



**HAL**  
open science

**Soins de développement pour une meilleure prévention  
des troubles de l'oralité en néonatalogie : effets d'un  
accompagnement parental renforcé, étayé par le livret  
PARENTALIM**

Noémie André

► **To cite this version:**

Noémie André. Soins de développement pour une meilleure prévention des troubles de l'oralité en néonatalogie : effets d'un accompagnement parental renforcé, étayé par le livret PARENTALIM. Sciences cognitives. 2019. dumas-02276803

**HAL Id: dumas-02276803**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02276803v1>**

Submitted on 3 Sep 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.



UNIVERSITÉ  
CAEN  
NORMANDIE



Université de Caen Normandie  
UFR de Médecine de Caen  
Département d'orthophonie

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

**Soins de développement pour une meilleure prévention  
des troubles de l'oralité en néonatalogie**

Effets d'un accompagnement parental renforcé, étayé par  
le livret *PARENTALIM*

Présenté par : **Noémie André**

Née le 26/02/1994

Sous la direction de :

**Maryse DELAUNAY-EL ALLAM**, MCU, UFR de Psychologie, Caen

**Christel BLAISON**, Orthophoniste, service de Pédiatrie, CHU de Caen

**Anne-Sophie TRENTESAUX**, PH, chef de service de néonatalogie, CHU de Caen

Année universitaire 2018-2019



## REMERCIEMENTS

---

Je remercie Maryse Delaunay-El Allam, pour nous avoir encadrées et accompagnées dans ce projet.

Merci à Christel Blaison, pour avoir co-dirigé notre mémoire et pour nous avoir formées à cet univers si particulier qu'est la néonatalogie. Merci pour ses conseils sur la prise en charge délicate des troubles de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés et sur l'accompagnement parental dans ce contexte néonatal.

Merci à Anne-Sophie Trentesaux et à l'ensemble de l'équipe de néonatalogie du CHU de Caen pour leur accueil, et en particulier aux puéricultrices NIDCAP, pour les échanges si riches que nous avons eus sur les soins individualisés et l'accompagnement parental autour des troubles de l'oralité alimentaire. Merci à Pauline Peyroche, cadre de santé, pour avoir participé à la diffusion du livret en le remettant individuellement à chaque infirmier et puériculteur du service.

Je remercie Marion Lemoine et Elisa Levavasseur d'avoir accepté d'être membres de mon jury.

Merci aux nouveau-nés prématurés et à leurs parents qui ont accepté de participer à cette étude et qui ont contribué à notre formation. Merci surtout pour les rencontres et les échanges.

Un grand merci à Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur qui nous ont précédées et nous ont préparées à ce stage et à cette étude. Merci pour tous les conseils donnés cette année, qui nous ont permis de vivre ce mémoire plus sereinement !

Merci à toi Hélène, mon binôme et amie, avec laquelle il a été si agréable de travailler et échanger tout au long de ce stage et de cette étude.

Un remerciement particulier également à tous mes maîtres de stages qui ont contribué à ma formation durant ces 5 années d'études.

Enfin, un immense merci à mes proches pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études.

# SOMMAIRE

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. PARTIE THEORIQUE .....</b>	<b>2</b>
1.1 Troubles de l'oralité alimentaire chez les nouveau-nés prématurés .....	2
1.1.1 Prématurité et conséquences sur le développement de l'oralité alimentaire.....	2
1.1.2 Conséquences de l'environnement néonatal sur le développement de l'oralité alimentaire.....	3
1.2 Soins de développement au service de la prise en charge des nouveau-nés prématurés ...	5
1.2.1 Contrôle de l'environnement néonatal .....	5
1.2.2 Observation du nouveau-né prématuré .....	6
1.2.3 Implication des parents dans les soins de leur enfant .....	6
1.3 Prévention et prise en charge des troubles de l'oralité.....	8
1.3.1 Prévention des troubles de l'oralité et accès à l'autonomie alimentaire .....	8
1.3.2 Stimulations et sollicitations oro-faciales .....	9
1.3.3 Accompagnement parental.....	10
<b>2. PROBLEMATIQUE, OBJECTIF ET HYPOTHESES.....</b>	<b>12</b>
<b>3. METHODOLOGIE EXPERIMENTALE .....</b>	<b>13</b>
3.1 Population .....	13
3.1.1 Critères de recrutement .....	13
3.1.2 Description de la population .....	13
3.2 Matériel .....	15
3.2.1 Les sollicitations oro-faciales (SOF).....	15
3.2.2 Le livret <i>PARENTALIM</i> .....	16
3.2.3 Evaluations : questionnaires et grille d'observation .....	17
3.3 Procédure .....	18
3.3.1 Formation préalable en néonatalogie .....	18
3.3.2 Déroulement de l'étude .....	19
3.3.2.1 Phase 1 : accompagnement parental réduit.....	19

3.3.2.2 Phase 2 : accompagnement parental renforcé.....	20
3.3.2.3 Liens avec l'équipe soignante .....	20
3.4 Analyse statistique .....	21
<b>4. RESULTATS .....</b>	<b>23</b>
4.1 Effets de l'accompagnement parental renforcé sur les durées de transition alimentaire et d'hospitalisation.....	23
4.2 Effets de l'accompagnement parental renforcé sur la satisfaction parentale et le degré d'anxiété.....	23
4.2.1 Satisfaction parentale .....	24
4.2.1.1 Satisfaction de l'accompagnement parental .....	24
4.2.1.2 Satisfaction du livret.....	25
4.2.2 Degré d'anxiété parentale.....	26
4.3 Effets de l'accompagnement parental renforcé sur la compétence parentale dans la proposition des SOF.....	26
4.4 Exploration complémentaire : effets de l'HAD sur la durée de transition alimentaire ...	28
<b>5. DISCUSSION.....</b>	<b>29</b>
5.1 Durées de transition alimentaire et d'hospitalisation.....	29
5.2 Niveau de satisfaction et degré d'anxiété parentale.....	30
5.3 Compétence parentale dans les propositions des SOF.....	32
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>36</b>
<b>TABLE DES ANNEXES.....</b>	<b>41</b>

## **GLOSSAIRE**

---

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

**AG** : Age Gestationnel

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**EPIPAGE** : Etude Epidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels

**HAD** : Hospitalisation A Domicile

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

**MCU** : Maître de Conférence des Universités

**NIDCAP** : Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PH** : Praticien Hospitalier

**SOF** : Stimulation/Sollicitations Oro-Faciales

**STAI** : State-Trait-Anxiety Inventory

**VNI** : Ventilation Non Invasive

## INTRODUCTION

---

D'après l'INSERM, la prématurité représente environ 60 000 naissances chaque année en France, et selon l'OMS le nombre de nouveau-nés prématurés, c'est-à-dire nés avant 37 semaines d'aménorrhée, est en constante augmentation. Leur prise en charge constitue donc un réel enjeu de santé publique. Les résultats de l'étude EPIPAGE-2 ont montré une amélioration de la survie des nouveau-nés prématurés depuis 1997 (Ancel *et al.*, 2015). Ces auteurs soulèvent toutefois l'importance d'améliorer les soins prodigués aux nouveau-nés prématurés, pour notamment prévenir le développement de troubles sur le long terme.

L'orthophoniste intervient auprès des nouveau-nés prématurés dans le cadre d'une prise en charge précoce des troubles de l'oralité alimentaire (Lecoufle, 2012). En effet, ces nouveau-nés présentent des fonctions orales immatures et ne peuvent donc pas s'alimenter par voie orale de manière autonome. Par ailleurs, l'environnement néonatal, aménagé pour subvenir aux besoins vitaux du nouveau-né, n'en demeure pas moins riche en dystimulations, qui limitent les expériences orales positives, favorables au développement alimentaire et plus global de l'enfant (Pfister *et al.*, 2008). Selon l'INSERM, les soins de développement (dont la forme la plus aboutie est le NIDCAP), permettent une meilleure individualisation de la prise en charge du nouveau-né prématuré. Ils facilitent le contrôle de l'environnement néonatal grâce à l'observation du nouveau-né, et soutiennent l'implication des parents dans les soins de leur bébé, ce qui favorise le développement de ce dernier (Pierrat *et al.*, 2012). Afin de solliciter l'oralité de manière positive et faciliter l'accès à l'autonomie alimentaire, des stimulations oro-faciales (SOF) peuvent être proposées (Koenig Zores et Kuhn, 2016).

Au CHU de Caen, des SOF sont pratiquées, et ont évolué, depuis 2011. Inscrites actuellement dans une perspective de soins de développement, les SOF sont devenues des sollicitations individualisées et sont proposées plus progressivement, en fonction de l'état et du niveau de développement du nouveau-né. Elles peuvent être réalisées par les parents, qui ne s'autorisent toutefois pas toujours à les réaliser (Csopaki et Douillet-Nury, 2015). Afin de favoriser la participation des parents aux soins alimentaires de leur bébé, il est indispensable de les informer et les accompagner (Sizun *et al.*, 2018). Le présent travail est dans la lignée de celui initié par Bourdon et Lozachmeur (2018). Il tente d'évaluer l'effet d'un accompagnement parental renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*, sur la durée de transition alimentaire des nouveau-nés prématurés.

# 1. PARTIE THEORIQUE

---

## 1.1 Troubles de l'oralité alimentaire chez les nouveau-nés prématurés

### 1.1.1 Prématurité et conséquences sur le développement de l'oralité alimentaire

L'oralité concerne l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche (Abadie, 2004). Elle implique en un même lieu (la sphère orale), la communication, la respiration, l'alimentation, l'exploration tactile et gustative, et à plus long terme le développement du langage (Bruwier *et al.*, 2014). Elle peut être une source de plaisir (Fischer *et al.*, 2013), de dégoût (Rigal, 2004) ou de douleur (Mercier, 2004).

L'oralité alimentaire constitue une compétence complexe qui nécessite notamment, dans un contexte de stabilité motrice et de stimuli sensoriels variés, l'intégration de la succion, la déglutition et la respiration (Picaud, 2016). La succion et la déglutition se développent progressivement *in utero*, mais l'enchaînement de ces fonctions ne devient stable qu'entre 32 et 34 semaines d'aménorrhée (Leroy-Malherbe, 2014). La coordination avec la respiration se met en place après la naissance, lorsque le nouveau-né à terme accède à la respiration aérienne (Raymond et Bacon, 2006). Cette coordination va permettre à l'enfant à terme de se nourrir de manière active et autonome après la naissance. La synchronisation rythmique de la séquence succion-déglutition-respiration constitue la condition requise pour que l'enfant réussisse à se nourrir par voie orale. Une synchronisation réussie permet que la tétée soit terminée dans un temps défini (Lau, 2007), de quinze minutes maximum (Senez, 2015). Cette synchronisation est nécessaire à une alimentation sans risque : sans épisode de désaturation, d'apnée, de bradycardie et de fausse route (Lau, 2007).

Une naissance prématurée interrompt les expériences sensori-motrices intra-utérines et impose une rupture dans le développement des compétences oro-pharyngées alimentaires. La motricité bucco-linguale est immature (Leroy-Malherbe, 2014) et le degré de coordination de la succion-déglutition-respiration est incertain (Lau, 2007). L'exploration orale, c'est-à-dire la capacité à porter les objets à la bouche, est possible, mais l'immaturité peut empêcher la synchronisation efficace de la succion avec les mécanismes de déglutition et de respiration (Pfister *et al.*, 2008).

Les troubles de l'oralité alimentaire rencontrés chez le nouveau-né prématuré se traduisent par une fatigabilité, des troubles de la séquence succion-déglutition-respiration, une immaturité de la musculature orale (Casper et Kuhn., 2016). Ces difficultés ralentissent l'acquisition de l'alimentation par voie orale, l'accès à l'autonomie alimentaire et rallongent par conséquent la durée de l'hospitalisation (Bruwier *et al.*, 2014). Le nouveau-né prématuré est dans l'incapacité de boire seul, il n'est pas en mesure d'être nourri au sein ou au biberon. Il active des schèmes moteurs inefficaces et s'épuise rapidement. L'alimentation constitue pour le nouveau-né prématuré une tâche difficile, qui désorganise ses capacités de régulation (Mellier *et al.*, 2008). La discontinuité entre les expériences sensori-motrices fœtales et néonatales ne permet pas au nouveau-né prématuré d'adapter ses réponses aux stimulations internes et externes (Schaal *et al.*, 2011).

L'immaturité des fonctions orales est à l'origine du développement de troubles de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. L'environnement néonatal est indispensable pour subvenir à ses besoins, notamment alimentaires, et pour compenser le manque d'expériences sensorimotrices orales et péri-orales (Mellier *et al.*, 2008).

### 1.1.2 Conséquences de l'environnement néonatal sur le développement de l'oralité alimentaire

Les unités de néonatalogie sont organisées en fonction des besoins techniques indispensables aux soins des nouveau-nés prématurés (Casper et Kuhn, 2016). Les soins infirmiers et médicaux sont naturellement centrés sur les fonctions vitales : respiratoire, hémodynamique et neurologique (Martel et Millette, 2006). Le recours à une alimentation passive, par la mise en place d'une sonde gastrique, est nécessaire (Pfister *et al.*, 2008).

De nombreux soins, bien que nécessaires à sa survie, constituent des stimuli nocifs pour le système immature du nouveau-né prématuré, sensible à son environnement (Olry, 2017). La stimulation tactile de la zone péri-orale (lèvre supérieure, joues, nez) provoque normalement chez les nouveau-nés des mouvements orientés de la tête et de la bouche avant la capture orale et la prise alimentaire (Pfister *et al.*, 2008). Or, les expériences sensorielles issues de l'unité néonatale sont non familières, très éloignées des expériences intra-utérines (Schaal *et al.*, 2011). Elles peuvent altérer le bien-être et influencer le développement cérébral ultérieur du prématuré (Kuhn *et al.*, 2014). Les stimuli issus de l'environnement néonatal sont donc par

leur nature, leur intensité, leur fréquence et leur quantité, en inadéquation avec le degré de maturation du système nerveux sensoriel du nouveau-né prématuré (Martel et Millette, 2006). Les moyens de fixation des sondes, des systèmes de ventilation, d'intubation limitent les temps d'exploration de la zone orale. Ils envahissent la zone péri-buccale sans être associés à un temps d'alimentation (Pfister *et al.*, 2008) : l'enfant ne fait pas le lien entre l'activité orale, l'aliment et la nutrition (Lecoufle, 2012). De plus, les aspirations buccales et nasales pluriquotidiennes sollicitent fortement et négativement la bouche et le nez (Koenig Zores et Kuhn, 2016). Elles constituent des expériences désagréables et douloureuses (Pfister *et al.*, 2008). Les sources de dystimulations (tactile, vestibulaire, olfactive, gustative, auditive, visuelle et motrice), occasionnent des conséquences physiologiques, comportementales et motrices néfastes (Martel et Millette, 2006).

Ces dystimulations peuvent être sous-stimulantes ou sur-stimulantes (Mellier et Marret, 2011). Elles sont à l'origine de deux mécanismes physiopathologiques. D'une part, le manque de sollicitations orales altère la mémorisation des sensations et des schémas moteurs. Cela contribue à un déficit, ou une absence, des praxies ou des aptitudes bucco-faciales. La succion est inhibée. D'autre part, les hyperstimulations douloureuses et inadaptées entraînent une perturbation, voire une exacerbation, de la sensibilité orale, et favorisent l'installation d'un réflexe hyper-nauséux. La déglutition s'inverse et provoque nausées et rejets. Le manque de sollicitations positives, associées à des moments de repas, et la réalisation de soins intrusifs autour de la bouche risquent de favoriser l'installation précoce d'un trouble de l'oralité chez les nourrissons hospitalisés. Ce trouble apparaît le plus souvent dans un contexte de nutrition artificielle (Senez, citée par Menier *et al.*, 2014) : le nouveau-né prématuré est nourri par sonde oro- ou naso-gastrique (Leroy-Malherbe, 2014).

L'adaptation du nouveau-né à son environnement néonatal et l'adaptation de l'environnement néonatal au nouveau-né sont indispensables à sa survie, son bien-être, sa santé. Préserver le nouveau-né des stimulations hospitalières délétères et respecter la dyade parent-enfant apparaissent essentiels (Koenig Zores et Kuhn, 2016).

## **1.2 Soins de développement au service de la prise en charge des nouveau-nés prématurés**

### **1.2.1 Contrôle de l'environnement néonatal**

Les soins de développement réunissent des interventions qui ont pour but d'adapter l'environnement néonatal au développement du nouveau-né prématuré (Lebel et Aita, 2013). Ils reposent sur la théorie synactive du développement, fondée sur le principe que le nouveau-né se développe selon cinq sous-systèmes : autonome, moteur, veille-sommeil, attention-interaction, auto-régulation (Martel et Millette, 2006). Ces sous-systèmes sont soumis aux variations environnementales (Pierrat *et al.*, 2012). Le nouveau-né perçoit son environnement et y réagit : il déploie de l'énergie dans un ou plusieurs sous-systèmes, afin de répondre aux stimulations environnementales et conserver une certaine organisation et stabilité. De chaque sous-système émergent des réponses, des indicateurs physiologiques et comportementaux (par exemple, un bâillement ou une recherche de succion), permettant aux soignants et aux parents d'appréhender à quel(s) niveau(x) le nouveau-né déploie son énergie (Martel et Millette, 2006). La compréhension des différents sous-systèmes permet d'adapter l'environnement et les soins aux compétences sensorielles du nouveau-né prématuré (Koenig Zores et Kuhn, 2016), en fonction de son état général, de ses comportements et de son stade de développement (Casper, 2012). Un environnement et des soins adaptés permettent de développer les compétences individuelles de l'enfant, telles que la succion, tout en réduisant les expériences douloureuses et stressantes, telles que les aspirations buccales et pharyngées (Sizun *et al.*, 2017).

L'environnement néonatal ajusté et individualisé réduit les réponses d'évitement, d'inconfort, et augmente les réponses d'approche, produites par le nouveau-né prématuré (Roth et Morse, 2008). Les modifications de l'environnement et des soins sont mises en place par la limitation des sources de dystimulations ; par exemple en regroupant les soins sur un même moment, afin de favoriser les phases de sommeil profond. Des stratégies spécifiques et individualisées de soutien au développement de l'enfant sont aussi mises en œuvre, comme par exemple l'utilisation de la succion non nutritive pour réduire la douleur (Picaud, 2016).

La compréhension des différents sous-systèmes, et la mise en place des modifications environnementales qui en découlent, sont rendues possibles par l'observation individualisée des nouveau-nés prématurés (Pierrat *et al.*, 2012).

### 1.2.2 Observation du nouveau-né prématuré

L'observation précise des comportements du nouveau-né prématuré permet d'évaluer ses réactions pendant les soins, et ses capacités de récupération qui surviennent ensuite. L'ajustement des soins est mis en œuvre en fonction des compétences et des difficultés constatées (Picaud, 2016).

Les soins de développement s'appliquent notamment à travers le programme NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program), conçu par Als dans les années 80 (Roth et Morse, 2008). Ce programme repose sur des observations répétées et formalisées du nouveau-né (Westrup, 2008). Les professionnels formés à cette méthode évaluent pendant les soins la capacité de chaque enfant à maintenir un équilibre entre les différents sous-systèmes. Ils analysent dans quelle mesure les stimulations extérieures impactent ces systèmes et comment l'enfant répond à ces stimulations (Picaud, 2016). Des plans de soins sont conçus en fonction des observations, ils contiennent des recommandations adaptées à l'état développemental et médical du bébé, et aux besoins de sa famille (Westrup, 2008).

Les études qui ont examiné l'efficacité du NIDCAP fournissent des preuves significatives, notamment sur l'amélioration du comportement alimentaire, de la croissance, de la compétence parentale. Elles montrent une réduction de la durée d'hospitalisation et du stress parental (Als, 2017).

L'environnement néonatal prive l'enfant et ses parents d'interactions précoces (Olry, 2017). Au sein du programme NIDCAP, les parents sont de plus en plus activement associés à ces observations et à la prise en charge de leur bébé (Pierrat *et al.*, 2012).

### 1.2.3 Implication des parents dans les soins de leur enfant

Les soins de développement sont basés sur le principe que le nouveau-né est acteur de son développement et que ses parents devraient en être les co-régulateurs principaux (Pierrat *et al.*, 2012). Ils centrent les soins sur le patient et sa famille, en ayant pour objectifs de favoriser

l'implication des parents dans les soins et d'améliorer le bien-être émotionnel et social de la famille (Picaud, 2016). Les parents sont considérés par l'équipe hospitalière comme des partenaires de soins dans la prise en charge de leur enfant (Olry, 2017). Ils sont formés par les soignants, afin d'apprendre à repérer les signes comportementaux et développementaux de leur nouveau-né, pour y répondre de manière adaptée (Roth et Morse, 2008).

Des stimulations, adaptées à l'état physiologique du nouveau-né et produites par ses parents, procurent une meilleure stabilité physiologique et comportementale et induisent des réponses adaptées chez le nouveau-né (Kuhn *et al.*, 2014). La présence des parents a un impact majeur sur le bien-être et le développement global de l'enfant né prématurément (Pierrat *et al.*, 2012). Une étude suédoise a montré que les parents jouent un rôle de « stabilisateurs » pour leur enfant : leur présence permet une réduction de la durée d'hospitalisation de cinq jours (Örtenstrand *et al.*, 2010).

Des parents intégrés huit heures par jour, dans le service néonatal où est hospitalisé leur enfant, sont moins stressés et davantage satisfaits que des parents qui n'ont pu être intégrés qu'une heure par jour (De Bernardo *et al.*, 2017). En étant impliqués dans les soins, les parents se sentent mieux informés, davantage rassurés et mis en confiance quant à leur rôle de parents (Glorieux *et al.*, 2012).

Dans de nombreux services en France, les soins de développement individualisés font partie intégrante de la prise en charge des nouveau-nés prématurés, au même titre que des soins plus techniques, tels que la ventilation assistée ou les traitements médicamenteux (Picaud, 2016). Cependant, l'implantation des soins de développement demeure très variable d'un service à l'autre. La participation des parents aux soins de leur enfant se limite encore souvent aux soins de pré-sortie (Casper et Kuhn, 2016), lorsque le nouveau-né prématuré est déjà proche de l'autonomie alimentaire. Une prise en charge précoce est pourtant indispensable pour prévenir les troubles de l'oralité et faciliter l'accès à l'autonomie alimentaire des nouveau-nés prématurés.

La prévention et la prise en charge des troubles de l'oralité s'inscrivent dans cette philosophie des soins de développement, en promouvant une approche individualisée de

chaque nouveau-né et un partenariat avec les parents (Menier *et al.*, 2014). L'observation et la prise en compte des réponses de l'enfant y tiennent une place centrale.

### **1.3 Prévention et prise en charge des troubles de l'oralité**

#### **1.3.1 Prévention des troubles de l'oralité et accès à l'autonomie alimentaire**

La prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire propose au nouveau-né prématuré une aide précoce et un soutien au développement de l'oralité (Lecoufle, 2012). La perturbation de l'activité orale perdure dans les premières années de la vie. Une conduite préventive, telle que la stimulation précoce de la succion non nutritive avec la tétine ou au doigt maternel, limite les troubles alimentaires quand l'enfant doit commencer à s'alimenter seul (Delfosse *et al.*, 2006). Une intervention préventive personnalisée doit être proposée le plus précocement possible, à partir du moment où l'état de santé de l'enfant se stabilise, afin de limiter la durée de nutrition artificielle (non orale) et la durée d'hospitalisation (Menier *et al.*, 2014).

Les interventions proposées autour de l'oralité visent à faciliter la transition alimentaire et par conséquent l'accès à l'autonomie alimentaire. La transition alimentaire est définie comme le temps (en jours) dont le nouveau-né prématuré a besoin, pour passer d'une alimentation passive (par sonde) à une alimentation totalement active par la tétée au sein ou au biberon (Pfister *et al.*, 2008). Elle débute lorsque le nouveau-né ingère par voie orale 5 ml de lait en 24h et se termine lorsque le nouveau-né prend en 48h toute sa ration par la bouche, sans complément par la sonde. Le nouveau-né prématuré accède alors à l'autonomie alimentaire, qui constitue une étape décisive pour le retour au domicile (Pfister *et al.*, 2008).

L'autonomie alimentaire nécessite une coordination efficace de la succion-déglutition-respiration. L'entraînement des fonctions liées aux structures oro-motrices impliquées dans la succion, la déglutition et la respiration facilite l'acquisition de compétences liées à l'oralité. Chez les nouveau-nés prématurés nés avant 30 semaines d'aménorrhée et médicalement stables, l'introduction précoce de l'oralité, à travers une stimulation non nutritive orale, permet le développement des fonctions oro-motrices et un passage plus rapide à l'alimentation orale (Lau, 2007). L'exercice de la succion non nutritive limite par ailleurs les effets délétères de l'alimentation passive sur le développement sensori-moteur (Mellier *et al.*, 2008).

Proposer une prise en charge spécifique et individualisée est fondamental pour favoriser le développement harmonieux de l'oralité et faciliter l'accès à l'autonomie alimentaire. Des protocoles sollicitant l'oralité peuvent être proposés.

### 1.3.2 Stimulations et sollicitations oro-faciales

Les stimulations oro-faciales (SOF) s'inscrivent dans le cadre de la prise en charge précoce en orthophonie (Lecoufle, 2012). Elles consistent à stimuler les zones péri-orales et orales du nouveau-né afin d'activer les comportements réflexes qui facilitent la succion nutritive. Elles n'abordent pas la zone buccale d'emblée (Picaud, 2016). La technique utilisée pour les SOF est basée sur un gradient de sensibilité décrit par Weber : la zone la moins sensible est proche du lobe de l'oreille, la zone la plus sensible se situe à la commissure des lèvres (Pfister *et al.*, 2008). Les SOF, en suivant ce gradient de sensibilité, permettent au nouveau-né de se tourner vers la stimulation ou de s'en détourner (Bullinger, 2004).

Les SOF prennent en compte l'état du nouveau-né et respectent ses refus (Pfister *et al.*, 2008) : la proposition des gestes n'est pas figée mais s'adapte à la manière dont chaque bébé les appréhende, c'est pourquoi le terme de « sollicitation » apparaît plus approprié que celui de stimulation (Lecoufle, 2012). Le temps de latence entre la sollicitation et la réponse motrice est élevé chez le nouveau-né né prématurément (Picaud, 2016). Les sollicitations qui ne respectent pas ce temps de latence se traduiront par des stimulations entraînant des comportements de retrait ou d'évitement du nouveau-né, tels que des grimaces ou des pleurs. Le niveau de stress de l'enfant augmente lorsque celui-ci n'est pas en mesure d'assimiler et de s'accommoder aux stimulations. La progression est alors impérativement stoppée et une sollicitation positive, adaptée au nouveau-né prématuré, doit être proposée. Elle entraînera davantage de réactions de confort ou d'approche du nouveau-né, telles que la recherche de contact, ou l'agrippement (Menier *et al.*, 2014).

Les SOF réduisent la durée de transition alimentaire de 4 à 5 jours et la durée d'hospitalisation de 7 à 10 jours, contrairement aux soins standards ou à toute autre intervention non orale (Greene *et al.*, 2016). Elles facilitent l'acquisition de la coordination succion-déglutition-respiration (Fucile *et al.*, 2012). La succion non nutritive, proposée par l'administration d'une tétine, entraîne les schémas oro-moteurs de la langue, des lèvres, des joues et favorise le succès de l'alimentation par la bouche (Barlow *et al.*, 2008). Les résultats

sont meilleurs lorsque la succion non nutritive est proposée au moment d'une alimentation (Menier *et al.*, 2014).

L'idéal est de proposer ces sollicitations avant chaque repas, qu'il soit administré par la sonde, au sein ou au biberon (Pfister *et al.*, 2008). Les soignants n'étant pas toujours disponibles pour le faire, l'intégration des parents dans un protocole de SOF prend alors tout son sens. Ils sont incités à devenir acteur dans la prise en charge alimentaire de leur bébé, en reprenant les sollicitations chaque fois qu'ils en ont la possibilité et que leur enfant y est disposé (Picaud, 2016). Accompagner les parents est nécessaire afin de les former aux gestes à effectuer et à l'observation des comportements de leur nouveau-né.

### 1.3.3 Accompagnement parental

Depuis plusieurs années, des SOF sont proposées dans des services de néonatalogie afin d'aider les nouveau-nés prématurés à adopter une succion efficace pour une alimentation autonome. Ces protocoles sont le plus souvent proposés par les soignants mais ils peuvent être repris par les parents (Lecoufle, 2012). Les parents sont les principaux acteurs d'interactions tactiles avec leur nouveau-né (Browne, 2014), ils sont des partenaires indispensables et capables d'un grand sens d'observation de leur enfant (Lecoufle, 2012). Cependant, l'ajustement au bébé est plus difficile lorsque la naissance est prématurée que lors d'une naissance à terme (Borghini, 2011). Former les parents aux SOF et à l'observation des réactions de leur nouveau-né est donc primordial afin qu'ils proposent les gestes en synchronie avec le comportement et les états de veille-sommeil de leur enfant (Browne, 2014). Favoriser la compréhension du comportement de leur enfant leur permettra de se sentir plus confiants et en sécurité pour proposer les SOF (Picaud, 2016).

Les parents des nouveau-nés prématurés ont besoin de développer leur autonomie et d'être valorisés, par les soignants, dans leur participation aux soins et dans leurs compétences. Ils demandent à être informés régulièrement des étapes à venir, et à être accompagnés et soutenus par les professionnels lors des premières expériences de soins (Sizun *et al.*, 2018). Ils souhaitent participer aux soins, même les plus complexes, comme l'alimentation par la sonde, mais ils formulent le besoin d'être accompagnés de manière sécurisée (Casper *et al.*, 2016). Une participation, même aux soins les plus élémentaires, tel que donner le biberon, nécessite la présence d'un soignant afin que le parent se sente capable de s'occuper de son bébé (Guy et

Chantelot, 2003). L'information et l'accompagnement parental apparaissent comme essentiels (Sizun *et al.*, 2018).

Au CHU de Caen, malgré la mise en place d'affiches explicatives des SOF dans les chambres des nouveau-nés, certains parents ne s'autorisent pas à les pratiquer (Csopaki et Douillet-Nury, 2015). Un accompagnement constant, renforcé par des supports papiers ou numériques, permet aux parents de retrouver confiance en eux, d'être moins anxieux et davantage satisfaits (Jefferies, 2014). L'élaboration d'un « dépliant informatif », sur des informations spécifiques à destination des parents, permettrait d'étayer l'accompagnement parental autour de l'oralité alimentaire (Martel et Milette, 2006).

En 2017-2018, le livret illustré « PARENTALIM – Soins de développement pour accompagner l'alimentation des nouveau-nés prématurés » a été créé par Blaison, Bourdon, Datin-Dorrière, Delaunay-El Allam, Lozachmeur, Trentesaux, et illustré par Anne Lacherez (MRSH, Université de Caen). Après dépôt d'une enveloppe SOLEAU par l'Université de Caen Normandie pour en protéger le titre et le contenu textuel et graphique, le livret a été mis en place dans les services de néonatalogie du CHU de Caen.

Ce livret est voué à étayer des entretiens individualisés qui portent sur l'alimentation, l'oralité et les SOF. Mis à disposition des parents, il leur permet de rester informés sur la dimension de l'oralité liée au repas et sur l'apport des SOF dans la progression alimentaire. Les différents états d'éveil et de sommeil du bébé y sont spécifiés afin d'aider les parents à les repérer. L'importance de la présence des parents auprès de leur nouveau-né y tient une place centrale. Les parents peuvent s'y référer à tout moment. Les nouveau-nés de 2017-2018 ayant été comparés à des nouveau-nés de 2013-2014 (Hamon et Nisole, 2014), l'efficacité du livret sur la durée de transition alimentaire n'a pas pu être prouvée. En trois années, un changement de pratiques de soins dans le service a pu parasiter les résultats de l'étude. Par ailleurs, le livret n'ayant pu être rendu disponible qu'en février 2018, l'échantillon recruté était insuffisant et le livret n'avait pas pu être largement diffusé dans les services de néonatalogie du CHU de Caen (Bourdon et Lozachmeur, 2018). Les évolutions de pratiques nécessitent du temps. Il est important de poursuivre le travail initié l'année dernière, afin de valoriser l'utilisation du livret, en l'inscrivant dans une continuité des pratiques sur le long terme.

## 2. PROBLEMATIQUE, OBJECTIF ET HYPOTHESES

---

La naissance prématurée occasionne des troubles de l'oralité alimentaire. L'environnement néonatal est à l'origine de nombreuses dystimulations, notamment autour de la sphère oro-faciale. Les soins de développement permettent de limiter ces dystimulations, en contrôlant l'environnement néonatal et en appliquant des soins individualisés. Les modifications environnementales sont rendues possibles grâce à une observation et à une compréhension fine des comportements du nouveau-né prématuré. L'implication des parents dans les soins est indispensable : des bénéfices sont observés pour l'enfant et pour ses parents.

La prise en charge orthophonique intervient dans un contexte de prévention des troubles de l'oralité alimentaire. Durant la période d'hospitalisation, elle vise à faciliter le passage d'une alimentation passive par la sonde à une alimentation active par la bouche, en impliquant les parents dans la transition alimentaire de leur enfant. Des sollicitations oro-faciales sont proposées aux nouveau-nés prématurés. Leur efficacité dépend de leur qualité et de la fréquence à laquelle elles sont proposées. Un accompagnement est nécessairement proposé aux parents afin qu'ils apprennent à proposer les SOF de manière adaptée à leur bébé.

Le présent travail s'inscrit dans la continuité de celui d'Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur. Elles ont élaboré en 2017-2018 un livret d'accompagnement parental intitulé *PARENTALIM*. Ce livret a pour but de soutenir l'accompagnement des parents dans les soins alimentaires individualisés proposés à leur bébé. Son efficacité n'a pas pu être prouvée.

Notre objectif est de favoriser l'accès progressif et sécurisé à une alimentation lactée autonome, en proposant un accompagnement parental renforcé associé au livret *PARENTALIM*, afin de réduire la durée de transition alimentaire.

Proposer un programme d'accompagnement parental individualisé et renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*, permettrait de réduire la durée de transition alimentaire et donc la durée d'hospitalisation. Cet accompagnement permettrait aux parents d'être moins anxieux, davantage compétents dans la proposition des SOF, et davantage satisfaits de participer aux soins alimentaires de leur enfant.

En complément de nos hypothèses, nous nous intéresserons à l'impact de l'hospitalisation à domicile (HAD) sur la durée de transition alimentaire, notre accompagnement s'arrêtant à la sortie de l'enfant (en HAD, ou en fin d'hospitalisation).

### 3. METHODOLOGIE EXPERIMENTALE

---

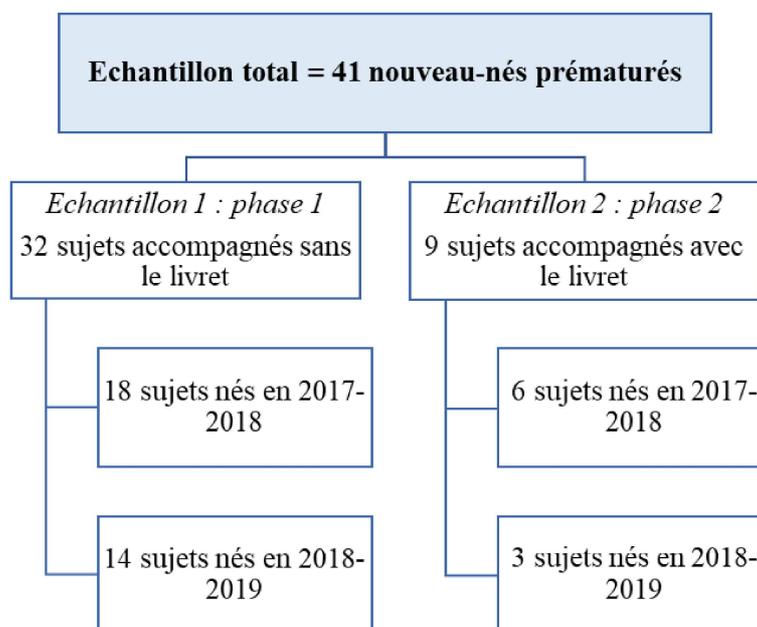
#### 3.1 Population

##### 3.1.1 Critères de recrutement

Nous avons recruté des nouveau-nés prématurés nés entre septembre 2018 et mars 2019, et hospitalisés dans le service de néonatalogie du CHU de Caen. Les nouveau-nés prématurés ont été inclus dans l'étude une fois stabilisés sur le plan physiologique, à partir de 28 semaines d'âge corrigé (AC). Par ailleurs, nous attendions que les nouveau-nés atteignent au minimum 48 heures de vie avant de les recruter. Les bébés présentant une pathologie neurologique, génétique, digestive, ou une malformation de la sphère oro-faciale étaient exclus. Ces pathologies pouvant avoir un effet sur l'accès à l'autonomie alimentaire, elles auraient constitué un biais pour notre étude. L'intubation n'était plus un critère d'exclusion cette année, certaines SOF et le livret pouvant être quand même proposés de manière individualisée.

##### 3.1.2 Description de la population

Notre population se constitue d'un total de 41 nouveau-nés prématurés, répartis en 2 échantillons : 32 sujets accompagnés sans le livret, et 9 sujets accompagnés avec le livret (*cf.* figure 1).



*Figure 1. Représentation de la population*

Notre premier échantillon regroupe 32 sujets accompagnés sans le livret. Notre second échantillon regroupe 9 sujets accompagnés avec le livret. Chaque échantillon est scindé en 2 groupes. Un premier groupe est constitué de sujets recrutés en 2017-2018 par Bourdon et Lozachmeur au CHU de Caen. Nous avons recueilli les données de ce premier groupe afin d'étendre le nombre de sujets constituant notre échantillon total. Un second groupe est constitué des sujets que nous avons recrutés lors de notre stage en 2018-2019. Le second groupe concerne initialement 37 nouveau-nés prématurés : 29 sujets ont bénéficié d'un accompagnement réduit, sans le livret *PARENTALIM* ; 8 sujets ont bénéficié d'un accompagnement renforcé, avec le livret *PARENTALIM*. 17 sujets ont été retenus pour notre étude et 20 perdus de vue pour différentes raisons :

- Parents finalement non volontaires pour participer à l'étude (N=2)
- Parents insuffisamment rencontrés (N=4)
- Mutation dans un hôpital périphérique avant la fin de l'accompagnement (N=5)
- Accompagnement non terminé car sortie rapide du CHU (N=1)
- Autonomie alimentaire non atteinte avant la fin de l'étude (N=2)
- Instabilité trop importante sur le plan respiratoire (N=1)
- Malformation oro-faciale (N=1)
- Découverte d'une pathologie neurologique grave pendant l'étude (N=3)
- Pathologie digestive (N=1)

L'échantillon total se compose donc de 41 nouveau-nés prématurés, dont 23 filles et 18 garçons. Les caractéristiques de l'échantillon total sont décrites dans le tableau 1.

**Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon total (N=41)**

<b>Variabiles indépendantes</b>	<b>Médiane</b>	<b>1<sup>er</sup> quartile</b>	<b>3<sup>ème</sup> quartile</b>	<b>Valeurs extrêmes</b>
Terme de naissance (SA)	29,86	28	31,43	23,86-33,71
Poids de naissance (grammes)	1320	990	1620	470-2300
Durée d'intubation (jours)	0	0	0	0-29
Durée de VNI (jours)	26	12	52	0-101
Nombre d'entretiens	4	3	5	2-9

Nous avons apparié 9 sujets accompagnés sans le livret (phase 1) à 9 sujets accompagnés avec le livret (phase 2) selon plusieurs critères, afin d'atténuer les biais de recrutement et de

révéler l'influence de l'accompagnement parental renforcé et du livret sur les variables dépendantes. Nous avons gardé l'appariement effectué par Bourdon et Lozachmeur en 2017-2018. Nous avons apparié nos deux échantillons sur le même principe que celui utilisé l'année passée. Ainsi, les nouveau-nés ont été appariés un à un, au plus proche, selon la proximité des valeurs des médianes des termes de naissance et des poids de naissance, grâce au test U de Mann-Whitney ( $p > 0.05$ ). Nos échantillons appariés sont finalement constitués de 18 nouveau-nés prématurés, dont 12 filles et 6 garçons. Les caractéristiques des échantillons appariés sont décrites dans le tableau 2.

**Tableau 2. Caractéristiques des échantillons appariés (N=18)**

Variables indépendantes		Médiane	1 <sup>er</sup> quartile	3 <sup>ème</sup> quartile	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	Phase 1	29,86	27,43	31,71	25,86-33,43
	Phase 2	29,84	27,71	31,14	26,43-33,71
Poids de naissance (grammes)	Phase 1	1470	995	1560	470-1710
	Phase 2	1090	990	1630	550-1730
Durée d'intubation (jours)	Phase 1	0	0	0	0-17
	Phase 2	0	0	0	0-13
Durée de VNI (jours)	Phase 1	26	8	62	0-69
	Phase 2	26	16	42	2-71
Nombre d'entretiens	Phase 1	4	4	5	2-9
	Phase 2	5	4	6	2-6

## 3.2 Matériel

### 3.2.1 Les sollicitations oro-faciales (SOF)

Les SOF ont été mises en place dans le service de néonatalogie du CHU de Caen en 2010, à l'initiative de Christel Blaison et Monique Haddad, orthophonistes. Depuis leur intégration dans le service les SOF ont évolué, en fonction des réflexions entre les différents professionnels et les études parues sur le sujet.

Le terme de sollicitations oro-faciales est maintenant préféré à celui de stimulations oro-faciales : les gestes sont proposés de manière progressive et individualisée, en fonction de l'état et des réactions du nouveau-né prématuré. Les SOF sont proposées quand le bébé est en éveil calme. Après chaque sollicitation, nous lui laissons le temps de réagir, et nous arrêtons la

progression s'il manifeste un signe d'arrêt (par exemple, un bâillement, un hoquet, ou une extension de la main). Nous proposons toutefois systématiquement, après avoir regroupé le bébé, une succion non nutritive grâce à une tétine, que le bébé peut prendre en bouche s'il le souhaite. Les SOF constituent une aide temporaire à la transition alimentaire, elles sont arrêtées dès lors que le nouveau-né prématuré peut prendre des quantités de lait suffisantes par la bouche.

Chacune de nos interventions avait lieu en présence des parents, l'objectif étant de leur montrer les SOF, afin qu'ils puissent se les approprier et les proposer de manière adaptée à leur bébé. Ils pouvaient réaliser les gestes alors que leur bébé se trouvait dans la couveuse, ou en face à face sur leurs genoux, ou dans leurs bras. Les SOF étaient systématiquement proposées au moment d'un repas, afin que le nouveau-né fasse le lien avec l'alimentation. Elles pouvaient d'ailleurs être suivies par des propositions de gouttes de lait dans la bouche, une mise au sein ou au biberon. Les gestes étaient expliqués oralement aux parents, à mesure qu'ils les réalisaient. Nous nous adressions au bébé et ses réactions étaient verbalisées.

Le premier geste consiste en un regroupement : le parent signifie sa présence à son bébé grâce à un appui sur sa tête et sous ses pieds. Il propose ensuite son doigt dans la main du nouveau-né, qui l'agrippe s'il le souhaite. Puis le parent guide la main du bébé à la bouche de ce dernier. Le bébé pourra explorer sa sphère oro-faciale s'il en a envie. Les gestes suivants sont constitués d'un appui franc au milieu de chaque joue, puis sous chaque narine. Ces appuis permettent de solliciter les réflexes d'orientation vers le sein ou le biberon : le foussement pour l'orientation de la tête et les points cardinaux pour l'ouverture de la bouche. Pour terminer, le parent propose une succion non nutritive grâce à une tétine, qu'il avance par petits bonds du lobe de l'oreille jusqu'à la commissure labiale, afin que le nouveau-né prématuré la sente arriver à sa bouche. La tétine est laissée en place à la commissure labiale, afin de laisser au bébé le temps de s'en saisir s'il en a envie (annexe 1).

### 3.2.2 Le livret *PARENTALIM*

Pour soutenir l'implication des parents dans l'accès progressif et individualisé à l'autonomie alimentaire de leur nouveau-né, un livret intitulé « PARENTALIM – Soins de développement pour accompagner l'alimentation des nouveau-nés prématurés » a été créé en 2017. Il a été élaboré par Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur, étudiantes orthophonistes,

Christel Blaison, orthophoniste, Anne-Sophie Trentesaux, chef de service de néonatalogie, Valérie Datin-Dorrière, pédiatre, et Maryse Delaunay-El Allam, MCU en psychologie du développement. Les dessins ont été créés par Anne Lacherez, infographiste à la MRSH (Université de Caen-Normandie), à partir de photos prises dans le service.

Le livret *PARENTALIM* aborde les rencontres et les échanges entre le nouveau-né et ses parents, les états d'éveil et de sommeil du bébé prématuré, les différentes étapes par lesquelles il va passer pour s'alimenter, et les aides qui peuvent lui être apportées pour faciliter la transition alimentaire (succion, SOF, propositions de gouttes de lait). S'inscrivant dans la démarche des soins de développement, le livret s'adresse aux parents et leur attribue une place centrale auprès de leur bébé.

Cet outil a été utilisé comme médiateur de février à mars 2018, par Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur, afin de soutenir leurs propos lors de 3 entretiens avec les parents. Elles le feuilletaient rapidement avec eux lors du 1<sup>er</sup> entretien, et le reprenaient si besoin lors des entretiens suivants pour éclaircir ou illustrer certaines notions. Nous avons repris ce livret de février à avril 2019 lors d'un accompagnement renforcé, composé d'un minimum de 5 entretiens avec les parents. Ces entretiens étaient individualisés et le livret était raconté progressivement : toutes les pages n'étaient pas abordées dès le 1<sup>er</sup> entretien, bien que nous laissions le livret à disposition des parents afin qu'ils puissent le feuilleter de leur côté. Les notions étaient abordées en lien avec l'état du nouveau-né et sa progression dans la transition alimentaire. La disponibilité et les questionnements des parents étaient pris en compte. Toutes les notions n'étaient donc pas abordées de la même manière, ni au même rythme, avec toutes les familles.

Le livret *PARENTALIM* a été diffusé dans le service de néonatalogie à partir de mars 2019, afin de permettre aux soignants de l'utiliser avec les familles que nous n'avions pas pu rencontrer, et afin de pérenniser son utilisation au-delà de notre présence dans le service. Par ailleurs, le livret avait en partie pour objectif de constituer un support langagier commun entre les orthophonistes, les soignants et les parents, autour des pratiques des soins de développement individualisés, appliquées aux soins alimentaires des nouveau-nés prématurés.

### 3.2.3 Evaluations : questionnaires et grille d'observation

Nous remettons aux parents deux questionnaires, à deux moments différents : le premier moment n'était pas le même selon le degré d'accompagnement (temps 1), mais le second jeu

de questionnaires était systématiquement remis lors du dernier accompagnement, après que le bébé avait atteint 35 semaines d'AC (temps 2). Le premier questionnaire porte sur la satisfaction de l'accompagnement parental et du livret *PARENTALIM* (annexes 2 et 3). Ce questionnaire a été créé en 2017 par Bourdon et Lozachmeur : 6 items portent sur l'accompagnement parental et 6 items concernent le livret. Le second questionnaire comprend 20 items portant sur le niveau d'anxiété des parents au moment où nous les accompagnions : nous utilisons le questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'anxiété-état, STAI (State Trait Inventory Anxiety) forme Y-A, de Spielberger (1993) (annexe 4). Les deux questionnaires sont construits avec des questions fermées. Les réponses sont cotées grâce à une échelle de Lickert, chaque réponse à un item étant notée de 1 à 4. La valeur 1 correspond au degré d'anxiété ou de satisfaction le plus faible pour les items non inversés, et au degré le plus haut pour les items inversés. Pour le STAI, le score total est interprété selon 5 niveaux d'anxiété : >65 (très élevé), 56 à 65 (élevé), 46 à 55 (moyen), 36 à 45 (faible), <35 (très faible).

Nous avons créé une grille d'observation des interactions parents-bébé, inspirée de la grille des interactions précoces de Lille (Lenseele, 2011). Les items choisis ont été discutés avec Maryse Delaunay-El Allam, MCU, et Christel Blaison, orthophoniste. Ils portent sur les comportements des parents, par exemple « parent dit les gestes SOF », et sur ceux du bébé, par exemple « bébé détendu ». Nous observions les SOF, suivies d'un moment de repas. Nous utilisons cette grille à deux moments différents : le premier moment variait selon l'âge du bébé et le degré d'accompagnement (temps 1), mais la 2<sup>ème</sup> observation avait lieu après que le bébé avait atteint 35 semaines d'AC (temps 2). Cette grille permet d'observer la coordination des échanges parents-bébé, la qualité des interactions, et d'évaluer si notre accompagnement permet aux parents de proposer plus facilement les SOF, et de manière adaptée. Comme nous étions deux personnes à observer, nous avons élaboré un guide d'utilisation de la grille d'observation afin d'utiliser cette grille de la même manière.

### **3.3 Procédure**

#### **3.3.1 Formation préalable en néonatalogie**

De mars à septembre 2018, nous avons été formées par Christel Blaison, orthophoniste des services de pédiatrie et de néonatalogie. Cette formation nous a permis de découvrir le service de néonatalogie, ses différentes unités (réanimation, soins intensifs, pré-sortants, unité

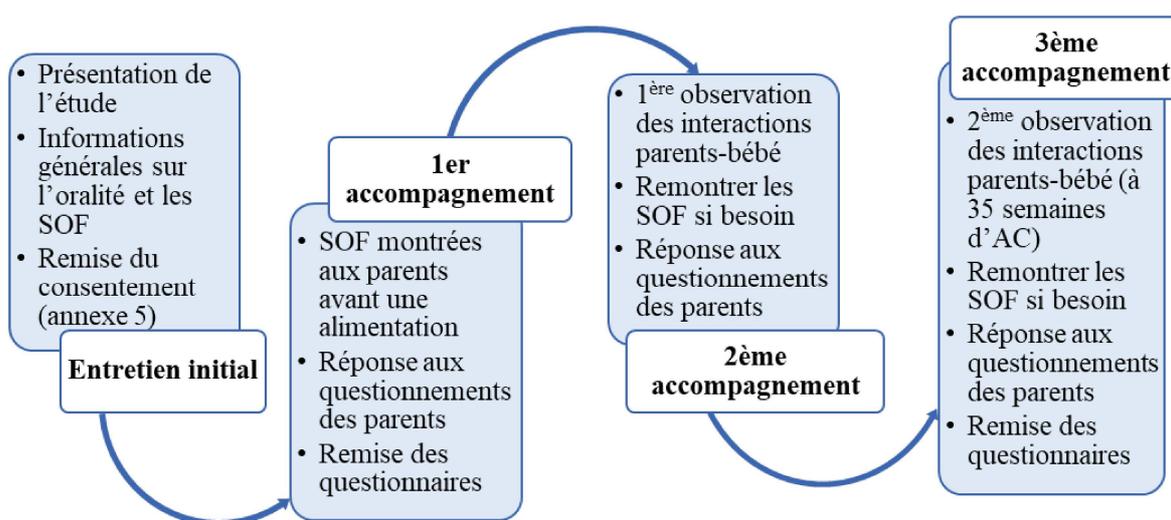
kangourou) et leurs fonctionnements. Nous avons rencontré les soignants et nous nous sommes familiarisés avec les dossiers des nouveau-nés prématurés. Christel Blaison nous a formées aux SOF, à l'observation des réactions des nouveau-nés prématurés, et à l'accompagnement parental individualisé.

### 3.3.2 Déroulement de l'étude

#### 3.3.2.1 Phase 1 : accompagnement parental réduit

De septembre 2018 à février 2019 nous proposons un accompagnement réduit aux parents, afin de rester au plus proche des pratiques du service, concernant la prise en charge des troubles de l'oralité. En effet, pour les besoins de l'étude, il était nécessaire de constituer un premier groupe de familles accompagnées sans le livret, afin de pouvoir le comparer au groupe de familles qui en bénéficieraient. Or, en février 2018, le service de néonatalogie du CHU de Caen a été réorganisé, avec un passage aux 12h de travail pour les soignants, et une réintroduction des observations NIDCAP. En appariant nos échantillons constitués sur la même période, restreinte à quelques mois, nous nous assurons que les familles aient bénéficié d'une prise en charge similaire.

Durant cette première phase, nous proposons trois accompagnements aux parents (*cf.* figure 2).



*Figure 2. Procédure d'accompagnement (phase 1)*

### 3.3.2.2 Phase 2 : accompagnement parental renforcé

Nous n'avons pas pu commencer cette seconde phase en janvier 2019 comme initialement prévu. En effet, nous devions attendre qu'une enquête soit effectuée dans le service (en février 2019) avant de pouvoir utiliser et diffuser le livret *PARENTALIM*. Cette enquête, effectuée par deux étudiantes en psychologie du développement, avait pour objectif d'évaluer les connaissances des soignants et des parents sur les troubles de l'oralité, et leur prise en charge. Elle a été effectuée en deux temps : avant et après la diffusion du livret et les réunions d'informations dans le service, afin de mesurer l'évolution des connaissances et des pratiques.

De février à avril 2019, nous proposons un accompagnement parental renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*. Durant cette seconde phase, nous proposons au minimum 5 accompagnements aux parents. L'objectif étant de mener un accompagnement progressif et individualisé, nous n'avons pas créé de procédure d'accompagnement. Au terme des 5 accompagnements minimum, nous devions toutefois avoir abordé le livret progressivement, avoir montré les SOF aux parents et avoir mené 2 observations de repas. Les questionnaires devaient être remis à 2 temps différents, généralement à la moitié de l'accompagnement et lors de la dernière rencontre. Les observations étaient mises en place de la même manière. Le suivi pouvait parfois continuer alors que le nouveau-né avait dépassé les 35 semaines d'AC.

Lors de l'entretien initial, nous avions un discours identique à celui tenu lors de la première phase. Cependant, nous remettons le livret aux parents, nous commençons parfois à le regarder avec eux, et nous donnons davantage d'informations si besoin. Nous remettons une note d'information différente de celle proposée en phase 1 (annexe 6). Nous avons élaboré un discours commun autour du livret, mais le contenu abordé à chaque accompagnement dépendait de l'état du nouveau-né prématuré, de ses compétences orales, de son avancée dans la transition alimentaire et des questionnements des parents. Le déroulement des accompagnements était donc très variable d'une famille à une autre.

### 3.3.2.3 Liens avec l'équipe soignante

Avant chaque entretien avec les parents, nous demandions l'accord au puériculteur en charge du nouveau-né prématuré. Nous prenions des nouvelles de ce dernier, de ses parents, et nous nous informions des horaires des soins et des alimentations, afin de déterminer le meilleur moment pour aller les voir. Nous pouvions aussi parfois discuter de l'état médical d'un enfant avec les internes ou les médecins. Au cours de notre stage, nous avons aussi pu

être en lien avec des aides-soignants, des kinésithérapeutes, une psychomotricienne et des psychologues. Nous avons par ailleurs pu échanger avec les puéricultrices NIDCAP.

Lors de la phase 2 de notre étude, entre février et avril 2019, nous avons organisé des réunions d'informations et de formations auprès de l'équipe soignante. Nous avons pu informer et former une trentaine de puéricultrices et infirmières, la psychomotricienne, ainsi que les internes du service. Ces réunions portaient sur l'oralité, les troubles de l'oralité, les SOF et le livret. Nous avons créé un fascicule synthétisant l'objectif et le déroulement de notre étude, que nous avons laissé à disposition dans le service afin d'informer les soignants que nous n'avions pas pu voir. Le livret a été remis individuellement, par la cadre du service, à chaque infirmier et puériculteur à partir d'avril 2019.

### **3.4 Analyse statistique**

Notre objectif est de favoriser l'accès progressif et sécurisé à une alimentation lactée autonome, en proposant un accompagnement parental renforcé, associé au livret *PARENTALIM*, afin de réduire la durée de transition alimentaire. Nous réalisons des analyses intergroupes, comparant les 2 échantillons indépendants : 9 nouveau-nés ayant bénéficié du livret pendant la phase 2 sont comparés à 9 nouveau-nés n'ayant pas bénéficié du livret pendant la phase 1.

Nous utilisons des tests non paramétriques, chaque groupe comprenant moins de 30 sujets et les distributions des réponses ne suivant pas la loi normale. Nous utilisons donc les médianes, quartiles et valeurs extrêmes pour caractériser nos données. Pour les 3 premières hypothèses suivantes, nous utilisons un test U de Mann Whitney afin de vérifier si des différences significatives apparaissent entre les 2 groupes appariés. Des analyses descriptives précisent ensuite les médianes, 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> quartiles et valeurs extrêmes de chaque variable dépendante.

- 1) Notre hypothèse principale suppose qu'un accompagnement parental individualisé et renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*, permettrait de réduire la durée de transition alimentaire et par conséquent la durée d'hospitalisation. Nous nous attendons à ce que les durées de transition alimentaire et d'hospitalisation des nouveau-nés suivis avec le livret, soient significativement inférieures à celles des nouveau-nés suivis sans le livret.

- 2) Notre première hypothèse secondaire stipule un effet de l'accompagnement parental individualisé et renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*, sur le niveau de satisfaction parentale. Nous nous attendons à ce que la satisfaction des parents, suivis avec le livret, soit significativement supérieure à celle des parents suivis sans le livret.
- 3) Notre deuxième hypothèse secondaire suppose un effet de l'accompagnement parental individualisé et renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*, sur le degré d'anxiété-état des parents. Nous nous attendons à ce que le degré d'anxiété des parents, suivis avec le livret, soit significativement inférieur à celui des parents suivis sans le livret.
- 4) Notre dernière hypothèse secondaire suppose qu'un accompagnement parental individualisé et renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*, permettrait aux parents d'être davantage compétents dans la proposition des SOF. Nous nous attendons à ce que les parents suivis dans la phase 2 proposent davantage, mais surtout de manière plus adaptée, les SOF, en fonction de l'état de leur bébé. Nous avons répondu à cette dernière hypothèse grâce à l'analyse qualitative et descriptive des observations des interactions parents-bébé pendant les SOF et un moment de repas. La variable est analysée à partir du groupe 2018-2019, dans nos 2 échantillons (phases 1 et 2).

Nous effectuons des analyses statistiques complémentaires, grâce à un test U de Mann-Whitney, afin d'explorer l'impact d'une hospitalisation à domicile (HAD) sur la durée de transition alimentaire, pour les sujets recrutés lors de la phase 1 (N=32).

Les variables dépendantes sont : la durée de transition alimentaire (en jours), la durée d'hospitalisation (en jours), le niveau de satisfaction parentale (score et prévalence), le niveau d'anxiété (score), le niveau de compétence parentale dans la proposition des SOF.

Les variables indépendantes sont : le genre, le terme de naissance (en SA), le poids de naissance (en grammes), la durée d'intubation (en jours), la durée de VNI (en jours), le nombre d'entretiens, l'HAD (oui/non).

## 4. RESULTATS

---

### **4.1 Effets de l'accompagnement parental renforcé sur les durées de transition alimentaire et d'hospitalisation**

Neuf nouveau-nés prématurés ayant bénéficié d'un accompagnement réduit (échantillon 1) sont comparés à neuf nouveau-nés prématurés ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé (échantillon 2), après appariement selon plusieurs critères : le genre, le terme de naissance, le poids de naissance. La description des variables dépendantes pour les groupes appariés est présentée dans le tableau 3.

*Tableau 3. Durées de transition et d'hospitalisation des groupes appariés (N=18)*

Variables dépendantes		Médiane	1 <sup>er</sup> quartile	3 <sup>ème</sup> quartile	Valeurs extrêmes
Durée de transition alimentaire	Phase 1	23	21	43	13-53
	Phase 2	25	23	28	12-30
Durée d'hospitalisation	Phase 1	45	34	74	25-94
	Phase 2	39	33	54	16-77

Les nouveau-nés ayant bénéficié du livret ont une durée médiane de transition alimentaire de 25 jours (valeurs extrêmes : 12-30). Les nouveau-nés n'ayant pas bénéficié du livret ont une durée médiane de transition alimentaire de 23 jours (valeurs extrêmes : 13-53). La durée d'hospitalisation se répartit autour de 45 jours pour les sujets de la phase 1 (valeurs extrêmes : 25-94) et autour de 39 jours pour les sujets de la phase 2 (valeurs extrêmes : 16-77). Le test U de Mann-Whitney n'a pas objectivé de différence significative entre la phase 1 et la phase 2 concernant les durées de transition alimentaire et d'hospitalisation. L'apparente différence de durées d'hospitalisation de 6 jours en termes de médianes, entre les deux groupes, n'est pas significative.

### **4.2 Effets de l'accompagnement parental renforcé sur la satisfaction parentale et le degré d'anxiété**

Les tests U de Mann-Whitney effectués entre les 2 échantillons appariés n'ont pas permis d'objectiver une différence significative entre la phase 1 et la phase 2 concernant la satisfaction parentale et le degré d'anxiété. Pour analyser ces variables dépendantes, nous

considérons l'ensemble des réponses obtenues aux deux temps, dans les échantillons 1 (phase 1) et 2 (phase 2). Afin de permettre une comparaison entre les 2 temps, seules les réponses obtenues à la fois au temps 1 et au temps 2 sont prises en compte.

#### 4.2.1 Satisfaction parentale

##### 4.2.1.1 Satisfaction de l'accompagnement parental

Sur l'ensemble de l'échantillon (N=41), au questionnaire de satisfaction parentale ciblant l'accompagnement, 11 familles ont répondu aux 2 temps dans l'échantillon 1, et 5 familles ont répondu aux 2 temps dans l'échantillon 2 (N=16). Nous décrivons la répartition de l'ensemble des réponses obtenues dans nos 2 échantillons dans le tableau 4. La répartition des réponses obtenues dans chaque échantillon est décrite dans les tableaux 5 et 6 (annexe 7).

**Tableau 4. Répartition des réponses de satisfaction de l'accompagnement parental selon l'item du questionnaire, aux temps 1 et 2 (N=16)**

Satisfaction de l'accompagnement : échantillons 1 et 2, aux temps 1 et 2		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Q1 : aisance SOF	Temps 1	0/16	0/16	7/16 (43,75%)	9/16 (56,25%)
	Temps 2	0/16	0/16	3/16 (18,75%)	13/16 (81,25%)
Q2 : aisance tétine	Temps 1	0/16	0/16	1/16 (6,25%)	15/16 (93,75%)
	Temps 2	0/16	0/16	3/16 (17,75%)	13/16 (81,25%)
Q3 : observations réactions	Temps 1	0/16	2/16 (12,5%)	11/16 (68,75%)	3/16 (18,75%)
	Temps 2	0/16	0/16	10/16 (62,5%)	6/16 (37,5%)
Q4 : plaisir accompagnement	Temps 1	0/16	1/16 (6,25%)	3/16 (18,75%)	12/16 (75%)
	Temps 2	0/16	0/16	2/16 (12,5%)	14/16 (87,5%)
Q5 : stress accompagnement	Temps 1	11/16 (68,75%)	3/16 (18,75%)	2/16 (12,5%)	0/16
	Temps 2	13/16 (81,25%)	2/16 (12,5%)	1/16 (6,25%)	0/16
Q6 : satisfaction accompagnement	Temps 1	0/16	0/16	3/16 (18,75%)	13/16 (81,25%)
	Temps 2	0/16	0/16	7/16 (43,75%)	9/16 (56,25%)

Sur nos 2 échantillons, et aux 2 temps de l'accompagnement, les parents ont tous été généralement à l'aise pour proposer les SOF et la tétine à leur nouveau-né. Davantage de parents étaient à l'aise pour proposer les SOF au temps 2. Toutes les familles, sauf 2 au temps 1, expriment réussir à observer et à comprendre les réactions de leur bébé. Toutes les familles, sauf une au temps 1, expriment prendre plaisir à accompagner leur bébé dans les soins alimentaires. Aux 2 temps, la plupart des parents ne manifestaient pas, ou peu, de stress au moment d'accompagner leur bébé dans les soins alimentaires, 3 familles ont exprimé qu'elles étaient plutôt stressées. Tous ont été généralement satisfaits de l'accompagnement proposé.

#### 4.2.1.2 Satisfaction du livret

Sur l'ensemble de l'échantillon 2 (N=9), au questionnaire de satisfaction parentale ciblant le livret, 5 familles ont répondu aux temps 1 et 2 (N=5). La répartition des réponses obtenues est décrite dans le tableau 7.

**Tableau 7. Répartition des réponses de satisfaction du livret selon l'item du questionnaire, aux temps 1 et 2 (N=5)**

Satisfaction du livret : échantillon 2, aux temps 1 et 2		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Q7 : consultation du livret	Temps 1	0/5	1/5 (20%)	1/5 (20%)	3/5 (60%)
	Temps 2	1/5 (20%)	0/5	1/5 (20%)	3/5 (60%)
Q8 : difficulté d'appropriation	Temps 1	5/5 (100%)	0/5	0/5	0/5
	Temps 2	5/5 (100%)	0/5	0/5	0/5
Q9 : réponses aux questions	Temps 1	1/5 (20%)	0/5	1/5 (20%)	3/5 (60%)
	Temps 2	1/5 (20%)	0/5	2/5 (40%)	2/5 (40%)
Q10 : clarté du livret	Temps 1	0/5	0/5	1/5 (20%)	4/5 (80%)
	Temps 2	0/5	0/5	1/5 (20%)	4/5 (80%)
Q11 : aide à l'implication dans les soins alimentaires	Temps 1	1/5 (20%)	0/5	1/5 (20%)	3/5 (60%)
	Temps 2	1/5 (20%)	0/5	1/5 (20%)	3/5 (60%)
Q12 : satisfaction du livret	Temps 1	0/5	0/5	1/5 (20%)	4/5 (80%)
	Temps 2	0/5	0/5	2/5 (40%)	3/5 (60%)

Généralement, les parents consultaient régulièrement le livret. Seule une famille a répondu négativement à cet item aux temps 1 et 2. Aucun parent n'a affirmé rencontrer de difficultés d'appropriation du livret. La majorité des parents exprime que le livret est clair, qu'il a répondu à certaines de leurs questions, et qu'il constitue une aide à l'implication dans les soins alimentaires de leur bébé. Seule une famille a répondu négativement à ces deux derniers items. Tous les parents sont globalement satisfaits du livret.

#### 4.2.2 Degré d'anxiété parentale

Le degré d'anxiété parentale a été mesuré grâce à l'échelle d'anxiété-état, STAI, de Spielberger (1993). Sur l'ensemble de l'échantillon (N=41), au questionnaire d'anxiété-état, 11 familles ont répondu aux 2 temps dans l'échantillon 1, et 5 familles ont répondu aux 2 temps dans l'échantillon 2 (N=16). La répartition des réponses, obtenues dans nos 2 échantillons, est décrite dans le tableau 8. La répartition des réponses, obtenues dans chaque échantillon, est décrite dans les tableaux 9 et 10 (annexe 8).

**Tableau 8. Degré d'anxiété parentale aux temps 1 et 2 (N=16)**

Degré d'anxiété (score) : échantillons 1 et 2, aux temps 1 et 2	Médiane	1 <sup>er</sup> quartile	3 <sup>ème</sup> quartile	Valeurs extrêmes
Temps 1	46	34	50	25-56
Temps 2	45,5	29	53	20-56

Le degré d'anxiété médian au premier temps d'évaluation est de 46 (valeurs extrêmes : 25-56). Au second temps d'évaluation, le degré d'anxiété médian est de 45,5 (valeurs extrêmes : 20-56). Aux 2 temps, les parents se situent dans la zone d'anxiété modérée par rapport à la norme, au moment où ils ont rempli le questionnaire.

### **4.3 Effets de l'accompagnement parental renforcé sur la compétence parentale dans la proposition des SOF**

Nous avons réalisé une analyse descriptive et qualitative de la grille d'observation des interactions parents-bébé créée cette année. La variable dépendante étudiée n'est donc analysée qu'à partir du groupe 2018-2019. Au vu de la faiblesse de l'échantillon des groupes appariés (N=6), nous décrivons l'ensemble de l'échantillon. Nous avons pu observer 8 parents lors de la phase 1 et 3 parents lors de la phase 2 (N=11). Les parents de jumeaux ou de triplés

n'ont été observés qu'avec un seul bébé. La répartition des comportements parentaux, observés lors de l'interaction parent-bébé au moment d'un repas, est décrite dans le tableau 11. Les comportements observés pour chaque parent sont décrits dans les tableaux 12 et 13 (annexe 9).

**Tableau 11. Répartition des comportements parentaux observés lors de l'interaction parent-bébé au moment d'un repas (N=11)**

Comportements Parentaux		Groupe 2018-2019 Temps 1 et 2		Enfants suivis en phase 1 (N=8)		Enfants suivis en phase 2 (N=3)	
		Temps 1 (N=7)	Temps 2 (N=6)	Temps 1 (N=2)	Temps 2 (N=2)		
Présence des SOF avant/pendant le repas		85,71%	33,33%	50%	50%		
Interactions adaptées	Sérénité	100%	100%	100%	100%		
	Motherese	85,71%	83,33%	100%	100%		
	Commente actions	42,86%	83,33%	100%	100%		
	Commente émotions	42,86%	33,33%	50%	100%		
	Regards	100%	100%	100%	100%		
	Tour de rôle respecté	42,86%	50%	50%	50%		
Interactions difficiles/inadaptées	Hésitations, etc	28,57%	33,33%	100%	100%		
	Motherese	14,29%	16,66%	0	0		
	Ne commente pas actions	57,14%	16,66%	0	0		
	Ne commente pas émotions	71,43%	66,66%	50%	0		
	Regards	0	0	0	0		
	Tour de rôles non respecté	28,57%	16,66%	0	0		

Les SOF étaient présentes en partie (jamais en totalité), avant ou pendant le repas, pour solliciter le nouveau-né. Dans la phase 1, davantage de parents proposaient les SOF au temps 1 qu'au temps 2. Dans la phase 2, le même nombre de parents proposait les SOF aux temps 1 et 2. Dans les 2 phases, et aux 2 temps, on observe que les parents étaient globalement adaptés pendant les SOF et au moment du repas. Certains parents pouvaient toutefois se montrer ponctuellement hésitants ou intrusifs et le tour de rôle n'était pas toujours respecté. Tous les parents regardaient leur nouveau-né pendant les SOF ou le repas. Les interactions pendant le repas ont été plus spécifiquement analysées par Hélène Danis.

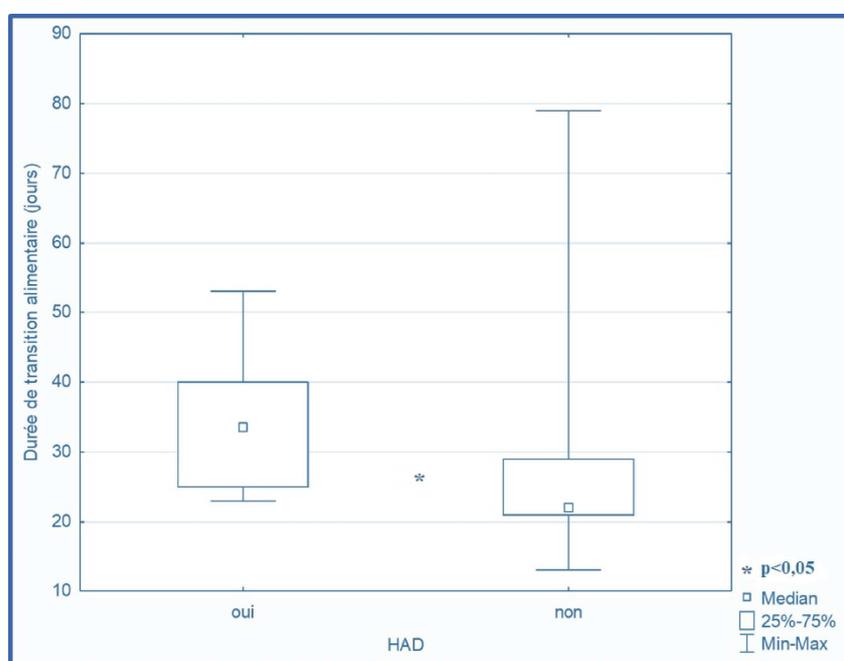
#### **4.4 Exploration complémentaire : effets de l'HAD sur la durée de transition alimentaire**

Pour cette exploration complémentaire, nous analysons la durée de transition alimentaire des nouveau-nés de la phase 1, issus de nos 2 groupes (N=32). 14 nouveau-nés ont été en HAD, 18 nouveau-nés n'ont pas été en HAD. La variable dépendante, en fonction de l'HAD, est décrite dans le tableau 14. Les variables indépendantes sont décrites dans le tableau 15 (annexe 10).

**Tableau 14. Description de la durée de transition alimentaire en fonction de l'HAD en phase 1 (N=32)**

Variables		Médiane	1 <sup>er</sup> quartile	3 <sup>ème</sup> quartile	Valeurs extrêmes
Durée de transition alimentaire	HAD	33,5	25,25	39,5	23-53
	<del>HAD</del>	22	21	28,25	13-79

La durée médiane de transition alimentaire se répartit autour de 33,5 (valeurs extrêmes : 23-53) pour les nouveau-nés qui vont en HAD, et autour de 22 (valeurs extrêmes : 13-79) pour les nouveau-nés qui ne vont pas en HAD. Le test U de Mann-Whitney révèle une différence significative entre les 2 groupes ( $U=49,5$  ;  $Z=2,89$  ;  $p<0,01$ ) (cf. figure 3).



**Figure 3. Durée de transition alimentaire en fonction de l'HAD**

## 5. DISCUSSION

---

L'objectif de notre mémoire était de favoriser l'accès progressif et sécurisé à une alimentation lactée autonome, en proposant un programme d'accompagnement parental renforcé associé au livret *PARENTALIM*, afin de réduire la durée de transition alimentaire des nouveau-nés prématurés. Notre travail s'est inscrit dans la continuité de celui de Bourdon et Lozachmeur, qui ont contribué à la création et à l'évaluation du livret en 2017-2018. Cette année, nous avons proposé le livret lors d'un accompagnement parental plus renforcé, d'un minimum de 5 entretiens. Nous avons étendu l'échantillon et nous avons diffusé le livret auprès des professionnels du service.

### 5.1 Durées de transition alimentaire et d'hospitalisation

Notre hypothèse principale supposait que la durée de transition alimentaire et la durée d'hospitalisation devraient être réduites, chez les nouveau-nés dont les parents auraient bénéficié d'un accompagnement individualisé et renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*. Les tests U de Mann-Whitney n'ont montré aucune différence significative entre l'échantillon de la phase 1 et l'échantillon de la phase 2. En effet, malgré l'utilisation de données antérieures, l'échantillon de la phase 2 demeure trop faible (N=9) pour prouver notre hypothèse, qui ne peut être validée. Bien qu'elle ne soit pas significative, nous notons une différence de médianes de 6 jours pour les durées d'hospitalisation : les nouveau-nés qui ont bénéficié du livret ont une durée d'hospitalisation (hors HAD) plus courte que ceux qui n'en ont pas bénéficié, ce qui n'est pas le cas pour la durée de transition alimentaire. Ce constat suggère une sortie du CHU plus précoce des nouveau-nés accompagnés avec le livret, bien qu'ils ne soient pas encore autonomes. En effet, l'HAD permet d'autoriser la sortie au domicile, bien que l'autonomie alimentaire ne soit pas acquise (Dupont-Chauvet *et al.*, 2014). Aussi, sur 9 sujets accompagnés avec le livret, 8 sont allés en HAD, alors que seulement 4 sujets sur 9 sont allés en HAD dans la phase 1. Nous resterons toutefois prudents sur l'interprétation de cette différence, la sortie en HAD dépendant notamment du lieu d'habitation de la famille. Ainsi, la durée d'hospitalisation réduite de 6 jours, en comparaison avec la durée de transition alimentaire allongée de 2 jours, peut nous interpellier. Nous pouvons essayer d'expliquer ces résultats par le fait que grâce à l'accompagnement parental renforcé, les parents se sentiraient plus autonomes et plus sûrs d'eux face à leur bébé : ils

seraient prêts à sortir de l'hôpital plus tôt, bien que leur bébé ne soit pas autonome sur le plan alimentaire. En effet, une assurance et une expertise parentale permettent une sortie plus précoce des nouveau-nés prématurés (Glorieux *et al.*, 2012).

Notre exploration complémentaire a mis en évidence que les nouveau-nés de la phase 1, hospitalisés en HAD, ont une durée de transition alimentaire significativement plus longue que ceux non hospitalisés en HAD. Ce résultat paraît cohérent, l'HAD étant mise en place pour permettre une continuité des soins des nouveau-nés, qui prennent davantage de temps pour être autonomes. Ce constat permet d'introduire une réflexion sur l'intérêt d'une continuité de l'accompagnement orthophonique, une fois les nouveau-nés sortis en HAD. Granier (2015) souligne en effet la nécessité d'accompagner les familles après la sortie au domicile. Or à la sortie de l'hôpital, le suivi orthophonique est actuellement interrompu, les parents revenant au CHU de Caen sur des jours où l'orthophoniste et nous-mêmes ne sommes pas présentes. Toutefois, au vu de cette durée de transition alimentaire plus longue, nous pensons qu'il serait important de poursuivre l'accompagnement orthophonique auprès des parents, afin de les conseiller au mieux, de favoriser une transition alimentaire plus courte, et de continuer de prévenir le développement de troubles de l'oralité. Par ailleurs, une implication précoce des parents en néonatalogie est indispensable à la réussite d'une HAD, dont l'un des objectifs est de réaliser la transition alimentaire (Dupont-Chauvet *et al.*, 2014). Un accompagnement renforcé, mis en place pendant l'hospitalisation en néonatalogie, permettrait de mieux former et informer les parents, et donc de les rassurer avant la sortie en HAD, hypothèse qui rejoindrait le constat effectué précédemment : les nouveau-nés dont les parents ont bénéficié d'un accompagnement renforcé sont hospitalisés moins longtemps au CHU.

## **5.2 Niveau de satisfaction et degré d'anxiété parentale**

Nos hypothèses secondaires supposaient que les parents ayant bénéficié de cet accompagnement parental individualisé et renforcé, étayé par le livret, seraient moins anxieux, et davantage satisfaits de participer aux soins alimentaires de leur enfant. Les parents des 18 enfants appariés n'ayant pas tous répondu aux questionnaires donnés aux temps 1 et 2, le test U de Mann-Whitney n'a pas objectivé de différence de satisfaction et d'anxiété, entre les parents de la phase 1 et 2. Nos hypothèses secondaires ne peuvent être validées. Cependant, nous avons analysé les réponses obtenues dans notre échantillon total (2017-2019), quelle que

soit la phase d'accompagnement, afin d'étudier globalement la satisfaction et l'anxiété des parents que nous avons accompagnés.

Les parents étaient généralement à l'aise pour proposer les SOF, et satisfaits de l'accompagnement proposé, dans la phase 1 comme dans la phase 2. L'année dernière, dans la phase 1, des parents s'étaient interrogés sur les bienfaits de la tétine vis-à-vis de l'allaitement ou d'un choix éducatif, et une famille avait exprimé ne pas prendre plaisir à accompagner son bébé dans les soins alimentaires (Bourdon, 2018). L'année dernière et cette année, 2 familles ont rapporté rencontrer certaines difficultés pour observer et comprendre les réactions de leur bébé. Certaines familles pouvaient parfois être stressées au moment d'accompagner leur bébé dans les soins alimentaires. Ces résultats hétérogènes nous permettent de démontrer l'intérêt d'un accompagnement individualisé, adapté à chaque famille. De plus, les parents souhaitent construire une relation de confiance et une collaboration avec les soignants, et recevoir des informations précises concernant leur enfant (Glorieux *et al.*, 2012). C'est en rencontrant les parents plusieurs fois que nous gagnons leur confiance et que nos réponses à leurs questionnements leur apparaissent comme légitimes. La phase 2 nous a permis de donner davantage d'informations aux parents, sur l'oralité et l'intérêt des SOF pour la transition alimentaire. Nous pouvions répéter les informations et remonter les SOF si besoin, ce qui pouvait rassurer certains parents stressés, ou très en demande d'informations. En effet, les parents se sentent soutenus lorsqu'ils peuvent apprendre des soins prodigués à leur enfant, puis devenir autonomes (Casper *et al.*, 2016). Nous avons pu apprendre à connaître davantage les familles suivies dans la phase 2, et donc être plus ajustées à leur disponibilité, leur personnalité et leurs questionnements. Leur montrer les SOF de manière individualisée permettait aux parents de se les approprier progressivement.

Les parents accompagnés dans la phase 2 étaient globalement satisfaits du livret *PARENTALIM*. L'année dernière, une maman en difficulté en lecture et en compréhension orale n'avait pas réussi à se saisir du livret, malgré l'accompagnement proposé (Bourdon, 2018). Ce témoignage rend compte de la nécessité d'un accompagnement individualisé associé au livret, qui ne constitue qu'un support supplémentaire et ne se suffit pas à lui-même. De fait, la diffusion du livret dans le service a nécessité des réunions d'informations auprès de l'équipe soignante, afin que le livret ne se substitue pas aux explications données oralement, mais pour

qu'il constitue un support langagier commun entre les professionnels et les parents. Ces réunions ont aussi permis de former les soignants aux SOF actualisées. Nous avons pu les informer de l'intérêt de ces gestes, accompagnés de propositions alimentaires par la bouche, pour la prévention des troubles de l'oralité alimentaire. En effet, tous les soignants ne connaissaient pas les nouvelles SOF, ni leur objectif. Former et informer les soignants est indispensable, cela permet de leur faire prendre conscience de l'importance de la prise en charge des troubles de l'oralité en néonatalogie (Menier *et al.*, 2014).

Le degré d'anxiété parentale était identique aux temps 1 et 2. L'écart important entre les valeurs extrêmes signe toutefois des degrés d'anxiété très variables d'un parent à un autre, d'où l'importance de proposer un accompagnement individualisé. Le questionnaire d'anxiété parentale a parfois suscité des interrogations chez des parents, qui ne comprenaient pas l'objectif des questions. Certains ne l'ont pas complété entièrement, bien que nous leur en ayons expliqué l'intérêt. Des parents ont pu exprimer qu'ils se sentaient évalués. Par ailleurs, le questionnaire d'auto-évaluation de l'état d'anxiété vise à évaluer ce que le sujet ressent sur le moment. Or, les parents le remplissaient rarement rapidement, et laissaient parfois plusieurs jours se passer avant de le compléter. Si nous avions pu valider cette hypothèse, il aurait donc été finalement difficile de déterminer si notre accompagnement renforcé était à l'origine d'un meilleur niveau d'anxiété, les parents ne remplissant pas les questionnaires au moment de nos interventions.

Les questionnaires de satisfaction et d'anxiété étaient plus difficilement récupérés au temps 2, c'est-à-dire à la fin de l'accompagnement. En effet, nous rencontrions parfois les parents juste avant la sortie de l'hôpital, ils n'avaient donc pas le temps de les remplir. Dans d'autres cas, nous ne revoyions pas les parents avant la sortie, nous ne pouvions donc pas les récupérer en main propre et les documents n'étaient pas remis dans les dossiers des nouveau-nés. Nous n'avons donc pas pu récolter autant de questionnaires que nous l'espérions.

### **5.3 Compétence parentale dans les propositions des SOF**

Notre dernière hypothèse secondaire supposait que les parents ayant bénéficié d'un accompagnement parental renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*, seraient davantage compétents dans la proposition des SOF : ces parents les proposeraient davantage, mais surtout de manière plus adaptée, en fonction de l'état de leur nouveau-né prématuré. Comme

pour les analyses des questionnaires, nous n'avons pas gardé l'appariement entre les 2 phases, l'échantillon étant insuffisant (N=6). Cette dernière hypothèse ne peut être validée. Nous avons toutefois analysé qualitativement l'ensemble de nos observations effectuées pour les familles accompagnées en 2018-2019 (N=11).

Nous avons pu observer que lorsque les SOF étaient proposées, elles ne l'étaient qu'en partie, ou alors dans le désordre : les parents ne se souvenaient pas de tous les gestes, ils reproduisaient donc ceux qui les avaient marqués (en général, la proposition de la tétine par petits bonds du lobe de l'oreille jusqu'à la bouche). Par ailleurs, le tour de rôle n'était pas toujours respecté, et certains parents pouvaient parfois se montrer insistants, comportement proche du « forcing alimentaire », alors que leur bébé avait manifesté un signe d'arrêt (Menier *et al.*, 2014). Ces constats soulignent l'intérêt de proposer un accompagnement individualisé et renforcé, où nous pouvons si besoin remontrer les gestes aux parents et leur redonner des informations oralement et à l'aide du livret, qui illustre les gestes, les différents états de leur bébé, et que les parents peuvent consulter quand ils le souhaitent.

Par ailleurs, les parents proposaient généralement davantage les SOF au temps 1 qu'au temps 2. Cela pouvait être justifié et adapté dans certains cas : pour les nouveau-nés bien avancés dans la transition alimentaire, voire autonomes, proposer les SOF n'est plus nécessaire. En effet, les SOF s'inscrivent dans une visée préventive et thérapeutique (Lecoufle, 2012). Elles constituent une aide temporaire, pour faciliter la transition alimentaire : celle-ci terminée, elles ne sont plus nécessaires.

Ainsi, les propositions des SOF variaient beaucoup d'un parent à un autre, en fonction de leur présence, de leur réceptivité mais aussi en fonction de l'état de leur bébé et du soignant qui s'en occupait. La phase 2, moins protocolisée que la phase 1, nous a permis d'individualiser davantage notre discours, et de répéter des informations si besoin, afin que les parents prennent conscience de l'importance de leur présence pendant les temps d'alimentation, et de l'intérêt des SOF pour la transition alimentaire.

Par ailleurs, la grille que nous avons créée était difficile à remplir de manière rigoureuse. Il est en effet difficile d'observer finement et rigoureusement une situation, d'autant plus lorsque le sujet observé est un nouveau-né (Ciccone, 2012). En notre présence, les parents nous posaient des questions, et il nous était difficile de ne pas intervenir et de ne pas leur répondre.

De plus, les interactions parents-bébé étaient très dépendantes de la personnalité des parents et de notre présence auprès d'eux. L'observation modifie irrémédiablement la situation observée (Ciccone, 2012). En notre présence, la situation n'étant pas naturelle, la spontanéité des interactions parents-bébé n'était pas toujours favorisée. Ainsi, ces observations nous ont davantage servi à accompagner les parents, à verbaliser les réactions du bébé, à valoriser ses progrès, plutôt qu'à observer réellement la qualité des interactions pendant les SOF et le repas. Elles ont constitué un support supplémentaire pour accompagner les parents et les nouveau-nés de manière individualisée.

Les parents suivis en NIDCAP ont pu mettre en lien les échanges que nous avons avec eux et nos observations avec les recommandations des puéricultrices certifiées qui les accompagnaient. Après leurs observations, ces puéricultrices pouvaient en effet suggérer une sollicitation de l'oralité alimentaire grâce aux SOF et à des propositions de gouttes de lait par la bouche. Ces recommandations étaient rédigées puis remises aux parents et aux soignants, afin de soutenir les compétences du nouveau-né prématuré (Als, 2017). Par ailleurs, la sollicitation de l'oralité fait actuellement partie des prescriptions médicales. Le travail fourni depuis plusieurs années au CHU de Caen permet une évolution progressive des pratiques néonatales, notamment observée dans l'intégration de la prise en charge des troubles de l'oralité dans les soins quotidiens (Menier *et al.*, 2014).

## CONCLUSION

---

La prise en charge orthophonique en néonatalogie consiste à favoriser une transition alimentaire progressive et sécurisée, et à prévenir le développement de troubles de l'oralité. Intégrée dans une pratique de soins de développement, elle respecte l'état du nouveau-né prématuré, en impliquant les parents dans les soins alimentaires de leur enfant.

Impliquer les parents nécessite de les accompagner, de manière progressive et individualisée. Notre travail s'est inscrit dans la continuité de celui de Bourdon et Lozachmeur (2018). Nous avons proposé un accompagnement parental individualisé et renforcé, à l'aide du livret *PARENTALIM*, dans le but de réduire les durées de transition alimentaire et d'hospitalisation des nouveau-nés prématurés.

Par la comparaison du groupe ayant bénéficié d'un accompagnement réduit au groupe ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé (étayé par le livret), les tests U de Mann-Whitney n'ont révélé aucune différence significative. Nous observons malgré tout une réduction de 6 jours de la durée d'hospitalisation, en faveur du groupe accompagné avec le livret. Les parents étaient généralement satisfaits de l'accompagnement proposé et du livret. L'analyse descriptive et qualitative des questionnaires et de la grille d'observation a montré l'intérêt d'un accompagnement individualisé et renforcé. Par ailleurs, l'exploration complémentaire a révélé un résultat significatif concernant la durée de transition alimentaire, plus longue pour les nouveau-nés en HAD. Ce constat soulève l'intérêt d'une poursuite de l'accompagnement orthophonique, après la sortie du CHU vers l'HAD.

Nous n'avons pas pu commencer l'accompagnement renforcé suffisamment tôt cette année pour objectiver son intérêt. Ce travail sera poursuivi l'année prochaine par 2 étudiantes orthophonistes, qui pourront proposer le livret dès le début de leur stage, en septembre 2019. Nous espérons que l'échantillon recruté sera plus important, et qu'il permettra de prouver l'intérêt d'un accompagnement parental renforcé, étayé par un support d'informations illustré, que constitue le livret *PARENTALIM*. Les pratiques autour de l'oralité dans le service de néonatalogie du CHU de Caen sont encouragées à être maintenues et à évoluer. Le travail mené avec les équipes soignantes et les parents doit être continué, afin de faire perdurer cette dynamique de prévention et de prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire, intégrée dans une pratique de soins de développement.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603-605.
- Als, H. (2017). Soins développementaux individualisés pour les enfants prématurés. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 35-40.
- Ancel, P. Y., Goffinet, F., Epipage-2 Writing Group (2015). Survival and Morbidity of Preterm Children Born at 22 Through 34 Weeks Gestation in France in 2011. *JAMA Pediatrics*, 169(3), 230-238.
- Barlow, S. M., Finan, D. S., Lee, J., Chu, S. (2008). Synthetic orocutaneous stimulation entrains preterm infants with feeding difficulties to suck. *Journal of Perinatology*, 28(8), 541-548.
- Borghini, A. (2011). L'enfant prématuré : de la souffrance parentale au devenir de l'enfant. *Le développement de l'enfant né prématuré*, 57-64. Marseille : Solal.
- Bourdon, A. (2018). *Prévention des troubles de l'oralité du nouveau-né prématuré : accompagnement parental renforcé et création d'un livret*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Caen-Normandie.
- Browne, J. V. (2014). Massages pour le nouveau-né hospitalisé en néonatalogie. *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique*, 109-116. Paris : Springer Paris.
- Bruwier, S., Pâques, V., Poot, I., Hesbois, F., François, A., Maton, P., Langhendries, J. P. (2014). Stimulation de l'oralité. *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique*, 129-137. Paris : Springer Paris.
- Bullinger, A. (2004). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – Tome 1, Un parcours de recherche. Toulouse : Erès.
- Casper, C. (2012). La place des parents en néonatalogie : introduction. *Devenir*, 24(1), 5-7.
- Casper, C., Kuhn, P. (2016). Environnement et architecture d'une unité de réanimation et de soins intensifs pour nouveau-né. *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie*, 15-20. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson.

- Casper, C., Caeymaex, L., Dicky, O., Akrich, M., Reynaud, A., Bouvard, C., Evrard, A., Kuhn, P. (2016). Perception des parents de leur participation aux soins de leur enfant dans les unités de néonatalogie en France. *Archives de Pédiatrie*, 23(9), 974-982.
- Ciccone, A. (2012). La pratique de l'observation. *Contraste*, 36(1), 55-77.
- Csopaki, H. (2015). *Prématurité et oralité alimentaire : impact de la fréquence de stimulations oro-faciales et de la régularité de l'offre de lait*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Caen-Normandie.
- De Bernardo, G., Svelto, M., Giordano, M., Sordino, D., Riccitelli, M. (2017). Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit : a prospective cohort pilot study. *Italian journal of pediatrics*, 43(1), 36-43.
- Delfosse, M. J., Soullignac, B., Depoortere, M. H., Crunelle D. (2006). Place de l'oralité chez les bébés prématurés réanimés à la naissance. Etat des lieux à 3 ans et demi. *Devenir*, 18(1), 23-35.
- Douillet-Nury, G. (2015). *Stimulation de l'oralité du nouveau-né prématuré : un enjeu en néonatalogie*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Caen-Normandie.
- Dupont-Chauvet, P., Montjaux-Régis, N., Guillois, B., Casper, C. (2014). L'hospitalisation à domicile : une nouvelle façon de soigner les nouveau-nés. *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique*, 223-240. Paris : Springer-Paris.
- Fischer, C. J., Beissel, A., Tolsa, J. F. (2013). Comment favoriser le développement de l'oralité en néonatalogie. *Revue médicale suisse*, 9, 132-34.
- Fucile, S., McFarland, D. H., Gisel, E. G., Lau, C. (2012). Oral and nonoral sensorimotor interventions facilitate suck–swallow–respiration functions and their coordination in preterm infants. *Early human development*, 88(6), 345-350.
- Glorieux, I., Montjaux, N., Bloom, M. C., Casper, C. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents. *Devenir*, 24(1), 45-53.
- Granier, M. (2015). Accompagnement des nouveau-nés prématurés et de leurs parents à la sortie de néonatalogie. *Contraste*, 41(1), 123-138.
- Greene, Z., O'Donnell, C. P., Walshe, M. (2016). Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9.

- Guy, B., Chantelot, D. (2003). Relations personnel soignant-parents-enfant. *Néonatalogie 4<sup>e</sup> édition*, 197-199. Rueil-Malmaison cedex : Arnette.
- Hamon, E. (2014). *Etude de l'efficacité d'un protocole de stimulations oro-faciales en fonction de la fréquence et de la période d'application*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Caen-Normandie.
- Jefferies, A. L. (2014). Going home : facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics and child health*, 19(1), 31-36.
- Koenig Zores, C., Kuhn, P. (2016). Les unités de néonatalogie, un environnement inhospitalier ? Perceptions et attentes sensorielles du nouveau-né prématuré hospitalisé. *Revue de Médecine Périnatale*, 8(3), 141-148.
- Kuhn, P., Zores, C., Langlet, C., Casper, C. (2014). Environnement en unités de soins intensifs et soins de développement. *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique*, 59-71. Paris : Springer Paris.
- Lau, C. (2007). Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 14, 35-41.
- Lebel, V., Aita, M. (2013). Analyse du concept « soins du développement » selon la méthode basée sur les principes. *Recherche en soins infirmiers*, 113(2), 34-42.
- Lecoufle, A. (2012). Atrésie de l'œsophage : "oralité en période néonatale". *Archives de pédiatrie*, 19(9), 939-945.
- Lenseele, U. (2011). *Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant : étude d'une « grille d'évaluation de la qualité des premiers liens » à la maternité Jeanne de Flandre*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université Lille-II.
- Leroy-Malherbe, V. (2014). La déglutition chez le prématuré peut-elle être problématique ? *Motricité Cérébrale*, 35(4), 103-117.
- Lozachmeur, J. (2018). *Accompagnement parental en néonatalogie : prévention des troubles de l'oralité du nouveau-né prématuré. Création du livret PARENTALIM*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Caen-Normandie.
- Martel, M. J., Milette, I. (2006). *Les soins du développement. Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Paris : CHU Sainte- Justine.

- Mellier, D., Marret, S. (2011). Contraintes pour le développement neuropsychologique de l'enfant né prématuré. *Le développement de l'enfant né prématuré*, 11-27. Marseille : Solal.
- Mellier, D., Marret, S., Soussignan, R., Schaal, B. (2008). Le nouveau-né prématuré : un modèle pour l'étude du développement du comportement alimentaire. *Enfance*, 60(3), 241-249.
- Menier, I., Dejonkheere, C., Baou, O., Moreno, M. E., Mattioni, V., Madre, C. (2014). Prévention des troubles de l'oralité en réanimation pédiatrique : mise au point et expérience récente de l'hôpital Robert-Debré. *Réanimation*, 23(4), 445-454.
- Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, 220, 33-46.
- Nisole, C. (2014). *Etude de l'efficacité d'un protocole de stimulation oro-faciales à destination de nouveau-nés prématurés en fonction de la fréquence et de la période d'application*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Caen-Normandie.
- Olry, P. (2017). L'accueil des parents en néonatalogie : apprendre une activité « banale ». *Phronesis*, 6(3), 111-125.
- Örtenstrand, A., Westrup, B., Broström, E. B., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., Lindberg, L., Waldenström, U. (2010). The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study : Effects on Length of Stay and Infant Morbidity. *Pediatrics*, 125(2), e278-e285.
- Pfister, R. E., Launoy, V., Vassant, C., Martinet, M., Picard, C., Bianchi, J. E., Berner, M., Bullinger, A. (2008). Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*, 60(4), 317-335.
- Picaud, J. C. (2016). Soins de développement en réanimation néonatale. *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie*, 49-56. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson.
- Picaud, J. C. (2016). Troubles de l'oralité. *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie*, 365-368. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson.
- Pierrat, V., Zaoui-Grattepanche, C., Rousseau, S., Truffert, P. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue du bébé. *Devenir*, 24(1), 35-44.

- Raymond, J. L., Bacon, W. (2006). Influence de l'allaitement sur le développement maxillo-facial. *Orthodontie Française*, 77(1), 101-103.
- Rigal, N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 11-15.
- Roth, J., Morse, S. B. (2008). Programmes et services de soutien pour les prématurés : commentaires sur Als, Westrup, et Mallik et Spiker. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 53-56.
- Schaal, B., Goubet, N., Delaunay-El Allam, M. (2011). Concordances et discordances entre sensorialité et écologie néonatales : attentes sensorielles et réponses adaptatives chez l'enfant prématuré. *Le développement de l'enfant né prématuré*, 29-55. Marseille : Solal.
- Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (2ème édition). Paris : De Boeck Supérieur SA.
- Sizun, J., Olivard, I., Ratynski, N. (2017). Une intervention précoce, individualisée et centrée sur la famille : le programme NIDCAP. *Devenir*, 29(1), 5-15.
- Sizun, J., Pierrat, V., Gonnaud, F., Reynaud, A., Caeymaex, L., Evrard, A., Allen, A., Renesme, L., Girard, L., Zaoui, C., Pladys, P., Thiriez, G., Casper, C., Kuhn, P. (2018). Quels sont les besoins des parents en unité de néonatalogie? *Perfectionnement en Pédiatrie*, 1(4), 265-270.
- Spielberger, C. D. (1993). State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y).
- Westrup, B. (2008). Soins de soutien au développement centrés sur la famille et se déroulant dans des unités de soins néonataux intensifs. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 34-37.

## TABLE DES ANNEXES

---

ANNEXE 1 : SOF proposées au CHU de Caen .....	42
ANNEXE 2 : Questionnaire de satisfaction (phase 1).....	43
ANNEXE 3 : Questionnaire de satisfaction (phase 2).....	44
ANNEXE 4 : Echelle d'anxiété-état (STAI) .....	45
ANNEXE 5 : Note d'information et consentement (phase 1) .....	46
ANNEXE 6 : Note d'information et consentement (phase 2) .....	48
ANNEXE 7 : Description de la satisfaction de l'accompagnement parental dans chaque échantillon .....	50
ANNEXE 8 : Description du degré d'anxiété parentale dans chaque échantillon .....	52
ANNEXE 9 : Description des interactions parents-bébé au moment d'un repas pour chaque parent .....	53
ANNEXE 10 : Description des variables indépendantes en fonction de l'HAD.....	56

## ANNEXE 1 : SOF proposées au CHU de Caen

CHU Caen - Service de Néonatalogie

STIMULATIONS ORO-FACIALES : COMMENT AIDER BEBE A TETER ?

LES GESTES		LE DIALOGUE PARENT/BEBE	
<p><b>1. REGROUPEMENT</b> Si bébé n'est pas sur vos genoux en face à face, on le regroupe. D'abord une main sur la tête et une sur le ventre. Puis, une main sur la tête et une sous les pieds. On gardera la main sur la tête tout le long des stimulations.</p>		<p>Bonjour bébé. Je suis là, autour de toi.</p>	<p>Bonjour papa/maman. J'aime sentir ton appui. Cela me rassure.</p>
<p><b>2. UN DOIGT DANS LA MAIN DU BÉBÉ</b> Un appui dans la main pour prendre contact, se dire « bonjour ».</p>		<p>Je prends ta main. Agrippes-tu mon doigt ?</p>	<p>Je suis là.</p>
<p><b>3. PORTER DOUCEMENT LA MAIN DU BÉBÉ A SA BOUCHE.</b></p>		<p>Et si je porte ta main à ta bouche ?</p>	<p>Je sors ma langue pour sucer ma main.</p>
<p><b>4. AVEC L'INDEX, FAIRE UN APPUI AU MILIEU DE LA JOUE, D'UN CÔTÉ PUIS DE L'AUTRE.</b></p>		<p>Maintenant, un appui au milieu de ta joue, puis sur l'autre.</p>	<p>Oui, je tourne ma tête.</p>
<p><b>5. APPUISOUS LENEZD'UN CÔTÉ, PUIS DE L'AUTRE.</b></p>		<p>Coucou sous ton nez.</p>	<p>J'ouvre grand la bouche.</p>
<p><b>6. PROPOSITION DE LA TÉTINE SUR UN SEUL CÔTÉ</b> Avec la tétine ( ou le biberon s'il est prêt), on part du lobe d'une oreille et on va par petits tapotements jusqu'au coin de la bouche. Arrivée là, la tétine attend un peu.</p>		<p>Je te propose la tétine. La veux-tu ?</p>	<p>Je la prends. Je suis détendu pour têter.</p>
<p><b>7. DERNIER REGROUPEMENT</b> On dit au-revoir au bébé en mettant une main sur son ventre.</p>		<p>Merci bébé, à plus tard !</p>	<p>Au revoir papa/maman.</p>

Septembre 2017

## ANNEXE 2 : Questionnaire de satisfaction (phase 1)

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

### ANNEXE 3 : Questionnaire de satisfaction (phase 2)

		Non	Plutôt Non	Plutôt oui	Oui
1	Je suis à l'aise pour proposer les SOF à mon bébé.				
2	Je suis à l'aise pour proposer la tétine à mon bébé au moment du repas.				
3	J'arrive à observer et à comprendre les réactions de mon bébé.				
4	Je prends plaisir à accompagner mon bébé dans les soins alimentaires.				
5	Je suis stressé(e) au moment d'accompagner mon bébé dans les soins alimentaires.				
6	Je suis satisfait(e) de l'accompagnement proposé dans le service pour les soins alimentaires de mon bébé.				
7	J'ai régulièrement consulté le livret <i>Parentalim</i> .				
8	Je n'arrive pas à m'approprier le livret <i>Parentalim</i> .				
9	Le livret <i>Parentalim</i> a répondu à certaines questions que je me posais.				
10	Le livret <i>Parentalim</i> est clair.				
11	Le livret <i>Parentalim</i> m'a aidé(e) à m'impliquer dans les soins alimentaires de mon bébé.				
12	Je suis satisfait(e) du livret <i>Parentalim</i> .				

## ANNEXE 4 : Questionnaire d'anxiété-état (STAI)

---

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

## ANNEXE 5 : Note d'information et consentement (phase 1)

---



Pôle Femme-enfant- Service néonatalogie- FEH  
Chef de service : Dr Trentesaux

### **Note d'information à destination des parents « Comment aider mon enfant à téter ? » - Etude PARENTALIM.**

Stagiaires orthophonistes nous participons à une étude intitulée « PARENTALIM » coordonnée par Mme Blaison, orthophoniste, et faisant l'objet d'un soutien du CHU. Elle consiste à valoriser l'implication parentale dans les soins alimentaires des bébés prématurés. Les sollicitations que nous vous proposons pour accompagner votre enfant l'aideront à développer progressivement sa capacité à téter (au sein ou au biberon selon votre souhait). Elles permettront aussi un temps d'échanges entre vous et votre bébé, essentiels pour tisser des liens et pour l'aider à manger.

Nous vous informerons et vous montrerons des postures et des gestes simples à réaliser avant et pendant un moment de repas de votre enfant pour lui permettre de s'entraîner à téter progressivement. Notre projet propose un accompagnement orthophonique en quatre "séances oralité" aux parents volontaires. Vous pourrez ainsi apprendre à réaliser ces gestes simples avec votre bébé. Notre projet implique aussi plusieurs relevés d'informations indispensables à l'estimation et la compréhension des aides à vous apporter pour favoriser le développement de l'oralité alimentaire de votre bébé. Ainsi, des visites nous permettant de mieux observer comment se passe le repas de votre enfant et de mieux évaluer votre état et niveau de satisfaction vous seront aussi proposées.

Sachez que nous respecterons strictement votre anonymat et celui de votre enfant dans le recueil et l'analyse statistique des réponses. Les résultats de cette étude feront l'objet de la rédaction d'un mémoire d'orthophonie et de communications scientifiques.

Si vous souhaitez participer, nous vous en remercions vivement et vous demandons de remplir et signer le consentement ci-dessous.

Noémie ANDRE et Hélène DANIS, stagiaires orthophonistes

**Pour nous contacter :**

[etude.parentalim@gmail.com](mailto:etude.parentalim@gmail.com)

## Consentement

Je soussigné(e).....  
père/mère/et/ou tuteur légal de l'enfant ..... déclare avoir pris note et compris les informations sur l'étude PARENTALIM destinée à aider mon bébé dans les soins alimentaires et donne mon accord pour **1)** participer avec mon bébé à l'étude menée par Noémie ANDRE et Hélène DANIS sous la direction de Maryse DELAUNAY-EL ALLAM, Maître de conférences en psychologie du développement au sein du laboratoire de Psychologie de Caen Normandie, Christel BLAISON, orthophoniste et Anne-Sophie TRENTESAUX, pédiatre chef de service de néonatalogie du CHU de Caen Normandie **2)** bénéficier d'entretiens d'accompagnement en séances oralités **3)** remplir les questionnaires et participer aux observations de deux repas et **4)** que les résultats anonymes soient diffusés au cours de soutenances, séminaires, congrès scientifiques ou publications.  
Vous pouvez changer d'avis à tout moment en informant les collaborateurs de cette étude.

Fait à Caen, le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

Signature du tuteur légal :

## ANNEXE 6 : Note d'information et consentement (phase 2)



Pôle Femme-enfant- Service néonatalogie- FEH  
Chef de service : Dr Trentesaux

### **Note d'information à destination des parents « Comment aider mon enfant à téter ? » - Etude PARENTALIM.**

Stagiaires orthophonistes nous participons à une étude intitulée « PARENTALIM » coordonnée par Mme Blaison, orthophoniste, et faisant l'objet d'un soutien du CHU. Elle consiste à valoriser l'implication parentale dans les soins alimentaires des bébés prématurés. Les sollicitations que nous vous proposons pour accompagner votre enfant l'aideront à développer progressivement sa capacité à téter (au sein ou au biberon selon votre souhait). Elles permettront aussi un temps d'échanges entre vous et votre bébé, essentiels pour tisser des liens et pour l'aider à manger.

Nous vous informerons et vous montrerons des postures et des gestes simples à réaliser avant et pendant un moment de repas de votre enfant pour lui permettre de s'entraîner à téter progressivement. Notre projet propose un accompagnement orthophonique en plusieurs "séances oralité" aux parents volontaires. Vous pourrez ainsi apprendre à réaliser ces gestes simples avec votre bébé. Un livret autour des soins alimentaires vous sera remis. Notre projet implique aussi plusieurs relevés d'informations indispensables à l'estimation et la compréhension des aides à vous apporter pour favoriser le développement de l'oralité alimentaire de votre bébé. Ainsi, des visites nous permettant de mieux observer comment se passe le repas de votre enfant et de mieux évaluer votre état et niveau de satisfaction vous seront aussi proposées.

Sachez que nous respecterons strictement votre anonymat et celui de votre enfant dans le recueil et l'analyse statistique des réponses. Les résultats de cette étude feront l'objet de la rédaction d'un mémoire d'orthophonie et de communications scientifiques.

Si vous souhaitez participer, nous vous en remercions vivement et vous demandons de remplir et signer le consentement ci-dessous.

Noémie ANDRE et Hélène DANIS, stagiaires orthophonistes

### **Pour nous contacter :**

[etude.parentalim@gmail.fr](mailto:etude.parentalim@gmail.fr)

## Consentement

Je soussigné(e).....père/mère/et/ou tuteur légal de l'enfant ..... déclare avoir pris note et compris les informations sur l'étude PARENTALIM destinée à aider mon bébé dans les soins alimentaires et donne mon accord pour **1)** participer avec mon bébé à l'étude menée par Noémie ANDRE et Hélène DANIS sous la direction de Maryse DELAUNAY-EL ALLAM, Maître de conférences en psychologie du développement au sein du laboratoire de Psychologie de Caen Normandie, Christel BLAISON, orthophoniste et Anne-Sophie TRENTESAUX, pédiatre chef de service de néonatalogie du CHU de Caen Normandie et pour **2)** que les résultats anonymes soient diffusés au cours de soutenances, séminaires, congrès scientifiques ou publications.

Vous pouvez changer d'avis à tout moment en informant les collaborateurs de cette étude.

Fait à Caen, le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

Signature du tuteur légal :

## ANNEXE 7 : Description de la satisfaction de l'accompagnement parental dans chaque échantillon

### Annexe 7.1 :

*Tableau 5. Répartition des réponses de satisfaction de l'accompagnement parental selon l'item du questionnaire, aux temps 1 et 2 dans l'échantillon 1 (N=11)*

Satisfaction de l'accompagnement : échantillon 1, aux temps 1 et 2		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Q1 : aisance SOF	Temps 1	0/11	0/11	6/11 (54,55%)	5/11 (45,45%)
	Temps 2	0/11	0/11	1/11 (9,09%)	10/11 (90,91%)
Q2 : aisance tétine	Temps 1	0/11	0/11	1/11 (9,09%)	10/11 (90,91%)
	Temps 2	0/11	0/11	2/11 (18,18%)	9/11 (81,82%)
Q3 : observations réactions	Temps 1	0/11	1/11 (9,09%)	8/11 (72,73%)	2/11 (18,18%)
	Temps 2	0/11	0/11	8/11 (72,73%)	3/11 (27,27%)
Q4 : plaisir accompagnement	Temps 1	0/11	1/11 (9,09%)	3/11 (27,27%)	7/11 (63,63%)
	Temps 2	0/11	0/11	2/11 (18,18%)	9/11 (81,82%)
Q5 : stress accompagnement	Temps 1	7/11 (63,63%)	3/11 (27,27%)	1/11 (9,09%)	0/11
	Temps 2	9/11 (81,82%)	2/11 (18,18%)	0/11	0/11
Q6 : satisfaction accompagnement	Temps 1	0/11	0/11	3/11 (27,27%)	8/11 (72,73%)
	Temps 2	0/11	0/11	5/11 (45,45%)	6/11 (54,55%)

**Annexe 7.2 :**

**Tableau 6. Répartition des réponses de satisfaction de l'accompagnement parental selon l'item du questionnaire, aux temps 1 et 2 dans l'échantillon 2 (N=5)**

Satisfaction de l'accompagnement : échantillon 2, aux temps 1 et 2		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Q1 : aisance SOF	Temps 1	0/5	0/5	1/5 (20%)	4/5 (80%)
	Temps 2	0/5	0/5	2/5 (40%)	3/5 (60%)
Q2 : aisance tétine	Temps 1	0/5	0/5	0/5	5/5 (100%)
	Temps 2	0/5	0/5	1/5 (20%)	4/5 (80%)
Q3 : observations réactions	Temps 1	0/5	1/5 (20%)	3/5 (60%)	1/5 (20%)
	Temps 2	0/5	0/5	2/5 (40%)	3/5 (60%)
Q4 : plaisir accompagnement	Temps 1	0/5	0/5	0/5	5/5 (100%)
	Temps 2	0/5	0/5	0/5	5/5 (100%)
Q5 : stress accompagnement	Temps 1	4/5 (80%)	0/5	1/5 (20%)	0/5
	Temps 2	4/5 (80%)	0/5	1/5 (20%)	0/5
Q6 : satisfaction accompagnement	Temps 1	0/5	0/5	0/5	5/5 (100%)
	Temps 2	0/5	0/5	2/5 (40%)	3/5 (60%)

## **ANNEXE 8 : Description du degré d'anxiété parentale dans chaque échantillon**

---

### **Annexe 8.1 :**

*Tableau 9. Degré d'anxiété parentale aux temps 1 et 2 dans l'échantillon 1 (N=11)*

<b>Degré d'anxiété (score) : échantillon 1, aux temps 1 et 2</b>	<b>Médiane</b>	<b>1<sup>er</sup> quartile</b>	<b>3<sup>ème</sup> quartile</b>	<b>Valeurs extrêmes</b>
Temps 1	38	34	49,5	25-54
Temps 2	38	29	51,5	29-54

### **Annexe 8.2 :**

*Tableau 10. Degré d'anxiété parentale aux temps 1 et 2 dans l'échantillon 2 (N=5)*

<b>Degré d'anxiété (score) : échantillon 2, aux temps 1 et 2</b>	<b>Médiane</b>	<b>1<sup>er</sup> quartile</b>	<b>3<sup>ème</sup> quartile</b>	<b>Valeurs extrêmes</b>
Temps 1	49	44	53	28-56
Temps 2	50	44	53	20-56

## ANNEXE 9 : Description des interactions parents-bébé au moment d'un repas pour chaque parent

### Annexe 9.1 :

Tableau 12. Interactions observées pendant un moment de repas lors de la phase 1, aux temps 1 (N=7) et 2 (N=6)

Cpts des parents Enfants Phase 1	Présence des SOF avant/pendant le repas	Interactions adaptées						Interactions difficiles/inadaptées						
		Parent serein, engagé positivement	Parent utilise le motherese	Parent commente actions du bébé	Parent commente émotions du bébé	Parent regarde bébé	Parent respecte le tour de rôle	Parent peu engagé, hésitant, distant ou intrusif	Parent n'utilise pas le motherese	Parent ne commente pas actions du bébé	Parent ne commente pas émotions du bébé	Parent ne regarde pas bébé	Parent ne respecte pas le tour de rôle	
Enfants 5 et 6	Temps 1	X (main, hoocker, appuis joues)	X	X	X	X	X	X						
	Temps 2	X (main, hoocker, tétine lèvres +bouche)	X	X	X	X	X	X						
Enfants 10 et 11	Temps 1	X (tétine joue + lèvres + bouche)	X	X (peu)			X		X (par moment)		X	X		X
	Temps 2		X	X	X		X	X				X		
Enfants 12 et 13	Temps 1	X (tétine joue pendant repas)	X	X	X		X					X		
	Temps 2	X (appuis joue pendant repas)	X	X	X		X	X				X		

Enfant 16	Temps 1	X (main, hooker)	X (par moment)	X(peu)		X (1 fois)	X (peu)		X (par moment)		X			X
	Temps 2													
Enfant 19	Temps 1	X (main, hooker, joue, tétine lèvres → dans le désordre)	X	X	X	X	X	X				X		
	Temps 2	(observation commencée 3 min après le début du repas)	X	X	X	X	X		X (1 fois)					
Enfants 21 et 22	Temps 1		X				X			X	X	X		
	Temps 2		X				X			X	X	X		
Enfant 23	Temps 1	X (appui joue, doigt joue)	X	X(peu)			X	X			X	X		
	Temps 2													
Enfants 24, 25 et 26	Temps 1													
	Temps 2		X	X	X		X		X(insiste)			X		X

Annexe 9.2 :

Tableau 13. Interactions observées pendant un moment de repas lors de la phase 2, aux temps 1 (N=2) et 2 (N=2)

Cpts des parents		Présence des SOF avant/pendant le repas	Interactions adaptées						Interactions difficiles/inadaptées					
			Parent serein, engagé positivement	Parent utilise le motherese	Parent commente actions du bébé	Parent commente les émotions du bébé	Parent regarde le bébé	Parent respecte le tour de rôle	Parent peu engagé, hésitant, distant ou intrusif	Parent n'utilise pas le motherese	Parent ne commente pas actions du bébé	Parent ne commente pas les émotions du bébé	Parent ne regarde pas le bébé	Parent ne respecte pas le tour de rôle
Enfant 30	Temps 1	X (appui joue/nez pdt l'allaitement au sein)	X	X	X (peu)		X	X	X (stress)			X		
	Temps 2	X (tétine joue pdt le biberon)	X	X	X	X	X	X						
Enfant 31	Temps 1													
	Temps 2	Pas de SOF mais parce que bébé non disponible : adapté	X	X	X	X	X		X (hésite, stress)					
Enfant 33	Temps 1	Caresse joue	X	X	X (par moment)	X (1 fois)	X		X (hésite)					
	Temps 2													

**Légende des tableaux 12 et 13 :**

- Cpts : comportements
- X : présence du comportement
- Ligne grisée : observation non effectuée
- Plusieurs enfants/case : jumeaux ou triplés

## ANNEXE 10 : Description des variables indépendantes en fonction de l'HAD

---

*Tableau 15. Caractéristiques des variables indépendantes en fonction de l'HAD en phase 1 (N=32)*

Variables indépendantes		Médiane	1 <sup>er</sup> quartile	3 <sup>ème</sup> quartile	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	HAD	29,64	27,85	31,93	25,86-33,14
	<del>HAD</del>	29,64	28,07	31,64	23,86-33,43
Poids de naissance (grammes)	HAD	1155	961,25	1690	470-2300
	<del>HAD</del>	1460	1032,5	1590	710-1710
Durée d'intubation (jours)	HAD	0	0	3	0-17
	<del>HAD</del>	0	0	0	0-29
Durée de VNI (jours)	HAD	20,5	7,5	58	0-69
	<del>HAD</del>	26	14,75	49,25	0-101
Nombre d'entretiens	HAD	4	4	4,75	2-9
	<del>HAD</del>	3,5	2	4,75	2-6

## RESUME

---

**Titre :** Soins de développement pour une meilleure prévention des troubles de l'oralité en néonatalogie : effets d'un accompagnement parental renforcé, étayé par le livret *PARENTALIM*.

**Title :** Developmental care for a better prevention of oral skills disorders in neonatology : effects of enhanced parental support, supported by the *PARENTALIM* booklet.

L'objectif de notre mémoire est de réduire la durée de transition alimentaire des nouveau-nés prématurés, en proposant un accompagnement parental renforcé, associé à un livret d'informations destiné aux parents. L'échantillon étant insuffisant, l'analyse statistique n'a pas révélé de résultats significatifs. Nous observons cependant une durée d'hospitalisation réduite de 6 jours, en faveur du groupe accompagné avec le livret. Les résultats hétérogènes obtenus, par l'analyse descriptive et qualitative des questionnaires et de la grille d'observation, soulignent l'intérêt d'un accompagnement individualisé et renforcé. Une exploration complémentaire significative soulève l'intérêt de poursuivre cet accompagnement pour les nouveau-nés hospitalisés à domicile.

**Mots-clés :** prématurité, oralité, transition alimentaire, accompagnement parental, livret

**Keywords :** prematurity, oral skills, transition from tube to oral feeding, parental support, booklet