

Le NIDCAP et les soins de développement du prématuré au CHU de Besançon

Professeur Alain MENGET

La prématurité reste un problème de santé publique puisque 7 % des naissances surviennent avant terme (< 37 semaines d'aménorrhée = SA) et 1 % des naissances concernent des enfants de moins de 32 semaines (soit 6 mois de grossesse).

Rappelons que la France compte 830000 naissances annuelles et la Franche-Comté 14500. Environ 150 grands prématurés sont donc soignés chaque année dans les services de réanimation néonatale et de néonatalogie du CHUB.

□ Dans les 30 dernières années, d'importantes innovations thérapeutiques ont transformé le pronostic de ces nouveau-nés fragiles, tant en matière de mortalité que de morbidité : on ne citera que l'organisation des services de réanimation néonatale grâce aux décrets de 1998, la maturation pulmonaire du fœtus par les corticoïdes maternels, le transfert des mères en menace d'accouchement prématuré vers le CHU (transfert in utero), l'instillation intra-trachéale de Surfactant qui stabilise la fonction pulmonaire en quelques minutes, l'amélioration technologique des respirateurs artificiels...

□ Autant de progrès qui ont fait augmenter de façon spectaculaire la survie de ces enfants fragiles = 95 % de survie à 32 SA.

Mais, ces enfants vulnérables et au cerveau encore très immature restent fragiles et ne sont pas à l'abri de complications pouvant grever leur avenir moteur, sensoriel ou neuro-comportemental à long terme.

□ A la suite des travaux de BRAZELTON sur l'observation comportementale du nouveau-né, Heidelise ALS de l'Université de HARVARD à BOSTON (U.S.A.) a émis en 1986 l'hypothèse que les très nombreuses agressions que subit le prématuré en réanimation comme la douleur, l'excès de bruit ou de lumière, les nombreuses manipulations, les perturbations du sommeil et la séparation de la mère... pouvaient être des stimuli nocifs, car non filtrés par un système nerveux très immature.

Heidelise ALS explique ainsi que le très grand prématuré se retrouve dans une situation d'inadéquation entre les attentes sensorielles de leur cerveau immature et les afférences sensorielles provenant de l'environnement agressif des unités de soins intensifs.

□ Ainsi, en plus des recommandations sur l'amélioration de l'environnement du bébé en réanimation appelées « **soins de développement** », est né le « Programme néonatal individualisé d'évaluation et des soins de développement » ou **NIDCAP** (**N**eonatal **I**ndividualized **D**evelopmental **C**are and **A**ssesment **P**rogram).

□ Ce programme novateur considère le prématuré comme acteur de son propre développement, aidé par des soins individualisés grâce à des observations comportementales très fines et codifiées, en collaboration avec les parents qui deviennent co-acteurs de ces soins.

C'est donc une nouvelle philosophie de soins qui ajoute de l'humanité aux soins conventionnels sans nuire à leur sécurité

□ Le NIDCAP est implanté depuis plus de 20 ans en Amérique du Nord, en Scandinavie, en Belgique et en Angleterre. Il en existe une association internationale.

□ En France, c'est l'équipe du CHU de BREST (Pr Jacques SIZUN et Dr Nathalie RATYNSKI) qui, la première, a importé le NIDCAP dans les années 1990 et est devenue centre formateur certifié, le seul dans notre pays.

□ Les services de réanimation pédiatrique et de néonatalogie de Besançon ont instauré les soins de développement depuis plus de 10 ans en améliorant l'environnement du prématuré en réanimation.

Très récemment, en mai 2011, 5 soignants du service ont été certifiés après 2 ans de formation à cette philosophie de soins, grâce aux crédits de la formation continue. Il s'agit de 3 puéricultrices, 1 kinésithérapeute et 1 pédiatre. Cet enseignement a été assuré par le Centre NIDCAP de BRUXELLES (Delphine Druhart).

En pratique, il s'agit de mener, en présence des parents, une observation comportementale très soigneuse **avant**, **pendant** et **après** un soin qui permet d'évaluer l'adaptation de ce nouveau-né : une synthèse et des recommandations sont ensuite inscrites dans le dossier pour individualiser les soins en fonction du comportement de l'enfant. Cette synthèse est expliquée aux parents. Il s'agit d'une véritable EPP ciblée sur un patient, afin de permettre des soins adaptés à ses compétences physiologiques.

C'est un travail précis et chronophage qui impose une bonne coordination entre l'équipe médicale et para-médicale.

□ La diffusion du NIDCAP s'opère progressivement en France puisqu'en 2011, 11 services de Pédiatrie y adhèrent (9 CHU et 3 CHG).

□ Les résultats du NIDCAP :

Comme toute technique de soins, ses promoteurs ont tenté d'évaluer son impact à court et moyen terme. Une récente méta-analyse objective des résultats probants : les prématurés ayant bénéficié du NIDCAP sont comparés à des nouveau-nés soignés de façon conventionnelle :

- A court terme, les enfants NIDCAP bénéficient d'un séjour hospitalier plus court avec une meilleure croissance, leur durée de ventilation artificielle et l'oxygénothérapie sont réduites ; ils font moins d'apnées et de régurgitations.
- A moyen terme (18 mois), le comportement neuro développemental est meilleur.
- En ce qui concerne les parents, on retrouve une meilleure relation d'attachement, une meilleure confiance des parents, un allaitement

maternel prolongé, et de meilleures conditions de retour à domicile du prématuré.

- L'objectif est également de diminuer les troubles du comportement et les difficultés d'apprentissage, plus fréquents chez les anciens prématurés. Actuellement nous manquons de recul pour que des études puissent avoir confirmé ce but essentiel.

Au total : Le NIDCAP est une nouvelle philosophie de soins du prématuré, concept éthique et humain qui place l'enfant et sa famille au centre du soin.

Le CHU de Besançon peut s'honorer d'être un des premiers CHU à développer ce concept nouveau qui ne peut se concevoir que dans une démarche commune : infirmière, médicale et administrative.

Le NIDCAP entre tout à fait dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la démarche qualité.

Le NIDCAP s'amplifiera encore dans son efficacité lors de l'emménagement de la réanimation dans le nouveau Saint-Jacques en 2012 grâce à un environnement amélioré.

Professeur Alain MENGET
Consultant

Professeur Gérard THIRIEZ
Chef de service,