



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**

Hélène Danis

► **To cite this version:**

Hélène Danis. 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-02278240

HAL Id: dumas-02278240

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02278240>

Submitted on 4 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 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 : **Hélène Danis**

Née le 07/05/1993

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 tout d'abord Maryse Delaunay-El Allam d'avoir accepté d'encadrer notre mémoire. Je remercie également Christel Blaison, notre maître de stage, de nous avoir formées aux SOF, fait confiance et encouragées tout au long de cette année. Merci au Docteur Anne-Sophie Trentesaux pour la qualité de son accueil dans le service de néonatalogie et pour s'être rendue disponible.

Je souhaite également remercier toute l'équipe soignante de néonatalogie (cadres, docteurs, internes, externes, infirmières, puéricultrices, auxiliaires-puéricultrices, kinésithérapeute, psychologues, psychomotricienne) d'avoir porté intérêt à notre projet. Merci notamment à Pauline Peyroche, cadre de santé, d'avoir permis la diffusion du livret PARENTALIM auprès de l'équipe soignante. Un merci particulier aux puéricultrices NIDCAP avec lesquelles nous avons eu des échanges très constructifs. Merci aux nouveau-nés prématurés et à leurs familles qui nous ont fait confiance et ont accepté de participer à l'étude.

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

Un remerciement particulier à Noémie, mon binôme, d'avoir été une collaboratrice hors pair et d'une aide précieuse. Merci à Aurore et Julia pour leurs conseils précieux tout au long de cette année.

Je remercie aussi l'ensemble des orthophonistes qui m'ont accueillie en stage au cours de ces 5 années.

Merci à mes copines de promo pour ces 5 superbes années passées à leurs côtés : Anne, Julie, Malaurie, Marie, Noémie et Priscillia.

Je tiens également à remercier Guillaume pour ses relectures, ses traductions en anglais, son soutien précieux et son énergie positive tout au long de ce travail et mes années d'études.

Enfin, je remercie mes parents et mon frère qui ont toujours été là pour moi. Leur soutien inconditionnel, leurs conseils et encouragements ont été d'une grande aide.

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION	1
1- PARTIE THEORIQUE.....	2
1.1 ORALITE DES NOUVEAU-NES PREMATURES.....	2
1.1.1 Immaturité du prématuré	2
1.1.2 Fonctionnement de l'oralité du nouveau-né prématuré.....	3
1.1.3 Un contexte à risque	4
1.2 LES SOINS DE DEVELOPPEMENT : IMPLICATION PARENTALE DANS LE SOUTIEN A L'ALIMENTATION	5
1.2.1 Les soins de développement et le NIDCAP	5
1.2.2 Importance des interactions parents/enfant	7
1.2.3 Enjeux d'un accompagnement parental dans les soins alimentaires du nouveau-né prématuré	8
1.3 SOUTENIR LE NOUVEAU-NE DANS SON DEVELOPPEMENT ALIMENTAIRE	9
1.3.1 Les programmes de stimulations oro-faciales (SOF)	9
1.3.2 Des stimulations programmées aux sollicitations individualisées	10
1.3.3 Limites des protocoles actuels.....	11
2- PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHESES.....	12
3- METHODOLOGIE EXPERIMENTALE	13
3.1 POPULATION DE L'ETUDE	13
3.1.1 Critères de recrutement.....	13
3.1.2 Description des échantillons.....	13
3.2 MATERIEL ET METHODE.....	15
3.2.1 Les sollicitations oro-faciales (SOF).....	15
3.2.2 Livret d'accompagnement PARENTALIM	16
3.2.3 Les questionnaires	17
3.2.4 Grille d'observation des interactions parents/bébé lors d'un repas.....	17
3.3 PROCEDURE.....	18
3.3.1 Formation préalable en néonatalogie	18
3.3.2 Déroulement de l'étude	18
3.3.2.1 Phase 1 : Accompagnement parental de « routine ».....	18
3.3.2.2 Phase 2 : Accompagnement parental renforcé	19
3.3.2.3 Information et liens avec l'équipe soignante.....	20

3.4	ANALYSE STATISTIQUE	21
4-	RESULTATS	23
4.1	COMPARAISON DES RESULTATS EN FONCTION DU TYPE D'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL	23
4.1.1	Description des variables concernant l'autonomie alimentaire pour les deux échantillons.....	23
4.1.2	Satisfaction et anxiété parentale en fonction du moment d'évaluation au cours de l'hospitalisation.....	24
4.1.2.1	Anxiété parentale	24
4.1.2.2	Satisfaction parentale.....	25
4.1.2.2.1	Satisfaction de l'accompagnement parental.....	25
4.1.2.2.2	Satisfaction du livret	26
4.1.3	Effet sur la synchronie des interactions parents/bébé	26
4.2	STATISTIQUES EXPLORATOIRES	27
5-	DISCUSSION	30
1.	VARIABLES LIEES A L'AUTONOMIE ALIMENTAIRE.....	30
2.	LES MESURES DE SATISFACTION ET D'ANXIETE	34
3.	REFLEXIONS AUTOUR DE LA GRILLE D'OBSERVATION DES INTERACTIONS PARENTS/BEBE	34
6-	CONCLUSION	36
	BIBLIOGRAPHIE	37
	SOMMAIRE DES ANNEXES	41

GLOSSAIRE

AC : Age corrigé (se calcule en ajoutant l'âge réel de l'enfant à l'âge gestationnel)

AG : Age gestationnel

HAD : Hospitalisation à domicile

NIDCAP : Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OMS : Organisation mondiale de la santé

Q1 et Q3 : 1^{er} quartile et 3^{ème} quartile. Correspondent à la zone 25%-75%.

SA : Semaines d'aménorrhée

SOF : Stimulations/Sollicitations oro-faciales

SNN : Succion non nutritive

VNI : Ventilation non invasive

INTRODUCTION

Selon l’OMS, un bébé né avant 37 semaines d’aménorrhée (SA) est considéré être né prématurément. Cette notion recouvre trois sous-catégories : la prématurité extrême (moins de 28 semaines), la grande prématurité (entre la 28^{ème} et la 32^{ème} semaine), la prématurité moyenne voire tardive (entre la 32^{ème} et la 37^{ème} semaine).

Du fait des progrès de l’obstétrique et de la néonatalogie, une forte diminution des taux de mortalité néonatale a été observée dans les pays économiquement favorisés. La qualité de vie de ces enfants a nettement été améliorée grâce à une prise en charge dans les services de réanimation et de soins intensifs de néonatalogie (Bruwier *et al.*, 2014). Mais, du fait de son immaturité, le nouveau-né est sensible aux différentes composantes de son environnement à l’hôpital. Il doit faire face aux expériences sensorielles parfois stressantes (visuelles, auditives, tactiles) qui peuvent altérer son bien-être et influencer son développement ultérieur (Kuhn *et al.*, 2014). A la naissance, le nouveau-né prématuré n’a pas les compétences pour se nourrir seul, il est alors alimenté par sonde gastrique. Un accompagnement orthophonique autour du développement de l’oralité vers une autonomie alimentaire est nécessaire afin de permettre un investissement positif de la zone orale (Haddad, 2017). L’observation du bébé et l’expérience des soignants sont importantes afin de déterminer le meilleur moment pour débiter une alimentation active (Bruwier *et al.*, 2014). Il est primordial que les parents aient une place centrale dans l’alimentation de leur bébé car plus ils sont impliqués, plus le développement de l’oralité sera harmonieux (Haddad, 2017). Or, ils restent encore trop peu impliqués dans ce processus (Bruwier *et al.*, 2014).

Depuis 2011, un protocole de prévention des troubles de l’oralité a été mis en place au sein du service de néonatalogie du CHU de CAEN et des travaux de recherche ont été menés. Notre intervention s’inscrit dans la continuité des précédentes, dans une démarche d’amélioration et d’ancrage des pratiques de prévention des troubles de l’oralité dans le service de néonatalogie. Elle vise à impliquer davantage les parents dans les soins alimentaires en les accompagnant de manière individualisée, renforcée et au rythme du bébé, grâce à un livret illustré.

Nous aborderons le développement des compétences orales du nouveau-né prématuré puis l’importance du rôle des parents dans les soins de développement et particulièrement dans l’alimentation. Enfin, nous verrons comment soutenir le nouveau-né dans son développement de l’oralité.

1- PARTIE THEORIQUE

1.1 ORALITE DES NOUVEAU-NES PREMATURES

1.1.1 Immaturité du prématuré

L'oralité regroupe l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche : ventilation, communication, alimentation, exploration tactile et gustative, langage (Abadie, 2004). La sphère orale participe aux premiers attachements, premières découvertes et aux premières interactions (Delfosse *et al.*, 2006).

La naissance prématurée intervient à une période critique du développement cérébral. Les nouveau-nés prématurés n'ont pas les mêmes armes physiologiques qu'un enfant à terme pour lutter et vivre. Les risques dus à la prématurité sont en effet nombreux et liés à l'immaturité de tous les organes et des systèmes de régulation et d'adaptation (Mellul *et al.*, 2010). Plus l'âge gestationnel (AG) est bas, plus les répercussions sur les fonctions biologiques sont importantes et nécessitent des soins centrés sur les fonctions vitales (respiratoire, hémodynamique et neurologique) (McCormick, 2017 ; Zelkowitz, 2017 ; Martel et Milette, 2006). L'hospitalisation des bébés pour détresse respiratoire est courante. Elle implique une expérience singulière et sollicite en excès les capacités d'adaptation du bébé (Pradillon et Berriex, 2013). L'instabilité respiratoire est souvent traitée avec une assistance respiratoire telle qu'une intubation ou une ventilation non invasive (VNI). L'immaturité pulmonaire et les difficultés cardiorespiratoire et métabolique chez le nouveau-né prématuré (apnées, bradycardies, désaturations, etc.) peuvent venir perturber la mise en place d'une alimentation active (Pfister *et al.*, 2008).

La prématurité entraîne une prise en charge du nouveau-né qui nécessite le placement dans une couveuse, parfois une intubation et une alimentation entérale. Cela induit des effets négatifs sur le développement de l'oralité : l'absence d'expérience de coordination entre succion-déglutition-respiration liée à l'intubation, à l'alimentation artificielle, aux sensations douloureuses orales et pharyngées, à la réduction des interactions avec l'environnement due à la couveuse et au stress induit par des stimulations inadaptées à leur niveau de développement (Delaoutre-Longuet, 2007).

1.1.2 Fonctionnement de l'oralité du nouveau-né prématuré

La prématurité est liée à une immaturité des fonctions orales. Le processus de maturation de l'oralité *in utero* soutenu par des stimulations péri-orales (avec ses mains), des aspirations-déglutitions du liquide amniotique et des expériences motrices, se trouve interrompu (Pradillon et Berriex, 2013). A la naissance, la coordination adéquate de la succion-déglutition avec la respiration (SDR) est indispensable pour que l'enfant se nourrisse par voie orale (Lau, 2007). Lorsqu'elle n'est pas fonctionnelle comme chez le nouveau-né prématuré de moins de 34 SA, des épisodes de fausses routes et/ou désaturation, apnée, bradycardie constituent un risque de stress voire un risque pour la survie du nouveau-né (Lau, 2007). Le bébé se fatigue vite et active des schèmes moteurs peu efficaces pour permettre une alimentation orale (Mellier *et al.*, 2008). Il est donc nécessaire de recourir à une alimentation passive par voie parentérale par un apport de nutriments directement dans la circulation sanguine, puis par voie entérale à l'aide d'une sonde nasogastrique qui amène l'alimentation directement dans l'estomac (Thibaut, 2017). L'absence d'expériences alimentaires par la bouche place le nouveau-né dans une attitude passive face à l'alimentation. La bouche n'est alors pas sollicitée dans le processus alimentaire de succion-déglutition. La sonde nasale envahit la zone péribuccale, sans être associée à des expériences sensori-motrices et alimentaires pourtant essentielles dans la construction de l'oralité, et peut être source d'agressions sensorielles appelées dystimulations (Pfister *et al.*, 2008). Il existe aussi une carence de certaines stimulations : l'alimentation par sonde naso-gastrique ne permet pas un entraînement de la succion, le bébé est privé des récepteurs chimiosensoriels oraux et nasaux véhiculés par le lait. Le répertoire olfactif, indispensable au développement alimentaire, ne peut se construire précocement (Schaal *et al.*, 2011).

Les nourrissons qui manifestent une fonction cardiopulmonaire stable sont initiés à l'alimentation orale à environ 33–34 SA (Lau, 2007). À cet âge, le modèle de succion montre une ressemblance avec celui des enfants nés à terme avec une alternance rythmique d'aspiration et d'expression : les principales composantes motrices de la succion nutritive (Barlow, 2009). La transition alimentaire commence lorsque le nouveau-né prend, par voie orale, 5 ml de lait en 24h. L'alimentation devient active lorsque le nouveau-né boit toute sa quantité de lait par la bouche. La durée de transition alimentaire est définie comme le temps nécessaire, en jours, pour passer d'une alimentation entièrement passive (par sonde) à une alimentation entièrement active par tétée au sein ou au biberon (Pfister *et al.*, 2008).

La transition d'une alimentation par sonde à une alimentation par voie orale est une phase délicate car elle requiert aussi la stabilité du système cardiorespiratoire, l'intégrité des structures digestives, la régulation des états de veille-sommeil, les compétences motrices particulièrement celles de la sphère oro-faciale. Le développement de l'oralité est donc influencé par la maturation anatomique et neurologique, l'état de santé mais aussi par des conditions extérieures telles que l'environnement (bruit, lumière) et les pratiques de soins. On observe donc de grandes variations de développement entre les nouveau-nés prématurés (Bruwier *et al.*, 2014).

1.1.3 Un contexte à risque

Pour pallier l'immaturation, le nouveau-né est placé dans une unité néonatale, il arrive dans un environnement qui contraste avec ce qu'il a connu dans le milieu intra-utérin (Martel et Milette, 2006). Les soins sont davantage centrés sur les fonctions vitales au détriment du soutien à son développement. La survie du nouveau-né exige des technologies importantes. Les stimuli sont nombreux, intenses et différents de ceux présents *in utero* (Kuhn *et al.*, 2014). Le développement du nouveau-né peut être influencé par des dystimulations sensorielles et motrices (Picaud, 2016). Les soins impliquent une forte lumière, des sons puissants, de l'air froid et sec, de multiples odeurs et de nombreuses manipulations qui risquent de surstimuler ou sous-stimuler les systèmes sensoriels du nouveau-né prématuré. Ces systèmes ne sont pas suffisamment fonctionnels pour traiter autant d'informations et si différentes de son contexte intra-utérin, ce qui peut avoir un impact sur ses capacités olfactives et gustatives. Le nouveau-né est alors soumis à sept sources de surstimulations : tactile, vestibulaire, olfactive, gustative, auditive, visuelle et motrice. Elles ne respectent pas la chronologie du développement des différentes fonctions sensorielles durant la gestation. A plus ou moins long terme, ces sur-stimulations peuvent avoir des conséquences physiologiques, comportementales et motrices néfastes (Martel et Milette 2006). Contrairement au nouveau-né à terme, l'enfant prématuré peut considérer une caresse comme une agression du fait de son système sensoriel encore fragile. Les nombreuses agressions que subit l'enfant du fait de l'hospitalisation, malgré la nécessité vitale des soins, peuvent constituer des stimuli nocifs pour un système nerveux immature (Olry, 2017). En outre, l'absence des parents est un autre facteur aggravant le risque des dystimulations. Enfin, il existe une carence de stimulations naso- et oro-pharyngées adaptées à l'alimentation par voie orale.

L'état et l'organisation du comportement du nourrisson pendant l'alimentation, l'environnement, le positionnement et l'approche du soignant lors de la manipulation du nourrisson sont à considérer. Ce sont des contextes pouvant affecter de manière significative la performance et le développement alimentaire (Barlow, 2009). Le nouveau-né prématuré est capable de détecter et discriminer des stimulations environnementales. En réponse à ces stimulations stressantes, on peut constater une augmentation du rythme cardiaque ou une diminution de la fréquence respiratoire (Martel et Milette, 2006). Afin d'offrir des expériences sensorielles plus adaptées au nouveau-né, la pratique clinique a intégré un ensemble d'interventions regroupées sous le terme de soins de développement (Kuhn *et al.*, 2014).

1.2 LES SOINS DE DEVELOPPEMENT : IMPLICATION PARENTALE DANS LE SOUTIEN A L'ALIMENTATION

1.2.1 Les soins de développement et le NIDCAP

Le concept de soin de développement s'appuie sur la théorie synactive du développement élaborée par le Dr Als qui considère le nouveau-né prématuré comme un organisme pourvu de cinq sous-systèmes : végétatif, moteur, veille-sommeil, attentionnel et le système d'autorégulation (Muller *et al.*, 2014 ; Lebel et Aita, 2013). Ces différents sous-systèmes interagissent les uns par rapport aux autres en lien avec l'environnement du nouveau-né. Ils font émerger des réactions face à l'environnement qui sont des indicateurs physiologiques et comportementaux de leur régulation. Par exemple, pour le sous-système de l'autorégulation : face à un stimulus négatif de l'environnement, le bébé adoptera des comportements d'auto-régulation positive comme porter ses mains à sa bouche afin de retrouver une stabilité. Ces indicateurs permettent aux professionnels et aux parents de savoir dans quel sous-système le nouveau-né déploie son énergie afin de conserver sa stabilité. Le prématuré n'est pas capable de réagir aux stimulations inappropriées pour son niveau de développement et réagit à l'environnement de l'unité néonatale sous forme de signes de stress ou d'adaptation (Martel et Milette, 2006 ; Lebel et Aita, 2013). L'objectif est de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né prématuré dans diverses composantes (physiologique, neurologique, comportementale et relationnelle). Ces soins visent à diminuer le stress lié à l'environnement, favoriser les comportements de bien-être grâce à l'utilisation de techniques spécifiques : succion non nutritive, enveloppement, agrippement, respect du sommeil. Ils soutiennent également les parents dans leur

compréhension du comportement de leur enfant (Sizun *et al.*, 1999b, 2002 cités par Sizun, 2003).

Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) s'appuie sur les soins de développement. Il s'agit d'une méthode d'observation du comportement du nouveau-né prématuré qui permet d'établir des soins de développement individualisés qui répondent aux besoins spécifiques du bébé. En effet, il permet d'évaluer systématiquement les comportements du nouveau-né grâce à des observations avant, pendant et après les interventions des soignants, ce qui permet d'adapter les soins et l'environnement au niveau de développement du bébé. Cette méthode soutient également les parents et les aide à comprendre le comportement de leur enfant (Ashbaugh *et al.*, 1999 cités par Martel et Milette, 2006). Ainsi, toutes les interventions médicales sont prévues et adaptées en fonction de la sensibilité de chaque nourrisson et favorisent des interactions parents-enfant adaptées. Le NIDCAP permet alors d'orienter les soins vers la relation et non plus seulement vers la tâche à effectuer (Als, 2017). Cette approche apporte un soutien aux familles mais également au personnel soignant. Elle implique une bonne compréhension du développement du bébé, du parent et de la famille mais demande aussi une bonne compréhension de soi en tant que soignant pour adapter sa posture. La mise en place des soins de développement dans une unité de soins intensifs implique beaucoup d'investissements notamment une modification dans la pratique de soins pour favoriser des rapports individualisés. Il faut donc combiner les connaissances médicales et les compétences relationnelles et affectives (Als, 2017).

Les recherches scientifiques démontrent les effets des soins de développement sur les nouveau-nés prématurés. Ils permettraient un retour à domicile plus précoce, l'amélioration de la fonction pulmonaire, du comportement alimentaire, de la croissance ainsi qu'une réduction de la durée d'hospitalisation (Als, 2017). Les soins de développement visent aussi à développer les capacités parentales en faisant participer les parents aux soins. Ils permettent l'observation des comportements et des compétences de leur enfant afin de maintenir le lien d'attachement (Mellier et Marret, 2011). Afin de déterminer quel est le meilleur moment pour débiter une alimentation active, il est primordial d'observer le nouveau-né. Malheureusement, les parents sont trop rarement impliqués de façon active dans ce processus (Bruwier *et al.*, 2014).

1.2.2 Importance des interactions parents/enfant

Les premières interactions parents/enfant se mettent en place dans un contexte très différent d'une naissance à terme. A la naissance, les parents sont confrontés à une situation difficile sur le plan émotionnel. Ils sont immergés dans un univers médicalisé avec une anxiété quant aux vulnérabilités de leur bébé. L'hospitalisation entraîne une séparation précoce de la dyade mère/enfant par le manque de contact qui est susceptible d'impacter le développement de l'attachement (Olry, 2017 ; Mellier *et al.*, 2008). L'anxiété provoquée par la naissance prématurée, la privation des interactions précoces gratifiantes et paisibles entre la mère et l'enfant peuvent représenter des obstacles à l'établissement d'une relation satisfaisante et à la formation d'un processus d'attachement harmonieux (Battisti, 1998 ; Behrman et Stith Butler, 2006 ; Carel, 1977 ; Chapieski et Evankovich, 1997 ; Druon, 1996 ; Minde *et al.*, 1983 ; Pierrehumbert, 2003 cités par Muller Nix *et al.*, 2009). La prématurité impacte le développement de la parentalité qui peut être traumatique et qui est différente pour chaque parent (Olry, 2017). En raison de son état, le nourrisson est dans l'incapacité, un temps, de répondre aux sollicitations de ses parents (Muller Nix *et al.*, 2009). Il possède peu de capacités pour communiquer et a besoin de beaucoup de sommeil. Les parents ne sont pas soutenus dans la construction du lien par « la réciprocité et la circularité des échanges » (Muller Nix *et al.*, 2009). On constate un effet néfaste du stress et de la détresse maternelle sur la qualité des interactions ce qui justifie une intervention précoce pour favoriser la synchronie parent/bébé (Zelkowitz *et al.*, 2009). La synchronie parent/bébé se définit par une interaction harmonieuse et équilibrée impliquant la concordance entre les états affectifs de la mère et de l'enfant, chacun des partenaires répondant aux signaux affectifs de l'autre (Neault, 2011).

C'est pour cela que les soignants n'ont pas uniquement un rôle de soin à prodiguer directement aux nouveau-nés. Ils accompagnent les familles précocement, dans le développement des relations enfant-parents et la construction du processus d'attachement, lui-même essentiel dans le maintien de la parentalité. Les soins de développement s'appuient sur une approche collaborative de soin où les compétences, connaissances et expériences de chacun sont prises en compte (parents et soignants). Les parents sont vraiment considérés comme des partenaires de soin car ils doivent être les principaux « fournisseurs de soins » (Casper *et al.*, 2018). C'est en incitant et en invitant les parents à participer aux soins, à toucher leur bébé, à le prendre dans les bras ou en peau à peau de manière ajustée à l'état de leur bébé, que les liens d'attachement de qualité sécurisée peuvent se créer entre les parents

et l'enfant. Le personnel les aide à faire connaissance avec leur enfant et à faire émerger leur capacité à être de « bons parents » en tenant compte du rythme et des possibilités de chaque parent (Olry, 2017).

1.2.3 Enjeux d'un accompagnement parental dans les soins alimentaires du nouveau-né prématuré

Plusieurs études mettent en évidence les besoins des parents face à l'hospitalisation de leur bébé. Les parents énoncent le besoin d'établir une relation de confiance et une collaboration avec les soignants, de recevoir des informations précises sur l'état de santé de leur bébé et d'être intégrés dans les soins et les prises de décisions (Griffin 2006, Cleveland 2008 cités par Glorieux *et al.*, 2012 ; Casper *et al.*, 2016).

Aider les parents à mieux comprendre les comportements de leur enfant est essentiel (Brazelton et Nugent, 1995 cités par Martel et Milette, 2006). Former les parents et les intégrer rapidement dans les soins à donner à leur enfant constitue l'intervention la plus efficace qui contribue à les rendre plus attentifs aux comportements de stress et de fatigue du nouveau-né (Cusson et Lee, 1993 cités par Martel et Milette, 2006). Les parents sont alors placés comme des partenaires de soin, « co-régulateurs » essentiels de l'enfant (Olry, 2017). Lors des soins, les soignants vont pouvoir valoriser les parents dans leurs compétences à percevoir les signaux de leur bébé. Cela favorise la rencontre parents/enfant en aidant les parents à comprendre les caractéristiques, fragilités, ressources de leur bébé pour s'adapter à ses besoins spécifiques (Muller Nix *et al.*, 2009). D'après les parents, ces pratiques « différentes » diminuent leur stress et permettent une meilleure appréciation des capacités de leur enfant, un meilleur contact, et par conséquent une amélioration du lien d'attachement (Olry, 2017). Donner le biberon ou aider le bébé à boire à la tasse est l'un des soins les plus réalisés par les parents, sur une initiative ou sur incitation. Mais la participation des parents doit encore être améliorée pour qu'elle soit plus précoce et pro-active. En effet, il est important que les parents soient sensibilisés à l'observation de leur enfant pour lui proposer des sollicitations adaptées au moment des repas ce qui permettra de favoriser le passage à l'alimentation orale (Senez, 2015). L'éducation et l'information des parents sont des principes essentiels pour permettre leur implication active (Casper *et al.*, 2016). L'information, le soutien de la part des soignants et l'augmentation de la participation aux soins de leur bébé ont été soulignés par les parents comme étant très importants dans leur expérience des soins (Russel *et al.*, 2014).

Le rôle de l'orthophoniste en néonatalogie est d'intervenir auprès des nouveau-nés dans le but de prévenir d'éventuels troubles de l'oralité, en investissant positivement la sphère orale. Un accompagnement parental précoce peut être proposé en respectant le cheminement des parents, il implique d'être à leur écoute et de faire preuve d'empathie. Il faut renforcer les comportements positifs des parents afin de les rendre plus actifs (Thibaut, 2017). Les sollicitations oro-faciales (SOF) proposées avant un temps d'alimentation permettent aux parents de s'impliquer dans l'alimentation de leur bébé au moment d'une interaction positive et agréable.

1.3 SOUTENIR LE NOUVEAU-NE DANS SON DEVELOPPEMENT ALIMENTAIRE

1.3.1 Les programmes de stimulations oro-faciales (SOF)

Des protocoles de « stimulations de l'oralité » ont été mis en place dans les services de néonatalogie pour aider les bébés prématurés présentant des difficultés de succion à mettre en place une succion efficace pour une alimentation autonome (Lecoufle, 2012). Chez le nouveau-né prématuré, la stimulation tactile de la zone péri-orale (joues, pourtour des lèvres) suscite des mouvements orientés de la tête et de la bouche avant la capture orale et la prise alimentaire. Les SOF placent le bébé comme partenaire du soin car elles permettent de prendre en compte l'état du bébé, de l'orienter dans la tâche et de respecter ses refus (Pfister *et al.*, 2008). Elles visent à diminuer la sensibilité de la région péribuccale et permettent une optimisation des réflexes oro-faciaux en renforçant la musculature et sa coordination (Bruwier *et al.*, 2014). Les SOF permettent de réduire la durée d'hospitalisation, le nombre de jours nécessaires à l'alimentation orale exclusive et la durée de nutrition parentérale (Greene *et al.*, 2016 ; Dell Orto, 2018).

La succion non nutritive (SNN) fournit des avantages pour l'acquisition de compétences en alimentation orale. Pendant l'alimentation par sonde, la SNN grâce à une tétine améliore la tolérance alimentaire, accélère le passage de l'alimentation par sonde à l'alimentation orale et réduit la durée d'hospitalisation (Barlow, 2009). La présentation d'une stimulation orale non-nutritive de 15 minutes par jour pendant 10 jours consécutifs, introduite 48 heures après cessation de la ventilation assistée (CPAP nasale) et avant l'introduction de l'oralité, a accéléré d'une semaine la période requise par des prématurés pour passer de l'alimentation entérale à l'alimentation orale (Lau, 2007). Fucile et collaborateurs (2012) ont mis en évidence une réduction de la durée de nutrition entérale d'une semaine chez un groupe

d'enfants prématurés après des stimulations orales de 15 minutes, une fois par jour pendant 10 jours. Ils rapportent également qu'une stimulation orale permet des suctions de meilleure qualité. Des stimulations péri-orales basées sur les composantes sensorielles et biomécaniques de la sphère orale et décrites par Weber peuvent être proposées. La zone la moins sensible de la joue étant située près du lobe de l'oreille et la zone la plus sensible au niveau de la commissure des lèvres. Ces stimulations donnent au bébé la possibilité de se tourner vers la stimulation ou au contraire de s'en détourner sans utiliser une posture d'hyperextension. Couplées à un positionnement du bébé en enroulement et à des règles de transition alimentaire adaptées aux besoins spécifiques de l'enfant, ces stimulations neutralisent l'effet pénalisant de la CPAP nasale sur la succion (Pfister *et al.*, 2008). Delaoutre-Longuet (2007) observe une durée d'hospitalisation diminuée de 7 jours et une durée de transition alimentaire raccourcie de 6 jours chez des bébés stimulés. Plus la prématurité est importante plus les SOF sont efficaces (30 SA comparé à 32 SA). En effet, plus la naissance d'un nouveau-né survient avant terme, plus vite il s'imprégnera des compétences de succion et de déglutition car il n'aura pas eu le temps de les coordonner *in utero*. L'application du protocole permettrait donc de compenser le manque d'entraînement à la succion et à la déglutition qu'il aurait dû expérimenter *in utero*. Une stimulation précoce des bébés leur permettrait une implication active, plus précoce et plus ajustée à l'alimentation orale (Delaoutre-Longuet, 2007). Néanmoins, Mellul et collaborateurs (2010) préconisent de ne pas intervenir avant 28 à 30 SA. Avant, la maturation neurologique n'est pas suffisante pour obtenir des réponses aux stimulations. Pfister *et al.*, (2008) proposent des stimulations péri-orales puis orales entre 24 et 32 SA.

Ces protocoles sont proposés par l'équipe soignante et peuvent être repris par les parents. Ils ne visent pas à anticiper le développement normal de la sphère orale mais à soutenir le nouveau-né dans son développement de l'oralité pour entretenir ses compétences et développer ses potentiels (Lecoufle, 2012).

1.3.2 Des stimulations programmées aux sollicitations individualisées

Grâce aux soins de développement, il a été possible de mettre en place des stimulations individualisées et adaptées à la problématique de chaque nouveau-né. Une période d'observation est nécessaire pour individualiser la qualité des mouvements spontanés de tétée. Il est important que les stimulations soient réalisées chez un bébé calme, éveillé, bien positionné en flexion et contenu. Les stimulations sont ajustées au fur et à mesure en prenant

en compte les réactions du bébé (Bruwier *et al.*, 2014). Il conviendrait de remplacer le terme « stimulation » par « sollicitation » qui laisse une place plus importante à la réponse de l'enfant, montre qu'il est acteur et qu'il peut, grâce à son comportement et ses réactions, doser les sensations reçues. Les sollicitations sont préventives et thérapeutiques. Elles s'inscrivent dans le cadre de la prise en charge précoce en orthophonie et ne se limitent pas à l'application stricte d'un protocole figé. Il est donc important d'être à l'écoute du bébé, de l'observer pour interpréter le mieux possible ses réactions. Chaque intervention auprès d'un enfant est différente, il faut s'adapter à l'enfant, à ses besoins et ses compétences du moment (Lecoufle, 2012).

1.3.3 Limites des protocoles actuels

Les parents sont encore trop rarement impliqués de façon active dans le processus de transition alimentaire (Bruwier *et al.*, 2014). En 2015, Csopaki et Douillet-Nury ont souligné une moindre implication des parents pour réaliser les SOF. Elles ont constaté que la présence de fiches explicatives sur les SOF destinées aux parents et aux professionnels ne suffisent pas pour impliquer pleinement les parents dans l'alimentation du bébé. Par ailleurs, il faut veiller à ce que les parents ne priorisent pas la réalisation des gestes de manière « standardisée » pour solliciter l'oralité aux dépens de la qualité des autres relations avec leur bébé, ce qui peut devenir délétère pour l'oralité du nouveau-né (Menier *et al.*, 2014).

L'intérêt porté à l'oralité dans le service de néonatalogie de Caen est croissant et les pratiques sont en pleine évolution (Bourdon et Lozachmeur, 2018). Mais proposer un accompagnement régulier autour de l'oralité alimentaire demande beaucoup d'investissement aux professionnels. Accompagner les parents, dans la chambre du nouveau-né, dans les groupes de parents, grâce à des supports papier ou version numérique, est important (Jefferies, 2014). Un livret illustré permettant d'accompagner les parents dans les échanges et vers une alimentation orale autonome au sein ou au biberon a été réalisé durant l'année 2017-2018. Il est important de continuer à valoriser son utilisation pour qu'elle s'inscrive dans la continuité et de proposer un accompagnement parental individualisé et progressif pour renforcer les propositions de SOF afin d'impliquer les parents activement dans l'accès à l'alimentation orale de leur bébé.

2- PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHESES

Les relations entre les parents et le nouveau-né jouent un rôle crucial dans le développement du bébé. Former et intégrer rapidement les parents dans les soins les rend plus attentifs aux comportements de leur bébé et permet une meilleure adaptation des parents à ses réactions. L'intérêt des SOF sur la durée de transition alimentaire chez le nouveau-né prématuré a également été démontré. Ce travail s'inscrit dans la continuité de celui d'Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur (2018). Leur travail n'a pas mis en évidence de différence significative en ce qui concerne la durée de transition alimentaire. Néanmoins, la différence de médianes révélait un gain de 8 jours en faveur du groupe accompagné régulièrement par rapport à l'effectif de 2013-2014. Elles ont donc supposé un début d'impact bénéfique de leur accompagnement. (Bourdon et Lozachmeur, 2018). Ce travail sur les SOF et l'accompagnement parental doit être poursuivi pour impliquer davantage les parents dans ces moments de sollicitation orale.

Notre objectif est d'informer et d'impliquer les parents de manière active dans les soins alimentaires et l'oralité du nouveau-né et de soutenir les interactions, rectifier les erreurs et renforcer les interventions ajustées à travers l'aide du livret PARENTALIM. Martel et Milette (2006) évoquent l'intérêt d'un « dépliant informatif » à destination des parents qui viendrait étayer un accompagnement parental. Ainsi, le livret à destination des parents permet un accompagnement, dans les échanges et vers une alimentation orale autonome au sein ou au biberon.

Nous supposons que les durées de transition alimentaire devraient être réduites chez les enfants dont les parents ont bénéficié du livret PARENTALIM et d'un accompagnement parental renforcé. Cet accompagnement renforcé grâce au livret devrait également avoir un effet sur le degré d'autonomie alimentaire à la sortie de l'hôpital et sur le ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie. A l'aide de questionnaires, nous supposons que les parents bénéficiant d'un accompagnement renforcé seraient plus satisfaits et moins anxieux dans leur participation à l'alimentation.

Les travaux autour de la synchronie montrent que la dyade parent-bébé a une fonction régulatrice précoce et un rôle crucial dans le développement de l'enfant (Müller-Nix *et al.*, 2015). Nous présumons que l'accompagnement parental renforcé devrait permettre d'ajuster la synchronie parent/bébé.

En complément de nos hypothèses, nous nous intéresserons à l'impact de l'hospitalisation à domicile (HAD) sur les variables liées à la transition alimentaire.

3- METHODOLOGIE EXPERIMENTALE

3.1 POPULATION DE L'ETUDE

3.1.1 Critères de recrutement

De septembre 2018 à avril 2019, nous avons recruté 37 nouveau-nés prématurés, hospitalisés dans le service de néonatalogie du CHU de CAEN. Ils devaient avoir au minimum 48h de vie et 28 semaines d'âge corrigé (AC). Avant cet âge, les enfants sont peu stables sur le plan respiratoire et physiologique, l'accompagnement autour de l'oralité n'est donc pas prioritaire.

Sont exclus de l'étude : les nouveau-nés prématurés présentant une affection neurologique grave, une malformation de la sphère oro-faciale, une maladie digestive. En effet, ces pathologies ayant une incidence sur l'accès à l'autonomie alimentaire, les résultats seraient biaisés.

3.1.2 Description des échantillons

Notre population est constituée de 17 nouveau-nés prématurés répartis en deux échantillons : 14 (nés entre septembre 2018 et janvier 2019) que nous avons accompagnés de septembre 2018 à février 2019 sans livret ; 3 (nés entre janvier 2019 et février 2019) que nous avons accompagnés de février 2019 à avril 2019 avec livret et accompagnement renforcé. L'échantillon global se compose de 17 bébés dont 9 filles et 8 garçons. Ils sont nés à un âge médian de 31 SA (valeurs extrêmes : 27,29 – 33,14 SA) avec un poids de naissance médian de 1600 grammes (valeurs extrêmes : 950 – 2300 grammes). Parmi ces nouveau-nés, 11 sont allés en HAD.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon global 2018-2019 (N= 17)

	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	31,29	29,86	32,71	27,29 – 33,14
Poids de naissance (g)	1600	1190	1700	840 - 2300
Durée d'intubation (jours)	0	0	0	0 – 13
Durée de VNI (jours)	14	11	38	0 - 78
Nombre d'entretiens	4	3	4	2 – 6

Dans le premier groupe (phase 1 : de septembre à février 2019), nous avons recruté 29 familles que nous avons accompagnées sans le livret durant 4 entretiens (1 entretien de présentation + 3 entretiens d'accompagnement). Au final, 14 familles ont été retenues pour l'étude et 15 perdues de vues pour diverses raisons :

- Refus de parents à participer (N=2)
- Mutation dans un hôpital périphérique avant la fin de l'accompagnement (N=4)
- Complications médicales multiples (N=6)
- Parents difficiles à rencontrer (N=2)
- Sortie avant la fin des accompagnements (N=1)

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon Phase 1 (N=14)

	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	31,36	30,04	32,71	27,43 – 33,14
Poids de naissance (g)	1600	1465	1715	950 - 2300
Durée d'intubation (jours)	0	0	0	0 – 8
Durée de VNI (jours)	13	8,75	23,75	0 - 63
Nombre d'entretiens	4	2,25	4	2 – 4

L'échantillon de la phase 1 se compose donc de 14 bébés, dont 8 filles et 6 garçons. Ces enfants sont nés à un âge médian de 31 SA (valeurs extrêmes : 27,43 – 33,14 SA) avec un poids de naissance médian de 1600 grammes (valeurs extrêmes : 950 – 2300 grammes). Parmi ces nouveau-nés, 8 sont allés en HAD.

De février 2019 à avril 2019, nous avons recruté 8 familles qui ont été accompagnées de manière renforcée et individualisée grâce au livret PARENTALIM (phase 2). Trois familles ont été retenues pour notre étude et 5 perdues de vue :

- Mutation dans un autre hôpital avant la fin de l'accompagnement (N=1)
- Non parvenus à l'autonomie avant la fin de l'étude (N=2)
- Sortis de l'hôpital avant la fin de l'accompagnement (N=2)

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon Phase 2 (N= 3)

	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	27,72	27,5	28,86	27,29 – 30
Poids de naissance (g)	990	915	1310	840 - 1630
Durée d'intubation (jours)	0	0	6,5	0 – 13
Durée de VNI (jours)	42	40	56,5	38 - 71
Nombre d'entretiens	6	5,5	6	5-6

Au final, le second échantillon se compose de 3 bébés, dont 1 fille et 2 garçons. Ils sont nés à un âge médian de 27,72 SA (valeurs extrêmes : 27,79 – 30 SA) et avec un poids médian de 990 grammes (valeurs extrêmes : 840 – 1630 grammes).

Nous avons apparié les 3 bébés recrutés dans la phase 2 avec 3 bébés recrutés dans la phase 1. L'appariement a été réalisé strictement 1 pour 1 en sélectionnant le voisin le plus proche pour respecter la similitude des participants selon trois critères : le sexe, l'AG et le poids de naissance.

3.2 MATERIEL ET METHODE

3.2.1 Les sollicitations oro-faciales (SOF)

Les SOF ont été introduites en 2010 dans le service de néonatalogie du CHU de CAEN par Christel Blaison et Monique Haddad, orthophonistes. Au fil du temps, le protocole a beaucoup évolué grâce aux parutions sur le sujet et aux échanges entre les différents professionnels. En effet, aujourd'hui nous ne parlons plus de stimulations oro-faciales mais de sollicitations oro-faciales. Il s'agit de propositions progressives et individualisées faites au bébé, rien n'est imposé. Nous proposons les SOF lorsque le bébé est dans un état d'éveil calme avant un temps de repas. Dans un premier temps, le parent réalise un regroupement de l'enfant en lui parlant afin de signifier sa présence. Pour se faire, il appose une main sur la tête et une main sous les pieds de son bébé. Puis, il propose un appui franc avec un doigt dans la main du bébé pour qu'il l'agrippe s'il est en condition. Le parent porte la main du bébé à la bouche de ce dernier afin qu'il explore sa sphère orale s'il en a envie. Ensuite, le parent réalise un appui franc au milieu de la joue du bébé, puis de l'autre joue afin de solliciter le frouissement de la tête vers la source de sollicitations. Les mêmes appuis francs sont proposés sous les deux narines du bébé afin de solliciter l'ouverture de bouche. Enfin, le parent propose la tétine par petits bonds depuis le lobe de l'oreille jusqu'aux coins des

lèvres. Ainsi, le bébé sent la tétine arriver vers sa bouche et peut s'en saisir en tournant la tête s'il le souhaite (annexe 1).

Après chaque sollicitation, il est important de laisser du temps au bébé pour réagir et de s'arrêter s'il manifeste un signe d'inconfort (bâillement, hoquet, main en extension). Même si l'ensemble des gestes ne peut être réalisé, nous proposons un regroupement et la tétine au bébé. Il est important d'observer les réactions du bébé avant et au cours des SOF. C'est grâce à cette observation fine de l'état et des réponses du bébé que les parents pourront s'adapter et répondre au mieux aux besoins du bébé. Notre intervention avait donc toujours lieu en présence des parents afin de leur montrer les SOF, pour les impliquer dans les soins alimentaires de leur bébé. Nous expliquions aux parents que les SOF sont proposées uniquement avant un temps de repas si l'état du bébé le permet afin qu'il fasse le lien entre la proposition des SOF et l'alimentation. La première fois, nous réalisions les SOF avec le parent (ex : nous réalisions un appui sur une joue et le parent le réalisait de l'autre côté) en donnant des explications oralement en nous adressant directement au bébé.

3.2.2 Livret d'accompagnement PARENTALIM

Durant l'année 2017-2018, le « livret PARENTALIM : soins de développement pour accompagner l'alimentation des nouveau-nés hospitalisés » a été créé par Blaison, Bourdon, Datin-Dorrière, Delaunay-El Allam, Lozachmeur, et Trentesaux et illustré par Anne Lacherez de la MRSH de Caen. Ce livret est protégé par une enveloppe SOLEAU déposée en 2018 par l'Université de Caen Normandie pour empêcher toute vente, reproduction et utilisation du titre, des graphismes et du texte par un tiers sans autorisation préalable. Il permet de soutenir et d'accompagner le développement de l'oralité des nouveau-nés prématurés. Il s'inscrit dans la dynamique des soins de développement et vise à favoriser l'accompagnement des parents et des bébés de manière individualisée et progressive autour de l'alimentation. Il comporte des illustrations et peu de texte, il est raconté aux parents comme une histoire au fil des rencontres que nous avons avec eux. Ce livret a été utilisé par Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur durant l'année 2017-2018. Elles accompagnaient les familles lors de 3 entretiens, elles le feuilletaient rapidement avec eux lors du premier entretien et le reprenaient si besoin lors des entretiens suivants. Il reprend les différentes étapes importantes du développement de l'oralité du nouveau-né. Il aborde les échanges entre le nouveau-né et ses parents, les différents états du bébé (éveil, sommeil) ainsi que ses

réactions comportementales et l'alimentation (l'importance de soutenir la succion du nouveau-né prématuré, les SOF et la transition alimentaire).

Nous avons utilisé le livret de février 2019 à avril 2019 afin d'accompagner les familles lors de 5 entretiens au minimum. Ces rencontres étaient individualisées et permettaient un accompagnement progressif. Toutes les pages n'étaient pas abordées au premier entretien mais nous laissions le livret aux parents afin qu'ils puissent le feuilleter. Nous nous laissions guider par les questions des parents donc toutes les notions n'étaient pas abordées de la même manière avec tous les parents.

Le livret a pu être mis à disposition des soignants en mars 2019 grâce à une diffusion dans le service. Puis en avril/mai 2019, un livret a été remis à chaque infirmière/puéricultrice lors des entretiens individuels. En effet, le but était qu'ils puissent l'utiliser et accompagner les familles autour de l'oralité s'ils le souhaitaient. Le livret crée un langage commun autour de l'oralité entre les orthophonistes, les soignants et les parents.

3.2.3 Les questionnaires

Nous avons utilisé deux questionnaires à deux temps différents. La remise des questionnaires au premier temps variait suivant l'état du bébé et des parents. Nous avons remis aux parents les mêmes questionnaires lorsque le bébé avait 35 semaines d'AC. Le premier questionnaire évalue la satisfaction parentale, il a été créé par Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur en 2017 : 6 items concernent l'accompagnement (annexe 2) et 6 autres le livret (annexe 3). Le second questionnaire concerne l'évaluation du niveau d'état d'anxiété, nous avons utilisé le questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété STAI-Etat (forme Y-A) (State Trait Inventory Anxiety) de Spielberger (annexe 4). Chaque réponse est cotée de 1 à 4. La valeur 1 correspond au degré d'anxiété le plus faible pour les items non inversés et au degré le plus haut pour les items inversés. Le score total est interprété selon 5 niveaux d'anxiété : >65 (très élevée), 56 à 65 (élevée), 46 à 55 (moyen), 36 à 45 (faible), <35 (très faible).

3.2.4 Grille d'observation des interactions parents/bébé lors d'un repas

Nous avons créé, une grille d'observation des interactions parents/bébé au moment du repas, inspirée de la grille des interactions précoces de Lille (Lenseele, 2011). Maryse Delaunay-El Allam et Christel Blaison nous ont aidées dans cette élaboration. Nous utilisons la grille à deux reprises : la première observation variait suivant l'âge du bébé et

le degré d'accompagnement (temps 1) et la deuxième observation avait lieu lorsque le bébé avait 35 semaines d'AC (temps 2). Il s'agissait d'observer un moment d'interactions entre le parent et le bébé en deux temps : proposition des SOF par le parent puis un temps de repas. L'objectif était d'observer la coordination des échanges, d'évaluer si notre accompagnement permettait aux parents de lire et de répondre plus facilement et de manière adaptée aux comportements de leur bébé. Nous relevions certains types de comportements qui pouvaient être adaptés (utilisation du motherese, parents engagés positivement au moment du repas, l'accroche du regard...) ou inadaptés (parents qui ne respectent pas le tour de rôle, peu engagés ou distants pendant le repas, pas d'utilisation du motherese...). Nous avons également créé une fiche d'utilisation de la grille pour qu'elle puisse être réutilisée par les prochaines étudiantes. La grille d'observation ainsi que la fiche d'utilisation n'ont pas été mises en annexe afin d'éviter l'usage non autorisé d'un tiers. Néanmoins, une synthèse des observations a été faite dans les tableaux 4 et 5 en annexe 5.

3.3 PROCEDURE

3.3.1 Formation préalable en néonatalogie

De mars 2018 à juin 2018, Christel Blaison, orthophoniste dans les services de pédiatrie et néonatalogie nous a formées aux SOF, à l'observation du nouveau-né et à l'accompagnement parental. Nous nous sommes familiarisées avec l'univers de la néonatalogie afin d'être autonomes en septembre 2018. Durant le mois de septembre 2018, nous avons pris nos marques dans le service afin de nous intégrer à l'équipe.

3.3.2 Déroulement de l'étude

3.3.2.1 *Phase 1 : Accompagnement parental de « routine »*

L'accompagnement avec le livret n'a pas pu commencer dès septembre 2018. En effet, pour les besoins de l'étude, nous devions constituer un groupe de familles à accompagner sans livret afin de rester au plus proche des pratiques du service en matière d'accompagnement autour de l'oralité. Cela a permis de comparer avec le groupe de familles ayant bénéficié du livret.

Il était moins évident de réutiliser le groupe constitué l'année dernière car certaines pratiques du service ont changé (travail sur des plages de 12h, retour des observations NIDCAP). Nous avons accompagné les familles sans livret durant 4 entretiens (1 entretien de

présentation + 3 entretiens d'accompagnement), en réalisant un « accompagnement de routine » (*cf* : figure 1). Lors du premier entretien nous nous présentons aux parents. Nous leur remettons un consentement qui reprenait ce que nous disions à l'oral, il était indispensable pour commencer l'accompagnement (annexe 6). Lors du second, nous leur montrions les SOF. Lors des deux suivants nous assistions à un moment de repas afin d'observer les interactions parents-bébé.

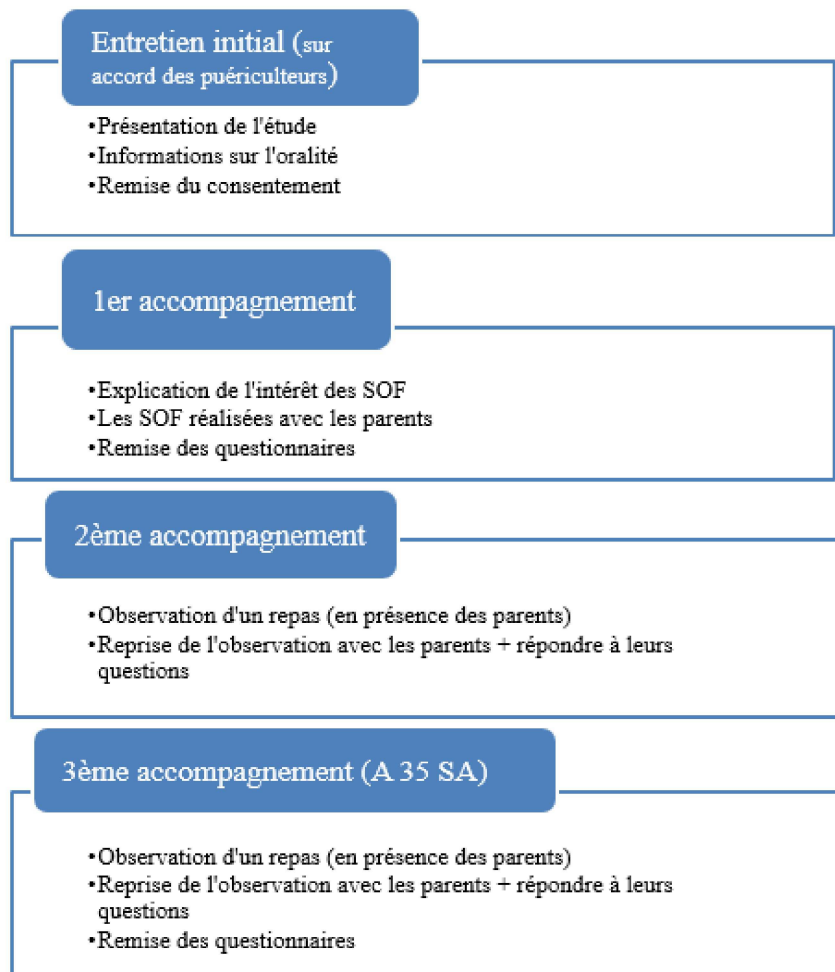


Figure 1 : Déroulement de l'accompagnement parental (phase 1)

3.3.2.2 Phase 2 : Accompagnement parental renforcé

Le début de cette phase n'a pas pu commencer dès janvier. En effet, nous devions attendre qu'une analyse de pratiques par enquête soit faite par deux étudiantes en psychologie du développement. Elle a permis de faire l'état des lieux des connaissances et

pratiques autour de l'oralité dans les différentes unités du service de néonatalogie afin de voir si la mise en place du livret et des réunions d'information permettaient d'apporter une nouvelle dynamique autour des soins alimentaires du nouveau-né. L'enquête s'est déroulée en deux temps : une première évaluation a eu lieu en février 2019 auprès des professionnels et de certains parents avant la diffusion du livret PARENTALIM. Une seconde évaluation s'est déroulée en mai 2019 après les réunions d'information et la diffusion du livret.

Le deuxième groupe (de février à avril 2019) était accompagné de manière renforcée et individualisée au cours de cinq entretiens au minimum. Lors de la première rencontre, nous présentions l'étude aux parents et donnions des informations générales sur l'oralité. Un consentement leur était également remis (annexe 7). Nous proposons le livret aux parents pour leur permettre de le feuilleter. S'ils le souhaitaient, nous pouvions commencer le premier accompagnement dès le premier entretien en regardant avec eux quelques pages du livret. Chaque page était racontée comme une histoire en une phrase. Nous adaptions notre accompagnement au rythme de chaque famille pour apporter de nouveaux éléments de semaine en semaine. Afin d'individualiser l'accompagnement, nous abordions les différentes pages du livret, au fil des accompagnements, en fonction de l'état du bébé et très progressivement. Ainsi, nous pouvions montrer les SOF aux parents en plusieurs fois (ex : commencer par proposer l'appui dans la main puis la présentation de la main à la bouche et enfin la tétine), au fur et à mesure des rencontres nous montrions les autres gestes aux parents. Lors du deuxième accompagnement et à 35 semaines d'AC, nous donnions les mêmes questionnaires qu'à la phase 1. Nous observions également deux moments de repas (idéalement au moment du deuxième accompagnement puis à 35 semaines d'AC).

3.3.2.3 Information et liens avec l'équipe soignante

En février 2019, après la réalisation de la première session de l'enquête, nous avons informé l'équipe sur l'avancée de notre travail et sur la mise en place du livret. Durant les réunions, nous faisons un point sur l'oralité et les troubles de l'oralité. Nous expliquions en quoi l'accompagnement proposé avec le livret serait différent de ce qui a été fait jusqu'à présent, à savoir : un accompagnement renforcé et individualisé, au rythme de l'enfant et de sa famille. Il était difficile pour les soignants de se rendre disponibles sur des temps de réunion. C'est pourquoi, nous avons privilégié les échanges sur des temps informels afin de leur transmettre les informations. Ainsi, nous avons pu informer plus de 30 puériculteurs/infirmiers ainsi que les internes du service.

En amont des réunions d'information auprès des professionnels, nous avons réalisé un fascicule à destination des soignants. L'équipe soignante de néonatalogie étant très conséquente (environ 80 puériculteurs/infirmiers), nous avons décidé de créer un fascicule reprenant les grandes lignes de notre travail en néonatalogie afin que l'ensemble des professionnels soient au courant de son avancée. Nous avons rappelé l'objectif de l'étude, décrit les deux phases de l'étude (phase 1 de septembre à février, phase 2 de février à avril). Nous rappelions également les réunions à venir pour les professionnels. Enfin, nous avons brièvement décrit les moyens d'évaluation utilisés (questionnaires, grilles d'observation, relevé des données).

3.4 ANALYSE STATISTIQUE

Nous disposons donc de deux échantillons indépendants pour lesquels nous avons effectué des analyses inter-groupes. Chaque groupe comprend moins de 30 sujets et les distributions de réponses ne suivent pas la loi normale. C'est pourquoi, nous utilisons des tests non paramétriques (U de Mann-Withney et test de Wilcoxon) ainsi que les statistiques descriptives basées sur les médianes et quartiles. L'échantillon restant très restreint, nous tiendrons surtout compte de l'analyse descriptive.

L'étude regroupe les variables suivantes :

Les variables dépendantes sont : la durée de transition alimentaire (en jours), la durée d'hospitalisation (en jours), le niveau de satisfaction parentale (prévalence), le niveau d'anxiété (score). Par rapport au travail réalisé l'an dernier, nous avons ajouté deux nouvelles variables dépendantes concernant l'autonomie alimentaire : nous avons étudié le degré d'autonomie alimentaire à la sortie (prescription médicale – ration bue) : plus le score obtenu se rapproche de 0 plus le bébé est autonome à la sortie car il a bu l'ensemble de la ration qui lui a été prescrite. Nous avons également retenu le ratio des prises alimentaires par rapport au poids de sortie (ml/kg/24h). En effet, ce sont des données plus fines concernant l'autonomie alimentaire à la sortie de l'hôpital.

Les variables indépendantes sont : le terme de naissance (en SA), le sexe, 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).

Pour l'ensemble des hypothèses, l'effet de l'accompagnement renforcé grâce au livret n'a pas pu être évalué vu le faible échantillon de notre étude. Les analyses descriptives et qualitatives ont été privilégiées.

Selon notre hypothèse principale, un impact positif d'un accompagnement parental renforcé était attendu sur la durée de transition alimentaire (passage d'une alimentation entérale à une alimentation par voie orale). Ainsi, nous nous attendions à ce que les durées de transition alimentaire du groupe ayant bénéficié d'un accompagnement parental renforcé à l'aide du livret soient significativement inférieures à celles mesurées chez le groupe ayant été accompagné sans livret.

Selon la première hypothèse secondaire, nous supposons un impact positif d'un accompagnement parental renforcé sur le degré d'autonomie alimentaire à la sortie de l'hôpital (prescription médicale – ration bue par la bouche) et sur le ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie (ml/kg/24h). Ainsi, nous nous attendions à ce que les bébés dont les parents ont bénéficié d'un accompagnement renforcé grâce au livret aient un meilleur degré d'autonomie alimentaire à la sortie et un meilleur ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie que ceux des bébés ayant bénéficié d'un « accompagnement de routine ».

Selon la deuxième hypothèse secondaire, nous avons supposé que les parents ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé et individualisé seraient plus satisfaits et moins anxieux à participer aux soins alimentaires. Les degrés de satisfaction et d'anxiété n'ont pas pu être comparés entre les deux phases (échantillon phase 2 trop faible). Nous avons donc analysé l'évolution du degré d'anxiété et de satisfaction en comparant les réponses données par les mêmes parents à deux temps différents. L'analyse a été faite grâce au test de Wilcoxon pour échantillons appariés.

Enfin, notre dernière hypothèse secondaire, supposait que la synchronie des échanges serait plus adaptée avec un accompagnement parental renforcé. Pour le vérifier, nous avons réalisé une analyse qualitative descriptive des grilles d'observation.

Dans un dernier temps, nous avons utilisé l'ensemble du groupe de bébés recrutés en phase 1 (accompagnement sans livret) afin de faire des analyses statistiques inter-groupes exploratoires grâce au test U de Mann-Withney. Nous avons trouvé judicieux de vérifier si l'HAD modifie les variables liées à la transition alimentaire.

4- RESULTATS

4.1 COMPARAISON DES RESULTATS EN FONCTION DU TYPE D'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

4.1.1 Description des variables concernant l'autonomie alimentaire pour les deux échantillons

Tableau 6 : Description des échantillons appariés en fonction de l'accompagnement renforcé avec le livret PARENTALIM (N=6)

		Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Terme de naissance	Phase 1	27,43	27,43	28,65	27,43- 29,86
	Phase 2	27,71	27,5	28,86	27,29-30
Poids de naissance	Phase 1	995	972,5	1257,5	950-1520
	Phase 2	990	915	1310	840-1630
Durée d'intubation	Phase 1	0	0	4	0-8
	Phase 2	0	0	6,5	0-13
Durée de VNI	Phase 1	62	44	62,5	26-63
	Phase 2	42	40	56,5	38-71
Durée de transition	Phase 1	43	30,5	44,5	18-46
	Phase 2	26	24,6	27	23-28
Durée d'hospitalisation	Phase 1	74	59,5	74	45-74
	Phase 2	54	53,5	62	53-70
Degré d'autonomie à la sortie	Phase 1	340	232,5	355	125-370
	Phase 2	125	90	177,5	55-230
Ratio des prises alimentaires par rapport au poids à la sortie	Phase 1	39,57	28,95	91,34	18,3- 143,1
	Phase 2	116,07	75,45	126,12	34,83- 136,16

Dans notre échantillon 2018- 2019, deux groupes ont été comparés : 3 sujets accompagnés lors de 3 entretiens et sans livret (phase 1) et 3 sujets accompagnés lors de 5 entretiens minimum et avec le livret (phase 2). Au vu du nombre de participants, les tests U de Mann Whitney ne permettent pas d'objectiver de différences significatives. Mais l'analyse descriptive montre que les deux groupes présentent une durée d'intubation médiane de 0 jour. La durée médiane de VNI est de 42 jours (valeurs extrêmes : 38-71) pour la phase 2 alors qu'elle est de 62 jours (valeurs extrêmes : 26-62) pour la phase 1. La durée d'hospitalisation se répartit autour de 54 jours (valeurs extrêmes : 53-70) pour les bébés de phase 2, plus courte que chez les bébés de la phase 1 (médiane : 74, valeurs extrêmes : 45-74). La durée de transition s'étale sur 26 jours (valeurs extrêmes : 23-28) pour la phase 2,

plus courte que pour les bébés de la phase 1 (médiane : 43, valeurs extrêmes : 18-46). En ce qui concerne le degré d'autonomie alimentaire à la sortie, il est plus important pour les bébés de la phase 2 car la médiane est plus basse (médiane : 125, valeurs extrêmes : 55-230) que pour les bébés de la phase 1 (médiane : 340, valeurs extrêmes : 125, 370). Pour le ratio des prises alimentaires par rapport au poids à la sortie, il est plus élevé pour les bébés de la phase 2 (médiane : 116,07 ; valeurs extrêmes : 34,83- 136,16) que pour ceux de la phase 1 (médiane : 39,57 ; valeurs extrêmes : 18,3- 143,1). La description de ces deux échantillons apparaît dans le tableau 6.

4.1.2 Satisfaction et anxiété parentale en fonction du moment d'évaluation au cours de l'hospitalisation

Pour cette partie, nous avons pris en compte les réponses uniquement lorsque les mêmes parents avaient répondu aux questionnaires aux deux temps afin de faire une comparaison du degré d'anxiété et de satisfaction entre les deux temps.

4.1.2.1 Anxiété parentale

Au vu du nombre de sujets accompagnés lors de la phase 2 (avec livret,) nous ne pouvions pas comparer les scores d'anxiété entre la phase 1 et la phase 2. Les tableaux suivants reprennent le niveau d'anxiété aux deux temps de remise des questionnaires, groupes phase 1 et phase 2 confondus. Nous avons retenu 8 familles ayant répondu aux questionnaires aux deux temps. Le test de Wilcoxon est non significatif pour les 8 familles testées à deux reprises. Les résultats descriptifs des tableaux 7 et 8 montrent qu'au temps 1 comme au temps 2 la médiane se situe en dessous de 35. Les parents se situent dans la zone d'anxiété très faible par rapport à la norme au moment où ils ont rempli le questionnaire. On constate que pour les deux temps les valeurs extrêmes sont très étendues et presque similaires (valeurs extrêmes pour temps 1 : 25-44) et (valeurs extrêmes pour le temps 2 : 20-44).

Tableau 7 : Niveau d'anxiété parentale du groupe 2018-2019 – temps 1 (N=8)

	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Niveau d'anxiété parentale (score)	34	27,25	38	(25- 44)

Tableau 8 : Niveau d'anxiété parentale du groupe 2018-2019 – temps 2 (N=8)

	Médiane	Q1	Q3	Valeurs extrêmes
Niveau d'anxiété parentale (score)	29	29	38	(20-44)

4.1.2.2 Satisfaction parentale

4.1.2.2.1 Satisfaction de l'accompagnement parental

Tout comme pour le degré d'anxiété, nous ne comparerons pas le degré de satisfaction parentale entre la phase 1 et la phase 2 étant donné le nombre de sujets dans la phase 2 (N=3).

Tableau 9 : Répartition des réponses de satisfaction de l'accompagnement parental selon l'item du questionnaire au deux temps (N=8)

Satisfaction de l'accompagnement :		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Q1 : aisance SOF	Temps 1	0	0	4 (50%)	4 (50%)
	Temps 2	0	0	1 (12,5%)	7 (87,5%)
Q2 : aisance tétine	Temps 1	0	0	0	8 (100%)
	Temps 2	0	0	1 (12,5%)	7 (87,5%)
Q3 : observations réactions	Temps 1	0	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0
	Temps 2	0	0	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Q4 : Plaisir accompagnement	Temps 1	0	0	2 (25%)	6 (75%)
	Temps 2	0	0	2 (25%)	6 (75%)
Q5 : Stress accompagnement	Temps 1	5 (62,5%)	2 (25%)	1 (12,5%)	0
	Temps 2	8 (100%)	0	0	0
Q6 : Satisfaction accompagnement	Temps 1	0	0	2 (25%)	6 (75%)
	Temps 2	0	0	5 (62,5%)	3 (37,5%)

Sur l'ensemble de l'échantillon 2018-2019 (N=17), 12 réponses au temps 1 et 9 réponses au temps 2 ont été comptabilisées au questionnaire de satisfaction parentale ciblant l'accompagnement. Huit familles ont répondu au questionnaire aux 2 temps. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux temps de remise de questionnaires. Les parents se sentent à l'aise ou plutôt à l'aise pour proposer les SOF au temps 1 et plus des trois quarts se sentent à l'aise pour les proposer au temps 2. Tous les parents se sentent à l'aise pour proposer la tétine à leur bébé au temps 1 et plus de 80% au temps 2. La plupart des parents sont plutôt à l'aise pour observer et comprendre les réactions du bébé. De manière générale, les parents prennent plaisir à accompagner leur bébé autour des soins alimentaires. La plupart des parents ne sont pas stressés au moment de l'alimentation de leur bébé et se montrent satisfaits ou plutôt satisfaits de l'accompagnement qui leur a été proposé (résultats dans le tableau 9).

4.1.2.2.2 Satisfaction du livret

En ce qui concerne la satisfaction parentale ciblée sur l'utilisation du livret PARENTALIM. Trois réponses au temps 1 et 2 réponses au temps 2 ont été comptabilisées au questionnaire de satisfaction ciblé sur le livret. Deux familles ont répondu au questionnaire aux deux temps. Les résultats ont été répertoriés dans le tableau 10 en annexe 8. Parmi eux, une personne a consulté le livret et une a plutôt consulté le livret au temps 1 et au temps 2. Aucune difficulté d'appropriation n'a été rapportée lors des deux temps. Pour les deux temps, le livret a plutôt répondu aux questions des parents et était clair. Il les a plutôt aidés à s'impliquer dans les soins alimentaires de leur bébé. Lors du temps 1, tous les parents étaient satisfaits du livret et lors du temps 2, un parent était satisfait et un parent était plutôt satisfait.

4.1.3 Effet sur la synchronie des interactions parents/bébé

Dans notre échantillon 2018-2019 (N=17), nous avons pu observer 8 bébés suivis lors de la phase 1 (accompagnement sans livret), 7 ont pu être observés lors du temps 1 et 6 lors du temps 2. Trois bébés ont été observés lors de la phase 2 (accompagnement avec livret), 2 bébés lors du temps 1 et 2 lors du temps 2. Des comportements adaptés et inadaptés pouvaient être observés lors d'un même temps et chez un même parent. C'est pourquoi la somme des pourcentages n'est pas égale à 100% (tableau 11). Une synthèse de l'ensemble des observations a été faite dans les tableaux 4 et 5 en annexe 5.

En ce qui concerne la présence des SOF, pour la phase 1, les parents proposaient davantage les SOF au temps 1 qu'au temps 2. Pour la phase 2, la moitié des parents ont proposé les SOF, quel que soit le moment d'observation. Mais, elles n'ont jamais été proposées intégralement (cette partie est davantage développée par Noémie André dont l'objectif était de voir si l'accompagnement renforcé permettait aux parents d'être plus compétents dans la proposition des SOF).

Les parents se sont montrés sereins et détendus au moment des repas. Mais nous avons relevé 30% de comportements distants, intrusifs ou hésitants lors de la phase 1. Lors des deux observations aux deux temps de la phase 2, nous avons observé au moins une fois un comportement distant, intrusif ou hésitant pour chaque parent. Lors de la phase 1, un peu plus de 80% des parents ont utilisé le motherese pour s'adresser à leur enfant. Lors de la phase 2, tous les parents l'ont utilisé. Moins de la moitié des parents commentent les actions

de leur bébé au temps 1 de la phase 1 et plus de 80% lors du temps 2. Tous les parents commentent les actions de leur bébé à la phase 2. Moins de la moitié des parents commentent les émotions de leur bébé lors de la phase 1. La moitié des parents les commentent lors du temps 1 de la phase 2, puis tous les parents commentent les émotions de leur bébé lors du temps 2 de la phase 2. Globalement les parents commentent plus les actions de leur bébé que leurs émotions. L'ensemble des parents regardent leur bébé lors du moment du repas. En ce qui concerne le respect du tour de rôle, il est respecté dans 50% des cas sauf lors du temps 1 de la phase 1 où il est respecté à 42,86%.

Tableau 11 : Présence des comportements parentaux observés lors de l'interaction parents-bébé au moment d'un repas (N=11)

		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, distance	28,57%	33,33%	100%	100%
	Absence de 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
	Absence de regards	0	0	0	0
	Tour de rôles non respecté	28,57%	16,66%	0	0

4.2 STATISTIQUES EXPLORATOIRES

L'échantillon utilisé pour les analyses exploratoires comprend tous les bébés accompagnés lors de la phase 1 durant l'année 2018-2019 (N=14). Cet échantillon est décrit en fonction de la variable HAD dans le tableau 12 en annexe 9. Les bébés hospitalisés à domicile après leur sortie de l'hôpital avaient un âge médian de 31,29 SA (valeurs extrêmes :

27,43-33,14) proche de celui des bébés qui ne sont pas allés en HAD (médiane : 32,07 ; valeurs extrêmes : 29,86-32,71). Le poids médian était de 1600 g (valeurs extrêmes : 950-2300) pour le groupe HAD et 1560g pour le groupe non-HAD (valeurs extrêmes : 1450-1700). La durée médiane d'intubation était similaire pour les deux groupes. La durée médiane de VNI était de 12 jours (valeurs extrêmes : 0-63) pour le groupe HAD et de 15,5 jours (valeurs extrêmes : 8-26) pour le groupe non-HAD. Le nombre d'entretiens était de 4 (valeurs extrêmes : 2-4) pour le groupe HAD et de 2,5 (valeurs extrêmes : 2-4) pour le groupe non-HAD. Le degré d'autonomie alimentaire à la sortie était d'une valeur médiane de 255 (valeurs extrêmes : 0-370) pour le groupe HAD et de 16,5 (valeurs extrêmes : 0-185) pour le groupe non-HAD. En ce qui concerne le ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie, il est plus élevé pour les bébés n'allant pas en HAD (médiane : 146,91 ; valeurs extrêmes : 133,46-160,34) que pour ceux allant en HAD (médiane : 51,87 ; valeurs extrêmes : 18,32-150,81).

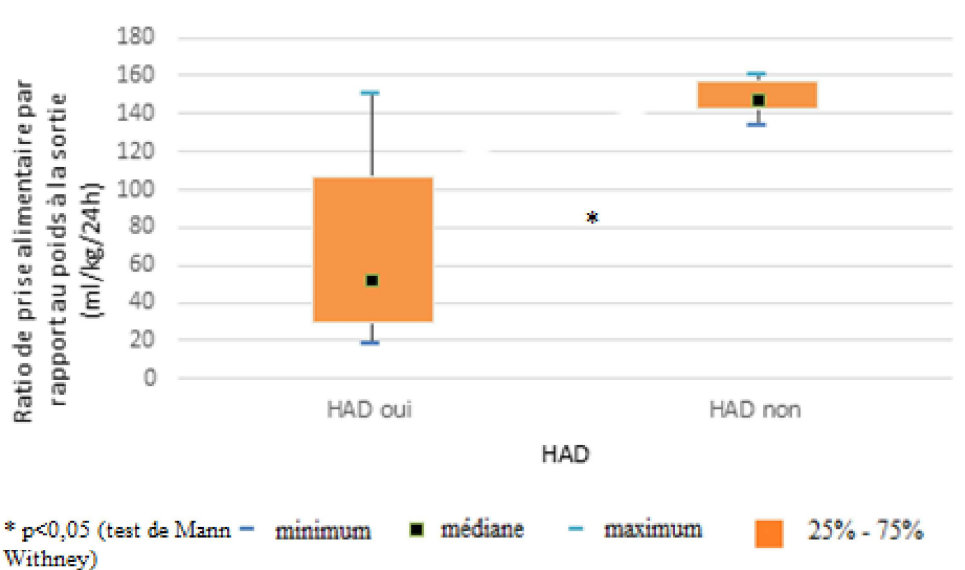


Figure 2 : ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie en fonction de la variable HAD

Le test U de Mann-Withney a révélé une différence significative ($U= 7$; $Z= -2,13$; $p\text{-value} = 0,033$) entre le ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie et la variable HAD à la phase 1. Les bébés de la phase 1 qui sont allés en HAD avaient un ratio de prise alimentaire par rapport à leur poids à la sortie significativement plus bas que les bébés qui ne sont pas allés en HAD.

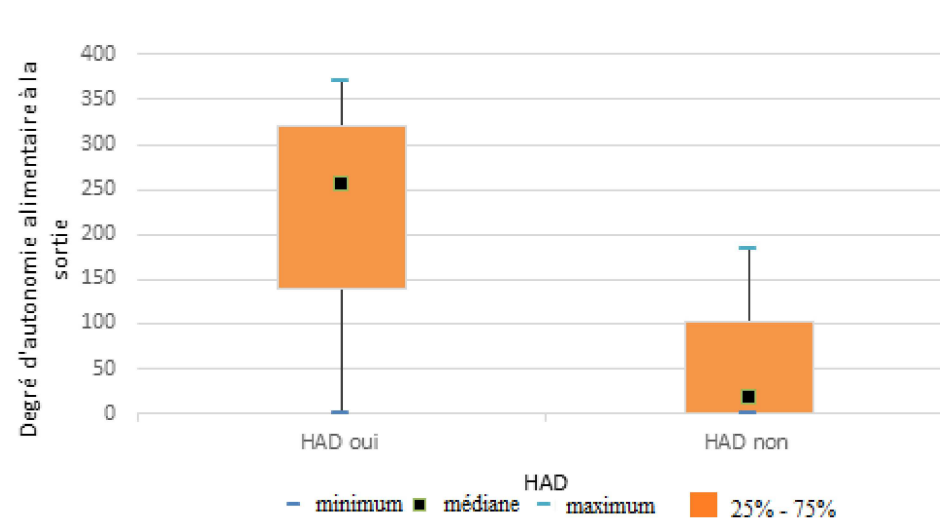


Figure 3 : *degré d'autonomie alimentaire à la sortie en fonction de la variable HAD*

Le test U de Mann-Withney a également révélé une différence marginalement significative ($U= 9,5$; $Z= 1,85$; $p\text{-value} = 0,064$) entre le degré d'autonomie alimentaire à la sortie et la variable HAD à la phase 1.

Les autres variables dépendantes comparées n'apparaissent pas significativement différentes entre les deux groupes (HAD et non HAD)

5- DISCUSSION

L'objectif de ce mémoire était d'informer et d'impliquer les parents de manière active dans les soins alimentaires et l'oralité du nouveau-né grâce à un livret illustré. Nous voulions évaluer les effets d'un accompagnement parental individualisé et renforcé par un livret sur les variables liées à la transition alimentaire (la durée de transition alimentaire, le degré d'autonomie alimentaire à la sortie, le ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie) mais également sur le degré de satisfaction et d'anxiété parentale, et sur la synchronie des interactions parent/bébé lors d'un repas. Ce travail s'inscrit dans la continuité de celui mené par Aurore Bourdon et Julia Lozachmeur (2018). L'impact positif du livret sur la transition alimentaire n'avait pas pu être prouvé étant donné le faible effectif recruté. Cependant, une différence de médiane de 4 jours concernant la durée d'hospitalisation avait été rapportée. De septembre 2018 à avril 2019, 17 bébés et leur famille ont été inclus dans l'étude et accompagnés.

1. VARIABLES LIEES A L'AUTONOMIE ALIMENTAIRE

Notre hypothèse principale supposait que la durée de transition alimentaire devrait être réduite chez les bébés dont les parents ont bénéficié d'un accompagnement parental individualisé et renforcé grâce au livret. Nous avons formulé l'hypothèse secondaire que les nouveau-nés dont les parents ont bénéficié d'un accompagnement renforcé auraient un meilleur degré d'autonomie alimentaire à la sortie et un meilleur ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie que les bébés ayant bénéficié d'un accompagnement de « routine ». Les résultats ne valident pas ces hypothèses car aucune différence significative n'a été retrouvée concernant les variables liées à la transition alimentaire. En effet, au vu de la faiblesse statistique de l'échantillon apparié, les tests U de Mann-Whitney n'ont pas permis d'objectiver une différence significative. Néanmoins, on observe des différences de médianes importantes entre les deux groupes (phase 1 et phase 2) en faveur du groupe accompagné avec le livret (durée de VNI, durée de transition alimentaire, durée d'hospitalisation, degré d'autonomie alimentaire à la sortie et ratio de prise alimentaire par rapport au poids à la sortie). Il faut rester très prudent quant à ces résultats car il n'y avait que 3 sujets dans chaque groupe. Les enfants ont été appariés selon l'âge gestationnel, le poids et le sexe mais la parité utérine n'a pas été prise en compte. Or, le groupe apparié-

phase 1 était composé uniquement de jumeaux et le groupe apparié - phase 2 uniquement de singletons. La durée médiane de VNI est beaucoup plus importante pour le groupe phase 1 que pour le groupe phase 2, on peut supposer que ces nouveau-nés ont été plus longtemps instables sur le plan respiratoire et qu'ils ont pris plus de temps à acquérir l'autonomie alimentaire (Pfister *et al.*, 2008). Cette variable (VNI) a donc nettement influencé les variables liées à l'autonomie alimentaire. En proposant le livret dès le mois de septembre, les futures étudiantes du service auront sûrement des résultats plus représentatifs concernant l'accompagnement parental renforcé par l'utilisation du livret.

Nous intervenions auprès des bébés et des parents après l'accord des puériculteurs. En effet, le bébé devait être relativement stable sur le plan cardio-respiratoire pour que nous puissions intervenir. Cela nous permettait également d'avoir des informations sur la disponibilité des parents aussi bien physique que psychique afin de ne pas intervenir trop tôt ni au mauvais moment. Lors de la phase 1, notre accompagnement était très proche de ce qui est proposé habituellement dans le service mais notre rôle était d'essayer d'impliquer davantage les parents pour qu'ils soient acteurs de l'alimentation de leur enfant (Olry, 2017). Lors de cette phase, nous montrions les SOF qu'une seule fois aux parents, ce qui est peu pour qu'ils puissent s'en saisir pleinement. La phase 2 nous a permis d'accompagner les parents de manière beaucoup plus individualisée, ce qui a été très enrichissant pour notre future pratique orthophonique. En effet, le nombre d'entretiens était beaucoup plus important qu'en phase 1. Nous pouvions alors travailler à long terme avec les parents et instaurer un climat de confiance. Nous nous ajustions davantage par rapport à leurs demandes, leur état et celui du bébé. Les SOF étaient appréhendées de manière beaucoup moins figée qu'en phase 1, ce qui semblait beaucoup plus naturel car nous allions vraiment au rythme du bébé en proposant uniquement quelques gestes dans un premier temps. J'ai senti un investissement important de la part des parents lors de cette deuxième phase. Ils ont su également me solliciter lorsqu'ils avaient besoin de renseignements ou d'être rassurés sur les compétences de leur bébé.

Quelques gouttes de lait sur une compresse, à la seringue ou une mise au sein pouvaient être proposées au bébé après les SOF. Il est important que ces propositions soient régulières pour permettre au bébé d'entraîner sa succion (Pfister *et al.*, 2008) mais ces propositions sont assez dépendantes des puériculteurs. En 2015, Csopaki & Douillet-Nury ont mis en évidence un effet significatif de l'offre de lait sur la transition alimentaire. Plus l'offre de lait est régulière durant la période de transition, plus celle-ci sera courte. Cette année, nous nous sommes intéressées particulièrement à la date de première proposition de lait par la

bouche pour les nouveau-nés de notre échantillon. L'âge gestationnel de naissance médian était de 31,29 SA (valeurs extrêmes : 27,29-33,86), l'âge corrigé médian de la première proposition de gouttes de lait par la bouche était de 31,71 semaines d'AC (27,29-33,86). Les premières propositions ont été faites à environ 5 jours de vie (valeurs extrêmes : 0-19). On constate que l'âge gestationnel de naissance médian et l'âge corrigé médian de la première proposition de lait par la bouche sont très proches, avec des valeurs extrêmes d'une amplitude importante. Les premières propositions ont lieu relativement tôt dans la vie du bébé ce qui est très intéressant à souligner, elles sont proposées bien avant le début de la transition alimentaire. Elles sont une première sollicitation à l'oralité à mettre en valeur et permettent alors des expériences sensori-motrices précoces en terme d'odeurs, de température, de goût (Pfister *et al.*, 2008). On peut faire l'hypothèse que les soignants sont relativement à l'aise pour proposer des gouttes de lait de manière précoce. Il faut que cette démarche soit soutenue et que cette offre de lait soit régulière jusqu'à l'autonomie alimentaire du bébé afin de permettre une exploration de la zone orale précoce et régulière.

En ce qui concerne les analyses exploratoires, les tests U de Mann-Whitney ont montré que les nouveau-nés de la phase 1 hospitalisés en HAD ont un ratio de prise alimentaire, par rapport au poids à la sortie, significativement plus bas que les bébés qui ne sont pas allés en HAD. Les bébés de la phase 1 qui sont allés en HAD avaient également une durée de transition alimentaire plus longue que ceux qui ne sont pas allés en HAD (résultat développé par Noémie André). Le degré d'autonomie alimentaire à la sortie était meilleur pour les bébés qui ne sont pas allés en HAD. Ces résultats signifient qu'une sortie de l'hôpital est possible bien que l'autonomie alimentaire ne soit pas acquise (Dupont-Chauvet *et al.*, 2014). Ces résultats sont cohérents et intéressants. L'hospitalisation à domicile des nouveau-nés prématurés n'ayant pas atteint l'autonomie alimentaire est répandue dans les pays scandinaves et se développe peu à peu en France (Dupont-Chauvet *et al.*, 2014). Elle permet donc une sortie plus précoce de l'hôpital pour les bébés ayant plus de difficultés à acquérir l'autonomie alimentaire. L'ouverture d'un service de HAD au CHU de CAEN en 2010 va de pair avec le changement des pratiques et la mise en place des soins centrés sur l'enfant et la famille. Ainsi, l'hospitalisation à domicile, dans un environnement plus naturel et favorable permet de réduire le temps de séparation entre les parents et l'enfant et soutenir les liens parents/bébé. Elle place les parents comme principaux acteurs des soins de leur bébé (Dupont-Chauvet *et al.*, 2014). Ces résultats nous permettent de nous questionner sur l'intérêt de continuer un accompagnement orthophonique une fois le nouveau-né sorti en

HAD. En effet, actuellement le suivi orthophonique est interrompu lors de l'HAD. Les familles reviennent au CHU de Caen pour des consultations mais sur des jours où l'orthophoniste n'est pas présente. Or, pour les bébés n'étant pas encore autonomes sur le plan alimentaire à la sortie de l'hôpital, nous pensons que la poursuite d'un accompagnement orthophonique pourrait favoriser une transition alimentaire plus courte et permettrait de prévenir le développement d'éventuels troubles de l'oralité.

Lors de nos réunions auprès de l'équipe soignante, nous avons particulièrement insisté sur le fait que le protocole des SOF n'était pas un protocole figé. Lors de la première phase, nous ressentions parfois une réticence des soignants à ce que nous proposons les SOF car le bébé était trop jeune. Il était important pour nous de rendre le protocole plus souple aux yeux des soignants. Lors de nos réunions, nous prenions le temps de leur remonter les SOF sur un poupon. Il a été très utile de remettre à jour les connaissances des soignants concernant les SOF car certains gestes ont changé en 2017-2018 et certains puériculteurs n'avaient pas eu l'occasion de les voir. Cela a permis de montrer que le protocole était très souple, que l'on parlait maintenant de sollicitations. Si le bébé était encore petit, nous pouvions quand même proposer un regroupement et la tétine, et nous étions déjà dans une démarche de prévention des troubles de l'oralité. Le protocole pouvait s'arrêter à n'importe quel moment suivant les réactions du bébé. Ainsi, je pense que les SOF ne sont plus vues comme un protocole mais comme un outil de prévention que les soignants ont à leur disposition pour solliciter l'oralité du nouveau-né, sans être intrusif. C'est une béquille qui soutient la succion et l'oralité du nouveau-né : lorsque le nouveau-né sera sur la voie de l'autonomie alimentaire, cette béquille sera levée. Lors de ces réunions d'information, nous avons présenté le livret PARENTALIM. Il était important de souligner que le livret serait utilisé comme un support qui n'allait pas se substituer aux informations orales données aux parents. Il vient appuyer nos propos mais ne les remplace pas.

Les observations NIDCAP permettent également une bonne dynamique autour de l'oralité. Les parents que vous voyions et qui étaient suivis en NIDCAP en parallèle pouvaient faire des liens entre ce que nous observions et les recommandations faites par les puéricultrices. En effet, grâce à des observations fines du comportement du nouveau-né lors des soins et l'alimentation, les puéricultrices font des recommandations sur mesure pour chaque bébé. Les compte-rendu d'observation sont rangés dans les classeurs des bébés et peuvent être consultés par l'équipe soignante. Ces observations permettent une

harmonisation car les soignants sont nombreux et ne s'occupent pas des mêmes bébés chaque jour.

2. LES MESURES DE SATISFACTION ET D'ANXIETE

Les parents recrutés pour l'étude relèvent d'un niveau d'anxiété très faible. Les analyses ont été faites sur les 8 familles ayant rendu les questionnaires à deux reprises afin de pouvoir comparer leurs scores. Nous avons pu comparer les résultats entre les deux temps de remise des questionnaires et ils étaient identiques pour les deux temps. Il faut être prudent quant à l'analyse de ces résultats. En effet, seulement 8 familles ont rempli les questionnaires aux deux temps. Certains questionnaires ont été perdus lors du transfert d'unité. Par ailleurs, le questionnaire d'anxiété-état a suscité des questionnements chez certains parents qui ne se sont pas sentis à l'aise pour le remplir. Nous leur expliquions qu'il était important pour nous d'avoir ces informations pour savoir si nous intervenions au bon moment auprès d'eux et de leur bébé. Malgré nos explications, certains parents n'ont pas pu remplir ce questionnaire. De plus, les scores obtenus au questionnaire d'anxiété sont très différents d'une famille à l'autre d'où l'importance de proposer un accompagnement individualisé et de s'adapter à leur niveau d'anxiété lors de nos rencontres.

Les parents ayant répondu au questionnaire ont été satisfaits ou plutôt satisfaits de l'accompagnement qui leur a été proposé. La plupart ont pris plaisir à accompagner leur bébé autour des soins alimentaires et se sont sentis à l'aise pour observer et comprendre les réactions de leur bébé. Ces résultats vont dans le sens des objectifs du NIDCAP et des soins centrés sur la famille. Impliquer les parents diminue leur stress et permet une meilleure appréciation des capacités de leur enfant, un meilleur contact et par conséquent une amélioration du lien d'attachement (Olry, 2017).

3. REFLEXIONS AUTOUR DE LA GRILLE D'OBSERVATION DES INTERACTIONS PARENTS/BEBE

Nous avons émis l'hypothèse que l'accompagnement parental renforcé permettrait une meilleure synchronie parent/bébé lors des repas. Aucune comparaison entre les deux groupes n'a été faite car le nombre d'observations réalisées en phase 2 ne le permettait pas. Une synthèse des comportements observés lors de l'interaction a été faite en annexe 5. Nous les avons classés en deux catégories : interactions adaptées et interactions inadaptées avec différents items dans chaque catégorie. Lors d'une même interaction, nous pouvions

retrouver des comportements adaptés comme l'utilisation du motherese par exemple et des comportements inadaptes comme un comportement intrusif (ex : parent qui insiste pour que le bébé prenne le biberon alors qu'il a les lèvres serrées). Nous avons relevé que tous les parents regardent leur bébé lors du moment du repas, ils sont tous détendus, engagés positivement au moins une fois au cours de l'interaction. Les parents ont davantage commenté les comportements que les émotions de leur bébé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les nouveau-nés communiquent leur état davantage à travers leurs comportements (actions motrices, mouvements d'hyper-extension, endormissement) qu'à travers leurs émotions, ou par le fait que les parents arrivent mieux à décrypter les comportements que les émotions. Il a été riche d'observer les comportements dans leur ordre d'apparition afin de voir si le parent et le bébé arrivaient à ajuster leurs réponses. Cependant, l'analyse fine et précise de ces séquences n'a pas été possible dans ces conditions d'observation.

Une analyse qualitative des comportements nous paraissait pertinente dans la mesure où chaque interaction est unique et très dépendante des circonstances dans laquelle elle a lieu. S'approprier la grille n'a pas été simple dans la mesure où il n'était pas aisé d'observer et de noter en même temps. De plus, la situation d'observation n'était pas toujours évidente pour les parents car nous venions à deux pour observer leur bébé sur le temps d'un repas, à l'hôpital, avec également la présence des soignants. Nous ne pouvions pas nous inscrire dans une situation naturelle d'interaction. Il était prévu que nous n'intervenions pas lors de ces observations et que nous fassions, plus tard dans la journée, un compte rendu de notre observation aux parents. Procéder de la sorte n'a pas été possible. En effet, il était naturel pour les parents d'interagir également avec nous lors de ces moments-là, ils nous posaient des questions, nous demandaient des conseils. « Notre présence en tant qu'observateur a agi comme un médiateur de la relation mère-enfant et l'a modifiée. Nous devons tenir compte de cette implication en tant qu'observateur car elle apporte d'éventuelles modifications dans le comportement du sujet observé. » (Clementoni et Paupy, 2010)

6- CONCLUSION

Aucun effet de l'accompagnement renforcé grâce au livret n'a pu être mis en évidence mais les résultats sont encourageants et offrent de belles perspectives. En effet, l'accompagnement autour de l'oralité dans le service est croissant. La diffusion du livret à l'ensemble des soignants du service d'ici juin 2019 va permettre une meilleure appropriation de cet outil par le personnel. La création d'un outil et d'un langage commun autour de l'oralité continue de faire évoluer les pratiques. L'accompagnement grâce au livret PARENTALIM est à poursuivre afin d'en étudier les effets sur un échantillon plus important.

Les parents ont pris plaisir à accompagner leur bébé autour des soins alimentaires et se sont sentis à l'aise pour observer et comprendre les réactions de leur enfant. Ce constat met en avant que l'implication des parents et leurs prises d'initiatives leur permettent d'avoir un niveau d'anxiété plus bas, de valoriser les compétences de leur bébé et d'interagir avec lui de manière adaptée. Le travail grâce à la grille d'observation doit être soutenu car il ne peut que renforcer ce constat et valoriser l'implication des parents dans l'alimentation de leur bébé. L'accompagnement renforcé et individualisé a permis d'aller au rythme des parents et de l'enfant, d'introduire les SOF progressivement et de leur laisser un temps d'appropriation des différents gestes.

Les SOF sont bien ancrées dans le service, il est important de continuer à informer les soignants sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un protocole figé, qu'il est adaptable suivant l'âge et l'état du bébé. Les parents pourront ainsi être acteurs plus précocement et soutenir l'oralité de leur bébé en proposant uniquement un ou deux gestes pour commencer.

Les échanges avec les puéricultrices NIDCAP nous ont permis de discuter d'éventuels projets communs qui pourraient être mis en place et donner une impulsion supplémentaire autour de l'oralité ce qui est une belle perspective pour les futures étudiantes orthophonistes qui intégreront le service.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 57-70.
- Als, H. (2017). Soins développementaux individualisés pour les enfants prématurés. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 35-40.
- Barlow, S. M. (2009). Oral and respiratory control for preterm feeding. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 17(3), 179.
- 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 en Orthophonie. Université de Caen-Normandie.
- 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.
- 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.
- Casper, C., Fichtner, C., Gonnaud, F., Knezovic, N., Reynaud, A., Kuhn, P., & Sizun, J. (2018). La famille dans les unités de médecine néonatale. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 1(2), 143-148.
- Clémentoni, S., & Paupy, S. (2010). *Effets d'un protocole de stimulations oro-faciales sur les fonctions orales du bébé prématuré et sur les activités interactives mère-enfant, de 1 à 7 mois d'âge corrigé*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Nancy.
- Csopaki, H. (2015). *Prématurité et oralité alimentaire : impact de la fréquence de stimulations oro-faciales et de la régularité de l'offre de lait*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Caen-Normandie.
- Delaoutre-Longuet, C. (2007). Prématurité et succion. *Glossa*, (99), 48-63.

- Delfosse, M-J., Soullignac, B., Depoortere, M-H. & Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. Etats des lieux à trois ans et demi. *Devenir*, 18, 23-35.
- Dell'Orto, V. (2018). Nouvelles méthodes de stimulation de l'oralité chez les enfants nés prématurément. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 31(2), 75-78.
- Douillet-Nury, G. (2015). *Stimulation de l'oralité du nouveau-né prématuré : un enjeu en néonatalogie*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. 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.
- 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.
- Greene, Z., O'Donnell, C. P., & Walshe, M. (2016). Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9.
- Haddad, M. (2017). Oralité et prématurité. *Rééducation orthophonique*, 271, 107-124.
- Jefferies, A. L. (2014). Going home : facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & child health*, 19(1), 31-36.
- 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*, 129-137. 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*, (2), 34-42.

- Lecoufle, A. (2012). Atrésie de l'œsophage: « oralité en période néonatale ». *Archives de pédiatrie*, 19(9), 939-945.
- Lozachmeur, J. (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 en Orthophonie. Université de Caen-Normandie.
- 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.
- Martel, M-J. & Milette, I. (2006). *Les soins du développement*. Paris : CHU Sainte-Justine.
- McCormick, M. C. (2017). Accouchement avant terme et impact sur la santé physique et le développement des enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 14-18.
- Mellier, D., & Marret, S. (2011). Contraintes pour le développement neuropsychologique de l'enfant né prématuré. D. Mellier (éd.) *Le développement de l'enfant né prématuré*. Marseille: Solal éditeur, 11-27.
- 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.
- Mellul, N., Werner-Mellul, E., & Ayass, N. (2010). Stimulation de l'oralité et grande prématurité. *Rééducation orthophonique*, 48(241), 91-102.
- 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.
- Muller, J. B., Castaing, V., Denizot, S., Caillaux, G., Frondas, A., Simon, L., Roze, J.C. & Flamant, C. (2014). Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Principes et théorie. *Motricité Cérébrale: Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35(1), 41-43.
- Muller Nix, C., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., & Ansermet, F. (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant: éléments cliniques et données de recherche. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(2), 423-450.

- Neault, I. (2011). *Interactions mère-nourrisson et comportements de régulation des émotions de nourrissons de mères adolescentes* (Doctoral dissertation) Université du Québec à Montréal.
- Olry, P. (2017). L'accueil des parents en néonatalogie: apprendre une activité «banale». *Phronesis*, 6(3), 111-125.
- 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. In *Réanimation et Soins Intensifs en Néonatalogie* (pp. 49-56).
- Pradillon, G., Berriex, A. (2013). Quand sucer, téter et désirer ne vont pas de soi. Clinique de l'oralité en néonatalogie. *Le Carnet PSY*, (8), 24-27.
- Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., & Ayers, S. (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC pediatrics*, 14(1), 230.
- Schaal, B., Goubet, N. & Delaunay-El Allam, M. (2011). Concordances et discordances entre sensorialité et écologie néonatales : attentes sensorielles et réponses adaptatives chez l'enfant prématuré. *Le développement de l'enfant né prématuré*, 29-48.
- Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition*. Paris : De Boeck Supérieur.
- Sizun, J., Jay, N., & Gremmo-Féger, G. (2003). Allaitement maternel et prématurité: intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. *Spirale*, (3), 15-22.
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant* (2^{ème} édition). Paris : Masson.
- Zelkowitz, P., Papageorgiou, A., Bardin, C., & Wang, T. (2009). Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development*, 85(1), 51-58.
- Zelkowitz, P. (2017). Prématurité et impact sur le développement psychosocial et émotif de enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1-6








SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Protocole SOF actualisé en septembre 2017.....	42
ANNEXE 2 : Questionnaire de satisfaction de l'accompagnement.....	43
ANNEXE 3 : Questionnaire de satisfaction du livret.....	44
ANNEXE 4 : Questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété-état (STAI-E).....	45
ANNEXE 5 : Synthèse des grilles d'observation des interactions parents/bébé lors d'un repas.....	46
ANNEXE 6 : Note d'information et consentement parental (phase 1).....	49
ANNEXE 7 : Note d'information et consentement parental (phase 2).....	51
ANNEXE 8 : Tableau descriptif de la satisfaction parentale concernant le livret	53
ANNEXE 9 : Tableau descriptif de l'échantillon phase 1 en fonction de la variable HAD	54

ANNEXE 1 : Protocole SOF actualisé en septembre 2017

CHUCaen - Service de Néonatalogie

STIMULATIONS ORO-FACIALES : COMMENT AIDER BEBE A TETER ?

LES GESTES		LE DIALOGUE PARENT/BEBE	
<p>1. REGROUPEMENT 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>2. UN DOIGT DANS LA MAIN DU BÉBÉ Un appui dans la main pour prendre contact, se dire « bonjour ».</p>		<p>Je prends ta main. Agripes-tu mon doigt ?</p>	<p>Je suis là.</p>
<p>3. PORTER DOUCEMENT LA MAIN DU BÉBÉ A SA BOUCHE.</p>		<p>Et si je porte ta main à ta bouche ?</p>	<p>Je sors ma langue pour sucer ma main.</p>
<p>4. AVEC L'INDEX, FAIRE UN APPUI AU MILIEU DE LA JOUE, D'UN CÔTÉ PUIS DE L'AUTRE.</p>		<p>Maintenant, un appui au milieu de ta joue, puis sur l'autre.</p>	<p>Oui, je tourne ma tête.</p>
<p>5. APPUISOUS LE NEZ D'UN CÔTÉ, PUIS DE L'AUTRE.</p>		<p>Coucou sous ton nez.</p>	<p>J'ouvre grand la bouche.</p>
<p>6. PROPOSITION DE LA TÉTINE SUR UN SEUL CÔTÉ 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 téter.</p>
<p>7. DERNIER REGROUPEMENT 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 de l'accompagnement

		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 du livret

		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'auto-évaluation de l'anxiété-état (STAI-E)

		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 : Synthèse des grilles d'observation des interactions parents/bébé lors d'un repas

Tableau 4 : Interactions parents/bébé au moment d'un repas lors la phase 1

Enfants		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
Enfants 5 et 6 (phase 1)	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 (phase 1)	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 (phase 1)	Temps 1	X (tétine joue pendant repas)	X	X	X		X					X		
	Temps 2	X (appui joue pendant repas)	X	X	X		X	X				X		

Enfant 16 (phase 1)	Temps 1	X (main, hoocker)	X (par moment)	X(peu)		X (1 fois)	X (peu)		X (par moment)		X			X
	Temps 2													
Enfant 19 (phase 1)	Temps 1	X (main, hoocker, joue, tétine lèvre → 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	X (1 fois)					
Enfants 21 et 22 (phase 1)	Temps 1		X				X			X	X	X		
	Temps 2		X				X			X	X	X		
Enfant 23 (phase 1)	Temps 1	X (appui joue, doigt joue)	X	X(peu)			X	X			X	X		
	Temps 2													
Enfants 24, 25 et 26 (phase 1)	Temps 1													
	Temps 2		X	X	X		X		X(insiste)			X		X

Légende :

X : Présence du comportement

Case grisée : observation non effectuée

Tableau 5 : Interactions parents/bébé au moment d'un repas lors la phase 2

Enfants		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 (phase 2)	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 (phase 2)	Temps 1													
	Temps 2	Pas de SOF mais parce que bébé non disponible : adapté	X	X	X	X	X		X (hésite, stress)					
Enfant 33 (phase 2)	Temps 1	Caresse joue	X	X	X (par moment)	X (1 fois)	X		X (hésite)					
	Temps 2													

Légende :

X : Présence du comportement

Case grisée : observation non effectuée

ANNEXE 6 : Note d'information et consentement parental (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

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 7 : Note d'information et consentement parental (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

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 8 : Tableau descriptif de la satisfaction parentale concernant le livret

Tableau 10 : Répartition des réponses de satisfaction parentale du livret selon l'item du questionnaire aux deux temps (N=2)

Satisfaction du livret		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Q7 : consultation du livret	Temps 1	0	0	1 (50%)	1 (50%)
	Temps 2	0	0	1 (50%)	1 (50%)
Q8 : difficulté d'appropriation	Temps 1	2 (100%)	0	0	0
	Temps 2	2 (100%)	0	0	0
Q9 : réponses aux questions	Temps 1	0	0	1 (50%)	1 (50%)
	Temps 2	0	0	2 (100%)	0
Q10 : clarté du livret	Temps 1	0	0	1 (50%)	1 (50%)
	Temps 2	0	0	0	2 (100%)
Q11 : aide à l'implication dans les soins alimentaires	Temps 1	0	0	1 (50%)	1 (50%)
	Temps 2	0	0	1 (50%)	1 (50%)
Q12 : Satisfaction du livret	Temps 1	0	0	0	2 (100%)
	Temps 2	0	0	1 (50%)	1 (50%)

ANNEXE 9 : Tableau descriptif de l'échantillon phase 1 en fonction de la variable HAD

Tableau 12 : Description des échantillons phase 1 en fonction de la variable HAD (N=14)

Variables		Médiane	1 ^{er} quartile	3 ^{ème} quartile	Valeurs extrêmes
Terme de naissance (SA)	HAD	31,29	29,79	32,39	27,43-33,14
	HAD	32,07	30,25	32,71	29,86- 32,71
Poids de naissance (grammes)	HAD	1600	1141,25	1800	950-2300
	HAD	1560	1512,5	1622,5	1450-1700
Durée d'intubation (jours)	HAD	0	0	0	0-8
	HAD	0	0	0	0-0
Durée de VNI (jours)	HAD	12	4,5	26	0-63
	HAD	15,5	11,75	23,75	8-26
Nombre d'entretiens	HAD	4	4	4	2-4
	HAD	2,5	2	3,75	2-4
Degré d'autonomie alimentaire à la sortie	HAD	255	138,75	321,25	0-370
	HAD	16,5	0	102	0-185
Ratio des prises alimentaires par rapport au poids de sortie (ml/kg/24h)	HAD	51,87	29,44	106,90	18,32-150,81
	HAD	146,91	142,40	157,42	133,46-160,34

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 disorders in neonatology. Effects of enhanced parental support, supported by the PARENTALIM booklet.

L'objectif du mémoire est d'évaluer l'effet d'un accompagnement parental renforcé, individualisé autour des soins alimentaires des nouveau-nés prématurés grâce à un livret d'accompagnement illustré. Les résultats révèlent une différence de médiane non significative entre les deux groupes concernant les variables liées à la transition alimentaire. Les parents étaient à l'aise pour observer et comprendre les réactions de leur bébé et ont pris plaisir à l'accompagner. Proposer un accompagnement individualisé contribuerait à une meilleure implication des parents dans l'alimentation du bébé. La prévention des troubles de l'oralité, intégrée aux soins de développement, doit être soutenue pour impliquer au mieux les parents.

Mots clefs : prématurité, oralité, accompagnement parental, autonomie alimentaire, soins de développement.

Keywords : prematurity, oral skills, parental support, full oral feeding, developmental care.