

**QUESTIONNAIRE D'ANALYSE
DES PRATIQUES ET DE BESOIN DE FORMATION
SOINS DE DEVELOPPEMENT INDIVIDUALISES – POST-TEST -**

Secteur d'activité : Réanimation nombre de lits:
 Soins intensifs nombre de lits:
 Néonatalogie nombre de lits:

1) ENVIRONNEMENT LUMINEUX DE L'UNITE D'EXERCICE

1.1 Les stores du service sont-ils fermés :

- Toujours
- Jamais
- Selon les périodes de la journée

1.2 Les stores de la chambre sont-ils fermés :

- Toujours
- Jamais
- Selon les périodes de la journée
- Par alternance selon les phases d'éveil et de sommeil de l'enfant

1.3 Disposez-vous de modulateurs d'intensité lumineuse dans les chambres des nouveau-nés:

- Oui
- Non

1.4 Utilisez-vous des « caches-couveuses » pour protéger les enfants de la lumière ?

- Toujours
- Jamais
- Seulement pour quelques enfants (terme = SA)

1.5 Selon vous, la luminosité dans le service :

- Est adaptée à la stimulation nécessaire au bon développement des enfants
- Est trop stimulante
- N'est pas assez stimulante

2) ENVIRONNEMENT SONORE DE L'UNITE D'EXERCICE

2.1 Disposez-vous d'une centralisation des alarmes:

- Oui
- Non

2.2 Le volume des alarmes individuelles est-il :

- Réduit au minimum
- Augmenté au maximum
- Intermédiaire

2.3 Les portes des chambres sont-elles :

- Toujours ouvertes
- Toujours fermées
- Ouvertes/fermées par alternance

2.4 Mettez-vous un fond sonore (radio, CD, autre) dans votre unité

- Oui
- Non

Si oui, lequel?

.....

.....

2.5 La transmission des informations se fait-elle:

- Dans la chambre
- Devant la porte de la chambre, porte ouverte
- Devant la porte de la chambre, porte fermée
- Hors de la chambre

2.6 Dans la chambre d'un nouveau-né, parlez-vous entre professionnels:

- A voix haute
- En chuchotant

2.7 Disposez-vous d'un système de mesure de l'intensité sonore dans l'unité

Si oui, lequel?

.....

.....

3) SOINS AUX NOUVEAU-NES

3.1 Utilisez-vous des « cocons » pour coucher les enfants ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

3.2 Les enfants sont-ils couchés le plus souvent :

- Sur le dos
- Sur le ventre
- Sur le côté
- Par alternance

3.3 Changez-vous les enfants de position :

- A intervalles de temps réguliers systématiquement
- En fonction de leur bien-être

3.4 Les soins sont-ils regroupés selon les phases d'éveil de l'enfant ?

- Oui
- Non

3.5 La toilette ou le bain se fait systématiquement à une certaine période de la journée

- Oui
- Non

Si oui, plutôt : Le matin

L'après-midi

Avec les parents quand ils le peuvent quelque soit l'heure de la journée

Avec les parents s'ils sont là au bon moment

Fait par les parents

3.6 La pesée ou mesure se fait :

- En présence des parents autant que possible
- Dans l'incubateur (si ils sont équipés pour)
- Sur la balance
- Cela dépend de l'état général de l'enfant

Si la pesée se fait sur la balance, l'enfant est-il :

- Nu sur la balance
- Enveloppé dans un linge
- Une couverture est mise sur la balance
- Un papier est posé sur la balance

3.7 Le contrôle de la température se fait le plus souvent :

- En rectal
- En axillaire
- Variable

3.8 Évaluez-vous la douleur et l'inconfort dans votre unité à l'aide d'échelle standardisées?

- Oui, lors des soins
- Oui, entre les soins
- Oui, lors et entre les soins
- Occasionnellement
- Jamais

3.9 Avez-vous recours à des sucettes?

- Uniquement pendant les soins
- Pendant et hors des soins
- Pratiquée par la mère ou le père
- Jamais

3.10 Utilisez-vous du saccharose ou un patch EMLA lors des bilans sanguins:

- Toujours
- De temps en temps
- Jamais

4) PRESENCE PARENTALE

4.1 Y a-t-il des heures pendant lesquelles les parents ne peuvent accéder à l'unité?

- Oui, certaines heures de la journée (relèves...)
- Oui, certaines heures de la nuit
- Jamais

4.2 Encouragez-vous les parents à participer à l'alimentation de leur bébé (peau à peau pendant l'alimentation, tétine offerte pendant l'alimentation par sonde ...)

- Oui, systématiquement
- Oui, parfois ou selon l'état de santé de l'enfant
- Jamais

4.3 Encouragez-vous les parents à participer à la prise en charge de leur bébé (toilette, pesée, etc...) ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

- Pour ne pas perturber l'organisation du service
- Pour préserver les parents, ne pas les choquer
- Autre :

4.4 Encouragez-vous les parents à participer à des soins invasifs (soutien de l'enfant dans les prises de sang, aspirations) ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

- Pour ne pas perturber l'organisation du service
- Pour préserver les parents, ne pas les choquer
- Autre :

4.5 Avez-vous le sentiment de prendre le temps d'encadrer les parents dans les soins ?

- Toujours
- Souvent
- Pas suffisamment
- Jamais

5) ALLAITEMENT

5.1 Disposez-vous dans l'unité de conseiller(e) en lactation

- Oui, conseiller(e) certifié(e)(e) (IBLCE)
- Oui, conseiller(e) non certifié(e)(e)
- Non

5.2 Pratiquez-vous le don de colostrum ou de lait cru

- Oui
- Non

5.3 Le peau à peau dans votre unité est-il une pratique

- De routine, quelque soit le terme et l'âge post-natal
- Pratique même si l'enfant est intubé
- Pratique uniquement chez les enfants stables
- Pratique occasionnelle, si les parents le demandent
- Non pratiqué uniquement chez les enfants stables

6) BESOINS DE FORMATION

6.1 Connaissez-vous des méthodes de « soins de développement » ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous en citer quelques unes :

.....

.....

.....

6.2 Avez-vous déjà entendu parler du programme NIDCAP ?

- Oui
- Non

6.3 Pensez-vous que l'observation comportementale est bénéfique pour l'enfant ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

6.4 Avez-vous observés des changements dans l'organisation de votre unité et vos pratiques depuis votre formation en soins de développement individualisés?

Si oui, lesquels?

.....

.....

.....

.....

Si non, pourquoi?

.....

.....

.....

.....