HAL
open science

Prévention des troubles de l'oralité du nouveau-né prématuré : accompagnement parental renforcé et création d'un livret

Aurore Bourdon

To cite this version:

Aurore Bourdon. Prévention des troubles de l'oralité du nouveau-né prématuré : accompagnement parental renforcé et création d'un livret. Sciences cognitives. 2018. dumas-01919752

HAL Id: dumas-01919752

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01919752

Submitted on 12 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Caen Normandie

UFR de Médecine de Caen

Département d'orthophonie

Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

Prévention des troubles de l'oralité du nouveau-né prématuré : accompagnement parental renforcé et création d'un livret

Présenté par

Aurore BOURDON

Née le 21/02/1994

Sous la direction de :

Maryse DELAUNAY-EL ALLAM

MCU, UFR de Psychologie, Caen

Christel BLAISON

Orthophoniste, service de Pédiatrie, CHU de Caen

Anne-Sophie TRENTESAUX

PH, Chef du service de Néonatologie, CHU de Caen

Année universitaire 2017/2018

REMERCIEMENTS

Je remercie Maryse Delaunay-El Allam pour nous avoir encadrées et encouragées dans ce projet. Merci d'avoir permis que le livret voie le jour et soit une œuvre reconnue, destinée à être pérenne dans le service.

Je remercie notre maître de stage, Christel Blaison, de nous avoir ouvert les portes de la néonatalogie. Un merci chaleureux pour ses conseils avisés, sa bienveillance et sa disponibilité. Vous nous avez transmis le goût de l'oralité !

Je remercie le professeur Bernard Guillois pour l'intérêt qu'il a porté à notre étude. Merci également aux docteurs Anne-Sophie Trentesaux et Valérie Datin-Dorrière d'avoir pris le temps d'échanger régulièrement et d'avoir contribué à nous intégrer dans le service. Merci à toute l'équipe de néonatalogie pour nous avoir accompagnées dans ce contexte de la prématurité : cadres, médecins, internes, externes, infirmiers puériculteurs, auxiliaires puériculteurs, psychologues, kinésithérapeute.

Merci à Anne Lacherez, infographe, sans qui le livret n'aurait pu être dessiné. Elle a réalisé un travail sur mesure et dans les plus brefs délais. Le résultat a dépassé nos attentes !

Je remercie tout particulièrement les nouveau-nés et leurs parents pour les moments riches en émotions que nous avons partagés ensemble.

Je remercie les membres de mon jury d'avoir accepté d'évaluer ce mémoire.

Merci à toi, Julia, mon binôme hors-pair dans cette belle expérience et mon amie avant tout.

Je tiens également à remercier toutes mes maitres de stage pour la confiance qu'elles m'ont accordée et tout ce qu'elles ont pu m'apporter au cours de ces 5 années.

Enfin, un grand merci à mes proches pour leur présence et leur soutien tout au long de mes études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

PARTIE THEORIQUE 2

1. PROGRESSION DE L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE PREMATURE.....2

1.1 Développement alimentaire perturbé 2

1.2 Rôle des expériences dans le développement global et alimentaire du nouveau-né.3

1.3 Prévention et intervention précoce en néonatalogie dans le cadre des soins de développement et du NIDCAP 4

2. PROTOCOLES DE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT ALIMENTAIRE 5

2.1 Intérêt de la succion non nutritive sur le développement de la succion nutritive 5

2.2 Stimulations oro-faciales (SOF) 7

2.3 De la transition à l'autonomie alimentaire 8

3. L'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL, UN TRAVAIL CONJOINT ENTRE PARENTS ET SOIGNANTS 10

3.1 Un appui au processus de parentalité 10

3.2 Soutenir la participation des parents dans l'alimentation de leur bébé 10

3.3 Limitations actuelles dans les protocoles de prévention 11

PARTIE EXPERIMENTALE 12

1. POSITION DU PROBLEME ET HYPOTHESES 12

2. METHODOLOGIE 13

2.1. Population d'étude 13

2.2. Matériel et méthodes 15

2.2.1. Création d'un livret à destination des parents 15

2.2.2. Les SOF.....16

2.2.3. Accompagnement parental renforcé 18

2.2.4. Grilles de suivi et évaluations 19

2.3 Déroulement de l'étude 19

2.3.1. Appropriation du service en lien avec l'équipe soignante 19
2.3.2. Déroulement de la procédure d'accompagnement parental 20
2.4. Analyse statistique 21
3. RESULTATS 22
3.1 Effet de l'accompagnement parental renforcé 22
3.2 Influence du livret Parentalim 24
3.3 Niveaux de la satisfaction parentale et de l'anxiété 26
3.3.1 Mesure de l'anxiété parentale.....26
3.3.2 Evaluation de la satisfaction parentale lors de l'accompagnement 26
3.3.2 Evaluation de la satisfaction parentale concernant le livret Parentalim 28
DISCUSSION.....29
1. Réflexions sur l'accompagnement parental renforcé.....29
2. Réflexions sur l'apport du livret Parentalim 33
3. Réflexions sur les mesures de satisfaction et d'anxiété 33
4. Perspectives futures 34
CONCLUSION.....35
BIBLIOGRAPHIE.....36
SOMMAIRE DES ANNEXES

GLOSSAIRE

AC : Age Corrigé (se calcule en ajoutant l'âge réel à l'âge gestationnel)

AG : Age Gestationnel

NIDCAP : Neonatal Individualized Developemental Care and Assessment Program

SA : Semaines d'Aménorrhée

SN : Succion Nutritive

SNN : Succion Non Nutritive

SOF : Stimulations Oro-Faciales (Sollicitations Oro-Faciales)

VNI : Ventilation Non Invasive

INTRODUCTION

D'après l'INSERM, environ 60 000 naissances prématurées ont lieu chaque année en France. L'étude EPIPAGE-2 rapporte que les enfants nés prématurément ont, à 2 ans d'âge corrigé (AC), un meilleur taux de survie qu'il y a 20 ans bien qu'ils restent à fort risque de retard de développement (Pierrat *et al.*, 2017). La prématurité est définie par l'OMS comme « toute naissance survenant avant 37 et après 22 semaines d'aménorrhée (SA) ». Un nouveau-né prématuré est immature dans ses fonctionnements organiques et aura besoin d'aides respiratoires, circulatoires, nutritionnelles et thermiques (Lejeune & Gentaz, 2015). Privé des sensations intra-utérines familières, il devra faire face à un environnement néonatal comprenant des stimulations visuelles, auditives, olfactives et tactiles inconnues, parfois stressantes. Des expériences, des sollicitations globales et adaptées lui seront nécessaires pour continuer à se développer au mieux.

Sur le plan nutritionnel, les nouveau-nés prématurés sont alimentés par une sonde gastrique car leurs capacités à coordonner la succion, la déglutition et la respiration ne sont pas optimales. Les amener vers une transition alimentaire le plus efficacement possible et les aider à investir la sphère oro-faciale est donc nécessaire, ces enfants étant davantage à risque de développer un trouble de l'oralité en grandissant (Haddad, 2017). Les parents ont un rôle prépondérant dans l'alimentation mais leur implication n'est pas encore probante et opérationnelle au sein des services de néonatalogie (Bruwier *et al.*, 2014).

La séparation contrainte du contexte médical et l'anxiété générée par l'hospitalisation imposée par une nécessité vitale rendent la relation parents-bébé plus difficile. Ces familles sont plus vulnérables. L'équipe soignante intègre les parents dans certains soins quotidiens : ils sont invités à s'occuper de leur bébé comme ils seront amenés à le faire à l'arrivée au domicile. Les soutenir dans leur rôle favorise le *caregiving*, les parents répondant aux besoins de leur bébé dans un climat affectif sécurisant. Les accompagner, à leur rythme et selon les besoins de leur bébé est primordial (Thibault, 2007).

Au travers de la partie théorique, nous aborderons l'alimentation du nouveau-né prématuré et nous développerons les moyens l'aidant à téter. Enfin, nous nous intéresserons à l'accompagnement parental comme pierre angulaire des soins de développement pour optimiser la progression du nouveau-né prématuré hospitalisé.

PARTIE THEORIQUE

1. PROGRESSION DE L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE PREMATURE

1.1 Développement alimentaire perturbé

L'oralité désigne l'ensemble des fonctions orales dévolues à la bouche : manger, respirer, parler (Abadie, 2004). La prématurité entraîne une immaturité des fonctions orales. Le nouveau-né ne pouvant manger par la bouche est d'abord nourri par voie parentérale par apport des nutriments directement dans la circulation sanguine via un cathéter, puis par voie entérale à l'aide d'une sonde oro- ou naso-gastrique amenant l'aliment lacté dans l'estomac (Thibault, 2007). L'alimentation devient active lorsque que le nouveau-né ingère du lait par la bouche par différents moyens : sein, biberon, seringue, tasse ou paille. Sa transition alimentaire se traduit par le nombre de jours où le nouveau-né passe d'une alimentation purement entérale à une nutrition exclusivement orale (Pfister *et al.,* 2008). L'alimentation médicalement assistée court-circuite la bouche dans le processus alimentaire et ne permet pas l'activation buccale. Ainsi alimenté, le nouveau-né reste passif (Barbier, 2010). Il est privé des expériences sensorimotrices propres à l'exploration de l'alimentation comme les odeurs, saveurs, températures et textures (Pfister *et al.,* 2008).

Les compétences motrices, tout comme l'intégrité du système digestif et cardiorespiratoire, sont indispensables à la prise de lait par la bouche et donc à la transition alimentaire (Bruwier *et al.,* 2014). Cependant, l'immaturité cardio-respiratoire, certaines maladies pulmonaires ainsi que les pathologies digestives et neurologiques influencent négativement les prises alimentaires orales (Barbier, 2010 ; Barlow *et al.,* 2008). Pfister *et al.*(2008) ont ainsi démontré qu'une durée de ventilation non invasive (VNI) par CPAP nasale de plus de 7 jours avait un effet négatif sur le temps de transition alimentaire, allongé de 11 jours. Cet effet délétère n'est cependant pas observé chez les enfants bénéficiant d'une posture en enroulement avant le repas ni chez ceux recevant des stimulations péri-orales. D'après Bruwier *et al.*(2014), les stimulations nociceptives entraînées par les sondes, les soins respiratoires et les essais d'alimentation peu adaptés, auxquels s'ajoutent des contacts physiques pauvres ainsi que des tétées retardées concourent au rejet des stimulations orales. La néonatalogie est un univers dystimulant pour le nouveau-né confronté à des expériences orales négatives qu'il mémorisera (Barbier, 2010). Il développera alors des mécanismes de défense : absence de découverte bucco-faciale, inhibition de la succion, exacerbation de la

sensibilité bucco-faciale pouvant aller jusqu'à l'hypersensibilité du réflexe nauséeux (Menier *et al.*, 2014). Cela porte atteinte à sa motricité buccale et contraint donc le déroulement de la phase de transition alimentaire.

A travers ces éléments, nous voyons en quoi la prématurité combine plusieurs facteurs de risque potentiel de développement d'une dysoralité. Thibault (2007) la définit comme une difficulté de l'alimentation orale s'exprimant « par absence de comportement spontané d'alimentation ou par refus d'alimentation ». Proposer des expériences appropriées sur les sphères alimentaire, langagière, psychomotrice et affective présente alors un intérêt pour ces nouveau-nés prématurés. Ces expériences nouvelles seront intégrées et traitées au niveau cérébral afin de contribuer au développement du nouveau-né. Elles mettront implicitement en jeu la plasticité cérébrale.

1.2 Rôle des expériences dans le développement global et alimentaire du nouveau-né

La plasticité cérébrale concerne la « capacité des structures cérébrales de se développer de manière variée » et permet « la mise en place de réseaux compensatoires » (Evrard cité par Senez, 2015). Bloch (2003) avance que « plus le milieu offre un environnement riche en interactions et adapté aux besoins de l'enfant, plus celui-ci se développera harmonieusement ». Effectivement, les réseaux neuronaux se constituent et se remodèlent entre un patrimoine génétique et des interactions avec l'environnement. La précocité de stimulations adaptées est à prendre en compte dans le cadre de la prématurité.

In utero, le fœtus développe son oralité : la succion et la déglutition du liquide amniotique apparaissent respectivement vers la 10e et la 12e semaine (Thibault, 2007). A la naissance, ces deux fonctions devront se coordonner avec la respiration pour que le nouveau-né s'alimente. La conduite de succion devra être sollicitée et les expériences se voudront répétées. Selon Senez (2015), la succion est automatico-réflexe à organisation bulbaire. Néanmoins Barlow *et al.* (2009) remettent en question ce propos en montrant que la succion ne dépend pas uniquement d'une activité sous-corticale. Une activité corticale est opérationnelle dès 35 SA : la maturation des systèmes neuronaux du tronc cérébral régulant l'activité motrice de la succion non nutritive (SNN) se perfectionne grâce à des expositions répétées à une tétine à pulsations. Cet entraînement de la SNN améliore la transition à l'alimentation orale. Ces expériences pluriquotidiennes de succion modifient les réponses corticales, la succion est par conséquent également régie par les expériences sensorimotrices

et la cognition néonatale dès 35 SA. Le nouveau-né peut ainsi bénéficier d'expériences positives de compensation pour développer ses fonctions sensorielles et notamment sa capacité de succion puis de coordination succion-déglutition-respiration. Les interventions devront s'appuyer sur des expériences non dystimulantes dès lors adaptées au niveau de développement et à l'état de chaque nouveau-né prématuré. Il est en effet capable de répondre de façon adaptée, en modulant ses comportements d'approche et de retrait à une expérience, si celle-ci est respectueuse et coïncide avec ses capacités. De ce fait, les stimulations oro-faciales (SOF) sont capables de contrecarrer l'effet négatif de la VNI sur la durée de transition alimentaire (Pfister *et al.*, 2008). Le nouveau-né développe ses aptitudes alimentaires à son rythme par la répétition des occurrences. L'augmentation de la durée du peau à peau est notamment liée à une réussite de l'allaitement (Nyqvist, 2005). La sensorimotricité et l'adéquation des postures influencent le développement du système nerveux central. Toute la sensorialité du nouveau-né est en jeu lors de ces sollicitations, agissant sur son bien-être global (Kloeckner, 2008).

Des sollicitations adaptées ont donc un rôle bénéfique dans le développement du nouveau-né. Les interventions autour de ces bébés prématurés sont encadrées par les soins de développement. Ces derniers visent à penser la pratique professionnelle et les conditions environnementales afin d'éliminer les stimulations nocives répétées.

1.3 Prévention et intervention précoce en néonatalogie dans le cadre des soins de développement et du NIDCAP

La prévention est nécessaire afin de limiter l'installation des difficultés d'oralité à long terme (Fischer, 2013). Pour cause, le développement de l'alimentation active doit faire partie des objectifs de soins qui consisteront à soutenir l'autonomie alimentaire garante de la sortie d'hospitalisation et à préserver le plaisir oral (Bruwier *et al.*, 2014).

L'intervention orthophonique précoce lors d'une nutrition artificielle est essentielle afin d'assimiler la bouche au sein du schéma corporel. Les expériences précoces participent à la mémorisation corticale où « les connexions interneuronales, qui s'établissent dès la 1ère tétée, vont permettre de mémoriser des sensations et des schémas moteurs » (Senez, 2015). Cependant les expériences sensori-motrices manquent au nouveau-né prématuré en couveuse, entravant son développement. La période postnatale est alors cruciale car elle permet d'influencer son évolution grâce à une intervention (Beaujean, 2012). Delaoutre-Longuet (2007) prouve ainsi le bénéfice des SOF dans les prises alimentaires. Elle déclare

que plus un nouveau-né est prématuré (30 SA comparé à 32 SA), plus vite il s'imprégnera des compétences de succion car n'ayant pas eu l'occasion de s'essayer à les construire. Il acquerra ainsi plus précocement l'autonomie alimentaire et son temps d'hospitalisation sera raccourci.

Nous notons l'intérêt d'une action anticipée et progressive d'encouragement de la succion. La SNN est proposée dans un premier temps. Elle est incluse dans la pratique des soins du développement définis comme « un ensemble de techniques non médicamenteuses de nature environnementale et comportementale destinées à préserver le confort du nouveau-né hospitalisé par une réduction du stress et à améliorer son développement ultérieur » (Browne cité par Ratynski & Minguy, 2014). Les sollicitations sensorielles seront adaptées et délivrées en temps voulu pour respecter le nouveau-né (Lejeune & Gentaz, 2013). Leur utilisation précoce s'intègre au programme NIDCAP (Neonatal Individualized Developemental Care and Assessment Program). Il consiste en une approche individualisée, centrée sur l'enfant et sa famille. Il allie les parents dans le processus de soins en les faisant participer, en leur confiant des responsabilités et des tâches spécifiques (Haumont, 2014). L'étude menée par De Bernardo *et al.*, (2017) énonce une meilleure satisfaction parentale et un niveau de stress parental réduit dans le cadre d'une approche de soins centrés sur la famille. Ce procédé permet aux soignants d'instaurer une collaboration avec les parents et d'inciter à communiquer. Les parents ont donc un rôle capital dans l'observation du comportement de leur bébé avec lequel ils sont « co-régulateurs » (Sizun, Olivard, Ratynski, 2017). Ils sont les plus à même à répondre aux besoins de leur bébé et sont d'une aide précieuse pour l'équipe soignante.

Il est alors crucial de les accompagner au cours du développement alimentaire de leur bébé. L'alimentation autonome de celui-ci est sous-tendue par l'accès à une succion nutritive (SN). Or, ces nouveau-nés prématurés ont besoin d'une aide extérieure pour y parvenir.

2. PROTOCOLES DE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT ALIMENTAIRE

2.1 Intérêt de la succion non nutritive sur le développement de la succion nutritive

Lau (2007) décrit la SNN comme n'entraînant pas la déglutition de liquide hormis les déglutitions salivaires, elle n'a donc pas de but alimentaire. Elle affirme qu'elle mature avant la succion nutritive en apparaissant entre 20 et 28 SA et se caractérisant par des trains de succions courts et rapides. La SN est efficiente quand il y a une coordination de la succion, déglutition, respiration et un temps œsophagien afin d'assurer la sécurité et l'efficacité dans

la prise du liquide. Abadie (2004) note son apparition vers 32 SA. La maturation permet une « augmentation du rythme, de l'endurance et de la force de succion ainsi qu'une meilleure pression intra-buccale » (Bruwier *et al.*, 2014). La SNN peut être sollicitée avec une tétine ou avec une succion par le « sein vide après expression du lait » renforçant alors la réussite de l'allaitement (Narayanan *et al.*, cités par Ratynski & Minguy, 2014).

La tétine, outre sa fonction rassurante et analgésique, régule le comportement de l'enfant et facilite l'émergence de la SNN (Lau, 2007). Celle-ci induit une meilleure tolérance digestive au remplissage de l'estomac grâce à une meilleure fermeture du pylore. Mais en pratique, « la tétine n'est pas donnée avec régularité et pas toujours lors du remplissage de l'estomac » (Senez, 2015) bien qu'elle soit « facilement administrable » (Barlow *et al.*, 2008). Pourtant, la SNN joue un rôle non négligeable puisqu'elle entraîne les « patterns oro-moteurs de la langue, des lèvres, des joues et favorise la réussite de l'alimentation orale » (Barlow *et al.*, 2008). Elle favorise la prise de poids, accélère la transition orale et améliore la fréquence d'allaitement (Bingham *et al.*, Volkmer & Fiori cités par Barlow, 2009). Fischer (2013) rapporte une réduction d'hospitalisation de 7 jours grâce à la SNN entraînée. Cette dernière est donc un bon marqueur de la SN bien qu'elle n'en soit pas prédictive, le nouveau-né devant gérer la coordination déglutition-respiration (Lau, 2016). Une faible performance alimentaire orale peut s'expliquer par de faibles compétences orales mais aussi par un manque d'endurance, toutes deux sources de difficultés lors de transition au sein ou au biberon.

Des limitations telles un poids minimal ou un âge gestationnel (AG) minimal de 32 semaines ont souvent été décrites face à l'allaitement. Le parallèle fait avec la capacité à boire au biberon où l'on observait des difficultés à gérer la respiration (désaturations, bradycardies, apnées) jugeait l'allaitement risqué. Or, les nouveau-nés prématurés peuvent être stables physiologiquement au sein (Nyqvist, 2005). Dans son étude, les 1ères mises au sein ont eu lieu dès 27+6 d'AG, les 1ères succions nutritives avec ingestion de 5 ml de lait maternel ont été quantifiées entre 30 et 37 semaines. Nyqvist souligne que les « recommandations pour le démarrage de l'allaitement chez les prématurés devraient être fondées uniquement sur la stabilité cardio-respiratoire » sans tenir compte des autres variables. Un enfant ayant un système d'aide ventilatoire nasale peut tout à fait commencer l'allaitement. La limite actuelle d'un allaitement exclusif est de 31 semaines. En 2016, l'auteure démontre qu'un nouveau-né prématuré peut être performant au sein lors d'un allaitement exclusif bien que son pattern de succion soit encore immature. Les trains de

succion sont alors courts et la respiration se produit lors des pauses. Cela vient confirmer l'adaptation du nouveau-né et de ses compétences aux expériences vécues et répétées.

L'alimentation au biberon peut aussi être efficace malgré une succion immature donc sans alternance rythmique aspiration-expression (Lau, 2007). Le composant d'expression (compression de la langue contre le palais pour éjecter le lait) mature avant celui de l'aspiration (pression négative intra-buccale pour attirer le lait). Nous comprenons que l'alimentation au biberon ait un démarrage plus facile qu'au sein car l'expression seule suffit. Encore faut-il que le nouveau-né gère son flux de lait, plus difficile à réaliser au biberon qu'au sein. Le flux de lait au biberon est plus abondant, le temps pour respirer entre les déglutitions est réduit, induisant une diminution de la fréquence respiratoire (Bier *et al.*, 1997). Lau, Fucile et Schanler (2015) ayant élaboré un système de vide d'air naturel dans le biberon ont constaté un effort de succion plus efficace et une régulation du flux de lait.

Quel que soit le mode d'alimentation choisi par les parents, stimuler les déglutitions par le goût en proposant des gouttes de lait au début de la nutrition entérale contribue à restaurer une réaction physiologique (Senez, 2015). Des stimulations orales peuvent alors les précéder pour préparer le nouveau-né prématuré à téter.

2.2 Stimulations oro-faciales (SOF)

En proposant les SOF, le nouveau-né prématuré devient acteur de son développement. Il est libre d'accepter ou de refuser les propositions et il s'organise ainsi dans ses réactions (Bandelier, 2015). Comme le dit Kloeckner (2008), il faut respecter le « non » pour mieux préparer le « oui ». Les stimulations tactiles péri-orales rendent compte de l'état du bébé, l'orientent dans ses comportements et impliquent de respecter ses refus. Elles suscitent des mouvements orientés de la tête et de la bouche qui précèdent la capture orale et la prise alimentaire. Ainsi, les SOF permettent une optimisation des réflexes oro-faciaux tout en renforçant la musculature et la coordination (Bruwier *et al.*, 2014). Les SOF réduisent le temps jusqu'à la transition à l'alimentation orale ainsi que la durée d'hospitalisation par rapport à des soins standards et à une autre intervention non orale (Greene, O'Donnell, Walshe, 2016). Delaoutre-Longuet (2007) expose pour les enfants stimulés un gain de 6 jours concernant l'autonomie alimentaire et de 7 jours pour la sortie de l'hôpital. Elle démontre que plus la prématurité est importante, plus l'application des SOF est efficace, ceci s'expliquant par une confrontation à une phase de désorganisation pour les plus âgés. Les SOF prouvent leur utilité dans une autre étude comparant 3 interventions : orale, tactile

et mixte. Bien que toutes aient permis d'augmenter la coordination respiration-déglutition, seule l'intervention orale exclusive a mis en avant un accès plus rapide au pattern de succion et des succions de meilleure qualité (Fucile *et al.*, 2012). Une augmentation significative du nombre de succions au 7ème jour est observée lors d'une intervention multisensorielle apportant progressivement des stimulations auditives, visuelles, tactiles puis vestibulaires. Cet effet disparaît au 14ème jour de par l'influence de l'expérience, la maturation et d'autres facteurs non identifiés. Cette approche facilite ainsi l'organisation comportementale du nouveau-né et l'aide à atteindre un état d'alerte avant l'alimentation (Medoff-Cooper *et al.*, 2015). Nous constatons que les SOF préparent le nouveau-né à l'alimentation. L'association avec le repas repose selon Nyqvist (2016) sur l'émergence d'un « comportement oro-moteur efficace » précoce : réaction de fouissement, prise aréolaire et mises au sein plus ou moins longues à 28 semaines d'AG, puis déglutitions répétées notées à 31 semaines et trains de succion long et répétés dès 32 semaines. Le nouveau-né s'imprègne alors progressivement de ces propositions pour s'entraîner à téter et affiner ses compétences.

Par ailleurs, une certaine souplesse serait à apporter au protocole de SOF jugé trop rigide d'après Hamon & Nisole (2014). Délaisser l'idée d'un protocole de soin technique au profit d'un moment de partage agréable et privilégié entre le parent et son enfant serait à valoriser. Dans cette continuité, le terme de « sollicitations » serait préférable à celui de « stimulations », toujours dans la conception de propositions et non d'obligations, le nouveau-né étant le 1er acteur de son oralité. Ses réponses aux SOF, suivies dès que possible de gouttes de lait par la bouche, l'entraînent à amorcer sa transition alimentaire.

2.3 De la transition à l'autonomie alimentaire

Entre 32 et 34 semaines d'AC, la coordination est suffisamment efficiente pour permettre une alimentation active (Bruwier *et al.*, 2014). L'alimentation orale est alors introduite prudemment par essais-erreurs vers 32 à 34 semaines d'AC (Lau, 2016). D'après Pfister *et al.* (2008), 34 semaines d'AG est la limite inférieure de l'acquisition d'une alimentation pleinement active. Ils s'interrogent sur une éventuelle « limite maturationnelle ».

Hamon & Nisole sont intervenues en 2014 au CHU de Caen auprès de nouveau-nés intubés ou non, d'au moins 28 semaines d'AC, nés entre 25 et 34+6 SA. Elles ont objectivé 3 périodes dans la progression alimentaire ainsi que leur durée moyenne. La 1ère, de la naissance au 1er essai oral dure 15 jours ; la 2ème, entre le 1er essai oral et le début de transition

dure 6 jours ; la 3ème, du début de la transition à l'autonomie alimentaire se poursuit pendant 30 jours. Elles ont suggéré que les propositions de SOF seraient plus bénéfiques au cours de la 2ème période, réduisant la durée de transition. La 3ème période, entre le début de la transition, caractérisée par l'ingestion de 5 ml de lait sur 24h, et une prise orale efficace (15 ml / kg sur 24h) est très courte pour certains enfants, parfois en deçà de 2 jours. Actuellement, l'âge au début de la transition alimentaire dépend de la régularité des propositions faites. Cela s'intègre dans une démarche individualisée, la pratique n'étant pas homogène (Csopaki, 2015). La durée de transition a pu être accélérée de 10 jours grâce à une offre de lait régulière couplée aux SOF (Csopaki & Douillet-Nury, 2015). Plus les performances d'alimentation orale progressent, plus la fréquence et l'amplitude d'aspiration, la fréquence de déglutition et la taille des bolus augmentent (Lau, 2015). Pfister *et al.* (2008), soulignent l'importance de la durée de l'alimentation active ne devant pas entraîner de fatigabilité, le nouveau-né prenant la plus grande partie de sa ration durant les 10 premières minutes. L'autonomie alimentaire est acquise lorsque le nouveau-né prend toute sa ration sans être complété par la sonde, et ce sur 48h.

Bruwier *et al.*(2014) mentionnent que le meilleur moment pour débuter l'alimentation active et savoir comment la faire progresser repose sur l'observation de l'enfant et l'expérience des soignants. Malheureusement, « les parents sont trop rarement impliqués de façon active dans ce processus ». Ils ont besoin d'être accompagnés pour observer leur bébé, le comprendre et s'ajuster à ses réactions (Ratynski, 2002). Martel & Milette (2006) spécifient qu'ils seront les 1ers donneurs de soins au domicile et que leur participation à l'offre alimentaire est primordiale et est donc à valoriser au sein de la néonatalogie.

A Caen, l'implication parentale dans le protocole de SOF confirme que plus un nouveau-né est stimulé entre son premier essai oral et le début de sa transition alimentaire, plus sa durée de transition est courte (Hamon & Nisole, 2014). Pourtant en 2015, Csopaki & Douillet-Nury pointent une moindre implication, les parents étant moins intervenus que les soignants pour réaliser les SOF. Il est cependant capital de restituer aux parents leurs compétences et de les accompagner dans ce processus.

3. L'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL, UN TRAVAIL CONJOINT ENTRE PARENTS ET SOIGNANTS

3.1 Un appui au processus de parentalité

Le processus de parentalité est bouleversé par la prématurité : il est important de « donner aux parents leur place auprès de leur bébé » (Delaoutre-Longuet, 2010). Les stimulations affectives doivent s'approcher de ce qu'il aurait reçu *in utero* : cela ne peut être assuré que par la présence des parents. Lejeune et Gentaz (2015) soumettent alors de passer d'une conception de « parents visiteurs à parents partenaires ». Ils ont besoin d'être accompagnés car s'ajuster au bébé est plus difficile en cas de naissance prématurée que lors d'une naissance à terme (Borghini, 2011). La sensorialité fournit des moyens d'expériences favorables. Le toucher et l'olfaction sont de bons canaux pour les encourager à proposer leurs propres sollicitations (Schaal, Goubet, Delaunay-El Allam, 2011). Le toucher dans les SOF leur permet d'entrer en interaction avec leur bébé et d'initier les pré-requis à l'oralité alimentaire et verbale, tout en se familiarisant avec l'environnement néonatal (Delaoutre-Longuet, 2010).

Des études montrent un réel bénéfice de l'intervention parentale. Ainsi, Feldman (2002) met en avant le rôle parental dans les soins lors d'une thérapie par le massage. Outre les bienfaits apportés par le massage, l'interaction mère-enfant à 3 mois d'AC était meilleure pour les enfants massés par leur mère par comparaison à l'infirmière. Intégrer les parents lors de l'hospitalisation anticipe également la transition au domicile et la facilite. Des mères vulnérables ont été invitées à intervenir avant l'alimentation par la voix, le massage et le regard pour repérer les signaux de leur enfant et savoir le calmer. Leur implication et leur fidélité ont été renforcées. Une incidence positive a été relevée dans l'aide alimentaire qu'elles apportent à leur bébé pendant l'hospitalisation (Msall, 2015). Les soignants ont tout intérêt à inviter et solliciter les parents à « se positionner comme principaux acteurs de soutien à l'alimentation » (Csopaki, 2015) car plus les compétences orales du nouveau-né seront développées, plus l'accès à l'autonomie alimentaire sera facilité (Lehnhart-Vargas *et al.*, 2015).

3.2 Soutenir la participation des parents dans l'alimentation de leur bébé

L'accompagnement parental précoce se réalise « au travers d'entretiens où l'empathie favorise les liens interpersonnels ». Il implique de respecter le cheminement des parents,

d'être à leur écoute, de ne pas comparer leur situation à une autre. Il renforce leurs comportements positifs, les incite à adopter d'autres procédés et les soutient face aux éventuelles difficultés alimentaires (Thibault, 2007). L'individualité du processus, adapté au rythme de chaque famille, est à prendre en considération. La participation parentale active doit encore être améliorée. Pourtant, donner le biberon ou aider le bébé à boire à la tasse font partie des soins alimentaires réalisés par les parents, par initiative volontaire ou suite à l'incitation des soignants (Casper *et al.*, 2016). Ces auteurs indiquent que l'information et l'éducation des parents sont des principes essentiels. Les parents approuvent l'importance d'une disposition d'informations et d'un appui de la part de l'équipe soignante. Ils apprécient leurs explications et démonstrations ainsi que leur présence en tant qu'observateurs. Les relations avec le personnel soignant sont déterminantes pour les parents (Russel *et al.*, 2014). Leur fournir un accompagnement continu, à la fois au chevet de leur nouveau-né, dans les groupes de parents et au moyen de ressources sur papier ou en version numérique est important. Ils retrouvent confiance en eux, sont moins anxieux et plus satisfaits (Jefferies, 2014). Or, soutenir les parents demande un investissement continu des professionnels et implique des évolutions de pratiques au sein des services.

3.3 Limitations actuelles dans les protocoles de prévention

Le personnel doit donc être formé et disposer d'un temps suffisant pour mettre en place ces pratiques d'accompagnement parental. Or, les SOF ne sont pas encore suffisamment ancrées comme une pratique quotidienne avant les soins alimentaires. De plus, certains parents ne s'autorisent pas à les pratiquer bien qu'ils soient volontaires (Csopaki & Douillet-Nury, 2015). Des fiches explicatives des SOF pour les parents et les soignants étaient déjà mises en place dans le service de néonatalogie de Caen. Nous constatons que cela n'est pas suffisant pour donner un rôle aux parents auprès de leur nouveau-né.

A partir de ce constat, comment créer une continuité dans l'accompagnement parental autour des soins alimentaires du nouveau-né prématuré ? Comment permettre aux parents de s'investir dans les meilleures conditions auprès de leur enfant et d'être les personnes les plus légitimes à intervenir en ce qui concerne l'alimentation ?

PARTIE EXPERIMENTALE

1. POSITION DU PROBLEME ET HYPOTHESES

L'intérêt des SOF chez le nouveau-né prématuré en termes d'autonomie alimentaire et de congé hospitalier a été démontré. Les soins centrés sur la famille apportent de réels bénéfices. Les parents sont invités à participer activement aux soins quotidiens. Leur rendre leurs compétences également autour de l'alimentation est fondamental.

Notre travail s'inscrit dans la continuité des études menées en néonatalogie au CHU de Caen par Lemoine (2011), Beaujean & Seurat (2012), Frette & Le Crom (2013), Nisole & Hamon (2014) et Csopaki & Douillet-Nury (2015). Notre intervention cible les nouveau-nés prématurés et leurs parents. Nous avons pour objectifs d'optimiser l'implication parentale dans la participation aux soins alimentaires pour favoriser l'accès à une alimentation orale autonome. Nous souhaitons valoriser une certaine souplesse et adaptabilité dans le processus d'oralité. Les interactions progressives et positives avec un recours aux SOF en temps voulu optimiseraient le parcours de soins du bébé prématuré. Via un accompagnement régulier des familles, nous avons pour but de relancer la dynamique sur la prévention des troubles de l'oralité dans le service. La réorganisation globale du service apporte des effets indépendants de notre intervention.

Actuellement, peu de supports d'information transmis aux parents abordent l'alimentation du nouveau-né prématuré. Selon nous, les moyens existant dans ce domaine ne reflètent pas suffisamment la dimension d'oralité liée au repas, ni l'apport des SOF dans la progression alimentaire. Or, la mise à disposition d'un livret illustré sur le développement alimentaire et le recours aux SOF permettrait aux parents d'être informés de ces notions spécifiques et de pouvoir s'y référer à tout moment. C'est pourquoi un livret à destination des parents a été élaboré afin de les accompagner avec leur nouveau-né, dans les échanges et vers une alimentation orale autonome au sein ou au biberon.

Nous émettons l'hypothèse que la durée de transition d'une alimentation entérale à une alimentation orale serait raccourcie pour les enfants dont les parents ont bénéficié d'un accompagnement renforcé par rapport au groupe contrôle. A l'aide de questionnaires, nous supposons que les parents accompagnés seraient plus satisfaits et moins anxieux dans leur participation à l'alimentation. Enfin, nous présumons que le livret associé à un accompagnement orthophonique contribuerait plus à réduire la durée de transition alimentaire par comparaison à un accompagnement seul, sans livret.

2. METHODOLOGIE

2.1. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée au total de 42 nouveau-nés prématurés répartis en 2 échantillons : 24 bébés nés en 2017-2018 et 18 bébés nés en 2013-2014 (figure 1).

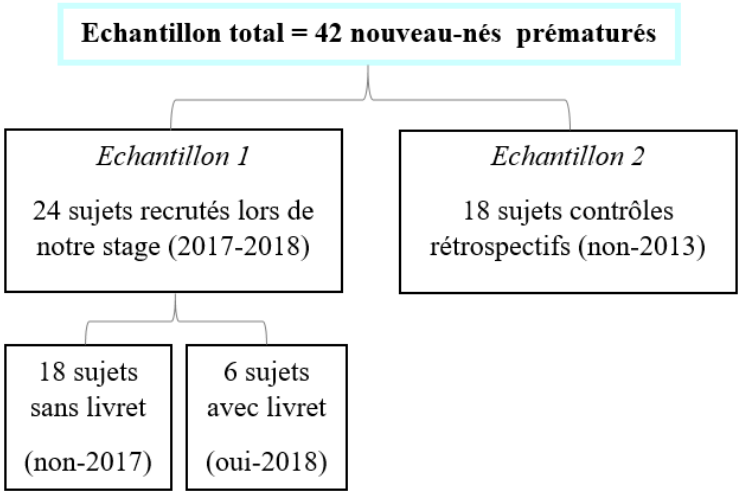

Figure 1. Représentation de la population

Le 1er échantillon concerne des nouveau-nés prématurés nés entre 23+6 et 33+3 SA au CHU de Caen entre septembre 2017 et mars 2018. Sont exclus de l'étude : les nouveau-nés prématurés présentant une affection neurologique grave (hémorragie intra-ventriculaire de grade III et IV, leucomalacie périventriculaire), une malformation de la sphère oro-faciale ou une maladie digestive. Ces pathologies ayant une incidence sur l'accès à l'autonomie alimentaire, les résultats seraient biaisés. Les nouveau-nés recrutés devaient avoir au minimum un jour de vie et 28 semaines d'AC. Avant cet âge les enfants sont peu stables sur le plan ventilatoire et physiologique, la sollicitation de l'oralité n'est alors pas l'objectif prioritaire. Pour la même raison, une intubation en cours ne permettait pas d'intervenir auprès du nouveau-né à ce moment. Nous avons suivi les nouveau-nés prématurés et leurs parents le plus régulièrement possible jusqu'à l'autonomie alimentaire.

Nous avons recrutés au départ 38 nouveau-nés prématurés. Parmi eux, 14 ont été exclus de l'étude à moyen terme pour cause de :

- laparoschisis (N=1)
- cardiopathie (N=1)
- hernie inguinale (N=1)
- complications médicales multiples (N=3)

- décès du nouveau-né (N=1)
- refus des parents suite à un évènement traumatique (N=2)
- absence des parents donc pas d'accompagnement possible (N=2)
- non parvenus à l'autonomie alimentaire avant la fin de notre étude (N=3)

Notre échantillon final est constitué de 24 nouveau-nés dont 14 filles et 10 garçons. Dans cet échantillon, l'accompagnement était renforcé. Cet échantillon est scindé en 2 : un groupe bénéficiant d'un accompagnement sans livret et un groupe avec livret. Le groupe sans livret est constitué de 18 sujets (9 filles et 9 garçons).

Le groupe avec livret est composé de 6 sujets (5 filles et 1 garçon). Douze familles ont reçu un livret mais la moitié a été exclue de l'étude d'après les raisons exprimées ci-dessus. Les caractéristiques de la population sont décrites dans le tableau 1.

Notre 2ème échantillon constituant notre population contrôle regroupe 18 nouveau-nés prématurés recrutés en 2013-2014 par Hamon & Nisole. L'appariement a été réalisé strictement un pour un en respectant la similitude des participants selon 3 critères : le sexe, l'AG et le poids de naissance. La différence de 4 ans dans notre comparaison s'explique par le fait que la dernière étude en néonatalogie au CHU de Caen remonte à 2014-2015. Or les nouveau-nés de cet échantillon ne correspondaient pas suffisamment bien aux critères d'appariement. Nous avons jugé plus cohérent d'apparier nos sujets avec ceux issus d'un seul et même échantillon, soit celui de 2013-2014. Parmi ces 18 sujets nés entre 25+4 et 32+2 SA, 9 sont des filles et 9 des garçons. Les caractéristiques de la population sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 1. Description de l'échantillon 2017-2018 (N=24)

	Moyenne	**Ecart-type**	**Médiane**	**Q1**	**Q3**	**Valeurs extrêmes**
Terme de naissance (SA)	29,18	2,41	29	27,89	31,14	23,86-35,86
Poids de naissance (g)	1154,17	388	1105	877,5	1560	470-1730
Durée d'intubation (j)	2,42	6,74	0	0	0,25	0-29
Durée de VNI (j)	37,42	26,49	29	19	56,5	0-101
Durée d'entérale (j)	55,33	25	48,5	40,75	70	15-121

Tableau 2. Description de l'échantillon rétrospectif 2013-2014 (N=18)

	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	29,10	2,31	28,72	27,57	30,72	25,57-34
Poids de naissance (g)	1128,33	326,47	1020	880	1322,5	700-1800
Durée d'intubation (j)	11,89	14,09	4,5	1	20,25	0-41
Durée de VNI (j)	33,17	21,09	37,5	13	50,75	0-63
Durée d'entérale (j)	62,28	24,38	61	46	83	19-96

2.2. Matériel et méthodes

2.2.1. Création d'un livret à destination des parents

Pour soutenir l'accompagnement parental dans l'oralité de leur nouveau-né, nous avons souhaité créer un livret pour les parents. Il reprend les points essentiels abordés au fur et à mesure des rencontres. Le format livret a été choisi pour son aspect pratique à transporter. Il permet d'être suffisamment détaillé pour évoquer plusieurs notions tout en gardant une mise en page aérée. Nous envisageons ce livret comme un lien entre les parents, leur nouveau-né et l'équipe soignante. Ce livret proposé est associé à des entretiens et vient appuyer le changement de pratiques du service et sa réorganisation.

Cet ouvrage s'intitule « Livret Parentalim - Soins de développement pour accompagner l'alimentation des nouveau-nés hospitalisés ». A terme, le livret a pour but d'être diffusé à tous les parents d'enfants accueillis dans tout le service de néonatalogie du CHU de Caen, service dans lequel certains enfants naissent à terme mais présentent des complications médicales. Par souci de cohérence, le livret illustre à la fois les nouveau-nés hospitalisés et ceux nés prématurément afin de toucher tous les profils. Par ailleurs, un enfant à terme hospitalisé en néonatalogie a tout intérêt à bénéficier d'un accompagnement autour de l'oralité afin d'encourager son développement.

Les notions y figurant ont pour objectif d'être accessibles à un public varié : lecteur ou non, origine française ou étrangère, famille mono- ou bi-parentale, âges confondus, allaitement maternel ou artificiel. Le livret doit faire écho aux situations vécues par les parents pour qu'ils puissent s'y identifier et l'investir au maximum. C'est pourquoi nous avons décidé d'y mettre beaucoup d'illustrations et peu de textes. Les termes sélectionnés

sont simples et parlants. Ce sont ceux que nous utiliserons lors de l'accompagnement. Les textes sont de caractères et polices différents car le livret se lit à 2 voix. D'un côté celle du nouveau-né prenant la place du personnage principal, invite les parents à découvrir cette histoire. D'un autre, celle d'un narrateur externe retraçant explicitement la notion clé de la double page. Les textes ont été discutés lors de réunions en néonatalogie avec Anne-Sophie Trentesaux, chef de service ; Valérie Datin-Dorrière, pédiatre ; Christel Blaison, orthophoniste et Maryse Delaunay El-Allam, MCU en psychologie.

Les graphismes sont des dessins réalisés à partir de photos par Anne Lacherez, infographe. Selon les illustrations souhaitées, nous avons pris les photos dans le service avec accord écrit des parents. Des aquarelles épurées aux couleurs pastel étaient envisagés pour apporter clarté et douceur.

Le livret Parentalim aborde les échanges entre le nouveau-né et ses parents, la sensorialité, les états et réactions comportementales, l'alimentation (dont la succion, les SOF et la transition alimentaire). Pour le groupe en bénéficiant, le livret était remis aux familles à la fin de notre 1ère séance d'accompagnement. Nous l'avons feuilleté rapidement avec elles pour retracer les grands domaines y figurant, avant de le leur laisser. Le livret pouvait être repris aux entretiens suivants au besoin des parents, pour éclaircir ou illustrer certains points. L'élaboration du livret nous a servi à penser notre discours lors de l'accompagnement. Dès le début de chaque suivi, nous avons évoqué l'aspect progressif et individualisé de l'oralité pour instaurer une continuité. L'intérêt du livret a été évalué par un questionnaire de satisfaction parentale de 6 items que nous avons élaboré.

Le livret était finalisé en septembre 2017 pour le début de notre stage. Cependant, les démarches administratives engagées pour obtenir les droits de protection juridique ont pris du temps. Nous n'avons pu le diffuser qu'à partir de février 2018. La difficulté était alors le peu de temps qu'il nous restait pour former le groupe de familles accompagnées avec livret.

2.2.2. Les SOF

Les SOF ont été intégrées dans le service en 2010 sous l'impulsion de Christel Blaison et Monique Haddad, orthophonistes. Depuis, ce protocole évolue en fonction des réflexions au sein du service. Frette & Le Crom (2013), Hamon & Nisole (2014), Csopaki & Douillet-Nury (2015) ont travaillé sur l'intérêt de ce protocole auprès des nouveau-nés prématurés. Elles ont apporté des modifications et ont permis que les SOF soient intégrées à une pratique de soins quotidienne. Nous avons repris leurs travaux et avons simplifié les gestes. Certains

parents éprouvaient des difficultés à retenir l'ordre ou le sens d'un geste. Désormais chaque geste consiste en un seul appui franc. Ces appuis permettent une sollicitation autant satisfaisante qu'avant car la réaction du nouveau-né est similaire. Les SOF sont devenues plus faciles à mémoriser pour les parents. Cette année, nous sommes intervenues le moins possible physiquement : le but était d'accompagner les parents à faire auprès de leur bébé. Ainsi les gestes leur étaient expliqués oralement au fur et à mesure qu'ils les réalisaient. L'observation et l'interprétation des réactions du bébé par les parents étaient indispensables pour commencer les SOF. L'accompagnement diffère là encore cette année : les SOF n'ont jamais été réalisées lors de la 1ère rencontre. Elles s'inscrivent dans un processus d'éveil de l'oralité. Elles sont une aide à un moment précis de la progression alimentaire du nouveau-né. Les SOF sont temporaires puisqu'elles seront abandonnées dès lors que le nouveau-né prendra des quantités suffisantes par la bouche.

La séquence de SOF a été assouplie pour devenir un outil modulable. Les termes de « séquence » et « protocole » ont été délaissés au profit de « SOF » ou « gestes autour de la bouche » uniquement. Les parents doivent comprendre l'intérêt des gestes afin de pouvoir les utiliser adéquatement. L'idée étant d'assurer une continuité, l'adaptation des parents face à leur enfant prime sur l'application stricte d'un protocole. Un parent à l'aise dans la proposition des gestes sera plus à même de repérer les signaux de son bébé et de prendre plaisir dans ce moment. Dans ce sens, le terme de « stimulations » est remplacé par « sollicitations » afin de conserver la dimension de proposition plaisante. Les notions d'imprégnation, de compréhension et d'application des gestes à propos sont essentielles.

Les parents ont pu faire les SOF dans la couveuse ou en face à face sur les genoux si s'ensuivait un peau à peau, une mise au sein ou un biberon. Les SOF sont proposées quand le nouveau-né est en éveil calme, disponible et confortable, selon 2 paramètres temporels :

- juste après un soin pour ne pas créer de lien avec des évènements douloureux.
- avant ou dans les 15 premières minutes de l'alimentation entérale pour associer ces gestes au repas.

Le nouveau-né peut ainsi faire le lien entre des sollicitations positives autour de la bouche et l'alimentation. Au moindre signe de retrait (désaturation, mauvaise coloration, signes de fatigue, apposition d'une main, visage crispé…) les SOF sont arrêtées pour éviter toute dystimulation. Lors des SOF, le parent parle à son enfant pour le prévenir, le rassurer, l'encourager et commenter ses réactions. La voix entretient par ailleurs une richesse sensorielle. Les temps de latence nécessaires aux réponses du bébé sont à respecter. Les SOF

sont des propositions permettant au bébé d'être acteur donc de décider ou de refuser la sollicitation. C'est au parent de s'accorder face aux ressentis observés. Les pré-requis aux SOF concernant l'observation du bébé sont par conséquent nécessaires. C'est l'objet du début de notre accompagnement avec les parents.

Lors des SOF, le parent prend d'abord contact avec son bébé grâce à un appui sur sa tête et sous ses pieds. Il propose son doigt dans la main du bébé puis la portera à sa bouche. Nous cherchons ici à inciter le nouveau-né à explorer sa sphère oro-faciale suite à l'agrippement du doigt. Un appui au milieu de chaque joue est proposé ainsi qu'un sous chaque narine. Nous tenons à observer ses réactions à des conduites similaires aux réflexes d'orientation à la nourriture : le fouissement pour l'orientation de la tête et les points cardinaux pour l'ouverture de bouche. Pour finir, le parent propose une SNN avec la tétine allant de l'oreille à la commissure labiale. Le bébé s'en saisit s'il a envie. Cette SNN peut être suivie par une SN avec des propositions de lait par la bouche : seringue, paille, tasse, sein ou biberon. Ces gestes se veulent courts et facilement reproductibles pour que les parents puissent s'en saisir rapidement et les proposer autant que possible à leur bébé.

2.2.3. Accompagnement parental renforcé

Nous avons eu à cœur que les parents soient les principaux acteurs de l'oralité de leur enfant. Contrairement à l'étude précédente, nous sommes intervenues uniquement en leur présence. Dès la 1ère rencontre, ils ont été incités à se positionner comme réels partenaires de soins autour de l'oralité. Nous leur avons apporté un soutien le plus régulier possible, de semaines en semaines. Nous reprenions ensemble l'évolution de leur bébé, leurs questions, leur cheminement. Nous adaptions notre prise en charge au rythme de chaque famille pour amener de nouveaux éléments. Nous nous attardions sur l'oralité de façon globale et non uniquement sur les SOF : échanges, sensorialité, succion, allaitement. N'étant présentes que 2 jours par semaine, les puériculteurs sollicitaient également les parents de notre étude en regard des propositions discutées.

Quels que soient les groupes réalisés, la procédure d'accompagnement était standardisée (figure 2). Le groupe ayant le livret bénéficiait en plus d'un médiateur renforçant nos échanges.

2.2.4. Grilles de suivi et évaluations

A la 1ère rencontre les parents recevaient une fiche de suivi : ils devaient y noter le nombre de propositions de tétine et de SOF qu'ils effectuaient dans la semaine.

Nous avons créé 2 questionnaires pour évaluer la satisfaction parentale : 6 items concernant l'accompagnement et 6 items en lien avec le livret. Pour ces questionnaires de ressentis parentaux nous nous sommes appuyées sur les échelles de Lickert. Les questions sont fermées, les données mesurées sont nominales. Nous avons utilisé le questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'anxiété-état, STAI (Spielberger, 1993), afin de recueillir l'état émotionnel des parents sur le moment. Ces questionnaires ont été proposés à 2 reprises.

2.3 Déroulement de l'étude

2.3.1. Appropriation du service en lien avec l'équipe soignante

Christel Blaison, orthophoniste en pédiatrie et néonatalogie, nous a fait découvrir le service en septembre 2016. Entre janvier et avril 2017 elle nous a formées à l'observation du nouveau-né prématuré, aux SOF et à l'accompagnement parental. Nous nous sommes ainsi familiarisées avec l'univers de la néonatalogie afin d'être suffisamment autonomes pour le début de notre stage en septembre 2017. S'intégrer dans le service et prendre ses repères a sûrement été le plus difficile car les équipes regroupent de grands effectifs. Le passage aux 12h de travail pour les infirmiers puériculteurs en février 2018 nous a paru plus confortable car nous avions affaire aux mêmes soignants toute la journée. Le lancement du livret a débuté au même moment que la réorganisation du service ce qui a amené une nouvelle dynamique autour de l'oralité. Nous avons présenté le livret et les modifications des SOF aux médecins lors d'un staff mais les réunions que nous avions prévues pour les puériculteurs n'ont pas pu avoir lieu. Dès que l'occasion se présentait dans l'équipe, nous avons divulgué ces informations de façon informelle et pris le temps d'échanger.

Suite à la modification des gestes des SOF, nous avons refait les aide-mémoire. Toutes les fiches à disposition dans le service ont été remplacées. Les aide-mémoires pour les parents sont désormais affichés dans chaque chambre. Les fiches pour les soignants sont plus concises et apportent des informations sur la manière d'aborder les SOF. Elles font partie d'un document que nous avons constitué, récapitulant des situations d'oralité posant régulièrement question aux équipes (fentes faciales, hypotonie, geste d'aide à la succion…). Ce document est à disposition dans les 3 services de néonatalogie : réanimation, soins intensifs, pré-sortants.

2.3.2. Déroulement de la procédure d'accompagnement parental

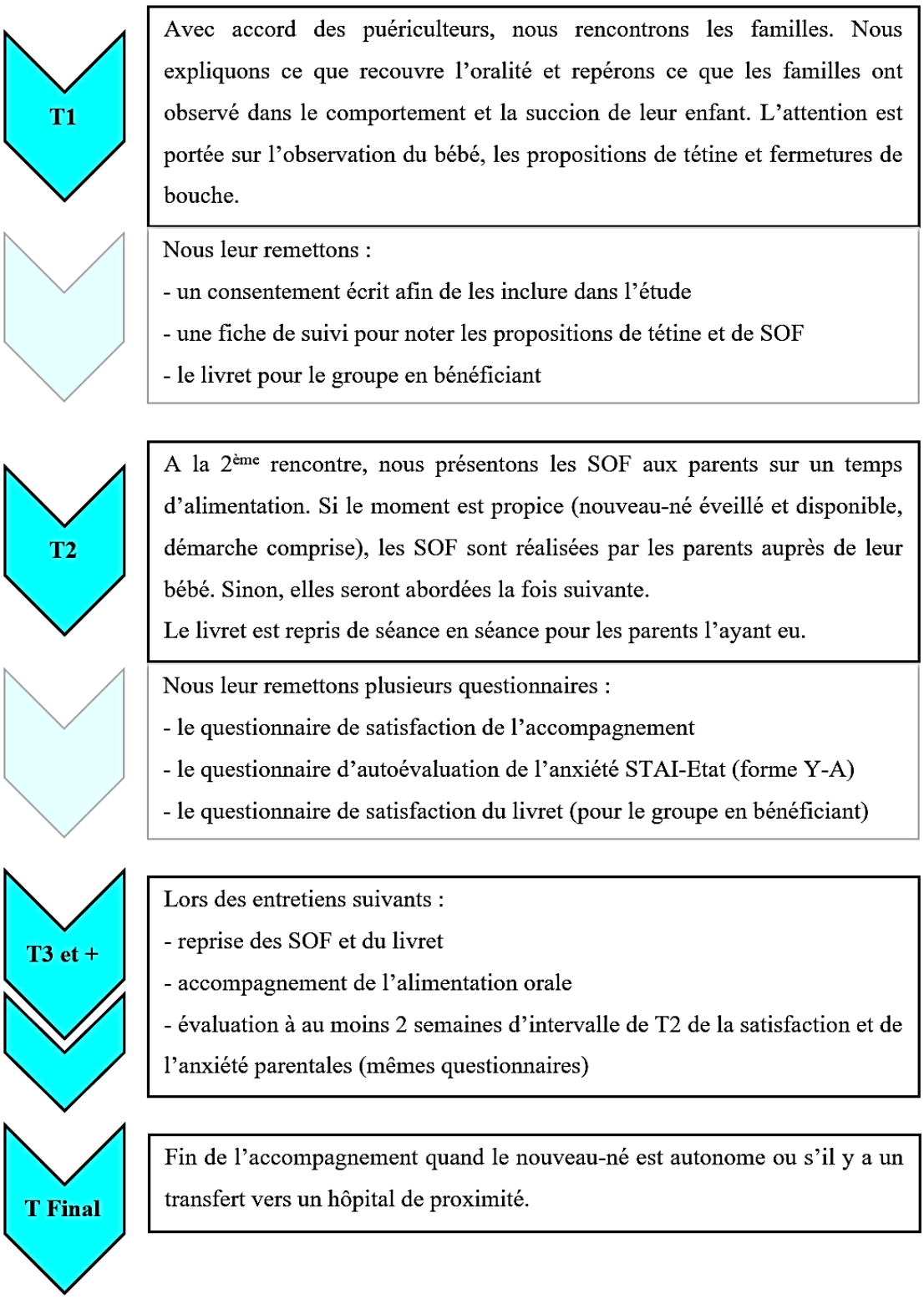

Figure 2. Déroulement de la procédure d'accompagnement parental

2.4. Analyse statistique

A l'aide de nos échantillons indépendants nous réalisons 2 analyses inter-groupes pour lesquelles nous utilisons des tests non paramétriques. En effet, chaque groupe comprend moins de 30 sujets et les distributions des réponses ne suivent pas la loi normale.

1) Notre hypothèse principale suppose un impact positif d'un accompagnement parental renforcé sur la durée de transition d'une alimentation entérale à une alimentation orale autonome. Ainsi, nous nous attendons à ce que les durées de transition alimentaire et d'hospitalisation du groupe de 18 familles sans livret de 2017-2018 (non-2017) soient significativement inférieures à celles mesurées chez le groupe de sujets rétrospectifs de 2013-2014 (non-2013), appariées 1 à 1 selon les variables de sexe, d'AG et de poids de naissance. Nous avons utilisé un test U de Mann-Whitney afin d'objectiver une différence entre la pratique actuelle et antérieure.

2) Pour tester notre seconde hypothèse stipulant que le livret contribuerait à réduire la durée de transition alimentaire, nous avons comparé les durées d'hospitalisation et de transition alimentaire du groupe sans livret (non-2017) et du groupe avec livret (oui-2018). Respectivement, ils sont constitués de 18 et 6 sujets. Nous avons donc apparié les sujets avec livret 1 à 1 avec ceux sans livret selon le sexe, l'AG et le poids de naissance et ainsi conservé seulement 6 sujets non-2017. Nous avons utilisé un test U de Mann-Whitney afin de noter un éventuel effet bénéfique du livret en considération d'un accompagnement identique entre les 2 groupes. La comparaison est restreinte mais l'enjeu est de taille. Nous tiendrons surtout compte de l'analyse descriptive au vu de la taille de l'échantillon.

Nous réalisons une 3ème analyse statistique concernant notre dernière hypothèse selon laquelle les parents accompagnés se sentiraient plus satisfaits et moins anxieux dans leur participation aux soins alimentaires. L'ensemble des données de notre échantillon 2017-2018 (N=24) est réuni. Grâce à des corrélations de Spearman, nous avons analysé leurs réponses aux différents questionnaires de satisfaction en fonction de nos variables dépendantes (durées d'hospitalisation et de transition alimentaire, niveau d'anxiété), du nombre d'entretiens et des autres items.

Nous avons apparié nos sujets entre eux afin de révéler l'influence de l'accompagnement renforcé et du livret sur les variables dépendantes.

Les variables dépendantes sont :

- la durée de transition (en jours)
- la durée d'hospitalisation (en jours)
- le niveau d'anxiété parentale (score)
- le niveau de satisfaction parentale (prévalence)

Les variables indépendantes concernent :

- le terme de naissance (en SA)
- le poids de naissance (en grammes)
- la durée d'intubation (en jours)
- la durée de VNI (en jours)
- la durée d'alimentation entérale (en jours)
- le nombre d'entretiens pour corrélations de Spearman avec réponses au questionnaire

3. RESULTATS

3.1 Effet de l'accompagnement parental renforcé

Dix-huit nouveau-nés de notre échantillon 2017-2018 (non-2017) sont comparés à ceux de 2013-2014 (non-2013). Les non-2017 présentent une durée d'intubation médiane de 0 jours (valeurs extrêmes : 0-29 j), plus courte que les non-2013 (médiane : 4,5 ; valeurs extrêmes : 0-41 j). La moitié de l'échantillon reste sous aide ventilatoire pendant 47 jours pour médiane (valeurs extrêmes : 0-101 j) contrairement à 37 jours (valeurs extrêmes : 0-63 j) pour les enfants de 2013-2014. L'alimentation entérale dure 59 jours (valeurs extrêmes : 16-121 j) et est proche de celle des non-2013 (médiane : 61 ; valeurs extrêmes : 19-96 j). Leur durée de transition s'étale sur 31 jours (valeurs extrêmes : 13-79 j), plus courte que chez les bébés contrôles (médiane : 39 ; valeurs extrêmes 15-66 j). Ils sont hospitalisés pendant 58 jours (valeurs extrêmes : 25-112 j). Les non-2013 ont un résultat similaire (médiane : 59 ; valeurs extrêmes : 19-99 j). La description des échantillons est présentée dans les tableaux 3 et 4.

Tableau 3. Description de l'échantillon non-2017 (N=18)

	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	28,7	2,29	28,71	27,68	29,39	23,86-33,43
Poids de naissance (g)	1112,22	358,45	1105	852,5	1432,5	470-1710
Durée d'intubation (j)	3,22	7,66	0	0	1	0-29
Durée de VNI (j)	42,06	26,41	47	25,5	57,5	0-101
Durée entérale (j)	59,94	25,96	59,5	45,25	73	16-121
Durée de transition (j)	33,33	14,97	31,5	22,25	37,75	13-79
Durée d'hospitalisation (j)	60,44	21,89	58,5	52	63,75	25-112

Tableau 4. Description de l'échantillon non-2013 (N=18)

	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	29,1	2,31	28,72	27,57	30,72	25,57-34
Poids de naissance (g)	1128,33	326,47	1020	880	1322,5	700-1800
Durée d'intubation (j)	11,89	14,09	4,5	1	20,25	0-41
Durée de VNI (j)	33,17	21,09	37,5	13	50,75	0-63
Durée entérale (j)	62,28	24,38	61	46	83	19-96
Durée de transition (j)	40,39	16,09	39,5	28,75	48,5	15-66
Durée d'hospitalisation (j)	60,82	25,13	59	48	77	19-99

Le test U de Mann-Whitney met en évidence une différence significative de la durée d'intubation entre le groupe non-2017 et le groupe non-2013 ($U= 109$; $Z= -2,54$; $p<0.01$). La figure 3 représente les valeurs médianes et interquartiles. Les autres variables dépendantes comparées n'apparaissent pas significativement différentes entre les 2 groupes.

Les résultats montrent que l'accompagnement parental renforcé effectué auprès des 18 bébés du groupe non-2017 n'a pas d'impact significatif sur la durée de transition alimentaire par rapport au groupe contrôle. Néanmoins, le résultat de la durée de transition est intéressant à relever. Il montre une différence de médiane correspondant à un gain de 8 jours pour le groupe non-2017 ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé en regard des sujets rétrospectifs.

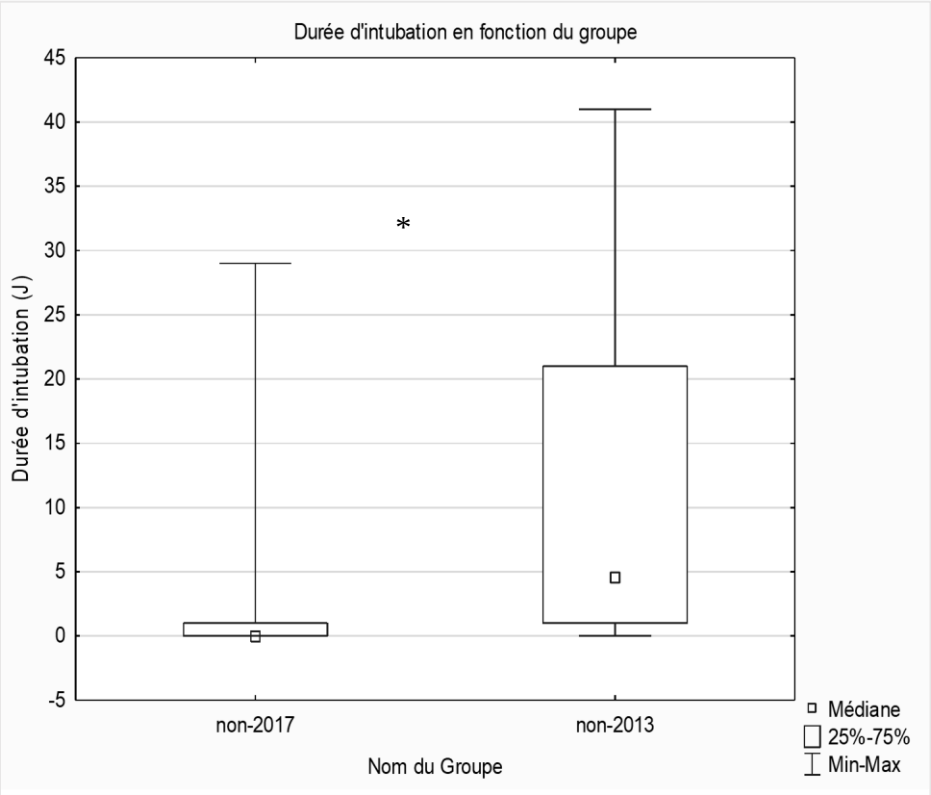

Figure 3. Durée d'intubation en fonction du groupe d'accompagnement (accompagnement renforcé pour les non-2017, ou non pour les non-2013)

3.2 Influence du livret Parentalim

Dans notre échantillon 2017-2018, 2 groupes ont été comparés : 6 sujets avec livret (oui-2018) et 6 autres sans livret (non-2017) après appariement selon plusieurs critères. L'analyse descriptive montre que la durée d'intubation médiane est de 0 jour pour les 2 groupes (valeurs extrêmes : 0-0 j pour les oui-2018 ; 0-17 j pour les non-2017). La durée de VNI est similaire entre les oui-2018 (médiane : 18 jours ; valeurs extrêmes : 2-68 j) et les non-2017 (médiane : 16 jours ; valeurs extrêmes : 0-69 j). Le groupe avec livret présente une durée d'alimentation entérale plus longue (médiane : 42 jours ; valeurs extrêmes : 15-67 j)

comparé au groupe sans livret (médiane : 33 jours ; valeurs extrêmes : 16-101 j). La durée de transition est légèrement plus élevée dans le groupe oui-2018 (médiane : 24 jours ; valeurs extrêmes : 12-30 j) contrairement aux sujets contrôles (médiane : 22 jours ; valeurs extrêmes : 13-53 j). Le gradient s'inverse quant à la durée d'hospitalisation : le groupe avec livret est hospitalisé 34 jours (valeurs extrêmes : 16-77 j) alors que ceux n'ayant pas eu de livret restent à l'hôpital 38 jours (valeurs extrêmes : 25-94 j). La description de ces 2 échantillons apparaît dans le tableau 5.

Tableau 5. Description des échantillons en fonction de la remise du livret Parentalim

		Moyenne	Ecart-type	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	oui-2018	30,59	2,38	31,14	30,29	31,14	26,43-33,71
	non-2017	30,45	2,68	31	29,53	32,03	25,86-33,43
Poids de naissance (g)	oui-2018	1280	479,92	1345	1015	1690	550-1730
	non-2017	1330	463,25	1515	1230	1605	470-1710
Durée intubation (j)	oui-2018	0	0	0	0	0	0
	non-2017	2,83	6,94	0	0	0	0-17
Durée de VNI (j)	oui-2018	23,5	23,36	18	10,75	24,5	2-68
	non-2017	22,17	25,87	16,5	3,5	28	0-69
Durée entérale (j)	oui-2018	41,5	16,69	42	38,25	45	15-67
	non-2017	43,33	29,74	33,5	31,5	42,25	16-101
Durée de transition (j)	oui-2018	22,5	7,56	24	17	28,75	12-30
	non-2017	27,67	14,29	22	21	32	13-53
Durée hospitalisation (j)	oui-2018	38,83	20,3	34	33	38	16-77
	non-2017	46,83	24,82	38	34	49,5	25-94

Au vu de l'échantillon restreint, le test U de Mann-Whitney ne permet pas d'objectiver une différence significative. Cependant, une différence de médiane concernant la durée d'hospitalisation est à noter. Le groupe ayant bénéficié du livret gagne 4 jours de congé hospitalier par rapport au groupe contrôle.

3.3 Niveaux de la satisfaction parentale et de l'anxiété

3.3.1 Mesure de l'anxiété parentale

L'anxiété parentale a été mesurée à partir de l'échelle STAI-Etat de Spielberger (1993). Chaque réponse se rapporte à un score de 1 à 4, la valeur 1 correspondant au degré d'anxiété le plus faible pour les items non inversés et au degré le plus haut pour les items inversés. Le score total est interprété selon 5 niveaux d'anxiété : >65 (très élevée), 56 à 65 (élevée), 46 à 55 (moyen), 36 à 45 (faible), <35 (très faible). Les résultats concernent uniquement le 1er temps d'évaluation car peu de questionnaires au 2ème temps ont été recueillis.

Les résultats descriptifs exposés dans le tableau 6 montrent que le niveau d'anxiété parentale médiane est de 52 (valeurs extrêmes : 48-56). Les parents de notre échantillon 2017-2018 se situent alors dans la zone d'anxiété modérée par rapport à la norme, au moment où ils ont rempli le questionnaire. Il n'est pas possible de comparer ses résultats à ceux du groupe rétrospectif car ce questionnaire n'était pas remis auparavant. Les parents de notre étude relèvent d'un niveau d'anxiété modéré.

Tableau 6. Niveau d'anxiété parentale du groupe 2017-2018 (N=24)

	Moyenne	**Ecart-type**	**Médiane**	**Q1**	**Q3**	**Valeurs extrêmes**
Niveau anxiété parentale (score)	51,78	2,18	52	50	53,75	48-56

3.3.2 Evaluation de la satisfaction parentale lors de l'accompagnement

Sur l'ensemble de la population 2017-2018 (N=24), 21 réponses au questionnaire de satisfaction parentale ciblant l'accompagnement ont été comptabilisées (voir tableau 7, annexe 1). Globalement, les parents se sont montrés à l'aise pour proposer les SOF à leur nouveau-né et ont été satisfaits de l'accompagnement mené auprès d'eux. La majorité des parents ont proposé la tétine avec aisance, seulement 2 familles ont manifesté une réponse négative. D'après nos analyses subjectives, les parents proposent la tétine plus d'une fois par jour et les SOF environ 1 fois par jour. Toutes les familles sauf une expriment qu'elles ont réussi à observer et interpréter les réactions de leur bébé et qu'elles ont pris plaisir dans l'accompagnement autour des soins alimentaires. La plupart des parents affirment qu'ils sont peu voire non stressés dans l'accompagnement de l'alimentation de leur nouveau-né.

Le questionnaire de satisfaction parentale de l'accompagnement ayant été créé cette année, nous avons utilisé une corrélation de Spearman afin de considérer le degré de relation avec chaque variable dépendante (durée d'hospitalisation, durée de transition, niveau d'anxiété) et du nombre d'entretiens. Le questionnaire comprend 6 items dont 1 est en cotation inversée (celui du « non stress lors de l'accompagnement »). Les réponses sous forme de données nominales sont cotées de 1 à 4, le score 1 correspondant au niveau de satisfaction le plus élevé.

Le tableau 8 renseigne les coefficients de corrélation Rho de Spearman. Les données en rouge dans le tableau correspondent aux corrélations significatives où $p<0.05$.

Tableau 8. Coefficient de corrélation Rho de Spearman entre items de satisfaction parentale, variables dépendantes et nombre d'entretiens (N=24)

Variables	Durée hospit (J)	Duree-transition	Anxiété-E	nbre-entretiens	Q1-Aise SOF	Q2-Aise tetine	Q3-Obs-react	Q4-plaisir accomp	Q5-non stress-acc	Q6-satisf-accomp
Durée hospit (J)	1,00	0,64	-0,36	0,47	-0,14	0,15	0,06	0,28	0,28	0,14
Duree-transition	0,64	1,00	-0,02	0,40	-0,24	0,36	0,10	0,32	0,45	0,04
Anxiété-E	-0,36	-0,02	1,00	-0,43	-0,34	0,13	-0,46	-0,50	-0,05	-0,11
nbre-entretiens	0,47	0,40	-0,43	1,00	0,14	-0,24	0,27	0,41	0,21	0,19
Q1-Aise SOF	-0,14	-0,24	-0,34	0,14	1,00	0,01	0,30	0,00	0,10	-0,17
Q2-Aise tetine	0,15	0,36	0,13	-0,24	0,01	1,00	-0,15	0,16	0,50	0,01
Q3-Obs-react	0,06	0,10	-0,46	0,27	0,30	-0,15	1,00	0,45	0,13	0,20
Q4-plaisir accomp	0,28	0,32	-0,50	0,41	0,00	0,16	0,45	1,00	0,37	0,25
Q5- non stress-acc	0,28	0,45	-0,05	0,21	0,10	0,50	0,13	0,37	1,00	0,49
Q6-satisf-accomp	0,14	0,04	-0,11	0,19	-0,17	0,01	0,20	0,25	0,49	1,00

Les résultats montrent que la durée de transition est corrélée significativement et positivement au non-stress des parents quand ils accompagnent leur bébé dans les soins alimentaires (r=0,45). Ainsi, plus la durée de transition est longue et plus les parents sont stressés.

Le nombre d'entretiens est corrélé négativement et de façon significative à l'anxiété : plus il y a d'entretiens et moins les parents sont anxieux (r= -0.43).

Les résultats montrent des corrélations significatives positives entre la durée d'hospitalisation, la durée de transition et le nombre d'entretiens. Plus la durée d'hospitalisation est importante, plus la durée de transition l'est aussi (r=0,64 ; voir figure 4, annexe 2) et plus il y a d'entretiens (r=0,47).

Les analyses montrent que l'observation des parents et leur compréhension aux réactions de leur bébé est corrélée significativement et positivement avec le plaisir qu'ils

prennent dans l'accompagnement des soins alimentaires (r= 0,45). Dès lors, plus les parents arrivent à observer et comprendre leur bébé, plus ils prennent de plaisir. Cette observation est corrélée négativement au niveau d'anxiété, c'est-à-dire que mieux les parents observent et comprennent leur bébé, moins ils sont anxieux (r= -0,46).

Le plaisir pris par les parents dans l'accompagnement des soins alimentaires de leur enfant est corrélé négativement et de manière significative au niveau d'anxiété (r= -0,50). Plus ils prennent plaisir et moins ils sont anxieux.

La variable du non-stress éprouvé par les parents dans l'accompagnement de l'alimentation auprès de leur bébé est corrélée de façon significative et positive dans l'aisance à proposer la tétine au moment du repas (r=0,50) et à la satisfaction de l'accompagnement proposé (r=0,49). Ainsi, moins les parents sont stressés et plus ils sont à l'aise à proposer la tétine. Moins ils sont stressés et plus ils sont satisfaits de l'accompagnement que nous menons auprès d'eux.

Les résultats ne montrent pas de corrélation significative pour la question relevant de l'aisance des parents à proposer les SOF à leur bébé. Cet item n'est pas suffisamment lié aux autres.

3.3.2 Evaluation de la satisfaction parentale concernant le livret Parentalim

Parmi les 6 familles retenues dans le groupe avec livret, tous les parents ont répondu au questionnaire de satisfaction du livret. Leurs réponses sont représentées dans le tableau 9 (voir annexe 1). Le livret a plutôt été bien perçu par les parents sauf pour une famille. Toutes les familles sauf une ont consulté régulièrement le livret. Toutes le trouvent clair et réussissent à se l'approprier. Dans l'ensemble le livret a répondu aux questions des parents et les ont aidés à s'impliquer dans les soins alimentaires. L'échantillon étant peu représentatif du fait de sa taille, aucune analyse statistique inférentielle n'a été menée.

DISCUSSION

L'objectif de notre mémoire était d'évaluer l'effet d'un accompagnement parental renforcé autour de l'oralité du nouveau-né prématuré sur la durée de transition alimentaire, la durée d'hospitalisation, ainsi que sur les niveaux d'anxiété et de satisfaction parentale. A partir des mêmes variables, le second objectif était d'évaluer l'impact du livret que nous avons créé. De septembre 2017 à avril 2018, 24 nouveau-nés prématurés de 23+6 à 33+3 AG et leurs parents ont été inclus dans l'étude et accompagnés. Notre échantillon de 24 nouveau-nés a bénéficié d'un nombre médian de 4 entretiens lors de l'accompagnement (valeurs extrêmes : 2-9). En 2013-2014 l'accompagnement auprès des parents n'excédait pas 2 rencontres.

1. Réflexions sur l'accompagnement parental renforcé

Nous avons formulé l'hypothèse que les nouveau-nés de parents ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé auraient une durée de transition alimentaire plus courte que le groupe contrôle. L'hypothèse n'est pas confortée par les résultats car nous n'avons pas noté de différence significative en fonction de la fréquence d'accompagnement. Néanmoins, la différence de médianes révèle un gain de 8 jours en faveur du groupe accompagné régulièrement (non-2017) par rapport à l'effectif de 2013-2014. Nous pouvons supposer une amorce de l'impact de l'accompagnement.

Les durées d'alimentation entérale et d'hospitalisation sont similaires entre les 2 groupes avec une légère diminution des médianes en faveur du groupe accompagné. Nous voyons que l'écart se creuse pour le groupe non-2017 entre une durée de transition alimentaire raccourcie et une durée d'hospitalisation identique. Cela suggère une sortie moins précoce des nouveau-nés une fois qu'ils sont autonomes. Le fait que la durée de transition diminue pour le groupe non-2017 mais que la durée d'alimentation entérale ne fluctue pas sous-entend un accès plus rapide à l'autonomie alimentaire. Cependant, cela évoque soit une transition qui débuterait plus tard avec un délai d'initiation allongé (entre les 1ères gouttes de lait et le début de la transition), soit une 1ère proposition de gouttes de lait plus tardive. Nous avons veillé à proposer dès que possible des gouttes de lait couplées aux SOF (Csopaki & Douillet-Nury, 2015). Nous sommes intervenues pour la 1ère fois aux environs de 32 semaines d'AC (valeurs extrêmes : 28-38) et vers 14,5 jours de vie (valeurs extrêmes : 2-50). Les SOF étant réalisées au mieux lors du 2ème entretien, peut-être serait-il

préférable d'intervenir encore plus tôt. Or nous intervenons avec accord des puériculteurs, ce qui correspond en général au moment où le nouveau-né est suffisamment stable sur le plan ventilatoire. Comme le soulignent Bruwier *et al.*(2014), le début d'une alimentation active repose sur l'expérience des soignants et l'observation du bébé. La démarche est alors individuelle, ce qui justifie nos écarts d'âge lors de notre intervention.

Les résultats suggèrent une diminution significative du temps d'intubation en faveur du groupe non-2017 comparé au groupe non-2013. En parallèle, la durée de VNI est allongée de 10 jours pour le groupe non-2017. Cela est cohérent avec la baisse du temps d'intubation et signe un changement de pratiques du service de néonatalogie. L'allongement du temps de VNI serait intéressant à mettre en lien avec les durées d'alimentation entérale, de transition alimentaire et d'hospitalisation. Comme l'avancent Pfister *et al.*(2008), la durée de VNI retentit négativement sur la durée de transition alimentaire et donc d'hospitalisation. Ceci expliquerait la stagnation des résultats entre nos groupes. Pourtant, ces mêmes auteurs affirment qu'une intervention de stimulation de l'oralité contrecarre cet effet négatif. Nous pourrions prétendre à une limitation de cet effet : l'augmentation de la durée de VNI entre 2013 et aujourd'hui ne montre pas d'incidence négative sur la durée d'hospitalisation. De plus, elle n'empêche pas de réduire la durée de transition alimentaire puisqu'un gain de 8 jours a été observé. Les nouveau-nés prématurés ont besoin d'assistance ventilatoire mais la VNI procure une aide moins délétère que l'intubation.

La procédure d'accompagnement parental est nouvelle cette année. Toutes les actions auprès du bébé ont été soutenues par notre accompagnement mais réalisées uniquement par les parents. De fait, certains parents sont moins présents que d'autres ou le sont en dehors des moments de repas. Les occurrences de proposition de la tétine ou les SOF ne sont alors pas toujours optimisées selon les situations. Cela a pu constituer un frein dans la progression alimentaire de certains nouveau-nés. De même que notre intervention dépendait de la présence des parents. Nous avons pu avancer plus rapidement avec certaines familles que d'autres.

Qualitativement, plusieurs parents se sont interrogés sur l'intérêt des propositions de tétine en regard de la réussite de l'allaitement ou d'un choix éducatif. Suite à nos échanges, tous ont fini par accepter de proposer la tétine sur un temps de repas et en commentaient les évolutions lors des accompagnements ultérieurs. La tétine a rapidement été assimilée à une pratique courante par les parents qui la proposaient régulièrement. C'est un outil

« facilement administrable » (Barlow *et al.,* 2008). Certains avaient tendance à conserver ce fonctionnement alors qu'il était destiné à évoluer vers les SOF. Il était alors plus compliqué d'argumenter le rôle des SOF, parmi lesquelles se retrouve la tétine. Globalement les parents ont été réceptifs aux SOF et ont repris les gestes eux-mêmes, en dehors de notre présence. Ils ont été autonomes très vite. N'intervenir qu'au second entretien auprès du bébé leur laisse le temps de se préparer et de cerner le rôle qu'ils peuvent avoir pour les soins de développement de leur bébé et autour de l'oralité. L'accompagnement est davantage progressif : les différentes étapes sont abordées et franchies en temps voulu. Ils peuvent ainsi prendre du recul et faire émerger des questionnements. La 1ère rencontre ayant lieu en dehors du temps de soins permet de prendre le temps nécessaire pour échanger et observer le nouveau-né.

Malgré l'implication des parents dans les propositions de tétine lors de l'alimentation entérale, les résultats de l'échantillon 2017-2018 ne suggèrent pas d'effet significatif ni sur la durée de transition ni sur la durée d'hospitalisation. Ils vont à l'encontre de l'affirmation de Fischer *et al.*(2013) concernant une réduction de 7 jours d'hospitalisation grâce à la SNN. Ce résultat est à temporiser avec le fait que la SNN n'est pas prédictive de la SN mais peut y contribuer (Lau, 2016).

Les familles ayant déclaré ne pas être à l'aise avec les propositions de tétine dans notre questionnaire étaient des familles pour qui la tétine allait à l'encontre de la réussite de l'allaitement. Malgré nos échanges, elles sont restées plus ou moins sceptiques à l'idée que la tétine ne compromet pas l'allaitement maternel. Elles ne se sont pas réellement approprié la tétine même si elles étaient d'accord pour la proposer un minimum.

Comme l'avaient pensé Hamon & Nisole (2014), la souplesse du protocole a pu être mise en avant cette année. Les nouveaux gestes des SOF ont bien été maîtrisés par les parents. Qualitativement nous avons noté que les parents se sentant concernés par les SOF les réalisaient régulièrement. Néanmoins, cela n'a pas impacté significativement la durée de transition alimentaire ni celle d'hospitalisation par rapport à 2013-2014. Le recueil du nombre de SOF manquant de fiabilité, nous ne pouvons savoir si les nouveau-nés de cette année ont été sollicités par les parents autant de fois que pouvaient l'être ceux de 2013-2014 par les parents et les soignants.

Certains parents ont rapporté qu'au fur et à mesure des SOF, leur nouveau-né était en état d'alerte voire en demande avant l'heure d'alimentation, comme si un rythme s'était instauré. Cette observation rejoint celle de l'organisation comportementale de Medoff-

Cooper *et al*. (2015). Par ailleurs, une intervention orale exclusive permettrait un accès plus rapide au pattern de succion (Fucile *et al.,* 2012). Nous pouvons suggérer un lien avec la moitié de notre échantillon 2017-2018 chez qui il semble que la durée de transition soit réduite de 8 jours par rapport à l'échantillon de 2013-2014. Peut-être que l'accompagnement que nous menons ciblant l'oralité de façon globale incite les parents à intervenir plus précocement et régulièrement auprès de leur bébé. La succion serait par conséquent plus sollicitée.

Les fiches de suivi concernant la notation des propositions de tétine et de SOF par les parents n'ont pas été fructueuses. Certains parents expriment ne pas y penser, ne pas en faire une priorité voire le vivre comme une contrainte. Pourtant, les entretiens pouvaient conclure à un investissement important des parents autour de l'oralité. Ces fiches n'étant pas représentatives, nous avons préféré ne pas comptabiliser le nombre de propositions. Selon les apports des parents et des puériculteurs, nous avons établi subjectivement des tranches en fonction du nombre de propositions des parents par jour. Majoritairement, il en ressort que les parents proposent la tétine plus d'une fois par jour et les SOF environ 1 fois par jour.

La limite du relevé de données en notre absence par les parents interroge. Les moyens de recueil objectifs ne sont pas révélateurs de la situation réelle et les moyens subjectifs ne sont pas suffisants. Nous pourrions envisager de faire apparaitre ces propositions dans le cahier de suivi médical de l'enfant. Ce cahier est à disposition des parents dans la chambre et est rempli actuellement par les soignants uniquement. L'oralité serait alors considérée au même titre qu'un change, un poids ou un peau à peau. Le service a évolué dans ce sens car désormais les propositions de SOF sont de plus en plus notées dans le cahier. Cela impliquerait un changement de pratique, où tous les interlocuteurs concernés par l'oralité pourraient noter leurs observations. Cela impliquerait également de se décentrer des SOF et de penser de façon tout aussi importante à la tétine pendant l'alimentation entérale et aux fermetures de bouche régulières.

Des changements indépendants de notre intervention ont eu lieu entre 2013-2014 et aujourd'hui. Le service a été réorganisé avec réintroduction des observations NIDCAP et passage aux 12h de travail. Ces évolutions influent implicitement sur notre relevé de données car la dynamique générale du service et les pratiques ont été modifiées : cela constitue une variable parasite pour notre étude. L'accompagnement mené est soutenu par

l'équipe dans un projet de soins global : notre intervention n'a pu en être totalement dissociée.

2. Réflexions sur l'apport du livret Parentalim

Notre seconde hypothèse d'un impact positif du livret sur la durée de transition et d'hospitalisation n'a pas été réellement éprouvée de par le faible effectif recruté. Cependant, les résultats descriptifs en termes de différence de médianes suggèrent un gain de 4 jours d'hospitalisation en faveur du groupe ayant reçu le livret. Nous pouvons nous interroger sur une durée d'hospitalisation réduite en comparaison à une durée de transition allongée de 2 jours. Nous pouvons tenter d'interpréter ces résultats par le fait que les parents se sentiraient plus autonomes et plus sûrs d'eux face à leur bébé Ils seraient prêts à sortir de l'hôpital plus tôt quand leur bébé est autonome sur le plan alimentaire.

D'un point de vue qualitatif, les parents se sont régulièrement saisis du livret et nous avons pu en rediscuter. La perception du livret par les parents est positive, ils en sont globalement satisfaits. Ce livret a été pensé dans le but d'être accessible au plus grand nombre. Or, une maman de notre étude était en difficulté de lecture et de compréhension orale. Elle rapportait ne pas avoir pris la peine de feuilleter le livret, bien qu'il lui ait été montré et relaté lors de l'accompagnement. Cet exemple montre que l'accompagnement des parents est indispensable et primordial. Le livret est un média supplémentaire mais non exhaustif. Il assure une continuité de l'accompagnement en informant les parents (Casper *et al.*, 2016). Il ne remplacera jamais l'étayage humain, les démonstrations, explications et discussions que l'on peut avoir avec le parent autour de son enfant. La régularité est essentielle dans l'accompagnement des parents afin de les suivre au plus près de leurs préoccupations, de leur progression et de celle de leur bébé.

3. Réflexions sur les mesures de satisfaction et d'anxiété

Les parents de notre étude relèvent d'un niveau d'anxiété modéré. Il serait intéressant d'analyser l'évolution en cours d'accompagnement. Nous n'avons pas réussi à récolter suffisamment de réponses au 2ème questionnaire. Certains ont été perdus de vue lors du transfert d'unité, d'autres ne pouvaient être distribués par souci de cohérence (trop peu d'écart avec le 1er questionnaire), d'autres n'ont pas été rendus malgré notre insistance. Le proposer en début et en fin d'accompagnement permettrait aux parents d'anticiper. Nous pourrions réfléchir à des questionnaires anonymes avec une boîte de recueil.

Les parents ayant répondu aux questionnaires ont tous été satisfaits de l'accompagnement mené auprès d'eux et de leur bébé. Ils ont plutôt pris plaisir dans l'accompagnement de leur enfant et disent avoir plutôt réussi à l'observer et à le comprendre. En moyenne, les parents de notre étude étaient peu stressés dans l'accompagnement des soins alimentaires. Ces résultats vont dans le sens des approches centrées sur la famille (De Bernardo *et al.*, 2017). Les corrélations suggèrent notamment que plus les parents arrivent à observer et comprendre leur bébé, plus ils prennent de plaisir et moins ils sont anxieux. Plus il y a d'entretiens, moins ils sont anxieux. Cela démontre un lien direct avec la régularité d'un accompagnement individualisé. L'implication des parents dans les soins alimentaires renforce bien les interactions avec leur bébé (Msall, 2015).

4. Perspectives futures

Notre étude révèle des résultats encourageants en matière d'accompagnement parental. Les résultats ne sont pas significatifs mais annoncent des perspectives intéressantes d'un point de vue de la transition alimentaire. L'intérêt porté à l'oralité est croissant dans le service et les pratiques évoluent. Les parents sollicités ont pris part activement dans le soutien de l'oralité de leur nouveau-né. Il est indispensable de valoriser cette démarche progressive et de conforter la régularité des propositions par les parents. L'étayage de l'accompagnement grâce au livret Parentalim est à poursuivre afin d'avoir davantage de recul sur son effet.

CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence un seul résultat significatif, non attendu. La durée d'intubation de notre échantillon a diminué significativement par rapport au groupe rétrospectif de 2013-2014. Ce changement de pratiques est de bon augure pour la sollicitation de l'oralité du nouveau-né prématuré. Des propositions adaptées et progressives peuvent lui être proposées de façon précoce car il est en mesure d'être acteur de son oralité.

Un effet potentiellement positif de l'accompagnement parental renforcé sur la durée de transition alimentaire est suggéré avec un gain de 8 jours. Un autre impact favorable est la réduction de l'hospitalisation de 4 jours pour le groupe ayant bénéficié du livret Parentalim. Le niveau d'anxiété ainsi que celui de la satisfaction parentale en regard de l'accompagnement et du livret sont encourageants. Le constat est donc positif même s'il reste à approfondir en considérant une population plus importante. Il serait intéressant à moyen terme d'explorer l'effet du livret Parentalim dans le cadre d'une approche multicentrique.

Cette étude nous a permis d'apprécier la nécessité d'impliquer les parents dans les soins alimentaires de leur nouveau-né. Ils ont été de réels partenaires de soins et ont globalement pris plaisir dans l'accompagnement de leur bébé. Chaque famille est différente et mérite un accompagnement individualisé, propre à ses besoins. Les parents sont les plus légitimes à intervenir auprès de leur bébé quant à l'alimentation. Il est essentiel de les accompagner à leur rythme en les informant de ce que recouvre l'oralité au sens large et en étant vigilant à l'écueil de la sur-stimulation.

Au sein du service, la dynamique d'oralité est relancée : les observations NIDCAP reprennent et les soignants se montrent volontaires. Des efforts ont été constatés quant aux SOF qui sont davantage intégrées au quotidien. Il est nécessaire de continuer à informer les équipes et de profiter de la réorganisation pour asseoir le processus d'oralité (richesse sensorielle, tétine, fermetures de bouche, SOF) dans une pratique de soins courants.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, *220*, 57-70.

Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant.* Isbergues : Orthoédition.

Barbier, I. (2010). Une cuillérée pour Papa... Une cuillérée pour Maman.... Mais bébé, lui, ne mange pas.... Comment accompagner le refus alimentaire chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, *242*, 67-77.

Barlow, S. M. (2009). Oral and respiratory control for preterm feeding. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, *17*(3), 179.

Barlow, S. M., Finan, D. S., Lee, J., & Chu, S. (2008). Synthetic orocutaneous stimulation entrains preterm infants with feeding difficulties to suck. *Journal of Perinatology*, *28*(8), 541-548.

Beaujean, V. (2012). *Evaluation de l'efficacité d'un programme de stimulations oro-faciales réalisé par les parents pour des enfants prématurés âgés de 28 à 32+6 semaines d'aménorrhée.* Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Caen-Normandie.

Bier, J. A. B., Ferguson, A. E., Morales, Y., Liebling, J. A., Oh, W., & Vohr, B. R. (1997). Breastfeeding infants who were extremely low birth weight. *Pediatrics*, *100*(6), e3.

Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2003). *L'enfant prématuré*. Paris : Colin.

Borghini, A. (2011). L'enfant prématuré : de la souffrance parentale au devenir de l'enfant. In *Le développement de l'enfant né prématuré* (pp. 57-64). Marseille : Solal.

Bruwier, S., Pâques, V., Poot, I., Hesbois, F., François, A., Maton, P., & Langhendries, J. P. (2014). Stimulation de l'oralité. In *Soins de développement en période néonatale* (pp. 129-137). Paris : Springer.

Casper, C., Caeymaex, L., Dicky, O., Akrich, M., Reynaud, A., Bouvard, C., Evrard, A. & Kuhn, P. (2016). Perception des parents de leur participation aux soins de leur enfant dans les unités de néonatologie en France. *Archives de Pédiatrie*, *23*(9), 974-982.

Csopaki, H. (2015). *Prématurité et oralité alimentaire : impact de la fréquence de stimulations oro-faciales et de la régularité de l'offre de lait.* Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Caen-Normandie.

De Bernardo, G., Svelto, M., Giordano, M., Sordino, D., & Riccitelli, M. (2017). Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study. *Italian journal of pediatrics*, *43*(1), 36.

Delaoutre-Longuet, C. (2007). Prématurité et succion. *Glossa*, (99), 48-63.

Delaoutre-Longuet, C. (2010). Rôle d'une orthophoniste auprès des nouveau-nés prématurés. *Rééducation orthophonique*, *48*(242), 79-83.

Douillet-Nury, G. (2015). *Stimulation de l'oralité du nouveau-né prématuré : un enjeu en néonatologie.* Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Caen-Normandie.

Feldman, R. (2002). Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés et leur impact sur le développement : et trop et pas assez. *Devenir*, *14*(3), 239-263.

Fischer, C. J., Beissel, A., & Tolsa, J. F. (2013). Comment favoriser le développement de l'oralité en néonatologie. *Revue médicale suisse*, *9*, 132-34.

Fucile, S., McFarland, D. H., Gisel, E. G., & Lau, C. (2012). Oral and nonoral sensorimotor interventions facilitate suck–swallow–respiration functions and their coordination in preterm infants. *Early human development*, *88*(6), 345-350.

Greene, Z., O'Donnell, C. P., & Walshe, M. (2016). Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9.

Haddad, M. (2017). Oralité et prématurité. Rééducation orthophonique, 271, 107-124.

Hamon, E. (2014). *Etude de l'efficacité d'un protocole de stimulations orofaciales en fonction de la fréquence et de la période d'application.* Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Caen-Normandie.

Haumont, D. (2014). Le programme NIDCAP et la dyade mère-enfant. In *Soins de développement en période néonatale* (pp. 243-251). Paris : Springer.

Jefferies, A. L. (2014). Going home: facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & child health*, *19*(1), 31-36.

Kloeckner, A. (2008). Apports en néonatologie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste*, (1), 157-178.

Lau, C. (2007). Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 14, 35-41.

Lau, C. (2015). Development of suck and swallow mechanisms in infants. *Annals of Nutrition and Metabolism*, *66*(Suppl. 5), 7-14.

Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills : what do we know?. *The American journal of clinical nutrition*, *103*(2), 616S-621S.

Lau, C., Fucile, S., & Schanler, R. J. (2015). A self-paced oral feeding system that enhances preterm infants' oral feeding skills. *Journal of Neonatal Nursing*, *21*(3), 121-126.

Lejeune, F., & Gentaz, E. (2013). Le toucher chez les enfants prématurés. *Enfance*, *2013*(01), 33-48.

Lejeune, F., & Gentaz, E. (2015). *L'enfant prématuré: développement neurocognitif et affectif*. Paris : Odile Jacob.

Martel, M.-J. & Millette, I. (2006). *Les soins du développement. Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré.* Paris : Editions du CHU Sainte-Justine.

Medoff-Cooper, B., Rankin, K., Li, Z., Liu, L., & White-Traut, R. (2015). Multi-

sensory intervention for preterm infants improves sucking organization. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses, 15*(2), 142-149.

Menier, I., Dejonkheere, C., Baou, O., Moreno, M. E., Mattioni, V., & Madre, C. (2014). Prévention des troubles de l'oralité en réanimation pédiatrique: mise au point et expérience récente de l'hôpital Robert-Debré. *Réanimation, 23*(4), 445-454.

Msall, M. E. (2015). Optimizing parental involvement in caring for preterm infants. *Journal of perinatalogy, 35*(9), 669-670.

Nisole, C. (2014). *Etude de l'efficacité d'un protocole de stimulation oro-faciales à destination de nouveau-nés prématurés en fonction de la fréquence et de la période d'application.* Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Caen-Normandie.

Nyqvist, K. H. (2005). Allaiter l'enfant prématuré ou malade. *Dossiers de l'Allaitement. Hors série, Sixième journée internationale de l'allaitement.*

Nyqvist, K. H. (2016). Breastfeeding preterm infants. In Genna, C. W. (Eds.), *Supporting sucking skills in breastfeeding infants* (pp.181-194). USA : Jones & Bartlett Learning.

Pfister, R. E., Launoy, V., Vassant, C., Martinet, M., Picard, C., Bianchi, J. E., Berner, M. & Bullinger, A. (2008). Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance, 60*(4), 317-335.

Pierrat, V., Marchand-Martin, L., Arnaud, C., Kaminski, M., Resche-Rigon, M., Lebeaux, C., … Ancel, P. Y. (2017). Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ,* 358, j3448.

Ratinsky, N. (2002). *Je vous parle, regardez-moi ! L'enfant prématuré : mieux le connaître, mieux le comprendre.* Paris : Association SPARADRAP.

Ratynski, N., & Minguy, S. (2014). Techniques de base en soins de développement. In *Soins de développement en période néonatale* (pp. 81-85). Paris : Springer.

Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., & Ayers, S. (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC pediatrics*, *14*(1), 230.

Schaal, B., Goubet, N., & Delaunay-El Allam, M. (2011). Concordances et discordances entre sensorialité et écologie néonatales: attentes sensorielles et réponses adaptatives chez l'enfant prématuré. In *Le développement de l'enfant né prématuré* (pp. 29-55). Marseille : Solal.

Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition*. Paris : De Boeck Supérieur.

Sizun, J., Olivard, I., & Ratynski, N. (2017). Une intervention précoce, individualisée et centrée sur la famille: le programme NIDCAP. *Devenir*, *29*(1), 5-15.

Spielberger, C. D. (1993). State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)

Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Vargas, C. L., Berwig, L. C., Steidl, E. M. D. S., Prade, L. S., Bolzan, G., Keske-Soares, M., & Weinmann, A. R. M. (2015). Premature: growth and its relation to oral skills. *CoDAS*, *27*(4), 378-383.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableaux descriptifs de la satisfaction parentale..... I
ANNEXE 2 : Nuage de points représentant la corrélation entre les durées d'hospitalisation et de transition alimentaire.....II
ANNEXE 3 : Aide-mémoire des SOF à destination des parents..... III
ANNEXE 4 : Aide-mémoire des SOF à destination des professionnels du service..... V
ANNEXE 5 : Feuille de consentement parental..... VI
ANNEXE 6 : Fiche de suivi bimensuelle à destination des parents..... VII
ANNEXE 7 : Questionnaire parental : satisfaction de l'accompagnement.....VIII
ANNEXE 8 : Questionnaire parental : satisfaction du livret..... IX
ANNEXE 9 : Echelle d'anxiété état (STAI)..... X

ANNEXE 1 : Tableaux descriptifs de la satisfaction parentale

Tableau 7. Répartition des réponses de satisfaction parentale à l'accompagnement renforcé selon l'item du questionnaire (N=21)

Effectif (N=21)	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Q1- Aisance SOF	0	0	6 (28,57%)	15 (71,43%)
Q2- Aisance tétine	2 (9,52%)	0	1 (4,76%)	18 (85,72%)
Q3- Observations réactions	0	1 (4,76%)	9 (42,86%)	11 (52,38%)
Q4- Plaisir accompagnement	0	1 (4,76%)	3 (14,29%)	17 (80,95%)
Q5- Stress accompagnement	11 (52,38%)	9 (42,86%)	1 (4,76%)	0
Q6- Satisfaction accompagnement	0	0	6 (28,57%)	15 (71,43%)

Tableau 9. Répartition des réponses de satisfaction parentale au livret selon l'item du questionnaire (N=6)

Effectif (N=6)	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Q7- Consultation du livret	0	1 (16,67%)	2 (33,33%)	3 (50%)
Q8- Difficulté appropriation	6 (100%)	0	0	0
Q9- Réponses aux questions	1 (16,67%)	0	2 (33,33%)	3 (50%)
Q10- Clarté du livret	0	0	0	6 (100%)
Q11- Aide implication soins alim	1 (16,67%)	0	2 (33,33%)	3 (50%)
Q12- Satisfaction du livret	0	0	2 (33,33%)	4 (66,67%)

ANNEXE 2 : Nuage de points représentant la corrélation entre les durées d'hospitalisation et de transition alimentaire

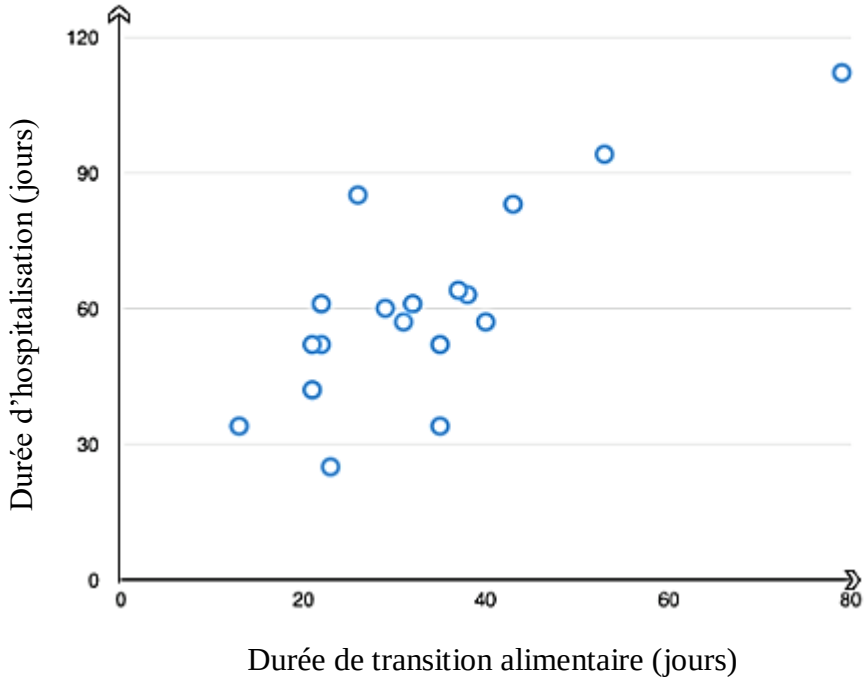

Figure 4. Durée d'hospitalisation en fonction de la durée de transition alimentaire

ANNEXE 3 : Aide-mémoire des SOF à destination des parents

CHU CAEN NORMANDIE
Service de Néonatologie

SOLLICITATIONS ORO-FACIALES : COMMENT AIDER BEBE A TETER ?

LES GESTES		LE DIALOGUE PARENT/BEBE	
1. REGROUPEMENT Si bébé n'est pas sur vos genoux en face à face, le regrouper. Poser une main sur sa tête et une sous ses pieds. Garder la main sur sa tête tout le long des sollicitations.		Bonjour bébé. Je suis là, autour de toi.	Bonjour papa/maman. J'aime sentir ton appui. Cela me rassure.
2. UN DOIGT DANS LA MAIN DU BÉBÉ Prendre contact, se dire « bonjour ».		Je prends ta main. Agrippes-tu mon doigt ?	Je suis là.
3. PORTER DOUCEMENT LA MAIN DU BÉBÉ A SA BOUCHE.		Et si je porte ta main à ta bouche ?	Je sors ma langue pour sucer mes doigts.
4. FAIRE UN APPUI AU MILIEU DE LA JOUE, D'UN CÔTÉ PUIS DE L'AUTRE.		Maintenant, un appui au milieu de ta joue, puis sur l'autre.	Oui, je tourne ma tête.
5. FAIRE UN APPUI SOUS LE NZ D'UN CÔTÉ, PUIS DE L'AUTRE.		Coucou sous ton nez.	J'ouvre la bouche.
6. PROPOSER LA TÉTINE SUR UN SEUL CÔTÉ Proposer des petits rebonds avec la tétine jusqu'au coin de la bouche. Attendre quelques instants au bord de la bouche.		Je te propose la tétine. La veux–tu ?	Je la prends. Je suis détendu pour téter.
7. DERNIER REGROUPEMENT Dire au-revoir au bébé en mettant une main sous ses pieds.		Merci bébé, à plus tard !	Au revoir papa/maman.

Septembre 2017

SOLLICITATIONS ORO-FACIALES : COMMENT AIDER BEBE A TETER ?

Les sollicitations oro-faciales (SOF) permettent au bébé nourri par sonde d'associer la succion avec l'arrivée du lait. Elles lui permettent de s'entraîner à téter et découvrir des sensations agréables autour de sa bouche. Les gestes proposés rappellent ceux que tous les bébés font dans le ventre de leur mère. Ces sollicitations sont également des moments d'échanges privilégiés entre vous et votre bébé.

QUELQUES CONSEILS AVANT DE COMMENCER…

Les sollicitations se font :

- Si bébé est éveillé et calme
- Après les soins effectués par la puéricultrice
- Juste avant une alimentation
- Avec bébé installé en face à face sur les genoux ou sur le dos dans la couveuse
- Dans un moment de calme, de plaisir et de détente
- Avec des mains propres, des ongles courts

Voir avec la puéricultrice qui s'occupe de votre enfant :

- Si votre bébé est disponible pour les sollicitations oro-faciales
- Pour disposer d'une tétine
- Pour, éventuellement, enchaîner les sollicitations avec quelques gouttes de lait, une mise au sein ou un biberon

Si votre bébé dort, ne le réveillez pas. Ce sera pour une prochaine fois.

Bébé peut vouloir dire « stop » de plusieurs manières :

- Des pleurs
- Une grimace, un froncement de sourcils
- Sa main levée à hauteur du visage qui dit « stop »
- Des régurgitations
- Un bâillement
- Un hoquet
- Un éternuement
- Une extension des bras, des jambes ou du tronc
- Un détournement du regard

Si bébé dit « stop », **arrêter les sollicitations** tout en gardant une main sur sa tête et en le regroupant. **Verbaliser** le fait qu'il ne semble plus disposé à recevoir de sollicitations, puis on se retire tranquillement. C'est lui qui décide jusqu'où on peut aller. Les expériences doivent rester agréables pour qu'il ait envie de recommencer.

Laissez à votre bébé le temps de réagir : attendre 2 ou 3 secondes entre chaque geste. Cela lui laisse le temps de répondre à sa façon. S'il ne montre pas de signes d'arrêt, vous pouvez continuer.
Si bébé ne réagit pas à un geste, passez directement au geste suivant, sans refaire le geste resté sans effet.

Lorsque vous proposez la tétine à votre bébé, pensez à l'approcher par petits bonds !

Si vous avez des questions au sujet des sollicitations oro-faciales, n'hésitez pas à les poser à la puéricultrice qui s'occupe de votre enfant, à Christel Blaison (orthophoniste du service) ou aux étudiantes en orthophonie (Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur).

Septembre 2017

ANNEXE 4 : Aide-mémoire des SOF à destination des professionnels du service

CHU Pôle FE – Néonatologie

A l'usage des soignants

AIDER LES PARENTS A PARTICIPER AU REPAS DE LEUR ENFANT : LES SOLLICITATIONS ORO-FACIALES (SOF)

Pas un soin, mais un moment de plaisir.

OBJECTIFS DES SOF :

- Déclencher une **succion** qui aidera le bébé à digérer le lait.
- **Associer la succion/déglutition** au repas.
- **Faciliter** la prise alimentaire orale.
- Favoriser le **plaisir de téter** et des **expériences positives** autour de la bouche.
- **Prévenir les troubles** de l'oralité alimentaire.
- Favoriser les **échanges** et la **communication parents ⟺ bébé.**

QUI PEUT EN BENEFICIER ET QUAND ?

- Bébé en **éveil calme, stable, sur le dos** ou **en face à face.**
- **Juste avant l'alimentation** ou pendant les 15 premières minutes de l'alimentation par sonde.
- SOF **à répéter quotidiennement et pendant plusieurs jours** (la répétition des expériences crée l'apprentissage), **au plus tôt** dans la vie du bébé.
- **Intégrer les parents** au maximum.

QUELS PREALABLES ?

- Disposer d'une **tétine**, d'une seringue avec du lait ou d'un biberon.
- Bébé doit absolument être **calme et éveillé**.

QUEL CADRE RESPECTER ?

- Si bébé manifeste **un signe de retrait, arrêter** les gestes, tout en conservant la main sur la tête et sous les pieds. Bébé regroupé, verbaliser le fait qu'il n'a plus envie d'être sollicité.
- Laisser **2 à 3 secondes entre chaque geste** pour observer ses réactions.
- **Ne pas recommencer un geste si bébé** ne réagit pas.

1

FORMER LES PARENTS.

- **Former les parents** aux SOF permet de les impliquer dans les soins de leur enfant.
- Plus **les parents et les soignants** sont **impliqués, meilleurs sont les effets sur le développement**.
- Simplifier les explications et veiller aux mots employés (ex : « **gestes autour de la bouche** »).

ARGUMENTS A UTILISER AUPRES DES PARENTS :

- **Préparer** le bébé à prendre le sein ou le biberon plus facilement car il s'entraîne à téter.
- **Créer des automatismes** autour de la succion/déglutition/respiration.
- **Les SOF signaleront le repas après plusieurs propositions.**
- Apporter du **plaisir** à l'enfant et **partager un moment d'échange** avec son bébé.
- Les SOF peuvent permettre une **réduction de la durée d'hospitalisation**.
- **Prévenir** de possibles troubles alimentaires.

DEMARCHES AUPRES DES PARENTS

1. Remise du **livret** destiné aux parents.
2. Présentation des SOF et de notions autour de l'**oralité.**

POUR TROUVER LES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

- S'adresser aux **personnes ressources**: les puéricultrices (Juliette Beukels, Audrey Daireaux et Lucille Le Vaillant) l'orthophoniste (Christel Blaison).
- Consulter le **livret** ciblé sur l'oralité (armoires et dossiers SOF des ordinateurs).
- Visionner les **vidéos** de SOF (Dossier SOF sur le bureau des ordinateurs).

…Et pour les bébés n'étant pas encore prêts pour les SOF ? Penser à leur proposer la tétine pendant les repas, en l'approchant par petits bonds !

4

DESCRIPTION DES SOLLICITATIONS ORO-FACIALES

1. REGROUPEMENT

Si bébé n'est pas sur les genoux en face à face, le regrouper. D'abord une main sur la tête et une sous les pieds. Garder la main sur la tête tout le long des sollicitations.

2. UN DOIGT DANS LA MAIN DU BEBE

Prendre contact, se dire « bonjour ».
Réactions sollicitées : bébé agrippe le doigt.

3. PORTER LA MAIN DE BEBE A SA BOUCHE

Réactions sollicitées : ouverture de la bouche/succion des doigts.

4. FAIRE UN APPUI AU MILIEU DE LA JOUE, D'UN COTE PUIS DE L'AUTRE

Réactions sollicitées : orientation de la tête vers le doigt.

5. FAIRE UN APPUI SOUS LE NEZ D'UN COTE, PUIS DE L'AUTRE

Réactions sollicitées : ouverture de la bouche.

2

6. TETINE OU DU BIBERON SUR UN SEUL COTE

Proposer des petits rebonds avec la tétine ou le biberon jusqu'au coin de la bouche. Attendre quelques instants au bord de la bouche.
Réactions sollicitées : prise de la tétine ou du biberon et succion.

7. DERNIER REGROUPEMENT

Dire au-revoir au bébé en mettant une main sur ses pieds.

8. FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL …

Pour les bébés recrutés dans le cadre du protocole de recherche sur l'oralité. Merci d'encourager les parents à proposer les SOF à leur bébé au moment opportun et de noter les sollicitations que vous réalisez !

TOUT AU LONG DU PROTOCOLE :

Verbaliser tous les gestes, préparer le bébé à chacun des gestes que l'on va lui proposer. Le féliciter, l'encourager et mettre des mots sur ses ressentis. **Rassurer et encourager** les parents.

LES SIGNES DE RETRAIT :

- Des pleurs
- Une grimace, un froncement de sourcils
- Sa main levée à hauteur du visage qui dit « stop »
- Des régurgitations
- Un bâillement
- Un hoquet
- Un éternuement
- Une extension des bras/jambes ou du tronc
- Un détournement du regard

3

ANNEXE 5 : Feuille de consentement parental

CHUCaen

Pôle Femme-Enfant - Service Néonatologie - FEH
Chef de service : Pr Guillois - Tél.secrétariat : 02 31 27 25 64

Note d'information à destination des parents

« Comment aider mon enfant à téter ? »

Nous sommes stagiaires orthophonistes et participons, dans le cadre de notre mémoire de recherche, à une étude consistant à valoriser l'accompagnement parental autour de l'oralité du bébé prématuré. Les sollicitations oro-faciales l'aident à développer au mieux sa capacité à téter tout seul au sein comme au biberon. Elles permettent aussi un temps d'échanges entre vous et votre bébé, essentiels pour tisser des liens et pour l'aider à grandir.

Nous proposons aux bébés, à partir de 28 semaines, des gestes simples autour de la bouche avant une alimentation pour leur permettre de s'entraîner à téter et à coordonner leur succion avec la déglutition et la respiration. Les gestes proposés rappellent ceux que tous les bébés font dans le ventre de leur mère. Ils vous seront montrés et expliqués par le personnel soignant. Vous pourrez ainsi réaliser ces gestes simples avec votre bébé.

Dans le cadre de notre étude, des informations concernant votre enfant seront recueillies tout en respectant son anonymat.

Aurore BOURDON et Julia LOZACHMEUR, stagiaires orthophonistes

.....

Je soussigné(e) .....

Prénom et nom de l'enfant .....

Demeurant.....

- Donne mon accord pour que mon bébé participe à l'étude présentée.

  ○ OUI ○ NON

- Autorise le CHU de Caen service de néonatologie, l'école d'orthophonie de Caen, l'école de puériculture de Caen à exploiter le film ou la photo de mon enfant, pour tout usage de reproduction* et de représentation, sauf publicitaire et commercial, dans l'objectif de former le personnel soignant et les parents d'enfants hospitalisés dans le service.

  ○ OUI ○ NON

En cas de revirement, j'en informerai officiellement le CHU de telle sorte que ma nouvelle volonté porte pour les réalisations à venir.

Fait à Caen, le..... Signature(s) :

**Reproduction : communication au public d'une manière indirecte par imprimerie, dessin, gravure, photographie, tout procédé des arts plastiques et graphiques, enregistrement mécanique, cinématographie ou magnétique. Représentation : communication au public par présentation publique : exposition, projection publique, télédiffusion.*

ANNEXE 6 : Fiche de suivi bimensuelle à destination des parents

SOLLICITATIONS ORO-FACIALES : PRÉPARER BÉBÉ À MANGER

Fiche de suivi n° … - semaine du … / … / … au … / … / …

Étiquette bébé

Je suis éveillé et disponible. Les SOF ont pu m'être proposées après les soins et avant une alimentation.
Être à mon écoute et partager un moment privilégié est essentiel.
Je peux décider de m'arrêter, nous recommencerons plus tard.

PARENTS									
	Tétine proposée		SOF réalisées			Tétine proposée		SOF réalisées	
	Acceptée	Refusée	En totalité	Bébé a dit stop		Acceptée	Refusée	En totalité	Bébé a dit stop
Lundi … / …					**Lundi … / …**				
Mardi … / …					**Mardi … / …**				
Mercredi … / …					**Mercredi … / …**				
Jeudi … / …					**Jeudi … / …**				
Vendredi … / …					**Vendredi … / …**				
Samedi … / …					**Samedi … / …**				
Dimanche … / …					**Dimanche … / …**				

ANNEXE 7 : Questionnaire parental : satisfaction de l'accompagnement

Étiquette bébé

QUESTIONNAIRE 1

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je suis à l'aise pour proposer les SOF à mon bébé.				
2	Je suis à l'aise pour proposer la tétine à mon bébé au moment du repas.				
3	J'arrive à observer et à comprendre les réactions de mon bébé.				
4	Je prends plaisir à accompagner mon bébé dans les soins alimentaires.				
5	Je suis stressé(e) au moment d'accompagner mon bébé dans les soins alimentaires.				
6	Je suis satisfait(e) de l'accompagnement autour des soins alimentaires de mon bébé.				

ANNEXE 8 : Questionnaire parental : satisfaction du livret

Étiquette bébé

QUESTIONNAIRE 1

7	J'ai régulièrement consulté le livret *Parentalim*.				
8	Je n'arrive pas à m'approprier le livret *Parentalim*.				
9	Le livret *Parentalim* a répondu à certaines questions que je me posais.				
10	Le livret *Parentalim* est clair.				
11	Le livret *Parentalim* m'a aidé(e) à m'impliquer dans les soins alimentaires de mon bébé.				
12	Je suis satisfait(e) du livret *Parentalim*.				

ANNEXE 9 : Echelle d'anxiété état (STAI)

Étiquette bébé

QUESTIONNAIRE 2

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens calme.				
2	Je me sens en sécurité.				
3	Je suis tendu(e), crispé(e).				
4	Je me sens surmené(e).				
5	Je me sens tranquille, bien dans ma peau.				
6	Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).				
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.				
8	Je me sens content(e).				
9	Je me sens effrayé(e).				
10	Je me sens à mon aise (je me sens bien).				
11	Je sens que j'ai confiance en moi.				
12	Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.				
13	J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				
14	Je me sens indécis(e).				
15	Je suis décontracté(e), détendu(e).				
16	Je suis satisfait(e).				
17	Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				
18	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).				
19	Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).				
20	Je me sens de bonne humeur, aimable.				

RESUME

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact d'un accompagnement parental renforcé sur la durée de transition alimentaire de 24 nouveau-nés prématurés nés entre 23+6 et 33+3 SA. Les parents ont été invités à être acteurs de l'oralité de leur enfant. L'incidence du livret que nous avons créé pour soutenir l'implication parentale dans les soins alimentaires est également recherchée. Les résultats pour ces variables ne montrent pas d'effet significatif mais sont encourageants. L'accès à l'autonomie alimentaire est réduit de 8 jours grâce à l'accompagnement. La durée d'hospitalisation est raccourcie de 4 jours pour le groupe ayant bénéficié du livret. L'analyse de la satisfaction parentale et de l'anxiété souligne l'importance d'un suivi régulier individualisé et la nécessité d'un support étayant l'oralité. Une différence significative non attendue est mise en avant : le temps d'intubation a diminué en faveur des nouveau-nés de notre étude par rapport à l'échantillon rétrospectif. Les pratiques du service de néonatalogie évoluent. Intégrer les actes de prévention des troubles de l'oralité dans les soins courants conforterait l'intérêt que peuvent y porter les parents.

Mots-clés : prématurité, accompagnement parental, livret, durée de transition alimentaire, satisfaction parentale.

ABSTRACT

The aim of the present study is to assess the impact of enhanced parental support on the transition period from tube to oral feeding of premature infants born between 23+6 and 33+3 weeks of gestation. Parents have been invited to be actors of their child's orality. A positive effect of the booklet has been hypothesized. The results of the study for these variables don't show significant effect but are encouraging. Access to full oral feeding seems to decrease, as suppose the median obtained on the transition duration. Time of hospitalization seems to decrease for the group having the booklet. Analysis of parental satisfaction and anxiety emphasizes the importance of regular individualized follow-up and the need to support parental investigation in feeding transition from tube to oral feeding. An unexpected difference in intubation duration is highlighted : the intubation time decreased in favor of newborns in our study compared to the retrospective sample. The practices of the neonatology department evolved. Integrating acts of prevention of oral disorders into routine care would reinforce the interest that parents can bring to it.

Keywords : prematurity, parental support, booklet, transition period, parental satisfaction.