HAL
open science

Apprentissage alimentaire et prématurité : accompagnement des professionnels à l'observation de l'oralité. Participation à l'élaboration d'un livret d'accueil destiné aux mères de bébés prématurés hospitalisés

Laurie Meunier

▶ **To cite this version:**

Laurie Meunier. Apprentissage alimentaire et prématurité : accompagnement des professionnels à l'observation de l'oralité. Participation à l'élaboration d'un livret d'accueil destiné aux mères de bébés prématurés hospitalisés. Sciences cognitives. 2018. dumas-02071338

HAL Id: dumas-02071338

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02071338

Submitted on 18 Mar 2019

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.

Année universitaire 2017 – 2018

Collège de santé

Département d'orthophonie

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Grade Master

Présenté et soutenu publiquement le 12 juillet 2018

par Laurie MEUNIER

née le 21 février 1994 à Paris

Apprentissage alimentaire et prématurité : Accompagnement des professionnels à l'observation de l'oralité. Participation à l'élaboration d'un livret d'accueil destiné aux mères de bébés prématurés hospitalisés.

Sous la direction de Mme Aude MARTINEZ

Membres du jury de soutenance :

Présidente du jury : Mme Delphine LAMARGUE-HAMEL, orthophoniste, PhD, responsable pédagogique du Département d'Orthophonie de l'Université de Bordeaux

Rapporteur : Mme Valérie PREVOT DELTHE, orthophoniste

Examinatrice : Mme Isabelle EYOUM, orthophoniste

Année universitaire 2017 – 2018

Collège de santé

Département d'orthophonie

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Grade Master

Présenté et soutenu publiquement le 12 juillet 2018

par Laurie MEUNIER

née le 21 février 1994 à Paris

Apprentissage alimentaire et prématurité : Accompagnement des professionnels à l'observation de l'oralité. Participation à l'élaboration d'un livret d'accueil destiné aux mères de bébés prématurés hospitalisés.

Sous la direction de Mme Aude MARTINEZ

Membres du jury de soutenance :

Présidente du jury : Mme Delphine LAMARGUE-HAMEL, orthophoniste, PhD, responsable pédagogique du Département d'Orthophonie de l'Université de Bordeaux

Rapporteur : Mme Valérie PREVOT DELTHE, orthophoniste

Examinatrice : Mme Isabelle EYOUM, orthophoniste

RÉSUMÉ

Une naissance prématurée peut mener à une hospitalisation en néonatologie. Cette hospitalisation est traumatisante pour les parents et pour les bébés. Ceux-ci peuvent développer des troubles de l'oralité provoqués par un manque de stimulations ou par des dystimulations de leur sphère oro-faciale qui s'ajoutent à une sensorialité exacerbée. Un apprentissage de la succion-déglutition est parfois nécessaire quand le bébé n'est pas resté assez longtemps in utero. De plus, l'alimentation est au cœur de la prise en charge des bébés prématurés dans les services de néonatologie. Pour accompagner les professionnels de santé et les parents dans le développement des bébés, nous avons participé à un groupe de travail sur l'apprentissage alimentaire des prématurés. Notre participation à ce groupe nous a permis de sensibiliser l'équipe à la problématique de l'oralité (alimentaire et verbale) dans un service de soins intensifs. Nous avons également élaboré, en collaboration avec les membres du groupe, des outils d'observation des bébés en situation d'alimentation. Des formations théorique et pratique ont été dispensées dans le service pour expliquer l'utilisation de ces outils et exposer les différents moyens de nourrir les bébés en néonatologie. Ces formations n'étaient pas terminées à l'issu de notre intervention dans le service. Nous avons tout de même obtenu des retours positifs quant à l'utilité de tels outils et ils semblent répondre à une demande du personnel soignant. L'accompagnement des professionnels dans l'observation des bébés a porté ses fruits et nous avons pu voir une amorce de changement dans les comportements de chacun au moment de l'alimentation des bébés.

Mots clés : prématurité, oralité, alimentation, néonatologie, accompagnement.

ABSTRACT

Premature birth can lead to hospitalization in neonatology. This hospitalization is traumatic for parents and babies. They may develop oral disorders caused by a lack of stimulation or by dystimulation of their oro-facial sphere in addition to an exacerbated sensoriality. Suction-swallowing training is sometimes necessary when the baby has not been in utero long enough. In addition, feeding is at the heart of the premature babies care in neonatal services. To accompany health professionals and parents in the development of babies, we participated in a working group on the feeding learning of premature infants. Our participation in this group allowed us to sensitize the team to the problem of oral skills (feeding and verbal) in an intensive care unit. In collaboration with the group members, we have also developed tools for observing babies in feeding situations. Theoretical and practical trainings were given in the service to explain the use of these tools and to explain the different ways of feeding babies in neonatology. These trainings were not finished at the end of our intervention in the service. Nevertheless, we have received positive feedback on the usefulness of such tools and they seem to meet a demand from health care staff. The support of professionals in the observation of babies was successful and we have seen the beginning of a change in the behaviour of everyone when feeding babies.

Key words : prematurity, oral skill, feeding, neonatology, support.

Nombre de références bibliographiques : 53
Nombre de pages : 76

REMERCIEMENTS

Merci à Aude Martinez, orthophoniste, de m'avoir accompagnée et guidée tout au long de cette année. Vos conseils précieux et vos encouragements m'ont été très utiles pour mener à bien ce projet.

Merci à Laurence Joly, pédiatre, d'avoir accepté de superviser mon travail et de m'avoir permis d'intégrer le service des soins intensifs en néonatologie de l'hôpital Pellegrin et le groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré ».

Merci à Christelle Lecomte, cadre de santé, de m'avoir aidée pour la diffusion des questionnaires et merci à toute l'équipe de m'avoir si bien accueillie dans le service et intégrée à votre pratique.

Merci à Mmes Delphine Lamargue-Hamel, orthophoniste, Isabelle Eyoum, orthophoniste, et Valérie Prévot Delthe, orthophoniste, membres de mon jury, d'avoir donné de leur temps pour étudier mon travail et assister à ma soutenance.

Merci à ma famille de m'avoir encouragée et soutenue pendant cette année de mémoire et pendant ces années d'études.

Et enfin, merci à mes amies d'orthophonie, Mathilde, Catlina, Apolline, Caroline et Laure. Ces années n'auraient pas été les mêmes sans votre soutien au quotidien depuis cinq ans.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 8

I. Contexte général 8

1. L'oralité alimentaire 8

a. Développement embryonnaire 8

b. Développement de l'oralité primaire 9

c. Maturation neurologique de la déglutition 10

d. Les réflexes oraux 11

e. Les troubles de l'oralité alimentaire 12

2. L'alimentation 12

a. Aspects sensoriels de l'alimentation 12

b. Enjeux psychologiques de l'alimentation 15

c. Importance de l'oralité verbale 15

3. La prématurité 17

a. Définition 17

b. Prévalence 17

c. Étiologies 17

d. Conséquences 18

4. Le parcours de l'enfant prématuré : l'hospitalisation en néonatologie 22

a. Perturbation du lien parent-enfant 22

b. Perturbations de l'oralité 23

c. Soins de développement 24

5. L'alimentation du bébé prématuré 27

a. Alimentation passive 28

b. Alimentation active 29

II. Problématique 33

III. Hypothèses 34
MÉTHODOLOGIE 35
I. Le service des soins intensifs 35
1. Le parcours du bébé hospitalisé 35
2. Présentation du service 36
II. Procédure 36
1. Population 36
a. Critère d'inclusion 36
b. Critère de non inclusion 36
2. Le groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » 36
3. Méthodologie 37
a. Cadre général 37
b. Élaboration de questionnaires 39
c. Les outils d'observation des tétées 41
d. Les réunions du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » 43
4. Livret d'accueil pour les mères 44
RÉSULTATS 45
I. Comparaison des questionnaires « avant » et « après » 45
1. Résultats quantitatifs 45
a. Connaissances sur l'oralité 45
b. Observation de l'oralité et des tétées 46
c. Ajustement aux bébés 47
d. Intervention orthophonique 48
2. Résultats qualitatifs 48
a. Formation du personnel 48
b. Besoins pour un meilleur ajustement 50
c. Utilisation des outils d'observation 51

II. Observation des pratiques 52
DISCUSSION 53
I. Retour sur les résultats 53
1. Résultats quantitatifs 53
2. Résultats qualitatifs 54
3. Validation des hypothèses 56
II. Limites de notre étude 57
III. Perspectives pour la pratique orthophonique 58
CONCLUSION 60
BIBLIOGRAPHIE 61
ANNEXES 67

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure n°1 : Corticalisation de la déglutition (Senez, 2015) 10

Figure n°2 : Les oralités (Thibault, 2017) 16

Figure n°3 : Mécanisme de succion au sein (Woolridge, 1986) 30

Figure n°4 : Mécanisme de la tétée au biberon (Bu'Lock, Woolridge, & Baum, 1990) 31

Photo n°1 : Allaitement avec un DAL au sein (« La Leche League France - Allaitement et maternage ») 32

Photo n°2 : Allaitement à la tasse (« La Leche League France - Allaitement et maternage ») 33

Tableau n°1 : Calendrier récapitulatif de notre intervention 37

Figure n°5 : Fleur de lait au biberon 42

Tableau n°2 : Score de comportement alimentaire du nouveau-né 43

Figure n°6 : Encart sur l'oralité verbale ajouté à la Fleur de lait au biberon 44

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique n°1 : Comparaison des estimations du personnel sur leurs connaissances sur l'oralité 46

Graphique n°2 : Comparaison des estimations du personnel sur l'observation des bébés 47

Graphique n°3 : Formation à l'oralité de l'équipe soignante en nombre de réponses 49

Graphique n°4 : Besoins de l'équipe pour un meilleur ajustement aux bébés 50

INTRODUCTION

I. Contexte général

1. L'oralité alimentaire

Le terme oralité est issu du vocabulaire psychanalytique, il correspond à l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, c'est-à-dire l'alimentation, la ventilation, l'exploration sensorielle, la communication et le langage (Abadie, 2008).

a. Développement embryonnaire

Le processus de déglutition apparaît très tôt dans le développement, on peut observer l'oralité du bébé dès la période embryonnaire. Le bébé reçoit les premières afférences sensorielles en provenance de la zone oro-pharyngée dès la 7ème semaine embryonnaire. Vers la 9ème semaine, la tête amorce son redressement et les premiers automatismes oraux apparaissent. On peut notamment observer le réflexe de Hooker, la main approche les lèvres, la langue sort pour l'explorer, les premiers mouvements de succion sont déclenchés (Thibault, 2017). La langue descend ensuite de la fosse nasale primitive à la bouche vers la 10ème semaine, la voûte palatine est ainsi fermée. On observe les premières déglutitions vers la 11ème semaine et vers la 12ème semaine les papilles gustatives sont formées, les mouvements de lapement de la langue et la déglutition sont efficaces (Senez, 2015). La succion apparaît entre la 15ème et 18ème semaine embryonnaire (Lau, 2007).

Ces expérimentations intra-utérines ont un rôle important pour l'oralité future du bébé. Les premières déglutitions permettent de régénérer le liquide amniotique qui est filtré par les reins. Elles modèlent la face en contribuant à la croissance de la mandibule (les bébés avec une séquence de Pierre Robin présentent un rétrognatisme par défaut d'expérimentation de la succion intra-utérine) et entraînent la succion-déglutition qui sera ainsi effective à la naissance et permettra au bébé de téter dès sa première heure de vie. De plus, la succion-déglutition intra-utérine contribue à la reconnaissance du lait maternel et à la création des préférences alimentaires du bébé (Schaal & Goubet, 2010). Une naissance prématurée peut avoir des conséquences sur ces différents aspects par défaut d'expérimentation intra-utérine. Cette période de rodage de la succion-déglutition ne s'étant pas effectuée dans sa totalité, les bébés

prématurés nécessitent une période d'apprentissage de la succion-déglutition qui ne se retrouve pas chez les bébés nés à terme.

b. Développement de l'oralité primaire

L'oralité primaire concerne les praxies de succion et la coordination succion-déglutition-respiration (S-D-R). Elle a été particulièrement étudiée chez les nouveau-nés prématurés (Lau, 2007). Elle est suivie par l'oralité secondaire, période de diversification alimentaire, qui survient en concomitance avec l'apparition des dents, le redressement du bébé, l'amélioration de sa préhension et une prise de distance d'avec ses parents.

La succion comprend la succion nutritive (SN) et la succion non-nutritive (SNN). Une SN mature est constituée de deux composantes : la succion (pression négative intra-orale qui tire le lait) et l'expression (pression de la tétine ou du mamelon entre la langue et le palais). Une succion mature n'est pas nécessaire pour téter, l'usage de l'expression seule permet au bébé d'ingérer le lait.
La SNN apparaît vers 27-28 semaines d'aménorrhée (SA) et la SN débute entre 30 et 32 SA. D'après Lau, la SNN semblerait être un bon marqueur du niveau de maturation de la SN sans pour autant être prédictive de la coordination S-D-R.

Pour qu'une tétée soit sans risque, la déglutition doit se faire lorsque le larynx est occlus par l'épiglotte pour protéger les voies aériennes et éviter les fausses-routes de liquide vers les poumons. Avec la maturation, le bébé peut s'adapter à des bolus de volume plus important et/ou varié. La fréquence de déglutition et la pression intra bolus (force exercée par la langue pour propulser le liquide vers la paroi postérieure du larynx) augmentent.

Lau décrit que le rapport succion-déglutition est mature vers 33-34 SA chez le bébé prématuré même si les fréquences de succion et déglutition ne sont pas encore au niveau des enfants nés à terme.

Mizuno et Ueda ont décrit le comportement alimentaire des bébés prématurés, ces bébés n'ont en effet pas eu le temps de se développer comme ceux nés à terme. Ils ont montré qu'avant 32 SA, la coordination S-D-R n'était pas établie. Ce comportement alimentaire gagne en maturité entre 33 et 36 SA. En effet, avant 34 SA, la déglutition est enclenchée pendant une pause

respiratoire alors qu'après 35 SA, la déglutition survient après une inspiration. Les auteurs soulignent que la coordination respiration-déglutition n'est pas encore tout à fait mature à 36 SA (Mizuno & Ueda, 2003).

Ces données sont importantes à connaître pour la prise en charge de l'oralité alimentaire des bébés prématurés. L'introduction de l'alimentation orale ne peut se faire sans risque qu'à partir de 33 SA, à condition que l'enfant soit indemne.

c. Maturation neurologique de la déglutition

La maturation neurologique du nouveau-né n'est pas terminée à la naissance. Elle va se poursuivre par la myélinisation des fibres nerveuses et la création de nouvelles connexions interneuronales. Elles sont induites par les nouvelles expériences pluriquotidiennes qui permettent au bébé d'expérimenter et de s'ajuster à son environnement.
Le nouveau-né possède une succion-déglutition réflexe, elle est gérée par le tronc cérébral. Les informations sensitives reçues passent par l'aire corticale pariétale ascendante (aire sensitive) et déclenchent une réponse motrice dans l'aire corticale frontale ascendante (aire motrice) (Senez, 2015).

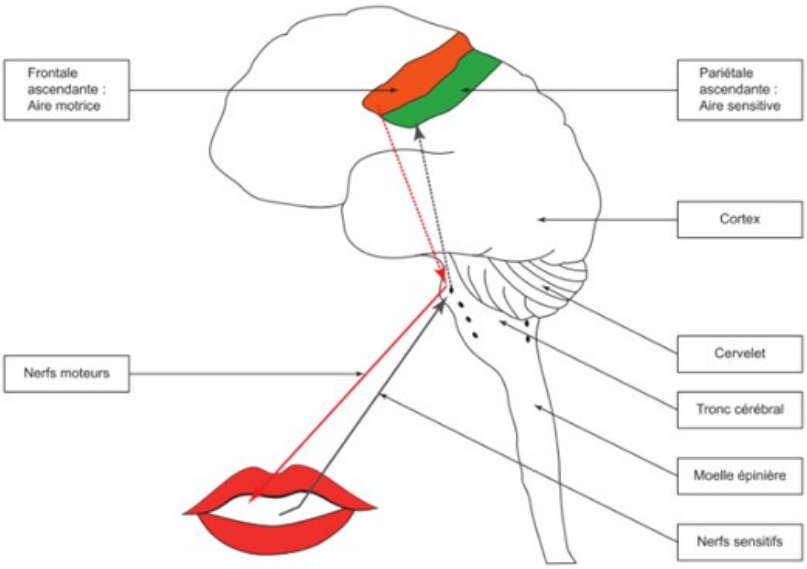


Figure n°1 : Corticalisation de la déglutition (Senez, 2015)

La coordination de la succion-déglutition met en jeu l'activité synchrone de muscles striés innervés par les cinq nerfs crâniens (trijumeau (V), facial (VII), glossopharyngien (IX), vague ou pneumogastrique (X), grand hypoglosse (XII)). Les noyaux de ces nerfs et les structures

interneuronales assurant leur coordination sont situés dans le tronc cérébral (Abadie, Champagnat, Fortin, & Couly, 1999). L'information sensitive circule grâce à ces nerfs afin de déclencher une réponse motrice.

L'oralité primaire, réflexe et automatique, à force d'entraînement va laisser place à l'oralité secondaire, praxique et volontaire, par la mémorisation corticale. Les expériences de tétées répétitives permettent ce passage de l'oralité primaire à secondaire par renforcement des réseaux cérébraux.

d. Les réflexes oraux

Le nouveau-né est équipé de nombreux réflexes dès la naissance qui lui permettent de s'alimenter, ils sont d'origine sous-corticale et sont inhibés pour devenir volontaires vers 3-4 mois (Notariis, Macri, Thébaud, & Veilleux, 2008). Senez a décrit les réflexes primaires du nouveau-né (Senez, 2015) :

Réflexe de fouissement : le bébé oriente sa tête du côté de la joue stimulée par frottement. Ce réflexe correspond à un automatisme de recherche du mamelon.

Réflexe des points cardinaux : il est précédé du réflexe de fouissement. La stimulation des lèvres provoque leur retroussement et une avancée de la langue. Le bébé peut ainsi prendre le mamelon en bouche et le téter.

Réflexe d'orientation de la langue : la langue se dirige du côté de la stimulation. Ce réflexe aurait une valeur prédictive de la mastication future.

Réflexe de pression alternative : ce réflexe consiste en une ouverture et fermeture verticale de la mandibule permettant de faire jaillir le lait du mamelon. Il fait partie de la succion.

Réflexe de succion : il est déclenché par stimulation des récepteurs tactiles péri-buccaux, accompagnée d'afférences sensorielles gustatives, olfactives et hormonales (Abadie, 2004). Il se déclenche par exemple quand le mamelon est introduit dans la bouche.

Réflexe de toux : il vise à protéger les voies aériennes supérieures des fausses-routes. Seul ce réflexe n'est pas inhibé par la maturation neurologique et perdure tout au long de la vie.

e. Les troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire sont également appelés trouble du comportement alimentaire ou dysoralité. Ces troubles correspondent à « *des difficultés à s'alimenter par voie orale de manière adaptée et en quantité suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur* » (Leblanc, 2014). On peut repérer ces troubles par l'absence de comportement d'alimentation, en cas de refus d'alimentation ou par des difficultés d'alimentation (enfant avec un petit appétit, conflits autour de l'alimentation…). Chez l'enfant, ils peuvent avoir un impact sur l'évolution psychomotrice, langagière et affective.

Les causes de troubles de l'oralité alimentaire sont multiples, ils peuvent être secondaires à une pathologie digestive ou extradigestive. Ils peuvent être causés par des anomalies congénitales de la déglutition (dysfonctionnement du tronc cérébral, pathologies syndromiques) ou des pathologies acquises de la déglutition. Des traumatismes précoces peuvent également être à l'origine de troubles de l'oralité alimentaire comme la prématurité, la réanimation et la bronchodysplasie pulmonaire (Thibault, 2017). On peut également retrouver des troubles psychoaffectifs causant des troubles de l'oralité.

Il est important de souligner que les troubles de l'oralité viennent se greffer sur une sensibilité exacerbée chez les bébés prématurés. Nous continuerons d'aborder les troubles de l'oralité chez les bébés prématurés hospitalisés plus précisément dans la partie prématurité (4-b).

2. L'alimentation

a. Aspects sensoriels de l'alimentation

De nombreux travaux se sont intéressés à la sensorialité dans l'alimentation. Certains principes peuvent être dégagés de ces recherches. On remarque dans un premier temps que les systèmes sensoriels fonctionnent dès les périodes fœtales et néonatales, malgré l'immaturité des structures nerveuses. Les compétences perceptives infantiles sont cependant différentes de

celles des adultes, elles reposent sur des mécanismes de sensibilisation, de familiarisation et d'apprentissage. Les apprentissages peuvent être établis dans différents contextes d'interaction, comme la tétée ou le repas. Certaines périodes sensibles sont plus propices à ces apprentissages, elles sont encore mal définies dans le domaine de l'alimentation mais on sait que l'expérience sensorielle induit des effets à long terme dans les domaines perceptifs ou cognitifs (Schaal, 2010).
La période des 1000 premiers jours de vie est identifiée comme étant cruciale dans le développement de l'enfant. Une bonne nutrition est nécessaire du début de la grossesse aux deux ans de l'enfant pour éviter la malnutrition (Branca & Lartey, 2016). De plus, cette période est marquée par un grand nombre de changements d'alimentation (cordon ombilical, lait, diversification alimentaire) pendant lesquels l'enfant va apprendre à manger correctement pour subvenir à ses besoins.

Le stimulus alimentaire peut avoir plusieurs natures, il peut être visuel, tactile, thermique, chimique et auditif. On parle de sensorialité quand on évoque les stimuli chimiques de l'olfaction et de la gustation. Ces stimulations sont assurées par la liaison d'une molécule chimique contenue dans l'aliment avec un récepteur des cellules olfactives ou gustatives (Boggio & Monnery-Patris, 2010). Thibaut précise que « *c'est la juxtaposition de la stimulation gustative et de la stimulation olfactive qui donne le goût complet de l'aliment* » (Thibault, 2017).

Olfaction

Les molécules odorantes peuvent être perçues par deux voies :

- La voie orthonasale, par les narines, les molécules sont alors appelées odeurs ;
- La voie rétronasale, par le pharynx, elles sont dans ce cas appelées arômes.

Ces molécules se fixent sur les récepteurs olfactifs (l'épithélium olfactif et le bulbe olfactif) qui envoient l'information sous forme électrique au cerveau.

Le fœtus percevrait les variations olfactives intra-utérines à partir du troisième trimestre de gestation. C'est également en fin de grossesse que le placenta devient plus perméable et permet au fœtus de sentir et goûter les composés de l'alimentation maternelle.

A la naissance, le bébé est guidé par l'olfaction vers le mamelon de la mère, le colostrum ayant des caractéristiques odorantes communes avec le liquide amniotique. L'olfaction représente donc un lien entre le milieu intra-utérin et le milieu extérieur.
Les capacités olfactives du bébé sont donc déjà développées à la naissance, il est capable de reconnaître le lait de sa mère à celui d'une autre mère, cette reconnaissance est également possible chez le bébé prématuré. De plus, il peut exprimer l'attraction ou le rejet de certaines odeurs dès trois jours après la naissance (Thibault, 2017).

Gustation

On relève deux organes du goût :

- Les chimiorécepteurs : la langue est constituée de papilles gustatives calciformes, foliées et fongiformes. Ces papilles reconnaissent les substances chimiques sucrée, salée, amère, acide et umami (goût de glutamate de sodium qui aurait un rôle dans le développement de la mémoire, de la plaque motrice et du goût).
- Les mécanorécepteurs : les papilles filiformes font intervenir la sensibilité tactile, aux pressions et profonde. Elles assurent la reconnaissance des aliments en identifiant leur température, leur consistance et leur texture (Senez, 2015).

Ces récepteurs associés à ceux de l'olfaction permettent de constituer le goût.

Le système gustatif se met en place dans le milieu intra-utérin, on voit apparaître des pores gustatifs (qui permettent l'accès au goût) dès la seizième semaine de grossesse. Le système est alors considéré comme fonctionnel. Le fœtus peut donc percevoir les variations de saveurs du liquide amniotique qu'il déglutit.
Des études ont montré que les bourgeons du goût envoyaient des informations au cortex cérébral autour de 26 SA.

Le prématuré discrimine certaines saveurs et réagit différemment si la saveur est sucrée (modification de la succion interprétée positivement), amère (ralentissement de la succion) ou acide (accroissement de la salivation et haut-le-cœur). Le nouveau-né à terme manifeste également de façon cohérente et analysable ses perceptions des saveurs par des mimiques faciales (Schwartz, Nicklaus, & Boggio, 2010).

b. Enjeux psychologiques de l'alimentation

Avant d'évoquer l'alimentation, il est nécessaire d'aborder la place de la bouche dans le développement du bébé. Dès la naissance, elle représente une zone d'explorations perceptuelles du monde très développée, c'est par le biais de la bouche que le nouveau-né entre en relation avec son environnement de manière sensorielle et affective, notamment par le nourrissage qui représente le lien unissant la mère et l'enfant après la naissance.
L'alimentation pour le bébé correspond dans un premier temps au passage d'un état de déplaisir à un état de quiétude. Il découvre au fil des tétées les plaisirs associés à la réplétion comme le holding, la voix, le toucher ou l'odeur de sa mère (Simas & Golse, 2015).

Dans les premiers mois de vie, les émotions du bébé sont le plus souvent liées à l'alimentation. Trois types d'émotions sont plus particulièrement exprimés par le bébé : la satisfaction, l'intérêt et l'insatisfaction. Elles sont reconnues par la mère et permettent d'établir une communication entre elle et son bébé. Par ces situations d'interaction avec sa mère, le bébé va découvrir les plaisirs moteurs et sensoriels autour de sa bouche et sa personnalité commencera à se développer (Thibault, 2017).

De plus, la bouche et plus particulièrement l'oralité alimentaire ont un rôle important quant à la définition des limites, on peut évoquer la différence entre dedans et dehors, entre soi et non soi ou encore entre besoin et désir (Simas & Golse, 2015). L'alimentation avec son cadre et ses règles représente également le début des processus de différenciation et de structuration de l'enfant (Thibault, 2017).

c. Importance de l'oralité verbale

L'oralité est constituée de deux versants qui se construisent conjointement : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. L'oralité verbale revêt de nombreuses facettes, elle correspond à la façon de chacun de communiquer et d'entrer en relation. Chez le bébé elle se manifeste par des cris, des vocalises mais aussi par des échanges de regards ou des mimiques. Plus tard, elle concerne le langage. Elle se rapporte également au bain de langage adressé par l'adulte au bébé. Pendant le développement de l'enfant, l'oralité alimentaire passe de primaire à secondaire en même temps que l'oralité verbale passe des cris et vocalisations réflexes au babillage (Thibault, 2017). On peut parler d'une co-construction entre l'oralité alimentaire et

l'oralité verbale. Les deux oralités empruntent le même chemin anatomique, chacune dans un sens, l'oralité alimentaire par ingestion et l'oralité verbale par émission. Elles utilisent également les mêmes voies neurologiques et les mêmes organes et muscles. Couly ajoute que l'oralité alimentaire suscite et structure le langage oral. Il explique la simultanéité de l'apparition du langage parlé et de l'oralité secondaire par la maturation et l'organisation du cortex cérébral (Couly, 2017).

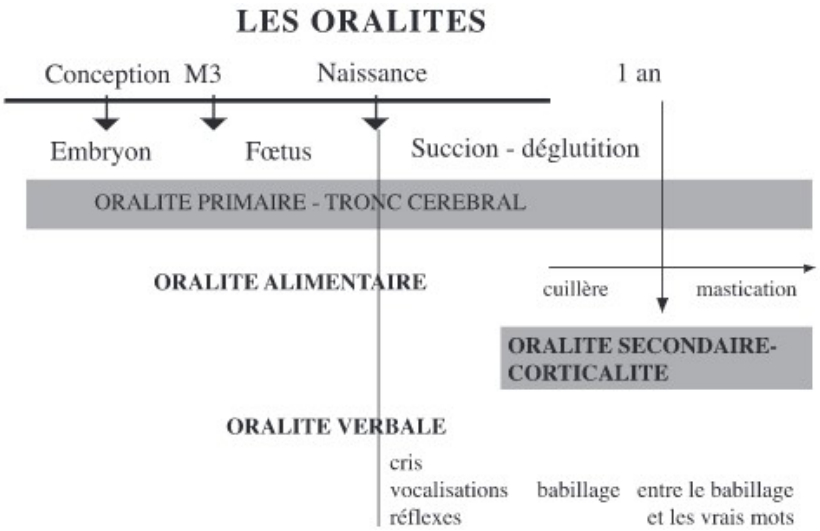


Figure n°2 : Les oralités (Thibault, 2017)

Pendant l'alimentation, l'oralité verbale tient un rôle important, elle correspond au bain verbal que le parent adresse à son bébé pendant qu'il le nourrit. Elle a un rôle essentiel de contenance du bébé et permet au parent d'entrer en relation avec son enfant. Les premiers échanges entre parent et bébé s'effectuent dans ces moments de nourrissage.

Une naissance prématurée va perturber les oralités alimentaire et verbale et les expériences liées à l'alimentation ne pourront s'effectuer dans les mêmes conditions que lors d'une naissance à terme. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la succion-déglutition du bébé prématuré est immature à sa naissance par manque d'expérimentation durant la vie embryonnaire, cet élément est primordial dans sa prise en charge, par manque de rodage, il devra apprendre la succion-déglutition dans le milieu extra-utérin. Nous verrons par la suite que l'alimentation représente un enjeu majeur dans l'hospitalisation des bébés prématurés.

3. La prématurité

a. Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prématurité comme une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues (OMS, 2017).

On peut diviser la prématurité en quatre catégories (Goldenberg, Culhane, Iams, & Romero, 2008) :

- L'extrême ou très grande prématurité : avant 28 SA ;
- La grande prématurité : entre 28 et 31 SA ;
- La prématurité modérée : entre 32 et 33 SA ;
- La prématurité tardive : entre 34 et 36 SA.

b. Prévalence

En France, en 2010, l'enquête nationale périnatale Épipage 2 relevait 60 000 naissances prématurées par an, soit 7,4% des naissances, dont 12 000 naissances avant 32 SA. La répartition des naissances est de 5,9% entre 32 et 36 SA et 1,5% avant 32 SA.
Dans le monde, le taux de prématurité s'élevait à 11,1 % en 2010 soit environ 15 millions de naissances (Torchin, Ancel, Jarreau, & Goffinet, 2015).

c. Étiologies

On distingue deux types de prématurité : la prématurité spontanée et la prématurité induite. La prématurité spontanée correspond à une naissance survenant après un début de travail spontané ou à une rupture prématurée des membranes. La prématurité induite correspond quant à elle aux naissances provoquées par une césarienne avant le travail ou aux déclenchements de travail.

Foix-L'Hélias et al. ont défini des facteurs de risques significativement liés à la prématurité (Foix-L'Hélias, Ancel, & Blondel, 2000).

Pour la prématurité spontanée :

- Un faible poids avant la grossesse (< 50 kg) ;
- Une nulliparité ;
- Des antécédents obstétricaux ;
- Des antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Une surveillance prénatale insuffisante.

Pour la prématurité induite :

- Un âge supérieur ou égal à 35 ans ;
- Des antécédents d'IVG ;
- Des antécédents obstétricaux.

On peut ajouter des facteurs de risques de naissance prématurée portant sur le mode vie des femmes enceintes (Sentilhes et al., 2017) :

- Activité professionnelle supérieure à 40 heures par semaine ;
- Activité professionnelle physiquement éprouvante ;
- Consommation tabagique ;
- Troubles psychologiques (dépression, anxiété, stress maternel) ;
- Un délai de moins de 18 mois entre deux grossesses.

Il existe en plus des facteurs de risque médicaux aux naissances prématurées (INSERM, 2015) :

- Un diabète gestationnel ;
- Une hypertension artérielle maternelle ;
- Un retard de croissance grave du fœtus ;
- Des anomalies de l'utérus et du placenta comme un hématome rétroplacentaire (épanchement de sang entre le placenta et l'utérus qui provoque un décollement prématuré du placenta) ;
- Une grossesse multiple.

d. Conséquences

La prématurité a comme principale conséquence à court terme la mortalité néonatale. A plus long terme, les enfants prématurés risquent de développer des handicaps moteurs et des

déficiences intellectuelles. Il est important de noter que plus la naissance est précoce plus les troubles sont importants.
L'étude Épipage 2 a relevé le niveau de handicap à 30 mois des enfants nés prématurément. Chez ces enfants, ont été relevés des troubles moteurs, des troubles cognitifs, des troubles langagiers, des déficits sensoriels et des troubles respiratoires. Les troubles étaient d'autant plus importants que l'âge gestationnel de naissance était faible. Dans la population des enfants nés avant 26 SA, 50% ne présentaient aucune déficience contre 30% chez les enfants nés avant 23 SA (Torchin et al., 2015).

Impact sur le développement neurocognitif

Selon une étude rapportée par Lejeune et Gentaz, les enfants prématurés présentent un score de quotient intellectuel (QI) inférieur aux enfants nés à terme (enfants testés entre 5 et 16 ans). Les enfants prématurés ont donc des capacités intellectuelles générales plus faibles mais il semble important de spécifier les domaines qui leur posent le plus problème tels que l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives (Lejeune & Gentaz, 2015).

Les enfants prématurés ont plus souvent des difficultés attentionnelles que les enfants nés à terme. Ces difficultés sont d'autant plus importantes que l'enfant est né tôt. De plus, une recherche par imagerie cérébrale a montré que les enfants prématurés présentaient des scores de TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité) plus élevés que les enfants nés à terme. Les auteurs posent l'hypothèse que les enfants prématurés présenteraient une forme spécifique de TDAH, causée par des événements périnataux influençant le développement du cerveau (Indredavik et al., 2005).

La mémoire est également déficitaire chez les enfants nés prématurément, des études ont montré que ces enfants présentaient des déficits en mémoire de travail et des difficultés en mémoire verbale et visuelle (Lejeune & Gentaz, 2015).

De nombreuses recherches ont été menées pour explorer l'impact de la prématurité sur le développement des fonctions exécutives. Lejeune et Gentaz en ont fait une synthèse, il en ressort que les enfants prématurés présentent des performances plus faibles que les enfants nés à terme. Plus spécifiquement, les domaines touchés sont l'inhibition, la flexibilité, la planification, la mémoire de travail (évoquée précédemment) et la fluence verbale (Lejeune &

Gentaz, 2015). Les anomalies cérébrales sont d'autant plus importantes que le poids de naissance est faible (Taylor et al., 2011).

Impact sur le développement de l'oralité alimentaire

Une naissance prématurée conduisant à une hospitalisation dans un service de néonatologie implique des soins invasifs au niveau de la sphère oro-faciale des bébés. Ces soins ne restent pas toujours sans conséquence et peuvent avoir un impact sur le développement de l'oralité alimentaire future de ces bébés.

Thibault relève que 40 à 70% des enfants prématurés présentent des difficultés alimentaires dans l'enfance et 1 à 2% d'entre eux présentent des troubles du comportement alimentaire (Thibault, 2017).

Les troubles du comportement alimentaire peuvent donc trouver leur origine dans l'hospitalisation des bébés. En effet, les bébés hospitalisés sont parfois privés d'expérimentation orale, les nombreux traumatismes subis peuvent mener à un investissement négatif de leur sphère orale, la nutrition artificielle perturbe le rythme faim/satiation/satiété et la perturbation du lien parent-enfant (développée dans la partie 4-a) participe à la perturbation de l'oralité (Thibault, 2017).

Les bébés prématurés hospitalisés en néonatologie sont souvent alimentés par voie non orale. Ces bébés sont donc privés d'expériences sensori-motrices essentielles à la prise alimentaire. Les performances de succion sont affectées par le court-circuitage de la phase orale de l'alimentation. Les expériences de succion amorcées en période fœtale sont mises de côté par l'alimentation non orale, il en résulte une succion moindre et instable chez ces bébés.
Le fait de ne pas s'alimenter per os prive l'enfant des stimulations chimio-sensorielles associées à l'alimentation. Le bébé ne sent ni ne goûte ce qui le nourrit, le déroulement du repas ne peut donc pas être intégré, l'enfant n'associe pas la réplétion au fait d'avoir ingéré un aliment senti et goûté auparavant (Schaal & Goubet, 2010).

Thibault rappelle que « *l'hypersensibilité buccale* [et] *les difficultés praxiques entraînant les difficultés de mastication sont favorisées par l'alimentation et la ventilation artificielles prolongées* » (Thibault, 2017). On peut ajouter à ces constatations que la durée de

l'alimentation et de la ventilation artificielles influence également négativement les praxies buccales et le développement du langage (Delfosse, Soulignac, Depoortere, & Crunelle, 2006).

Une étude basée sur un questionnaire pour des parents d'enfants prématurés a mis en évidence les difficultés alimentaires que peuvent présenter les bébés prématurés en grandissant (Delfosse et al., 2006). Ces difficultés sont retrouvées dans différents domaines :

- La succion : 29% des enfants présentent un trouble de succion ;
- L'hypersensibilité de la bouche : la consistance des aliments reste un problème pour 13% des enfants ;
- Le passage à la cuillère : cette étape est difficile pour 27% des enfants, le passage aux morceaux pose problème à 44% des enfants prématurés ;
- Le plaisir alimentaire : 36 % des enfants ne prennent aucun plaisir à se nourrir, de plus, des comportements déviants sont observés comme ne pas pouvoir manger en l'absence de ses parents, en dehors de chez soi ou une lenteur dans la prise alimentaire.

Les troubles de l'oralité alimentaire précèdent fréquemment les troubles du langage oral. Une prise en charge précoce de l'oralité alimentaire pourrait permettre de réduire les difficultés verbales futures des enfants prématurés (Gourrier, 2010).

Impact sur le développement de l'oralité verbale

Thibault a relevé à partir des données de la littérature des déficits dans le domaine de l'oralité verbale chez les enfants nés prématurément (Thibault, 2017). Différents domaines ont été analysés :

- L'articulation : un niveau plus faible est mis en évidence chez les enfants prématurés par rapport aux enfants nés à terme ;
- Le lexique : des productions moins variées et un retard d'acquisition du lexique, un accès au lexique perturbé (difficultés en dénomination et en conduite de définition), des difficultés de détection de phrases sémantiquement incorrectes et une lenteur d'idéation ;
- La syntaxe : une syntaxe plus pauvre et des difficultés à comprendre les règles grammaticales.

Les enfants nés prématurément présentent donc plus de risques de développer des troubles d'articulation, lexicaux et syntaxiques que les enfants nés à terme.

Impact sur le développement émotionnel et social

Des études se sont intéressées aux émotions des enfants prématurés à différents âges, elles ont mis en évidence une plus forte réactivité émotionnelle chez ces enfants (notamment à la peur et la frustration). Le questionnement de parents d'enfants prématurés a révélé davantage de problèmes internalisés (anxiété et dépression) ainsi que de plus faibles compétences socio-émotionnelles (comme la compliance, la motivation, l'imitation et l'empathie) chez ces enfants (Lejeune & Gentaz, 2015).

4. Le parcours de l'enfant prématuré : l'hospitalisation en néonatologie

Lors d'une naissance prématurée, le bébé suit un parcours particulier qui mène à une hospitalisation en néonatologie. Cette hospitalisation crée une rupture entre le bébé et sa mère. De plus, l'oralité du bébé est perturbée par les dispositifs et soins mis en place pour lui permettre de survivre. Pour préserver au mieux le bien-être des nouveau-nés hospitalisés et de leurs parents, les hôpitaux mettent en place des soins de développement qui seront décrits ci-après.

a. Perturbation du lien parent-enfant

La naissance prématurée interrompt la grossesse à un moment inattendu, la préparation physique et psychique de la mère à accueillir son enfant est elle aussi interrompue. Le lien qui commençait à se créer entre la mère et son bébé est perturbé. L'hospitalisation en néonatologie et les soins médicaux qui l'accompagnent conduisent les parents à s'ajuster, leur relation avec leur bébé n'est pas la même que celle attendue avec un bébé né à terme. La naissance prématurée peut faire naître chez les parents un sentiment de ne pas être en mesure de protéger leur enfant, Lejeune et Gentaz ont montré que les mères ont davantage de peurs irrationnelles quant à la santé de leur bébé et qu'elles font plus de dépressions post-natales (Lejeune & Gentaz, 2015).

Les liens d'attachement entre les parents et leur bébé prématuré ne peuvent se construire de la même façon qu'avec un bébé né à terme, les parents sont séparés de leur bébé là où ils devraient être rassemblés. L'hospitalisation en néonatologie empêche les parents de manifester des comportements de *caregiving* (capacité du parent à répondre adéquatement aux besoins d'attachement de son enfant) nécessaires à la mise en place d'un lien d'attachement entre le bébé et ses parents. Les mères peuvent se sentir limitées dans leurs interactions avec leur bébé et ont parfois le sentiment de ne pas pouvoir développer de lien émotionnel avec lui. Il est donc nécessaire que les équipes médicales accompagnent ces parents démunis pour les aider à s'adapter à l'environnement médical. Cela peut permettre aux parents de mener à bien leur rôle de protection parentale et d'assurer une proximité avec leur bébé (Bekhechi, Dubois de Bodinat, & Guédeney, 2014).

b. Perturbations de l'oralité

L'enjeu majeur de la prise en charge des bébés prématurés étant la survie, de nombreux soins vitaux sont nécessaires, ceux-ci perturbent l'oralité du nouveau-né en provoquant de nombreuses *dystimulations* qui entravent le développement sensori-moteur du bébé (Ratet, Touzet, Demouy, & Da Costa, 2017).

Comme nous l'avons évoqué précédemment (voir partie 3-d sur les conséquences de la prématurité) l'hospitalisation en néonatologie peut induire des troubles du comportement alimentaire chez les bébés prématurés par privation d'expérimentations orales, à cause de traumatismes ou encore suite à une alimentation non orale prolongée. Rappelons que ces dystimulations s'ajoutent à une sensibilité exacerbée chez le bébé prématuré.

L'hospitalisation des bébés prématurés en néonatologie participe donc à la perturbation des oralités alimentaire et verbale. Ces constatations mènent les équipes médicales à faire évoluer leurs pratiques autour de l'oralité des nouveau-nés pour limiter l'impact de l'hospitalisation. Les soins de développement s'inscrivent dans cette dynamique d'évolution vers un meilleur confort du bébé hospitalisé.

c. Soins de développement

Les soins de développement visent à préserver le confort du nouveau-né hospitalisé en réduisant son stress et à améliorer son développement ultérieur. Ils s'appuient sur des techniques non médicamenteuses de nature environnementale et comportementale. Ces techniques peuvent être utilisées seules ou intégrées dans un programme (Ratynski & Minguy, 2014).

Techniques de soins de développement

Ratynski et Minguy ont décrit les différentes techniques de soins de développement (Ratynski & Minguy, 2014) :

La succion non-nutritive (SNN) : elle est déclenchée par l'utilisation d'une tétine ou par l'odeur du lait maternel. Elle fait partie des techniques de traitement de la douleur. Elle favorise également la transition entre alimentation par sonde et biberon. De plus, elle permet de diminuer la durée d'hospitalisation des bébés prématurés.

L'enveloppement : on distingue deux techniques d'enveloppement, l'emmaillotage avec un lange et l'enveloppement avec les mains. L'emmaillotage permet comme la SNN de diminuer la douleur, il favorise l'endormissement et la durée de sommeil, il améliore le développement neuromusculaire et l'organisation motrice et il aide les compétences d'auto-régulation. L'enveloppement avec les mains permet quant à lui de réduire le stress et de favoriser les comportements d'auto-régulation. Cet enveloppement peut s'observer en néonatologie, les bébés sont enroulés et maintenus grâce à des coussins. Cette position de regroupement favorise une sécurité pour le bébé et rapproche les mains de la bouche pour lui permettre d'explorer sa sphère oro-faciale.

La musique : cette technique n'est actuellement pas recommandée en utilisation routinière. Certaines études ont cependant démontré des effets bénéfiques de la musique sur les performances de succion, l'alimentation, la saturation en oxygène, la prise de poids et la durée de séjour.

Le peau à peau : il a un impact positif sur la stabilité physiologique et motrice, la protection du sommeil, l'allaitement maternel et l'attachement. Cette technique associe le soutien postural, l'enveloppement, la SNN et des stimulations sensorielles naturelles (auditives, olfactives, gustatives).

Les massages : ils correspondent aux toucher, caresses et manipulations permettant des perceptions cutanées, proprioceptives, vestibulaires et sensorielles. Ils ont un impact positif chez les nouveau-nés à terme ou proche du terme sur la prise de poids, la durée d'hospitalisation, la digestion, les réponses au stress et la douleur. Actuellement, ils ne sont cependant pas recommandés dans la prise en charge des bébés prématurés, particulièrement sensibles au toucher, car ils peuvent déclencher des réponses négatives (sursaut, pleurs, évitement, désaturation en oxygène…) (Browne, 2014).

Programmes de soins de développement

NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) : ce programme se base sur l'observation du comportement du bébé. Par cette observation, les soignants élaborent un programme de soins et de recommandations spécifique à chaque enfant, qui respecte son niveau de tolérance aux interventions thérapeutiques et son rythme biologique. Les parents sont intégrés aux soins de leur enfant, le but étant d'éviter la séparation d'avec leur bébé. Les techniques de soins de développement sont intégrées dans ce programme et permettent la meilleure prise en soin possible des nouveau-nés (Haumont, 2014).

« Hôpital ami des bébés » : développé par l'OMS, ce label est décerné aux maternités respectant des critères précis permettant de favoriser l'allaitement maternel, de respecter les rythmes et besoins du bébé et de favoriser le contact et la proximité entre les parents et leur enfant. Ce programme utilise notamment la technique du peau à peau pour accompagner les mères et leur bébé (Zaoui-Grattepanche & Petit, 2014).

Méthode Mère Kangourou (MMK) : cette méthode associe le contact peau à peau, l'allaitement exclusif et un suivi adapté du bébé. Elle débute par un portage intermittent lorsque le bébé est hospitalisé en réanimation et peut aller jusqu'au portage continu dans les unités kangourou ou en chambre mère-enfant (Zaoui-Grattepanche, 2014).

Approche sensori-motrice : développée par Bullinger, cette approche consiste en des soins de soutien au développement sensori-moteur des bébés hospitalisés, ils peuvent être poursuivis chez les enfants de tous âges. En néonatologie, ils sont effectués en collaboration avec les parents. Cette approche associe l'ajustement tonico-émotionnel entre l'adulte et l'enfant, le respect de l'état de vigilance et l'ajustement au rythme de l'enfant, l'adaptation et le soutien des postures, des sollicitations sensorielles et le maintien de l'activité orale (Martinet-Sutter, 2014).

Ces différentes techniques et ces programmes permettent de préserver le bien-être du bébé hospitalisé en néonatologie. Les soins de développement sont utilisés par les équipes soignantes pour proposer des stimulations cohérentes et harmonieuses en respectant le bébé et en intégrant les parents à sa prise en soin. Leurs bénéfices sont multiples et leur mise en place est recommandée dans les services hospitaliers (Ratynski & Minguy, 2014).

Outils d'observation des bébés

Dans un service de néonatologie, il semble difficile de protocoliser l'observation des nouveau-nés. En effet, chaque soignant possède un bagage de connaissances, d'expériences et d'outils pour observer les bébés. Chacun exerce donc son propre protocole dans l'observation des bébés. Il existe cependant des outils standardisés pour l'observation des bébés comme l'Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN), la Fleur de lait et le Score de comportement alimentaire.

L'EDIN (Annexe 1) a été créée pour évaluer la douleur prolongée du nouveau-né. Cette échelle a été initialement développée dans des services de néonatologie (un service de soins intensifs et un service conventionnel) où il est reconnu que les bébés ressentent régulièrement de la douleur. L'EDIN a pour but d'évaluer la douleur du nouveau-né de manière objective par l'observation du visage, du corps, de la qualité du sommeil, de la relation à l'autre et du besoin de réconfort (Debillon, Zupan, Ravault, Magny, & Dehan, 2001). Cette échelle a été validée par la suite sur une population de nouveau-nés à terme en maternité (Bordin, Leclaire, & Demeester, 2012). Cette échelle représente donc un outil d'évaluation objective de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né qu'il soit né prématurément ou à terme, elle peut donc être utilisée par tous les soignants travaillant auprès de nouveau-nés.

Pour l'observation du bébé en situation d'alimentation, il existe un outil : la Fleur de lait (Annexe 2). Cette Fleur de lait est destinée aux parents et aux soignants de bébés prématurés alimentés au sein. Elle permet d'évaluer les compétences au sein du bébé en se basant sur l'observation du fouissement, de la prise du sein, de l'accrochage au sein, de la succion, des salves de mouvements de succion et de la déglutition. Chaque catégorie est divisée en sous-compétences. Les parents ou les soignants colorient les cases en fonction des performances du bébé pendant la tétée. Cette présentation sous forme de « fleur » permet à chacun de voir les compétences du bébé, l'équipe peut ainsi accompagner au mieux les parents et leur bébé. Une fois la fleur coloriée en entier, le bébé est autonome pour téter au sein (Petit & Grattepanche, 2012).

Il existe un second outil clinique créé par Petit pour l'observation du nourrisson en situation d'alimentation : le Score de comportement alimentaire (Annexe 3). Cet outil n'a pas fait l'objet d'une publication scientifique mais est présenté en formation aux puéricultrices et est utilisé par une partie du personnel en néonatologie. Il se base sur l'observation de l'état végétatif du bébé, de son tonus, de ses expressions faciales, de son état de vigilance et son interaction et de son système digestif pour définir si la tétée se déroule correctement.

5. L'alimentation du bébé prématuré

A la naissance d'un bébé, les parents ont le choix dans les moyens de nourrir leur enfant, ils peuvent opter pour un allaitement au sein ou au biberon. Comme nous l'avons évoqué précédemment, une naissance prématurée et une hospitalisation en néonatologie perturbent l'alimentation du bébé, l'allaitement au sein ou au biberon reste tout de même possible. Cependant, si le bébé n'est pas en mesure de se nourrir par la bouche, les médecins pourront proposer des techniques de nutrition passive.

De plus, dans le cas d'allaitement au sein, les équipes de néonatologie disposent de différents moyens pour nourrir le bébé quand la mère est absente sans utiliser de biberon, nous évoquerons ici le dispositif d'aide à la lactation ou dispositif d'aide à l'allaitement (DAL), le doigt paille, la tasse et la seringue.

a. Alimentation passive

Les techniques d'alimentation passive peuvent être utilisées seules ou en complément d'une alimentation active dans le cas où le bébé n'est pas capable de prendre une ration complète par la bouche par exemple.

Nutrition parentérale (NP)

Chez les enfants nés avant 34 SA, la NP est recommandée dès la naissance pour satisfaire les besoins nutritionnels du bébé. Au-dessus de 34 SA, la NP est mise en place dans le cas de restriction de croissance intra-utérine (RCIU) ou de pathologie périnatale limitant la progression des apports entéraux (Millet, Lacroze, & Simeoni, 2012). De plus, la NP est indiquée dans les cas où l'alimentation par voie digestive est mal tolérée ou dangereuse, quand l'enfant présente une insuffisance intestinale ou dans les cas de dénutrition.

L'administration de mélanges nutritifs en NP se fait par voie intraveineuse. Par une perfusion intraveineuse périphérique quand celle-ci dure moins d'une semaine et en complément d'une autre forme d'alimentation, ou par un système veineux à haut débit pour une NP exclusive ou prolongée (Colomb & Duval, 2016).

Nutrition entérale (NE)

Le passage à la NE est envisagé dès que possible quand l'enfant était sous nutrition parentérale. Elle est indiquée en première intention dans les cas de pathologies digestives avec diminution des capacités d'absorption et de digestion, de pathologies du temps oro-œsophagien, de trouble du comportement alimentaire, de succion inefficace, de maladie métabolique et des affections extradigestives induisant une augmentation des besoins caloriques. Elle doit être envisagée préférentiellement en cas de dénutrition.

L'administration des solutions nutritives se fait par une sonde directement dans l'estomac ou dans l'intestin grêle proximal (plus rarement). Cette administration peut passer par deux voies : la sonde nasogastrique (SNG) et la gastrostomie (Dubern & Guimber, 2016).

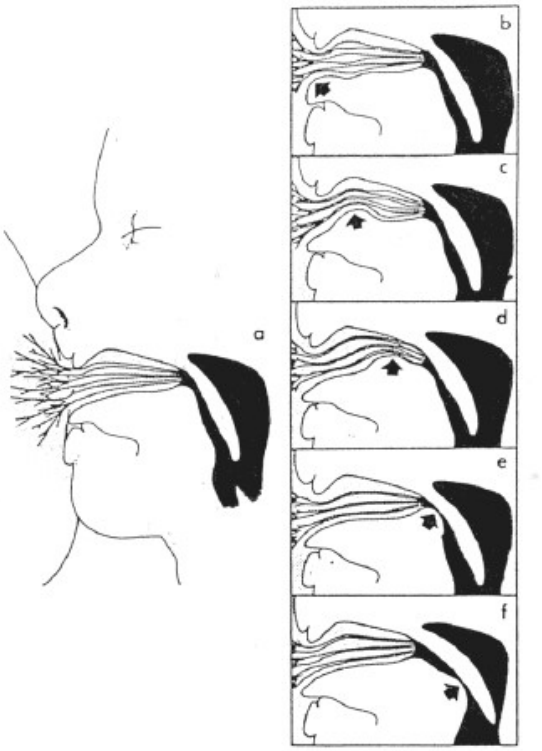
b. Alimentation active

Comme nous l'avons vu précédemment, l'alimentation active ou par la bouche peut-être mise en place dès 33 SA si le bébé possède une bonne coordination S-D-R. Il existe différentes possibilités pour permettre au bébé de se nourrir per os.

Allaitement au sein ou au biberon

La succion nutritive (SN) au sein et celle au biberon sont différentes, de nombreuses études ont démontré ces différences.

Pour téter au sein le bébé doit avoir la bouche grande ouverte, recouvrant une grande partie de l'aréole. Les lèvres sont totalement retroussées, étalées sur le sein, elles recouvrent presque totalement l'aréole. La langue s'avance au-dessus de la gencive inférieure, elle est positionnée en gouttière autour du bout de sein qui s'allonge dans la bouche jusqu'à la jonction entre le palais dur et le palais mou. Elle effectue des mouvements horizontaux et ondulants (Thirion, 2014). Les salves de succion au sein sont longues, régulières, amples et symétriques. La pression intrabuccale générée par la succion est moins importante qu'au biberon, cela pourrait s'expliquer par le réflexe d'éjection du lait suscité par la stimulation du sein (Mizuno & Ueda, 2006). Les mouvements de la mâchoire sont plus petits que lors d'une tétée au biberon (Aizawa, Mizuno, & Tamura, 2010). Le bébé respire pendant les salves de mouvements de succion.



<u>Figure n°3</u> : Mécanisme de succion au sein (Woolridge, 1986)

Pendant <u>la tétée au biberon</u>, l'ouverture de la bouche est moins importante. Les lèvres sont projetées vers l'avant pour enserrer hermétiquement la tétine. La langue se place en gouttière sous la tétine et y effectue des mouvements de pression verticalement. Elle reste dans la bouche et n'est pas sortie comme au sein (Thirion, 2014). Les salves de succion sont plus courtes et moins rythmiques. Les bébés font autant de pauses qu'au sein mais celles-ci sont plus longues (Moral et al., 2010). Le bébé respire en lâchant la tétine qui reste tout de même dans sa bouche.

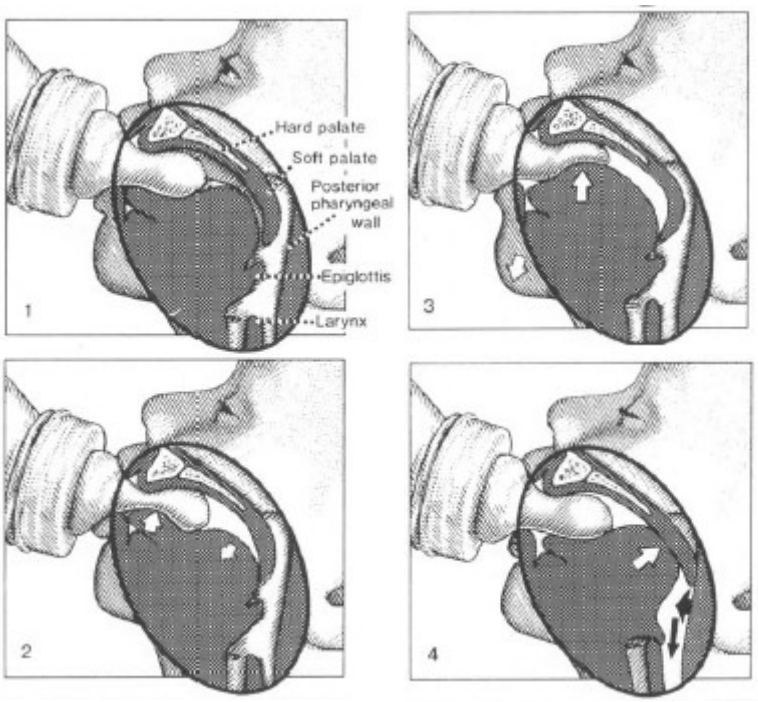


Figure n°4 : Mécanisme de la tétée au biberon (Bu'Lock, Woolridge, & Baum, 1990)

Moral et al. ont analysé les comportements de succion des bébés avec une alimentation mixte (au sein et au biberon), ils ont montré que ces bébés utilisaient des mécanismes de SN différents pour le sein et pour le biberon mais que ces différences étaient infimes. Les enfants avec une alimentation mixte utiliseraient les deux types de succion pendant l'apprentissage des succions et finiraient par développer leur propre pattern de succion (Moral et al., 2010).

DAL au sein

Dispositif d'aide à la lactation ou dispositif d'aide à l'allaitement (DAL) : une fine sonde reliée à un récipient contenant du lait est fixé sur l'aréole de la mère, le bébé tète le sein et la sonde en même temps. Ce dispositif permet au bébé de perfectionner sa technique de succion-déglutition sans lui demander trop d'effort, il peut ainsi ingérer une plus grande quantité de lait qu'au sein seul (Deheurles & Jallade, 2013). Avec ce dispositif, les soignants sont également en mesure de donner des compléments au bébé pendant la tétée.

Photo n°1 : Allaitement avec un DAL au sein (« La Leche League France - Allaitement et maternage »)

Quand la mère n'est pas là

Les bébés hospitalisés en néonatologie n'ont pas toujours leur mère près d'eux pour les allaiter au sein. Les équipes médicales ont des moyens à leur disposition pour permettre à l'enfant de s'alimenter sans avoir recours au biberon (le doigt paille, la tasse ou la seringue). De plus, lorsque des compléments au lait maternel sont nécessaires, il est recommandé de ne pas donner de biberons aux bébés allaités au sein, il est préconisé d'utiliser préférentiellement la tasse, la cuillère ou la seringue. Ces méthodes permettraient selon Pilliot de ne pas gêner le mouvement naturel de la langue (Pilliot, 2005).

DAL au doigt ou doigt paille : une paille reliée à un récipient contenant du lait est fixée sur le doigt d'un soignant ou d'un parent, le bébé tète le doigt et reçoit ainsi du lait. Cette technique se rapproche de la succion au sein et permet au bébé de se perfectionner (Deheurles & Jallade, 2013). En effet, pour téter le doigt, le bébé ouvre grand sa bouche, sa mâchoire inférieure est avancée et il place sa langue en gouttière en dehors de sa bouche. Les mouvements de langue et de mâchoire observés pendant que l'enfant tète le doigt sont semblables à ceux observés au sein.

La tasse est une méthode permettant aux bébés trop faibles ou immatures de se nourrir en attendant de pouvoir effectuer une tétée complète au sein. Elle permet également aux équipes médicales de nourrir le bébé en l'absence de sa mère. Avec ce mode d'allaitement, la tasse est inclinée devant la bouche de l'enfant pour que le lait touche ses lèvres, l'enfant sort sa langue et lape le lait. Cette action de la langue rejoint celle de la tétée au sein et n'entrave donc pas le bon déroulement de l'allaitement au sein. Une étude de Yilmaz a montré que les enfants allaités à la tasse à l'hôpital étaient allaités exclusivement au sein à leur sortie pendant une

période plus longue que les bébés nourris au biberon pendant leur hospitalisation (Yilmaz, Caylan, Karacan, Bodur, & Gokcay, 2014).

L'allaitement à la tasse est par ailleurs recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Unicef pour les enfants malades ou ayant un petit poids de naissance. En effet, cette méthode peut être utilisée très tôt chez le bébé prématuré, une étude de Lang a montré que des bébés de 30 SA pouvaient coordonner leurs mouvements de langue, déglutition et respiration en se nourrissant à la tasse (Lang, Lawrence, & Orme, 1994).

Photo n°2 : Allaitement à la tasse (« La Leche League France - Allaitement et maternage »)

Seringue : Cette méthode est recommandée dans l'allaitement des bébés avec fentes labio-palatines. Il a été montré que la seringue était une méthode plus simple à utiliser avec ces enfants. Elle permet en effet aux bébés de prendre un volume de lait plus important qu'avec d'autres méthodes d'allaitement dans un laps de temps plus court (Ize-Iyamu & Saheeb, 2011).

La littérature scientifique n'évoque pas l'utilisation de la seringue dans l'allaitement des bébés ne présentant pas de fente labio-palatine, elle est cependant très utilisée dans les services de néonatologie.

Pour téter à la seringue, le bébé place sa langue en gouttière, légèrement sortie, il tète le corps de la seringue. Il est acteur de sa succion et aspire le piston pour faire sortir le lait. La matière de la seringue (en plastique dur) et la forme des lèvres du bébé autour de celle-ci (contractées pour l'enserrer) n'évoquent cependant pas la succion au sein.

II. Problématique

L'alimentation du bébé prématuré est au cœur des préoccupations des équipes de néonatologie. Dans le processus d'hospitalisation, les parents sont parfois passifs face à l'alimentation de leur bébé, ils suivent les recommandations des médecins et des équipes mais ne prennent pas part aux décisions. Ils ne sont pas toujours en mesure de comprendre ce qui

leur est proposé et les raisons de ces propositions. Il semble donc important de rendre les parents acteurs de l'hospitalisation de leur bébé en leur donnant les clés pour comprendre les décisions prises par les médecins en matière d'alimentation, pour comprendre leur bébé et pour lui permettre d'atteindre l'autonomie alimentaire.
De plus, une demande du personnel soignant est d'être mieux informé quant à l'oralité et son observation pour accompagner au mieux les dyades mère-bébé.

A partir de ces constatations, un projet d'évolution des pratiques est prévu dans le service. Un groupe de travail a été crée pour accompagner les dyades mère-bébé vers l'autonomie alimentaire. Ce groupe de travail s'est donné pour mission d'élaborer un livret d'accueil des mères de bébés prématurés dans lequel l'apprentissage alimentaire du bébé serait explicité. L'intervention d'une étudiante en orthophonie a été imaginée pour accompagner les professionnels dans la définition de l'oralité et les moyens de l'observer. Les connaissances orthophoniques apportées pourraient être utilisées pour aider à la création du livret d'accueil.

III. Hypothèses

De cette problématique découlent deux hypothèses :

- L'apport de connaissances sur l'oralité et son observation devrait permettre aux professionnels de mieux comprendre les bébés pendant l'alimentation et de répondre de manière adaptée à leurs réactions.

- La création d'un livret d'accueil pour les mères autour de l'alimentation du bébé prématuré devrait leur permettre d'être actrices dans la prise en charge de leur bébé. Les équipes pourront ainsi collaborer avec les mères pour atteindre l'autonomie alimentaire de leurs bébés.

MÉTHODOLOGIE

I. Le service des soins intensifs

1. Le parcours du bébé hospitalisé

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Pellegrin comporte deux services de néonatologie : un service de néonatologie et réanimation situé au sein de la maternité et un service de néonatologie et soins intensifs situé à l'hôpital des enfants. Les nouveau-nés hospitalisés en néonatologie sont transférés en réanimation néonatale lorsque leurs paramètres vitaux sont engagés (intubation, problèmes de développement des poumons, nécessité de couveuse…). Ils sont orientés vers les soins intensifs lorsque leurs paramètres vitaux sont stabilisés. Il s'agit de nouveau-nés prématurés n'ayant plus besoin d'un soutien respiratoire (quel que soit leur âge gestationnel) ou bien de nouveau-nés à terme pour toutes les pathologies rencontrées (médicales ou chirurgicales).

Pour sortir de l'hôpital, les bébés doivent être capables de s'alimenter per os de façon autonome, ils ne doivent plus avoir de compléments par sonde. Quand un enfant prend correctement ses rations per os, la sonde nasogastrique est retirée et une surveillance de la bonne poursuite de l'autonomie alimentaire sans sonde et de la prise de poids est effectuée en hospitalisation pendant encore deux jours avant une éventuelle sortie au domicile. Si l'enfant n'a eu besoin d'aucun complément et n'a pas perdu de poids, il peut rentrer chez lui avec ses parents. Ce critère de sortie place l'alimentation au cœur des préoccupations des équipes soignantes et justifie la création d'un groupe de travail autour de cette problématique.

Dans les cas de grande prématurité, un suivi du bébé est proposé après la sortie de l'hôpital. Il est effectué par un médecin du service à l'hôpital. Si le bébé ne présente pas de pathologie particulière ou de prématurité, un courrier est envoyé par l'hôpital à son médecin traitant et la PMI (Protection Maternelle et Infantile) rattachée à son lieu de résidence est prévenue. Le suivi de l'enfant se fait par son médecin traitant et le recours au suivi hospitalier n'est pas indiqué.

2. Présentation du service

Nous avons effectué notre mémoire dans le service des soins intensifs qui comporte 27 lits pour accueillir les bébés hospitalisés. L'équipe soignante est composée d'une cadre de santé, de 17 auxiliaires de puériculture, de 50 puéricultrices, de 10 infirmières, de 4 médecins et de 2 internes en pédiatrie.

II. Procédure

1. Population

a. Critère d'inclusion

Le groupe de travail autour de l'alimentation porte sur toute la population des enfants prématurés hospitalisés dans le service des soins intensifs.

b. Critère de non inclusion

Par conséquent, les enfants nés à terme ne font pas partie des bénéficiaires du livret d'accueil.

2. Le groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré »

Le groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » a été crée à l'initiative du docteur Joly, médecin dans le service des soins intensifs néonataux de l'hôpital Pellegrin. Il regroupe :

- 11 puéricultrices
- 5 auxiliaires de puériculture
- 2 médecins dont la responsable du lactarium de l'hôpital
- 1 cadre de santé

Ce groupe de travail a différentes missions :

- Élaborer un livret d'accueil à destination des parents de bébés prématurés hospitalisés dans le service des soins intensifs
- Former le personnel à l'utilisation des outils d'observation des bébés pendant l'alimentation créés dans le cadre de ce groupe de travail (partie 3-c)

– Former le personnel sur les différents moyens de nourrir les bébés prématurés (tasse, seringue, DAL au doigt, DAL au sein, biberon, sein), ces différents moyens ayant été discutés en groupe et sélectionnés par les différents intervenants

Notre participation au groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » ne se limite donc pas à la création du livret et à l'information du groupe de travail mais a un objectif plus global de formation de l'ensemble du service et d'évolution des pratiques professionnelles.

3. Méthodologie

a. Cadre général

Nous avons été accueillis dans le service des soins intensifs pendant la période d'octobre 2017 à mai 2018, tous les mercredis après-midi. Pendant ces huit mois, différents temps ont été définis et sont présentés sur le calendrier ci-dessous.

Octobre	**Novembre**	**Décembre**	**Janvier**
11 oct : arrivée dans le service	14 nov : 1ère réunion du groupe		16 jan : 2ème réunion du groupe
Février	**Mars**	**Avril**	**Mai**
27 fév : 3ème réunion du groupe	13 mar : 4ème réunion du groupe	5 avr : 5ème réunion du groupe	3 mai : 6ème réunion du groupe

Tableau n°1 : Calendrier récapitulatif de notre intervention

Première période : intégration et observation

La première période de notre travail s'est déroulée d'octobre à décembre (en orange). Nous avons utilisé ce temps pour nous intégrer dans le service et nous adapter à son fonctionnement. Cette période a également permis à l'équipe de soins de comprendre notre présence dans le service. Notre temps de présence étant limité à une après-midi par semaine,

ces trois mois étaient nécessaires pour permettre la meilleure intégration possible au sein de l'équipe des soins intensifs.

Pour débuter notre cheminement, nous avons crée une grille d'observation des pratiques des professionnels pendant l'alimentation (Annexe 4) pour orienter notre travail et cibler notre intervention auprès de l'équipe de soins. Cette grille n'a pas été remplie tout au long de l'année mais nous servait de ligne directrice pour savoir quoi observer pendant les moments d'alimentation. Les observations faites dans ce cadre nous ont également servi de support pour élaborer notre questionnaire « avant » (Annexe 5), abordé dans la partie 3-b, notamment pour les questions concernant l'ajustement au bébé pendant l'alimentation.

Durant ces quelques mois, une réflexion d'équipe s'est mise en place et notre rôle dans le service a dû être clairement défini. En effet, notre venue dans le service était très attendue du fait de l'absence d'orthophoniste en néonatologie au CHU Pellegrin. Le personnel avait de nombreuses questions et besoin d'aide quant à certains enfants présentant des difficultés d'alimentation ou nécessitant une intervention autour de leur oralité.
Nous avons, après discussion, défini que le cadre de notre intervention se limitait à l'observation des professionnels pendant les phases d'alimentation des nouveau-nés, notre intervention dans le service se faisant dans le cadre du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré ». Nous pouvions également conseiller les professionnels quand nous étions sollicités à propos de la succion d'un bébé (aide à l'observation et apport de connaissances théoriques) ou de la bonne marche à suivre pendant l'alimentation (par exemple : attendre le plus possible que le bébé soit réveillé pour le nourrir, lui parler et échanger avec lui pendant l'alimentation…).

Deuxième période : questionnaire « avant »

De janvier à février (en bleu), le questionnaire « avant » (Annexe 5) a été distribué par la cadre de santé aux différents professionnels de l'équipe. Nous l'aborderons plus en détail dans la partie 3-b.

Troisième période : formation

De mars à avril (en vert), le groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » ayant terminé de créer et valider les outils d'observation des bébés, une puéricultrice du groupe a pu commencer la formation de l'équipe à l'utilisation des ces outils. Cette formation a été divisée en deux parties :

- Une partie théorique sur l'oralité des bébés, les outils d'observation et leurs bases théoriques et les différents moyens de nourrir les bébés
- Une partie pratique à l'utilisation des outils d'observation et des différents moyens de nourrir les bébés prématurés : le DAL au doigt, la tasse, la seringue, le DAL au sein, le biberon et la tétée au sein.

Les soignants à la fin de cette formation ont donc les mêmes connaissances des outils utilisables dans le service, ils peuvent donc s'adapter aux demandes des parents. De plus, ces formations assurent une stabilité et une continuité des soins nécessaires au bien-être des bébés hospitalisés. Cependant, ces formations étant dispensées par une seule personne au départ et cette personne ayant peu de temps pour former le personnel, à la fin de notre intervention dans le service, l'équipe était loin d'être formée en totalité (voir la partie sur la formation du personnel dans les résultats des questionnaires).

Il avait été décidé en réunion que seuls les participants au groupe étaient habilités à former le reste de l'équipe après avoir été formés par cette première puéricultrice. Cela avait été défini pour permettre une cohérence dans le discours de chacun et pour que les pratiques soient, à terme, uniformes dans le service.

Quatrième période : questionnaire « après »

En mai (en violet), le questionnaire « après » (Annexe 6) a été diffusé à l'équipe soignante, nous l'aborderons plus précisément dans la partie 3-b.

b. Élaboration de questionnaires

Pour permettre de valider notre travail et la pertinence de notre intervention dans le service, nous avons élaboré deux questionnaires destinés à l'équipe soignante. Le premier questionnaire est appelé « avant » car il précède la diffusion des outils d'observation des

nouveau-nés et la formation dispensée par le groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré ». Le second questionnaire est appelé « après » car il a été distribué au personnel quand les formations théorique et pratique avaient débuté.

Questionnaire « avant »

Notre intervention orthophonique dans le service portant sur l'oralité des bébés, nous avons voulu évaluer les connaissances du personnel dans ce domaine (questions 1 à 4). Nous avons ajouté un encart définissant succinctement les oralités, verbale et alimentaire, pour permettre aux sondés de répondre le plus justement possible à ces questions.
Notre travail au sein du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » ayant été de créer des outils d'observation des bébés pendant l'alimentation, des questions portant sur l'observation ont été ajoutées au questionnaire (questions 5 à 7).
Pour élaborer ce questionnaire, nous nous sommes appuyés sur la grille d'observation des pratiques dans le service (Annexe 4). Nous avions remarqué que les façons de procéder avant et pendant l'alimentation des bébés étaient très différentes d'un professionnel à un autre. Cela nous a conduit à ajouter des questions quant à l'ajustement au bébé et à ses besoins dans ce premier questionnaire (questions 8 et 9).
Des questions générales portant sur la formation des sondés et sur l'orthophonie ont été ajoutées pour nous permettre de mieux savoir à qui nous nous adressions (questions 10 à 14).

Questionnaire « après »

Ce questionnaire vise à évaluer en quoi notre intervention et celle du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » a permis de faire évoluer les pratiques dans le service et les connaissances du personnel soignant. Nous avons choisi pour ce questionnaire de diviser le personnel en trois groupes :

- Les personnes ne faisant pas partie du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » et ayant répondu au questionnaire « avant » (Groupe 1)
- Les personnes n'en faisant pas partie et n'ayant pas répondu au questionnaire « avant » (Groupe 2)
- Les personnes faisant partie du groupe (Groupe 3)

Les questions portant sur les connaissances générales autour de l'oralité, sur l'observation et sur l'ajustement aux bébés restent les mêmes que dans le questionnaire « avant ».

De nouvelles questions ont été ajoutées portant sur l'utilisation spécifique des outils apportés dans le service par le groupe de travail.

c. Les outils d'observation des tétées

Dans le cadre de notre participation au groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré », nous avions pour mission principale d'élaborer un outil d'observation des tétées au biberon (la Fleur de lait au biberon). Suite à nos observations dans le service avec pour appui la grille d'observation des pratiques et pour aider les professionnels à repérer quand le bébé peut téter, nous avons également créé une grille d'observation du bébé en situation d'alimentation pour permettre à chacun de s'ajuster au mieux au bébé pendant la tétée (Score de comportement alimentaire du nouveau-né).
Ces outils d'observation des tétées ont été intégrés au livret d'accueil des mères de bébé prématuré, ils ont également été diffusé dans le service à l'ensemble du personnel pour que les soignants s'en servent dans leur pratique quotidienne.

Les Fleurs de lait

Les Fleurs de lait sont des outils permettant de rendre compte de la tétée du bébé. Les pétales sont à colorier par les mères ou l'équipe soignante pendant la tétée, chaque acquisition est coloriée jusqu'au remplissage complet de la fleur qui indique que l'enfant possède une succion-déglutition efficace.

La Fleur de lait au sein (Annexe 2) existe déjà, nous l'avons évoquée en introduction dans la partie 4-c sur les outils d'observation des bébés. Cette fleur nous a été apportée par le personnel soignant, nous ne l'avons donc pas modifiée et elle a été distribuée en l'état à l'équipe.

A partir de cette Fleur de lait au sein et de nos recherches théoriques sur la succion au biberon, nous avons élaboré une Fleur de lait au biberon permettant d'évaluer la tétée au biberon.

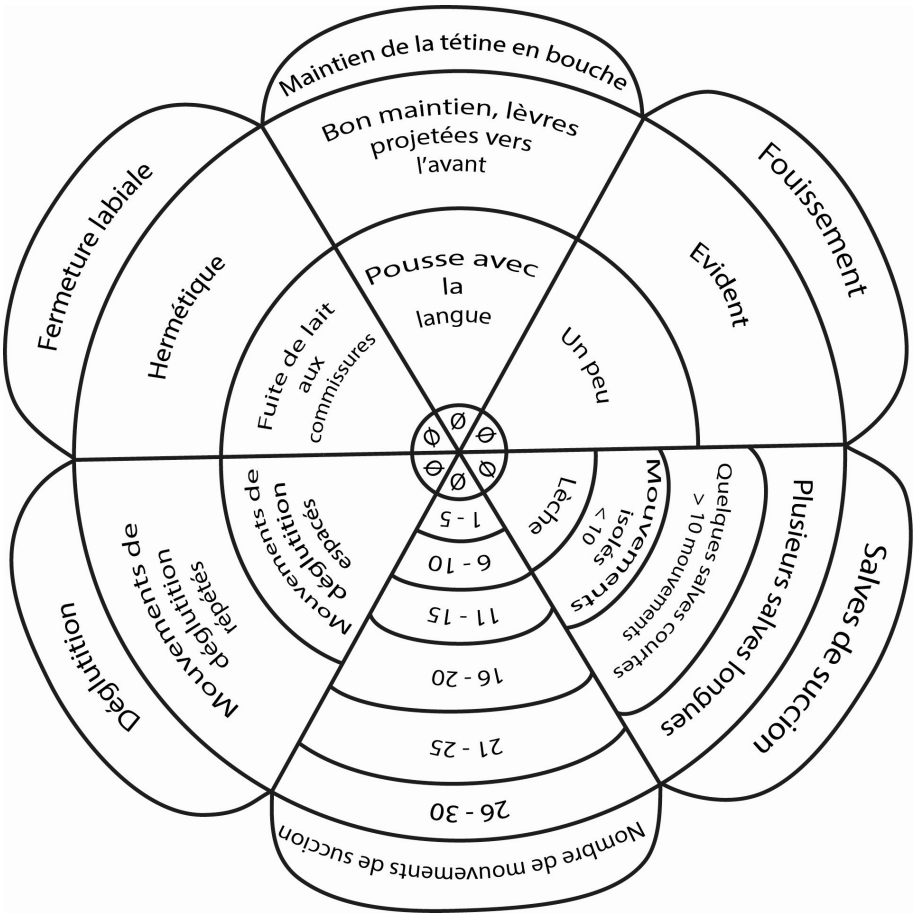


Figure n°5 : Fleur de lait au biberon

Le Score de comportement alimentaire du nouveau-né

Nous avons élaboré cet outil à partir de l'Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN) (Annexe 1) et du Score de comportement alimentaire (Annexe 3), évoqués en introduction dans la partie 4-c. Nous avons créé ce document pour permettre à l'équipe soignante et aux parents de s'ajuster au mieux au bébé pendant la tétée, il leur permet de repérer des signes afin de savoir si le bébé est prêt à téter, s'il faut arrêter la tétée ou faire une pause pour permettre au bébé de se remobiliser. Nous avons choisi d'appuyer ce score avec un code couleur pour le rendre plus visuel et concret (vert quand tout va bien, orange quand une pause est indiquée et rouge quand l'arrêt de la tétée est nécessaire).

	Végétatif	Tonus	Visage	Vigilance / interaction	Système digestif	Réconfort
0	• Respiration lente et régulière (40 à 60 battements / min) • Teint rose	• Mouvements doux • Position en flexion • Mains au visage • Grasping • Mouvements de succion	• Détendu • Ouvert	• Eveil calme • Interaction • Sourires aux anges • Sourire réponse		• N'a pas besoin de réconfort
1 = Pause	• Respiration irrégulière / lente • Polypnée (> 60 battements / min) • Pâleur • Désaturation < alarme • Toux	• Mouvements d'extension (jambes, bras, visage) • Baisse de tonus	• Grimaces passagères (froncement des sourcils, lèvres pincées, plissement ou tremblement du menton)	• Baisse de l'interaction • Etat de somnolence • Agitation / tortillements	• Hoquet	• Se calme rapidement (lors de caresses, voix, succion)
2 = Arrêt	• Apnée • Polypnée (> 80 battements / min) • Marbrures • Cyanose • Désaturation > alarme	• Hypertonie • Dos arqué • Hypotonie importante	• Bâillements • Protrusion de la langue • Grimaces fréquentes • Crispation permanente	• Pleurs • Retrait • Sommeil profond	• Nausées • Vomissements • Débâcle de selles	• Se calme difficilement • Inconsolable • Succion désespérée

Tableau n°2 : Score de comportement alimentaire du nouveau-né

d. Les réunions du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré »

Chaque mois avait lieu une réunion du groupe de travail, comme indiqué dans le tableau n°1.

La première réunion en novembre a permis au groupe de définir les parties qui composeraient le livret d'accueil des parents de bébé prématuré :

I- Introduction

II- Questionnaire permettant aux parents d'être guidés dans le choix d'alimentation

III- Possibilités d'alimentation offertes dans le service

IV- Quand savons-nous que bébé est capable ?

V- Accompagnement (outils d'observation des tétées, suivi de la lactation)

VI- Avant de rentrer

Nous avons choisi de travailler sur les parties IV et V avec d'autres professionnels du groupe.

A la deuxième réunion en janvier, nous avons apporté l'outil imaginé pour aider à l'observation et à l'ajustement au bébé pendant la tétée : le Score de comportement alimentaire du nouveau-né (Tableau n°2).

La troisième réunion en février a été l'occasion de présenter la Fleur de lait au biberon (Figure n°5) à l'équipe. Nous avons ajouté, en plus de la fleur présentant les compétences du bébé, un encart (Figure n°6) concernant l'oralité verbale pendant l'alimentation. Suite à nos observations des pratiques, nous avions remarqué que tous les soignants n'accordaient pas la même importance à l'oralité verbale pendant l'alimentation des bébés. Cette constatation nous a poussé à ajouter cet encart pour sensibiliser l'équipe à son importance.

Donner le biberon à bébé c'est aussi… Partager un moment privilégié avec bébé, entrer en relation avec lui et créer un lien, par le portage, la parole, les caresses et les échanges de regard.

Figure n°6 : Encart sur l'oralité verbale ajouté à la Fleur de lait au biberon

La dernière réunion à laquelle nous avons pu assister est celle de mars pendant laquelle nous avons travaillé sur les différents choix d'alimentation se présentant aux parents de bébés prématurés à leur arrivée dans le service. Nous avons abordé les différentes possibilités d'alimentation (au sein, au biberon, le lait maternel, le lait artificiel) et avons rassemblé les informations nécessaires à donner aux parents pour leur permettre de faire un choix éclairé sur l'alimentation à donner à leur bébé.

Pour des raisons d'emploi du temps, nous n'avons pu assister aux dernières réunions du groupe de travail d'avril et de mai.

4. Livret d'accueil pour les mères

Nous avons choisi avec les membres du groupe de nommer ce livret « Nourrir son bébé », il reprend les parties citées ci-dessus en 3-d et les outils créés pour l'observation de l'alimentation des bébés y sont intégrés.
Le livret n'était pas diffusé à la fin de notre intervention dans le service mais le groupe avait tout de même presque terminé sa réalisation. Sa distribution est prévue dans les mois suivants notre intervention.

RÉSULTATS

I. Comparaison des questionnaires « avant » et « après »

Nous avons obtenu 51 retours pour le questionnaire « avant » et 43 pour le questionnaire « après ».

Pour rappel, trois groupes ont été différenciés pour les réponses au questionnaire « après », en voici les effectifs :

- 27 personnes ne faisant pas partie du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » et ayant répondu au questionnaire « avant » (Groupe 1) ;
- 7 personnes n'en faisant pas partie et n'ayant pas répondu au questionnaire « avant » (Groupe 2) ;
- 9 personnes faisant partie du groupe (Groupe 3).

Nous n'avons pas observé de différence dans les réponses en fonction de la profession, nous avons donc choisi de présenter les résultats toutes professions confondues (infirmière, puéricultrice, auxiliaire de puériculture et aide-soignante).

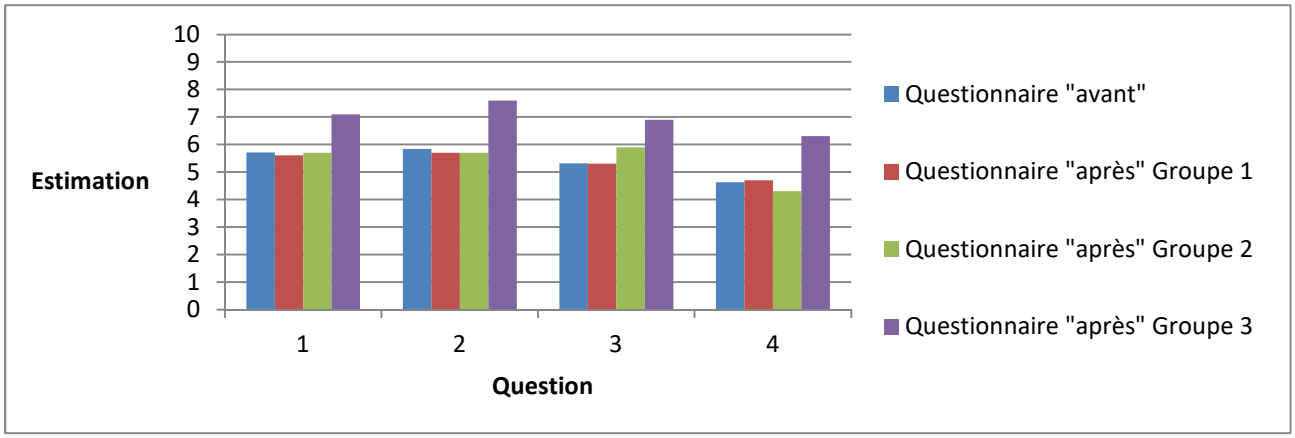
1. Résultats quantitatifs

Dans les questionnaires, les sondés ont donné une estimation sur 10 en réponse aux questions posées, nous les avons transformés en pourcentage pour présenter les résultats ci-après.

a. Connaissances sur l'oralité

Les questions portant sur les connaissances générales du personnel dans le domaine de l'oralité sont les mêmes dans les deux questionnaires, « avant » et « après ». Ce sont les suivantes :

1- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité en général ?
2- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité alimentaire ?
3- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité verbale ?
4- Quelles sont vos connaissances sur le lien entre oralité alimentaire et oralité verbale ?



Graphique n°1 : Comparaison des estimations du personnel sur leurs connaissances sur l'oralité

Au questionnaire « avant », l'équipe estime connaître l'oralité en général à 57%, cette estimation ne diffère pas ou peu des réponses au questionnaire « après » à cette même question pour les personnes des groupes 1 et 2 (respectivement 56% et 57%). Les personnes du groupe 3 estiment au questionnaire « après » connaître l'oralité à 71%.

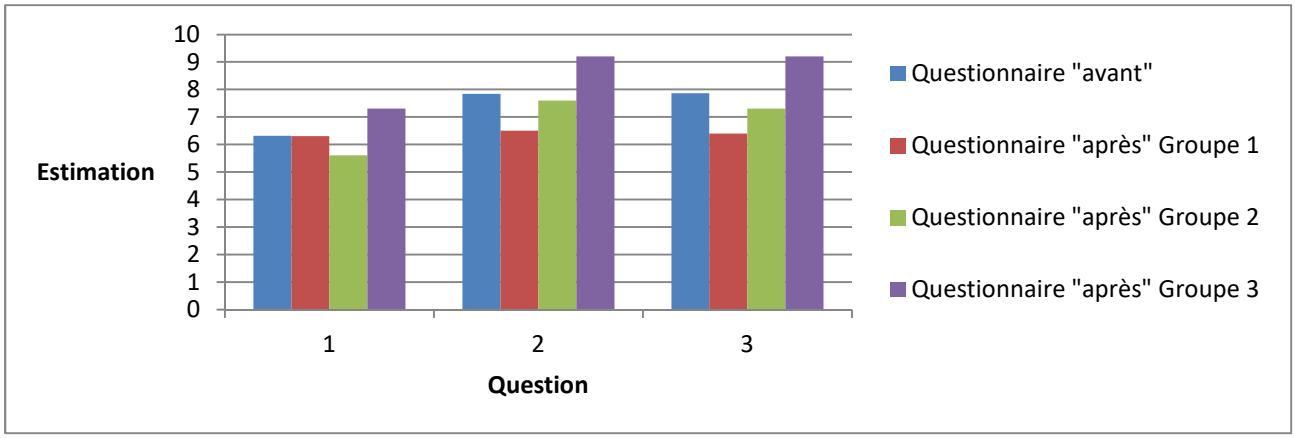
On retrouve cette même tendance pour les questions suivantes. L'équipe estime au questionnaire « avant » connaître l'oralité alimentaire à 58% et l'oralité verbale à 53%. Au questionnaire « après », les estimations du personnel des groupes 1 et 2 sont sensiblement les mêmes (57% pour l'oralité alimentaire et 53% et 59% pour l'oralité verbale) alors que celles du groupe 3 sont plus élevées (76% et 69%).

Le lien entre oralité alimentaire et verbale semble moins connu, le personnel estime sa connaissance au questionnaire « avant » à 46% et au questionnaire « après » à 47% pour le groupe 1, à 43% pour le groupe 2 et à 63% pour le groupe 3.

b. Observation de l'oralité et des tétées

Nous avons également posé les mêmes questions dans le questionnaire « avant » et dans le questionnaire « après » concernant l'observation de l'oralité et des tétées. Ce sont les suivantes :

1- Comment estimez-vous votre observation de l'oralité des nouveau-nés ?
2- Comment évaluez-vous l'utilité d'un outil d'observation des tétées au sein ?
3- Comment évaluez-vous l'utilité d'un outil d'observation des tétées au biberon ?



Graphique n°2 : Comparaison des estimations du personnel sur l'observation des bébés

L'équipe estime son observation de l'oralité des nouveau-nés à 63% au questionnaire « avant ». On retrouve un résultat égal pour le groupe 1 au questionnaire « après » et un résultat inférieur pour le groupe 2 (56%). On note un score plus élevé pour les personnes du groupe 3 qui estiment leur observation à 73%.

L'utilité d'un outil d'évaluation des tétées au sein est estimée à 78% au questionnaire « avant ». On remarque que ces estimations baissent pour le questionnaire « après » et passent à 65% et 76% pour les groupes 1 et 2. Le groupe 3 estime au questionnaire « après » qu'un tel outil serait utile à 92%. On observe la même tendance pour l'utilité d'un outil d'observation des tétées au sein qui passe de 79% au questionnaire « avant » à 64% et 73% pour les groupes 1 et 2 au questionnaire « après ». Une fois encore, le groupe 3 estime son utilité à la hausse dans le questionnaire « après » (92%).

c. Ajustement aux bébés

Cette partie porte sur la question suivante, posée dans les deux questionnaires : Comment évaluez-vous votre ajustement au bébé au moment des tétées ?

Au questionnaire « avant », l'équipe estime son ajustement au bébé à 72%. Cette estimation est légèrement revue à la baisse dans le questionnaire « après » par le groupe 1 (71%) et elle augmente pour les groupes 2 et 3 (respectivement 73% et 86%).

d. Intervention orthophonique

Cette partie ne concerne que le questionnaire « avant », nous voulions évaluer les connaissances du personnel soignant sur la prévention et la prise en charge de l'oralité et nous souhaitions connaître leur avis quant à l'intervention d'une orthophoniste en néonatologie. Les questions posées sont les suivantes :

1- Comment évaluez-vous l'importance de la prévention et de la prise en charge autour de l'oralité du prématuré ?
2- Comment estimez-vous la pertinence de l'intervention d'une orthophoniste dans le service ?

A la première question, le personnel soignant estime à 84% l'utilité de la prévention et de la prise en charge de l'oralité des bébés prématurés.

L'équipe estime que l'intervention d'une orthophoniste dans le service serait pertinente à 75%.

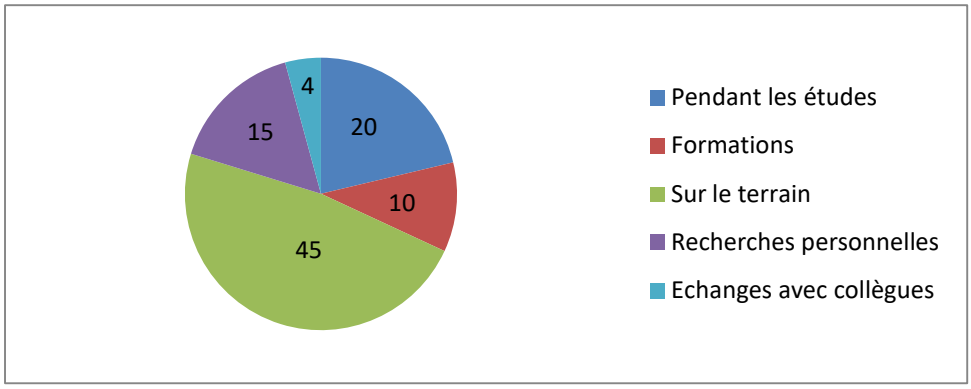
2. Résultats qualitatifs

a. Formation du personnel

Données générales

Ces questions n'apparaissent que dans le questionnaire « avant » et visent à connaître plus précisément les formations et expériences professionnelles des soignants dans le domaine de l'oralité. Ce sont les suivantes :

1- Comment avez-vous été formé à l'oralité du prématuré ?
2- Avez-vous déjà travaillé avec une orthophoniste spécialisée en oralité ?



Graphique n°3 : Formation à l'oralité de l'équipe soignante en nombre de réponses

Ces résultats nous indiquent que les professionnels de santé intervenant auprès des bébés en soins intensifs sont formés à l'oralité majoritairement sur le terrain, au contact des bébés. Nous avons relevé que seules les PDE (15 sur 31) et les APDE (5 sur 11) avaient été formés pendant leurs études à l'oralité.

Les résultats relevés à la seconde question révèlent que 5 personnes dans toute l'équipe soignante ont déjà travaillé avec une orthophoniste spécialisée en oralité.

Formations théorique et pratique du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré »

Les formations dispensées par les membres du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » ont débuté en mars et n'étaient pas terminées au moment de la diffusion du questionnaire « après ». Nous avons donc recensé le nombre de personnes formées en fonction des groupes définis pour ce deuxième questionnaire :

- Groupe 1 (effectif : 27) : 18 personnes ont bénéficié de la formation théorique et 2 de la formation pratique ;
- Groupe 2 (effectif : 7) : 5 personnes ont bénéficié de la formation théorique et aucune de la formation pratique ;
- Groupe 3 (effectif : 9) : 8 personnes ont bénéficié de la formation théorique et 5 de la formation pratique.

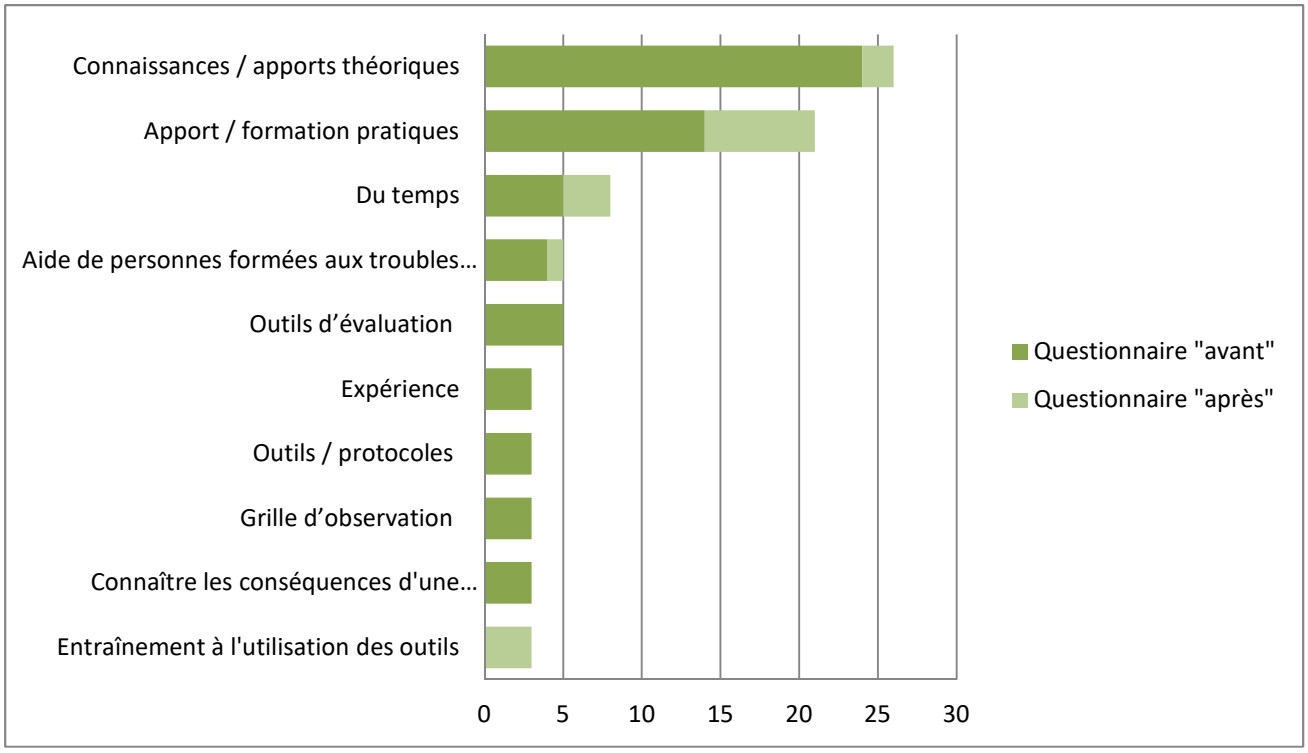
On remarque que les personnes faisant partie du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » ont presque toutes bénéficié de la formation théorique, comme les personnes du groupe 2. La formation pratique n'a été dispensé qu'à 7 personnes au total dont la majorité appartient au groupe de travail.

b. Besoins pour un meilleur ajustement

Nous avons voulu connaître les besoins de l'équipe en termes d'ajustement au bébé pendant les tétées, on retrouve cette question sous deux formes :

- Dans le questionnaire « avant » : De quoi auriez-vous besoin pour vous y ajuster au mieux ?
- Dans le questionnaire « après » : Auriez-vous besoin d'autres éléments pour vous ajuster au mieux aux bébés ? Lesquels ?

En réponse à ces questions, le personnel nous a apporté des solutions qui leur permettraient de s'ajuster au mieux aux bébés, nous les avons relevées et avons choisi de ne garder que celles qui avaient été citées trois fois ou plus.



Graphique n°4 : Besoins de l'équipe pour un meilleur ajustement aux bébés

Dans un premier temps, nous remarquons que deux solutions pour un meilleur ajustement se dégagent par la fréquence à laquelle elles ont été proposées. En effet, 26 personnes évoquent avoir besoin de plus de connaissances ou d'apports théoriques en termes d'oralité notamment (verbale et alimentaire) et 21 personnes évoquent un besoin d'apport et de formation pratiques notamment sur l'observation des bébés.

Le personnel soignant évoque aussi avoir besoin de temps (8 occurrences), d'aide de personnes formées à l'oralité pour observer les bébés, parmi le personnel soignant évoqué, on relève les orthophonistes, les psychomotriciens et les kinésithérapeutes (5 occurrences) et d'outils d'évaluation (5 occurrences).
D'autres propositions ont été faites par le personnel mais ne sont revenues que 3 fois, on peut citer celles qui rejoignent le travail du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » comme la demande de grille d'observation des nouveau-nés ou celle d'entraînement à l'utilisation des outils.

c. Utilisation des outils d'observation

Dans le questionnaire « après », nous avons voulu évaluer la fréquence d'utilisation des nouveaux outils d'observation des bébés distribués dans le service. Ces résultats sont à nuancer car toute l'équipe n'avait pas bénéficié de la formation permettant de se servir de ces outils au moment de la distribution du questionnaire « après ». On retrouve les questions suivantes :

1- Utilisez-vous la « Fleur de lait » ?
2- Utilisez-vous la « Fleur de lait au biberon » ?
3- Utilisez-vous le « Score de comportement alimentaire du nouveau-né » pour vous ajuster au bébé ?

Au moment de la diffusion du questionnaire « après », nous avons relevé les utilisations suivantes :

- La « Fleur de lait » est utilisée par 5 personnes du groupe 1 et 7 du groupe 3, soit 12 au total ;
- La « Fleur de lait au biberon » est utilisée par 2 personnes du groupe 1 et 6 du groupe 3, soit 8 au total ;
- Le « Score de comportement alimentaire du nouveau-né » est utilisé par 4 personnes du groupe 1 et 7 du groupe 3, soit 11 au total.

Les personnes du groupe 2 n'utilisent aucun des outils d'observation des bébés.

II. Observation des pratiques

Pendant la première période de notre travail, nous observions les soignants pendant l'alimentation des bébés. Avec l'aide de la grille d'observation des pratiques, nous avons pu orienter nos observations sur certains aspects de la préparation à l'alimentation et de l'alimentation en elle-même.

Nous avons constaté une évolution dans les pratiques du personnel pendant la période d'octobre à mai. Certains comportements observés durant la première période se sont faits de plus en plus rares ou ont disparu. Nous notons plus particulièrement la diminution des allaitements quand le bébé est endormi et une diminution de l'introduction des biberons en bouche sans préparation du bébé.

Nous avons également remarqué que les bébés étaient souvent réveillés pour être nourris, cela n'a pas évolué au cours de notre période d'intervention dans le service. De plus, les interactions avec les bébés étaient propres à chaque soignant pendant l'alimentation et nous avons pu observer des comportements ajustés comme des comportements inadaptés tout au long de cette année.

Nous notons que certaines pratiques ont évolué positivement, elles concernent plus particulièrement les aspects « techniques » de l'alimentation à savoir quand et dans quelles conditions introduire le biberon en bouche.

DISCUSSION

I. Retour sur les résultats

1. Résultats quantitatifs

Les résultats portant sur les connaissances sur l'oralité révèlent une différence entre les estimations des personnes faisant partie du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » et celles n'en faisant pas partie. Les estimations des personnes ne faisant pas partie du groupe de travail sont pratiquement les mêmes aux questionnaires « avant » et « après ». Nous pouvons supposer que la formation théorique aux outils d'observation des bébés et notre intervention ponctuelle auprès du personnel ne leur a pas apporté les informations suffisantes pour leur donner une meilleure connaissance de l'oralité. Au contraire, les estimations des participants au groupe de travail ont augmenté entre les deux questionnaires, cela peut être expliqué de plusieurs façons. Nous pouvons dans un premier temps évoquer un biais crée par le questionnaire « avant » où les réponses de ces personnes n'étaient pas isolées mais mêlées aux réponses de toute l'équipe, nous ne pouvons donc pas être sûr que cette augmentation est due aux connaissances apportées dans le cadre du groupe de travail. D'autres facteurs peuvent expliquer cette augmentation : ces personnes ont pu faire preuve de curiosité suite à la diffusion du questionnaire « avant » en faisant des recherches sur l'oralité ou la formation théorique diffusée dans le service a pu leur permettre d'augmenter leurs connaissances sur l'oralité. De plus, un membre du groupe de travail est consultante en lactation et a pu diffuser son savoir aux membres du groupe parallèlement à notre intervention.

Les résultats portant sur l'observation de l'oralité montrent une estimation assez élevée au questionnaire « avant » alors même que l'équipe estime peu connaître l'oralité, aussi bien alimentaire que verbale. Cette constatation pourrait s'expliquer par une réticence du personnel à évaluer sa pratique auprès des bébés à sa juste valeur, notre présence dans le service a pu représenter une menace au début de notre intervention, quand nous ne connaissions pas encore bien l'équipe, qui l'aurait menée à se surestimer. On peut également émettre l'hypothèse que le personnel ne sachant pas exactement ce qu'est l'oralité a estimé bien l'observer au regard de ses connaissances. De plus, ces scores nous donnent à voir une

régression des estimations du personnel ne faisant pas partie du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré ». Ces scores inférieurs au questionnaire « après » pourraient s'expliquer par une prise de conscience du personnel, suite aux formations théorique et pratique, de leur observation réelle qui aurait menée à un réajustement de leur note au second questionnaire.
Nous constatons également une baisse d'intérêt pour l'utilité des outils d'observation entre les questionnaires « avant » et « après » pour les personnes ne participant pas au groupe de travail sur l'apprentissage alimentaire du prématuré. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'au fil de l'année et à la suite de la formation théorique dispensée dans le service, le regard clinique de l'équipe s'est affiné et les professionnels ont pu se détacher de la nécessité d'utiliser des outils spécifiques puisqu'ils auraient intégré dans leur approche spontanée des repères suffisants.

L'ajustement aux bébés est évalué par une estimation assez haute par le personnel soignant dans les deux questionnaires. Cependant, un nombre important de personnes a proposé des solutions pour mieux s'ajuster aux bébés. Cela pose question et aurait mérité d'être approfondi dans le questionnaire « après » par des précisions (exemples d'ajustements par exemple).

Malgré des connaissances sur l'oralité en général moyennes, les soignants reconnaissent que l'oralité représente un enjeu de prise en charge à l'hôpital. Cependant, nous notons une estimation dans la moyenne haute de l'importance d'une intervention orthophonique (75%), nous aurions pu nous attendre à une estimation bien plus élevée quand nous connaissons l'importance d'une intervention précoce auprès des bébés prématurés pour éviter les séquelles de l'hospitalisation sur leur oralité. Nous pouvons supposer que les personnes estimant que l'orthophoniste n'a pas son rôle à jouer en néonatologie ne connaissent pas forcément tous les domaines d'intervention des orthophonistes qui sont très vastes et qui concernent notamment l'oralité.

2. Résultats qualitatifs

Quand nous demandons à l'équipe ses besoins pour un meilleur ajustement aux bébés, les deux propositions les plus citées (besoin de formation théorique et besoin de formation pratique) sont celles sur lesquelles le groupe de travail a mis l'accent. Ces formations répondent à un réel besoin de l'équipe et notre travail au sein du groupe « Apprentissage

alimentaire » a donc un impact bénéfique sur le travail de l'équipe et l'évolution des pratiques. Les propositions d'apport de connaissances sur l'oralité reviennent majoritairement dans le questionnaire « avant », on peut faire l'hypothèse que les personnes ayant proposé cette solution au premier questionnaire n'ont pas souhaité se répéter dans le second. Notons également que les personnes ayant suggéré que des formations pratiques leur seraient bénéfiques dans le questionnaire « après » n'avaient pas encore reçu la formation pratique dispensée par le groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré ».
Nous remarquons que la proposition d'un entraînement à l'utilisation des outils n'apparaît que dans le questionnaire « après », la présentation théorique des outils a probablement donné envie au personnel d'apprendre à s'en servir rapidement.
Nous pouvons ajouter que certaines propositions n'apparaissent que dans le questionnaire « avant » comme le besoin d'outils d'évaluation ou de grille d'observation. Nous pouvons émettre la même hypothèse que précédemment, certaines personnes n'ont peut-être pas souhaité se répéter. Nous pouvons émettre une seconde hypothèse qui serait que le groupe de travail a répondu à la demande du personnel en apportant des outils d'observation des bébés.

Notre observation des pratiques tout au long de notre intervention nous a permis de faire différents constats et nous amène à nous questionner quant aux changements observés. En effet, nous n'étions présent dans le service qu'une demi journée par semaine et nous ne savons pas quelles étaient les pratiques en dehors des mercredis après-midi.
La diminution des comportements inadaptés pendant l'alimentation peut-être expliquée par notre présence dans le service et dans la chambre des bébés pendant l'alimentation. Ces changements montrent toutefois une prise de conscience par le personnel soignant des comportements adaptés pour une meilleure alimentation possible.
Les changements quant aux aspects techniques de l'alimentation peuvent s'expliquer par les formations dispensées au personnel dans le cadre du groupe de travail ainsi que par les conseils que nous avons pu donner au fil de notre intervention dans le service.
Nous n'avons pas observé de changement dans certains aspects, notamment quant à l'éveil des bébés au moment de l'alimentation. Les tétées à l'hôpital doivent se dérouler à 14h. De plus, dans un service de néonatologie, on retrouve la nécessité pour les bébés prématurés de manger et de prendre du poids, cela représente un enjeu majeur dans le service qui pousse les soignants à réveiller les bébés pour les nourrir. L'alimentation des bébés est donc perturbée par le fonctionnement global d'un service d'hôpital avec des horaires à respecter qui ne correspondent pas tout à fait à leurs besoins physiologiques. Les soignants ont beaucoup de

tâches à effectuer et ne peuvent se permettre de prendre du retard en attendant que les bébés s'éveillent. Cette pratique tend à évoluer avec l'expansion des soins de développement et l'apparition dans les services de l'allaitement à la demande mais cela n'est pas encore une généralité en soins intensifs.
Nous n'avons pas non plus observé de changement dans l'interaction avec les bébés. Nous pouvons faire l'hypothèse que cette interaction est propre à chacun. Il serait peut-être nécessaire de donner une formation au personnel quant à l'importance de l'oralité verbale et des interactions pendant l'alimentation. L'encart ajouté à la Fleur de lait au biberon permettra peut-être d'éveiller les esprits quand à ces spécificités.

Le questionnaire « après » s'intéresse à l'utilisation des nouveaux outils dans le service. Peu de personnes ont répondu les utiliser au moment de la diffusion du questionnaire. Cela peut s'expliquer par la formation pratique qui n'avait été dispensée qu'à une minorité de personnes dans le service. Les réalités d'un service d'hôpital font que le temps dévolu à la formation s'étendait en dehors des limites de notre intervention. Notons que les membres du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré », qui ont presque tous bénéficié des formations théorique et pratique, utilisent en majorité ces outils. Nous pouvons donc supposer que les formations avançant, de plus en plus de personnes dans le service les utiliseront. A termes, ces outils seront dans les dossiers des patients et constitueront un outil de référence dans l'observation des bébés, les soignants devront donc nécessairement s'en emparer.

3. Validation des hypothèses

Notre première hypothèse est : *L'apport de connaissances sur l'oralité et son observation devrait permettre aux professionnels de mieux comprendre les bébés pendant l'alimentation et de répondre de manière adaptée à leurs réactions.*
Notre observation des pratiques a montré que l'équipe avait déjà commencé à modifier son comportement au moment de l'alimentation des bébés et donc à accompagner d'une manière plus adaptée les bébés pendant l'alimentation.
De plus, les questionnaires distribués au personnel montrent un besoin de formation et d'apport d'outils pour observer et évaluer les bébés pendant l'alimentation. L'équipe juge globalement que des outils d'observation seraient utiles dans sa pratique. Ces derniers doivent être diffusés après formation au personnel et répondront à la demande des soignants qui pourront ainsi s'adapter finement aux réactions des bébés.

La formation théorique dispensée dans le service ne mettait pas assez l'accent sur l'oralité et son importance, cela se vérifie dans la comparaison des réponses aux questionnaires sur les connaissances du personnel sur l'oralité.
Nous ne pouvons donc valider que partiellement cette hypothèse, les connaissances du personnel sur l'oralité restent faibles à la fin de cette année de travail mais leur observation des nouveau-nés, grâce aux nouveaux outils à diffuser dans le service, est améliorée et permet une meilleure adaptation de chacun aux bébés.

Notre deuxième hypothèse est : *La création d'un livret d'accueil pour les mères autour de l'alimentation du bébé prématuré devrait leur permettre d'être actrices dans la prise en charge de leur bébé. Les équipes pourront ainsi collaborer avec les mères pour atteindre l'autonomie alimentaire de leurs bébés.*
Nous avons été dans l'impossibilité de valider cette deuxième hypothèse portant sur les mères des bébés hospitalisés dans le service. En effet, le livret n'était pas encore totalement terminé et donc pas encore distribué dans le service à la fin de notre période de travail. Nous n'avons donc pas pu valider le fait que ce livret rende les mères plus actrices dans la prise en charge de leur bébé et qu'il apporte une meilleure collaboration avec l'équipe soignante.

II. Limites de notre étude

Nous notons différentes limites à notre étude, la première limite évoquée ci-après est de notre fait et aurait pu être évitée. D'autres ne peuvent pas être maîtrisées car elles font partie de la réalité d'un service hospitalier et nous n'avons pas de prise sur ces éléments.

Nous avons mis en évidence un biais entre les questionnaires « avant » et « après ». Il aurait été intéressant de séparer dès le premier questionnaire les réponses des membres du groupe « Apprentissage alimentaire du prématuré » des réponses du reste du personnel. Nous ne pouvons pas savoir si le groupe de travail leur a apporté de nouvelles connaissances (ce qui expliquerait la hausse des estimations entre les deux questionnaires) ou si ces personnes avaient déjà une estimation de leurs connaissances élevée.

Nous pouvons également évoquer comme limite les changements de personnel. Le service des soins intensifs a connu pendant cette année de travail des départs et de nombreuses arrivées pour répondre à une obligation d'augmentation d'effectif du personnel. Les personnes ayant

répondu aux questionnaires « avant » et « après » n'étaient donc pas les mêmes. Les réponses doivent donc être interprétées à la lumière de cet élément qui ne met pas les sondés sur un même pied d'égalité (ancienneté dans le service, présence pendant toute la durée de notre intervention dans le service, réponse au questionnaire « avant » ou non).

Il est de plus intéressant d'évoquer le temps de mise en place des outils et le délai de formation du personnel. La réalité d'un service fait que cela a pris plus de temps que ce que nous imaginions au départ. Tout le personnel n'était donc pas formé au moment de la diffusion du questionnaire « après » et les outils n'étaient que peu diffusés. La formation pratique aux outils d'observation n'ayant été dispensée qu'à peu de personnes et conditionnant leur utilisation, seul un petit nombre de personnes pouvait les utiliser dans son travail au quotidien.
La puéricultrice qui formait l'équipe nous a également fait part d'une difficulté supplémentaire dans la formation pratique des professionnels : le temps. En effet, les moments où elle forme le personnel sont pris sur le temps de travail de chacun et sont sans cesse interrompus par les soins à prodiguer aux bébés. Il aurait été intéressant de bloquer un temps spécifique dévolu à la formation pratique pour que l'attention des professionnels soit entièrement consacrée à cette formation.

III. Perspectives pour la pratique orthophonique

Cette année de travail nous a permis de faire entrer une orthophoniste (étudiante) dans un service de soins intensifs en néonatologie. Ainsi, nous avons pu informer le personnel qui nous questionnait sur notre rôle à jouer auprès des bébés prématurés, de leurs parents et des soignants. L'alimentation représentant un enjeu majeur de la prise en charge des bébés prématurés, il semble primordial de faire connaître l'orthophonie et d'expliquer à chacun en quoi elle peut aider ces nouveau-nés à avancer plus rapidement vers l'autonomie alimentaire. Les informations que nous avons pu apporter au personnel étaient ponctuelles et à la faveur de leur questionnement, il aurait pu être intéressant de formaliser cela avec un temps de formation de l'équipe où nous aurions présenté le métier d'orthophoniste et ses différentes missions. Cela peut constituer une piste de travail à approfondir par un nouvel étudiant en orthophonie ou un orthophoniste salarié.

Il serait également très intéressant de poursuivre notre travail de sensibilisation de l'équipe soignante à l'oralité et aux conséquences de dystimulations dès la naissance. Comme précédemment, nous avons pu donner des informations aux personnes qui s'intéressaient à ce sujet et qui nous questionnaient à ce propos. Aucune formation n'a cependant été dispensée officiellement à l'équipe. Il semble que celle-ci soit demandeuse de formations théoriques sur l'oralité et d'apport de connaissances (comme nous l'avons vu précédemment dans les réponses aux questionnaires). Nous remarquons en plus que les connaissances sur l'oralité du personnel sont peu élevées et mériteraient un apport théorique plus important de la part d'un orthophoniste.

Une dernière piste s'ouvre à la fin de ce travail, l'accompagnement des parents autour de l'oralité de leur bébé, de son alimentation et de son observation n'a pas pu être débuté pendant la période de notre intervention dans le service. Quand le groupe de travail sur l'apprentissage alimentaire du prématuré aura fini d'élaborer le livret d'accueil, il serait nécessaire d'avoir une personne telle qu'un orthophoniste pour accompagner les parents dans la découverte de l'alimentation de leur bébé et les aider à observer les signes qui montrent que leur enfant est prêt à manger où ceux qui alertent sur une difficulté.
Il est certes nécessaire d'informer l'équipe soignante sur l'oralité, l'alimentation et l'observation des bébés en situation d'alimentation mais il est également primordial de sensibiliser les parents à tous ces aspects. En effet, ils sont au cœur de l'alimentation de leur bébé et sont les principaux acteurs de son développement.

CONCLUSION

Une naissance prématurée menant à une hospitalisation perturbe le bébé et la dynamique familiale associée à cette naissance. Le lien parent-enfant est rompu subitement, l'oralité du bébé peut être entravée ou agressée. Les soins de développement et les différents outils d'observation des bébés visent à améliorer les conditions d'hospitalisation des bébés prématurés.

L'alimentation reste un enjeu majeur dans la prise en charge du bébé prématuré car elle conditionne sa survie et ensuite sa sortie de l'hôpital. Les soins quotidiens amènent parfois le personnel soignant à médicaliser l'alimentation et à en oublier ses aspects essentiels : préparation au repas, éveil, bain verbal accompagnant le repas, échange et relation. Les parents sont également touchés par l'hospitalisation de leur bébé. Par l'alimentation, ils peuvent créer un lien privilégié avec leur bébé et il est essentiel de les accompagner dans cette voie.

De plus, les répercussions de l'hospitalisation d'un bébé prématuré peuvent être importantes. Dans ce cadre, l'intervention d'un orthophoniste dans un service de néonatologie semble indiquée pour accompagner les soignants, les parents et leur bébé vers l'autonomie alimentaire en limitant le plus possible l'impact négatif de l'hospitalisation sur leur oralité.

Notre travail en néonatologie a permis à l'équipe soignante de découvrir le rôle de l'orthophoniste auprès de bébés prématurés. Dans le cadre du groupe de travail « Apprentissage alimentaire du prématuré » nous avons pu apporter nos connaissances sur l'oralité et le développement alimentaire des bébés. Nous avons également pu nous positionner quant aux différents moyens de nourrir les bébés et avons échangé avec les membres du groupe pour que chacun ait un regard éclairé sur chaque moyen d'alimentation. Nous avons pu guider les soignants dans l'observation des bébés en situation d'alimentation en créant de nouveaux outils pour soutenir leur observation. Ces outils permettront à chaque membre de l'équipe d'avoir le même regard sur les bébés et nous pourrons, après formation de chacun, observer une cohérence dans les pratiques du service. Cela permettra d'offrir un cadre de soin plus stable autour de l'alimentation pour améliorer le bien être des bébés hospitalisés.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique, les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, (220), 55-68.

Abadie, V. (2008). Trouble de l'oralité d'allure isolée : « Isolé ne veut pas dire psy ». *Archives de pédiatrie*, (15), 837-839.

Abadie, V., Champagnat, J., Fortin, G., & Couly, G. (1999). Succion-déglutition-ventilation et gènes du développement du tronc cérébral. *Archives de pédiatrie*, (6), 1043-1047.

Aizawa, M., Mizuno, K., & Tamura, M. (2010). Neonatal sucking behavior: Comparison of perioral movement during breast-feeding and bottle feeding. *Pediatrics International*, *52*(1), 104-108.

Bekhechi, V., Dubois de Bodinat, L., & Guédeney, N. (2014). Impact de l'hospitalisation périnatale sur le lien parent-enfant : apports de la théorie de l'attachement. In *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique* (Springer, p. 17-25).

Boggio, V., & Monnery-Patris, S. (2010). La langue du goût. *Médecine et enfance, aspects sensoriels de l'alimentation infantile*, *30*, 12-19.

Bordin, C., Leclaire, M., & Demeester, A. (2012). L'échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN). Étude de validité portant sur 160 nouveau-nés en maternité entre quatre et 12 heures de vie. *La Revue Sage-Femme*, *11*(3), 120-127.

Branca, F., & Lartey, A. (2016). Ending malnutrition in all its forms ? A decade of opportunity. *Devex*.

Browne, J. V. (2014). Massages pour le nouveau-né hospitalisé en unité de néonatalogie. In *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique* (Springer, p. 109-116).

Bu'Lock, F., Woolridge, M.-W., & Baum, J.-D. (1990). Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing : ultrasound study of term and preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *32*, 669-678.

Colomb, V., & Duval, V. (2016). Nutrition parentérale. In *Gastroentérologie pédiatrique* (Doin, p. 337-347).

Couly, G. (2017). L'oralité foetale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique, les oralités*, (271), 13-27.

Debillon, T., Zupan, V., Ravault, N., Magny, J. F., & Dehan, M. (2001). Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, *85*(1), F36-41.

Deheurles, L., & Jallade, M. (2013). L'allaitement maternel en service de médecine néonatale. *Cahiers de la puéricultrice*, (264).

Delfosse, M.-J., Soulignac, B., Depoortere, M.-H., & Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance : Etat des lieux à trois ans et demi. *Devenir*, *18*(1), 23.

Dubern, B., & Guimber, D. (2016). Nutrition entérale. In *Gastroentérologie pédiatrique* (Doin, p. 327-336).

Foix-L'Hélias, L., Ancel, P.-Y., & Blondel, B. (2000). Facteurs de risque de prématurité en France et comparaison entre prématurité spontanée et prématurité induite. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *29*(1), 55-65.

Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, *371*(9606), 75-84.

Gourrier, E. (2010). Devenir des grands prématurés. *Rééducation orthophonique, la petite enfance*, (241), 83-90.

Haumont, D. (2014). Le programme NIDCAP et la dyade mère-enfant. In *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique* (Springer, p. 243-251).

Indredavik, M. S., Skranes, J. S., Vik, T., Heyerdahl, S., Romundstad, P., Myhr, G. E., & Brubakk, A.-M. (2005). Low-Birth-Weight Adolescents: Psychiatric Symptoms and Cerebral MRI Abnormalities. *Pediatric Neurology*, *33*(4), 259-266.

INSERM. (2015). La prématurité. Consulté à l'adresse https://www.inserm.fr

Ize-Iyamu, I. N., & Saheeb, B. D. (2011). Feeding intervention in cleft lip and palate babies: a practical approach to feeding efficiency and weight gain. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *40*(9), 916-919.

La Leche League France - Allaitement et maternage. (s. d.).

Lang, S., Lawrence, C. J., & Orme, R. L. (1994). Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood*, *71*(4), 365-369.

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

Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, *21*(5), 32.

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

Martinet-Sutter, M. (2014). L'approche sensori-motrice selon le Pr André Bullinger. In *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique* (Springer, p. 275-287).

Millet, V., Lacroze, V., & Simeoni, U. (2012). Enfant prématuré. In *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (p. 633-645). Doin.

Mizuno, K., & Ueda, A. (2003). The maturation and coordination of sucking, swallowing and respiration in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*.

Mizuno, K., & Ueda, A. (2006). Changes in sucking performance from nonnutritive sucking to nutritive sucking during breast and bottle feeding. *Pediatric Research*, *59*(5).

Moral, A., Bolibar, I., Segurani, G., Ustrell, J. M., Sebastia, G., Martinez-Barba, C., & Rios, J. (2010). Mechanics of sucking : comparison between bottle feeding and breastfeeding. *BMC Pediatrics*, (10).

Notariis, M., Macri, E., Thébaud, N., & Veilleux, A. (2008). *Regarde-moi : le développement neuromoteur de 0 à 15 mois*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

OMS. (2017). Naissances prématurées. Consulté à l'adresse http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/

Petit, I., & Grattepanche, C. (2012). Accompagner la progression du bébé prématuré au sein grâce à la « fleur de lait ». *Soins Pédiatrie/Puériculture*, *33*(268), 44-46.

Pilliot, M. (2005). Allaitement en maternité : les clefs pour réussir. Présenté à Journée Régionale de l'Allaitement maternel.

Ratet, I., Touzet, M., Demouy, J., & Da Costa, L. (2017). Les troubles de l'oralité alimentaire en médecine et réanimation néonatales. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, *38*(299), 25-28.

Ratynski, N., & Minguy, S. (2014). Techniques de base en soins de développement. In *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique* (Springer, p. 81-85).

Schaal, B. (2010). Présentation : la sensorialité de l'enfant mangeur, consommateur et patient. *Médecine et enfance, aspects sensoriels de l'alimentation infantile*, *30*, 3-11.

Schaal, B., & Goubet, N. (2010). Le foetus perçoit les odeurs et s'en souvient : la formation d'attentes sensorielles et leurs implications. *Médecine et enfance, aspects sensoriels de l'alimentation infantile*, *30*, 20-34.

Schwartz, C., Nicklaus, S., & Boggio, V. (2010). Le développement de la gustation chez l'enfant. *Médecine et enfance, aspects sensoriels de l'alimentation infantile*, *30*, 48-59.

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

Sentilhes, L., Sénat, M.-V., Ancel, P.-Y., Azria, E., Benoist, G., Blanc, J., … Langer, B. (2017). Recommandations pour la pratique clinique : prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences (hors rupture des membranes). *La Revue Sage-Femme*, *16*(4), 279-289.

Simas, R., & Golse, B. (2015). La bouche et l'oralité dans le développement : entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions. In *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (Elsevier Masson, p. 226-235).

Taylor, H. G., Filipek, P. A., Juranek, J., Bangert, B., Minich, N., & Hack, M. (2011). Brain Volumes in Adolescents With Very Low Birth Weight: Effects on Brain Structure and Associations With Neuropsychological Outcomes. *Developmental Neuropsychology*, *36*(1), 96-117.

Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*. Elsevier Masson.

Thirion, M. (2014). *L'allaitement, de la naissance au sevrage*. Albin Michel.

Torchin, H., Ancel, P.-Y., Jarreau, P.-H., & Goffinet, F. (2015). Épidémiologie de la prématurité : prévalence, évolution, devenir des enfants. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *44*(8), 723-731.

Woolridge, M. W. (1986). The « Anatomy » of Infant Sucking. *Midwifery*, *2*, 164-171.

Yilmaz, G., Caylan, N., Karacan, C. D., Bodur, İ., & Gokcay, G. (2014). Effect of Cup Feeding and Bottle Feeding on Breastfeeding in Late Preterm Infants: A Randomized Controlled Study. *Journal of Human Lactation*, *30*(2), 174-179.

Zaoui-Grattepanche, C. (2014). Kangaroo Mother Care (KMC) ou Méthode Mère Kangourou (MMK). In *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique* (Springer, p. 265-274).

Zaoui-Grattepanche, C., & Petit, I. (2014). Initiative « Hôpital Ami des bébés » en néonatologie. In *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique* (Springer, p. 253-264).

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Échelle de douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN)..... 68

Annexe 2 : Fleur de lait 69

Annexe 3 : Score de Comportement alimentaire 70

Annexe 4 : Grille d'observation des pratiques dans le service..... 71

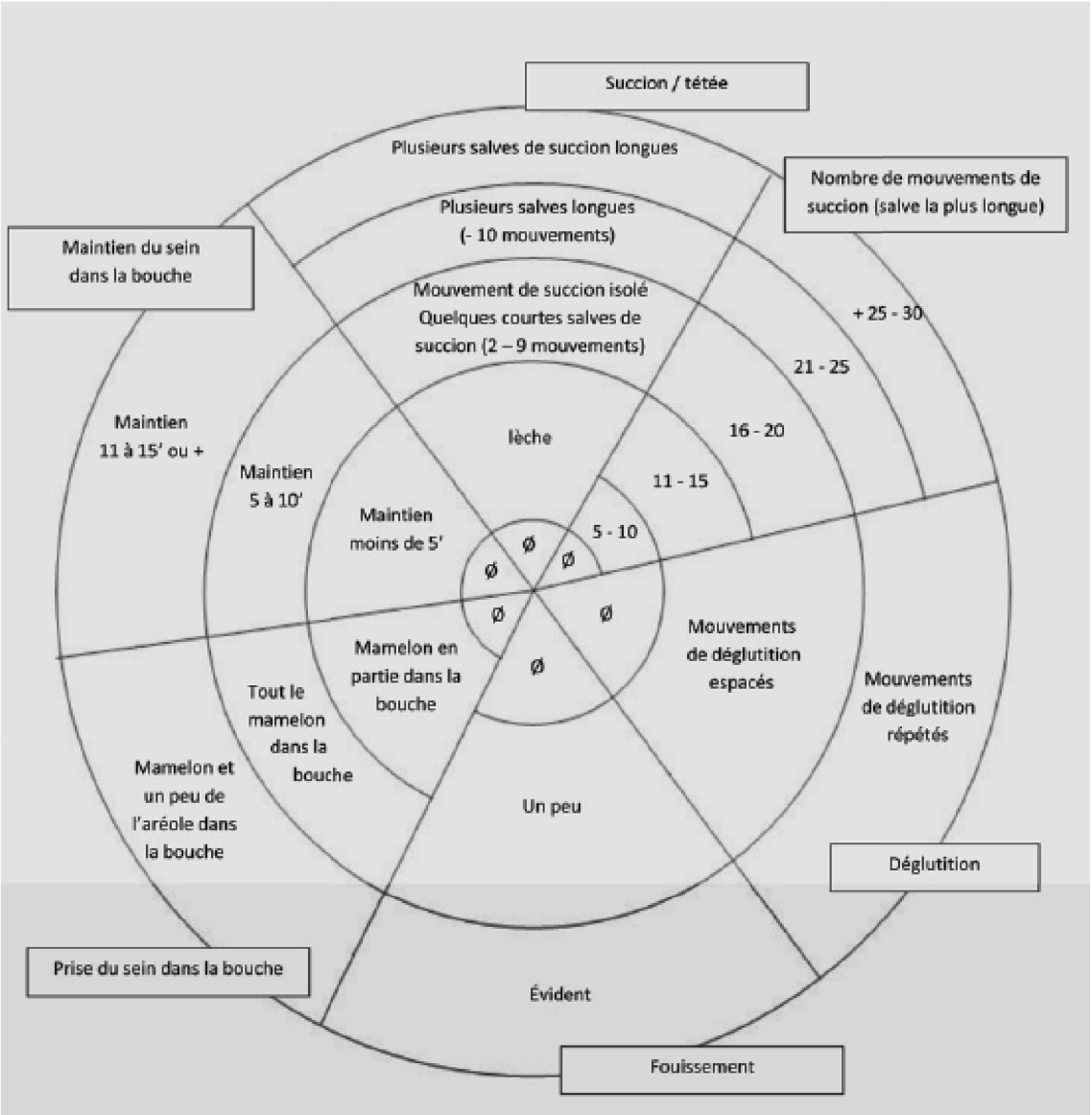
Annexe 5 : Questionnaire « avant » 73

Annexe 6 : Questionnaire « après »..... 75

Annexe 1 : Échelle de douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN)

Visage	**0** Visage détendu **1** Grimaces passagères : froncement des sourcils /lèvres pincées /plissement du menton/ tremblement du menton **2** Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées **3** Crispation permanente **ou** visage prostré, figé **ou** violacé
Corps	**0** Détendu **1** Agitation transitoire, assez souvent calme **2** Agitation fréquente mais retour au calme possible **3** Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres **ou** motricité très pauvre et limitée, avec corps figé
Sommeil	**0** S'endort facilement, sommeil prolongé, calme **1** S'endort difficilement **2** Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité **3** Pas de sommeil
Relation	**0** Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute **1** Appréhension passagère au moment du contact **2** Contact difficile, cri à la moindre stimulation **3** Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation
Réconfort	**0** N'a pas besoin de réconfort **1** Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion **2** Se calme difficilement **3** Inconsolable. Succion désespérée
Score Total	

Annexe 2 : Fleur de lait



Annexe 3 : Score de Comportement alimentaire

	Végétatif (Respiration, teint…) V	Tonus (tonus, posture) T	Expressions du visage (faciès) F	Etat de vigilance / interaction S	Système digestif D
0	- Respiration lente et régulière = 40 à 60 battements / min - Teint rose	- Mouvements doux - Position en flexion - Mains au visage - Grasping - Mouvements de succion	- Détendu - Visage ouvert	- Eveil calme - Interaction	
1 PAUSE	- Respiration irrégulière polypnées > 60 battements / min - Respiration lente - Pâleur - Désaturation < alarme	- Mouvements d'extension (jambes, bras, visage) - Baisse de tonus	- Froncements des sourcils - Grimaces	- Baisse d'interaction - Etat de somnolence ou agitation – tortillements	- Hoquet
2 ARRET	- Apnée - Polypnée > 80 battements / min - Marbrures - Cyanose - Désaturation > alarme	- Hypertonie - Dos arqué - Hypotonie importante	- Eternuements - Bâillements - Protrusion de la langue	- Pleurs - Difficultés à se calmer - Retrait - Sommeil profond	- Nausées - Vomissements - Débâcle de selles

Annexe 4 : Grille d'observation des pratiques dans le service

Observation des pratiques au moment de l'alimentation :

Fonction :

□ Auxiliaire de puériculture □ Puéricultrice

Préparation à l'alimentation :

Eveil :

□ Attente que le bébé soit éveillé

□ Réveil du bébé

□ Bébé endormi

Autre :

Préparation à l'introduction du biberon en bouche :

□ Pas de préparation

□ Stimulation du réflexe de fouissement

□ Stimulation du réflexe des points cardinaux

□ Fait sentir le lait

Autre :

Alimentation :

Position du bébé :

□ Dans son lit

□ Dans les bras

□ Sur les genoux

Autre :

Cadre du repas :

□ Aucune interaction avec le bébé

□ Discussion avec d'autres personnes dans la pièce

□ Echange de regards avec le bébé

□ Paroles adressées au bébé

□ Chant

□ Caresses

Autre :

Ajustement au bébé :

□ Difficulté d'ajustement, de compréhension des signes envoyés par le bébé

□ Pause quand il manifeste une difficulté

□ Arrêt quand il montre qu'il ne veut/peut plus téter

Autre :

Annexe 5 : Questionnaire « avant »

Questionnaire oralité

L'oralité se divise en deux parties :

- Alimentaire
- Verbale : elle correspond et à la façon de chacun de communiquer et d'entrer en relation, on peut déjà l'observer chez le nouveau-né, il communique avec nous par des sons, des gestes, des regards, des mimiques… Plus tard l'oralité verbale concerne le langage. Elle concerne aussi le bain de langage adressé par l'adulte au bébé, les mots qui accompagnent le nourrissage.

Votre fonction dans le service :

0 = moins bonne note, estimation.
10 = meilleure note, estimation.

1- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité en général ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité alimentaire ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité verbale ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- Quelles sont vos connaissances sur le lien entre oralité alimentaire et oralité verbale ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5- Comment estimez-vous votre observation de l'oralité des nouveau-nés ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6- Comment évaluez-vous l'utilité d'un outil d'observation des tétées au sein ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7- Comment évaluez-vous l'utilité d'un outil d'observation des tétées au biberon ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8- Comment évaluez-vous votre ajustement au bébé au moment des tétées ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9- De quoi auriez-vous besoin pour vous y ajuster au mieux ?

10- Comment évaluez-vous l'importance de la prévention et de la prise en charge autour de l'oralité du prématuré ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11- Comment avez-vous été formé à l'oralité du prématuré ?
- Pendant vos études
- Par des formations spécifiques
- Sur le terrain
- Par vos recherches personnelles
- Autre :

12- Avez-vous déjà travaillé avec une orthophoniste spécialisée en oralité ?

Oui / Non

13- Comment estimez-vous la pertinence de l'intervention d'une orthophoniste dans le service ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14- Remarques :

Annexe 6 : Questionnaire « après »

Questionnaire oralité

Le groupe de travail sur l'apprentissage alimentaire des nouveau-nés à mis en place dans le service une formation sur l'oralité et l'utilisation de nouveaux outil d'observation des bébés pendant les tétées. Ce nouveau questionnaire vise à savoir en quoi cette formation vous a aidé. Merci de répondre à ce questionnaire même si vous n'en avez pas bénéficié.

L'oralité se divise en deux parties :

- Alimentaire
- Verbale : elle correspond et à la façon de chacun de communiquer et d'entrer en relation, on peut déjà l'observer chez le nouveau-né, il communique avec nous par des sons, des gestes, des regards, des mimiques… Plus tard l'oralité verbale concerne le langage. Elle concerne aussi le bain de langage adressé par l'adulte au bébé, les mots qui accompagnent le nourrissage.

Votre fonction dans le service :

Faites-vous partie du groupe de travail « apprentissage alimentaire » :

Oui / Non

Avez-vous répondu au premier questionnaire sur l'oralité ?

Oui / Non

0 = moins bonne note, estimation.
10 = meilleure note, estimation.

1- Avez-vous bénéficié de la formation théorique à l'utilisation des nouveaux outils d'observation des tétées ?

Oui / Non

2- Avez-vous bénéficié de la formation pratique à l'utilisation des nouveaux outils d'observation des tétées ?

Oui / Non

3- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité en général ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité alimentaire ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5- Comment estimez-vous vos connaissances sur l'oralité verbale ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6- Quelles sont vos connaissances sur le lien entre oralité alimentaire et oralité verbale ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7- Comment estimez-vous votre observation de l'oralité des nouveau-nés ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8- Comment évaluez-vous l'utilité d'un outil d'observation des tétées au sein (la « Fleur de lait » par exemple) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9- Utilisez-vous la « Fleur de lait » ?

Oui / Non

10- Comment évaluez-vous l'utilité d'un outil d'observation des tétées au biberon (avec la « Fleur de lait au biberon » par exemple) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11- Utilisez-vous la « Fleur de lait au biberon » ?

Oui / Non

12- Comment évaluez-vous votre ajustement au bébé au moment des tétées ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13- Utilisez-vous le « Score de comportement alimentaire du nouveau-né » pour vous ajuster au bébé ?

Oui / Non

14- Auriez-vous besoin d'autres éléments pour vous ajuster au mieux aux bébés ? Lesquels ?

15- Remarques :

RÉSUMÉ

Une naissance prématurée peut mener à une hospitalisation en néonatologie. Cette hospitalisation est traumatisante pour les parents et pour les bébés. Ceux-ci peuvent développer des troubles de l'oralité provoqués par un manque de stimulations ou par des dystimulations de leur sphère oro-faciale qui s'ajoutent à une sensorialité exacerbée. Un apprentissage de la succion-déglutition est parfois nécessaire quand le bébé n'est pas resté assez longtemps in utero. De plus, l'alimentation est au cœur de la prise en charge des bébés prématurés dans les services de néonatologie. Pour accompagner les professionnels de santé et les parents dans le développement des bébés, nous avons participé à un groupe de travail sur l'apprentissage alimentaire des prématurés. Notre participation à ce groupe nous a permis de sensibiliser l'équipe à la problématique de l'oralité (alimentaire et verbale) dans un service de soins intensifs. Nous avons également élaboré, en collaboration avec les membres du groupe, des outils d'observation des bébés en situation d'alimentation. Des formations théorique et pratique ont été dispensées dans le service pour expliquer l'utilisation de ces outils et exposer les différents moyens de nourrir les bébés en néonatologie. Ces formations n'étaient pas terminées à l'issu de notre intervention dans le service. Nous avons tout de même obtenu des retours positifs quant à l'utilité de tels outils et ils semblent répondre à une demande du personnel soignant. L'accompagnement des professionnels dans l'observation des bébés a porté ses fruits et nous avons pu voir une amorce de changement dans les comportements de chacun au moment de l'alimentation des bébés.

Mots clés : prématurité, oralité, alimentation, néonatologie, accompagnement.

ABSTRACT

Premature birth can lead to hospitalization in neonatology. This hospitalization is traumatic for parents and babies. They may develop oral disorders caused by a lack of stimulation or by dystimulation of their oro-facial sphere in addition to an exacerbated sensoriality. Suction-swallowing training is sometimes necessary when the baby has not been in utero long enough. In addition, feeding is at the heart of the premature babies care in neonatal services. To accompany health professionals and parents in the development of babies, we participated in a working group on the feeding learning of premature infants. Our participation in this group allowed us to sensitize the team to the problem of oral skills (feeding and verbal) in an intensive care unit. In collaboration with the group members, we have also developed tools for observing babies in feeding situations. Theoretical and practical trainings were given in the service to explain the use of these tools and to explain the different ways of feeding babies in neonatology. These trainings were not finished at the end of our intervention in the service. Nevertheless, we have received positive feedback on the usefulness of such tools and they seem to meet a demand from health care staff. The support of professionals in the observation of babies was successful and we have seen the beginning of a change in the behaviour of everyone when feeding babies.

Key words : prematurity, oral skill, feeding, neonatology, support.

Nombre de références bibliographiques : 53
Nombre de pages : 76