

Direction du programme jeunesse  
et des activités de santé publique

## POLITIQUE

### SOINS DU DÉVELOPPEMENT NEUROPROTECTEURS AXÉS SUR LA PRÉVENTION DU TRAUMATISME

N <sup>o</sup> Politique : <b>POL-098</b>	Responsable de l'application : Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique	
N <sup>o</sup> Procédure découlant : <b>s.o.</b>		
Approuvée par : <b>Comité de direction</b>	Date d'approbation : <b>2021-08-10</b>	Date de révision : <b>2025-08-10</b>
Destinataires : Tous les employés, médecins, sages-femmes, stagiaires, bénévoles et toutes autres personnes à contrat intervenant auprès de la clientèle néonatale, au sein du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal		

#### 1. CONTEXTE

La prise en charge des nouveau-nés est basée sur une approche de soins visant leur développement optimal. Cette prise en charge est basée sur les soins de développement neuroprotecteurs et axés sur la prévention du traumatisme (SDDNAPT).

Tous les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle contribuent à la mise en application et au respect de cette approche de soins, par le respect des 5 mesures fondamentales en SDDNAPT (Annexe I) [1]<sup>1</sup>. Ces dernières sont axées sur des stratégies de soins individualisés qui, bien qu'indépendantes des maladies/pathologies, sont néanmoins essentielles pour promouvoir la santé, la croissance et le développement du nouveau-né ainsi que le bien-être de sa famille.

Les cinq mesures fondamentales proposées constituent la première étape de l'opérationnalisation des soins du développement fondée sur des données probantes. Ces mesures fondamentales sont (Annexe I) [1]:

- La protection du sommeil;
- La prévention et la gestion de la douleur et du stress;
- Les activités de la vie quotidienne appropriées pour l'âge (positionnement, alimentation et soins de base/de la peau);
- Les soins centrés sur la famille;
- L'environnement protecteur.

Par l'adoption de cette politique, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) s'assure de la mise en application des SDDNAPT et est en accord avec les

<sup>1</sup> Fait référence aux chapitres de l'Annexe A - Mesures fondamentales en SDDNAPT (Millette et al, 2019)

pratiques attendues par Agrément Canada. Afin d'y parvenir, l'établissement a la responsabilité de s'assurer de l'implantation organisationnelle des SDDNAPT dans les secteurs de soins touchés.

## 2. CHAMP D'APPLICATION

La présente politique s'adresse à tous les employés, médecins, sages-femmes, stagiaires, bénévoles et toutes autres personnes à contrat intervenant auprès de la clientèle néonatale et de leur famille. Concrètement, elle vise la période anténatale jusqu'à la fin du suivi néonatal/postnatal (jusqu'à 52 semaines d'âge corrigé), selon les besoins de l'enfant et de sa famille. Elle s'applique en tout temps durant cette même période en fonction des ressources disponibles.

Elle prévaut à travers l'ensemble de la mission hospitalière des soins néonataux/périnataux ainsi que le suivi en communauté de cette clientèle à risque. Plus précisément, les secteurs de soins du continuum naissance et du continuum pédiatrique se réfèrent donc à la présente politique pour l'application des SDDNAPT. D'autres secteurs peuvent être impliqués, selon la trajectoire du nouveau-né et sa famille.

Par l'adoption de cette politique, le CIUSSS-EMTL s'assure de la mise en application des SDDNAPT et :

- Répond aux recommandations de l'association américaine des infirmières en néonatalogie (NANN) sur les mesures fondamentales en soins du développement et les soins appropriés pour l'âge des nouveau-nés prématurés ou malades (Annexe I) [1-4].
- Répond aux normes de soins et pratiques attendues par Agrément Canada selon la pratique exemplaire en SDD [5].
- Répond aux recommandations de l'énoncé conjoint de l'Association canadienne des infirmières en néonatalogie (CANN), l'association américaine des infirmières en néonatalogie (NANN) et le conseil international des infirmières en néonatalogie (COINN) sur les lignes directrices d'implantation institutionnelle des soins du développement neuroprotecteurs en unité néonatale [6, 7].
- Répond à la Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie du MSSS du Québec dont un des objectifs vise à favoriser la santé, le bien-être et le développement optimal de l'enfant [8].
- Répond aux Standards de pratique infirmière en soins de proximité en périnatalité de l'OIIQ, aux convictions et valeurs qui y sont rattachées ainsi qu'aux leviers nécessaires pour favoriser la continuité des soins tels l'interdisciplinarité et les pratiques basées sur des données probantes [9].
- Répond aux standards de soins du développement du NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental care assessment program - Programme d'évaluation des soins du développement individualisé) par l'utilisation de la théorie synactive des comportements du nouveau-né, de différentes stratégies de soutien apportées à l'enfant et sa famille ainsi que dans la méthodologie de gestion de changement pour l'implantation des SDDNAPT [10].
- Répond au document de principe et recommandations de la Société Canadienne de Pédiatrie (SCP) sur la neuroprotection contre les lésions cérébrales aiguës chez les nouveau-nés prématurés pour l'environnement protecteur [11].

### 3. OBJECTIFS

Cette politique a pour but de guider le personnel dans l'application des SDDNAPT. Les objectifs poursuivis par le CIUSSS-EMTL dans l'élaboration de cette politique sont les suivants :

- Assurer la mise en application des SDDNAPT de façon optimale et sécuritaire auprès de la clientèle visée;
- Uniformiser et harmoniser l'approche de soins, notamment en :
  - Respectant le niveau de développement de chaque nouveau-né.
  - Minimisant le traumatisme primaire lié à l'hospitalisation du nouveau née et prévenir le traumatisme secondaire à l'environnement et au stress toxique.
  - Maximisant les compétences et le potentiel de développement du nouveau-né, en l'incluant comme participant actif dans sa trajectoire de soins, basée sur son langage corporel par interprétation des comportements du nouveau-né selon la théorie synactive du développement de Als [12]. Cette théorie présente une méthodologie d'évaluation des comportements des nouveau-nés. Elle constitue la base des soins du développement, du modèle conceptuel ainsi que des mesures fondamentales en SDDNAPT.
  - Prodigant des soins centrés sur la famille, afin de maximiser les compétences parentales et l'attachement parent-enfant.

### 4. DÉFINITIONS [1]

#### 4.1. Traumatisme [13, 14]

Le traumatisme résulte d'un événement, d'une série d'événements ou d'un ensemble de circonstances vécues par un individu comme étant physiquement ou émotionnellement nocives ou mettant sa vie en danger et qui ont des effets néfastes durables sur le fonctionnement et bien-être mental, physique, social, émotionnel ou spirituel. Le traumatisme surcharge l'hippocampe, une zone du cerveau critique pour l'apprentissage et la mémoire, et initie une réponse inflammatoire qui au fil du temps peut conduire à un état d'inflammation chronique minant la santé et bien-être. Le traumatisme est médié par le système de réponse au stress toxique.

#### 4.2. Stress toxique [15]

Le stress toxique est un stress prolongé, modéré ou sévère, non prévisible et non contrôlé devenant une charge allostatique excessive et chronique chez un individu. Le stress toxique est oxydatif pour l'environnement cellulaire : il augmente le risque de dysfonctionnement cognitif, de maladie cardiovasculaire, de diabète et de troubles de santé mentale.

#### 4.3. Charge allostatique [14]

Le cerveau réagit aux expériences et aux stimuli environnementaux en activant le système de réponse au stress (axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien [HPA]) ou l'allostase, soit l'atteinte de la stabilité par le changement. La charge allostatique est donc l'ensemble de ces expériences et stimuli auxquels le cerveau d'un individu est exposé.

#### **4.4. Soins axés sur la prévention du traumatisme [13, 14, 16]**

Les soins axés sur la prévention du traumatisme reconnaissent que les expériences traumatiques influencent la biologie (stress toxique) et reconnaissent les signes et les symptômes de traumatisme et d'adversité précoce chez les nouveau-nés (comportements) et leurs familles. Les professionnels de la santé, répondent à cette constatation en intégrant pleinement les connaissances et les meilleures pratiques en matière de traumatisme (soins du développement neuroprotecteurs et mesures fondamentales) dans les politiques, procédures et pratiques, et ces derniers résistent à la retraumatisation.

#### **4.5. Adversité précoce [15]**

L'adversité précoce (en bas âge ou petite enfance) induit à la maladie physique et mentale à long terme (adolescence et âge adulte). Les éléments qui caractérisent l'adversité comprennent la menace et le traumatisme, la perturbation des soins et des conditions environnementales imprévisibles.

#### **4.6. Neuroprotection [16, 17]**

La neuroprotection est une stratégie qui englobe toutes les interventions, anténatales et postnatales qui favorisent le développement neurologique normal et préviennent les handicaps neurodéveloppementaux chez les nouveau-nés. Ces interventions comprennent, les stratégies organisationnelles, thérapeutiques et de modification de l'environnement (mesures individualisées axées sur la famille, soins du développement et programmes d'intervention précoce). Les stratégies de neuroprotection sont des interventions qui permettent d'influencer le développement cérébral à un moment critique.

#### **4.7. Soins du développement [1]**

Les soins du développement consistent en une approche de soins individualisés élaborée à la suite d'observations systématiques et d'évaluations formelles des comportements du nouveau-né prématuré. Cette approche considère le nouveau-né comme un collaborateur actif des soins qui lui sont prodigués, un collaborateur déterminé à poursuivre sa trajectoire de développement en entretenant une relation continue avec son environnement et avec ceux qui l'entourent. En lien avec ces comportements, des interactions appropriées et individualisées sont favorisées afin d'améliorer de façon optimale le devenir neurocomportemental du nouveau-né.

#### **4.8. Mesures fondamentales [2, 3]**

Les mesures fondamentales en SDDNAPT sont des normes nationales et internationales en matière de traitement des affections courantes chez les nouveau-nés prématurés ou malades hospitalisés (néonatalogie et/ou périnatalité) et/ou suivi dans la communauté (Annexes I) [1].

### **5. ÉNONCÉ**

L'application des SDDNAPT est en lien avec l'offre de soins sécuritaires et de qualité axés sur le nouveau-né. Considérant qu'il s'agit également d'un impératif de santé mondiale et d'une norme de soins / pratique exemplaire d'Agrément Canada, la

prévention du stress toxique et des traumatismes liés aux soins chez une clientèle en bas âge par l'application des SDDNAPT est un incontournable au sein du CIUSSS-EMTL.

Les mesures fondamentales en SDDNAPT sont appliquées de façon précoce, constante et cohérente par tous les intervenants évoluant avec des nouveau-nés malades ou prématurés afin d'assurer leur développement optimal, leur neuroprotection, la prévention du traumatisme chez ces derniers et un attachement émotif/psychologique optimal avec leurs parents dans un contexte de soins centrés sur la famille (Annexe I).

Il est attendu que l'application des SDDNAPT intègre les cinq mesures fondamentales suivantes, de même que les priorités cliniques suivantes et les stratégies d'implantation/critères d'évaluation qui y sont rattachées (Annexe I) :

1) La protection du sommeil :

- Priorité n° 1 – Protéger le sommeil : Des stratégies de soins qui protègent l'intégrité du sommeil et soutiennent le cycle circadien doivent être intégrées dans la culture de soins;
- Priorité n° 2 – Soutenir le sommeil : Des stratégies de soins qui soutiennent le sommeil de l'enfant doivent être implantées en partenariat avec la famille;
- Priorité n° 3 – Sommeil sécuritaire : Les professionnels de la santé, qui servent de modèles, respectent les recommandations en matière de pratiques de sommeil sécuritaire pour les enfants qui y sont admissibles;

2) La prévention et la gestion de la douleur et du stress :

- Priorité n° 1 - La prévention du stress et de la douleur : Les stratégies de soins qui préviennent la douleur et le stress sont le but ultime du plan de soins de l'enfant admis à l'unité néonatale et doivent être intégrées dans la culture de soins;
- Priorité n° 2 – L'évaluation, la documentation, la gestion et la réévaluation du stress et de la douleur avant, pendant et après toute procédure ou tout soin grâce à l'utilisation d'interventions qui diminuent le stress (méthodes de retour au calme) et la douleur sont réalisées;
- Priorité n° 3 – L'implication de la famille dans la prévention du stress et de la douleur : La famille est impliquée et informée et elle participe à la prévention de la douleur et du stress de l'enfant tout au long de son hospitalisation;

3) Les activités de la vie quotidienne appropriées pour l'âge (positionnement, alimentation et soins de base/de la peau) :

- Priorité n° 1 – Le positionnement thérapeutique : Un alignement postural approprié pour l'âge qui assure le confort, la sécurité, la stabilité physiologique et le soutien optimal au développement neuromoteur est prodigué;
- Priorité n° 2 – L'alimentation basée sur les compétences : L'enfant est exposé à des expériences d'alimentation appropriées pour son âge, sans stress ni douleur, individualisées et enveloppantes;
- Priorité n° 3 – Les soins de base et de la peau : Des routines de soins de base (bain emmailloté, massage...) et de la peau appropriées à l'âge de l'enfant et des mesures protectrices de l'intégrité de la peau sont appliquées;

- 4) Les soins centrés sur la famille :
- Priorité n° 1 – La présence et le partenariat : Les parents sont intégrés à l'approche de soins;
  - Priorité n° 2 – Le bien-être émotionne : Le bien-être émotionnel des parents est évalué, soutenu et pris en compte dans les priorités de soins;
  - Priorité n° 3 – La confiance et les compétences parentales : L'équipe soignante pratique le mentorat actif et la validation de l'acquisition des compétences parentales tout au long de l'hospitalisation de l'enfant;
- 5) L'environnement protecteur :
- Priorité n° 1 – L'environnement physique : L'environnement physique est relaxant, spacieux et esthétique. Il favorise le repos, la guérison et l'établissement de la relation parent-enfant. Elle inclut, entre autres, le contrôle du bruit et de la lumière;
  - Priorité n° 2 – L'environnement humain : Le travail d'équipe, la pleine conscience et les soins attentionnés, selon la philosophie de soins du *Caring*, émanent de l'environnement humain;
  - Priorité n° 3 – L'environnement organisationnel : L'organisation de l'environnement reflète une culture de soins sécuritaire et de qualité.

## **6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS**

### **6.1. Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique**

- Diffuser auprès des équipes visées le contenu de la présente politique;
- S'assurer de l'application de la présente politique par les équipes visées;
- S'assurer de l'accès aux ressources et contextes de soins nécessaires à la prestation de soins selon les 5 mesures fondamentales;
- S'assurer du maintien des compétences et de la formation en SDDNAPT des employés visés par la présente politique;
- S'assurer de la révision de la présente politique;
- S'assurer de la révision du plan d'implantation et/ou d'application des SDDNAPT lorsque requis.

### **6.2. Direction des soins infirmiers**

- Diffuser auprès des infirmières et infirmières auxiliaires, ainsi qu'auprès du CECII et du CECIIA, la présente politique;
- S'assurer de l'application de la présente politique par les équipes de soins infirmiers du CIUSSS-EMTL;
- Assurer la formation et le maintien des compétences des équipes de soins infirmiers en lien avec le contenu de la présente politique, dans les secteurs visés par celle-ci;
- Collaborer au développement d'outils et moyen d'application des SDDNAPT en respect des champs d'exercices des employés formant l'équipe de soins;

- S'assurer de la révision de la présente politique.

### **6.3. Direction des services professionnels**

- Diffuser auprès des médecins et des pharmaciens la présente politique ainsi qu'auprès du CMDP;
- S'assurer de l'application de la présente politique par les équipes médicales du CIUSSS-EMTL;
- S'assurer de l'accès aux ressources et contextes de soins nécessaires à la prestation de soins selon les 5 mesures fondamentales;
- Participer activement à la mise en application des SDDNAPT;
- S'assurer du maintien des compétences et de la formation en SDDNAPT des médecins visés par la présente politique;
- Collaborer au développement d'outils et moyen d'application des SDDNAPT en respect des champs d'exercices des employés formant l'équipe de soins;
- S'assurer de la révision de la présente politique.

### **6.4. Direction des services multidisciplinaires**

- Diffuser auprès de tous les professionnels le contenu de la présente politique;
- S'assurer de l'application de la présente politique par les inhalothérapeutes intervenant auprès de la clientèle visée par la présente politique;
- S'assurer du maintien des compétences et de la formation en SDDNAPT des professionnels visés par la présente politique;
- S'assurer de la révision de la présente politique.

### **6.5. Direction de l'enseignement**

- Diffuser auprès des résidents, des externes et des stagiaires la présente politique.

### **6.6. Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques**

- Assurer que dans les plans de développement des ressources humaines (PDRH), les ressources financières assurent le plan de développement et le maintien des compétences des professionnels pour les SDDNAPT.

## **7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE**

### **7.1. Direction du programme Jeunesse et des activités de santé publique Direction des soins infirmiers**

Responsables de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

## 7.2. Calendrier de révision de la politique

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

## 8. RESPONSABLES DE LA MISE EN APPLICATION

### 8.1. Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique

Responsable de la mise en application de la présente politique.

### 8.2. Direction des soins infirmiers Direction des services multidisciplinaires Direction des services professionnels

Collaborateurs de la mise en application de la présente politique.

## 9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

## 10. ANNEXE

- Mesures fondamentales en SDDNAPT

## 11. RÉFÉRENCES

1. Milette, I., M.J. Martel, and M. Ribeiro da Silva, *Les soins du développement: assurer la neuroprotection des nouveau-nés*. 2019, Montreal, Canada: Editions du CHU Sainte-Justine. 500.
2. Coughlin, M., S. Gibbins, and S. Hoath, *Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice*. *Journal of Advance Nursing*, 2009. 65(10): p. 2239-48.
3. Coughlin, M., *Age-Appropriate Care of the Prematures and Critically Ill Hospitalized Infant: NANN Guideline for Practice*. 2011, NANN - National Association of Neonatal Nurses: Glenview, IL. p. 1-9.
4. Milette, I., et al., *Executive summary: Guidelines for the institutional implementation of developmental neuroprotective care in the NICU*. *advances in Neonatal Care*, 2019. 19(01): p. 9-10.
5. Milette, I., *Implantation des soins du développement à l'unité néonatale | Agrément Canada*. Accreditation Canada - Agrément Canada, 2016.
6. Milette, I., et al., *Guidelines for the institutional implementation of developmental neuroprotective care in the NICU. Part A: Background and Rationale. A joint position statement from the CANN, CAPWHN, COINN, NANN*. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2017. 49(2): p. 46-62.
7. Milette, I., et al., *Guidelines for the institutional implementation of developmental neuroprotective care in the NICU. Part B: Recommendations and justification. A joint*

- position statement from the CANN, CAPWHN, COINN & NANN. Canadian Journal of Nursing Research, 2017. 49(2): p. 63-74.*
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de périnatalité 2008-2018*, G.d. Québec, Editor. 2008.
  9. Harvey, B. and S. Durand, *Standards de pratique pour l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*. 2015, OIIQ - Ordre des infirmiers et infirmières du Québec: Montréal, Québec.
  10. Als, H., *NIDCAP Program Guide. An Education and training program for health care professionals.*, N.F. International, Editor. 2019, NIDCAP Federation International: Boston, Massachusetts.
  11. Ryan, M., T. Lacaze-Masmonteil, and K. Mohammad, *Neuroprotection from acute brain injury in preterm infants*. *Paediatr Child Health*, 2019. 24(4): p. 276-290.
  12. Als, H., *Toward a syntactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality*. *Infant Ment Health J*, 1982. 3(4): p. 229-243.
  13. Coughlin, M., *Trauma-Informed Care in the NICU: Evidence-Based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians*. 2017, New York, NY: Springer Publishing.
  14. Coughlin, M., *Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants*. *Infant*, 2017. 13(5): p. 176-179.
  15. Garner, A.S. and J.P. Shonkoff, *AAP Policy Statement: Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health*. *Pediatrics*, 2012. 129(1): p. e224-31.
  16. McGrath, J.M., S. Cone, and H.A. Samra, *Neuroprotection in the Preterm Infant: Further Understanding of the Short- and Long-term Implications for Brain Development*. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2011. 11(3): p. 109-112.
  17. Sanders, M.R. and S.L. Hall, *Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: promoting safety, security and connectedness*. *Journal Of Perinatology*, 2017. 38: p. 3.

## Mesures fondamentales

Tableau 5.1 | Mesure fondamentale de la protection du sommeil (traduit et adapté avec permission)<sup>5</sup>.

Priorités (3)	Description	Critères d'évaluation (3)	Chapitres
Protéger le sommeil	Des stratégies de soins qui protègent l'intégrité du sommeil et soutiennent le cycle circadien doivent être intégrées dans la culture de soins.	1. La création et le maintien d'une approche individuelle de soins guidée par les états de veille/sommeil du nouveau-né <sup>5</sup> .	8
		2. La création et le maintien des cycles circadiens à l'aide d'éclairage cyclique dans les aires de soins des patients <sup>5</sup> .	
		3. La création et le maintien des compétences professionnelles de l'équipe soignante dans l'évaluation des états de veille/sommeil des nouveau-nés <sup>5</sup> .	
Soutenir le sommeil	Des stratégies de soins qui soutiennent le sommeil de l'enfant doivent être implantées en partenariat avec la famille.	1. La création et le maintien d'une approche systématique priorisant la <b>méthode kangourou</b> à l'unité néonatale <sup>5</sup> .	7
		2. La création et le maintien d'une routine de sommeil chez tous les nouveau-nés à l'approche du congé <sup>5</sup> .	8
		3. L'implication des parents dans l'élaboration de la routine de sommeil afin d'en assurer la constance <sup>5</sup> .	

Favoriser le sommeil sécuritaire	Les professionnels, qui servent de modèles, respectent les recommandations en matière de pratiques de sommeil sécuritaire pour les enfants qui y sont admissibles.	1. La création et le maintien d'une approche systématique favorisant la connaissance et les compétences professionnelles en lien avec les plus récentes recommandations en matière de pratiques de sommeil sécuritaire par les professionnels de la santé <sup>5</sup> .	9
		2. La création et le maintien d'un protocole et/ou d'un algorithme de transition vers des pratiques de sommeil sécuritaire à l'unité néonatale <sup>5</sup> .	
		3. La collaboration et le partenariat avec les parents afin de les soutenir dans l'adoption de pratiques de sommeil sécuritaire à l'unité néonatale et de faciliter l'application de ces pratiques à la maison après le congé <sup>5</sup> .	

**Tableau 5.2 | Mesure fondamentale de la prévention du stress et de la douleur (traduit et adapté avec permission)**

Priorités (3)	Description	Critères d'évaluation (3)	Chapitres
Prévenir le stress et la douleur	Les stratégies de soins qui préviennent la douleur et le stress sont le but ultime du plan de soins de l'enfant admis à l'unité néonatale et doivent être intégrées dans la culture de soins.	1. Toutes les activités stressantes et/ou douloureuses sont <b>systématiquement minimisées</b> , réévaluées et/ou modifiées en fonction de l'état de santé de l'enfant.	10
		2. Un plan de soins individualisé de prévention du stress et de la douleur est élaboré pour chaque enfant et revu régulièrement par l'équipe interprofessionnelle.	
		3. Une politique de prévention de la douleur et du stress est mise en place à l'unité néonatale.	
Évaluer, documenter et traiter le stress et la douleur	L' <b>évaluation</b> , la documentation, la <b>gestion</b> et la réévaluation du stress et de la douleur avant, pendant et après toute procédure ou soin grâce à l'utilisation d'interventions qui diminuent le stress ( <b>méthodes de retour au calme</b> ) et la douleur.	1. L'utilisation d'un outil d'évaluation du stress ou d'une échelle de douleur valide, appropriée à l'âge de l'enfant et au contexte tout au long de l'hospitalisation.	10
		2. L'évaluation du stress et de la douleur guide toutes les activités de soins ; ces dernières sont adaptées et modifiées selon les comportements de l'enfant (signes de stress ou d'adaptation).	7 et 10
		3. Des stratégies de diminution du stress (méthodes de retour au calme et méthode kangourou) et de la douleur (pharmacologiques et non pharmacologiques) sont appliquées de façon constante et fiable pour TOUTES les procédures stressantes ou douloureuses. Ces stratégies, ainsi que leur efficacité, sont documentées.	

Impliquer la famille dans la prévention du stress et de la douleur	La famille est impliquée et informée, et elle participe à la prévention de la douleur et du stress de l'enfant tout au long de son hospitalisation.	1. La sensibilisation des parents aux signes de stress et de douleur de l'enfant (comportements) est priorisée pendant la première semaine suivant l'admission à l'unité néonatale et leur apprentissage est validé <sup>5</sup> .	10
		2. Les parents sont considérés comme des partenaires de soin dans l'évaluation du stress et de la douleur leur enfant <sup>5</sup> .	
		3. Les parents sont encouragés à veiller au confort de leur enfant tout au long de son hospitalisation <sup>5</sup> .	

**Tableau 5.3 | Mesure fondamentale des activités appropriées pour l'âge (traduit et adapté avec permission)**

Priorités (3)	Description	Critères d'évaluation (3)	Chapitres
Soutenir le positionnement thérapeutique	Un alignement postural approprié pour l'âge qui assure le confort, la sécurité, la stabilité physiologique et le soutien optimal au développement neuromoteur est prodigué.	1. Le positionnement et la manipulation de l'enfant favorisent l'alignement postural et la flexion et facilitent les mouvements spontanés pendant les soins et au repos <sup>12</sup> .	11
		2. Les interventions thérapeutiques optimisent la performance et le développement neuromoteur et neurocomportemental <sup>5</sup> .	
		3. La <b>méthode kangourou</b> est priorisée pour assurer un positionnement thérapeutique optimal <sup>5</sup> .	7 et 11
Baser l'alimentation sur les compétences	L'enfant est exposé à des expériences d'alimentation appropriées pour son âge, individualisées et enveloppantes, sans stress ni douleur.	1. Le lait maternel est le meilleur aliment pour l'enfant ; il est préféré et activement recommandé pour tout enfant hospitalisé à l'unité néonatale <sup>5</sup> .	12
		2. La <b>méthode kangourou</b> est agressivement encouragée et les activités d'exploration au sein sont soutenues <sup>5</sup> .	7 et 12
		3. L'alimentation orale est basée sur les compétences et les comportements de recherche et de faim de l'enfant, qui guident toutes expériences d'alimentation <sup>5</sup> .	12
Appliquer les soins de base et de la peau	Des routines de soins de base et de la peau appropriées à l'âge de l'enfant et des mesures protectrices de l'intégrité de la peau sont appliquées.	1. La peau et les muqueuses sont évaluées régulièrement à l'aide d'une échelle valide et fiable <sup>5</sup> .	13
		2. Le bain (éponge, baignoire et emmailloté) a lieu tous les trois jours tout au plus pour les besoins d'hygiène générale <sup>5</sup> .	
		3. La peau et les muqueuses sont protégées contre les blessures potentielles et l'altération du microbiome de surface <sup>5</sup> . Des soins de base adéquats (changement de couche et massage) ont aussi pour objectif de protéger la peau <sup>2</sup> .	

**Tableau 5.4 | Mesure fondamentale des soins centrés sur la famille**  
(traduit et adapté avec permission)

Priorités (3)	Description	Critères d'évaluation (3)	Chapitre
Encourager la présence et le partenariat	Les parents sont intégrés à l'approche de soins.	1. Les parents ont accès à leur enfant en tout temps <sup>5</sup> .	14
		2. Les parents sont encouragés à être présents et/ou à participer <sup>5</sup> aux tournées médicales, interventions et soins.	
		3. Des espaces réservés et des ressources appropriées sont disponibles pour les parents (salles de bain, chaises confortables, espaces personnels, etc.) <sup>5</sup> .	
Favoriser le bien-être émotionnel	Le bien-être émotionnel des parents est évalué, soutenu et pris en compte dans les priorités de soins.	1. L'unité possède un ratio approprié de professionnels de la santé mentale disponibles pour les parents <sup>5</sup> .	14
		2. Les parents sont régulièrement évalués pour dépister les dépressions post-partum et les troubles de stress aigu. Tous les professionnels sont compétents et responsables de cette évaluation <sup>5</sup> .	
		3. Des interventions de crise efficaces et appropriées ainsi que des ressources de soutien sont disponibles (groupes de soutien pour les familles, réseau de soutien et ressources financières et spirituelles) <sup>5</sup> .	
Soutenir la confiance et les compétences parentales	L'équipe soignante pratique le mentorat actif et la validation de l'acquisition des compétences parentales tout au long de l'hospitalisation de l'enfant.	1. L'équipe soignante prodigue de l'enseignement en ce qui concerne les compétences parentales et les mesures fondamentales en soins du développement (allaitement, méthode kangourou, sommeil sécuritaire, bain et soins d'hygiène, comportements de l'enfant, stratégies de contrôle du stress et de la douleur, etc.).	4, 7-14
		2. Les professionnels font preuve de respect et d'une sensibilité à la culture de chaque famille lors des interactions et des prestations de soins.	
		3. Les parents sont encouragés et soutenus dans le développement de la relation avec leur enfant dans le cadre de la prestation de soins.	

**Tableau 5.5 | Mesure fondamentale de l'environnement protecteur**  
(traduit et adapté avec permission)

Priorités (3)	Description	Critères d'évaluation (3)	Chapitres
<b>Adapter l'environnement physique</b>	L'environnement physique est relaxant, spacieux et esthétique. Il favorise le repos, la guérison ( <i>healing</i> ) et l'établissement de la relation parents-enfant	1. Les stimulations sensorielles (tactile, vestibulaire, olfactive, gustative, auditive et visuelle) sont appropriées pour l'âge. Leur intensité et leur durée sont guidées par les comportements de l'enfant (signes de stress et d'adaptation).	10 et 15
		2. Les lieux accommodent la fourniture de soins appropriés et de qualité, la présence des parents et le respect de la vie privée.	15
		3. Le design de l'unité honore les dimensions humaines et holistiques de ceux qui l'habitent (présence d'art et de musique, par exemple). Il facilite aussi les interactions sociales et thérapeutiques entre les patients, les parents et les professionnels	
<b>Miser sur l'environnement humain</b>	Le travail d'équipe, la pleine conscience et les soins attentionnés ( <i>caring</i> ) émanent de l'environnement humain	1. Les membres de l'équipe interprofessionnelle se partagent la responsabilité de la résolution des problèmes et de la prise de décision en lien avec la formulation d'un plan de soins holistique. Leur rôle complémentaire facilite cette coopération <sup>5</sup> .	15
		2. Les membres de l'équipe se soutiennent mutuellement en prenant des décisions appropriées pour le patient, sa famille et l'équipe soignante <sup>5</sup> .	
		3. Les communications verbales, écrites et comportementales sont respectueuses, complètes, cohérentes et centrées sur le patient.	
<b>Ajuster l'environnement organisationnel</b>	L'organisation de l'environnement reflète une culture de soins sécuritaire et de qualité.	1. Les mesures fondamentales en soins du développement constituent les standards de soins pour tous les patients. Elles sont révisées annuellement afin de refléter les plus récentes données probantes <sup>5</sup> .	15-17
		2. Les standards de soins du développement sont intégrés dans l'évaluation annuelle de la performance et de la compétence des professionnels de toutes les disciplines qui évoluent à l'unité néonatale <sup>5</sup> .	
		3. Un cadre de culture juste assure un équilibre entre la responsabilité professionnelle des individus et celle de l'organisation.	