

Bénéfices des soins de soutien au développement

Myrtha Martinet-Sutter, Mireille Rossi-Jelidi, Petra S. Hüppi, Riccardo E. Pfister, Stéphane Sizonenko, Cristina Borradori Tolsa

Hôpitaux Universitaires Genève

«Ma fille est née à 24 semaines, j'étais envahie de peurs qui m'empêchaient de la rencontrer. Je me sentais coupable et impuissante. Au quotidien, les professionnels lui ont permis de vivre et bien se développer. L'accompagnement des infirmières nous a appris à observer notre fille, à décrypter ses besoins et à y répondre. J'ai repris confiance. Nous avons ainsi investi notre rôle de parents, Merci.»

Le prématuré: un enfant avec un risque accru et des besoins particuliers!

Au cours de ces dernières décennies, l'amélioration de la qualité des soins intensifs périnataux a augmenté le taux de survie des nouveau-nés, et des nouveau-nés prématurés [1]¹. En Suisse, le taux de prématurité est de 7,5% des naissances vivantes [2]. Chez l'enfant prématuré, plusieurs processus précoces du développement cérébral peuvent être perturbés [3, 4]. De ce fait, ces enfants présentent un risque neurodéveloppemental accru sous forme de troubles moteurs, de difficultés dans le domaine cognitif et du langage ainsi que des troubles du comportement ou de l'attention. Pour un certain nombre d'enfants prématurés ces difficultés pourront avoir des conséquences sur leur scolarité, leur formation et leur devenir à l'âge adulte [5-7].

L'amélioration de la qualité des soins intensifs périnataux a augmenté le taux de survie des enfants prématurés.

Comparé à l'environnement utérin, les nouveau-nés prématurés sont submergés pendant des semaines par des stimulations sensorielles intenses: appareillage, douleur, mobilisation, stimuli auditifs et visuels. Ces enfants qui souffrent souvent de complications médicales, sont plus fragiles, plus sensibles et émettent des signes comportementaux vagues et difficiles à interpréter pour les personnes qui prennent soins d'eux. Ainsi, la naissance d'un enfant vulnérable constitue souvent un stress familial très important qui peut af-

fecter l'attachement parental. Progressivement, la qualité de vie prenant de l'importance sur la simple survie, les équipes de néonatalogie ont œuvré au développement d'actions pluridisciplinaires de prévention et/ou d'interventions précoces sous forme de Soins de soutien au développement (SSD).

Comment adapter l'environnement hospitalier aux besoins sensoriels et affectifs des nouveau-nés prématurés?

Afin de pouvoir prodiguer des soins de qualité, les SSD doivent s'intégrer dans les soins intensifs périnataux. En 2007, une revue de la littérature a identifié les pratiques qui devraient être implantées pour soutenir le développement des nouveau-nés prématurés hospita-

A 8 ans, les enfants qui avaient bénéficié de SSD présentaient de meilleures compétences de planification, de mémorisation et de traitement d'informations simultanées.

lisés en unité de néonatalogie [8]. Parallèlement, différentes approches se mettent en place pour soutenir le développement des enfants prématurés. Le programme NIDCAP [9] et celui basé sur le concept de la régulation sensori-tonique en sont des modèles [10, 11]. Les SSD se définissent par l'ensemble des stratégies comportementales et environnementales visant à réduire le stress du nouveau-né prématuré et à améliorer le développement de ses compétences. Ils ont pour objectifs de respecter les états de vigilance et le rythme de l'enfant, d'adapter les sollicitations sensorielles, de limiter les nuisances de l'environnement des soins intensifs de néonatalogie par le contrôle des niveaux sonores et lumineux, des sollicitations tactiles, vestibulaires, gustatives et olfactives. Ils impliquent de prévenir et de traiter la douleur, de protéger le sommeil, et de favoriser le bien-être de l'enfant par différents soins tels que: la succion non nutritive, des soutiens posturaux favorisant la motricité spontanée, le contact peau à peau [12, 13].

¹ Vous trouverez les références sous www.bullmed.ch → Numéro actuel ou → Archives → 2017 → 50.

La relation entre les parents et l'enfant est souvent mise à mal lors d'une naissance prématurée en raison d'une séparation avec le nouveau-né, des risques vitaux encourus, des complications possibles et de la perte de l'image du bébé imaginé [14–16]. Des stratégies basées sur l'accès des parents à leur enfant 24h/24, la participation aux soins courants, le soutien de l'allaitement maternel, le portage en peau-à-peau sont des moyens importants pour adapter l'environnement humain du bébé à son développement. Les études montrent l'impact positif de la présence parentale et des SSD sur le développement de l'enfant à court, moyen ou long terme. Grâce à la plasticité cérébrale qui

L'intégration des SSD dès la naissance participe à la diminution de morbidités qui peuvent nécessiter des prises en charge coûteuses à plus ou moins long terme.

est surtout l'apanage du cerveau en développement et en particulier de celui du nouveau-né prématuré, ces interventions précoces peuvent influencer le développement et la fonction du cerveau immature, et ainsi minimiser l'installation de troubles touchant les champs de la motricité, mais aussi de la cognition et du comportement.

Les effets: meilleure activité cérébrale, meilleures compétences

Plusieurs études ont démontré que les stratégies de SSD centrées sur l'enfant et sa famille diminuent les durées de ventilation, d'hospitalisation et améliorent le pronostic neurocomportemental du nouveau-né prématuré [17–19]. Le contact peau-à-peau qui maintient la relation physique entre les parents et leur enfant favorise ainsi le lien d'attachement et est associé à une meilleure activité et maturation cérébrale chez les bébés [20]. A 8 ans, les enfants qui avaient bénéficié de SSD en période néonatale présentaient de meilleures compétences de planification, de mémorisation et de traitement d'informations simultanées [21].

En raison de leurs effets déterminants sur le développement et le devenir affectif, émotionnel, social et cognitif, les SSD s'intègrent largement dans le domaine des soins de prévention. Leur intégration dès la naissance participe à la diminution de morbidités qui

peuvent nécessiter des prises en charge coûteuses à plus ou moins long terme. De plus, l'accompagnement des parents dans leur prise d'autonomie et leurs capacités de soutien de leur enfant permet une diminution de la durée d'hospitalisation.

L'intégration des SSD représente l'acquisition de connaissances et compétences professionnelles spécifiques qui font partie intégrante du métier. Ceci ne demande ni technologie spécifique, ni coût en traitements et médicaments. Le seul coût est celui de la formation du personnel soignant.

Les SSD ne s'arrêtent pas à la sortie du service de néonatalogie mais doivent être poursuivis bien au-delà avec des adaptations selon les difficultés et les besoins de l'enfant, mis en évidence lors des consultations spécialisées de pédiatrie du développement. Ce suivi participe à une prise en charge préventive optimale ainsi qu'à un coût maîtrisé pour notre système de soins.

Résumé

L'amélioration de la qualité des soins périnataux a nettement augmenté le taux de survie des nouveau-nés prématurés. Cependant, ces enfants présentent un risque neurodéveloppemental accru. Il est démontré que l'environnement a un impact important sur le développement sensorimoteur et le comportement de l'enfant, particulièrement durant la période néonatale où le cerveau en développement est très réceptif mais également très vulnérable. Le concept des Soins de soutien au développement (SSD) est une approche multidisciplinaire et individualisée, qui vise à diminuer les stimulations sensorielles intenses de l'environnement hospitalier et à favoriser le bien-être du nouveau-né. Cette approche permet aussi aux parents de devenir les premiers partenaires des soins prodigués à leur enfant, d'acquérir une meilleure compréhension de leur enfant et ainsi de renforcer leurs compétences parentales. Les SSD améliorent le développement de l'enfant et participent à la diminution de morbidités qui peuvent nécessiter des prises en charge coûteuses à plus ou moins long terme. L'approche des Soins de soutien au développement fait partie d'une prise en charge préventive qui devrait permettre à la majorité de ces enfants vulnérables d'évoluer avec un développement harmonieux.

Correspondance:
Myrtha Martinet-Sutter
Chemin du Pressoir 6B
CH-1294 Genthod
myrtha.martinet[at]
bluewin.ch

Références

- 1 Chen F, Bajwa NM, Rimensberger PC, Posfay-Barbe KM, Pfister RE and the Swiss Neonatal Network. Thirteen-year mortality and morbidity in preterm infants in Switzerland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed. 2016.
- 2 Smits GC, Gutovich J, Smyser C, et al. Neonatal Intensive care unit stress is associated with brain development in preterm infants. *Ann Neurol*. 2011;20:70:54:1-9.
- 3 Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, Warfield SK, Hüppi PS, Butler SC, Conneman N, Fischer C, Eichenwald EC. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4):846-57.
- 4 Office fédéral de la Statistique, <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-32439.html>.
- 5 Larroque B, Ancel PY, Marret S, Marchand L, André M, Arnaud C, Pierrat V, Rozé JC, Messer J, Thiriez G, Burguet A, Picaud JC, Bréart G, Kaminski M, for the EPIPAGE Study group. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet*. 2008;371.
- 6 Aarnoudse-Moens CSH, et al. Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*. 2009;124:717-28.
- 7 Raju T, Buist AS, Blaisdell CJ, Moxey-Mims M, Saigal S. Adults born preterm: a review of general health and system-specific outcomes. *Acta Paediatrica*. 2017;1-29.
- 8 Liu WF, Laudert S, Perkins B, Macmillan-York E, Martin S, Graven S; Nic/Q 2005 Physical Environment, Exploratory Group. The development of potentially better practices for support the neurodevelopment of infants in the NICU. *J of Perinatology*. 2007 Dec 27 (Suppl 2):48-74.
- 9 Als H, Lawhon, G Duffy FH, et al. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. *JAMA*. 1994;272:853-8.
- 10 Bullinger A. Place et rôle de l'équilibre sensori-tonique. In: *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – un parcours de recherche* Erès: Toulouse 2004; 93-5.
- 11 Bullinger A. Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique. In: *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – un parcours de recherche*. Erès: Toulouse 2004; 151-60.
- 12 Vasseur R, Delion P. Le programme de soins de soutien au développement basé sur le concept de l'équilibre sensoritonique d'André Bullinger. In: *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Erès: Toulouse 2010; 50-71.
- 13 Roué JM, Kuhn P, Lopez Maestro M, Agnethe Maastrup R, Mitanchez D, Westrup B, Sizun J. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2017;102:364-8.
- 14 Borghini A, Muller-Nix C. L'impact traumatique de la naissance prématurée. In: *Un étrange petit inconnu – La rencontre avec l'enfant prématuré*. Erès: Toulouse 2008; 25-40.
- 15 Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr*. 2012;101:1032-7.
- 16 Minde K, Whitelaw A, Brown J, Fitzhardinge P. Effect of neonatal complications in premature infants on early parent-infant interactions. *Dev Med Child Neurol*. 1983;763-77.
- 17 Pfister R, Launoy V, Bianchi, J, Martinet M, Rossi M, Savin C, Vassant C, Bullinger A. Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*. 2008;4:317-35.
- 18 Montirosso R, Del Prete A, Bellù R, Tronick E, Borgattir, and the neonatal Adequate Care of Quality of Life (NEO-ACQUA) Study Group. Level of NICU quality of Developmental Care and Neurobehavioral Performance in Very Preterm Infants. *J Pediatrics*. 2012 May;129(5):e1129-37.
- 19 Ortenstrand A, Westrup B, Boström EB, Sarwani, Akerström S, Brune T, Lindberg L, Waldenström U. The Stockholm Neonatal Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *J pediatrics*. 2010 Feb;e278-85.
- 20 Kaffashi F, Scher MS, Ludington-Hoe SM, Loparo KA. An Analysis of the Kangaroo Care intervention using neonatal EEG complexity: A preliminary study. *J Clinical Neurophysiology*. February 2013; 124(2):238-46.
- 21 Mcanulthi G, Duffy FH, Kosta S, Weisenfeld N, Warfield SK, Butler SC, Alidoost M, Holmes-Bernstein J, Robertson R, Zurakowski D, Als H. School Age Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program for Preterm infants with intrauterine growth restriction: preliminary findings. *BMC Pediatrics*. 2013;13-25.