>Prise en charge des parents</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une amélioration de la prise en charge et des relations - une prise en charge satisfaisante pour les infirmières - une prise en charge centrée sur l'intégration des parents aux soins et sur l'enseignement 	<p>1. <u>Prise en charge avec les parents</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ouverture à la relation avec les parents (VS)

	<p>2. <u>Difficultés dans la prise en charge</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'implication trop grande des parents aux soins de leur enfant 	<p>2. <u>Difficultés dans la prise en charge</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adhésion des parents aux SD et aux infirmières (VD) - la non observance du cadre de la part des parents (VD) - le manque d'intimité pour les parents (VS) <p>3. <u>Facilités dans la prise en charge</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intégration des parents aux soins de leur enfant (VS)
<p><u>Sous-thème</u> : Prise en charge/relation avec les prématurés</p>	<p>1. <u>Prise en charge du prématuré</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une prise en charge axée sur l'enfant - une relation avec le prématuré satisfaisante - une amélioration de la prise en charge - une meilleure compréhension des comportements de l'enfant <p>2. <u>Difficultés dans la prise en charge</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le temps et la charge de travail - le manque de formation et d'information concernant les SD 	

8.2 Besoins formulés par les infirmières au niveau des soins de développement

CANTON DE VAUD	CANTON DU VALAIS
- Formation et information sur les SD pour les infirmières	- Formation et information sur les SD pour les infirmières
- Besoin de matériel (plus de couvertures pour recouvrir les couveuses des prématurés)	- Besoin de matériel (couvertures qui recouvrent l'entier de la couveuse, matériel électrique sans câble)
- Plus de transmissions aux infirmières de la part du groupe de travail « soins de développement »	- Agrandissement et réaménagement du service de la néonatalogie
	- Plus d'intimité pour les parents (pour la méthode kangourou)
	- Augmentation de l'effectif infirmier
- Mise en place de colloques infirmiers sur les SD	- Mise en place de colloques infirmiers sur les SD
- Mise en place de colloques infirmiers et médecins sur les SD	- Mise en place de colloques infirmiers et médecins sur les SD
	- Application et pratique des SD au niveau des médecins
	- Uniformisation des pratiques professionnelles des médecins entre eux
	- Formation et information sur les SD pour les médecins
	- Un médecin chef pour le service de néonatalogie uniquement
	- Adaptation de l'heure de la visite médicale aux rythmes des prématurés
	- Amélioration de la prise en considération par les médecins de l'expérience des infirmières par rapport aux SD

8.3 Analyse comparative

A travers le tableau comparatif des résultats et des besoins des infirmières, ma collègue et moi constatons que ces dernières formulent des difficultés et des besoins similaires dans l'application des soins de développement, mais des réponses présentent plus de diversités dans les relations de l'infirmière.

8.3.1 Pratique et application des soins de développement

D'une part, les notions de soins de développement se révèlent similaires et proches des définitions présentes dans la littérature, ce qui indique que ce concept de soins semble bien intégré dans l'esprit des soignantes. Toutefois, une difficulté apparaît quand les participantes doivent définir ces soins. Selon nous, cette méthode faisant partie de la prise en charge globale des infirmières, ces dernières peuvent éprouver des difficultés à dissocier ce concept du reste de leur pratique professionnelle. Nous pouvons également dire que les soins de développement trouvent maintenant leur place dans les services de néonatalogie et se pratiquent de façon appliquée²⁰⁴ grâce à l'habitude et à l'expérience des professionnelles. De plus, les infirmières des deux échantillons effectuent ces soins le plus rigoureusement possible et reconnaissent leur utilité et leur efficacité. Ces affirmations nous poussent à penser que cette pratique constitue une réelle ressource dans les services et implique de nombreux aspects positifs.

D'autre part, les difficultés éprouvées dans l'organisation des soignantes sont semblables. Les infirmières font état de plusieurs contraintes. Le manque de temps, la charge de travail et l'état de l'enfant sont des problématiques délicates en raison des variations organisationnelles qu'elles entraînent. En effet, la charge de travail varie beaucoup selon les journées et le temps mis à disposition peut se restreindre. Les infirmières doivent donc s'adapter continuellement à ces variations et réajuster leur prise en charge en fonction des priorités et selon l'état de l'enfant, ce qui constitue une limite dans l'application de la méthode. A ce sujet, l'amélioration proposée par les infirmières valaisannes consisterait à augmenter l'effectif. Nous pensons que ce changement doit bien être réfléchi pour ne pas préteriter à la fois l'institution et le travail de l'infirmière. Par exemple, si le service décide d'engager du nouveau personnel, les infirmières peuvent être trop nombreuses un jour en raison des fluctuations de charge de travail, d'où une difficulté organisationnelle de la part des employeurs et une moindre activité des infirmières. Malgré ces contraintes, les soignantes des deux échantillons ont conscience de cette problématique et modifient en conséquence leur programme journalier. En outre, un manque de matériel est ressenti par les infirmières. Ce problème nous indique d'une part que ces dernières expriment la volonté d'appliquer au mieux les soins de développement, mais d'autre part, que cette méthode demande du matériel et des locaux adaptés. A ce sujet,

²⁰⁴ Après investigation auprès des services de néonatalogie suisses. Cf. à l'annexe III.

nous remarquons une différence entre les deux services. Celui du canton du Valais relate l'exiguïté des locaux, alors que celui du canton de Vaud exprime des facilités en lien avec la structure du service (réaménagement il y a quelques mois, détecteur à décibels, chambres séparées par des rideaux). Nous pensons que ces différences viennent de la sectorisation des services au sein des deux hôpitaux. En effet, l'établissement vaudois comporte un grand service de néonatalogie avec des infirmières et des médecins propres à celui-ci, alors que l'hôpital valaisan se compose d'un service de néonatalogie intégré à la pédiatrie avec une équipe médicale commune. Il convient de soulever à ce propos que le service vaudois accueille les prématurés instables des différents hôpitaux périphériques, dont ceux du canton du Valais. Il est donc plus adapté à la prise en charge de grands prématurés et dispose de 25 lits au sein de l'unité néonatale²⁰⁵, tandis que le service valaisan en comporte cinq²⁰⁶. Pour toutes ces raisons, il est normal que les deux établissements se différencient par rapport à l'aménagement des locaux et à la place attribuée aux nouveau-nés.

Ensuite, la pratique et l'application des soins de développement n'engendrent pas de stress pour les infirmières et constituent une source de gratification et de satisfaction, ce qui conduit à un vécu professionnel positif. Elles expriment également qu'elles ont un but commun (le confort de l'enfant) facilitant leur organisation. Ces propos rejoignent les contenus trouvés dans la littérature qui exposent majoritairement les apports positifs des soins de développement.

En outre, le service vaudois fait part d'une amélioration de la confiance professionnelle, cet aspect n'étant pas exprimé de façon significative par les infirmières du canton du Valais. Par contre, des difficultés communes interviennent par rapport au manque de formation et d'information, avec une spécificité par rapport à la hiérarchie de la part des infirmières du canton de Vaud. Ces dernières expriment un obstacle hiérarchique qui, selon nous, provient de la place attribuée aux écrits et aux études dirigeant les pratiques de l'établissement. En effet, selon les infirmières, le service vaudois doit se baser sur des études strictes concernant les avantages et les inconvénients de telle ou telle méthode, alors que l'hôpital valaisan s'inspire de Brazelton et du livre de Martel et Milette²⁰⁷. Une bonne connaissance des soins de développement nous paraît donc essentielle pour une application optimale ainsi que pour uniformiser les pratiques et informer les soignantes, afin qu'elles respectent au mieux ce concept de soins.

Enfin, comme relevé précédemment, je peux affirmer, avec ma collègue, que les soins de développement sont contraignants « objectivement » au vu de toutes les difficultés exprimées par les infirmières. Par contre, « subjectivement », ces soins ne constituent pas des problèmes car les soignantes ont acquis une habitude et une expérience leur permettant de régler les difficultés rencontrées.

²⁰⁵ Selon un document transmis par la personne ressource du canton de Vaud concernant la philosophie de soins du service.

²⁰⁶ Selon un mail transmis par la personne ressource du canton du Valais le 04.06.2010.

²⁰⁷ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

8.3.2 Relations au travail et avec les usagers

Tout d'abord, au niveau de la collaboration entre les infirmières, l'équipe est considérée comme une source d'entraide et n'engendre ni tension ni stress. Les soignantes affirment également que leurs pratiques des soins de développement divergent entre elles, sans que cela pose problème. Cela nous amène à penser qu'une bonne cohésion d'équipe est essentielle pour de bonnes relations au travail avec les soins de développement. Les obstacles émis par rapport à la collaboration sont un peu différents entre les deux échantillons. Bien que toutes les infirmières expriment des difficultés probables relatives à la volonté de chacune, le service valaisan ajoute le manque de continuité observé parfois dans l'équipe. Quant au service vaudois, il émet une difficulté relative aux besoins des parents d'avoir une pratique des soins uniformisée entre les soignantes. Nous pensons que le manque de volonté pourrait constituer un obstacle pour les infirmières par rapport à l'application des soins de développement. Cet élément peut modifier, voire même faire échouer un tel projet. Comme l'affirment les deux personnes ressources, la volonté des infirmières contribue à renforcer les pratiques.

Ensuite, la collaboration entre infirmières et médecins comprend des différences. Bien que la visite médicale constitue un obstacle pour les deux échantillons en raison de certains médecins qui veulent parfois absolument ausculter les prématurés malgré les réticences des infirmières, nous constatons des propos dissemblables. En effet, le service vaudois met en évidence une collaboration sans source de stress et sans tension, du moment que les infirmières argumentent leurs actions et leurs affirmations, alors que le service valaisan souligne que les relations ne sont pas optimales. Ces divergences trouvent une explication par rapport à l'adhésion des médecins aux soins de développement. En Valais, le corps médical semble avoir des difficultés à percevoir l'utilité de ces soins, alors qu'au sein de l'hôpital du canton de Vaud, les infirmières n'ont pas signalé cet aspect. En effet, si la soignante explique que la visite médicale n'est pas appropriée par rapport au sommeil de l'enfant et qu'elle argumente ses dires, les médecins reviennent plus tard, mis à part si une urgence s'impose. Dans le canton du Valais, par contre, les difficultés relationnelles sont plus liées à l'adhésion des médecins face à ces soins. Ces éléments trouvent peut-être une explication dans le fait que l'hôpital valaisan ne dispose pas d'une équipe médicale propre au service de néonatalogie. Ainsi, certains médecins accordent peut-être moins d'attention au monde de la néonatalogie et donc aux soins de développement. De plus, les infirmières des deux terrains indiquent que la collaboration dépend souvent du médecin, ce qui signale que ces derniers ne sont pas tous complètement ouverts à cette méthode, et ce, dans les deux hôpitaux. Nous constatons, aux travers de ces propos, que la pratique des soins de développement demande du temps, de la disponibilité et une réadaptation continuelle de la part des professionnels de la santé. Selon nous, ces derniers devraient être conscients de ces aspects, afin de collaborer au mieux, de respecter le plus possible le concept de prise en charge et de diminuer les complications de développement pour le prématuré.

Par ailleurs, la prise en charge des parents met en évidence des apports positifs semblables pour les infirmières des deux cantons, à savoir l'intégration et l'enseignement aux parents, une amélioration de la prise en charge et des relations positives ainsi qu'une satisfaction ressentie par les soignantes. Par contre, l'implication trop grande des parents s'avère être une problématique commune aux deux terrains d'enquête. En effet, les familles souhaitent entrer le plus possible en relation avec le prématuré et semblent parfois « trop » s'impliquer. De ce fait, les parents ne respectent pas les rythmes de leur enfant qui ne doit justement pas subir trop de stimulations. Ces éléments créent donc des difficultés, autant pour les parents que pour les infirmières qui se doivent de « freiner les élans » de la famille. Nous soulignons ici l'importance de l'enseignement. En effet, il est primordial que les soignantes transfèrent leurs connaissances aux parents au moyen d'informations appropriées. Les autres difficultés rencontrées par rapport à la prise en charge des parents divergent entre les deux terrains. Le service valaisan fait part du manque d'intimité des parents. Quant au service vaudois, il relate non seulement une non observance du cadre par les parents, élément rejoignant en partie l'implication trop grande des parents, mais aussi des obstacles relatifs à l'adhésion des parents aux soins et aux infirmières, ce qui n'est pas du tout relevé au sein de l'hôpital valaisan. Nous n'avons que peu d'explications par rapport à cet état de fait. Cependant, nous proposons une hypothèse. Selon nous, comme le service vaudois possède un service de néonatalogie plus grand et de ce fait, plus impressionnant, l'environnement se révèle peut-être plus anxiogène pour la famille. Cette dernière se trouve confrontée à un service vaste où de nombreux professionnels du terrain gravitent. L'atmosphère paraît donc plus angoissante que dans un service plus petit et intime. En outre, le nombre d'infirmières travaillant en néonatalogie est grand (selon une infirmière interrogée, environ 100 soignantes) et implique plus de diversités et de changements de soignantes. Ces éléments angoissants favorisent peut-être l'émergence de réticences de la part des parents par rapport à certaines infirmières, même si le service essaie de privilégier la continuité de la prise en charge. Par contre, au sein de l'hôpital valaisan, le service de néonatalogie est plus petit et donc plus intime. Les parents se sentent peut-être plus entourés et l'environnement ambiant est plus paisible. De plus, comme il y a moins d'infirmières travaillant en néonatalogie (12 soignantes), les parents ont des points de repère plus précis et éprouvent moins d'angoisses et donc, de réticences.

En outre, la prise en charge des prématurés est similaire entre les deux cantons, malgré quelques nuances mineures déjà relatées. En effet, les infirmières évoquent une prise en charge axée sur l'enfant, une satisfaction, une amélioration de leur relation avec les prématurés ainsi qu'une meilleure compréhension de leur comportement. Les difficultés retenues rejoignent celles évoquées plus haut, à savoir le temps, la charge de travail et le manque d'information et de formation aux soins de développement.

Enfin, les infirmières des deux services ont toutes répondu à la question centrale de recherche en affirmant sans équivoque la satisfaction professionnelle éprouvée face à la pratique et à l'application des soins de développement. Au terme de cette synthèse, nous pouvons donc constater que, malgré des divergences au sein des deux terrains d'enquête, les infirmières ont

des contraintes et des besoins similaires. En outre, les hypothèses élaborées avant l'analyse se révèlent majoritairement communes dans leur vérification, mis à part pour l'hypothèse 2 : d'une part, la pratique et l'application des soins de développement sont en partie contraignantes pour les infirmières des deux terrains d'enquête (hypothèse 1) ; d'autre part, concernant les soignantes du canton de Vaud, la pratique de cette méthode n'implique pas une relation plus difficile avec le personnel soignant, alors que le canton du Valais valide partiellement cette affirmation (hypothèse 2) ; enfin, la pratique des soins de développement révèle une prise en charge plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières des deux échantillons (hypothèse 3).

9. DISCUSSION

Dans ce chapitre, j'expose la validité et les limites de ce travail. De plus, je me positionne sur la crédibilité d'une telle recherche et donne quelques pistes de réflexion.

9.1 Validité interne

La validité interne fait part de la cohérence et de la crédibilité des résultats tout au long du mémoire. « Elle permet au chercheur qui utilise la méthode qualitative de savoir s'il a bien compris ce que ses informateurs voulaient lui dire ou non. Elle est un moyen méthodologique qui évite au chercheur de mal interpréter le sens que donnent les acteurs sociaux étudiés à leurs actions ou à leurs situations sociales »²⁰⁸.

9.1.1 Démarche de la recherche

Dès le début de cette recherche, ma collègue et moi avons éprouvé un réel intérêt pour les soins de développement et leur contenu. Le fait que le vécu des infirmières ne soit que peu abordé dans la littérature a guidé nos réflexions et nous a poussées dans cette direction. Nous nous sommes donc intéressées aux effets des soins de développement sur les infirmières auprès de deux cantons, afin d'avoir une vision un peu plus large du vécu professionnel et de pouvoir comparer les résultats.

9.1.2 Saisie et récolte des données

Après avoir élaboré la question centrale, nous avons fait émerger les concepts relatifs au vécu infirmier en ciblant les éléments importants. Nous avons donc pu développer les concepts de « prématurité », « soins de développement » et « prise en charge infirmière » de manière cohérente et en lien avec la prise en charge des enfants prématurés. Le concept relatif à « la prise en charge infirmière en néonatalogie » a fait l'objet de plusieurs réajustements afin de mieux cibler les fonctions des infirmières travaillant en néonatalogie. Pour cela,

²⁰⁸ Responsable de module : SCHOEPP, C. Cours module 2808 : *La validité d'une recherche qualitative & Recherche en soins infirmiers*. Travail de bachelor - Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, février 2009.

le livre de Martel et Milette²⁰⁹ nous a fourni de nombreuses informations et nous a permis d'avoir un regard professionnel face à ce genre de méthode. En ce sens, nous estimons que le cadre conceptuel est complet car il a été exploité largement tout au long de l'analyse au travers des divers témoignages des infirmières. De plus, grâce aux personnes ressources interrogées et aux lectures entreprises, ma collègue et moi avons pu émettre des hypothèses de recherche relatives à la problématique du terrain. La formulation de ces hypothèses a été source de remaniement, afin que ces dernières correspondent au mieux aux avis exprimés par les personnes ressources et par les auteurs recensés dans la littérature. En ce sens, nous trouvons qu'elles ont établi une cohérence face à notre problématique et qu'elles nous ont permis d'exploiter le sujet de façon large. Toutefois, en regard des différents résultats obtenus face aux relations des infirmières par rapport à l'équipe soignante et à celles entretenues avec les médecins, nous élaborerions deux hypothèses différentes, afin de mieux nuancer les types de relations rencontrées vis-à-vis des collègues d'une part, puis des médecins d'autre part.

En outre, la grille d'entretien élaborée avec ma collègue de travail a permis de répondre à la question centrale de recherche et de cerner le vécu des infirmières sous plusieurs dimensions qui nous paraissaient essentielles à relever (pratique et application des soins de développement, relations entre l'équipe infirmière, entre les infirmières et les médecins et relations avec les parents et les prématurés). Ces divers aspects du vécu infirmier nous ont montré plusieurs facettes du ressenti infirmier et ont contribué à accéder à une diversité d'opinions face à ce sujet. Ainsi, la grille d'entretien a ciblé des questions pertinentes et cohérentes en lien avec le vécu professionnel des soignantes. Toutefois, ma collègue et moi avons éprouvé des difficultés lors de l'analyse en raison de la récurrence des réponses de certaines infirmières. Cela a engendré un questionnement de notre part car, en interrogeant les soignantes sur les contraintes liées aux soins de développement, nous avons pris conscience de la subtilité de certaines questions dans les diverses dimensions abordées. En effet, la grille d'entretien comportait dans chaque thème une interrogation relative aux difficultés ressenties par les participantes. Ces dernières ont souvent donné les mêmes réponses, malgré les diverses dimensions abordées. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, nous envisagerions une grille d'entretien moins détaillée, privilégiant plutôt des questions larges concernant les difficultés des soignantes en général, tout en les orientant vers diverses dimensions. Cependant, la grille d'entretien nous a permis d'avoir une vision complète de la problématique et d'accéder à un large éventail de réponses.

Concernant la méthode de récolte des données, le choix d'effectuer des entretiens semi-directifs nous a paru cohérent et judicieux dans ce type d'investigation car le vécu des infirmières s'insère dans une démarche qualitative centrée sur les propos exprimés spontanément par les soignantes. Nous avons donc mesuré l'importance d'entreprendre des entretiens avec cet outil d'investigation car nous avons pu entrer en relation avec les infirmières et

²⁰⁹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

plonger au cœur de leur vécu et de leurs besoins. En outre, personnellement, la méthode d'observation m'a permis de mieux situer le contexte de la recherche et de mieux m'en « imprégner », ce qui m'a amené à faire des liens avec la pratique des soignantes et les difficultés éprouvées. Par ailleurs, rencontrer des professionnelles expérimentées et désireuses d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés prématurés nous a beaucoup apporté. Par contre, comme il s'agissait d'une recherche initiale, nous ne pouvons exclure que la maîtrise de l'entretien ne soit pas optimale. Toutefois, nous sommes satisfaites de la quantité et de la richesse des informations apportées par les infirmières, connaissances qui nous seront certainement utiles à l'avenir.

9.1.3 Crédibilité et authenticité de la démarche

Le thème choisi nous a permis de mieux comprendre le vécu des infirmières et les difficultés qu'elles rencontraient dans la pratique des soins de développement. En ce sens, cette recherche nous a donné l'opportunité de réfléchir sur les aspects émotionnels et sur la prise en charge qu'impliquait une telle méthode de soins. De plus, les résultats obtenus ont pu être corrélés aux contenus de la littérature et aux propos des personnes ressources interrogées. Ce point nous a montré que l'implantation d'une méthode de soins prend du temps et que les changements qu'elle implique conduisent à des réajustements de la part de tous les professionnels de la santé. En ce sens, cette démarche trouve une réelle crédibilité car elle cible des infirmières pratiquant les soins de développement. De plus, ce travail montre où en est l'implantation de cette méthode dans les milieux de néonatalogie de la région et permet de mieux comprendre les difficultés inhérentes à cette implantation. Cependant, nous pouvons ajouter une limite face aux changements qui s'effectuent actuellement au sein des deux terrains d'enquête. En effet, ces derniers réajustent certaines notions relatives aux soins de développement, témoignant donc d'une évolution dans l'application de cette méthode. Ces changements peuvent donc fausser les résultats obtenus lors de l'analyse, de nouvelles données pouvant émerger quant aux difficultés et aux facilités des soignantes. Il paraît donc important de souligner ce point et de préciser que les résultats de l'étude ne sont peut-être plus tout à fait d'actualité à l'heure actuelle.

9.1.4 Saturation des données

Ma collègue et moi avons pu trouver chacune une population répondant à nos critères et à notre question de recherche. Néanmoins, le nombre insuffisant de professionnelles interrogées fixe une limite. Cependant, nous soulignons que les propos des infirmières ont été fidèlement retranscrits, que les discours étaient homogènes et qu'aucune donnée nouvelle n'est apparue qu'on ne puisse classer dans l'un des deux thèmes suivants : « Pratique et application des soins de développement » ainsi que « Relations au travail avec les usagers ». En outre, nous estimons que le seuil de saturation des données a été atteint, les infirmières ayant apporté de nombreuses notions semblables tout au long des entretiens. Toutefois, il est difficile d'évaluer ce seuil, le ressenti étant différent pour chaque participante et créant, de ce fait, des diversités d'opinions.

9.2 Validité externe

« La validité externe a trait à la possibilité de généraliser les résultats de recherche et d'appliquer ces résultats à d'autres contextes ou d'autres échantillons »²¹⁰.

La recherche entreprise s'est faite dans un contexte particulier. En effet, ma collègue et moi avons interrogé les infirmières des deux échantillons par rapport à leur vécu professionnel. Le nombre restreint d'entretiens et la notion de « vécu » étant pour nous une notion variable et propre à chacune, nous ne pouvons donc nous permettre de généraliser les résultats de la recherche à l'ensemble de la Suisse. Toutefois, certains éléments de cette étude pourraient servir à d'autres services de néonatalogie qui utilisent les soins de développement dans leur prise en charge des nouveau-nés prématurés, en regard des nombreuses similitudes trouvées entre les deux terrains d'enquête étudiés. En outre, il est tout à fait possible de corréler les hypothèses de recherche et le type d'échantillon à d'autres contextes car les exigences de notre travail concernant les critères de la population et ses cibles (les bébés prématurés) peuvent être appliqués à n'importe quel service de néonatalogie utilisant les soins de développement.

²¹⁰ LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007, p. 206. ISBN : 978-2-7613-1869-6.

9.3 Pistes de réflexion

Ce mémoire de fin d'études nous amène à entrevoir d'autres ouvertures et possibilités. En effet, les recherches effectuées par rapport aux soins de développement nous ont permis de consolider notre savoir et de pousser notre réflexion vers d'autres pistes. Suite à l'élaboration de ce travail, nous avons compris l'importance de la place de l'infirmière dans la réalisation d'un tel projet. Reste à savoir, maintenant, quelle place occupent les autres acteurs du système de santé. En effet, ces derniers doivent également compter parmi des collaborateurs du projet de soins et il serait donc intéressant d'avoir leur avis. A travers certaines questions, comme les facteurs contribuant à une bonne collaboration entre infirmières et médecins ou infirmières et parents, les chercheurs pourraient pousser la réflexion de façon plus ciblée sur les autres partenaires de soins. De telles questions susciteraient l'intérêt par rapport à l'implantation des soins de développement et à son impact. Nous trouvons intéressant de connaître d'une part l'avis des médecins. Comme affirmé par certaines infirmières du canton du Valais, certains médecins n'adhèrent pas à cette méthode de soins et il y a parfois des résistances de leur part. De plus, cet aspect est repris par une étude anglaise qui affirme que l'obstacle majeur à l'implantation des soins de développement vient de l'équipe infirmière et médicale²¹¹. Il nous paraît donc judicieux et pertinent de soulever ces questions, afin d'avoir des avis objectifs prenant en considération l'équipe entière.

D'autre part, la collaboration des parents au projet de soins se révèle bénéfique pour les prématurés et implique la mise en place d'un partenariat avec l'équipe infirmière. Les obstacles soulignés par cette dernière dans les deux terrains d'enquête font part de l'implication trop grande des parents parfois. Les recherches futures pourraient donc s'attarder sur la place des familles dans les soins et les actions pouvant être effectuées par elles. Jacques Sizun, dans un mail transmis le 15.04.2009, a relevé ces éléments en guidant nos réflexions. Les pistes suggérées relataient les droits et les devoirs des parents et des soignants, mais également les domaines pouvant être investis par les parents (visite des fratries, postures du nouveau-né, prise en charge de la douleur) et l'influence des parents sur la qualité des soins. Nous trouvons que de telles recherches prennent sens car les durées d'hospitalisation étant de plus en plus raccourcies, il revient aux parents d'assurer la prise en charge à domicile. Le partenariat avec eux paraît donc évident, mais il reste à déterminer leur rôle, afin de distinguer leurs actions de celles des infirmières et d'assurer la continuité des soins.

En outre, nous espérons que nos résultats serviront dans la pratique professionnelle, autant pour les infirmières que pour les employeurs. Nous pouvons également affirmer que les terrains d'enquête font leur possible pour appliquer au mieux les soins de développement et pour améliorer le travail des

²¹¹ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

infirmières. En outre, des changements s'opèrent, autant pour l'hôpital vaudois que pour l'hôpital valaisan. En effet, ce dernier prépare un projet d'agrandissement des locaux et la majorité des infirmières de l'échantillon vont suivre, dans le courant du mois de juin à septembre, une formation sur le NIDCAP à Brest. Quant au service de néonatalogie vaudois, il effectue actuellement des changements et il modifie les protocoles de soins pour qu'ils soient plus en lien avec les soins de développement. La visite médicale comporte aussi des modifications depuis le début de l'année 2010, avec une collaboration entre infirmières et médecins pour les heures de visite médicale, les soins aux nouveau-nés étant entrepris en-dehors des heures de passage des médecins.

Nous observons donc que depuis nos entretiens, les deux terrains d'enquête évoluent et amènent des changements assurant la promotion des soins de développement. De plus, cette méthode évoluant avec le temps, les services se doivent d'être au clair et de contribuer à l'avancement des pratiques infirmières et à la recherche, objectif qui rejoint une des compétences relatées précédemment dans le travail, à savoir « contribuer à la recherche en soins et en santé ». En outre, cette compétence peut faire le lien avec un article paru récemment²¹². Ce dernier annonce l'inauguration d'une maison de naissance à Sion, où l'accouchement se fait sans médication, sans médecin et en partenariat avec le gynécologue et la sage-femme. Ce qui est intéressant dans l'article ne concerne pas ces aspects pour nous, mais la manière dont s'organise l'accouchement. En effet, les nouveau-nés sont accueillis dans le calme et dans la pénombre. Les liens d'attachement sont favorisés en conservant le cordon ombilical et en mettant l'enfant au sein le plus rapidement possible. A la lecture de cet article, nous constatons que les soins de développement prônent ce genre d'environnement sans surstimulation et peuvent être corrélés à ce mode de naissance. Il serait donc pertinent de savoir de quel concept s'inspirent les sages-femmes et quel lien s'établirait avec les soins de développement. Ces derniers pourraient donc élargir leur contenu à d'autres champs, notamment la naissance.

²¹² GABBUT, J.-Y. Pour une naissance différente. In : *Le Nouvelliste*. N° du 26.05.2010.

10. CONCLUSION

Dans ce chapitre, je reviens sur les objectifs d'apprentissage énoncés au début de mon mémoire, puis j'expose les facilités et les difficultés rencontrées au terme de la recherche du point de vue technique, professionnel et personnel.

10.1 Retour sur les objectifs d'apprentissage

La recherche entreprise m'a permis de valider et de répondre à mes objectifs d'apprentissage énoncés au début de mon travail.

Arrivée au terme de mon mémoire, j'ai pu définir et expliquer les concepts liés à ma problématique, en m'inspirant des propos des personnes ressources et de la littérature. J'ai parcouru de nombreux ouvrages, ce qui m'a permis de consolider mes connaissances. De plus, j'ai expérimenté la conduite d'entretiens en élaborant une grille guidant mes interrogations. J'ai respecté les principes éthiques nécessaires à toute recherche grâce à la demande d'enquête faite auprès de l'hôpital vaudois, à la lettre d'information aux participantes et l'obtention d'une signature du consentement éclairé par toutes les infirmières interrogées. J'ai ensuite analysé mes entretiens en les classant grâce à une grille d'analyse et j'ai assemblé les éléments similaires afin d'en dégager des thèmes. En outre, j'ai élaboré, avec ma collègue, un tableau comparatif des résultats de la recherche, afin de confronter les données recueillies et d'en faire une synthèse commune. Un tableau des besoins des infirmières a également été mis en place afin d'en avoir une vision plus claire. Enfin, j'ai pu évaluer les résultats de ma recherche en proposant des pistes de réflexion et des réajustements.

10.2 Bilan technique

Les références méthodologiques ont constitué une ressource indispensable dans l'avancement du mémoire. Dès le début, je me suis appuyée sur ces dernières afin de respecter une démarche de recherche cohérente. J'ai donc pu élaborer avec ma collègue des concepts précis et avancer progressivement tout au long du travail en me référant à la théorie. En outre, le cadre conceptuel a constitué une grande ressource dans la compréhension du sujet et des interventions relatives aux soins de développement et aux rôles infirmiers. Ces concepts m'ont permis de mieux cerner la problématique et de développer des compétences propres au sujet. De plus, je suis satisfaite en termes de diversités car les deux terrains de recherche présentent des différences au niveau de la structure, de la grandeur, du nombre de collègues, de la tranche de prématurité, etc. En outre, les résultats obtenus auprès des infirmières sont

positifs. En effet, j'ai pu exploiter de manière globale les informations apportées, répondre à mes hypothèses de recherche et aboutir à une synthèse cohérente avec mon sujet.

Les difficultés liées au bilan technique concernent essentiellement mon manque d'expérience dans ce genre de démarche. En effet, je n'avais jamais élaboré un travail de mémoire et les apports théoriques et méthodologiques m'étaient totalement étrangers. Au commencement de chaque chapitre, il s'avérait difficile pour moi de rédiger de façon claire les informations voulues. Il m'a fallu tester et recommencer la rédaction plusieurs fois afin de comprendre et d'avancer plus clairement dans mon travail. Cependant, arrivée au terme de mon mémoire, j'ai acquis une vision plus large et précise de la méthodologie.

10.3 Bilan professionnel

Le choix du sujet aboutit à certains avantages selon moi, tant au niveau du terrain d'enquête que d'un point de vue personnel.

D'une part, ce sujet s'avère utile pour les professionnels du terrain et pour les employeurs car l'implantation d'une telle méthode de soins nécessite l'adhésion des professionnels de la santé les plus touchés, à savoir les infirmières. A mon sens, ces dernières, en exprimant leur vécu, leurs difficultés et leurs facilités font émerger des réflexions et un questionnement concernant la qualité des soins. En effet, face aux propos des soignantes, les employeurs et les responsables de service ont l'occasion de cibler les besoins des infirmières et d'amener des changements afin d'améliorer le vécu professionnel et donc la qualité des soins dispensée par les soignantes. En outre, les participantes peuvent prendre conscience de leurs limites, de leurs besoins et de l'état actuel de leurs connaissances au travers des questions posées, ce qui les poussera peut-être à s'informer davantage ou à améliorer leur prise en charge. Je me suis également rendue compte de l'importance d'une bonne cohésion d'équipe dans la pratique des soins. De plus, le besoin d'information et de formation a constitué selon moi un point essentiel à souligner pour une mise en pratique riche et bénéfique des soins de développement.

D'autre part, j'ai pu affiner mes connaissances par rapport à cette méthode de soins et mieux maîtriser ce sujet qui me paraît très utile dans la prise en charge des bébés prématurés. Je pense que je serai plus attentive aux surstimulations engendrées par l'environnement et les gestes des soignantes. En outre, la satisfaction professionnelle éprouvée par les infirmières m'a permis de mieux me positionner en tant que professionnelle face à ce concept de prise en charge. J'ai pu me rendre compte de l'apport positif des soins de développement, tant pour les soignantes que pour les parents et les prématurés. En ce sens, j'adhère totalement à ce mode de prise en charge et souhaite que ce concept s'élargisse encore pour parvenir à des soins optimaux.

Les difficultés liées au bilan professionnel concernent premièrement les recherches de la littérature au sujet du vécu professionnel des infirmières. En effet, peu de documents y faisaient référence et concernaient l'implantation de ces soins auprès de l'équipe soignante. Ces difficultés ont ainsi confirmé la pertinence de traiter du vécu infirmier. Cependant, ma collègue et moi avons pu contacter des spécialistes²¹³ qui nous ont fourni de la documentation à ce sujet. Deuxièmement, une autre difficulté provient du fait que je n'ai jamais exercé au sein de l'hôpital vaudois et plusieurs données m'ont sûrement échappé ou étaient erronées. Malgré ma présence au sein du service durant deux journées, j'ai éprouvé parfois des difficultés dans l'analyse car je nommais des hypothèses d'explication qui ne correspondaient peut-être pas à la réalité du terrain. Par conséquent, je me rends compte que pour mener une recherche le plus justement possible, il serait préférable d'exercer ou d'observer les participantes pendant au moins une semaine, afin que les résultats obtenus puissent être corrélés à des données vérifiées. Cependant, dans le cursus de la formation et par rapport à une recherche initiale, ces propositions ne peuvent se réaliser que difficilement. C'est pourquoi j'estime important de relever cette difficulté supplémentaire.

10.4 Bilan personnel

D'un point de vue personnel, ce thème m'a permis d'entrer en relation avec les infirmières et de plonger au cœur de leur vécu et de leurs besoins. J'ai donc eu la chance de pouvoir rencontrer des professionnelles expérimentées et désireuses d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés prématurés. Ce sujet m'a amenée à plusieurs réflexions.

Tout d'abord, les réponses apportées par les infirmières m'ont beaucoup enrichie et m'ont permis de mieux percevoir les difficultés et les besoins exprimés face aux soins de développement. Grâce à leurs témoignages, j'ai pu discerner les enjeux de cette méthode de soins du point de vue de la structure des locaux, de l'organisation, des relations, etc.

Ensuite, j'ai pu percevoir leur degré de sensibilité face aux soins de développement et cet aspect m'a beaucoup touchée. En effet, toutes les infirmières insistaient sur le confort de l'enfant et sur les parents. Par contre, elles ne citaient que peu leurs difficultés et semblaient désireuses du bien-être des familles. J'ai ressenti qu'il était difficile pour elles d'exprimer leurs émotions et leur vécu professionnel. A ce propos, j'ai souvent dû les rediriger vers cette notion car la plupart d'entre elles exprimaient les avantages d'une telle méthode sur les parents et les enfants.

²¹³ Les spécialistes ont été contacté par mail et concernent : M. Wielenga, cité comme auteur au sein du département de néonatalogie d'Amsterdam, qui m'a envoyé une thèse sur les soins de développement et leurs répercussions ; Dr. Sizun, spécialisé en soins de développement à l'hôpital de Brest, qui m'a été également d'une grande aide en répondant à mes questions et en m'envoyant quelques articles sur l'implantation des soins de développement sur les infirmières.

De plus, j'ai éprouvé quelques moments de découragement au cours du travail face à l'ampleur de la tâche. A certaines étapes, je me sentais découragée par le remaniement du travail, les recherches à effectuer et les délais à respecter. En outre, j'éprouvais parfois quelques doutes par rapport à l'analyse et à la façon de rédiger. Cependant, je pense que les doutes permettent d'avancer.

Enfin, ces réflexions m'amènent à penser que le rôle fondamental de l'infirmière prend tout son sens au sein de la relation thérapeutique. Comme exprimé précédemment dans mon travail, la soignante dirige sa prise en charge sur les parents et les enfants, puis coordonne les soins avec les autres professionnels de la santé. Cette fonction est essentielle pour améliorer la prise en charge. Ces éléments rejoignent tout à fait mes réflexions concernant la priorité des infirmières. Ces dernières se centrent davantage sur les familles et ce, peut-être au détriment de leur propre vécu. C'est pourquoi cette recherche constitue un grand intérêt pour moi car elle donne la possibilité aux familles, aux employeurs et à tous les autres acteurs du système de santé, de prendre en considération le vécu des infirmières et de les aider dans leur démarche de soins et dans l'avancement progressif d'un projet de soins.

« Ne crains pas d'avancer lentement, crains seulement de t'arrêter »

Sagesse chinoise.

11. LEXIQUE²¹⁴

Age gestationnel : durée de la grossesse à compter du premier jour des dernières règles, soit en moyenne 280 jours (p. 20).

Age post-conceptionnel²¹⁵ : c'est l'âge gestationnel du bébé en plus de son âge postnatal. C'est le meilleur reflet de l'âge physiologique de l'enfant. Le résultat correspond à l'âge corrigé du bébé.

Aménorrhées : absence du flux menstruel, en-dehors de l'état de grossesse, chez une femme en période d'activité génitale (p. 31).

Apnée : arrêt plus ou moins long de la respiration, sans répercussion cardiaque (p.66).

Bradycardie : ralentissement du rythme des battements cardiaques. On parle de bradycardie quand le nombre des contractions cardiaques est inférieur à 60 par minute (p. 119).

Cyanose : coloration bleue des téguments due à l'augmentation dans le sang capillaire de l'hémoglobine (p. 212).

Diplégie : paralysie bilatérale, atteignant symétriquement des régions du corps plus ou moins étendues (p. 244).

Entérocolite nécrosante : maladie grave, de fréquence croissante et de cause inconnue, atteignant surtout les prématurés. Elle se manifeste dès les premiers jours par une distension abdominale, des vomissements, une fièvre, des hémorragies digestives (p. 287).

Epilepsie : affection chronique caractérisée par la répétition de paroxysmes dus à des « décharges électriques », c'est-à-dire à l'activation subite, simultanée et anormalement intense d'un grand nombre de neurones cérébraux (p. 292).

Gestose : synonyme : toxémie gravidique, pré-éclampsie : variété de néphropathie (maladie rénale) de la grossesse avec hypertension artérielle (p. 873).

²¹⁴ La majorité des définitions relevées ci-dessous sont tirées de l'ouvrage suivant : DELAMARE, J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Maloine. 28^{ème} édition : Paris, 2004. 1046 pages. ISBN : 2-224-02784-2. Le numéro des pages est indiqué à la fin des définitions.

²¹⁵ Définition tirée du site Internet suivant : <http://www.reanesth.org>

Hémiplégie : paralysie complète ou incomplète frappant une moitié du corps, entièrement ou partiellement (p. 388).

Hémorragie intra-crânienne : effusion d'une quantité plus ou moins considérable de sang hors d'un vaisseau sanguin crânien (p. 393).

Hydramnios : abondance anormale du liquide amniotique (p. 415).

Hypertonie : augmentation de l'excitabilité nerveuse ou de la tonicité musculaire (p. 428).

Hypoglycémie : diminution de la quantité de glucose (sucre de façon générale) contenue dans le sang au-dessous de 0,5 grammes par litre (soit 2,8 millimoles par litre) (p. 431).

Ictère du nouveau-né : coloration jaune de la peau et des muqueuses transitoire, observée chez tous les prématurés et chez la moitié des nouveau-nés ; l'ictère est dû à l'absence passagère d'une enzyme indispensable à la transformation de la bilirubine (pigment biliaire) (p. 439).

Leucomalacie²¹⁶ : dégénérescence de la matière blanche adjacente aux ventricules cérébraux suite à une hypoxie cérébrale ou à une ischémie du cerveau chez les nouveau-nés.

Oligamnios : insuffisance de la quantité du liquide amniotique, qui peut s'abaisser, dans une grossesse à terme, à 100 ou 150 g (p. 617).

Reflux gastro-oesphagien : retour dans l'œsophage du contenu gastrique acide (p. 751).

Surfactant : liquide formant un film très mince et tapissant la face interne des alvéoles pulmonaires. Il joue un rôle très important dans la mécanique ventilatoire (p. 829).

Tétraplégie : (quadriplégie). Paralysie des quatre membres (p.734).

Trémulation : tremblement (p. 868).

²¹⁶ Définition tirée du site Internet suivant : <http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/leucomalacieperiventriculaire.htm>

12. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

12.1 Livres

- ALS, H. *Earliest intervention for preterm infants in the Newborn Intensive Care Unit*. In : Guralnick, M.J. Editions The Effectiveness of Early Intervention : Baltimore, 1996.
- BEE, H., BOYD, D. *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc., 3^{ème} édition : Paris, 2008. 468 pages. ISBN : 9782761326360.
- BLACKBURN, S-T., VANDEN BERG, K-A. *Assessment and management of neonatal neurobehavioral development*. In : Krenner, C., Brueggemeyer, A., Gunderson, L-P. *Comprehensive Neonatal Nursing : A Physiologic Perspective*. Editions W.B. Saunders : Philadelphia, 1993.
- BRAZELTON, T-B., NUGENT, J-K. *Echelle de Brazelton : Evaluation du comportement néonatal*. Médecine & Hygiène, 3^{ème} édition : France (Paris), 2001. 185 pages. ISBN : 2-88049-153-3.
- BRAZELTON, T-B., NUGENT, J-K. *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Editions Mac Keith Press : Cambridge, 1995.
- CHANTELOT, D., GUY, B., LOUIS SALLE, B. *Néonatalogie*. Arnette 4^{ème} édition : France, 2003. 222 pages. ISBN : 2-7184-1055-8.
- DALLA PIAZZA, S. *L'enfant prématuré*. De Boeck Université : France, Bruxelles, 1997. 179 pages. ISBN : 2-8041-2596-3.
- DELAMARE, J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Maloine. 28^{ème} édition : Paris, 2004. 1046 pages. ISBN : 2-224-02784-2.
- DEPELTEAU, F., *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université : Bruxelles, 2003. 417 pages. ISBN : 2-8041-3526-8.
- DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5.

- LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*. Editions du Seuil : Paris, 1980. 157 pages. ISBN : 2-02-005576-7.
- LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007. 591 pages. ISBN : 978-2-7613-1869-6.
- LOUIS, S. *Accompagner son enfant prématuré : De la naissance à 5 ans*. Editions du CHU de Sainte-Justine : Québec, 1^{er} trimestre 2007. 208 pages. ISBN : 978-2-89619-085-0.
- LOUIS, S. *Le grand livre du prématuré : du choc de la naissance à l'arrivée du bébé à la maison*. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine : Québec, 2001. 364 pages. ISBN : 2-922770-31-1.
- MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.
- MARTINO, B. *Le bébé est une personne*. Editions Balland : France, 1985. 269 pages. ISBN : 2-7158-0517-9.
- OBLADEN, M. *Soins intensifs pour nouveau-nés*. Springer, 2^{ème} édition : France (Paris), 1998. 450 pages. ISBN : 2-287-59645-3.
- PAILLE, P., MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Edition Armand Colin, 2^{ème} édition : Paris (Montparnasse), 2008. 315 pages. ISBN : 978-2-200-35441-1.

12.2 Polycopiés

- FRÖHLICH, A. *Premiers contacts - premières expériences : La stimulation basale dans les soins aux prématurés*. Penaten - Infothek. 9 pages. Document transmis par la personne ressource du canton de Vaud le 26.09.2009.
- INGOLD SCHULER, C. (Ingold est un nom de famille) *Mémoire - Formation dans le domaine de la santé en HES-SO : mémento concernant la législation en matière de protection des données et les règles éthiques*. Novembre 2007. 9 pages.

- Livre de travail, cours de base : *Kinaesthetics et l'art de soigner*. Edition IHD Human Development Research. 2003. 76 pages.
- MICHELI, J.-L. *Polycopié de néonatalogie*. Version avril 2008. 66 pages.
- Responsable de module : BERRA, E. Cours module 1002 : Naître et grandir. Filière soins infirmiers : Sion, octobre 2007.
- Responsable de module : SCHOEPEF, C. Cours module 2808 : *Entretiens et recherches en soins infirmiers*. Travail de bachelor - Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, février 2009.
- Responsable de module : SCHOEPEF, C. Cours module 2808 : *La validité d'une recherche qualitative & Recherche en soins infirmiers*. Travail de bachelor - Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, février 2009.
- Responsable de module : SOLIOZ, E. Année préparatoire : *La psychologie du développement*. Sciences humaines. Filière soins infirmiers : Sion, mars 2007.
- TOWNSEND, M., *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*. Chapitre 6 : La relation et la communication thérapeutique. Editions Erpi. 7 pages. Polycoié tiré de : Responsable de module: SEPPEY C., Cours module 1001 : Devenir praticienne réflexive 1. Filière soins infirmiers: Sion, septembre 2007.

12.3 Revues

- AITA, M., SNIDER, L. The art of developmental care in the NICU : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [en ligne]. 2003. Volume 43, 223-232.
- ALS, H. A synactive model of neonatal behavioral organization : framewrok for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the Neonatal Intensive Care Environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* [en ligne]. 1986. Volume 6, 3-55.
- ANSQUER, H. [et al.]. NIDCAP ou Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement : Evaluation des procédures

- d'implantation et des résultats. 1-25. Document envoyé par le Dr. Sizun J. le 15.04.2009 (consulté le 20.12.2009)
- ALS, H. Developmental care in the Newborn Intensive Care Unit. *Current Opinion in Pediatrics* [en ligne]. 1998. Volume 10, 138-142.
 - GRENIER, A. Prévention des déformations précoces de hanche chez les nouveau-nés à cerveau lésé. *Annales de pédiatrie* [en ligne]. 1988. Volume 35, 423-427.
 - HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007. Volume 24, N° 2, 71-77. Envoyé par courrier électronique par le Dr. Sizun le 15.04.2009 (consulté le 11.02.2010)
 - OEHLER, J-M. [et al.]. Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing* [en ligne]. 1991. Volume 16, 148-151.
 - PETERS, K-L. Infant handling in the NICU : does developmental care make a difference ? An evaluative review of the litterature. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing* [en ligne]. 1992. Volume 6, 67-84.
 - SIZUN, J. [et al.]. Evaluation de l'impact médical des soins de développement. *Archives de pédiatrie* [en ligne]. 2002. Volume 9, Suppl. 2, 109-111.
 - WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005. Volume 21, n°1, 41-48. Envoyé par courrier électronique par le Dr. Sizun le 15.04.2009 (consulté le 22.08.2009)

12.4 Article et brochure

- GABBUT, J.-Y. Pour une naissance différente. In : *Le Nouvelliste*. N° du 26.05.2010 (consulté le 27.05.2010)
- KESSELRING, A. [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. ASI-SBK : Berne, 2008. 24 pages.

13. RÉFÉRENCES CYBEROGRAPHIQUES

- ALS, H., PH, D. Soins développementaux individualisés pour les enfants prématurés. In : *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Septembre 2004. 1-8. Adresse URL : <http://www.enfant-encyclopédie.com/pages/PDF/AlsFRxp.pdf> (consulté le 20.12.2009)
- ALS, H., FRESCHI, M. Identification clinique du stress chez le nouveau-né : applications aux soins. *Revue médicale suisse* [en ligne]. N° 2379. 1-5.
Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21952> (consulté le 26.09.2009)
- BARBRE, F. Anesthésie de l'ancien prématuré. *CHU Hôpitaux de Bordeaux* [en ligne]. Octobre 2004. 1-48. Adresse URL : http://www.reanesth.org/.../12_anesthesie_ancien_premature.pdf (consulté le 23.03.2010)
- CHAMPS, M. Influence de la prématurité sur l'organisation spatio-temporelle et l'élaboration du schéma corporel d'enfants de six ans : étude comparative d'enfants nés prématurément et d'enfants du même âge nés à terme. In : *site ActuPsy* [en ligne]. 1-2. Mise à jour le 09.11.2004. Adresse URL : http://actupsy.free.fr/prema_pro.htm (consulté le 06.01.2010)
- CHILLAULT, S. [et al.]. Recommandations de soins - NIDCAP. In : *Site officiel de la périnatalité* [en ligne]. Mise à jour le 10.02.2009, Pédiatrie 11. 1-14. 1-2. Adresse URL : <http://www.périnat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/recommandations-de-soins-NIDCAP> (consulté le 11.12.2010)
- CHILLAULT, S. [et al.]. Soins de Développement en Néonatalogie : guide pratique à l'attention des soignants. In : *Site officiel de la périnatalité* [en ligne]. Mise à jour le 10.02.2009. 1-2. Adresse URL :

- <http://www.périnat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/recommandations-de-soins-NIDCAP> (consulté le 11.02.2010)
- Formation pratique : Certificate of advanced studies. In : *HES-SO : Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale* [en ligne]. 1-4. Adresse URL : <http://www.hes-so.ch/CMS/default.asp?ID=1385> (consulté le 12.05.2010)
 - GAGNEUR, A. [et al.]. Evaluation de l'impact médical des soins de développement. *Archives Pédiatrie* [en ligne]. 2002, 9 Suppl. 2, 109-111. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5-K&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=c000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=feb4def793aaee8a34c70ade4e5d549c (consulté le 11.03.2010)
 - Informations des CHU & de la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU. *Nidcap : 10 ans d'expérience brestoise en médecine néonatale* [en ligne]. CHU Réseau. Février 2009. 1 page. Adresse URL : <http://web.reseau-chu.org/articleview.do?id=1925&mode=2> (consulté le 11.11.2009)
 - JACQUEMOT, L. Expérience du NIDCAP en médecine néonatale au CHU de Brest. In : *Site le Sparadrap* [en ligne]. Octobre 2004. 66-69. Adresse URL : <http://www.sparadrap.org/fichier/ACE24B94E57D4C9FBA5D8F4A5284B46F.pdf> (consulté le 16.12.2009)
 - La Sagesse. In : *Les belles citations* [en ligne]. 1 page. Adresse URL : <http://www.bellescitations.com/accueil.htm> (consulté le 30.05.2010)
 - La Suisse compte un prématuré pour dix naissances. In : *Swiss info : L'actualité suisse dans le monde* [en ligne]. Juillet 2007. 1-2. Adresse URL : <http://www.swissinfo.ch/fre/archive.html?siteSect=883&sid=7983724&ty=st> (consulté le 28.01.2010)
 - Le Nidcap [en ligne]. Mise à jour le 11.11.2008. 1-3. Adresse URL : http://www.famille-madeleine.com/qu'est-ce_que_le_nidcap_.htm (consulté le 16.12.2009)
 - L'échelle de Brazelton. In : *T. Berry Brazelton-Centre Brazelton Suisse* [en ligne]. 1-2. Adresse URL : <http://www.brazelton.ch/spip.php?rubrique26> (consulté le 24.03.2010)

- Leucomalacie périventriculaire. In : *CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française)* [en ligne]. 1-2. Adresse URL : <http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/leucomalacieperiventriculaire.html> (consulté le 23.03.2010)
- MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b (consulté le 16.12.2009)
- MARPEAU, L., MARRET, S. Grande prématurité, risque de handicaps neuropsychiques et neuroprotection. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* [en ligne]. 2000, Volume 29, n°4, 373-384. Adresse URL : <http://www.sepeap.es/revisiones/archivos/10113.pdf> (consulté le 20.05.2009)
- RATYNSKI, N. [et al.]. L'observation du comportement du nouveau-né : une source pertinente d'informations médicales. *Archives de pédiatrie* [en ligne]. Décembre 2002, Volume 9, Issue 12, 1274-1279. Adresse URL : <http://www.linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X02000854> (consulté le 16.03.2009)
- RATYNSKI, N. [et al.]. Place d'un programme de soins de développement, le NIDCAP dans une stratégie de prévention et de traitement de la douleur et du stress en médecine néonatale : NIDCAP et douleur néonatale. In : *Centre national de Ressources de lutte contre la douleur* [en ligne]. Juin 2004. 1-5. Adresse URL : http://www.cnrdr.fr/article-imprim.php3?id_article=199 (consulté le 16.03.2009)
- RATYNSKI, N. [et al.]. Vos questions - NIDCAP et soins de développement. In : *Site officiel de la périnatalité* [en ligne]. Mise à jour le 01.02.2010. 1 page. Adresse URL : <http://www.périnat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/vos-questions> (consulté le 23.05.2010)

- Swiss Society of Neonatology : Neonatology units in Switzerland. 1-2. Adresse URL: http://www.neonet.ch/en/01_Society/neonunits.php?navId=6&print=on (consulté le 13.05.2010)
- SIZUN, J. [et al.]. Allaitement maternel et prématurité : intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. *Spirale* [en ligne]. 2003, Volume 27, 15-22. ISSN 1278-4699. Adresse URL : http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=SPI_027_0015 (consulté le 03.03.2009)
- SIZUN, J. [et al.]. Le NIDCAP, programmes de soins centrés sur l'enfant et sa famille. *Les Dossiers de l'Allaitement* [en ligne]. 2001, n°48. Mise à jour le 12 mars 2009. 1-2. Adresse URL : <http://www.Illfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/da-48-le-nidcap-programmes-de-soins-centrés-sur-l-enfant-et-sa-famille> (consulté le 09.06.2009)
- SIZUN, J. [et al.]. Recherche clinique, soins de développement et NIDCAP : aspects méthodologiques spécifiques. *Archives de pédiatrie* [en ligne]. 2007, Volume 14, 54-57. Adresse URL : <http://france.elsevier.com/direct/ARCPED> (consulté le 25.02.2009)
- SIZUN, J. Soins de développements en unité de soins néonataux : une stratégie médicale validée. *Journal de pédiatrie et de puériculture* [en ligne]. 2003, Volume 16, Issue 2, 65-67. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VMB-4BD5325-N&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=5798b211a3356da3eb1aa3aed4feccd4 (consulté le 11.04.2009)
- SYMINGTON, A., PINELLI, J. Soins de développement pour promouvoir la croissance et prévenir la morbidité chez le nouveau-né prématuré. In : *La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* [en ligne]. 2007. 1-2. Adresse URL : <http://apps.who.int/rhl/newborn/reviews/cd001814/fr/> (consulté le 23.03.2010)
- TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse

URL : <http://www.aqepa.surdite.org/revue/161.htm> (consulté le 07.05.2009)

- Understanding the Baby's Language. In: *The Brazelton Institute-Children's Hospital Boston* [en ligne]. 1-2. Adresse URL: <http://www.brazelton-institute.com/intro.html> (consulté le 26.03.2010)
- WAROQUIER, C. Les soins de développement en néonatalogie, le programme NIDCAP [en ligne]. Juin 2006. 1-6. Adresse URL : waroquier.celine.free.fr/nidcap.htm-17K (consulté le 20.02.2009)

14. ANNEXES

ANNEXE I	Référentiel des compétences de l'étudiante lors des stages
ANNEXE II	Entretien exploratoire
ANNEXE III	Liste des cantons de Suisse disposant d'un service de néonatalogie
ANNEXE IV	Grille d'entretien
ANNEXE V	Lettre pour la demande d'enquête au sein de l'hôpital vaudois
ANNEXE VI	Lettre d'information destinée aux participantes de l'étude
ANNEXE VII	Formulaire de consentement éclairé
ANNEXE VIII	Exemple d'une grille d'analyse

ANNEXE I : Référentiel des compétences de l'étudiante lors des stages

Référentiel des Compétences 3^{ème} année Bachelor :

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

L'étudiant-e :

conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
 - s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
 - utilise le geste et le soin au corps dans la relation
 - met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
 - accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue
- réalise les soins requis :
- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
 - discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
 - argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins
- organise son travail en tenant compte du contexte :
- argumente les priorités et les opérationnalise
 - critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
 - mobilise les ressources et compétences nécessaires
 - délègue, supervise et évalue le travail confié
 - garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession.

ANNEXE II : Entretien exploratoire

Entretien exploratoire :

1) Au niveau des soins de développement,

1. Quels soins de développement utilisez-vous dans votre service ?

Relance : Parmi ces soins, quels sont ceux que vous utilisez fréquemment et/ou systématiquement dans votre prise en charge des enfants prématurés ?

2. Depuis quand les soins de développement sont mis en place dans votre service ? Depuis quand pratiquez-vous les soins de développement ?

3. Depuis quand les soins de développement sont-ils utilisés dans la prise en charge du nouveau-né prématuré (tout de suite après l'accouchement, après stabilisation, en néonatalogie) ?

Relance : A l'arrivée d'un nouveau-né en néonatalogie, comment s'organise la prise en charge ? Sur quels critères les professionnels de la santé se basent-ils pour appliquer les soins de développement aux prématurés ?

4. Quel est le matériel présent dans le service permettant d'appliquer les soins de développement (local pour les parents, appareil de mesure de décibels, couverture sur l'isolette, alarmes des scopes, etc.) ?

Relance : Que pensez-vous du matériel mis à disposition ? Quelles améliorations sont ou pourraient être envisagées pour améliorer l'efficacité des soins de développement ? Du matériel supplémentaire vous semblerait-il utile ? Pourquoi ?

5. Dans quel but les soins de développement ont-ils été introduits ? A quels avantages s'attendait-on ? Pensez-vous que les soins de développement sont essentiels dans la prise en charge des prématurés ?

Relance : Donc, pour vous, ont-ils favorisé un meilleur développement sur les plans physiologiques et neuro-comportementaux ?

6. Pouvez-vous me préciser les changements relatifs à l'implantation des soins de développement dans l'organisation du service (par rapport au fonctionnement et au rôle professionnel de l'équipe, au développement des prématurés, à la prise en charge des parents) ?

Relance : J'aimerais parler plus précisément de l'organisation au niveau de l'équipe. Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment s'organise l'équipe par rapport aux soins de développement et quels sont les acteurs qui en font partie ? Comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière par rapport à l'application des soins de développement ? Comment se passent les relations avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecins, collègues infirmiers, médecin chef, infirmier chef, etc.) par rapport à l'usage des soins de développement ? Existe-t-il des obstacles à la collaboration pluridisciplinaire ?

7. Quelles améliorations ont apporté les soins de développement à la prise en charge des enfants prématurés ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le fonctionnement du service, toujours par rapport aux soins de développement ?

Relance : Donc, pour vous, quelles seraient les améliorations à mettre en place par rapport à l'organisation du service ?

2) Au niveau du rôle professionnel,

1. Que pensez-vous des soins de développement ?

Relance : Quels sont les avantages et les inconvénients des soins de développement selon vous ? A votre avis, les soins de développement améliorent-ils la prise en charge des prématurés en termes de qualité des soins ?

2. Avez-vous reçu une formation ou des informations par rapport aux soins de développement ?

Relance : Ces connaissances vous semblent-elles suffisantes dans votre pratique professionnelle ? Pourquoi ?

3. Quelles sont les facilités et les difficultés que vous rencontrez par rapport aux soins de développement ?

Relance : Ces soins ont-ils amélioré vos conditions de travail en général ? Quelles améliorations voudriez-vous apporter ?

4. Parmi les soins de développement que vous mettez en pratique, lesquels ont eu le plus d'impact sur votre pratique professionnelle et pourquoi ?

Relance : Contribuent-ils à votre satisfaction professionnelle ? Quels sont ceux qui vous paraissent moins significatifs et pourquoi ? Quelle est votre satisfaction

par rapport à l'implantation des soins de développement dans votre service ?
Quels sont les éléments influençant cette satisfaction ?

5. J'aimerais que vous m'expliquiez comment vous vous situez par rapport aux soins de développement (au niveau émotionnel et physique).

Relance : Les soins de développement améliorent-ils votre propre confiance dans votre rôle professionnel ? Comment vous sentez-vous au travail depuis l'introduction de ces soins ? Sont-ils un facteur de stress dans votre profession et pourquoi ? Que faudrait-il envisager afin de diminuer ce stress ?

6. Améliorent-ils votre capacité à évaluer la situation de l'enfant (évaluation des signes de stress, de douleur, des comportements de l'enfant) ?

Relance : Quels sont les moyens vous permettant d'évaluer l'aspect clinique de l'enfant (grille d'évaluation (APIB ?), expérience professionnelle, protocole, etc.) ?

7. Quels facteurs entravent ou alors favorisent l'implantation du NIDCAP dans votre service ?
-

8. Quels changements les soins de développement impliquent sur votre pratique et sur votre vécu de praticienne ?
-

9. Et qu'implique-t-il du point de vue personnel ?

Relance : Comment vivez-vous l'introduction des soins de développement ?

3) Au niveau de l'enfant,

1. Selon vous, les soins de développement réduisent-ils la durée d'hospitalisation des enfants prématurés ?

Relance : Pouvez-vous me donner des hypothèses expliquant cet état de fait ?

2. Permettent-ils de réduire les complications inhérentes aux surstimulations de l'environnement (apnées, bradycardie, stress, douleur, etc.) ?
-

3. Ont-ils une influence positive sur le stress de l'enfant ?

Relance : Selon vous, comment réduisent-ils ces états de stress ?

4. Selon vous, améliorent-ils les comportements sur le plan neurologique et comportemental de l'enfant ?

5. Influencent-ils votre prise en charge de l'enfant prématuré en termes de qualité du suivi et de temps accordé à l'enfant ? De quelle manière ?

6. Les soins de développement vous permettent-ils de mieux cerner les comportements du prématuré ?

Relance : Vous permettent-ils d'être plus à l'aise face à l'enfant prématuré (surtout pour une jeune infirmière) ?

4) **Au niveau des parents,**

1. Selon vous, les soins de développement favorisent-ils davantage les échanges et l'interaction entre parents et enfants ? Comment et pourquoi ?

Relance : Les soins de développement permettent-ils une présence plus importante des parents au chevet de l'enfant ?

2. Selon vous, les soins de développement engendrent-ils des changements dans la prise en charge parentale (meilleure intégration des parents, meilleure compréhension et prise en charge de leur enfant) ?

3. Pensez-vous que les soins de développement permettent d'améliorer votre prise en charge par rapport aux parents (informations plus claires et précises, empathie plus grande, écoute, etc.) ?

Relance : Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer par rapport à la prise en charge des parents ? Quelles améliorations estimez-vous nécessaires de mettre en place ? Les soins de développement vous permettent-ils d'aider plus facilement les parents à comprendre le comportement de leur enfant ? Pourquoi et comment ?

ANNEXE III : Liste des cantons de Suisse disposant d'un service de néonatalogie (utilisation des soins de développement)

	Utilisation des SD	Pas d'utilisation des SD	Spécificités
Aarau	X		- SD intégrés depuis des années - groupe de travail, mais pas exclusivement sur les SD
Argovie (Baden)	X		- SD intégrés depuis des années - ils appellent les SD, « stimulation basale »
Bâle	X		- pratique des SD intégrée - couvertures sur incubateurs jour et nuit
Berne	X		- SD contenus dans un concept nommé « Kinaesthetics » - travail sur les positions et les sens
Bienne		X	- pas de SD car les grands prématurés sont transférés à Berne
Genève	X		- une infirmière spécialisée en SD dans le service - groupe de travail sur les SD
Grisons (Coire)	X		- groupe de travail et infirmières spécialisées en SD
Lucerne	X		- groupe de travail et infirmières spécialisées en SD
Neuchâtel	X		- groupe de travail sur SD - nouvelle structuration à l'heure actuelle pour mieux appliquer les SD
St-Gall	X		- certaines infirmières spécialisées et une spécialiste en « Kinaesthetics »
Valais (Sion)	X		- pratique des SD intégrée
Vaud (Lausanne)	X		- groupe de travail
Winterthur	X		- infirmières formées en SD → cours - utilisation de la « Kinaesthetics »
Zürich (USZ)	X		- SD compris dans le concept de « Kinaesthetics infant handle »
Zürich (Zollikerberg)	X		- quelques éléments des SD - collaboration avec l'USZ

ANNEXE III : (suite)

Comme inscrit ci-dessus, le terme « Kinaesthetics » est utilisé dans plusieurs hôpitaux. Il s'agit d'un modèle d'apprentissage²¹⁷ visant à soutenir les mouvements des patients de manière constructive et adaptée. Il comporte six concepts permettant d'examiner tout processus de mouvement. En néonatalogie, ce terme indique qu'une attention particulière est accordée aux sens des prématurés, selon l'infirmière répondante de l'hôpital de Berne. En effet, le service axe ses interventions sur la promotion des six sens du prématuré, à savoir la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher et le système sensoriel du mouvement. On peut de ce fait constater que ce modèle rejoint la philosophie des soins de développement qui est comprise dans cette approche. L'hôpital de Zürich, quant à lui, fait référence au concept de « Kinaesthetics infant handling » qui se base sûrement sur le même principe mais avec une spécificité propre aux enfants. Malheureusement, ma collègue et moi ne disposons que de peu d'informations sur ce terme. Enfin, l'hôpital de Baden corréle les soins de développement à la stimulation basale²¹⁸. Ce principe favorise la communication, le développement et l'interaction. « Les prématurés ont besoin de beaucoup de proximité physique pour faire des expériences directes et pour pouvoir percevoir d'autres personnes. Ils ont besoin de la personne soignante qui les met en contact, de la manière la plus simple, avec leur environnement et leur permet de se déplacer et de changer de posture, les comprend sans paroles et les soigne en toute sécurité. L'application des principes de la stimulation basale dans les soins aux prématurés sert au soutien de leur développement, à la protection contre la privation sensorielle et l'hyperstimulation, à assurer la relation parent-enfant ainsi que soignants-enfants, à l'assistance des parents concernés en cas de crise et à la sensibilisation des parents ou, le cas échéant, le personnel soignant aux besoins de l'enfant »²¹⁹. Ce concept est donc à la fois proche des soins de développement et de la « Kinaesthetics ».

²¹⁷ Ces informations sont tirées du polycopié suivant : Livre de travail, cours de base : *Kinaesthetics et l'art de soigner*. Edition IHD Human Development Research. 2003. 76 pages.

²¹⁸ Selon un document transmis par la personne ressource du canton de Vaud : FRÖHLICH, A. *Premiers contacts - premières expériences : La stimulation basale dans les soins aux prématurés*. Penaten - Infothek. 9 pages.

²¹⁹ Ibid, p. 3.

ANNEXE IV : Grille d'entretien

Question centrale de recherche	Objectifs de recherche	Questions principales pour l'entretien	Relances	Eléments du cadre de référence
Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement (SD) en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ?	Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement (organisation du travail personnel, stress)	<p>Pouvez-vous me définir votre notion de « soins de développement » ? Comment en avez-vous eu connaissance ?</p> <p>Pouvez-vous me donner votre positionnement par rapport à votre prise en charge infirmière des nouveau-nés prématurés avec les SD en termes d'utilité et d'efficacité des soins ?</p> <p>J'aimerais parler plus précisément de l'organisation des soins. Pouvez-vous me préciser les difficultés et les facilités que vous rencontrez dans votre organisation journalière par rapport aux SD ?</p>	<p>Quel est, pour vous, l'objectif principal de la prise en charge des nouveau-nés avec les SD ? Qu'est-ce que cette pratique des soins représente pour vous ? Quels SD utilisez-vous et de quelle façon (tout le temps, selon la gravité de l'enfant, occasionnellement, jamais) ? Quelles difficultés ou facilités à appliquer ces soins éprouvez-vous ?</p> <p>Quels éléments influencent votre organisation personnelle des soins et de quelle façon ? Comment vivez-vous votre organisation journalière des soins (stress, satisfaction, aisance, meilleure organisation, etc.) ? Quelles modifications envisageriez-vous pour améliorer vos conditions de travail (matériel, organisation, locaux) ?</p>	<p>Soins de développement</p> <p>Rôles de l'infirmière en néonatalogie</p> <p>Soins de développement</p> <p>Soins de développement</p>

	Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des SD (organisation de l'équipe, relations avec le personnel, les parents et les prématurés)	J'aimerais maintenant que vous m'expliquiez comment vous vous sentez dans votre rôle de professionnelle en utilisant les SD (niveau émotionnel et pratique professionnelle).	Comment vous situez-vous par rapport à votre propre confiance professionnelle ? Est-elle modifiée par les SD ? De quelle façon ? Ressentez-vous des difficultés ou facilités dans votre rôle professionnel ? Quelles attitudes adoptez-vous face à ces difficultés ? Quelles améliorations proposeriez-vous afin de régler ces difficultés ?	Vécu professionnel
		J'aimerais également que vous m'expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière et aussi entre les membres de l'équipe infirmière et médicale par rapport aux SD.	Comment vivez-vous la collaboration entre les membres de l'équipe infirmière dans l'application et dans l'organisation des SD (stress, tension, sérénité, réconfort, soutien) ? Est-elle différente depuis l'introduction progressive des SD (positif ou négatif) ? Et votre collaboration avec l'équipe médicale ? Est-elle différente depuis l'introduction des SD ? Quels sont les obstacles à cette collaboration ? Auriez-vous des améliorations à apporter pour une meilleure collaboration ?	Soins de développement
		Enfin, pouvez-vous me décrire votre prise en charge des parents puis des prématurés au travers des SD ?	De quelle façon les SD influencent votre relation avec les parents et les prématurés (facteurs de satisfaction, déception, etc.) ? Qu'est-ce qui vous amène à ressentir cela ? Pensez-vous que les SD permettent d'améliorer votre prise en charge par rapport aux parents (informations, empathie, écoute) et par rapport aux prématurés (meilleure compréhension des réactions du prématurés, etc.) ? De quelle façon ? Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer par rapport à la prise en charge des parents et des prématurés ? Quelles améliorations proposeriez-vous concernant les parents ? Quelles améliorations seraient à apporter au service pour donner les meilleurs soins aux prématurés ?	Vécu professionnel Implication des SD sur les parents, infirmières

Selon vous, en mettant en pratique ces soins, votre satisfaction professionnelle en est améliorée ? Pourquoi ? Est-ce que vous avez dit tout ce qui vous semblait important ?

ANNEXE V : Lettre pour la demande d'enquête au sein de l'hôpital vaudois**Demande d'enquête** :

Objet : Demande pour effectuer une recherche sur le terrain auprès de collaborateurs exerçant au sein de l'hôpital.

But de l'étude : Demander aux infirmières ce qu'elles ressentent par rapport à la pratique des soins de développement en néonatalogie.

Nom et prénom :

Crépin Valentine
St-André 10
1872 Troistorrents

N° de téléphone : XXXXXXXX
Adresse e-mail :
Valentine.Crepin@students.hevs.ch

Dubosson Juliana
Ch. des Dents du Midi 2
1872 Troistorrents

N° de téléphone : XXXXXXXX
Adresse e-mail :
Juliana.Dubosson@students.hevs.ch

Institution :

HES-SO Valais
Santé-Social / filière infirmière
Ch. de l'Agasse 5
1950 Sion

Nom et statut de la personne de référence (directeur de mémoire) :

Dini Sarah
Assistante de recherche et d'enseignement
Institut Santé & Social, Chemin de l'Agasse 5, 1950 Sion
Tel : XXXXXXXXXXXXX

Titre exact du projet et du mémoire :

L'impact sur les infirmières de la prise en charge des nouveau-nés prématurés en néonatalogie au travers des soins de développement (sous réserve de modifications et de précisions de la question de recherche).

Durée prévue et échéances :

Nous devons rendre notre mémoire au mois de juillet 2010, ce qui correspond à une année de recherche. Nous aurons tout d'abord besoin d'effectuer un entretien exploratoire auprès d'une infirmière qui serait notre personne ressource, afin de mieux cibler notre recherche. Il serait souhaitable de prévoir cet entretien avant fin septembre 2009. Pour répondre à nos questionnements de recherche, nous souhaitons ensuite effectuer des entretiens avec des infirmières, entretiens que nous utiliserons lors de l'analyse le plus rapidement possible, à savoir d'ici décembre 2009. De plus, il sera discuté avec les infirmières qui répondront aux entretiens s'il sera possible de les joindre par téléphone jusqu'à fin 2010, afin de répondre à d'éventuelles questions qui pourraient apparaître après analyse.

Public cible et méthodes de recrutement des sujets :

Dans le cadre de notre mémoire de fin d'études, nous avons choisi de traiter une question de recherche liée au vécu des infirmières concernant les soins de développement. Nous sommes deux étudiantes travaillant sur la même question de recherche mais désirant poursuivre notre étude dans deux lieux différents, l'une se dirigeant dans le service de néonatalogie de XXXXX et l'autre s'orientant dans le service de néonatalogie du XXXXX. Notre recherche est de type empirique et s'appuie sur une méthode qualitative. Nous avons choisi les entretiens semi-dirigés comme outil d'investigation.

Le but de notre mémoire de fin d'études est de cerner l'impact des soins de développement sur les infirmières exerçant en néonatalogie. C'est pourquoi,

nous avons besoin de solliciter des infirmières spécialisées dans ce domaine. Elles doivent pour cela côtoyer régulièrement des prématurés et intégrer les soins de développement dans leur prise en charge. Dans cette optique, nous allons demander l'aide de l'infirmier(ère) chef(fe) du service en question ou de l'ICUS afin de recruter les personnes correspondant à notre public cible et organiser les entrevues.

Nous aurons besoin d'au moins six infirmiers(ères) pour assurer la fiabilité de notre étude. Comme nous l'avons mentionné plus haut, nous souhaitons effectuer, dans un premier temps, un entretien exploratoire avec un(e) infirmier(ère) chef(fe) afin de mieux cibler notre question spécifique de recherche. Puis, dans un deuxième temps, nous voulons explorer notre questionnement concernant l'impact des soins de développement sur les infirmiers(ères) au travers d'entretiens semi-dirigés.

Feuille d'information destinée aux sujets :

Consulter l'annexe XXX

Formulaire de consentement :

Consulter l'annexe XXX

Destinée des données une fois la recherche terminée :

Les entretiens enregistrés seront transcrits de manière à garantir l'anonymat. Une fois les données personnelles des infirmiers(ères) traitées et analysées, nous assurons que toutes les enregistrements seront détruits et ce, avant fin septembre 2010 afin d'assurer la confidentialité.

Evaluation des enjeux éthiques :

Les différentes études menées sur les soins de développement s'intéressent surtout aux effets de ces soins au niveau des enfants prématurés ainsi que des

parents. Il serait donc intéressant de voir quel est le vécu des infirmières par rapport aux soins de développement, quels sont les effets sur elles et qu'est-ce qu'impliquent ces soins au niveau de la prise en charge ?

Selon l'impact des soins de développement sur leur travail ou sur d'autres aspects liés à ces soins, les professionnels qui auront accès à notre mémoire trouveront peut-être une ressource susceptible d'améliorer le vécu des infirmières travaillant en néonatalogie avec les soins de développement. De plus, cela permettra aux infirmières de prendre conscience de leurs difficultés pour trouver des stratégies afin d'y remédier.

Documents et supports pour l'investigation :

Le projet de notre recherche étant en cours de construction, nous ne pouvons pas vous transmettre de suite la grille que nous utiliserons pour les entretiens exploratoires et définitifs. Mais nous vous l'enverrons dès que notre projet de recherche sera validé par notre directrice de mémoire et que la grille sera élaborée.

Nous n'avons pour le moment aucun autre document à vous transmettre.

ANNEXE VI : Lettre d'information destinée aux participantes de l'étude

TRAVAIL DE BACHELOR SUR

L'IMPACT SUR LES INFIRMIERES DE LA PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NES PREMATURES EN NEONATOLOGIE AU TRAVERS DES SOINS DE DEVELOPPEMENT

Réalisé par Crépin Valentine, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO// Valais Wallis, j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre l'impact ainsi que l'implication des soins de développement pour le prématuré sur les infirmières en néonatalogie. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Cette étude vise à analyser le vécu de l'infirmière concernant l'utilisation des soins de développement en néonatalogie. Elle sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux. L'entretien que je mènerai seule durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin 2010.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre l'impact des soins de développement sur les infirmières.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Crépin Valentine, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.

Adresse : St-André 10, 1872 Troistorrents

Numéro de téléphone : XXXXXXXXXXXXXXX

Dini Sarah, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis, Chemin de l'Agasse 5, 1950 Sion

ANNEXE VII : Formulaire de consentement éclairé

TRAVAIL BACHELOR SUR
L'IMPACT SUR LES INFIRMIERES DE LA PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NES PREMATURES EN
NEONATOLOGIE AU TRAVERS DES SOINS DE DEVELOPPEMENT

Mené par Crépin Valentine étudiante à la HES-SO//Valais Wallis
Dini Sarah, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant au mémoire
de fin d'études

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'études ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'études.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'études sans aucune conséquence négative pour lui (elle)-même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'études, à savoir au plus tard fin 2010.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'études mentionné dans l'en-tête.

Date:..... Signature :

Contacts :

Crépin Valentine, étudiante HES-SO//Valais Wallis. Tél : XXXXXXXXXXXXXXX

Dini Sarah, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

ANNEXE VIII : Exemple d'une grille d'analyse (une partie a été intégrée)

1. <u>Définition soins de développement</u>	Réponse : (hésitante). Tout ce qui est stimulation, leur apprendre à manger, à bouger. Tout ce qu'on peut mettre en place pour aider l'enfant à se développer, à grandir en fait. Connaissance des SD dans la pratique de tous les jours et les cours		
2. <u>Position face à la prise en charge (utilité et efficacité soins)</u>	Réponse : elle est plus qu'utile. Efficacité : on peut toujours faire plus, car pas toujours le tps → frustrant parfois. Croit clairement à l'utilité.	3. <u>Organisation soins : difficultés et facilités</u>	Réponse : Facilité : facile de s'organiser, car sait quand parents viennent, etc. regroupement des soins. Difficultés : parents arrivent pas aux bonnes heures, repas fixes pour bébé
2.1 Objectif principal / pratique des soins	Réponse : les aider à se développer, environnement confortable et enfant confortable le plus possible/les SD, c'est la jolie partie.	3.1 Eléments influençant/façon	Réponse : Etat de l'enfant (péjoration), examens, traitements changeants, réadaptations
2.2 SD utilisés + de quelle façon	Réponse : tous utilisés. Ça dépend de chaque enfant, de l'équipement, pas possible tt le temps (kangourou)	3.2 Vécu de l'organisation	Réponse : Journées plus difficiles, mais pas grand stress
2.3 Difficultés/facilités application SD	Réponse : Difficultés : le temps. Jamais zappé certains soins (kangourou, sein), mais pas toujours le temps de tout faire (stimulation orale par ex. Facilités : travail dans le même sens, encouragé par cadres, médecins	3.3 Modifications envisagées	Réponse : matériel (coussins d'allaitement, couvertures sur incubateurs). Sinon, locaux assez neufs, adaptés.
4. <u>Ressenti dans rôle de professionnel</u>	Gratifiant d'être à côté des parents. A l'impression de faire du bien, passer un temps avec l'enfant.	5. <u>Relations équipe infirmière et médicale</u>	
4.1. Confiance professionnelle/modifiée ? façon ?	Réponse : (pas bonne compréhension). Confiance : oui, je pense oui (sait ce qu'elle fait et pourquoi).	5.1 Collaboration équipe infirmière	Réponse : toutes les mêmes infos → protocolé+++, tout le monde fait pas pareil, mais on s'accorde bien dans l'ensemble. Inf. qui sont des soutiens, parfois c'est plus difficile → ms pas source de stress /collaboration pas différente → chacune a ses patients