



HAL
open science

L'oralité du prématuré : comment prévenir et repérer les troubles ? Élaboration d'une plaquette d'informations à destination des professionnels de maternité et de néonatalogie

Alicia Girard, Sarah Negre

► To cite this version:

Alicia Girard, Sarah Negre. L'oralité du prématuré : comment prévenir et repérer les troubles ? Élaboration d'une plaquette d'informations à destination des professionnels de maternité et de néonatalogie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02996357

HAL Id: dumas-02996357

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02996357>

Submitted on 9 Nov 2020

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.

Alicia GIRARD et Sarah NEGRE

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

**L'oralité du prématuré : comment
prévenir et repérer les troubles ?**

Elaboration d'une plaquette d'informations à
destination des professionnels de maternité et de
néonatalogie

Directrices de mémoire :

Mme MARANINCHI et Dr DEGARDIN



Marseille – Année Universitaire 2019/2020

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont permis d'évoluer dans la réflexion et l'élaboration de ce travail.

Nous tenions ainsi à remercier nos directrices de mémoire, Mme MARANINCHI et le Docteur DEGARDIN qui nous ont donné notre chance et qui ont su nous faire confiance.

Nous remercions également Mme GARSON pour avoir partagé son expérience avec nous, nous avoir donné de précieux conseils et de nombreuses photos illustrant nos propos.

Nous remercions l'ensemble du service de néonatalogie de l'Hôpital de la Conception à Marseille, pour nous avoir accueillies en stage, ce qui nous a permis de découvrir le fonctionnement d'un service de néonatalogie.

Nous remercions également le Réseau Méditerranée, Périnatalité en PACA Corse Monaco pour leur accueil et nous avoir permis d'assister à leurs réunions et formations.

Nous remercions tous les professionnels qui ont pris de leur temps afin de répondre à notre questionnaire.

Nous voulions également remercier nos camarades de promotion et amis, notamment Jeanne et Amandine, pour avoir partagé de beaux moments durant ces cinq ans et nous avoir soutenues durant cette dernière année.

Je souhaite remercier personnellement Sarah, ma binôme et amie, avec laquelle j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler. Nous avons formé une belle équipe avec chacune des points forts et exigences différentes qui ont su faire la force de notre binôme. J'aimerais également remercier ma famille pour leur soutien, leur conseil, leur encouragement à toute épreuve et tout particulièrement mes parents pour m'avoir permis de faire la profession de mes rêves. Je terminerai par remercier mon conjoint, Damien, qui n'a pas hésité à traverser la France pour me soutenir pendant ces cinq années d'étude et qui a fait preuve de patience face à mes exigences de travail.

Alicia

Je souhaite adresser un grand merci à Alicia pour avoir réalisé cette aventure à mes côtés. Nos points de vue différents et notre exigence commune ont été, je pense, l'atout de notre binôme. J'adresse également un grand merci à ma famille, qui m'a apporté son soutien et ses encouragements durant toutes ces années. Merci également à mes parents de m'avoir permis de faire de si belles études !

Enfin, je remercie mes amis qui m'ont accompagnée tout au long de ces cinq ans.

Sarah

Table des matières

Introduction	6
PARTIE I – Théorie	8
1. L’embryologie et le développement de la face	9
2. Le développement normal de l’oralité alimentaire	9
2.1. La définition de l’oralité	9
2.2. L’oralité primaire fœtale.....	10
2.3. L’oralité primaire post-natale	12
2.4. L’oralité secondaire	13
3. Les étiologies des troubles de l’oralité chez le nourrisson tout-venant.....	13
3.1. L’origine organique et/ou fonctionnelle	14
3.2. L’origine psychique	15
3.3. L’origine sensorielle	16
3.4. L’origine iatrogène et/ou environnementale.....	16
4. La prématurité	17
5. La classification des services de maternité et néonatalogie	18
6. L’apport de la littérature sur la prévention et le repérage des troubles de l’oralité chez le prématuré.....	18
6.1. Les soins de développement	18
6.2. L’observation du nouveau-né prématuré.....	20
6.2.1. L’observation clinique.....	20
6.2.2. Des échelles d’observation du comportement oral du nouveau-né prématuré... 22	
6.3. L’accompagnement de l’oralité du nouveau-né prématuré	24
6.3.1. L’adaptation de l’environnement sensoriel du nouveau-né prématuré	24
6.3.2. L’adaptation de la posture du bébé prématuré	25
6.3.2.1. La posture lors du couchage	27
6.3.2.2. La posture aux bras, pendant l’alimentation	28
6.3.3. La relation parents-enfants	29
6.3.4. Les prises alimentaires	31
6.3.4.1. Le paladai feeding.....	34
6.3.4.2. La seringue.....	34
6.3.4.3. La tasse.....	35
6.3.4.4. Le dispositif d’aide à la lactation (DAL) ou à l’allaitement	35

6.3.4.5. L'allaitement maternel	36
6.3.5. Les sollicitations sensorielles	37
6.3.5.1. Les sollicitations kinesthésiques	37
6.3.5.2. Les sollicitations olfactives	44
6.3.5.3. Les sollicitations gustatives	45
6.3.5.4. Les sollicitations auditives	45
PARTIE II – Pratique	47
1. Les hypothèses et objectifs du mémoire	48
1.1. Les objectifs de notre mémoire	48
1.2. Les hypothèses de notre mémoire	48
2. La méthodologie du questionnaire	48
2.1. Les objectifs.....	48
2.2. Les critères d'inclusion et d'exclusion	48
2.3. Le questionnaire	49
2.4. La distribution du questionnaire	50
2.5. L'analyse des données	50
3. Les résultats et l'analyse des réponses	50
3.1. Les résultats du questionnaire.....	50
3.2. La discussion	61
4. Les limites du questionnaire.....	66
5. La plaquette	66
5.1. Le choix du contenu de la plaquette	66
5.2. L'élaboration de la plaquette	67
5.3. Les avantages et limites de la plaquette.....	67
5.4. Présentation de notre plaquette.....	67
.....	73
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	77
Répertoire sigles et abréviations	83
Annexes.....	84
Annexe 1 : Formation du la face du fœtus	84
Annexe 2 : Anatomie fonctionnelle de la déglutition.....	84
Annexe 3 : Fleur de Lait.....	85
Annexe 4 : l'échelle NOMAS selon Palm.....	86
Annexe 5 : l'échelle Non-Nutritive sucking score system	87

Annexe 6 : Algorithme SOFFI	88
Annexe 7 : Le Questionnaire.....	89
Annexe 8 : Liste de vérification sur la conception de documents imprimés.....	94

Introduction

Chaque année 56 000 nouveau-nés naissent avant la trente-septième semaine (1), dont 5% sont des grands prématurés (moins de 28 semaines d'aménorrhée, selon Sizun (1)).

Cette arrivée trop précoce dans ce nouveau milieu aérien met à rude épreuve cet être encore immature. Cette immaturité concerne tous les pans de la vie du nouveau-né, avec notamment une immaturité digestive, une immaturité respiratoire ou encore une immaturité alimentaire.

En effet, l'oralité du nouveau-né est immature jusqu'à la trente-deuxième semaine a minima : la coordination succion-déglutition-respiration n'est généralement pas efficiente avant. Cette immaturité oblige l'équipe soignante et les parents à recourir à une alimentation artificielle pour tout ou partie de la tétée. Les parents ont des difficultés à remplir leur rôle de « parents-nourriciers », ce qui peut perturber l'installation de la relation si importante parents-enfant.

Par ailleurs, l'oralité joue un rôle prépondérant dans le développement global du nouveau-né. Il s'agit d'un terme psychanalytique freudien que G. Couly (2) définit comme étant « l'ensemble des fonctions relatives à et exprimées par et dans la bouche ». La bouche est le premier lieu des expérimentations pour l'enfant, c'est à travers elle qu'il découvre le monde. Or, en raison des soins nécessaires à sa survie, le prématuré a souvent des expériences négatives, voire nociceptives autour de sa sphère orale. Il peut développer des défenses face à toutes les sollicitations, car il les perçoit toutes comme étant négatives et intrusives.

Cette immaturité combinée aux expériences négatives peut avoir des conséquences à moyen et/ou long terme sur le développement général du bébé. Ainsi, une étude longitudinale (3) a montré que 40 à 70% des prématurés présenteront des difficultés d'alimentation. 29% des grands prématurés ont un trouble de la succion. Par la suite un effet cascade est retrouvé. Il a été observé que 27% des nouveau-nés prématurés avaient des difficultés au moment du passage à la cuillère et 47% n'étaient pas à l'aise face aux morceaux. A 3 ans, 13% des enfants nés prématurément ont encore des problèmes avec les textures. Des troubles du comportement alimentaire sont observés dans 1/3 des cas, avec 36% des enfants qui n'éprouvent aucun plaisir à manger.

Les difficultés ne se situent pas seulement sur le versant de l'oralité alimentaire, mais se retrouvent également sur le versant de l'oralité verbale. Ainsi 25% des enfants nés prématurément présentent un retard de langage à 3 ans. Les difficultés langagières des enfants se situent sur le plan lexical, avec un retard de développement du lexique, un trouble de l'évocation, une lenteur d'idéation ou un lexique réduit et sur le plan syntaxique, se traduisant par une pauvreté syntaxique, des difficultés de compréhension des règles grammaticales, un retard d'acquisition des pronoms personnels (4,5).

Les soins de développement ont été créés avec la volonté de combiner une « approche humaine » et une « approche technique » pour prendre en charge les nouveau-nés à risque (1). Le but des soins de développement est de rendre le nouveau-né et sa famille acteurs des soins, en plaçant le bébé au centre du dispositif pour respecter au mieux ses rythmes physiologiques. L'utilisation de l'alimentation artificielle est limitée grâce à des méthodes de sollicitations et d'aide à l'alimentation per os, afin de respecter la sphère orale et l'oralité immature du nourrisson prématuré. Les soins de développement aident ainsi le soignant en lui donnant des pistes de réflexion et des outils spécifiques. Par ailleurs, le travail se doit d'être

pluridisciplinaire : auxiliaire de puériculture, puéricultrice, médecin, kinésithérapeute, psychomotricien ou orthophoniste, sont autant de professionnels ayant des compétences pour permettre un développement positif de l'oralité. Ainsi, l'orthophoniste a sa place en service de néonatalogie pour prévenir les troubles de l'oralité, ou limiter leur installation. Il pourra donner différentes pistes pour permettre à l'oralité de se développer favorablement : posture, sollicitations, etc., et devra conforter les soignants dans leur pratique. Malheureusement à ce jour, peu d'orthophonistes travaillent au sein de ces services et les soignants ne sont pas toujours bien formés en oralité.

L'objectif de notre mémoire est donc de créer une plaquette d'informations pour les services de néonatalogie, une « boîte à outils ». Les professionnels pourront s'y référer pour y trouver des pistes de prévention et de prise en charge des troubles de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés.

Nous rappellerons dans un premier temps le développement de la face. Puis nous retracerons le développement normal de l'oralité et les étiologies des troubles chez le nouveau-né tout-venant. Nous recentrerons ensuite notre propos autour du prématuré, en rappelant les difficultés spécifiques du nouveau-né en lien avec son immaturité.

Nous développerons ensuite les soins de développement mis en place dans les services de néonatalogie. Nous nous attacherons à développer tous les moyens dont les équipes soignantes, y compris les orthophonistes, peuvent se servir afin d'éviter l'installation de troubles de l'oralité, ou le cas échéant, leur persévération ou aggravation durant les premiers jours/mois de vie de l'enfant prématuré. Ces moyens permettent le développement d'une oralité harmonieuse. La deuxième partie de notre mémoire s'attachera à retracer l'histoire de notre plaquette. Nous détaillerons d'abord le questionnaire que nous avons créé pour nous renseigner sur les méthodes déjà utilisées dans les services de néonatalogie et de maternité, ainsi que sur les besoins exprimés par les soignants. Enfin, nous présenterons en détail notre plaquette.

PARTIE I – Théorie

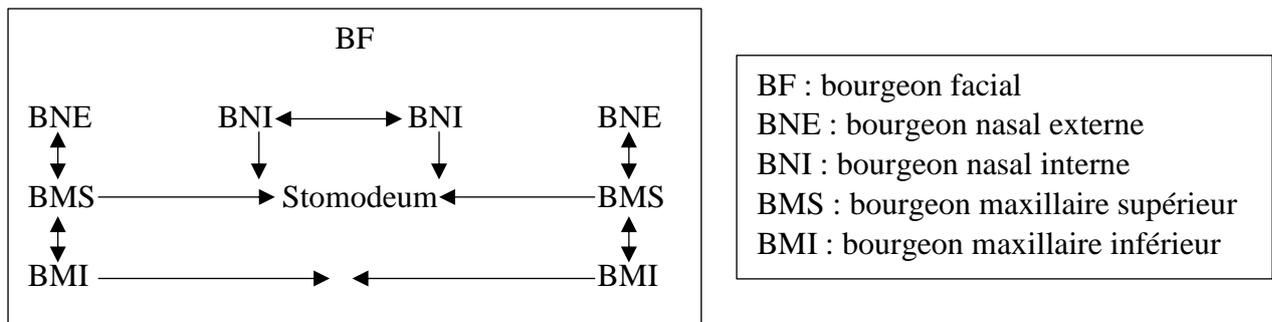
1. L'embryologie et le développement de la face

La cavité bucco-nasale (stomodeum) se développe au cours des deux premiers mois de grossesse, au travers de la crête neurale céphalique (6). Le massif facial commence à se développer dès la troisième semaine (6).

La gastrulation est l'étape d'expression de nombreux gènes, d'où une fréquence plus élevée de malformations cervico-faciales durant cette période.

Les tissus faciaux et le cerveau sont issus de la plaque et de la crête neurale céphalique, et se différencient au cours de la neurulation. Au départ, l'embryon n'est qu'un disque qui va s'enrouler sur lui-même. Une de ses extrémités forme l'extrémité céphalique (7). La crête neurale se mêle au mésoderme céphalique pour former les cinq bourgeons faciaux au cours de la quatrième semaine (8) : le bourgeon frontal, les deux bourgeons maxillaires et les deux mandibulaires. Cela permet à la tête de s'individualiser (6). A la fin du premier mois de l'embryogenèse, ces cinq bourgeons entourent une cavité appelée stomodeum ou bouche primitive. Au cours du deuxième mois, des fusions ont lieu entre les bourgeons. Le bourgeon facial s'épaissit sur les extrémités pour former les bourgeons nasaux internes et externes. La bouche, le nez et les yeux vont ainsi apparaître. La fusion des bourgeons mandibulaires permet la formation du menton, de la lèvre inférieure, des joues, des mandibules et de la langue (6,7). Les bourgeons nasaux internes fusionnent pour créer le massif médian et permettent ainsi la création du nez, de la lèvre supérieure, de l'arcade dentaire supérieure et du palais primaire. Les bourgeons maxillaires et mandibulaires fusionnent. Les deux bourgeons nasaux externes fusionnent à leur tour avec le bourgeon maxillaire du massif latéral de la face. Puis les deux massifs médian et latéral fusionnent ensemble.

La cavité bucco-nasale primitive est ainsi constituée, faite de peau (ectoderme) internalisée.



ANNEXE 1 : formation de la face du fœtus

2. Le développement normal de l'oralité alimentaire

2.1. La définition de l'oralité

L'oralité est une notion issue du vocabulaire psychanalytique freudien, qui englobe l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation, la respiration, l'exploration tactile et gustative, la communication et le langage oral. La sphère orale est le lieu des premiers

attachements, des premières interactions et des premières découvertes (9). C'est également le lieu des premières sensations de plaisir avec la succion et la découverte de la sensation faim-satiété (10). L'oralité est une fonction archaïque et complexe. Elle met en jeu de nombreuses structures nerveuses ainsi que de nombreux organes phonatoires, digestifs, respiratoires, sensoriels.

L'oralité primaire se scinde en deux parties, à savoir l'oralité primaire fœtale et l'oralité primaire post-natale.

Puis elle est suivie par le développement de l'oralité secondaire.

2.2. L'oralité primaire fœtale

L'oralité primaire fœtale n'a aucune visée nutritionnelle. Elle a un rôle morphogénétique et d'entretien du liquide amniotique : elle permet la filtration du liquide grâce aux reins du fœtus (11).

Elle est régie par le tronc cérébral (rhombencéphale).

Autour de la septième semaine embryonnaire, le tronc cérébral reçoit les premières afférences sensorielles en provenance de la zone oro-linguo-pharyngée (11). Dès que ces afférences sont traitées par la substance réticulée bulbo-pontique internucléaire, les programmeurs envoient des signaux efférents moteurs. Ce sont eux qui assurent l'oralité fœtale en milieu amniotique.

La maturation neuro-fonctionnelle dure trente semaines.

L'oralité primaire fait entrer en jeu de nombreux muscles : oraux, faciaux, linguaux, pharyngés, œsophagiens et laryngés. Cela permet une activité motrice faciale importante, qui s'accroît au fil de la gestation. Cette succession d'activités sensori-motrices présente dans l'oralité primaire nécessite la commande de deux programmeurs : l'un de succion et l'autre de déglutition.

Ces deux actions apparaissent à la fin du développement neuro-embryologique et organique, c'est-à-dire à la fin du deuxième mois (10 SA), mais ne deviennent fonctionnelles qu'entre le troisième et le début du cinquième mois fœtal.

La succion et la déglutition sont mises en œuvre via cinq nerfs du tronc cérébral :

- Le nerf facial (septième paire crânienne) qui permet la contraction des lèvres autour du biberon ou du sein
- Le nerf hypoglosse (douzième paire crânienne) qui génère une stratégie motrice de la langue et l'ouverture de la bouche
- Le nerf trijumeau (cinquième paire crânienne) qui a un rôle sensoriel et sensitif pour l'espace intra-oral
- Le nerf glossopharyngien (neuvième paire crânienne) qui permet la déglutition et la protection des voies aériennes
- Le nerf vague (dixième paire crânienne) qui a le même rôle que le nerf glossopharyngien.

La succion et la déglutition sont deux « activités motrices innées précoces, automatiques, réflexes et rythmiques » (12). Elles se mettent en place tout au long de la période fœtale pour devenir efficaces à la fin de la gestation. Il s'agit des seules fonctions sensori-motrices matures, et donc opérationnelles, à l'accouchement.

L'oralité motrice apparaît chez l'embryon autour de la sixième ou septième semaine d'aménorrhée. Au cours du troisième mois (semaines 8-12), on peut objectiver les premières séquences orales. On voit que les mains se rapprochent du visage. Vers la dixième semaine, on observe que les lèvres s'entre-ouvrent.

Les premiers mouvements de la langue permettent la déflexion (redressement de la tête) (11). Des mouvements de translation linguale sont également observés. La pointe de la langue vient à la rencontre de la main.

A la fin du troisième mois, le réflexe de Hooker se met en place. Ce réflexe se déclenche lors du passage de la main ou de l'avant-bras devant la bouche du fœtus. Cela provoque l'ouverture des lèvres et des mandibules, laissant la langue sortir.

La succion se développe aux alentours de la dixième ou de la douzième semaine aménorrhée. Celle-ci précède la déglutition, qui se met en place aux alentours de la quatorzième semaine aménorrhée (6,12) : le fœtus commence à ingérer du liquide amniotique, via une coordination succion-déglutition.

Les afférences sensori-motrices orales de la succion déclenchent une réponse motrice de déglutition de plus en plus efficace. La synchronisation entre les programmeurs de succion et de déglutition implique un péristaltisme allant des lèvres jusqu'à l'estomac.

Pour G. Couly, le quatrième mois marque le « début de l'oralité fonctionnelle » (12).

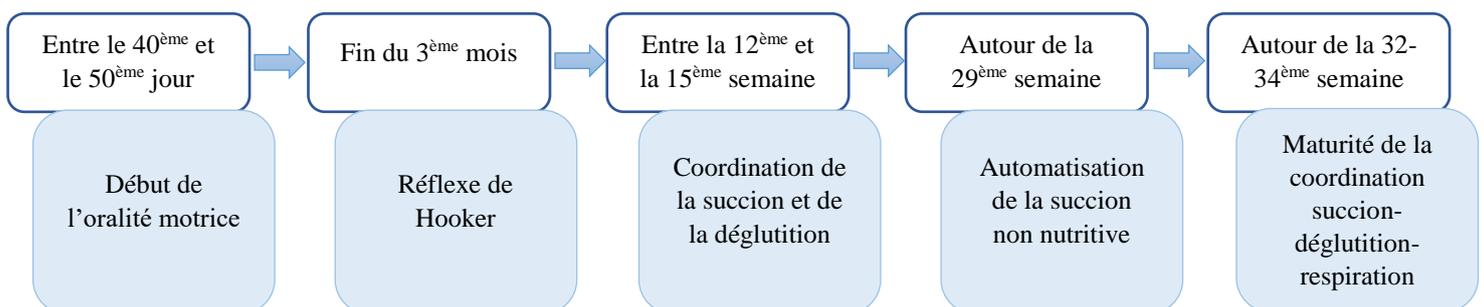
On pourra alors observer la succession de séquences motrices (dépendante du programmeur de la succion) qui entraîne l'ouverture de la bouche par abaissement, le serrage des mâchoires et des lèvres, ainsi que des mouvements linguaux et de la mandibule.

Le réflexe de Hooker continue d'être observé.

A partir de la dix-huitième semaine, l'activité orale du fœtus est facilement observable, du fait de son caractère soutenu.

Les quantités de liquide amniotique augmentent au fil des mois, pour atteindre selon les auteurs de 0,5 à 3 litres au moment du terme (11,12).

Entre la vingt-quatrième et la trente-cinquième semaine, on assiste à une diversification des comportements faciaux du fœtus (mimiques). La naissance est une étape importante, bouleversante. Elle permet l'apparition de l'oralité primaire dite post-natale.



2.3. L'oralité primaire post-natale

A l'inverse de l'oralité fœtale, l'oralité primaire post-natale est nutritionnelle. Elle est donc marquée par le cycle satiété-faim. Elle se découpe en plusieurs temps :

- Une période d'ingestion jusqu'à satiété,
- Un temps de repos,
- Puis une manifestation de faim via des cris.

Dès la naissance, de nombreux réflexes archaïques sont présents chez le nouveau-né à terme et peuvent être sollicités :

- Le réflexe de succion, associé aux réflexes de foussement et des points cardinaux : le nourrisson s'oriente vers la source du stimulus, en cas de contact facial, labial, gingival ou lingual
- Le réflexe de serrage des mâchoires
- Le réflexe de cracher (un aliment qui lui déplaît)
- Le réflexe de toux
- Le réflexe naso-respiratoire d'éternuement et facio-inspiratoire
- Le réflexe nauséux, mis en jeu par contact tactile ou liquidien direct de la bouche, de la langue ou du voile
- Le réflexe de Hooker

De plus, le nouveau-né se retrouve en autonomie ventilatoire, ce qui nécessite la mise en action de la coordination succion-déglutition-respiration et des réflexes fonctionnels de protection des voies respiratoires. Cette protection réflexe du larynx et des voies respiratoires est dirigée par le nerf laryngé (issu du nerf vague).

L'oralité primaire nécessite donc une coordination succion-déglutition-respiration. Elle se met en place entre la trente-deuxième et la trente-quatrième semaine d'aménorrhée. Le développement de ces processus est progressif.

La succion nutritive mature se compose de deux éléments (7) :

- La succion à proprement parlé, qui correspond à une pression négative intra-orale tirant le lait
- L'expression, qui est une pression positive par compression du mamelon ou de la tétine entre la langue et le palais.

La succion nutritive connaît plusieurs étapes de développement. L'expression apparaît en premier, de manière arythmique, puis devient rythmique parallèlement à l'émergence d'une succion arythmique. Par la suite, la succion devient rythmique. Enfin, l'alternance expression-succion devient de plus en plus mature.

Toutefois, la succion (en opposition à l'expression) n'a pas besoin d'être mature pour que l'alimentation orale puisse se mettre en place.

Par ailleurs, il est important de noter que la succion non nutritive devient mature avant la succion nutritive. Elle nous donne des informations sur la qualité de la succion du nourrisson, mais ne nous indique pas sur la coordination succion-déglutition-respiration (SDR).

La coordination SDR nécessite donc que les trois éléments soient matures indépendamment pour qu'ils puissent fonctionner ensemble. Elle se met en place sur les rythmes suivants :

- Une succion pour une déglutition et une respiration
- Ou deux succions pour deux déglutitions et une respiration

Observation d'un temps de succion :

En premier lieu, il y a une protrusion linguale et labiale vers la source d'excitation. Puis des translations rythmiques de la mandibule se mettent en place. L'orbiculaire des lèvres se serre autour du mamelon ou de la tétine, formant ainsi une cavité étanche. Les buccinateurs se contractent puis se relâchent, générant une pression puis une dépression intra-orale.

Les bourrelets de succion, masses graisseuses dans les masséters, permettent la stabilité du biberon. Par ailleurs, la langue se creuse et ses bords se relèvent. Le voile se relève.

Dès que le lait atteint l'isthme du gosier, les voies aériennes se ferment, l'épiglotte bascule et le lait est propulsé latéralement vers les sinus piriformes de l'hypopharynx.

ANNEXE 2 : Anatomie fonctionnelle de la déglutition

Le programmeur de la succion disparaît normalement au bout de un an de vie extra-utérine.

2.4. L'oralité secondaire

Elle apparaît progressivement au cours du deuxième trimestre post-natal. Elle marque le début de la diversification alimentaire, avec l'entrée en jeu de la mastication et de l'outil cuillère.

L'oralité secondaire n'est plus commandée par le tronc cérébral, mais par les structures corticales (6,12).

La mastication et la déglutition pharyngée se mettent progressivement en place. La mastication devient mature au rythme des poussées dentaires. Dès 6 ans, avec la mise en place de la dentition adulte, l'enfant va acquérir une mastication hélicoïdale. La force des muscles masticateurs est mature vers 18 ans.

3. Les étiologies des troubles de l'oralité chez le nourrisson tout-venant

Les troubles de l'oralité alimentaire chez les nourrissons peuvent être dus à une multitude de causes organiques, psychogènes, sensorielles et iatrogènes. Ces causes sont souvent liées ou entremêlées. Nous allons dresser une liste la plus exhaustive possible des étiologies des troubles de l'oralité, à partir des travaux de C. Thibault (2007), V. Abadie (2004) et E. Bandelier (2015).

3.1. L'origine organique et/ou fonctionnelle

Le prérequis indispensable à un comportement alimentaire normal est un appareil oro-digestif sain et fonctionnel.

Tout d'abord, les pathologies digestives peuvent être la cause d'un trouble de l'oralité alimentaire :

- Les allergies à la protéine de lait associent un trouble du transit et des douleurs abdominales, pouvant entraîner une réduction de l'appétit de l'enfant
- Les douleurs coliques fonctionnelles entraînent un inconfort digestif
- La dyskinésie oro-œsophagienne du nourrisson entraîne un trouble de la motricité oro-œsophagienne, en raison d'une immaturité du tronc cérébral. Dès les premiers jours de vie, la succion est déficiente à cause d'une mauvaise obturation labiale autour de la tétine, une hypotonie du carrefour aérodigestif entraînant un stridor, des bruits pharyngés et parfois un encombrement du carrefour occasionnant des rejets par le nez.

Des pathologies extra-digestives peuvent également entraîner un trouble de l'oralité alimentaire. Ce trouble peut également être secondaire, et découler de la prise en charge de ces différentes pathologies.

- Les situations de catabolisme infectieux ou inflammatoire peuvent perturber l'équilibre faim-satiété
- Les pathologies respiratoires dont les pneumopathies sont également un frein au développement d'une oralité saine. En effet, la stabilité cardio-respiratoire est un prérequis indispensable pour que l'alimentation soit possible (au nom de la coordination succion-déglutition-respiration).
- Les cardiopathies congénitales peuvent entraîner des douleurs digestives et une fatigabilité lors des repas. Par ailleurs, lors d'une opération cardiaque le chirurgien peut toucher le nerf récurrent. Cette lésion peut provoquer la paralysie d'une corde vocale (13).
- Les atteintes neurologiques, telles les encéphalopathies congénitales, l'infirmité motrice cérébrale (paralysie cérébrale) et les encéphalopathies acquises : l'anoxie, le traumatisme crânien, une tumeur, les méningites ou une encéphalite herpétique.
- Certaines pathologies syndromiques, qui s'expliquent dans la majeure partie des cas par une atteinte centrale du tronc cérébral : syndrome de Charge, les microdélétions 22Q11, syndrome de Noonan, syndrome de Kabuki, syndrome de Cornelia Delange, syndrome de Williams, syndrome de Willi-Prader, etc.
- Les atteintes neuromusculaires congénitales telles les myopathies, la dystrophie musculaire ou le syndrome de Steinert.

Certaines malformations congénitales vont amener des difficultés d'alimentation au départ de la vie, mais ne seront pas toujours à l'origine d'un trouble de l'oralité si elles sont bien prises en charge. On retrouve la laryngomalacie (flaccidité des structures supra-glottiques), l'atrésie des choanes (défaut de perméabilité des fosses nasales), le laparoschisis (malformation de la paroi abdominale), l'atrésie de l'œsophage (malformation de l'œsophage), la hernie

diaphragmatique (brèche dans le diaphragme, pouvant entraîner une remontée d'organes abdominaux), le diastème laryngé (malformation entraînant une communication entre le larynx et le pharynx), les fentes vélo-palatines ou la triade de Pierre-Robin (malformations de la face : rétrognathisme, glossoptose, fente vélo-palatine).

Des pathologies acquises ORL peuvent également entraîner un trouble de l'oralité :

- Le reflux gastro-œsophagien, qui en cas de crise aiguë peut provoquer une œsophagite (14)
- Les infections aiguës des voies aériennes supérieures et les pneumopathies
- Les brûlures peptiques ou caustiques oro-pharyngées
- Les effets secondaires de certains traitements comme la chimiothérapie ou l'immunothérapie.

3.2. L'origine psychique (15,16)

L'oralité et la construction psychique sont très liées (16).

Le nourrisson peut montrer un mal-être au travers de l'alimentation. Ces troubles sont souvent liés à la fragilité de l'homéostasie de la dyade et/ou de l'environnement familial.

On retrouve une inadéquation entre les attentes et/ou le comportement de l'adulte et les capacités de l'enfant. Bien que cette étiologie ne fasse pas consensus, la littérature évoque :

- L'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre. Cette difficulté, fréquente et bénigne dans la plupart des cas, s'installe brutalement chez le nourrisson. Elle intervient souvent après un élément déclencheur comme une infection, un sevrage mal accepté ou une diversification difficile. Elle se manifeste par une conduite de refus alimentaire où seule la soif est conservée.
- Les formes sévères d'anorexie mentale infantile : elles sont moins fréquentes et plus inquiétantes. Dans ces formes, il existe un refus global de l'alimentation y compris des boissons, ce qui engendre une altération rapide de l'état de l'enfant. Souvent, cette anorexie s'inscrit dans un contexte de troubles profonds de la relation mère-enfant, la dépression du nourrisson faisant écho à celle de la mère.
- Les psychoses infantiles débutantes
- L'anorexie post-traumatique survenant à la suite d'une alimentation artificielle dans une situation de traumatisme physique.

Pour S. Robail (2007), les troubles de l'oralité alimentaire ont toujours un impact psychologique. Il nous présente la classification de Chatoor et Ammananti qui regroupe les troubles alimentaires en six entités nosographiques :

- Les troubles alimentaires de la régulation des états
- Les troubles alimentaires associés à un manque de réciprocité mère/bébé
- L'anorexie du nourrisson
- L'aversion sensorielle alimentaire
- Les troubles alimentaires associés à des conditions médicales concurrentes
- Les troubles alimentaires post-traumatiques

3.3. L'origine sensorielle

Les troubles d'origine sensorielle peuvent être classés selon deux principaux tableaux cliniques : l'hypersensibilité et l'hyposensibilité orofaciale. Ces troubles sensoriels peuvent être génétiques, iatrogènes ou idiopathiques.

L'hypersensibilité se traduit par un appétit médiocre et irrégulier, une lenteur pour s'alimenter, une sélectivité sur la température, les goûts et les textures des aliments, un refus des aliments nouveaux, peu ou pas de mastication, bien qu'elle soit possible, ainsi que l'exacerbation du réflexe nauséux. (11,13)

L'hypersensibilité peut parfois se retrouver étendue au corps entier, notamment au niveau des mains. Une étude menée par Smith (17) a mis en évidence le lien entre hypersensibilité corporelle et difficultés alimentaires. Il a montré que les enfants ayant des défenses tactiles avaient un répertoire alimentaire limité et montraient une aversion prononcée pour certaines textures ainsi qu'une hypersensibilité olfactive, par rapport aux enfants tout-venant.

Cette hypersensibilité serait la conséquence de sollicitations négatives de la sphère orale (soins douloureux, présence d'une sonde nasogastrique, intrusions au niveau de la sphère orale, forçage) ou de dystimulations sensorielles (odeurs désagréables, changement de lait régulier (18), bruits stressants, lumière artificielle). Ces troubles sensoriels sont notamment retrouvés chez les nourrissons hospitalisés dès leur premier jour de vie. (19)

Dans la littérature, peu d'articles s'intéressent à l'hyposensibilité. Elle se caractérise par une réduction de l'acuité du goût, de l'odorat et des récepteurs somatosensoriels. L'enfant hyposensible ne réagit pas ou peu aux stimuli sensoriels. En cas d'hyposensibilité sévère, l'enfant peut avoir des difficultés à percevoir et gérer les aliments en bouche. On retrouve également un bavage ou une perte des aliments en bouche (13).

L'hyposensibilité est souvent génétique mais peut être due à une absence de sollicitations orales, dans le cas d'une alimentation artificielle par exemple (19).

3.4. L'origine iatrogène et/ou environnementale

Les pathologies organiques et/ou fonctionnelles peuvent ne pas être l'origine des troubles de l'oralité. Cependant, ces pathologies nécessitent souvent une prise en charge médicale et des soins. Ceux-ci peuvent être la cause d'apparition d'un trouble de l'oralité. En effet, les soins peuvent aggraver la sphère orale : l'aspiration et la sonde nasogastrique peuvent empêcher le nourrisson d'explorer sa bouche ou générer des sensations désagréables. Ces soins peuvent également être douloureux. Par ailleurs, les cycles d'éveil de l'enfant ne sont pas toujours respectés tout comme le cycle satiété-faim quand l'enfant est nourri artificiellement.

Enfin, l'utilisation excessive des écrans (téléphone portable, télévision) dans la vie quotidienne peut biaiser la relation parents-enfant. Utilisés au cours des repas, ils peuvent entraîner une mauvaise posture, un manque d'échange de regards ou de langage adressé à l'enfant.

4. La prématurité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2015, « un bébé est considéré comme « prématuré » s'il naît avant que trente-sept semaines de gestation se soient écoulées ». Une grossesse dure normalement quarante-et-une semaines. En 2010, 7,4% de naissances étaient prématurées, soit environ 60 000 enfants (20).

Trois sous-groupes sont distingués par l'OMS :

- Entre 32 et 37 semaines aménorrhée, la prématurité est considérée comme moyenne ou tardive
- Entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée, l'OMS parle de « grande prématurité »
- En-dessous de 28 semaines d'aménorrhée, l'OMS parle « d'extrême prématurité »

En France, la limite de réanimation est estimée à vingt-quatre semaines d'aménorrhée et/ou à un poids de naissance d'au moins 500 grammes (21).



Grâce aux avancées de la médecine, les prises en charge sont de plus en plus élaborées et personnalisées, il est possible de sauver de plus en plus de prématurés. Toutefois, ces bébés ne sont pas à l'abri de difficultés neurodéveloppementales (22).

Par ailleurs, lors d'une naissance prématurée, le processus de maturation in utero est interrompu. De nombreuses fonctions sont donc immatures à la naissance, notamment celles liées à l'alimentation (12). La maturité fonctionnelle de la succion-déglutition nutritive, avec protection des voies respiratoires, n'apparaît que vers trente-deux ou trente-quatre semaines d'aménorrhée. La succion non-nutritive, c'est-à-dire sans déglutition, s'observe dès la vingt-septième semaine d'aménorrhée. Le réflexe de protection des voies respiratoires n'est pas encore totalement efficace en raison de circuits neuronaux et inter-neuronaux bulbo-pontiques immatures.

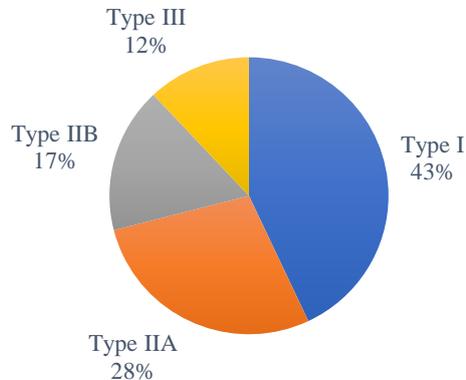
Les travaux de Bu' Lock (12) sur la coordination succion-déglutition-respiration, ont montré qu'à âge post-natal égal, les bébés nés le plus précocement sont ceux qui ont une coordination la moins efficace. En effet, plus le bébé naît prématurément, plus les mécanismes de protection respiratoires sont immatures et non opérationnels pour la succion.

L'immaturité est donc la cause première des troubles alimentaires du nouveau-né prématuré. Toutefois, les soins nécessaires à sa survie et son développement (sonde nasogastrique, intubation, aspiration, etc.) peuvent aggraver sa sphère oro-faciale (23). En effet, les soins peuvent être perçus comme des expériences oro-faciales nociceptives ou comme des dysstimulations. Le bébé prématuré est, d'une part, hypo-stimulé positivement à cause d'une carence d'activités orales positives et d'autre part, hyper-stimulé négativement en raison des soins reçus.

5. La classification des services de maternité et néonatalogie

A la suite de l'enquête nationale périnatale de mars 2016, 517 maternités ont été recensées dont 497 en France métropolitaine (24).

Répartition des maternités en 2016



En France, on classe les maternités selon quatre types depuis les deux décrets du 9 octobre 1998 (25).

Les maternités de type I accueillent les grossesses sans problème particulier, elles surveillent les premiers jours de vie des nouveau-nés eutrophiques à terme, bien portants. Celles qui disposent d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique sont de type IIA et IIB selon l'absence ou la présence de lits destinés aux soins intensifs néonataux. Les maternités de type III prennent en charge les grossesses « à risque », avec un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie (26).

6. L'apport de la littérature sur la prévention et le repérage des troubles de l'oralité chez le prématuré

6.1. Les soins de développement

Les soins de développement sont apparus au début du XX^{ème} siècle (27) et ont largement évolué durant la deuxième moitié du XX^{ème} et au XXI^{ème} siècle. Le programme NIDCAP, Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program, développé par H. Als en 1986 a grandement aidé au développement de ces soins.

Les soins de développement correspondent à toutes les méthodes non médicamenteuses (28), comportementales et environnementales (29) que les soignants peuvent utiliser dans la prise en charge du nouveau-né prématuré ou à risque.

Ils ont pour objectif d'accroître le confort du bébé et de soutenir le développement physiologique, neurologique, comportemental et relationnel (28,30) afin de le rendre le plus optimal possible (29).

Ces soins se basent d'abord sur une modification de l'environnement pour en réduire le stress (29,31).

Les soins de développement se centrent sur le nouveau-né et sa famille (28,29,31), afin de permettre la création d'un lien d'attachement sécure nécessaire au développement du bébé (32). Ce lien peut être créé grâce au peau-à-peau qui est largement favorisé (23) et développé dans les unités mère-enfant (28).

Le rôle des soins de développement est également de soutenir l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel (23,28).

A travers ces principes, des méthodes standardisées ont été créées.

Le programme NIDCAP est centré sur la famille et a l'objectif d'intégrer les parents dans les soins quotidiens de leur enfant (30). Il se base sur l'observation précise du comportement du nouveau-né en service de néonatalogie (28,30). Ces observations se font en amont, pendant et après un soin (28). Les comportements sont classés en cinq sous-systèmes : végétatif, moteur, veille-sommeil, attention-interaction et autorégulation ; et caractérisés comme étant d'approche ou de retrait (28,30). Le système d'autorégulation permet aux parents et aux soignants de comprendre comment l'enfant arrive à gérer par lui-même les situations complexes (28). Toutes ces observations permettent de mettre en place un plan de soin individualisé (28-30), rendant ainsi le prématuré acteur de son développement (29). Par ailleurs, le NIDCAP impose un respect de l'organisation des cycles veille-sommeil (30).

Les bénéfices du NIDCAP ont été étudiés dans la littérature et se retrouvent tant sur la durée d'hospitalisation que sur le développement à moyen et long terme (28,33). Ainsi, les nouveau-nés s'autorégulent mieux à quarante-deux semaines et ont un meilleur développement et une meilleure régulation des émotions à neuf mois (33).

Il existe également une approche dite sensori-motrice, développée par A. Bullinger. Elle s'appuie sur la notion d'espace dans le développement, avec des coordinations se construisant parallèlement au développement postural (28). Cet équilibre sensori-tonique se construit sur deux systèmes complémentaires : le premier, archaïque, qui produit une mobilisation tonique et l'autre, cognitif, qui s'appuie sur les interactions. Ainsi, l'approche sensorimotrice allie soutien postural asymétrique avec sollicitations sensorielles et stimulations de l'activité orale (28).

Enfin, des labels ont été créés afin de distinguer certains établissements. Le label « Initiative Hôpital des bébés » a été créé conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 1991 (34). Ce label promeut l'allaitement maternel, en soutenant la proximité mère-enfant et en respectant les rythmes physiologiques du nouveau-né. Ce label peut toutefois profiter aux enfants qui ne sont pas allaités.

Onze conditions sont requises pour obtenir la distinction « Initiative Hôpital des bébés » :

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les soignants
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique

3. Informer toute les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique
4. Placer le bébé en peau-à-peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles sont séparées de leur bébé.
6. Ne donner aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale
7. Laisser le bébé avec sa mère 24h/24
8. Encourager l'allaitement au sein « à la demande » de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine ou sucette (sauf circonstances particulières documentées en néonatalogie)
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès la sortie de l'établissement
11. Respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (code OMS 1981)

Ces conditions indiquent que les parents seront accompagnés et respectés dans leur choix. En 2013, 198 hôpitaux français possédaient ce label (34).

6.2. L'observation du nouveau-né prématuré

6.2.1. L'observation clinique

Chaque nourrisson prématuré doit être au centre d'un protocole individualisé pour la prise en charge de son oralité. Afin de créer ce protocole, il est nécessaire de travailler en équipe, d'inclure les parents (19) et d'observer le nouveau-né prématuré. En effet, le bébé est considéré comme un collaborateur actif. Le nouveau-né à terme ou prématuré va manifester ses ressentis à travers son comportement puisqu'il ne peut le faire verbalement. (35). Par exemple, la douleur pourra être à l'origine d'une augmentation du rythme cardiaque ou de désaturation (36).

Certains signaux et comportements sont donc à observer chez le prématuré lors des phases de sommeil, d'éveil et de repas (30,35) et peuvent être classés en cinq sous-systèmes (37,38).

➤ Les capacités neurovégétatives

Le rythme cardiaque, la pression artérielle, la respiration, les fonctions gastro-intestinales, la coloration de la peau et la température du nourrisson seront observés dans cette partie.

En cas de stimulations inadaptées, le bébé prématuré va développer des réactions de défense, de stress comme une instabilité cardiaque, un changement du rythme ou du type de respiration, un changement de la coloration de la peau ou une instabilité viscérale : hoquets, haut-le-cœur, régurgitations, rots, selles, gaz.

A l'inverse, si le bébé est détendu, calme et disponible pour un soin ou une prise alimentaire, alors il sera possible d'observer des signes d'adaptation comme une respiration douce et régulière, une coloration rosée et stable, un rythme cardiaque stable ou une digestion stable.

➤ Les capacités motrices

L'observation des capacités motrices permettra d'évaluer la posture, le tonus musculaire et les mouvements du nouveau-né.

En cas de stress, le prématuré développera :

- Une flaccidité de la figure, du tronc et des extrémités
- Une hypertonicité, avec une extension des jambes, des bras, de la langue, des doigts en éventail ou au contraire des poings serrés
- Une hyperflexion du tronc, des extrémités et l'adoption d'une posture fœtale recroquevillée
- Une hyperextension du corps
- Une activité frénétique et diffuse avec des gigotements et des mouvements saccadés

A contrario, si le bébé est apaisé, se sent en confiance, il sera possible d'observer un tonus musculaire adéquat, des mouvements harmonieux, doux, synchronisés et symétriques ou des postures utilisant la flexion et l'extension de façon adéquate et permettant des auto-stimulations.

➤ L'état de vigilance

On distingue six états de vigilance chez le tout-petit : le sommeil profond, le sommeil léger, l'éveil somnolent, l'éveil alerte, l'éveil agité et les pleurs.

Avant trente-quatre ou trente-six semaines d'aménorrhée, le bébé prématuré n'a pas de véritable état de veille prolongée. Ses moments d'éveil ne durent que quelques minutes, essentiellement en début de matinée et en fin d'après-midi. (39)

Durant les phases de stress, il sera possible d'observer :

- Des stades de sommeil diffus et non différenciés avec des gémissements, des plaintes, des secousses faciales, des sourires intempestifs, des grimaces faciales, des froncements de sourcils, une respiration irrégulière, un sommeil agité
- Des changements abrupts entre les états de veille et de sommeil
- Des cris, des pleurs ou une irritabilité
- Un enfant inconsolable
- Des périodes d'agitation, d'hyperexcitabilité

A l'inverse, l'enfant qui reçoit des sollicitations adaptées aura :

- Des états de sommeil et d'éveil clairement définis
- Une transition douce entre les états sans dépense d'énergie excessive
- Des cris vigoureux
- Une capacité d'auto-consolation et de retour au calme
- Des comportements démontrant une disposition de l'enfant à interagir tel que des sourires, un visage détendu, un regard brillant, une configuration de la bouche en forme de « oh », de petits sons doux, etc.

➤ Les capacités d'attention et d'interaction

Le soignant ou les parents observeront ici les réponses du bébé prématuré face à son environnement.

S'il est soumis à des stimulations inappropriées, ils pourront observer un niveau d'attention bas, caractérisé par un regard hagard, dans le vide, des mouvements non coordonnés des yeux, des yeux écarquillés, un regard paniqué ou complètement désintéressé, ou une tendance à éviter toute stimulation.

A l'inverse, un nouveau-né prématuré à l'aise dans son environnement manifestera :

- Des réponses adaptées face aux stimulations visuelles et auditives intenses, vives et de longue durée
- Une recherche active de la source de stimulation auditive et une capacité à diriger son attention d'un stimulus à l'autre
- Une capacité à maintenir une interaction avec le personnel soignant, les parents
- Une expression faciale détendue démontrant un intérêt à interagir
- Des vocalisations

➤ Des capacités d'autorégulation

A travers l'observation des capacités d'autorégulation, il faudra regarder la stabilité des sous-systèmes précédents. Si ces systèmes-là sont stables, alors il y aura des comportements d'auto-renforcement, c'est-à-dire des stratégies d'adaptation, tel que la succion, la tendance à agripper, à enlacer ses mains et ses pieds ensemble, une attraction main-bouche ou main-figure, etc.

Toutes ces observations globales vont nous aider à réaliser une observation et une évaluation plus fines du comportement oral du nouveau-né. Ses réactions nous permettront d'adapter les sollicitations sensorielles proposées par les parents ou les soignants. Nous pourrions observer les réflexes archaïques du prématuré via leur stimulation, ainsi que sa sensibilité, afin de déterminer s'il existe une hypersensibilité. Il sera également important d'observer les capacités de succion non-nutritive et de succion nutritive, au travers de l'évaluation de la force, du tonus, de la fréquence et des trains de succion.

6.2.2. Des échelles d'observation du comportement oral du nouveau-né prématuré

Il n'existe pas de lignes directives empiriques pour le démarrage de l'alimentation par la bouche (40). Afin de guider les soignants et les parents dans cette observation et dans la mise en place d'une alimentation orale, certaines échelles ont été développées. Nous vous présenterons également des programmes d'aide au démarrage de l'alimentation dans les pages qui suivent.

Nous avons décidé de vous présenter ici certaines de ces échelles, qui nous semblent intéressantes dans le cadre de la prématurité et qui ont été validées dans la littérature.

➤ L'échelle « The Preterm Infant Breastfeeding Behaviour Scale » (PIBBS) (41–43)

L'échelle PIBBS, aussi appelée « Fleur de lait » dans sa traduction française, évalue la mise en place de l'allaitement maternel et la qualité de la succion. L'échelle présente une faible fiabilité mais une excellente consistance interne.

L'échelle se base sur l'évaluation de six critères : le fuissement, la prise du sein, l'accrochage au sein, la succion, les salves de mouvements de succion les plus longues et la déglutition.

Elle permet de visualiser les compétences du bébé prématuré et d'accompagner pas à pas la mère et son enfant dans l'allaitement. Le but est de la proposer le plus tôt possible à la mère, dès les premiers signes de fuissement du prématuré, afin de l'annoter au fil de l'évolution.

ANNEXE 3 : Fleur de lait

➤ L'échelle « The Neonatal Oral-Motor Assessment Scale » (NOMAS) (41,42,44)

L'échelle NOMAS évalue l'alimentation d'un point de vue qualitatif. Les études faites par la littérature montrent une bonne consistance interne dans cette échelle, une bonne validité, une fiabilité test-retest et inter-juges faible à excellente selon les études, mais une mauvaise validité prédictive.

Elle permet une observation du comportement oro-moteur lors des premières minutes d'une tétée et d'une succion non-nutritive. On évalue les mouvements des mâchoires, des lèvres et de la langue. L'utilisation de cette échelle permet une évaluation subjective de l'alimentation orale. Sa bonne utilisation requiert une certification.

ANNEXE 4 : l'échelle NOMAS selon Palmer

➤ L'échelle d'observation du comportement sensori-moteur selon Bullinger (38)

Cette échelle aide les soignants à observer les bébés, notamment au moment des soins.

A. Bullinger propose une approche développementale basée sur l'étude de la période sensori-motrice décrite par J. Piaget et sur le domaine d'intégration neuropsychologique développé par J. Ajuriaguerra. L'observation attentive du comportement du nouveau-né va permettre d'individualiser la prise en charge avec pour principes de base le respect du rythme de l'enfant, l'adaptation des soutiens posturaux, la modulation des sollicitations sensorielles et le soutien de l'activité de la sphère orale. En effet, A. Bullinger s'intéresse à deux dimensions : la dimension sensorimotrice et la dimension émotionnelle.

A travers une observation rapide de deux-trois minutes avant les soins, les soignants vont évaluer six domaines : la vigilance, les états cardio-circulatoire et respiratoire, les manifestations posturales, les expressions émotionnelles, les réponses sensorielles et l'activité de la sphère orale.

Les parents sont intégrés dans cette approche, en tant que partenaires principaux.

➤ L'échelle Non-Nutritive sucking score system (NNS) (45,46)

L'évaluation de la succion non nutritive au doigt va guider notre choix de démarrer l'alimentation orale en toute sécurité.

L'échelle NNS évalue : le réflexe de fuissement, le démarrage de la succion non-nutritive, l'étanchéité labiale, la position de la langue, le péristaltisme de la langue, les mouvements de pression alternative de la mandibule, la coordination lèvres-langue-mâchoire et la pression et le rythme de la succion.

Certains facteurs négatifs devront être détectés tel qu'un réflexe de morsure, d'ouverture excessive de la mâchoire et de signes de stress.

Grâce à un score total, un algorithme nous conseille de proposer ou non une alimentation orale.

ANNEXE 5 : l'échelle Non-Nutritive sucking score system

➤ L'échelle « Assessment of Preterms Infants Behavior » (APIB) (29,35)

Cette échelle est intégrée au programme NIDCAP. Cet outil permet une évaluation neurocomportementale du nouveau-né. L'APIB s'intéresse à six sous-systèmes : végétatif, moteur, état d'éveil, attention, autorégulation et réaction aux soins. Une certification formelle est requise pour l'administration et l'interprétation de cette échelle.

6.3. L'accompagnement de l'oralité du nouveau-né prématuré

6.3.1. L'adaptation de l'environnement sensoriel du nouveau-né prématuré

Dans le ventre de sa mère, le fœtus perçoit très tôt des variations d'intensité lumineuse et sonore (47). A la naissance, les nouveau-nés prématurés sont pris en charge dans un environnement constant, sans variation cyclique : l'intensité lumineuse est forte ou quasi-nulle, les sons ne sont plus atténués. Le nouveau-né développe des attentes sensorielles anténatales qui peuvent influencer son comportement et être utilisées pendant les soins. Toutefois, s'il y a une rupture dans ses attentes, alors des conséquences délétères peuvent apparaître (48).

Le nouveau-né prématuré doit acquérir un équilibre, en s'habituant aux changements et au stress, afin de s'adapter à son nouvel environnement et ainsi se développer sainement tant d'un point de vue cognitif qu'émotionnel ou moteur. Grâce à cet équilibre, il pourra développer une oralité harmonieuse (auto-stimulations, bien-être durant les sollicitations sensorielles).

Les soins du développement englobent l'adaptation de l'environnement (29,31), afin de limiter les dystimulations lumineuses, auditives ou olfactives.

Le prématuré est très sensible à la lumière à cause de ses paupières fines et du réflexe pupillaire absent avant trente semaines d'aménorrhée et inconstant jusqu'à la trente-quatrième semaine (48). Il faut donc veiller à garder une intensité oscillant entre 10 et 60 lux. Durant les soins, il faudra protéger l'enfant et limiter la source lumineuse à 2 000 lux (28). Par ailleurs, un léger cycle jour-nuit peut être instauré dès la trente-et-unième semaine d'aménorrhée (48). Aucun consensus n'a été trouvé sur le rôle significatif du rythme circadien, toutefois certaines études (47,49) ont montré qu'il améliore la croissance à trois mois, diminue le temps d'alimentation, favorise le gain de poids et raccourcit la période d'hospitalisation.

Au-delà du contrôle de l'intensité lumineuse, d'autres méthodes permettent de limiter l'exposition à la lumière des nouveau-nés. Les soignants pourront utiliser des sources lumineuses indirectes, des couvre-couveuses ou encore des protections oculaires, notamment durant les soins (48).

L'audition se développe jusqu'à la trente-cinquième semaine environ. Dès la naissance, le bébé né à terme pourra reconnaître la voix de sa mère, à l'inverse d'un nouveau-né prématuré qui n'arrivera pas à la détecter dans le bruit (48). Le nouveau-né prématuré arrive dans un environnement où les sons ne sont plus étouffés, ils sont intenses et imprédictibles, en raison des machines ou des soignants. L'intensité moyenne dans les services est de 50 dB, et peut monter jusqu'à 75 dB (28,48). Une intensité supérieure à 70 dB altère la stabilité physiologique ou comportementale.

Par ailleurs, l'incubateur agit comme une caisse de résonance : le bébé ne pourra pas localiser la source sonore (50). Par conséquent, il faudra faire attention aux chocs sur la couveuse.

Des études (28,48) proposent des repères d'intensité à respecter : l'intensité maximale est fixée à 70 dB, l'intensité moyenne est de 45-50 dB et les bruits de fond ne devraient pas excéder 45 dB.

Enfin, des moyens existent afin de limiter les sons et leur impact sur le développement des nouveau-nés prématurés. Ainsi, les soignants pourront mettre en place des « périodes calmes » durant la journée, au rythme d'une heure toutes les huit heures où l'intensité sonore sera diminuée de moitié. Une alarme lumineuse pourra être mise en place afin d'alerter les soignants quand le volume sonore dépassera les 65 dB. Une réorganisation du travail pourra s'effectuer, afin d'éliminer les discussions autour du berceau du nouveau-né et les déplacer dans le couloir et ouvrir préalablement les emballages stériles. Le matériel pourra être choisi en fonction de ses caractéristiques acoustiques (48).

Enfin, l'espace sonore pourra être occupé par des comptines des parents au chevet de leur enfant.

Les prématurés sont également soumis à des dystimulations olfactives durant leur séjour à l'hôpital. Les capacités de discrimination et de reconnaissance olfactive sont présentes dès le sixième mois de gestation chez le nouveau-né. Il a été montré (48) que les nouveau-nés nés à 24 semaines de gestation sont soumis 4 200 fois à des odeurs nosocomiales, irritantes, tandis que les prématurés de 28 semaines de gestation y sont soumis 3 500 fois durant toute leur hospitalisation. Leur incubateur peut parfois être source d'odeur.

Les soignants doivent respecter les temps de séchage des solutions hydro-alcooliques, afin de limiter leur odeur. Par ailleurs, toutes ces solutions masquent souvent l'odeur maternelle si importante pour le nouveau-né (48).

6.3.2. L'adaptation de la posture du bébé prématuré

A la fin de la grossesse, le fœtus n'a plus beaucoup de place dans l'utérus, ses mouvements sont réduits, il se retrouve en position de flexion, d'enroulement. Ses bras et ses jambes sont repliés, son corps est enroulé sur lui-même et son dos est contre la paroi utérine. Il se retrouve donc avec les membres proches de son corps, ses mains à proximité du visage (51,52). A la naissance, le bébé né à terme perd cette contenance, mais sa maturation neuromotrice lui permet normalement de se regrouper.

Dans le cadre de la prématurité, le bébé arrive précocement dans un milieu aérien alors que son développement moteur et son tonus corporel ne sont pas matures. Ce nouveau milieu implique également un flux gravitationnel. En effet, in utero, le liquide amniotique est de densité comparable à l'organisme du bébé, qui ne subit pas alors les effets de la pesanteur. Ce nouvel obstacle entrave les mouvements du bébé prématuré et l'empêche de reprendre une posture fœtale (50,51,53), il se retrouve en position d'extension.

On décrit classiquement, dans la littérature, deux postures :

La posture en chandelier



(54)

Hyperextension des bras
Appui sur l'ischion du côté où la tête est tournée

La position de grenouille écrasée



(50)

Posture totalement asymétrique
Tête et membres hypotoniques

Ces bébés commencent leur vie en service de néonatalogie, à l'inverse de ceux qui naissent à terme et en bonne santé et sont davantage stimulés grâce à des changements de position répétés. Ces changements stimulent l'étirement lent de leurs muscles et préviennent l'ankylose. Les bébés prématurés sont moins manipulés par les soignants, tandis que les parents ont souvent peur de le faire à cause de tous les fils ou sondes qui entourent le nouveau-né. Ces dispositifs médicaux gênent par ailleurs le prématuré lui-même dans ses mouvements.

Un bébé mal positionné risque de développer des déformations au niveau de son corps et de sa tête. Nous nous intéressons ici à la limitation de son exploration environnementale. Pour développer son oralité, le nouveau-né a besoin de porter ses mains à la bouche.

Une posture non stable et destructurante va également amener à une hyperextension de la tête, ce qui va provoquer un étirement de l'œsophage et des masses musculaires pharyngées. Cet étirement peut avoir des conséquences sur l'alimentation comme un reflux gastro-œsophagien, des fausses routes, une difficulté à l'autonomie alimentaire ou une rétroposition de la langue (50). L'instabilité de la posture peut également provoquer un réflexe de défense de Moro et ainsi renforcer l'hyperextension de la tête.

La posture idéale recherche un alignement de la tête, du tronc, des membres inférieurs et supérieurs. Les jambes du bébé doivent être placées afin que ses hanches et ses genoux soient fléchis. Ses bras doivent être près du corps mais doivent conserver des mouvements libres, permettant aux mains de se rapprocher de son visage (55).

Cette posture en enroulement favorise (53) la déglutition grâce au relâchement des muscles de la nuque, les coordinations oculo-manuelles, l'exploration buccale et la construction de l'axe corporel. La posture en enroulement limite également le stress de l'hospitalisation grâce à sa fonction contenante qui rappelle au nourrisson le ventre de sa mère.

6.3.2.1. *La posture lors du couchage*

Pendant longtemps les membres des bébés prématurés étaient attachés, leur tête maintenue entre des sacs de sable afin qu'aucun mouvement spontané vienne l'extuber ou arracher les sondes. (56)

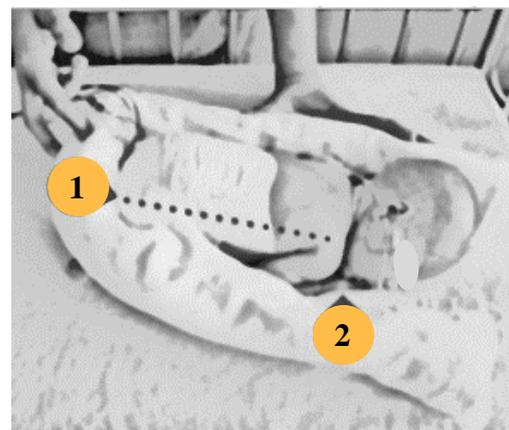
Aujourd'hui, des cocons sont utilisés dans les services de maternité et de néonatalogie. Cette méthode a été adoptée par de nombreux services de néonatalogie en Europe (51). Il permet de stabiliser la posture de l'enfant, en positionnant sa tête sur la ligne médiane et en facilitant une posture en flexion ou semi-flexion. Dans son étude, Ferrari (51) a prouvé les effets bénéfiques des cocons. Ils permettent de réduire les mouvements brusques, de faciliter les mouvements du poignet et les mouvements vers et à travers la ligne médiane.

Les emmaillotages peuvent également être utilisés, dans une moindre fréquence, en veillant toutefois à laisser les mains de l'enfant près de sa bouche.

Avec ces deux méthodes, le bébé retrouve des appuis qui le rassurent et lui rappellent le ventre de sa mère.

Dans tous les cas, il est important de varier les postures lors des phases d'éveil. Ces variations permettent au nouveau-né de changer ses appuis et de réaliser des gestes variés, lui donnant la possibilité d'explorer son environnement. Il est important de favoriser les positions où il peut s'auto-explorer et ainsi s'auto-stimuler au niveau oro-facial.

Voici quelques photos, issues du site « Développement enfant » (55), de posture de nourrisson dans leur lit. A chaque fois, le respect de l'axe tête/tronc [1], le rassemblement des membres inférieurs et supérieurs [2], ainsi que la flexion des hanches et des genoux [3] sont observés. Ces postures doivent être maintenues jusqu'à ce que l'enfant en soit capable seul.



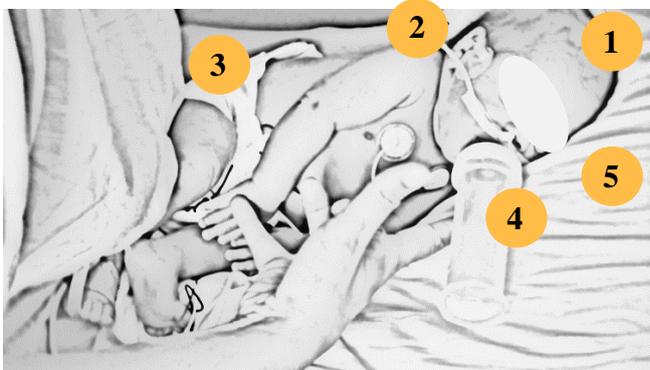
6.3.2.2. La posture aux bras, pendant l'alimentation

Pendant l'alimentation, il est important d'effectuer un appui occipital pour permettre aux muscles de la région sous-hyoïdienne de se centrer sur les activités de succion et de déglutition et non sur le maintien de la tête. L'activité de succion est une dépense d'énergie importante pour le bébé. Le maintien de sa tête limite ainsi sa fatigue.

Ce positionnement permet un bon ajustement tonique du bébé, une succion localisée à la mâchoire inférieure et une déglutition sans effort. Cette mise en forme est un des éléments privilégiés dans le soutien à la mise en place de l'alimentation active (53).

➤ La position latérale lors du biberon (55)

Cette position permet un bon maintien du bébé. Elle permet également au nouveau-né prématuré de gérer plus facilement le rythme et la quantité de lait qui sort du biberon. Les nourrissons prématurés aiment souvent être placés sur le côté. De plus, cette position se rapproche de celle de l'allaitement.



Quelques repères :

1. Tête alignée avec le reste du corps
2. Soutien de la tête et du dos de l'enfant avec l'avant-bras
3. Bras et jambes repliés près de son corps
4. Biberon tenu à l'horizontale
5. Oreiller ou coussin d'allaitement pour un meilleur soutien

➤ La position semi-assise lors du biberon (55)

Dans cette position, le lait entre plus vite et en plus grande quantité dans la bouche de l'enfant, du fait de la gravité. Cela demande donc un plus grand effort de contrôle pour le nourrisson. Mais cette position est souvent préférée par le bébé et le nourricier dans un second temps car elle permet des échanges de regard. Le prématuré peut être tenu au bras ou calé entre nos jambes.



Quelques repères :

1. Mains au centre du corps, bien alignées avec la tête, le tronc et le bassin
2. Tronc et tête à 45 degrés
3. Bon support au niveau de la tête et du tronc
4. Tête légèrement fléchie en avant

➤ Position lors de l'allaitement (55)

Lors de l'allaitement, les mêmes grands principes de positionnement du nouveau-né sont retrouvés. Le bébé doit avoir les bras et les jambes fléchis près de son corps. Son ventre doit être contre le corps de sa mère. Son dos doit être légèrement arrondi pour maintenir une position en flexion. Sa tête est dans l'axe du tronc, avec le menton légèrement fléchi vers le bas.

Il existe de nombreuses positions d'allaitement, la seule règle étant la bonne installation de la mère et de l'enfant.

Dans la position de la madone inversée, la mère peut poser son enfant sur un coussin d'allaitement, devant elle. Il lui faudra bien maintenir le cou et le dos du prématuré avec sa main et son avant-bras.



6.3.3. La relation parents-enfants

L'attachement est un phénomène qui débute dès la naissance (1).

Dans le cadre de la prématurité, la naissance est un événement traumatique pour les parents, qui tend à les rendre vulnérables. Il est important de les écouter, afin de pouvoir trouver les mots qui les rassureraient. Cela leur permettrait de prendre confiance et de gagner en assurance afin de s'occuper de leur enfant prématuré et ainsi de participer, avec leur bébé, à la création d'un lien d'attachement secure.

Dans la théorie de l'attachement de Bowlby, le contact humain, la tranquillisation et le réconfort sont des éléments indispensables au cours de notre vie pour surmonter les étapes difficiles (57). L'attachement sécuritaire du nourrisson est relié aux comportements maternels. Ainsi, les contacts physiques fréquents tels que le portage dans les six premiers mois pour calmer bébé est un premier pilier. Par ailleurs, la sensibilité maternelle aux signaux émis par le nouveau-né permet à la mère de s'adapter à son enfant. Enfin, un environnement prévisible permet à l'enfant d'apprendre les conséquences de ses actions et entre en jeu dans la création du lien sécuritaire.

(57). L'attachement sécuritaire est primordial chez le nouveau-né prématuré, car il augmente la résistance au stress (57). Ainsi, le nouveau-né prématuré recherche un contact maternel, via ses comportements interactifs pour renforcer son attachement sécuritaire et sécuriser son développement affectif, émotionnel et social (58). Le prématuré n'est pas le seul à développer un lien, ses parents s'attachent également à leur enfant. Dès la naissance la mère éprouve généralement la volonté de prendre soin de son enfant. Ce phénomène s'appelle le « bonding » (1,58).

Ces deux phénomènes ne peuvent se créer que si les deux acteurs sont physiquement proches (28,58), si le parent comprend les comportements physiques de son enfant et grâce aux mécanismes complexes sensoriels et hormonaux (58).

La fondation du lien mère-enfant est indispensable dans le cadre de l'oralité (59). Ce lien renforce les parents dans leur place de « parents nourriciers » (35,60,61). Les bébés sont des « êtres neurobiologiquement sociaux », qui se développent grâce au ventre de leur mère, à la présence sociale de la famille et surtout à la présence physique des parents (35).

Il est primordial d'inclure les parents dans les soins (28,35) et de les centrer autour de la famille entière (58). Les parents doivent être reconnus comme « acteurs de soins » à part entière (1), tout en ne devenant pas soignant : ils doivent garder leur rôle de parents.

D'une part, mater son enfant est un processus naturel pour tout parent (58). D'autre part, la mère se nourrit et se développe en tant que telle grâce à la proximité avec son enfant, à la relation avec l'équipe professionnelle qui entoure son bébé, à la vigilance et à l'inquiétude maternelle (58).

Les soignants vont donc soutenir la mère et la valoriser dans ses actions auprès de son nouveau-né prématuré (28).

Als et Gilkerson évoquent en 1997 le terme de « relation-soins » pour décrire les échanges interpersonnelles et l'investissement de chacun autour du bébé.

Le temps de repas est un moment qui permet de tisser les liens d'attachements (62) et qui sollicite à la fois le phénomène de « bonding » et la fonction nourricière du parent. Il permet un véritable accordage affectif entre le nourrisson prématuré et le caregiver (personne qui procure les soins) (60).

L'allaitement favorise le développement du lien psychoaffectif de l'enfant ainsi que le bien-être de la mère, et vient nourrir la dyade qui les unit dans les premiers mois (59). Il permet aux parents de prendre leur place en tant que « co-régulateurs naturels » de leur bébé (43). Il est donc primordial de l'initier et de le favoriser dans le temps (1,28,63), tout en respectant les désirs et les choix de la mère.

Par ailleurs, les parents sont invités à reproduire les sollicitations que les soignants pourront proposer à leur bébé prématuré. Cela pourra les aider dans la découverte de leur enfant et générer des mouvements naturellement présents, comme passer un doigt sur le coin des lèvres pour générer un mouvement buccal (53).

Le peau-à-peau sera également favorisé, en tant que sollicitation mais également comme méthode pour développer et entretenir le lien parent-enfant (30,63,64).

Les unités mère-enfant, ainsi que les chambres Kangourou, permettent aussi le renforcement du lien mère-enfant, tout en entretenant la proximité physique nécessaire au phénomène de « bonding » (28).

Les parents sont amenés par les soignants à observer attentivement leur enfant. Au-delà de la nécessité de l'observation pour construire un lien sécurisé, cela aidera le parent à répondre de manière appropriée au signal corporel produit par son bébé. Détaché des écrans de surveillance,

le parent pourra développer ses aptitudes parentales, comme interpréter les signaux de faim ou de satiété de son enfant (13) ou savoir si son enfant a bien tété (64).

Ainsi, tous les moyens de prise en charge que nous développerons dans notre mémoire sont autant de méthodes pouvant faire émerger et entretenir le lien mère-enfant, si important pour développer un attachement sécurisé et le « bonding ».

6.3.4. Les prises alimentaires

L'alimentation du nouveau-né prématuré est un enjeu important pour les soignants car des carences nutritives précoces pourront avoir des conséquences sur le long terme : petite taille, déficits neuronaux ou troubles cognitifs et/ou comportementaux (64). L'autonomie alimentaire est un objectif pour la sortie de l'hôpital.

La transition d'une alimentation entérale vers une alimentation orale autonome doit être progressive et adaptée au développement et au comportement du nouveau-né. Elle sera proposée au prématuré au moment de la journée où il est le plus disponible (64).

Avant de proposer une alimentation per os, il sera important de mettre en place un « rituel », en proposant au nouveau-né des sollicitations kinesthésiques (du corps entier et de la zone oro-faciale), des sollicitations olfactives, puis gustatives avec des gouttes de lait. Ces sollicitations permettront d'évaluer la disponibilité du bébé, d'éveiller ses sens et son appétence, et lui laisseront le temps de refuser la prise alimentaire (62).

Dans un premier temps, les soignants proposent un seul temps d'alimentation per os par jour au bébé afin qu'il puisse récupérer de ses efforts, puis ils augmentent graduellement les temps d'alimentation orale. L'alimentation à la semi-demande convient très bien aux prématurés car elle respecte le principe qui est de ne pas dépasser quatre heures entre deux tétées ou alimentation entérale. Dans l'alimentation à la semi-demande, des signes de satiété ou de faim du bébé sont observés toutes les trois heures. S'il dort, il faut attendre 30 minutes avant de renouveler le même processus d'observation. Au bout de 30 minutes, si l'enfant dort toujours, le soignant lancera l'alimentation entérale. En revanche, s'il est éveillé, une alimentation per os sera proposée au nouveau-né. Cette alimentation à la semi-demande permettrait une mise en place de l'alimentation orale exclusive cinq jours plus tôt (64).

Outre le rythme du nouveau-né, il faudra rendre l'alimentation artificielle la plus naturelle, en reproduisant le plus fidèlement possible les conditions d'alimentation per os. Il faudra préférer une alimentation en bolus, c'est-à-dire discontinue, plutôt qu'une alimentation en continu. Toutefois, le choix du débit doit se faire en fonction des capacités digestives du nouveau-né. Un avis médical est donc primordial.

L'alimentation artificielle est souvent réalisée à l'aide d'un pousse-seringue automatique. Celui-ci ne s'adapte pas aux réactions et aux mouvements de refus ou de mal-être du nouveau-

né. Il est possible de proposer aux parents de pousser manuellement la seringue, ce qui permet une adaptation du débit en fonction des réactions de leur enfant, tout en respectant la durée d'alimentation choisie par l'équipe médicale.

Cette alimentation discontinue fera émerger les sensations de faim et de satiété, et permettra ainsi de développer un rythme satiété-faim (19). Cela rejoint ainsi A. Bullinger (53) qui considère le repas comme un processus découpé en neuf étapes, dans ce qu'il appelle « la chaîne narrative ». L'appétence et le recrutement tonique précèdent la dimension olfactive ; qui va entraîner l'orientation du nourrisson vers la source du stimulus (62). Puis la capture (du mamelon ou de la tétine) permet l'exploration puis la succion et la déglutition. La satiété marque la fin du repas et permet d'atteindre un aspect hédonique et de détente (53,62). Des études ont montré que les bébés prenaient 90,1% de leur biberon dans les dix premières minutes de la tétée (62). Il est donc important de ne pas dépasser 20 minutes pour éviter que la dépense énergétique ne dépasse le gain calorique.

Des protocoles ont été créés afin d'aider les soignants dans cette transition et ainsi la structurer. La méthode Supporting Oral Feeding in Fragile Infants (SOFFI) s'intéresse à cette transition, en se préoccupant de la qualité de l'alimentation plus que de sa quantité. Elle définit l'alimentation comme une tâche d'interaction entre le bébé et le nourrisseur. Elle part du principe que la capacité du nourrisson à bien se nourrir est étroitement liée à la capacité du soignant ou du parent à comprendre et réagir avec sensibilité à la physiologie et aux communications comportementales du nouveau-né. Ce protocole fait l'objet d'une formation. Elle prend en compte la physiologie et le comportement des prématurés ou autres nourrissons fragiles.

La méthode SOFFI se présente comme un algorithme décisionnel qui aide le soignant ou le parent dans ses décisions. Elle pose des questions fermées à chaque étape, où le caregiver doit répondre en choisissant parmi ces quatre types de réponses :

- « Poursuivre l'algorithme et l'alimentation en l'état »
- « Modifier la stabilité ou améliorer l'expérience de l'alimentation »
- « Différer l'alimentation et compléter par sonde le repas »
- « Arrêter l'alimentation ou le biberon »

L'algorithme aide à prendre des décisions concernant le démarrage de l'alimentation au biberon, la poursuite de l'alimentation ou l'arrêt de celle-ci.

Pour démarrer l'alimentation, il faut que le bébé soit stable sur le plan physiologique, avec des signes vitaux stables, une bonne coloration de la peau et un bon tonus musculaire. Cette stabilité dépend de son vécu en amont de la tétée (pleurs, soins douloureux), de son niveau d'éveil et de sa maturité oro-motrice. Par ailleurs, il faut que le bébé soit disponible. Des indicateurs comportementaux nous aident dans cette décision : mouvements des extrémités, de la tête, mains sur le visage ou sur la bouche, mouvements de succion, etc. Cependant, chez les prématurés ces signaux peuvent être fugaces, subtils et se produire à intervalle court et irrégulier.

Dès lors que les réponses nous mènent à débiter l'alimentation, il faut s'intéresser à la deuxième partie de l'algorithme qui nous guide pour poursuivre ou stopper l'alimentation.

En premier lieu, il faudra soutenir la stabilité physiologique et l'autorégulation. Il existe des mesures favorisant l'autorégulation, tel qu'une position debout ou latérale qui permet une meilleure coordination de la succion-déglutition-respiration. Deuxièmement, il faudra observer l'engagement et la participation du nouveau-né. S'il n'est plus capable de téter, alors il faudra stopper l'alimentation orale et passer le reste du bolus par la sonde. L'efficacité alimentaire sera également observée. Celle-ci est renforcée grâce au choix de la tétine la plus adaptée, à l'aide d'un second algorithme proposé dans la méthode SOFFI. Une tétine doit être adaptée tant sur le plan physiologique que sur celui de la motricité orale du nouveau-né. Enfin, il est possible d'effectuer des stimulations externes pour générer des trains de succion. Il faudra veiller à effectuer une pause toutes les trois à cinq suctions sans respiration.

Les décisions de fin d'alimentation sont ainsi décrites tout au long de l'algorithme, en se basant sur l'instabilité physiologique, le manque d'engagement dans l'alimentation, l'effort inefficace ou la difficulté à coordonner la succion avec la déglutition et la respiration (65).

ANNEXE 6 : Algorithme SOFFI

Il conviendra également de considérer ces temps d'alimentation comme des temps d'échange, de partage entre le parent et son enfant. Le père ou la mère pourra proposer des sollicitations sensorielles, un peau-à-peau ou encore une mise au sein pour la mère (19) en amont et en parallèle du repas.

Nous avons soulevé dès le début le problème d'immatunité qui entraîne l'impossibilité d'une alimentation orale exclusive avant trente-deux semaines. Les soignants vont pouvoir proposer une alimentation « de support » (66) tel que la tasse, le biberon ou la seringue. Ce sont des précurseurs intéressants à l'allaitement maternel car ils permettent de mesurer la quantité ingérée. Il est important de noter que l'allaitement maternel n'est pas une finalité pour tous les prématurés, mais il faut garder à l'esprit ses avantages tant sur le plan digestif que nutritionnel, infectieux ou neurosensoriel (43). C'est un moyen efficace d'alimentation, mais difficile à acquérir (64). De plus, il est important de prendre en compte le choix de la mère et de ne pas forcer un allaitement qui se passera dans ces conditions généralement mal.

Afin de choisir la méthode la plus adaptée pour développer ou compléter une alimentation orale, il faut rappeler l'importance de l'observation du nouveau-né prématuré. Cette observation permettra de distinguer une alimentation réussie d'une alimentation forcée, où la prise alimentaire ne sera pas synonyme de compétences orales sous-jacentes. L'alimentation orale doit être en réponse aux signaux physiques du nouveau-né (64). Deux facteurs sont essentiels pour assurer le succès d'une alimentation orale : la maturité suffisante au moment de l'introduction d'une alimentation orale et l'expérience du nouveau-né qui passe par des sollicitations orales positives.

Dès lors que l'enfant accepte le biberon au moment de la tétée, il sera possible de l'accompagner en soutenant sa posture. En effet, maintenir une posture adéquate tout au long de la tétée peut être coûteux en énergie pour le nourrisson, qui ne pourra se focaliser sur la coordination SDR, une succion vigoureuse et efficace et l'accroche à la tétine.

Le parent ou le soignant pourra maintenir le maxillaire inférieur du nouveau-né en effectuant un appui de bas en haut, ce qui l'aidera à garantir une dépression intra-buccale nécessaire à

l'aspiration du lait. Il faudra également produire un appui cervical pour maintenir la tête en flexion (11).

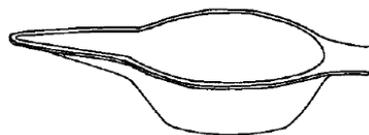


Nous ferons ci-dessous une liste non exhaustive des moyens « support » que les professionnels peuvent utiliser pour accompagner le développement de l'alimentation orale, c'est-à-dire le passage progressif d'une alimentation entérale passive à une alimentation orale active.

6.3.4.1. Le paladai feeding

Le paladai feeding peut être comparé à une tasse avec un bec verseur. Il permet d'améliorer de manière significative les habiletés oro-pharyngées des prématurés, de vingt-huit à trente semaines préférentiellement (66,67). La gestion de cette technique serait plus facile que la coordination succion-déglutition-respiration. Toutefois, si le paladai est mal utilisé, il majore le risque de fausse-route et les signaux de stress. Par ailleurs, le temps d'alimentation serait plus long et générerait donc davantage de fatigue. Le mécanisme de succion ne serait pas utilisé ici (67).

L'alimentation orale exclusive serait plus rapidement obtenue avec cet appareil et permettrait un gain pondéral plus important qu'à la tasse (68).



6.3.4.2. La seringue

Elle peut être utilisée à la place de la tasse (66). Toutefois, le bout peut être agressif pour les gencives du nouveau-né prématuré. Un embout (« finger feeder ») pourra ainsi être utilisé pour réduire les risques de blessure.



Le Finger Feeder – Medela®

En comparant l'utilisation du « finger feeder » monté sur une seringue à la méthode de la tasse, l'alimentation per os exclusive est plus rapidement obtenue chez les enfants nourris à la tasse. Mais la prise de poids est significativement moins importante. Enfin, la seringue limite les mouvements d'aspiration par rapport à la tasse (66).

L'utilisation de la seringue rend l'enfant inactif, car c'est le caregiver qui déclenche la succion en poussant le lait dans la bouche du nouveau-né.

6.3.4.3. La tasse

C'est une méthode de soutien à l'alimentation que l'on pourra utiliser chez les enfants de vingt-huit à trente-trois semaines, c'est-à-dire les enfants qui ont la capacité de laper et de déglutir mais qui ont une succion encore immature (66). Elle aurait beaucoup de similarités avec l'allaitement maternel et serait donc intéressante en amont de celui-ci (64,66). Bien que considérée comme étant sans danger (64), le volume ingéré avec la tasse est moins important qu'avec le biberon (64,66). En effet, lors de l'alimentation à la tasse, du lait peut s'écouler au niveau des commissures labiales diminuant la quantité finale ingérée (66). Enfin, les bébés qui développent leur alimentation orale avec la tasse auront besoin de plus de temps pour acquérir une alimentation autonome, en raison de leur fatigue et des aspirations.

En pratique, le soignant ou le parent présente le lait au niveau de la lèvre supérieure du nourrisson. Il n'est pas directement versé dans la bouche du nouveau-né, c'est lui qui vient le laper. Cette méthode rappelle ainsi l'action qu'effectue le fœtus in utero, en venant laper le liquide amniotique.



6.3.4.4. Le dispositif d'aide à la lactation (DAL) ou à l'allaitement

J. Newman décrit précisément le dispositif d'aide à la lactation dans son article traduit en français (69).

Ce dispositif permet de stimuler la lactation de la mère, en mettant son bébé au sein alors que sa succion est encore immature. Cela permet également de stimuler les compétences orales du nouveau-né prématuré. Enfin, il peut être utilisé pour compléter l'allaitement maternel, quand la mère n'a pas assez de lait, mais ne souhaite pas utiliser un biberon.

Le DAL permet à l'enfant d'améliorer ses compétences de téter tout en ayant suffisamment d'apport.

Pour réaliser le DAL, il faut prendre un récipient type biberon et une sonde fine. La première extrémité sera insérée dans le récipient et la seconde ira dans la bouche du nouveau-né. La

sonde peut être placée en amont sur le sein de la mère et maintenue avec un morceau d'adhésif. Elle peut également être insérée dans la bouche de l'enfant dès que celui-ci a tété une première fois.

La sonde ne doit pas dépasser le bout du mamelon et n'ira pas au-delà des gencives du nourrisson. Elle est dirigée vers le palais, au-dessus de la langue.

Quant au récipient, il ne doit pas être placé plus haut que la tête du nouveau-né.

Si le bébé prend correctement le sein, alors le temps d'alimentation ne sera pas excessivement long.



Il est également possible de réaliser un DAL au doigt si le bébé a une succion encore immature pour être mis au sein, mais que la mère désire l'allaiter ; ou quand le bébé a une malposition linguale : le doigt permettra de la corriger. Il est important que la personne qui réalise le DAL ait les ongles courts. La sonde fine est alors placée sur un des doigts de l'adulte qui souhaite nourrir l'enfant. Après sollicitation oro-faciale et si le nouveau-né marque son consentement, le caregiver pourra introduire le doigt, préalablement trempé dans du lait, dans la bouche du prématuré. Puis, il le placera sur la langue afin de stimuler la succion. Dès que le nourrisson initie un mouvement de succion, le caregiver insère délicatement le tube sur son doigt de façon latérale. Comme pour le DAL au sein, la sonde peut être fixée préalablement, assez haut sur le doigt. Le bébé pourra alors téter.



La position du récipient par rapport à la tête du prématuré (au-dessus, au même niveau ou en-dessous) contenant le lait permet de modifier le débit de lait.

6.3.4.5. L'allaitement maternel

L'allaitement permettrait une diversification aromatique plus importante, qui aurait un effet sur l'acquisition du goût et les comportements alimentaires ultérieurs. Par ailleurs, le lait possède de nombreux atouts, utiles pour les défenses immunitaires et la maturation du nouveau-né. Le premier lait, le colostrum, est particulièrement adapté aux immaturités digestives, métaboliques et immunitaires de la période néonatale (59). Bien que la croissance soit moins importante à la

sortie de l'hôpital chez les bébés allaités, leur développement à deux et cinq ans sera meilleur (1).

Enfin, l'allaitement maternel ne doit pas excéder trente minutes. Il faut noter qu'il est moins énergivore que le biberon, tout en étant davantage physiologique (64).

6.3.5. Les sollicitations sensorielles

La prématurité induit une arrivée précoce dans un environnement moins contenant que le ventre de sa mère. Ces bébés se retrouvent dans les services de néonatalogie, entourés de dystimulations. Afin de guider la maturation de l'oralité et limiter l'apparition ou l'aggravation de troubles alimentaires, de nombreuses sollicitations sensorielles seront proposées aux nouveau-nés prématurés. Il est important de distinguer la sollicitation de la stimulation (52). Dans le cadre de la « sollicitation », le soignant propose au bébé, qui peut accepter ou refuser. Il faut être vigilant aux signes de refus et de stress afin d'arrêter immédiatement les sollicitations si ceux-ci surviennent. Le but des sollicitations est de réinvestir et recréer des expériences positives autour de l'oralité.

Les sollicitations seront proposées à un bébé éveillé (10), avant ou pendant un repas ou un soin. L'objectif est de diversifier les approches, en gardant à l'esprit l'importance de la répétition. Les sollicitations doivent être réalisées plusieurs fois par jour dans un laps de temps bref : trois ou quatre minutes maximum. Ce sont des temps d'échange, d'interaction entre le parent ou le soignant et le nouveau-né. Elles devront être apprises aux parents et réalisées par les soignants en l'absence de ceux-ci.

Par ailleurs, pendant les deux premières années de vie, le cerveau de l'enfant est très plastique (70). Une intervention précoce pourra donc limiter l'installation de troubles sur le long terme.

Une étude s'est intéressée aux stimulations multisensorielles « ATVV : auditive, tactile, visuelle et vestibulaire » et à leurs impacts sur l'organisation de la succion des nouveau-nés prématurés nés entre 29 et 34 SA (71). Les résultats ont montré que les enfants ayant eu un traitement ATVV acquièrent une organisation de la succion et une autonomie alimentaire plus précoces.

Toutefois, il faut veiller à ne pas sur-stimuler les bébés et à respecter les temps propices aux sollicitations, afin que ces dernières restent des sollicitations positives et ne deviennent pas des dystimulations nociceptives.

6.3.5.1. Les sollicitations kinesthésiques

Le corps en général

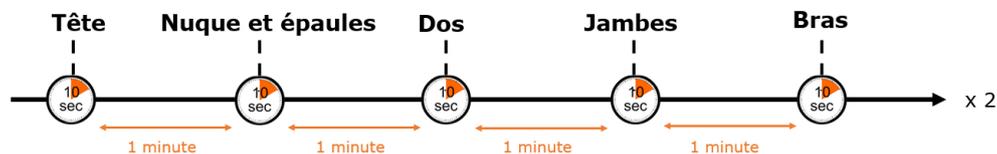
Le système somesthésique d'un fœtus est sans cesse activé. Il touche les parois de l'utérus, joue avec son cordon ombilical. Une naissance prématurée induit une hypostimulation tactile (72). Chez les très grands prématurés, les sollicitations kinesthésiques débutent par un moment d'enveloppement (32) : on enveloppe le bébé avec nos mains en position fœtale (39,52). Cette position lui fait retrouver les limites qu'il avait in utero. Il se calme plus facilement et déclenche

souvent des mouvements spontanés de succion. L'enveloppement favorise l'endormissement et la durée de sommeil du nourrisson, son organisation motrice et ses compétences d'autorégulation (28).

Des massages sur l'ensemble du corps sont ensuite proposés. Le contact doit être franc, il ne faut pas proposer un effleurement qui serait alors délétère. (10,52). Le travail se fait du point distal vers le point proximal.

Le travail du tonus axial du cou et de la tête peut débuter dès que le nourrisson respire sans assistance (39).

Abdallah propose cinq points de massage : la tête, la nuque et les épaules, le dos, les jambes et les bras. Chaque zone doit être sollicitée pendant dix secondes, puis le caregiver doit attendre une minute avant de solliciter une nouvelle zone. On renouvelle les sollicitations deux fois de suite.



Les avantages des massages sont nombreux (72) :

- Un gain de poids
- Une diminution des réponses à la douleur
- Une digestion améliorée qui induit une dépense énergétique moindre
- Un meilleur maintien de la température
- Une fréquence cardiaque plus stable
- Une durée d'hospitalisation plus courte
- Une réduction du stress
- Une amélioration de l'activité électroencéphalographique et de la fonction visuelle
- Un système immunitaire renforcé et moins de sepsis
- Une amélioration neurologique, motrice et comportementale

Un environnement stimulant pour le bébé peut également être proposé. Depuis quelques années, des petites pieuvres en crochet apparaissent dans les couveuses. Elles ont pour but de rassurer l'enfant et de l'empêcher de se faire du mal. En effet, les nourrissons ont tendance à s'agripper à tout ce qui les entoure (réflexe de grasping). Chez les prématurés, cela se traduit par une tendance à retirer leurs sondes. Ce mouvement « octopussien » est né en 2013 au Danemark. Aucune étude scientifique n'a validé son utilisation, mais, cliniquement, les bébés sont plus calmes et ont un rythme cardiaque ralenti.

La méthode Padovan ou réorganisation neuro-fonctionnelle

Un nourrisson naît avec environ cent milliards de cellules nerveuses, qui doivent parvenir à maturité et se spécialiser. Un nombre phénoménal de connexions synaptiques se feront au gré de ses expériences, assurant la maturation neuronale du cerveau.

Dans les années 1970, Béatriz Padovan met au point une approche thérapeutique globale de développement neuro-sensoriel, dite « Réorganisation Neuro-Fonctionnelle ». La méthode Padovan est utilisée pour récupérer des fonctions perdues ou des fonctions qui n'ont jamais été acquises (73).

Dans le cadre de la prématurité, le nourrisson est privé d'un certain nombre d'expériences. Les douze paires crâniennes et les cinq sens (l'audition, la vue, l'odorat, le toucher et le goût) vont être stimulés afin de suivre le développement normal du nourrisson.

La méthode se base sur une série d'exercices corporels, respiratoires et oro-bucco-faciaux. Les exercices suivent l'ordre naturel du développement et sont toujours accompagnés de parole. Trois facteurs sont indispensables : le rythme, la répétition et la régularité. Chaque séance dure entre trente et quarante-cinq minutes.

Afin de bien maîtriser cette méthode il est essentiel de suivre une formation.

Cette méthode permet une récupération du tonus musculaire du prématuré, améliore l'inconfort respiratoire et permet une extubation plus rapide. Des progrès sur la succion et la déglutition sont visibles. Grâce à la méthode Padovan, la succion coordonnée est atteinte plus rapidement (70).

Le peau-à-peau et la méthode Kangourou

Le peau-à-peau a souvent lieu immédiatement après la naissance du bébé, mais n'est pas toujours maintenu dans le temps. Il s'agit de placer le bébé nu ou seulement en couche, contre le torse de son parent. Il est important que le bébé garde une posture en enroulement (28). Idéalement, le nourrisson est placé contre sa mère ou, en l'absence de celle-ci, contre son père. Cette technique n'est pas toujours acceptée par les parents ou par le milieu socioculturel (72). Elle peut être proposée aux très grands prématurés (25-29 SA).

Lorsque le bébé est en peau-à-peau, il ressent la chaleur de son parent, sent son odeur et perçoit des sensations tactiles. Ces sensations déclenchent des comportements innés chez lui qui facilitent entre autre la prise au sein et le début de l'allaitement (30). Des effets bénéfiques à court terme sur la régulation thermique et respiratoire ainsi que sur le sommeil ont été retrouvés (28). Lubbe a également mis en avant des effets antalgiques et une maturation plus rapide du système nerveux autonome (64).

Chez la mère, ces sensations déclenchent la production d'ocytocine. Cette hormone cause alors une diminution du stress maternel, une montée de lait et un renforcement du lien d'attachement parent-enfant. (74)

Afin de protocoliser le peau-à-peau, certaines méthodes sont apparues comme la méthode Mère Kangourou (en anglais Kangaroo Mother Care). Celle-ci est apparue en 1978 à Bogota en Colombie. Face au manque de couveuses, le pédiatre Rey Martinez a décidé de placer les nourrissons de faible poids mais médicalement stables en peau-à-peau contre leur mère. Ils pouvaient ainsi bénéficier de la chaleur de leur mère et avoir accès facilement à l'allaitement.(74).

La méthode s'est ensuite exportée à travers le monde. Grâce à l'association Mères-Kangourou qui s'attache à diffuser la méthode en France depuis 1995, des unités Kangourou se sont développées.

Les prématurés doivent ainsi être placés le plus tôt possible contre leurs parents, si possible dès la salle d'accouchement, puis durant le plus grand nombre d'heures. Il existe quelques contre-indications à la mise en place de la méthode Kangourou : l'instabilité tensionnelle, la détresse respiratoire, l'hypertension artérielle pulmonaire, l'hyperthermie, la phase aigüe d'une infection symptomatique, la présence d'un cathéter artériel, d'un drain pleural, une sévère instabilité ou un refus des parents (74).

Il est important de bien placer le nourrisson contre son parent. Le bébé ne doit porter qu'une couche et un bonnet. Il faut le positionner à la verticale, entre les seins de sa mère ou sur le torse nu de son père ou bien légèrement en position transversale afin de permettre un meilleur contact visuel. L'enfant doit avoir les bras et les jambes écartés en « grenouille », la tête sur le côté (75). Le contact peau-à-peau doit être total.



L'enfant est ensuite maintenu contre son parent grâce à un linge qui le couvre de sous l'oreille jusqu'en-dessous des fesses. Pour être plus confortable, le parent peut s'asseoir à 40 ou 45 degrés. Il faut également adapter l'environnement en faisant attention à la température de la pièce, à la lumière et au bruit (74).

Le parent peut ensuite vaquer à ses occupations, le bébé contre lui.



La méthode Kangourou permet de tisser des liens forts entre les parents et leur bébé. Elle améliore la survie des bébés ayant un poids de naissance inférieur à deux kilogrammes, facilite l'allaitement et leur adaptation métabolique notamment d'un point de vue thermique (76).

Le peau-à-peau et la mise au sein non nutritive amènent de nombreuses sollicitations chez le nouveau-né. Poser contre le sein de sa mère, il aura accès à son odeur corporelle ou à celle du lait. Dans cette position, il pourra également déclencher des comportements innés, en

recherchant le mamelon de sa mère et en essayant de s'y accrocher pour téter. Cette recherche entraînera des sollicitations kinesthésiques de la zone oro-faciale du nouveau-né, pouvant activer les réflexes archaïques. La mère pourra également faire perler quelques gouttes de lait, que le prématuré pourra gouter au cours de sa recherche.

La zone oro-faciale

Les sollicitations kinesthésiques de la zone oro-faciale ont deux objectifs :

- Développer les mouvements réflexes de la zone oro-faciale, parfois absents ou faibles en raison d'un manque de maturité cérébrale
- Limiter l'hypersensibilité due à l'absence d'expérience et aux soins douloureux de cette zone

L'objectif final est d'arriver à une alimentation autonome.

Tout d'abord, nous allons nous intéresser aux sollicitations permettant un renforcement du tonus axial et de la sphère orale. Les massages et sollicitations de la région péri-orale ou buccale vont induire des mouvements réflexes des lèvres, des mâchoires, du palais mou et du pharynx chez le nouveau-né prématuré (40).

Nous nous appuyerons sur les réflexes archaïques présents normalement chez le bébé (39).

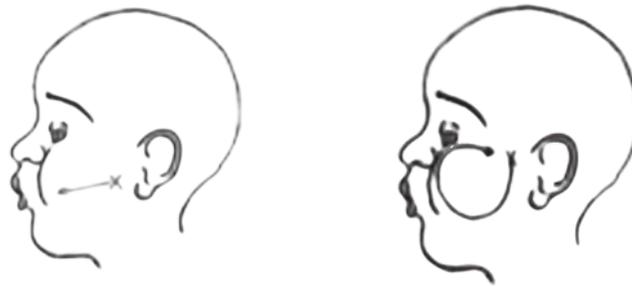
Pour rappel :

- Le réflexe de Hooker s'active quand le bébé passe sa main devant sa bouche : il l'ouvre et sort sa langue.
- Le réflexe de frouissement permet au bébé de s'orienter vers la source nourricière. Quand les commissures labiales sont sollicitées, le nourrisson oriente sa tête du côté stimulé.
- Le réflexe des points cardinaux permet à l'enfant de trouver le mamelon de sa mère. En effectuant de légers petits appuis sur le pourtour des lèvres, le bébé s'oriente vers l'appui.
- Le réflexe de succion est sollicité en plaçant son petit doigt sur le milieu de la langue du bébé, en appuyant légèrement pour creuser la langue et en effectuant de petits mouvements d'avant en arrière

Il est primordial de commencer en prenant contact avec le bébé prématuré, bien positionné en enroulement avec des appuis corporels stables et sécurisants. Le caregiver va lui parler, toucher son corps. Il peut lui masser les mains ou les pieds, car les régions cérébrales liées aux mains et aux pieds sont proches de celles liées à la bouche. Il est possible de mobiliser le bras de l'enfant de telle sorte à passer sa main devant sa bouche pour déclencher le réflexe de Hooker. Les sollicitations péribuccales vont ensuite être effectuées, puis vont se rapprocher de la bouche pour finalement rentrer progressivement dans celle-ci (77).

Les massages jugaux sont la première étape. Deux types de pression peuvent être exercés. Une pression de l'index en partant de l'articulation temporo-mandibulaire vers les lèvres et en maintenant la pression deux secondes au niveau des lèvres provoque la fermeture de celle-ci.

Une pression rotatoire en partant de l'arrière vers l'avant et du bas vers le haut provoque un pivotement de la tête vers le côté stimulé.



Puis, le soignant effectuera les massages sur les lèvres. Il fera des points d'appui tout autour de celles-ci pour travailler sur le réflexe de fuissement et sur le réflexe des points cardinaux. Cela va permettre un relèvement de la lèvre du côté stimulé.

Le soignant ou le parent entre ensuite progressivement dans la bouche de l'enfant, avec de préférence un doigt préalablement imprégné de lait. La stimulation de la muqueuse interne des lèvres va entraîner une avancée de la pointe de la langue. Le bébé essaie de toucher le doigt.

Il est également possible de masser les gencives et l'intérieur des joues.

Le massage de la langue signe la dernière étape. Le soignant ou le parent place la pulpe de son auriculaire sur le milieu de la langue en effectuant une légère pression pour la placer en gouttière. Il effectue ensuite de légers mouvements d'avant en arrière pour déclencher le réflexe de succion. Les lèvres se referment alors sur le doigt et il est possible de sentir des mouvements d'aspiration.

Pour Monique Haddad, c'est l'effet de surprise qui fonctionne. Chaque sollicitation doit être réalisée deux à trois fois maximum, en laissant au bébé le temps de réagir. Le délai de réaction peut varier de quatre à dix secondes.

Ces sollicitations vont permettre de diminuer le temps de transition entre l'alimentation à la sonde et celle per os. Selon les études, l'alimentation per os est obtenue quatre à six jours plus tôt grâce aux sollicitations (40,53). La succion est mature plus rapidement, ce qui permet une augmentation du volume absorbé et donc une meilleure prise de poids (40). Le bébé allant mieux, la relation parentale est améliorée et le temps d'hospitalisation est réduit de trois à sept jours (53).

En dehors de ces sollicitations, il faut veiller à ce que le bébé garde la bouche fermée. La langue a besoin de trouver ses limites. Il faut éviter qu'elle se trouve en position basse ou hypotonique. La bouche fermée favorise les mouvements de succion et de déglutition (39).

Les prématurés sont souvent amenés à passer de long mois hospitalisés, parfois intubés et/ou nourris artificiellement. Cette hospitalisation génère une multiplication des périodes de soins, pouvant être génératrices de dystimulations nociceptives, agressant la zone oro-faciale. Ces

dystimulations, associées à un potentiel manque de sollicitations positives péri-orales et orales peuvent générer une hypersensibilité intrabuccale et exacerber un réflexe nauséux, empêchant toute introduction (tétine, mamelon, sucette, doigt) dans la bouche du nourrisson.

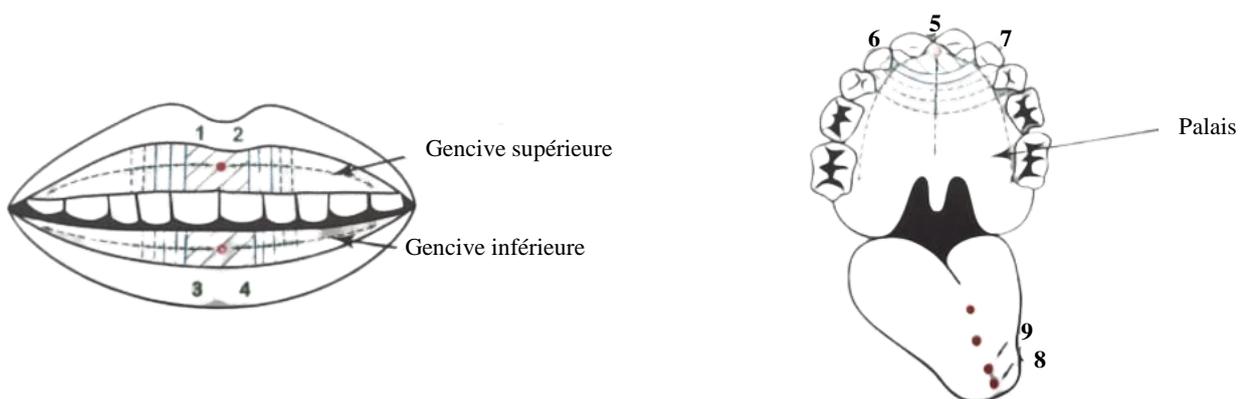
Cette hypersensibilité devra être prise en charge, au cours d'une rééducation. Catherine Senez propose un protocole de massages de désensibilisation chez les enfants (11). Celui-ci pourra être adapté pour la prise en charge du nouveau-né prématuré.

Elle propose une série de massages qui se basent sur des frictions très énergiques et appuyées. Le but est de produire un échauffement et non une sensation de chatouillement.

Chaque zone sera massée grâce à trois passages aller-retour très rapides et toujours dans le même ordre :

- La gencive supérieure droite puis gauche
- La gencive inférieure droite puis gauche
- La région apicale et médiane du palais
- Un appui énergique et rapide sur la pointe de la langue

L'ensemble des sollicitations ne doit pas dépasser six secondes. On augmentera l'amplitude des mouvements au fur à mesure, en fonction de la tolérance du nourrisson. C. Senez demande de réaliser ces massages plusieurs fois par jour.



La succion non nutritive (SNN)

La SNN est constituée de trains de succion plus rapides (64) que ceux de la succion nutritive (deux à trois par seconde) et ne nécessite pas de déglutition ni de fermeture laryngée (59). Elle est essentiellement constituée de mouvements d'écrasement et non d'aspiration. (61)

Malgré certains préjugés des soignants à proposer une sucette aux bébés allaités, son utilisation dans le cas de la prématurité a largement montré des effets bénéfiques (78). La SNN a pour avantage de moduler la douleur (77,79,80), réduire le stress (77,79,80) et favoriser l'apaisement grâce à la libération d'endorphine (81). D'un point de vue physiologique, elle abaisse la fréquence cardiaque, augmente l'oxygénation, diminue les apnées et favorise le gain de poids (64). Une amélioration de la qualité de succion nutritive est également observée (77).

Associée à l'alimentation artificielle (77,82), elle permet de réduire le temps de transition de 2,9 jours d'après Standley (79). Elle accorde une meilleure absorption des aliments car elle respecte certaines caractéristiques d'une alimentation physiologique, en partie grâce à une augmentation des sécrétions gastriques et une diminution des sécrétions gastrines. Une amélioration du fonctionnement du tractus gastro-intestinal est également relevée (64). Ces modifications permettent un gain pondéral (80).

Les avantages de la SNN seule ou associée à l'alimentation artificielle permettent de réduire le temps d'hospitalisation (29,77), Standley parlant d'un gain de 6,3 jours (79).

La SNN peut être proposée aux prématurés grâce au doigt (39), à la tétine ou à la sucette, au coton-tige (77) ou directement au sein (29).

6.3.5.2. *Les sollicitations olfactives*

L'olfaction est un des sens qui se développent le plus précocement. Dès vingt-quatre SA, on retrouve une muqueuse olfactive avec des récepteurs matures (61). Entre vingt-six et trente SA, le fœtus, grâce à ses expériences avec le liquide amniotique, se construit une mémoire sensorielle olfactive et gustative (19). Cette mémoire va lui permettre d'accepter, à la naissance, les odeurs qu'il connaît et refuser les autres, celles qui pourraient être nocives. C'est un réflexe de survie (61).

Dans l'univers néonatal, le nouveau-né prématuré est soumis à de nombreuses odeurs désagréables, comme les produits désinfectants, les odeurs corporelles dans la couveuse, le plastique des sondes. Il est important de mettre en place un univers olfactif plus agréable, qui le rassure. Le prématuré est sensible aux odeurs maternelles tel que le lait, l'odeur du sein ou celle du liquide amniotique, cela le calme et réduit sa douleur (77,82). Les parents pourront donc placer dans la couveuse ou le berceau un tissu imprégné de leur odeur ou de quelques gouttes de lait maternel (39,64).

Goubet a étudié l'impact d'une odeur familière sur la douleur dans le cadre d'une ponction veineuse. Il a été montré qu'une odeur familière diminue les pleurs et les grimaces quand le nouveau-né prématuré subit un soin générant une douleur modérée. En effet, pleurer est une action très coûteuse pour le prématuré : trois à quatre minutes de pleurs entraînent une perte de chaleur de 13,2% (36).

Le mode d'alimentation influe sur la discrimination olfactive du nouveau-né. En effet, dès le quatrième jour, un bébé nourri au sein est capable de détecter la faible odeur du lait maternel parmi celle de l'eau distillée ou celle d'un lait maternel non familial. A contrario, les enfants nourris au biberon ne semblent pas distinguer l'odeur du lait artificiel familial d'une odeur non familière. La thyroxine et les œstrogènes présents dans le colostrum et le lait maternel favorisent les performances olfactives. (83).

Outre le lait, le nouveau-né prématuré est capable de détecter différentes odeurs. Il y est plus ou moins sensible selon son exposition olfactive in utero. Les odeurs familières ou sucrées comme la vanille permettent de prévenir ou réduire les risques d'apnée et de bradycardie (83). Il a également été observé que l'exposition des nourrissons prématurés de trente-trois à trente-quatre SA à des odeurs familières augmenterait de 20% la fréquence et l'intensité de la succion, en opposition à une exposition inodore telle l'eau distillée (61). En effet M. Haddad a exposé des enfants à des sollicitations olfactives pendant trois à quatre minutes par jour. Le nombre d'odeurs était plafonné à trois, car au-delà l'odorat du nourrisson est saturé (39). Les sollicitations étaient proposées pendant 20 secondes, avec une pose d'une minute entre chaque.

Les odorants étaient choisis en fonction du passé alimentaire de la mère lors de sa grossesse, puis dilués (une goutte d'odorant pour dix gouttes d'eau) et proposés sous le nez du bébé grâce à un coton-tige imbibé. Les sollicitations étaient proposées avant ou pendant le repas. L'autonomie alimentaire était atteinte neuf jours plus tôt chez les enfants sollicités olfactivement.

Dans cette étude, des odorants liées aux souvenirs olfactifs in utero ont été utilisés. L'odeur du lait maternel proposée pendant une alimentation artificielle favorise également l'accélération de la transition vers une alimentation orale autonome.

Les sollicitations olfactives sont donc des moyens efficaces et indolores qui peuvent participer au bien-être du bébé prématuré et au développement de son oralité.

6.3.5.3. Les sollicitations gustatives

Le système gustatif est associé au système olfactif. La saveur est constituée à 20% de goût et à 80% d'olfaction. Lors des sollicitations gustatives, la première étape sera une sollicitation olfactive au lait (53). Ces sollicitations peuvent se faire au sein, avec une petite seringue remplie de lait, un coton-tige imbibé de lait ou aux doigts.

Les papilles gustatives se mettent en place dès la dixième semaine de gestation (59). Ces sollicitations peuvent donc être proposées à tous les bébés prématurés. In utero, le fœtus tète le liquide amniotique. Plus celui-ci est sucré, plus le fœtus tète et déglutit. Il s'agit d'un réflexe inné d'accepter les saveurs sucrées et de rejeter celles qui sont amères (59).

Concrètement, dès vingt-cinq SA, il est possible de proposer 2mL de lait en bouche (avec une seule goutte, le bébé n'a pas accès au goût). Le soignant fait sentir le lait au bébé sans se préoccuper du contenant. Si celui-ci réagit, tourne la tête ou ouvre la bouche, il propose une goutte de lait à la commissure des lèvres. Si les réactions restent positives, il introduit un peu plus de lait. Mais au moindre signe de refus, de stress, il faut stopper les sollicitations.

6.3.5.4. Les sollicitations auditives

L'environnement sonore des services de néonatalogie, bien que contrôlé, reste agressif pour le nouveau-né. Le fœtus entend et réagit par une agitation motrice à un bruit dès vingt-cinq ou vingt-sept SA (79).

Pour pallier ces stimulations sonores stressantes, la voix humaine, et en particulier celle des parents, est la plus rassurante (39). Le discours doit cependant être adressé à l'enfant, un bruit sonore de conversation de fond n'a pas d'effet positif sur le bébé. On encourage donc les parents à parler à leur enfant lors de leur visite, ce qui n'est pas toujours facile car la communication orale avec leur bébé est souvent altérée (84). Il est déconseillé de passer un enregistrement audio de la voix des parents à l'enfant car celui-ci reconnaît bien leur voix et s'attend donc à les voir, à les sentir. Le but des sollicitations auditives est de recréer un milieu sonore connu et rassurant.

Ces sollicitations ont également un réel impact sur le cerveau. Dès vingt-six ou vingt-huit SA, un discours synchrone entre un interlocuteur et un nourrisson a un impact sur la myélinisation des axones dans le tronc cérébral auditif (84).

De nombreuses études ont montré que la communication orale entre l'adulte et le bébé avait également des effets positifs sur l'alimentation (23,63,84).

L'étude de Bruwier s'est intéressée plus particulièrement à l'effet des berceuses que l'on peut chanter aux nourrissons. Ces résultats ont montré une amélioration significative de la qualité de succion (77). Les berceuses permettent en plus une double stimulation, à savoir linguistique et rythmique (79).

Plus récemment des chercheurs (85) ont étudié l'effet de la musique sur le bébé prématuré. Ils ont demandé au compositeur suisse Andreas Vollenweider de créer trois mélodies de huit minutes chacune, conçues pour accompagner les phases d'éveil, de réveil et d'endormissement. Les nourrissons ont été exposés à cette musique à raison de cinq fois par semaine.

Les examens IRM montrent des connexions neuronales plus actives chez les bébés stimulés avec la musique que chez les témoins. De plus, une meilleure stabilité du rythme cardiaque et respiratoire, une réduction du nombre d'apnées et de bradycardie ont été relevées. Les bébés sont plus apaisés et ont un meilleur sommeil. Sur le plan de l'alimentation, celle-ci est globalement améliorée avec un gain de poids (79). Une diminution du temps d'hospitalisation est observée.

Aux USA, 72% des services de néonatalogie utiliseraient déjà la musique avec les prématurés (22).

PARTIE II – Pratique

1. Les hypothèses et objectifs du mémoire

1.1. Les objectifs de notre mémoire

L'objectif de notre mémoire est de créer une plaquette d'informations sur l'oralité du nouveau-né prématuré, le repérage et la prévention des troubles de l'oralité. Cette plaquette s'adresse aux professionnels travaillant en néonatalogie et en maternité. Notre plaquette serait un aide-mémoire pour les professionnels de santé sur les soins à apporter au nouveau-né prématuré pour favoriser le développement d'une oralité positive et pour limiter les dystimulations. Dans un second temps, nous avons l'objectif de lier la plaquette à un support numérique étayant, grâce à des photos, des vidéos, des contenus et des références, notre plaquette.

1.2. Les hypothèses de notre mémoire

Les troubles de l'oralité sont très fréquents chez les nouveau-nés prématurés et sont essentiellement causés par leur immaturité et la présence de dystimulations. Afin de limiter leur apparition, il semble intéressant de se pencher sur les méthodes de repérage et de prévention utilisées au sein des services de néonatalogie, premier lieu de vie de l'enfant.

L'orthophoniste est un professionnel spécialisé dans la prise en charge de l'oralité, mais est peu présent au sein de ces services.

Nous émettons les hypothèses suivantes :

- Dans un service de néonatalogie, le personnel soignant est normalement sensibilisé au trouble de l'oralité au sein de sa formation initiale mais ne réactualise pas forcément ses connaissances.
- La prévention et le repérage seraient plus adaptés et plus efficaces si les soignants avaient un support pour les sensibiliser et leur rappeler certaines notions.

2. La méthodologie du questionnaire

2.1. Les objectifs

L'objectif principal du questionnaire est de faire l'état des lieux des connaissances et des pratiques autour de l'oralité, du personnel soignant exerçant en maternité et en néonatalogie.

L'objectif secondaire est de dégager des axes de réflexion et d'amélioration des pratiques qui seront proposés aux soignants à travers une plaquette.

2.2. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Le questionnaire s'adresse uniquement aux personnels soignants ou paramédicaux exerçant en service de maternité ou de néonatalogie en France métropolitaine ou d'outre-mer. Les établissements privés et publics sont inclus dans l'étude.

2.3. Le questionnaire

L'enquête repose sur un questionnaire unique. Nous avons fait le choix de proposer un questionnaire en ligne via la plateforme GoogleForms, ce qui nous a permis de le déployer à l'échelle nationale et ainsi réduire nos coûts. Le format numérique est également le moyen le plus rapide, car il réduit les temps de diffusion et de récolte des résultats. Les réponses au questionnaire en ligne sont plus fiables et plus facilement exploitables. En effet, elles sont plus sincères car elles ne sont pas influencées par l'enquêteur. Les risques d'erreurs de saisie de la part de l'enquêteur lors du report des résultats sont également réduits. De plus dans le respect des normes RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), la plateforme GoogleForms permet une anonymisation des réponses.

Cependant, nous pouvons fournir une version papier du questionnaire au service qui le souhaitait.

Le choix des questions fut le fruit d'un important travail de recherche. Nous voulions proposer un questionnaire rapide à remplir tout en étant le plus complet possible (environ 15 minutes), car nous savons que les soignants ont peu de temps à nous accorder.

Nous avons décidé d'utiliser majoritairement des questions fermées. Ce type de question propose des réponses préétablies. Nous avons alterné entre les questions à choix unique et celles à choix multiple. Ces questions permettent un gain de temps lors de la passation du questionnaire et une facilité d'interprétation.

Nous avons tout de même voulu proposer quelques questions ouvertes, sans réponse préétablie pour ne pas influencer la personne sondée. Les questions ouvertes ne sont pas majoritaires car elles demandent plus de réflexion aux participants, ce qui peut en décourager certains. Elles sont également plus difficiles à étudier. Nous avons ordonné les réponses à l'aide de mots-clés qui nous ont ensuite permis de créer des graphiques pour l'analyse. Nous avons organisé notre questionnaire en vingt-quatre questions, divisées en quatre parties :

Partie 1 : Pour mieux vous connaître

Cette partie permet de mieux cerner le professionnel qui remplit le questionnaire. En effet, il nous donne des informations sur son lieu de travail, sa profession exacte, son nombre d'années d'expérience et sa formation en oralité.

Partie 2 : connaissances théoriques sur l'oralité

Cette partie est essentiellement constituée de questions ouvertes. Nous voulions faire un état des lieux des connaissances des professionnels sur l'oralité et les troubles de l'oralité (définition, étiologie, signes évocateurs, répercussions à court ou long terme) sans pour autant les influencer par des propositions de réponse.

Partie 3 : prise en charge de l'oralité dans le service

Dans cette partie nous cherchons à connaître les habitudes du service autour de l'oralité. Les questions concernaient notamment les premiers essais alimentaires, les laits utilisés dans le

service, la fréquence des repas, l'utilisation de la succion non nutritive (sucette), l'utilisation des sollicitations gustatives, olfactives et/ou kinesthésiques.

Partie 4 : vos possibles attentes

L'objectif premier de notre mémoire étant la création d'une plaquette d'informations, nous avons interrogé les professionnels sur leurs attentes et leur intérêt pour recevoir notre mémoire et/ou notre plaquette.

ANNEXE 7 : Le questionnaire

2.4. La distribution du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé à partir du 5 juin 2019, auprès de 39 réseaux de périnatalité et 11 maternités directement via des mails. Il a également été diffusé sur les réseaux sociaux au travers de pages destinées aux professionnels des services de maternités et de néonatalogie.

Le questionnaire a été clôturé le 31 octobre 2019.

2.5. L'analyse des données

L'analyse descriptive des données obtenues a comporté le calcul de proportion.

Le logiciel Excel a été utilisé pour effectuer les calculs et les graphiques.

3. Les résultats et l'analyse des réponses

3.1. Les résultats du questionnaire

A l'issue de la distribution de notre questionnaire, nous avons pu récupérer 105 réponses. Toutes les questions n'étant pas obligatoires, nous vous indiquerons à chaque fois le nombre de réponses obtenues.

Partie 1 : Pour mieux vous connaître

❖ Question 1 : « Nom de l'établissement » (105 réponses)

Dans ce tableau nous vous présentons la répartition des soignants qui ont répondu au questionnaire selon leur lieu d'exercice. Deux personnes ne nous ont pas donné précisément leur lieu d'exercice mais nous ont dit travailler dans un CHU.

Nom de l'établissement	Région	Département	Nombre de réponses
CHU Caen	Normandie	Calvados (14)	29
CH Pau	Nouvelle Aquitaine	Pyrénées-Atlantiques (64)	10
HP Beauregard (Marseille)	PACA	Bouches du Rhone (13)	5

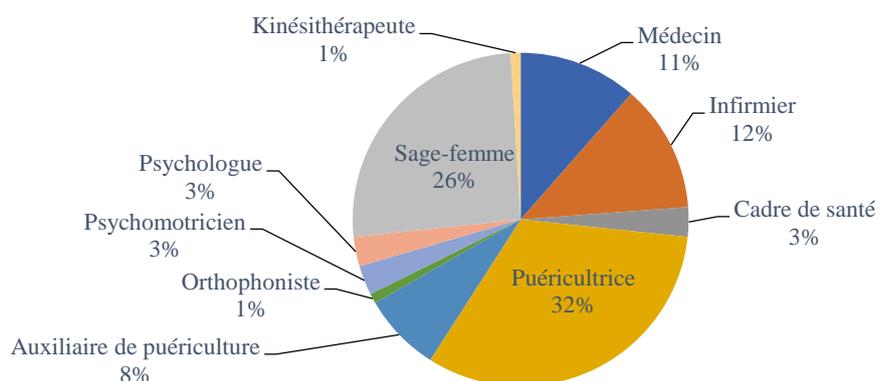
CHU Dijon	Bourgogne-France-Comté	Côte-d'Or (21)	8
CHIC Castres	Occitanie	Tarn (81)	6
CHU Saint-Etienne	Auvergne-Rhône-Alpes	Loire (42)	6
Hôpital Le Corbusier (Firminy)	Auvergne-Rhône-Alpes	Loire (42)	5
CH des Quatre Villes (Saint-Cloud)	Ile-de-France	Hauts-de-Seine (92)	4
CH William morey (Chalon sur Saône)	Bourgogne-Franche-Comté	Saône-et-Loire (71)	4
Hôpital privé de la Loire (Saint-étienne)	Auvergne-Rhône-Alpes	Loire (42)	4
CH Roanne	Auvergne-Rhône-Alpes	Loire (42)	3
Hôpital du Gier (Saint-Chamond)	Auvergne-Rhône-Alpes	Loire (42)	3
CHU Nantes	Pays de la Loire	Loire-Atlantique (44)	3
CHAN (centre hospitalier de l'agglomération de Nevers)	Bourgogne-Franche-Comté	Nièvre (58)	2
CHU Rouen	Normandie	Seine-Maritime (76)	1
CH du Forez (Montbrison)	Auvergne-Rhône-Alpes	Loire (42)	1
CHPA (Aix-en-Provence)	PACA	Bouches du Rhône (13)	1
Hôpital de la Conception (Marseille)	PACA	Bouches du Rhône (13)	1
CH Ardèche Nord (Annonay)	Auvergne-Rhône-Alpes	Ardèche (7)	1
Hôpital Nord, (Marseille)	PACA	Bouches du Rhône (13)	1
Ecole maïeutique, Marseille	PACA	Bouches du Rhône (13)	1
Hôpital Foch (Suesnes)	Ile-de-France	Hauts-de-Seine (92)	1
Hôpital Sud Francilien (Corbeil-Essonnes)	Ile-de-France	Essonne 91)	1
CH Mayotte		Mayotte (976)	1
Clinique Kuendu Magnin Nouméa		Nouvelle-Calédonie (988)	1

❖ Question 2 : « Service/type de maternité » (105 réponses)

16 personnes travaillent au sein d'une maternité classique de niveau I, soit 15,24% de notre panel. 34 personnes ont dit travailler au sein d'une unité de néonatalogie sans nous donner plus de précision, représentant 32,38% de la population. 18 soignants exercent en néonatalogie de niveau II (17,14%) et 28 personnes au sein d'un service de néonatalogie de niveau III (26,67%). Trois personnes nous ont dit travailler dans une unité de soins intensifs, cinq personnes en réanimation et une personne en unité kangourou.

❖ Question 3 : « Quelle est votre profession » (105 réponses)

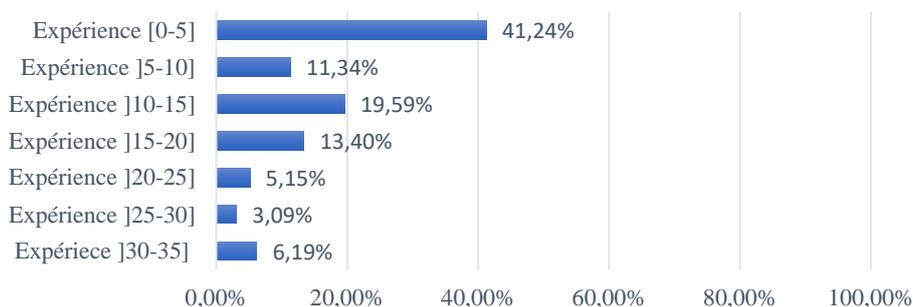
Répartition des soignants selon leur profession



❖ Question 4 : « Combien d'années d'expérience professionnelle avez-vous ? » (97 réponses)

Nous avons majoritairement recueilli le témoignage de jeunes professionnels, 41,24% d'entre eux ayant entre 0 et 5 ans d'expérience (40 personnes).

Expérience en service de néonatalogie



❖ Question 5 : « Avez-vous été formé au concept d'oralité ou de troubles de l'oralité ? » (105 réponses)

29 soignants ne sont pas du tout formés à l'oralité, soit 27,62% des réponses obtenues. Sur les 76 personnes formées au concept d'oralité et à ses troubles, seulement 39 ont reçu cette sensibilisation au cours de leur formation initiale (37,14%).

Sur l'ensemble des soignants formés dans le domaine de l'oralité, 40% ont suivi une ou des formations complémentaires (42 personnes) et 37,14% ont pris le temps de lire de la documentation (39 personnes).

❖ Question 6 : « Est-ce que dans votre pratique professionnelle cet enseignement vous a été utile ? » (77 réponses)

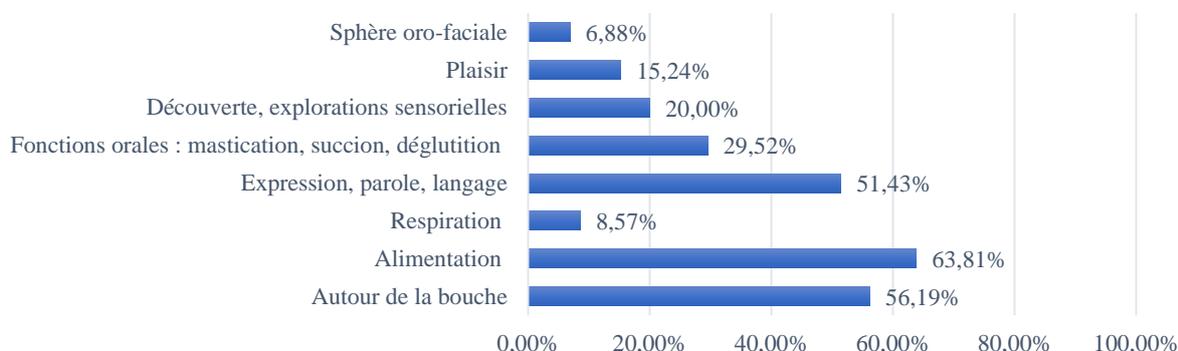
Dans l'ensemble les soignants sont satisfaits de leur formation en oralité. On ne retrouve qu'une personne non satisfaite et 11 personnes peu satisfaites (14,29%). 58,44% du panel affirme être satisfait de sa formation, soit 45 soignants. 20 personnes sont même très satisfaites de leur enseignement. (25,97%).

Partie 2 : Connaissances théoriques sur l'oralité

❖ Question 7 : « Quelle serait votre définition du terme « oralité » (mots-clés) ? » (105 réponses)

Les soignants avaient ici la liberté de s'exprimer. Afin d'analyser leur réponse, nous avons défini huit mots-clés correspondants à la définition du terme « oralité » : bouche, sphère oro-faciale, alimentation, respiration, expression/parole/langage, fonctions orales (mastication, succion, déglutition), découvertes/explorations sensorielles et plaisir. A chaque fois qu'une notion-clé apparaissait nous lui avons attribué un point. Nos résultats sont présentés dans le graphique suivant.

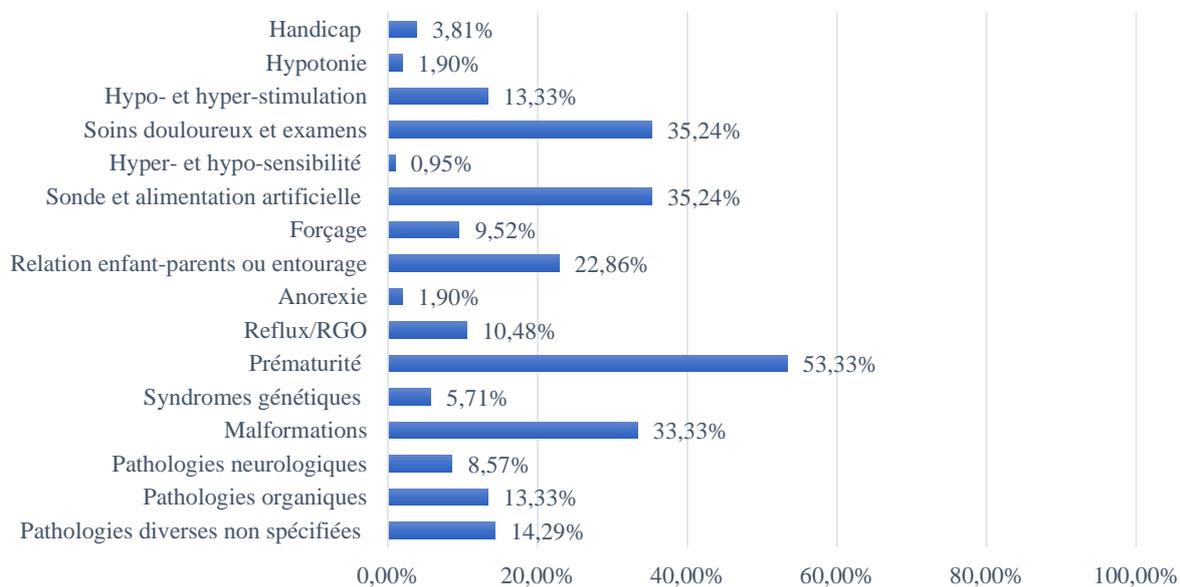
Définition (mots-clés) de l'oralité



❖ Question 8 : « Quel(s) est/sont le(s) contexte(s) susceptible(s) d'entraîner des troubles de l'oralité ? » (105 réponses)

Nous avons procédé de la même façon que pour la question précédente. Dans le graphique ci-dessous, nous vous présentons toutes les étiologies relevées.

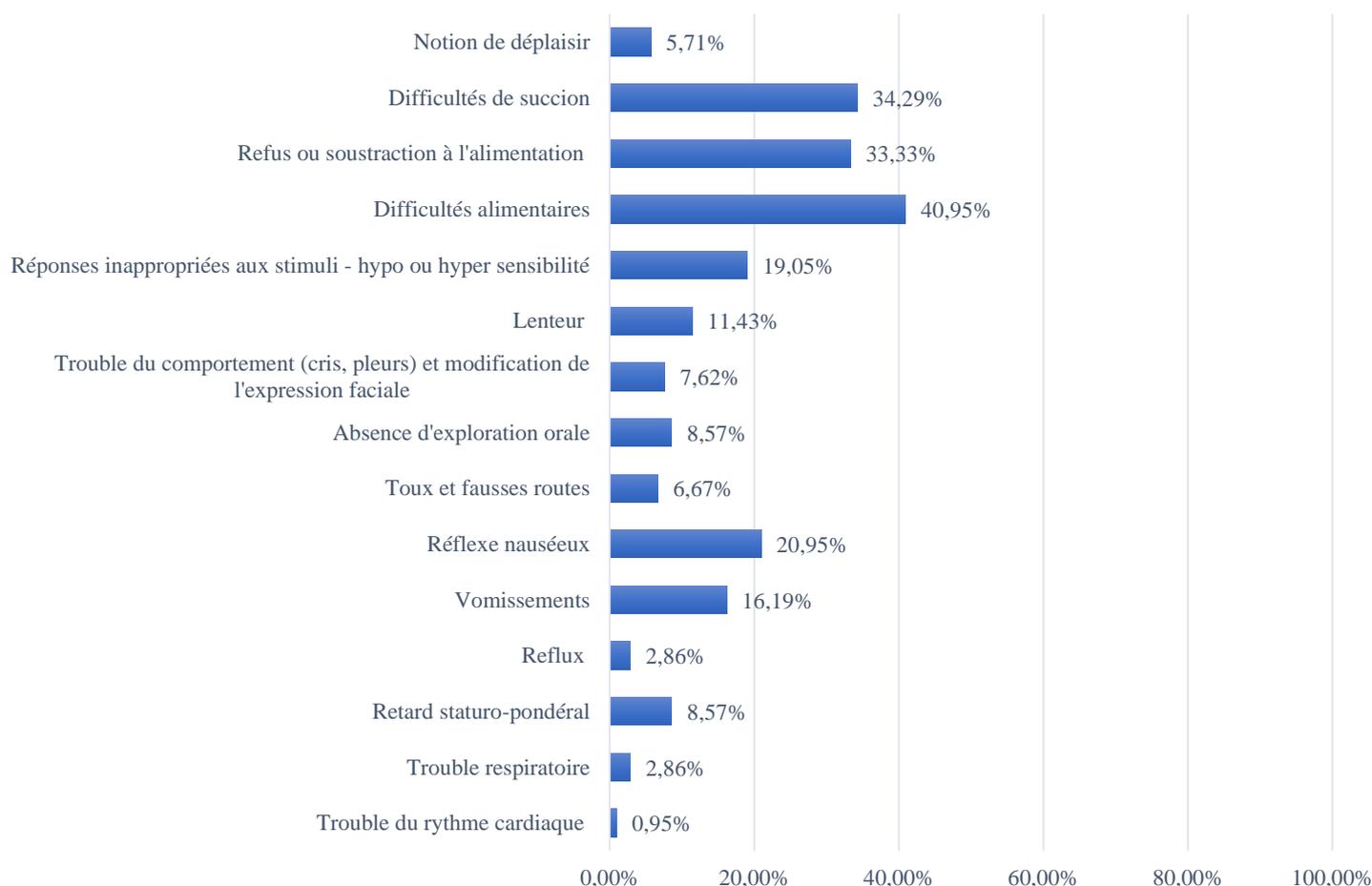
Etiologies des troubles de l'oralité



❖ Question 9 : « Quel(s) est/sont le(s) signe(s) évocateur(s) d'un trouble de l'oralité ? » (105 réponses)

Cette question était elle aussi ouverte, ce qui a généré de nombreuses réponses variées comme nous pouvons le voir dans le graphique ci-contre. Trois réponses semblent toutefois revenir fréquemment : les difficultés alimentaires, les difficultés de succion et le refus ou la soustraction à l'alimentation.

Signes évocateurs d'un trouble de l'oralité



❖ Question 10 : « Pour vous, le développement de l'oralité alimentaire peut-il avoir des répercussions sur le développement langagier ? Le développement moteur ? Le développement psychique ? La relation parent-enfant ? Le développement intellectuel ? Les courbes de croissance staturo-pondérale ? » (105 réponses)

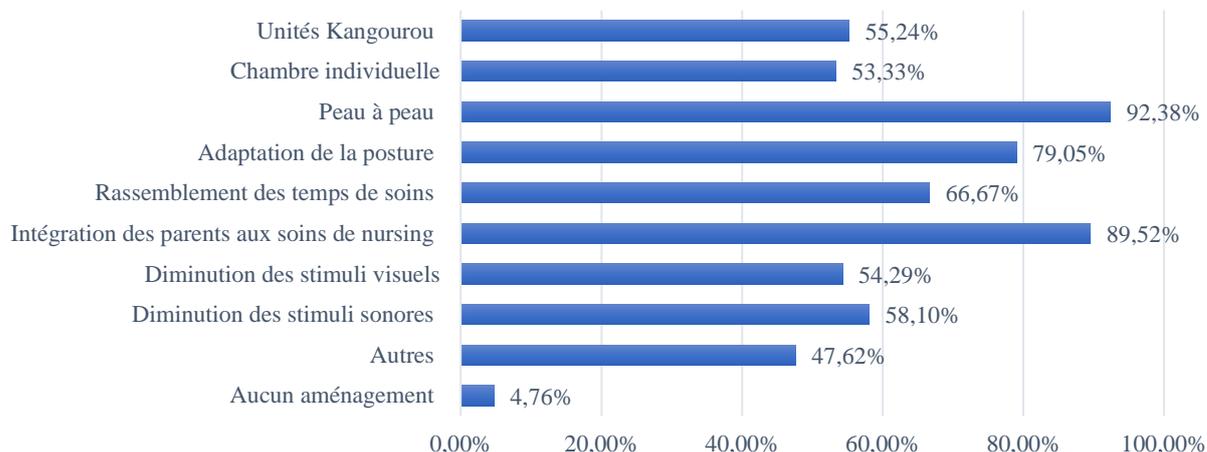
Aucun soignant ne pense que les troubles de l'oralité n'ont aucun impact sur le nourrisson. En effet, 94% des personnes pensent qu'il y a un effet sur la courbe de croissance. Pour 92% d'entre eux, le développement de l'oralité alimentaire a son importance dans la relation parents-enfant. Pour les soignants, le développement de l'oralité alimentaire a une incidence sur le développement général de l'enfant. Ainsi, 90% pensent que l'oralité alimentaire joue un rôle dans le développement langagier, 83% dans le développement psychique, 57% dans le développement moteur et 40% dans le développement intellectuel.

Partie 3 : Prise en charge de l'oralité dans le service

❖ Question 11 : « Quels aménagements sont mis en place ? » (105 réponses)

Dans le graphique suivant nous vous présentons les aménagements mis en place dans les services autour de l'oralité.

Aménagement(s) mis en place dans le service



❖ Question 12 : « Qui décide des premiers essais alimentaires en présence d'un trouble de l'oralité ? » (93 réponses)

La prise de décision des premiers essais alimentaires en cas de trouble de l'oralité est le plus souvent prise en équipe pluridisciplinaire (71 réponses soit 67,62%). Douze personnes ont rapporté que seul le médecin du service prenait cette décision (11,43%) et deux personnes nous ont dit qu'une personne spécifique dans le service avait la charge du début de l'alimentation.

❖ Question 13 : « Quand réalisez-vous les premiers essais alimentaires chez un nouveau-né qui a des troubles de l'oralité ? » (95 réponses)

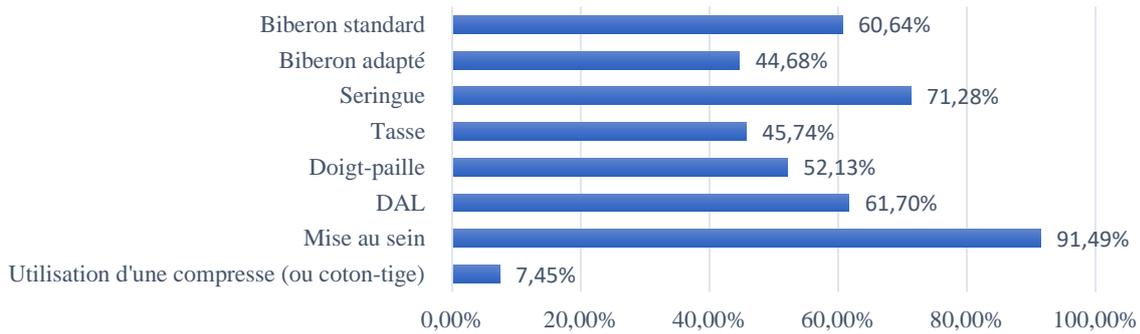
Les premiers essais alimentaires sont réalisés majoritairement en fonction de l'état de santé du bébé (68,57%) et en fonction de l'éveil de celui-ci (69,52%). L'âge du nourrisson entre en jeu dans des proportions plus restreintes. Dans 21,90% des services les essais se font dès l'arrivée du prématuré dans le service. 7,62% les exécutent dès 33-34 SA et 0,95% jamais avant 35 SA. Une personne nous a indiqué qu'ils étaient réalisés le plus tôt possible.

❖ Question 14 : « Quel(s) est/sont le(s) moyen(s) utilisé(s) pour proposer ces premiers essais alimentaires per os ? » (94 réponses)

Le graphique ci-contre nous présente les différents outils utilisés lors des premiers essais alimentaires.

Certains soignants nous ont indiqué quels biberons adaptés ils utilisaient : le biberon-tasse, les biberons MAM, les nouettes, les tétines caoutchouc longue, les biberons Médéla, les biberons Calmita, les biberons Hebermann.

Moyens utilisés pour les premiers essais alimentaires



❖ Question 15 : « Quel(s) lait(s) est (sont) utilisé(s) dans le service » (101 réponses)

Les laits maternels sont largement plébiscités dans l'alimentation des prématurés. 98% des services utilisent préférentiellement le lait de la mère du nouveau-né. 62% des soignants présentent si besoin du lait issu du lactarium. 74% utilise également du lait en poudre. Suivant les besoins de l'enfant 68,38% des services fournissent du lait enrichi et 56,44% du lait anti-régurgitation.

12,87% adoptent un autre type de lait, mais nous n'avons pas plus d'informations.

22% des services servent exclusivement du lait chauffé à 37°, 36% le donnent à température ambiante et 42% associent ces deux contraintes en fonction des goûts du bébé.

❖ Question 16 : « Quelle sont les consignes quant à la fréquence des repas ? » (99 réponses)

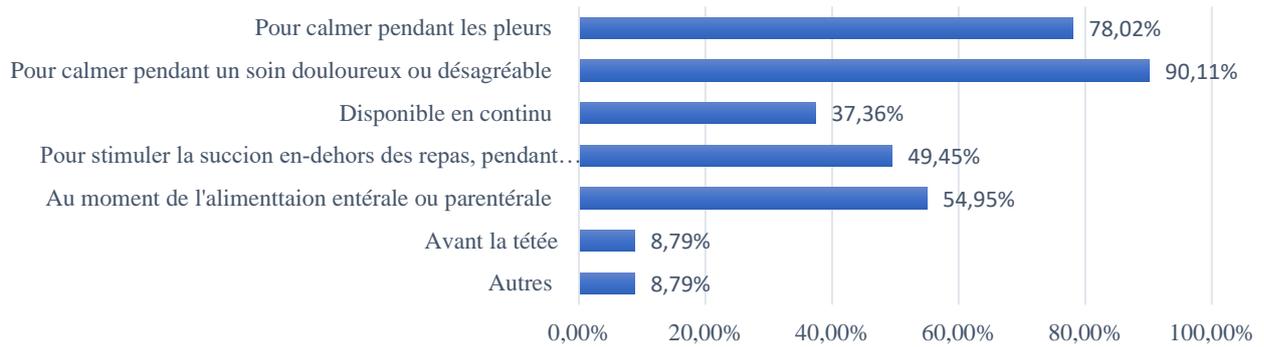
Majoritairement les repas sont donnés en fonction de la demande du bébé à 78% et de son état d'éveil dans 74%. 37,37% des services ont tout de même fait le choix de donner les repas à des heures fixes.

❖ Question 17 : « Des tétines ou sucettes sont-elles utilisées dans le service ? » (100 réponses)

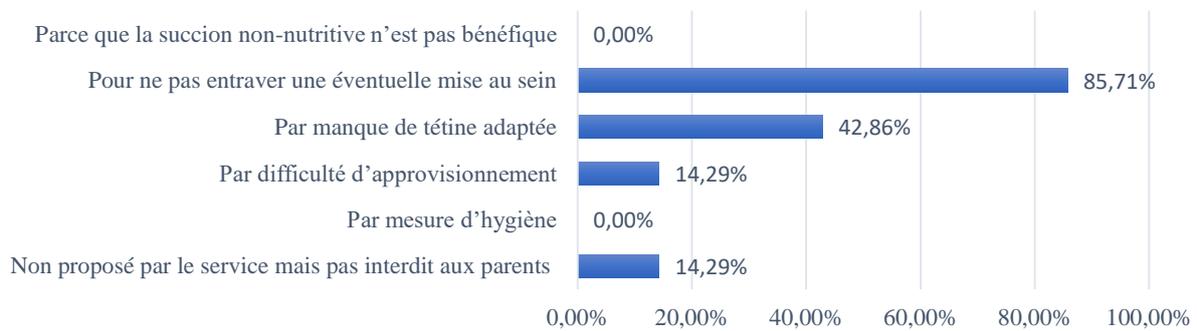
Les tétines ou sucettes sont utilisées à 92% dans les services interrogés et donc rejeté dans 8% des cas.

Dans les deux prochains graphiques, nous vous exposerons à quelle moment ces tétines sont présentées à l'enfant et les raisons du refus d'utilisation de celle-ci.

A quel moment la sucette est-il proposée?



Les raisons de la non-utilisation des sucettes

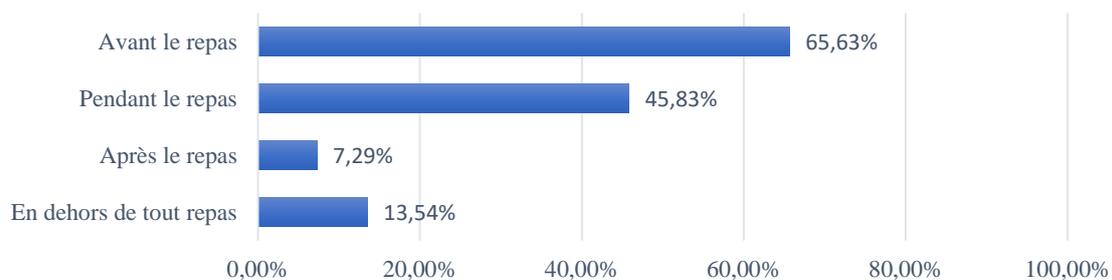


❖ Question 18 : « Quelle(s) sollicitation(s) gustative(s) faites-vous ? » (96 réponses)

9% des soignants questionnés ne pratiquent pas de sollicitations gustatives. Les services, optant pour les sollicitations gustatives, utilisent plusieurs aliments : 86% utilisent du lait maternel, 52% du lait en poudre, 47% du lait issu du lactarium, 35% de l'eau sucrée et 5% utilisent autres choses.

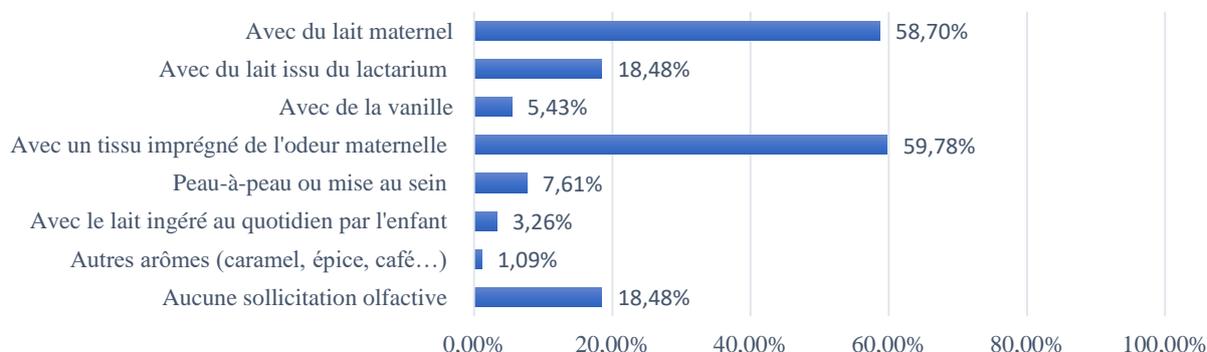
Le graphique ci-dessous présente les moments où sont proposées les sollicitations gustatives. Six personnes nous ont précisé que les sollicitations gustatives avaient lieu durant les phases d'éveil du nouveau-né. Deux personnes les proposent en fonction du terme du bébé et une personne en fonction du stade d'autonomie alimentaire. Enfin, six personnes les réalisent durant les temps de soins.

Période de réalisation des sollicitations gustatives



❖ *Question 19 : « Quelle(s) sollicitation(s) olfactive(s) faites-vous ? » (92 réponses)*
 Le graphique suivant reprend les sollicitations olfactives proposées dans les services.

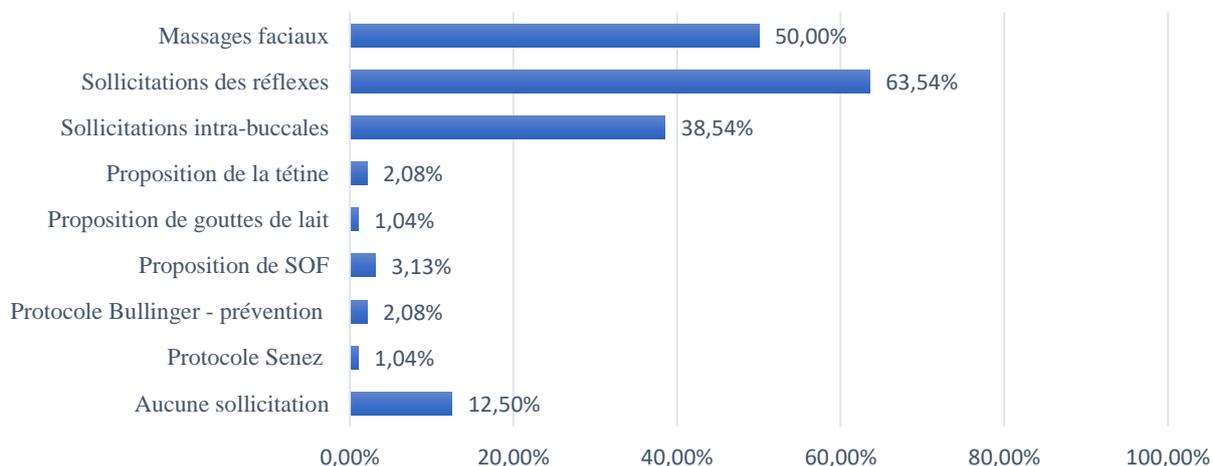
Sollicitations olfactives proposées par les soignants



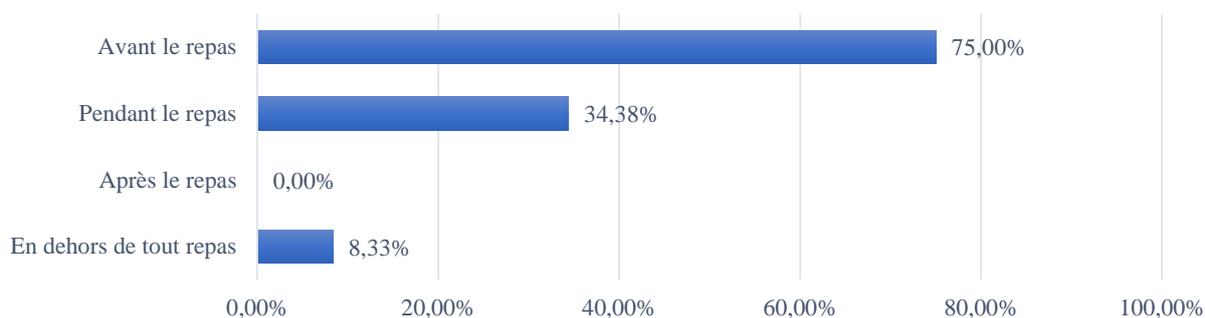
Les sollicitations olfactives sont proposées à 70% avant les repas. Les soignants les proposent également à 45,71% pendant les repas et en dehors des temps de repas. 21,43% des soignants les mettent en place après les repas. Douze soignants nous ont précisé les proposer en continu dans les couveuses grâce à un tissu imprégné de l'odeur des parents.

❖ *Question 20 : « Quelle(s) sollicitation(s) oro-faciale(s) faites-vous ? » (96 réponses)*
 Les deux graphiques suivants présentent les différentes sollicitations oro-faciales effectuées par les soignants et le moment où elles sont proposées.

Sollicitations oro-faciales mises en place dans le service



Période de réalisation des sollicitations oro-faciales

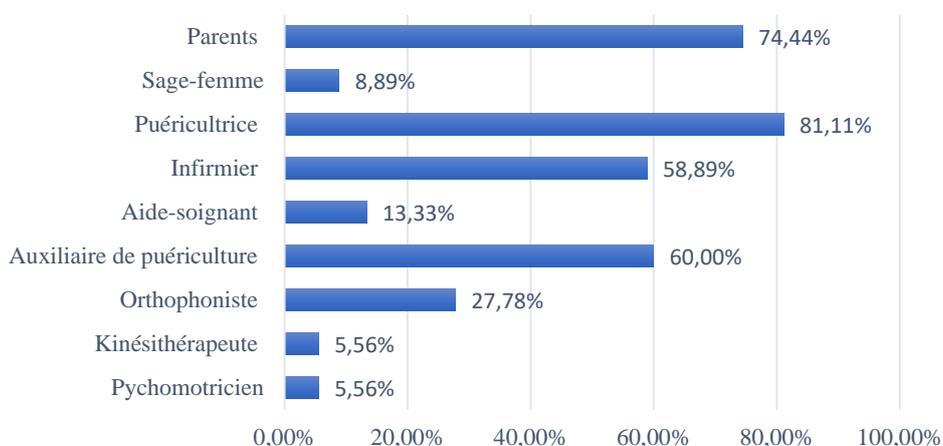


Cinq personnes nous ont dit effectuer les sollicitations oro-faciales lors des phases d'éveil de l'enfant. Une personne les applique en fonction du stade d'autonomie du bébé.

❖ Question 21 : « qui pratique ces sollicitations ? » (90 réponses)

Dans les réponses que nous avons obtenues, ce sont majoritairement les puéricultrices puis les parents qui effectuent les sollicitations. Mais on s'aperçoit qu'une grande diversité de professionnel intervient sur ces soins.

Qui fait les sollicitations ?



Partie 4 : Vos possibles attentes

❖ Question 22 : « désiriez-vous de plus amples informations sur l'oralité, ses troubles et leur dépistage ? (104 réponses)

99 personnes, soit 95% du panel, désirent avoir de plus amples informations sur l'oralité en général. Par conséquent, cinq personnes ne souhaitent pas avoir plus d'informations sur ce sujet.

❖ Question 23 : « Quelles informations aimeriez-vous avoir ? » (99 réponses)

A 94% les soignants interrogés souhaitent avoir plus d'informations sur les méthodes de prévention possibles des troubles de l'oralité. On retrouve juste derrière les différentes techniques de prise en charge des troubles de l'oralité (90%). Avec une demande à 79% chacun,

le personnel souhaite avoir des informations sur les signes évocateurs des troubles de l'oralité et le développement normal de l'oralité. Les personnes interrogées aimeraient à 72% avoir des renseignements sur les facteurs de risque de l'oralité. Enfin, 53% souhaite qu'on leur donne une définition de l'oralité.

3.2. La discussion

Partie 1 : descriptif des professionnels interrogés

Les résultats que nous avons obtenus lors de l'analyse des réponses de notre questionnaire nous semblent représentatifs des pratiques et connaissances autour de l'oralité en France. En effet, bien que n'ayant pas pu questionner l'ensemble des professionnels, nous avons tout de même obtenu 105 réponses couvrant quinze départements différents dont deux en outre-mer. Nous tenions à avoir une répartition géographique large afin de ne pas être influencées par une formation ou une pratique dans un secteur donné.

Nous retrouvons une bonne répartition pluridisciplinaire dans les réponses recueillies, puisque dix professions différentes sont retrouvées : sage-femme, puéricultrice, infirmier, médecin, auxiliaire de puériculture, cadre de santé, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, orthophoniste. Le domaine de l'oralité fait pleinement parti des champs de compétences de l'orthophoniste mais doit également être une préoccupation de tous les professionnels gravitant autour du nouveau-né. La limitation de l'apparition ou de l'aggravation de troubles de l'oralité est un enjeu majeur pour que le nourrisson puisse se développer dans les meilleures conditions. Les professionnels qui ont répondu à notre questionnaire ont majoritairement peu d'expérience dans leur profession, 38% d'entre eux ayant moins de cinq ans d'expérience. Nous pouvons nous interroger afin de savoir si ces services regroupent réellement une population professionnelle assez jeune ou si le sujet de l'oralité intéresse davantage cette population, peut-être plus sensibilisée. Globalement, les soignants consultés sont sensibilisés au concept d'oralité car seulement 28% ne sont pas du tout formés. Cependant, seulement 37% des professionnels interrogés ont reçu cet enseignement lors de leur formation initiale, ce qui semble très peu au regard des conséquences importantes à moyen ou long terme d'un trouble de l'oralité. Les soignants se forment beaucoup par eux-mêmes, 40% ont participé à au moins une formation et 37% ont effectué des lectures à ce sujet.

La majorité des réponses que nous avons obtenues sont issues de personnes travaillant dans des services de néonatalogie et non de maternité. Il faut garder à l'esprit que les nourrissons hospitalisés avec leur mère en service de maternité n'ont pas de difficultés médicales nécessitant un suivi. Dans le cas contraire, ils sont transférés en service de néonatalogie. Il nous paraît pertinent que les professionnels travaillant dans les maternités soient sensibilisés aux troubles de l'oralité. En effet, ils guident les parents par rapport à l'alimentation, notamment l'accompagnement de l'allaitement maternel, et conseillent également sur les soins à apporter autour de la sphère oro-faciale du nouveau-né.

Notre plaquette d'informations n'a pas l'objectif de remplacer une formation initiale ou continue, mais plutôt de rassembler ce qui se fait actuellement et de créer un aide-mémoire, une boîte à outils pour les soignants, à partir d'une revue de la littérature. Le but est d'aider ces professionnels qui se sentent parfois démunis face au sujet de l'oralité et qui ne bénéficient pas des compétences d'un orthophoniste au sein de leur service.

Partie 2 : connaissances théoriques sur l'oralité

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, l'oralité englobe l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation, la respiration, la communication et plus spécifiquement le langage. C'est aussi le lieu des premières expériences sensorielles (regarder, sentir, toucher, goûter), du plaisir et des premiers liens d'attachement grâce à des échanges relationnels et affectifs.

Les soignants interrogés ont bien en tête que l'organe clé de l'oralité est la bouche. Cependant, pour eux, l'oralité est rattachée de manière exclusive à la fonction nourricière et langagière, délaissant la fonction respiratoire et les aspects « plaisir », découvertes sensorielles et le lien avec l'attachement mère-enfant.

L'oralité est traitée d'un point de vue technique, en ne prenant en compte que la bouche de l'enfant, l'organe, et en mettant de côté l'observation globale de l'enfant.

Les réponses montrent que les soignants sont sensibilisés à l'oralité, bien que ce terme reste assez vague et incomplet pour la majorité.

Les professionnels questionnés sont dans l'ensemble peu informés quant aux principales étiologies des troubles de l'oralité. Plus de la moitié ont conscience que la prématurité peut entraîner des troubles de l'oralité. En revanche, peu de soignants pensent que les soins, les examens douloureux, le maintien à long terme d'une sonde ou encore une malformation peuvent causer des difficultés orales.

Globalement, les soignants sont sensibilisés au fait qu'un trouble de l'oralité peut être dû à une immaturité, à une atteinte organique ou fonctionnelle ou avoir une origine iatrogène. Très peu de soignant abordent l'hypersensibilité ou l'hyposensibilité, pourtant très présente chez les nourrissons ayant un trouble de l'oralité, ni les origines psychiques.

Nous avons ensuite interrogé les soignants sur les signes qui sont évocateurs d'un trouble de l'oralité. Les réponses sont centrées sur l'alimentation, puisque les trois premiers signes évoqués sont : des difficultés alimentaires, un refus ou une soustraction à l'alimentation ou des difficultés de succion. Peu de soignants ont évoqués des signes corporels plus généraux, comme un trouble du rythme cardiaque (0,95% des réponses), un trouble de la respiration (2,86% des réponses) ou un trouble du comportement (7,62% des réponses). Le lien entre les troubles de l'oralité, l'exploration de l'environnement et la notion de plaisir est également peu connu.

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, il existe un grand nombre de signes évocateurs d'un trouble de l'oralité. Toutefois, les résultats du questionnaire nous montrent que si les soignants analysent directement les signes évocateurs d'un trouble de l'oralité quand ils sont en lien avec l'alimentation, les autres perturbations physiques du nouveau-né prématuré ne sont pas toujours interprétées comme tels.

Les soignants questionnés ont tous conscience qu'un trouble de l'oralité va avoir des conséquences plus générales sur l'enfant. Les impacts sur la courbe staturo-pondérale, sur la relation parents-enfant et sur le développement psychique et langagier sont largement connus puisque rapportés par plus de 80% des professionnels. L'impact sur le développement moteur est déjà moins rapporté (57,14%). 40% des soignants nous ont signalé un impact sur le développement intellectuel que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature à ce jour. Toutefois, il est possible que les soignants aient fait le lien entre le développement intellectuel

et la prématurité, et non entre le développement intellectuel et l'oralité. Ce lien, entre naissance prématurée et trouble du développement intellectuel, est retrouvé dans la littérature.

Partie 3 : Prise en charge de l'oralité

La prise en charge des troubles de l'oralité semble être une préoccupation des services de néonatalogie puisque tous ont déjà essayé de mettre en place des aménagements pour limiter l'apparition ou l'aggravation de troubles. Les aménagements les plus pratiqués sont la mise en place du peau-à-peau (92,38%) et l'intégration des parents aux soins de nursing (89,52%). Les soignants ont compris que les parents sont très importants pour les nourrissons, car ils vont pouvoir renforcer le lien parents-enfant, tout en prenant à leur charge certaines tâches de nursing. Cependant peu de services sont équipés d'unité Kangourou ou de chambres individuelles. Nous pouvons nous questionner sur ce fait : est-ce une volonté du service, un problème financier ou une limitation des locaux ?

Un deuxième axe de prévention se détache : l'adaptation du service. 54,29% des soignants interrogés nous ont dit essayer de diminuer les stimuli visuels et 58,10% s'attachent à diminuer les stimuli sonores. Ces résultats semblent faibles. En effet, des actions simples qui ne nécessitent pas une restructuration du service permettent de limiter au maximum les dystimulations.

La décision d'introduire les essais alimentaires est majoritairement prise en équipe pluridisciplinaire, le médecin ne décidant seul que dans 11,43% des situations. Deux professionnels nous ont rapportés que cette décision était prise par un professionnel spécifiquement formé à l'alimentation. La prise en compte des observations faites par les soignants travaillant au plus près de ces nouveau-nés permet une introduction de l'alimentation à un moment plus adéquat.

Dans la grande majorité des cas, les essais alimentaires sont proposés en respectant le rythme physiologique du nourrisson. 69,52% des soignants prennent en compte son état d'éveil et 68,57% s'intéressent à son état de santé. 21,90% des professionnels les proposent dès l'arrivée dans le service. Cette donnée peut être questionnée : ces essais sont peut-être proposés à des nouveau-nés plus matures, ou qui arrivent dans le service sans trouble particulier. Enfin, l'âge de l'enfant est peu pris en considération, signifiant que les soignants se basent davantage sur l'observation du nourrisson et leurs ressentis que sur des données chiffrées pour introduire les premiers essais.

La mise au sein est le moyen très largement utilisé (plus de 90% des réponses) pour les premiers essais. Un moyen « support » comme vu en première partie arrive ensuite avec la seringue (71,28% des réponses). Les biberons arrivent en troisième position avec 60,64% des suffrages. Toutefois, il faut ici les distinguer des biberons « adaptés » à certaines pathologies (44,68%).

La moitié des soignants disent également recourir à des dispositifs d'aide à l'alimentation, tel que la tasse (45,74%), le doigt-paille (52,13%), le DAL (61,70%). La compresse et le coton-tige sont peu utilisés par les soignants (7,45%), peut-être par méconnaissance de ces pratiques ou par choix de l'équipe du fait que cette méthode soit moins physiologique. Il existe un débat dans la littérature et dans la pratique professionnelle autour de l'utilisation ou non du coton-tige pour réaliser les sollicitations.

Au regard de la diversité des résultats, il est intéressant de remarquer que les soignants se saisissent de nombreux outils pour proposer les premiers essais alimentaires.

Le lait utilisé est dans l'écrasante majorité le lait maternel (98%), bien que les soignants aient recours au lait du lactarium dans 62,38% des cas. Ces résultats montrent que les professionnels savent que ce lait est extrêmement bénéfique pour les nourrissons, notamment par son aspect protecteur pour les systèmes immunitaire et digestif.

74,26% des professionnels disent proposer du lait en poudre aux nourrissons.

Cela montre bien qu'aucun lait n'a de vrai monopôle, les soignants devant faire avec les moyens qu'ils ont au fil des repas.

Si le soignant ressent la nécessité d'utiliser un lait spécifique, il recourt dans 68,32% des cas à un lait enrichi et dans 56,44% à un lait dit « anti-régurgitation ».

Comme dans la littérature, il n'existe aucun consensus quant à la température du lait : 67,33% des soignants proposent un lait à température ambiante et 56,44% proposent un lait chauffé à 37°C. Toutefois, il faut noter que le lait chauffé est physiologiquement plus proche du lait maternel, puisqu'il est à température corporelle. Par ailleurs, proposer un lait chaud diminue la déperdition énergétique nécessaire à l'enfant pour réchauffer le lait ingurgité. Enfin, le lait tiède est mieux toléré chez les enfants porteurs d'un trouble de l'oralité.

Les soignants respectent le rythme de l'enfant, en proposant les repas à la demande dans 78% des cas et en fonction de l'éveil dans 74%. En effet, il est important de préserver le sommeil de l'enfant, essentiel pour son développement et pour régénérer ses forces nécessaires à la prise des repas.

92% des personnes interrogées utilisent les sucettes dans leur service. L'effet bénéfique de la sucette chez le prématuré a été largement prouvé dans la littérature. Elles sont majoritairement utilisées pour calmer l'enfant pendant ses pleurs (78,02%) ou lors d'un soin douloureux ou désagréable (90,11%). La littérature a montré qu'elles permettaient de moduler la douleur, de réduire le stress, de favoriser l'apaisement grâce à la libération d'endorphine.

Peu de soignants l'utilisent réellement pour stimuler la succion. Pourtant, elle a un double rôle : elle stimule la succion non nutritive et entraîne la succion nutritive. La littérature a montré que la sucette permet un gain de poids si elle était associée à l'alimentation artificielle. Elle permet d'imiter un fonctionnement plus physiologique, car les trains de succion et donc de déglutition augmentent les sécrétions gastriques et diminuent les sécrétions gastrines, ce qui permet une meilleure absorption des aliments. Le temps de transition entre l'alimentation artificielle et l'alimentation per os est diminué de 2,9 jours.

Malgré ces avantages, 8% des personnes questionnées n'utilisent pas la sucette dans leur service. Pour 85,71% d'entre eux son utilisation serait une entrave à la mise au sein. Cet argument est vrai pour les bébés nés à terme, mais est faux dans le cas de la prématurité et pour les troubles de l'oralité. Sa non-utilisation s'explique également par un manque de moyens techniques : dans 42,86% les services manquent de sucettes adaptées et 14,29% ont des difficultés d'approvisionnement.

9,39% des personnes scrutées ne pratiquent pas de sollicitations gustatives. Ces sollicitations sont simples à mettre en place et non chronophages. Elles permettent au bébé d'avoir des expériences gustatives positives, comme il pouvait en avoir dans le ventre de sa mère.

Les services qui les proposent utilisent du lait maternel (86,46% des réponses), du lait issu du lactarium (46,88%), du lait artificiel (52,08%) ou de l'eau sucrée (35,42%). Des études ont montré que les bébés avaient une attirance pour le lait maternel et en particulier celui de leur mère. D'autres études ont mis en avant l'attirance des nourrissons pour les boissons sucrées (réflexe inné).

65,63% des équipes proposent les sollicitations gustatives avant le repas, 45,83% pendant le repas, 7,29% après le repas et 13,54% en dehors de tout repas. Le plus pertinent serait de se rapprocher d'un modèle alimentaire « naturel » en proposant ces sollicitations avant ou pendant l'alimentation.

Les sollicitations olfactives sont majoritairement effectuées avec du lait maternel (58,70%) ou grâce à un tissu imprégné de l'odeur maternelle (59,78%). Dans seulement 18,48% des cas les soignants utilisent du lait issu du lactarium. Les odeurs maternelles sont repérées dès la naissance par le nouveau-né et permettraient de le calmer et de réduire la douleur.

La vanille est utilisée dans 5,43% des cas, bien que d'autres arômes puissent être utilisés (1,09%). L'importance des odeurs a été mise en évidence dans des études récentes. En effet, les nouveau-nés ont une mémoire sensorielle olfactive dès la vingt-sixième ou trentième SA. Par ailleurs, il a été montré qu'une exposition des prématurés de trente-trois à trente-quatre semaines à des odeurs familières augmenterait de 20% la fréquence et l'intensité de la succion, par rapport à une exposition à des stimuli inodores. Enfin, une exposition olfactive permettrait une acquisition de l'autonomie alimentaire neuf jours plus tôt.

Cependant, 18,48% des soignants disent ne proposer aucune sollicitation olfactive.

Les sollicitations olfactives sont réalisées majoritairement en amont du repas (70%). Viennent ensuite les sollicitations pendant ou en-dehors de tout repas (45,71% des cas). Enfin, 21,43% des sollicitations sont proposées après le repas. Les sollicitations olfactives alimentaires au moment de la nutrition entérale permettent de rapprocher celle-ci d'une alimentation au biberon ou au sein. Les odeurs corporelles permettent de rassurer l'enfant tout au long de la journée pour pallier une possible absence parentale.

Les sollicitations oro-faciales sont également proposées dans les services. 63,54% des soignants disent proposer des sollicitations des réflexes. Les massages faciaux sont proposés dans la moitié des situations, tandis que les sollicitations intra-buccales sont réalisées dans 38,54% des cas. Toutefois, les soignants doivent être formés pour réaliser les sollicitations intra-buccales, car elles peuvent entraîner une hypersensibilité. Ici aussi, l'observation est primordiale pour les proposer au moment le plus adéquat pour l'enfant. Ces sollicitations permettent d'acquérir une autonomie alimentaire quatre à six jours plus tôt.

Malheureusement 12,50% des soignants disent ne proposer aucune sollicitation orale.

Les sollicitations sont faites à 74,44% par les parents. Ils sont souvent plus disponibles que les soignants pour les proposer. Par ailleurs, cet échange permet de renforcer les liens parents-enfant. Bien souvent les parents ont peur de toucher, manipuler leur prématuré, ils ne savent pas quoi leur dire et se sentent démunis. Les sollicitations peuvent être un support d'entrée dans l'échange, elles renforcent alors le parent dans son rôle et aident le bébé à se développer.

Les sollicitations sont aussi réalisées par les soignants les plus présents auprès du nourrisson à savoir les puéricultrices (81,11%), les infirmiers (58,89%) et les auxiliaires de puériculture (60%).

Elles ne sont réalisées que dans 27,78% des cas par un orthophoniste. Pourtant l'orthophoniste est un des professionnel le mieux formé aux sollicitations mais est rarement présent au sein des services de maternité et de néonatalogie.

Les sollicitations peuvent aussi être effectuées par les kinésithérapeutes et les psychomotriciens mais comme les orthophonistes ils sont peu présents au sein des services ou prennent déjà en charge le nourrisson pour d'autres problématiques.

Partie 4 : les attentes

Bien que nous ayons vu que les soignants ayant participé au questionnaire soient pour la plupart formés et satisfaits de leur formation, 95% d'entre eux désirent avoir de plus amples informations sur l'oralité. 99% sont intéressés par notre plaquette et 82% souhaitent recevoir notre mémoire. Il existe donc une vraie demande d'information de la part des professionnels. Cette demande concerne principalement les méthodes de prévention et de prise en charge des troubles de l'oralité. Les soignants sont aussi intéressés par les signes évocateurs d'un trouble de l'oralité qu'ils pourraient observer chez leur patient. Ils aimeraient avoir un rappel sur le développement de l'oralité et les facteurs de risque de développer un trouble de l'oralité. Dans une moindre mesure, mais qui représente tout de même la moitié des interrogés, ils souhaiteraient des informations sur la définition de l'oralité. On remarque que les professionnels cherchent à approfondir les aspects théoriques mais surtout à avoir des éléments concrets qui peuvent être utiles dans leur pratique quotidienne.

4. Les limites du questionnaire

Durant l'analyse des résultats, nous avons pu relever plusieurs limites posées par notre questionnaire.

En premier lieu, le questionnaire n'est rempli que par des professionnels sensibilisés et/ou intéressés par l'oralité du fœtus. En effet, il n'y avait aucune obligation à remplir ce questionnaire, nous supposons donc que les professionnels non intéressés par l'oralité n'ont pas pris le temps de le remplir.

Par ailleurs, nous n'avons pas inséré de question sur la fréquence des soins de développement. Il nous est impossible de conclure sur les pratiques de ces professionnels.

Enfin, de par l'hétérogénéité des pratiques, beaucoup de moyens différents semblent être utilisés dans les services de néonatalogie. Toutefois, nous ne pouvons pas dire comment et dans quel but les soignants se saisissent d'un moyen ou d'un autre.

5. La plaquette

5.1. Le choix du contenu de la plaquette

Nous avons décidé de présenter notre plaquette comme une boîte à idées, dans laquelle nous listons des conseils et informations pratiques, applicables dans les services. Ces informations ne constituent pas une formation, mais permettent aux soignants de se remémorer leurs acquis ou d'avoir un support en attendant une éventuelle formation.

Les informations présentes dans la plaquette ont été choisies en fonction des réponses au questionnaire. En se basant sur la littérature, nous avons pu leur fournir des données sur les techniques et les moyens de prévention (posture, sollicitations, prises alimentaires et adaptations possibles) ainsi que sur l'observation du prématuré.

Nous avons choisi d'organiser la plaquette en sept points : une définition générale de l'oralité incluant les grandes étiologies des troubles de l'oralité, les particularités du développement de l'oralité chez le prématuré, le rôle majeur des parents, l'importance de la posture, l'observation du prématuré, les prises alimentaires et les sollicitations (kinesthésiques, olfactives, gustatives et auditives)

5.2. L'élaboration de la plaquette

Nous avons décidé de faire une plaquette au format A5, constituée de deux pages A4 pliées en deux. Cela nous permet de mettre un grand nombre d'informations, tout en gardant un support simple et bref à utiliser pour les soignants.

Pour sa conception, nous avons utilisé les outils de la suite Office.

Pour nous aider à mettre en forme et en page, nous avons utilisé le référentiel de communication en santé publique « Communiquer pour tous » créé en 2018 par Santé Publique France. (86)

Nous avons tenu compte de certains aspects visuels, tel que le choix d'une police sans empattement et d'une taille équivalente à Ariel 12 (Verdana 12 points), l'alignement des textes à gauche, la mise en évidence des éléments avec modération en utilisant des caractères gras et des encadrés. Nous avons également utilisé des couleurs avec parcimonie pour rendre le document attrayant (3 couleurs principales maximum), avec des contrastes élevés. Dans l'idéal, le papier d'impression devra être sans reflet et suffisamment épais (90 grammes). L'impression se fera dans l'idéal en mode livret recto-verso sans bordure d'impression.

Nous avons également tenu compte d'aspects linguistiques. Nous avons ainsi choisi des mots courants, simples et courts, inscrits dans des phrases simples (sujet + verbe + complément). Nous avons utilisé la 1^{ère} et 2^{ème} personne du pluriel afin d'impliquer le lecteur.

ANNEXE 8 : Liste de vérification sur la conception de documents imprimés

5.3. Les avantages et limites de la plaquette

Le partage d'informations sous la forme d'une plaquette présente de nombreux avantages. La plaquette peut être disposée en libre-service et permet une prise d'informations rapide sur des notions déjà vues pour la plupart.

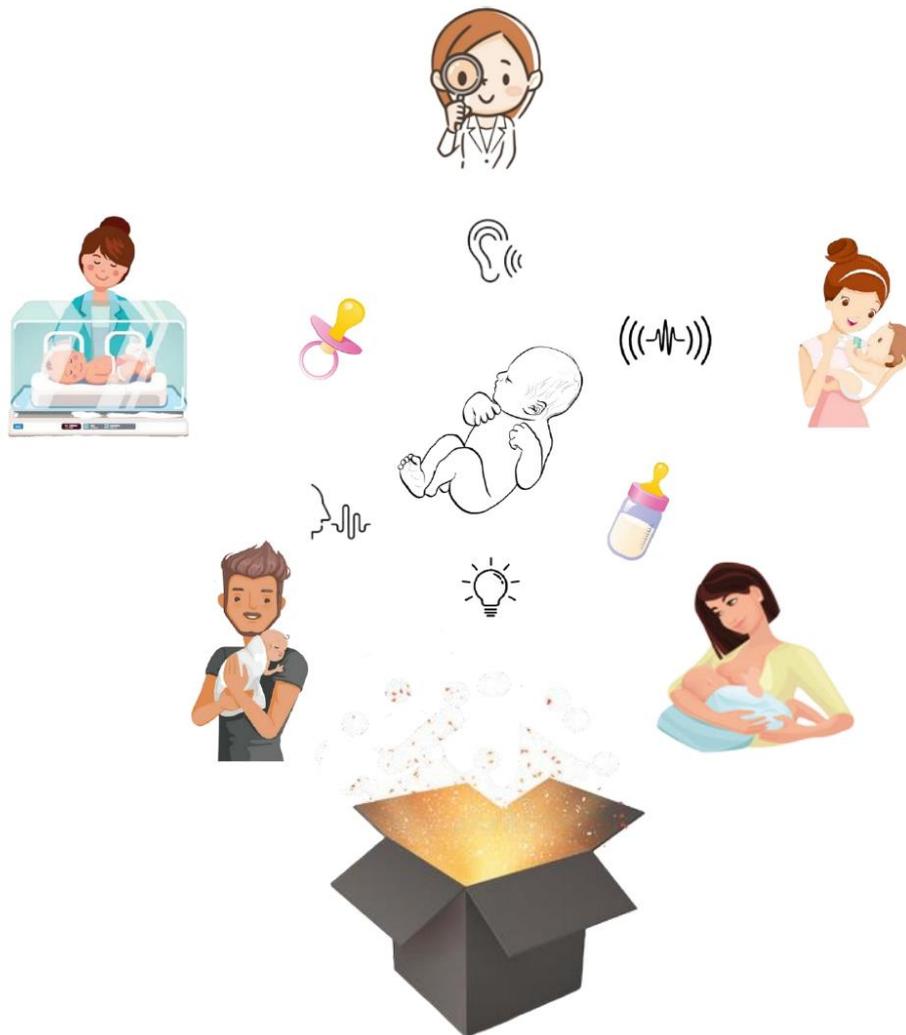
Toutefois, l'espace restreint nous oblige à faire des choix, voire des raccourcis d'idées. Cela peut générer une mauvaise interprétation des informations. Il faut garder à l'esprit que notre plaquette ne prétend pas remplacer une formation.

5.4. Présentation de notre plaquette

Nous avons décidé de mettre notre plaquette directement dans le mémoire, afin de limiter les redites avec la partie théorique et de vous présenter le cœur de notre travail.

L'oralité du prématuré

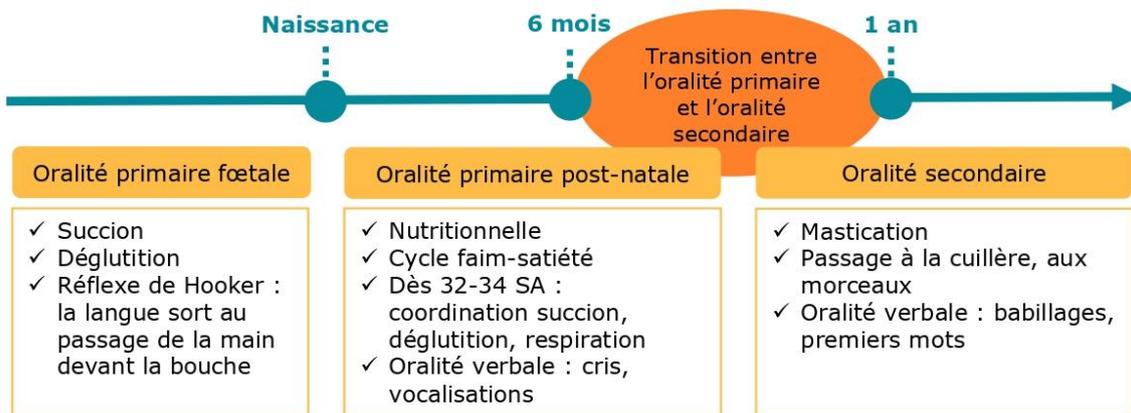
Comment prévenir et repérer les troubles de l'oralité ?



Boîte à outils pour les soignants

L'oralité

L'oralité représente l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation, la respiration, l'exploration tactile et gustative, la communication et le langage oral. C'est le lieu des premiers attachements, des premières interactions et découvertes.



Les grandes étiologies des troubles de l'oralité

- ▶ Prématurité
- ▶ Pathologies ORL acquises
- ▶ Hyposensibilité et hypersensibilité
- ▶ Pathologies cardiorespiratoires
- ▶ Pathologies syndromiques
- ▶ Pathologies digestives et métaboliques
- ▶ Troubles d'origine psychique
- ▶ Troubles d'origine iatrogène ou environnementale
- ▶ Atteintes neurologiques et neuromusculaires

La prématurité

Le bébé prématuré est un être immature à sa naissance. Cette immaturité se retrouve dans de nombreuses fonctions et est la première cause des difficultés alimentaires chez le prématuré.

Toutefois, comme vous le savez, l'environnement hospitalier et les soins nécessaires à sa survie et son développement peuvent aggraver sa sphère oro-faciale et devenir des sollicitations nociceptives.

i Comme vous le savez, les services hospitaliers sont source de dystimulations auditives, lumineuses ou olfactives. Y prêter attention et les limiter permettront au prématuré de découvrir son environnement et son corps, et ainsi, de se développer de manière harmonieuse.

Des conséquences de la prématurité sur l'oralité, à moyen et long terme (selon les articles de Burguet 2000 et Larroque 2004 ; Thibault 2017)

Alimentation

40 à 70% ont des difficultés alimentaires en général
29% ont un trouble de la succion
27% ont des difficultés au passage à la cuillère
47% ont des difficultés face aux morceaux
36% n'ont pas de plaisir à manger à 3 ans

Langage

25% des prématurés ont un retard de langage, qui s'exprime par une pauvreté lexicale et syntaxique, à 3 ans

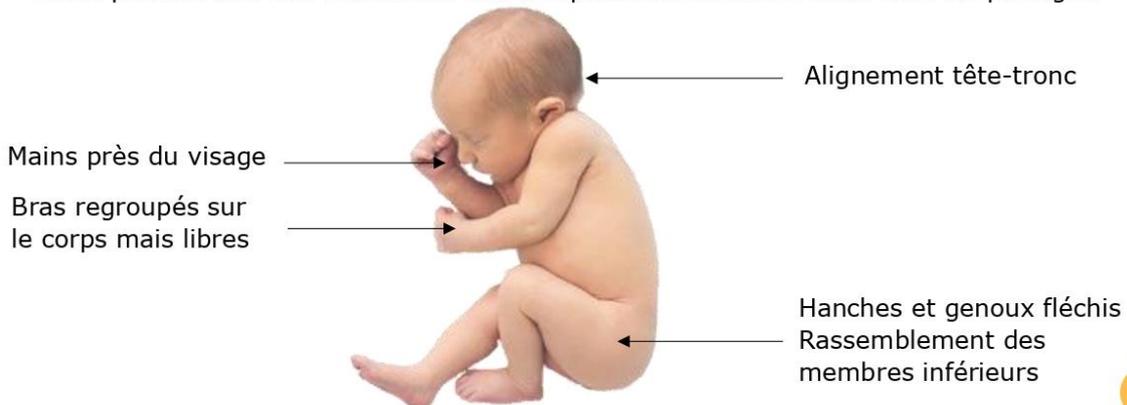
Les parents

ROLE FONDAMENTAL

La prématurité est un réel traumatisme pour les parents, les rendant **vulnérables**. Les réactions varient selon les parents, certains se sur-investissent dans les soins et la relation avec leur enfant, alors que d'autres s'en détachent. Il est donc important de **les conforter dans leur place de parents nourriciers**, en écoutant leurs doutes et réflexions, en les rassurant, les soutenant, les accompagnant et en les impliquant dans les soins à procurer à leur enfant. Comme vous le savez, des parents apaisés seront davantage disponibles physiquement et psychiquement. Cette disponibilité rassure l'enfant. Par ailleurs, les soins et les sollicitations effectués par les parents sont perçus comme **moins intrusifs** par l'enfant. Les parents confiants auront également plus de facilité à prendre leur bébé prématuré en peau-à-peau, qui reste une des meilleures sollicitations poly-sensorielles. Grâce à cet accompagnement et au bien-être du bébé prématuré, parents et enfant pourront développer un **attachement secure et sain**.

La posture

Vous devez placer le prématuré dans une **posture fœtale, en enroulement**, afin de favoriser les réflexes, l'exploration oro-faciale et les auto-stimulations. Il est possible de s'aider d'un cocon ou d'un emmaillotage si besoin ! Cette posture doit être maintenue lors des prises alimentaires et de tous les portages.



Observation du prématuré

Le nouveau-né est considéré comme un **collaborateur actif**. L'observation de celui-ci lors des sollicitations péri-orales (prise alimentaire, soins de bouche, pose de sonde, sollicitations sensorielles...) permet de **vous** guider dans votre pratique globale et de stopper l'action en cours au moindre signe négatif.

Capacités neurovégétatives



- Rythme cardiaque stable
- Respiration régulière
- Coloration de la peau rosée
- Digestion stable



- Instabilité cardiaque
- Instabilité respiratoire
- Changement de coloration de la peau
- Instabilité viscérale (RGO, régurgitations, modifications des selles ...)

Capacités motrices



- Tonus musculaire adéquat
- Flexion et extension adéquate
- Mouvements harmonieux doux



- Flaccidité corporelle globale
- Hypertonie
- Hyperflexion
- Hyperextension
- Mouvements corporels frénétiques / désorganisés

Etat de vigilance



- Sommeil calme, différencié de la phase d'éveil
- Transition douce veille-sommeil
- Cris vigoureux, capacité d'auto-consolation



- Sommeil agité
- Transition abrupte veille-sommeil
- Cris, pleurs, irritabilité
- Agitation, hyperexcitabilité

Attention et interactions



- Réponses adaptées aux sollicitations
- Interactions avec l'adulte
- Expression faciale détendue
- Vocalisations



- Niveau d'attention bas
- Regard non adressé et instable
- Regard paniqué
- Evitement de tout contact

Capacité d'auto-régulation



- Stabilité des éléments ci-dessus
- Comportements d'auto-renforcement : succion, agrippement, attraction main-bouche

Pour vous aider dans l'observation du prématuré lors des prises alimentaires, il existe des échelles d'observation mais leur bonne application nécessite une formation.

Les prises alimentaires

L'allaitement maternel à privilégier (recommandations NIDCAP)

- ▶ Sollicitations sensorielles globales (kinesthésiques, olfactives, gustatives)
- ▶ Meilleure diversification aromatique
- ▶ Facteur positif de la maturation physiologique globale du nouveau-né
- ▶ Protection du bébé encore immature sur le plan digestif, métabolique et immunitaire

⚠ Ne doit pas excéder 30 minutes, afin que la dépense énergétique ne soit pas plus grande que l'apport calorique

L'alimentation au biberon

- ▶ Le biberon doit être présenté dans le prolongement de la bouche, à angle droit avec le visage

⚠ Ne doit pas excéder 20 minutes, pour les mêmes raisons que l'allaitement maternel

Gestes d'aide à la succion :

- ▶ Soutien cervical (1) sans hyperextension de la tête
- ▶ Appui mentonnier (2)
- ▶ En cas de fuite labiale : appui sur les joues



La température du lait : aucun consensus n'est retrouvé dans la littérature, mais nous pouvons dire que le lait tiédi est physiologiquement mieux toléré, plus appétant (l'enfant va spontanément vers ce qui est tiède).

Propositions de prise alimentaire per os en cas d'immaturité de la succion dans le but d'une transition vers une alimentation orale autonome

Avant toute proposition de prise alimentaire, il sera important de solliciter sensoriellement le nouveau-né, via des sollicitations kinesthésiques oro-faciales et olfactives.

L'alimentation artificielle à la seringue

Pousser mécaniquement ou par les parents

Comment :

- ✓ Installer le bébé au bras ou dans une posture apparentée et verticalisée
- ✓ Proposer des sollicitations orales des réflexes au doigt imprégné de lait maternel pendant l'alimentation (olfactif, gustatif, succion)

Présence des parents : les faire pousser la seringue à la main, ce qui permet d'adapter le rythme aux besoins de l'enfant

Tasse

Poser la tasse sur la lèvre inférieure : l'enfant vient laper le lait tout seul

Age : 28-33 semaines

Installer le prématuré assez verticalement pour permettre le laper. Ne verser pas le lait dans la bouche de l'enfant.

⚠ Possibles pertes à la commissure des lèvres, pas d'entraînement du mouvement de succion

4

Dispositif d'aide à la lactation (DAL) au doigt ou au sein

Quand :

- ▶ **DAL au doigt** : la mère n'allait pas, ou allaite mais est absente ; en cas d'immaturité ou trouble de la succion (stimulation intrabuccale de la succion).
- ▶ **DAL au sein** : immaturité ou trouble de la succion dans un projet d'allaitement ; la mère n'a pas assez de lait naturellement

Comment : Fixation d'une extrémité de la sonde sur le doigt ou sur le sein (sans qu'elle ne dépasse) et l'autre est plongée dans le lait.

- ▶ **DAL au doigt** : Introduction de votre doigt dans la bouche. L'ongle doit être contre la langue ou contre le palais pour travailler la posture linguale.
- ▶ **DAL au sein** : Introduction du mamelon et de la sonde dans la bouche. Il faut veiller à ce que le tube soit au-dessus de la langue.



Attention au forçage :



Il est important d'observer le bébé, afin de respecter ses besoins et d'évaluer sa disponibilité, au moment de la prise alimentaire ou des sollicitations. Comme vous le savez, il sera important d'informer et de sensibiliser les parents, afin qu'ils stoppent très rapidement toute sollicitation ou essai de prise alimentaire. Ce forçage peut induire une **hypersensibilité orale**.

Les sollicitations

Les sollicitations sensorielles vont guider la maturation de l'oralité et limiter l'apparition ou l'aggravation de troubles de l'oralité. Il est important de les proposer plusieurs fois par jour, pendant un laps de temps bref, à un bébé éveillé et consentant, de préférence lors des prises alimentaires. Tout appui doit être franc, pour limiter les sensations de « chatouilles », vécues comme dystimulantes !



Le peau à peau et la mise au sein non nutritive

Le peau-à-peau et la mise au sein non nutritive doivent être mis en place précocement et le plus fréquemment possible. Ils regroupent l'ensemble des sollicitations sensorielles (kinesthésiques, olfactives et gustatives principalement) et permettent de déclencher des sensations et des comportements innés chez le nouveau-né : recherche du mamelon, accroche du mamelon et essai de succion... Les effets sont également positifs pour la mère, en diminuant son stress et en renforçant le lien d'attachement entre elle et son enfant.



Les sollicitations kinesthésiques...

... la succion non-nutritive

Vous pouvez la proposer au doigt, à la sucette, au sein ou avec un coton-tige. Elle permet de réduire les facteurs négatifs de stress et de rendre l'alimentation artificielle plus physiologique, en facilitant entre autres la digestion.

... sur l'ensemble du corps

Enveloppement du bébé

Avec vos mains pour redonner une contenance physique similaire à celle offerte par l'utérus.

5 points de massage d'Abdallah

Tête Nuque et épaules Dos Jambes Bras

Chaque zone est sollicitée pendant 10 secondes, deux fois. Laisser une minute de repos avant la deuxième fois.

Petites pieuvres en coton



... permettent à l'enfant de s'agripper aux tentacules sans malmener sa sphère oro-faciale en arrachant ses sondes.

... sur la zone oro-faciale

Développement des réflexes archaïques

- Réflexes :
- ▶ De Hooker
 - ▶ De fuissement
 - ▶ Des points cardinaux
 - ▶ De succion

- 1 **Prise de contact avec l'enfant** : faire des caresses sur le corps en insistant sur les mains et les pieds
- 2 **Massages jugaux** : effectuer des mouvements circulaires sur les joues puis linéaires, de l'articulation temporo-mandibulaire vers la bouche
- 3 **Massages labiaux** : faire des points d'appui tout autour de la bouche, puis stimuler la muqueuse interne des lèvres
- 4 **Massages linguaux** : placer la pulpe de votre auriculaire sur le milieu de la langue du bébé en effectuant une légère pression, la creuser en gouttière. Effectuer de légers mouvements d'avant en arrière pour déclencher la succion.
- 5 **Massages du palais** : effectuer des mouvements d'avant en arrière pour déclencher la succion



Les sollicitations olfactives

▶ Les odorants parentaux

Vous pouvez disposer auprès du prématuré un tissu imprégné de l'odeur des parents ou imbibé de lait maternel, cela réduira son stress.

▶ Les odorants alimentaires

Les odorants familiers ou sucrés (type vanille) permettent d'activer la succion. Le plus efficace reste le lait maternel qui propose naturellement des variations olfactives.



Les sollicitations gustatives

Dès 25 SA, vous pouvez proposer 2mL de lait de préférence maternel aux prématurés, puis vous pourrez augmenter les quantités. Vous ferez sentir le lait, puis déposerez quelques gouttes, sur les lèvres de l'enfant, à l'aide d'un coton-tige, au doigt, à la seringue ou tout simplement au sein de la mère. Si celui-ci vient chercher le lait, alors vous pouvez introduire davantage de lait dans la bouche du bébé.



Les sollicitations auditives

Il ne faut pas oublier de proposer des sollicitations auditives. Un discours adressé à l'enfant, en situation de maternage pendant la prise alimentaire, a un impact positif sur son développement cérébral et sur son alimentation. La voix parentale a en plus l'avantage de rassurer l'enfant. Des études récentes ont montré l'effet bénéfique de la musique et des berceuses sur la qualité de succion des nouveau-nés.

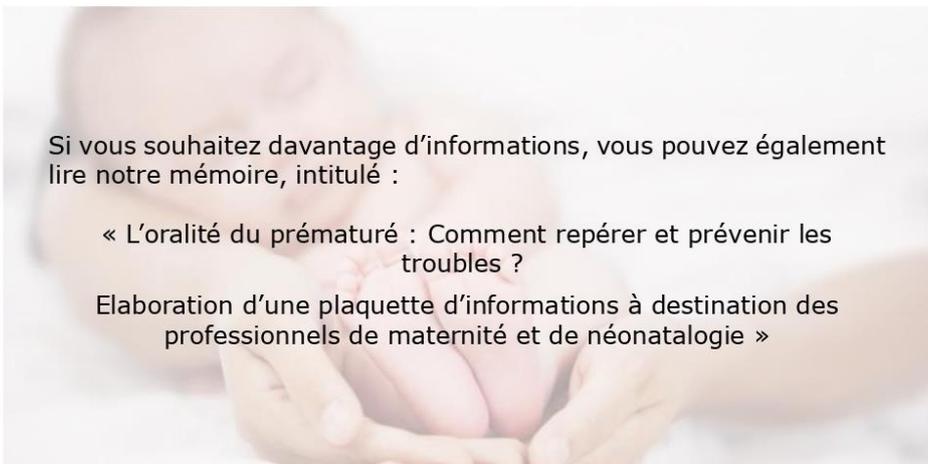


Notre plaquette n'a pas vocation à remplacer une véritable formation. Elle correspond davantage à une boîte à idées, dont vous pouvez vous servir pour vous remémorer certains éléments ou piocher des techniques que vous auriez pu oublier.

De nombreuses formations existent aujourd'hui et pourront vous aider dans votre pratique professionnelle, telles :

- Le NIDCAP : Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program
- Le SOFFI : Supporting Oral Feeding in Fragile Infants
- La méthode sensori-motrice de A. Bullinger
- Les unités Kangourou

Des formations plus spécifiques sur l'allaitement et la lactation existent et pourront vous aider dans votre pratique. De même, pour l'oralité alimentaire, des formations complémentaires pourront vous aider.



Si vous souhaitez davantage d'informations, vous pouvez également lire notre mémoire, intitulé :

« L'oralité du prématuré : Comment repérer et prévenir les troubles ? »

Elaboration d'une plaquette d'informations à destination des professionnels de maternité et de néonatalogie »

Plaquette réalisée dans le cadre d'un mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, en 2020

Par Alicia GIRARD, Sarah NEGRE

Mail :



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Conclusion

La prématurité est un bouleversement pour le nourrisson et sa famille. Elle peut engendrer de nombreuses conséquences, qui peuvent impacter à court, moyen et long terme sa vie et celle de son entourage : l'alimentation, le langage et la relation parents-enfant.

L'enfant prématuré est un être immature pour de nombreuses fonctions, comme l'oralité. Avant trente-deux ou trente-quatre semaines d'aménorrhée, il ne peut généralement pas téter de façon autonome, sa coordination succion-déglutition-respiration étant encore immature.

Les recherches autour du nouveau-né ont permis de mettre en place des moyens de prévention et de prise en charge des troubles de l'oralité comme les soins de développement. La prévention est primordiale afin de limiter les dystimulations et l'apparition ou l'installation de difficultés alimentaires. Les soins de développement correspondent à toutes les méthodes non médicamenteuses, comportementales et environnementales que les soignants peuvent utiliser pour accroître le confort du bébé prématuré et soutenir le développement physiologique, neurologique, comportemental et relationnel.

Nous avons décidé de présenter, dans notre plaquette, les soins utiles au développement d'une oralité harmonieuse.

L'observation du nouveau-né permet une prise en charge individualisée, respectant les rythmes physiologiques de l'enfant et limitant les phases d'inconfort. La prise en charge de la posture permet quant à elle de recréer une position fœtale et favorise l'exploration oro-faciale. L'adaptation des repas et la mise en place de moyens dits « supports » permettent de limiter l'alimentation artificielle en favorisant une prise alimentaire per os et stimulent quotidiennement la zone oro-faciale du nouveau-né prématuré. Enfin les sollicitations kinesthésiques, olfactives, gustatives et auditives pourront guider la maturation de l'oralité et limiter l'apparition ou l'aggravation de troubles de l'oralité. Elles seront proposées au nouveau-né prématuré, après observation de son comportement et de ses interactions.

Bien que présent dans notre champ de compétences, peu d'orthophonistes sont présents dans les services de néonatalogie. Toutefois, nous avons pu observer à travers notre questionnaire que les soignants sont sensibilisés à l'oralité, essaient des techniques, mais ne savent pas forcément laquelle est la plus adéquate.

Notre plaquette a pour objectif d'être une boîte à outils, dans laquelle ils pourront piocher des idées ou se remémorer des techniques vues en formation. Elle n'a aucune visée de formation.

Pour conclure, notre plaquette est à destination des soignants. Toutefois, ces moyens de prise en charge ne doivent pas être réservés aux soignants, mais doivent être appris aux parents, afin qu'ils puissent récupérer leur rôle de parents nourriciers et ainsi être pleinement présents et actifs pour leur enfant.

Bibliographie

1. Sizun J, Ratynski N. L'enfant né prématurément : mieux le comprendre pour mieux le soutenir. 2016.
2. Couly G. Oralités humaines avaler et crier : le geste et son sens. Doin; 2010.
3. Delfosse M-J, Soullignac B, Depoortere M-H, Crunelle D. Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*. 1 nov 2006;Vol. 18(1):23-35.
4. Burguet A, Monnet E, Roth P, Hirn F, Vouaillat C, Lecourt-Ducret M, et al. Devenir neurodéveloppemental à cinq ans des prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée et indemnes d'infirmité motrice d'origine cérébrale. *Arch Pédiatrie*. 1 avr 2000;7(4):357-68.
5. Larroque B. Les troubles du développement des enfants grands prématurés mesurés à l'âge scolaire : Revue de la littérature. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 oct 2004;33(6):475-86.
6. Thibault C, Abadie V, Couly G, Manach Y. Orthophonie et oralité: la sphère oro-faciale de l'enfant. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. (Collection Orthophonie).
7. Mercier J-M. Comment se forme la face chez l'embryon? [Internet]. CHU de Nantes. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/comment-se-forme-la-face-chez-l-embryon--9081.kjsp?RH=1213177477278>
8. Khonsari RH, Catala M. Développement de la face. EMC - Oto-Rhino-Laryngol [Internet]. 13 avr 2018 [cité 9 févr 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1208671/resultatrecherche/2>
9. Delfosse M-J, Soullignac B, Depoortere M-H, Crunelle D. Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*. 1 nov 2006;Vol. 18(1):23-35.
10. Fel C, Pelazza J. La prématurité ou l'oralité troublée. *orthomagazine*. 2008;(78):22-3.
11. Senez C, Martinet M. Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition. 2e édition. Paris: De boeck-Solal; 2015. (Le Monde du verbe).
12. Couly G, Levailant J-M, Bault J-P, Benoit B, Kverneland B, Gitz L. Oralité du fœtus : neurogenèse, sensorialité, dysoralité, anoralité, échographie, syndromes de Robin. Sauramps Médical; 2015.
13. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. janv 2019;68(1):124-9.
14. de Bethmann O. reflux gastro-oesophagien et malaise du nourrisson. *J Pédiatrie Puériculture*. 1998;(3):4.

15. Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. Arch Pédiatrie. mai 2006;13(5):464-72.
16. Cheval C, Nezelof S. Anorexies du nourrisson. EMC- PsychiatriePédopsychiatrie. oct 2015;12(4):8.
17. Lucas RF, Smith RL. When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants? Natl Assoc Neonatal Nurses. avr 2015;15(2):134-41.
18. Dubedout S, Cascales T, Mas E, Bion A, Vignes M, Raynaud J-P, et al. Troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : situations à risque et facteurs favorisants. Arch Pédiatrie. juin 2016;23(6):570-6.
19. Guillerme CJ. L'oralité troublée : regard orthophonique. Spirale. 2014;72(4):25.
20. Torchin H, Ancel P-Y. Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1213-30.
21. Desfrere L, Tsatsaris V, Sanchez L, Cabrol D, Moriette G. Critères de réanimation des prématurissimes en salle de naissance : quel discours en anténatal ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 févr 2004;33(1, Supplement 1):84-7.
22. McAnulty G, Duffy FH, Butler S, Parad R, Ringer S, Zurakowski D, et al. Individualized developmental care for a large sample of very preterm infants : health, neurobehaviour and neurophysiology. Acta Paediatr. 2009;98(12):1920-6.
23. Pradillon G, Berriex A. Troubles de l'alimentation et destins de l'oralité en néonatalogie. Psychiatr Enfant. 2016;59(1):75.
24. Lhéritier J-L. Les maternités en 2016 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et Résultats - DREES. oct 2017;
25. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). 98-900 oct 9, 1998.
26. Vaivre-Douret L, Papiernik E, Relier J. Méthode et soins kangourou. Arch Pédiatrie. juill 1996;8.
27. Pierrat V, Browne JV. Les soins de développement en néonatalogie : perspectives historiques. Cah Puéricultrice. janv 2016;53(293):12-4.
28. Ratynski N, Minguy S, Kerleroux B. Les soins de développement au nouveau-né prématuré. Soins PédiatriePuériculture. nov 2017;38(299):32-5.
29. Ratynski N, Bleunven S, Sizun J. Intervention précoce en médecine néonatale : expérience du NIDCAP. Contraste. 2007;N° 26(1):119-26.
30. Haumont D. Le programme NIDCAP et la dyade mère-enfant. In: Soins de développement en période néonatale : Soins de développement en période néonatale. Lavoisier. 2014.

31. Özdemir FK, Tüfekci FG. The effect of individualised developmental care practices on the growth and hospitalisation duration of premature infants : the effect of mother's scent and flexion position. *J Clin Nurs*. 2014;23(21-22):3036-44.
32. Sandre D. Le devenir des nouveau-nés qui doivent la vie à la technique. *Spirale*. 21 oct 2016;N° 79(3):230-5.
33. Als H, Duffy FH, McAnulty G, Butler SC, Lightbody L, Kosta S, et al. NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction. *J Perinatol*. oct 2012;32(10):797-803.
34. Zaoui-Grattepanche C, Petit I. Initiative « Hôpital Ami des bébés » en néonatalogie. In: *Soins de développement en période néonatale : de la recherche à la pratique*. Lavoisier. 2014.
35. Als H, Gilkerson L. The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Semin Perinatol*. juin 1997;21(3):178-89.
36. Goubet N, Rattaz C, Pierrat V, Bullinger A, Lequien P. Olfactory experience mediates response to pain in preterm newborns. *Dev Psychobiol*. 2003;42(2):171-80.
37. Martel M-J, Milette I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine; 2006. (Collection Intervenir).
38. Martinet M, Borradori Tolsa C, Rossi Jelidi M, Bullinger A, Perneger T, Pfister RE. Élaboration et validation de contenu d'une grille d'observation du comportement sensorimoteur du nouveau-né à l'usage du personnel soignant. *Arch Pédiatrie*. févr 2013;20(2):137-45.
39. Haddad M. La prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie. *orthoMagazine* [Internet]. janv 2007 [cité 19 mars 2019];13(68). Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/109128>
40. Greene Z, O'Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [cité 21 nov 2019];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009720.pub2/abstract>
41. Speyer R, Cordier R, Parsons L, Denman D, Kim J-H. Psychometric Characteristics of Non-instrumental Swallowing and Feeding Assessments in Pediatrics : A Systematic Review Using COSMIN. *Dysphagia*. févr 2018;33(1):1-14.
42. Bickell M, Barton C, Dow K, Fucile S. A systematic review of clinical and psychometric properties of infant oral motor feeding assessments. *Dev Neurorehabilitation*. août 2018;21(6):351-61.
43. Petit I, Grattepanche C. Accompagner la progression du bébé prématuré au sein grâce à la « fleur de lait ». *Soins PédiatriePuériculture*. sept 2012;33(268):44-6.

44. Palmer MM, Crawley K, Blanco IA. Neonatal Oral-Motor Assessment scale: a reliability study. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc.* févr 1993;13(1):28-35.
45. Neiva FCB, Leone C, Leone CR. Non-nutritive sucking scoring system for preterm newborns. *Acta Paediatr.* oct 2008;97(10):1370-5.
46. Neiva FCB, Leone CR, Leone C, Siqueira LL, Uema KA, Evangelista D, et al. Non-nutritive sucking evaluation in preterm newborns and the start of oral feeding: a multicenter study. *Clinics.* juin 2014;69(6):393-7.
47. Morag I, Ohlsson A. Cycled light in the intensive care unit for preterm and low birth weight infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2016 [cité 19 mars 2019]; Disponible sur: /fr/CD006982/le-cycle-jour-nuit-dans-lunite-de-soins-intensifs-pour-les-nourrissons-prematures-et-les-nourrissons
48. Kuhn P, Zores C, Astruc D, Dufour A, Casper Ch. Développement sensoriel des nouveau-nés grands prématurés et environnement physique hospitalier. *Arch Pédiatrie.* juill 2011;18:S92-102.
49. Vásquez-Ruiz S, Maya-Barrios JA, Torres-Narváez P, Vega-Martínez BR, Rojas-Granados A, Escobar C, et al. A light/dark cycle in the NICU accelerates body weight gain and shortens time to discharge in preterm infants. *Early Hum Dev.* 1 sept 2014;90(9):535-40.
50. Marie P, Kloeckner A. Soins de soutien au développement. *Soins PédiatriePuériculture.* 2010;(252):3.
51. Ferrari F, Bertoncelli N, Gallo C, Roversi MF, Guerra MP, Ranzi A, et al. Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed.* 1 sept 2007;92(5):F386-90.
52. Lecoufle A. Atrésie de l'œsophage : « oralité en période néonatale ». *Arch Pédiatrie.* sept 2012;19(9):939-45.
53. Kloeckner A. Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste.* 2008;28-29(1):157.
54. SOUTIEN-POSTURAL-EN-NEONATALOGIE-Alice-GALLOT.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/SOUTIEN-POSTURAL-EN-NEONATALOGIE-Alice-GALLOT.pdf>
55. PCCN. Développement Enfant - Mieux agir au quotidien [Internet]. 2015 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <http://developpementenfant.ca/wp/>
56. Aubril A, Bellanger E, Moati MH, Veny M. Le positionnement du prématuré et du nouveau-né malade : l'évolution d'une pratique. *J Pédiatrie Puériculture.* 1 janv 1996;9(2):101-5.
57. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir.* 1 juin 2007;Vol. 19(2):151-88.

58. Roué J-M, Caeymaex L, Sizun J. 20 - Bases scientifiques et niveau de preuve des soins de développement. In: Saliba É, éditeur. *Néonatalogie : bases scientifiques* [Internet]. Elsevier Masson; 2017 [cité 2 oct 2019]. p. 219-26. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294737428000200>
59. Goulet O, Vidailhet M, Turck D. *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*. Doin; 2012.
60. Bandelier E. *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant: pistes de prise en charge*. Ortho Édition; 2015.
61. Haddad M, Dupouy V. L'olfaction au service de l'oralité du bébé prématuré. *orthoMagazine*. 2018;(134):5.
62. Pfister R, Launoy V, Vassant C, Martinet M, Picard C, Bianchi JE, et al. Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*. 2008;Vol. 60(4):317-35.
63. Boige N, Missonnier S. Les troubles de l'oralité à l'aube de la vie. *Entre pédiatrie et psychanalyse. Cliniques*. 2013;6(2):107.
64. Lubbe W. Clinicians guide for cue-based transition to oral feeding in preterm infants: An easy-to-use clinical guide. *J Eval Clin Pract*. févr 2018;24(1):80-8.
65. Ross ES, Philbin MK. Supporting Oral Feeding in Fragile Infants : An Evidence-Based Method for Quality Bottle-Feedings of Preterm, Ill, and Fragile Infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2011;25(4):349-57.
66. Rahmani S, Armanian AM, namnabati mahboobeh. Effects of Feeding Nozzle and Cup Feeding on Reaching the Time of Full Oral Feeding in the Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Iran J Neonatol IJN* [Internet]. mars 2018 [cité 6 nov 2019];9(1). Disponible sur: <http://doi.org/10.22038/ijn.2018.26771.1357>
67. Aloysius A, Hickson M. Evaluation of paladai cup feeding in breast-fed preterm infants compared with bottle feeding. *Early Hum Dev*. sept 2007;83(9):619-21.
68. Marofi M, Abedini F, Mohammadzadeh M, Talakoub S. Effect of palady and cup feeding on premature neonates' weight gain and reaching full oral feeding time interval. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(2):202.
69. Dupras S. *Utilisation d'un dispositif d'aide à la lactation*. IBCLC. 2005;
70. Pereira LM. Padovan Method as Early Stimulation in Neonatal Intensive Care Unit. *Int Arch Med* [Internet]. 17 juill 2015 [cité 5 mars 2019];8. Disponible sur: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1245>
71. Medoff-Cooper B, Rankin K, Li Z, Liu L, White-Traut R. Multi-sensory intervention for preterm infants improves sucking organization. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses*. avr 2015;15(2):142-9.
72. Abdallah B, Badr LK, Hawwari M. The efficacy of massage on short and long term outcomes in preterm infants. *Infant Behav Dev*. 1 déc 2013;36(4):662-9.

73. Frazao A, Pereira LM, Silva MGN. Estimulação Neurofuncional dos Cinco Sentidos com o Método Padovan. Faculdade de Medicina Estacio de Juazeiro do Norte-CE [Internet]. 2012 [cité 5 mars 2019]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/280556636_Estimulacao_Neurofuncional_dos_Cinco_Sentidos_com_o_Metodo_Padovan
74. Zaoui-Grattepanche C. Kangaroo Mother Care (KMC) ou Méthode Mère Kangourou (MMK). In: Soins de développement en période néonatale : de la recherche à la pratique. Lavoisier. 2014.
75. OMS, éditeur. La méthode « mère kangourou »: guide pratique. 2005. 54 p.
76. Vaivre-Douret L. Influence de l'expérience posturale chez le nourrisson (décubitus ventral) sur l'organisation et le développement de la motricité. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 janv 1994;7(1):34-43.
77. Bruwier S, Pâques V, Poot I, Hesbois F, François A, Maton P, et al. Stimulation de l'oralité. In: Soins de développement en période néonatale : de la recherche à la pratique. Lavoisier. 2014.
78. Dutau G, Lavaud F. Les sucettes et tétines : des méfaits ou des bienfaits ? *Rev Fr Allergol*. oct 2013;53(6):505-7.
79. Standley JM, Cassidy J, Grant R, Cevasco A, Szuch C, Nguyen J, et al. The Effect of Music Reinforcement for Non-Nutritive Sucking on Nipple Feeding. *Pediatr Nurs*. 36(3):8.
80. Lau C. Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré Development of oral feeding skills in the preterm infant. 2007;7.
81. Ratet I, Touzet M, Demouy J, Da Costa L. Les troubles de l'oralité alimentaire en médecine et réanimation néonatales. *Soins PédiatriePuériculture*. nov 2017;38(299):25-8.
82. Fischer CJ, Beissel A, Tolsa J-F. Comment favoriser le développement de l'oralité en néonatalogie. *Rev Médicale Suisse*. 16 janv 2013;132-3.
83. Marlier L, Schaal B. Familiarité et discrimination olfactive chez le nouveau-né : influence différentielle du mode d'alimentation ? *Enfance*. 1997;50(1):47-61.
84. Rand K, Lahav A. Impact of the NICU environment on language deprivation in preterm infants. *Acta Paediatr*. 2014;103(3):243-8.
85. Lordier L, Meskaldji D-E, Grouiller F, Pittet MP, Vollenweider A, Vasung L, et al. Music in premature infants enhances high-level cognitive brain networks. *Proc Natl Acad Sci*. 28 mai 2019;201817536.
86. Allaire C, Ruel J, France, Santé publique France, Ministère de la Santé. Communiquer pour tous: guide pour une information accessible. 2018.
87. Philbin MK, Ross ES. The SOFFI Reference Guide : Text, Algorithms, and Appendices. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2011;25(4):360-80.

Répertoire sigles et abréviations

APIB : Assessment of Preterms Infants Behavior

ATVV : auditive, tactile, visuelle et vestibulaire

BF : bourgeon facial

BNE : bourgeon nasal externe

BNI : bourgeon nasal interne

BMI : bourgeon maxillaire inférieur

BMS : bourgeon maxillaire supérieur

NIDCAP : Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program

NNS : L'échelle Non-Nutritive sucking score system

NOMAS : The Neonatal Oral-Motor Assessment Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : oto-rhino-laryngologie

PIBBS : The Preterm Infant Breastfeeding Behaviour Scale

SA : semaine d'aménorrhée

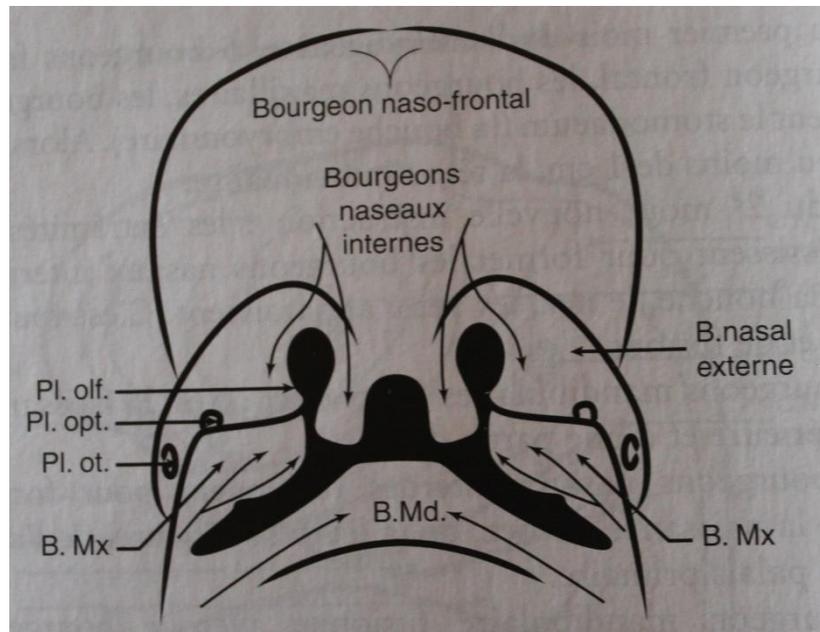
SDR : succion-déglutition-respiration

SNN : succion non nutritive

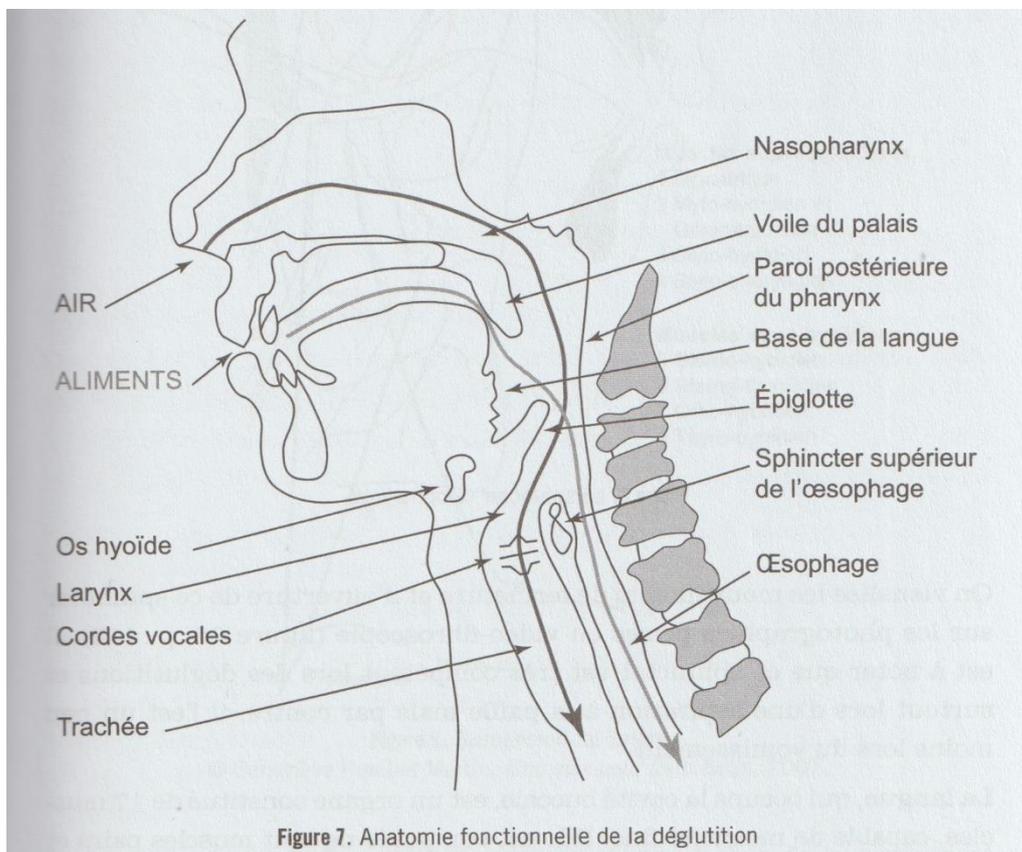
SOFFI : Supporting Oral Feeding in Fragile Infants

Annexes

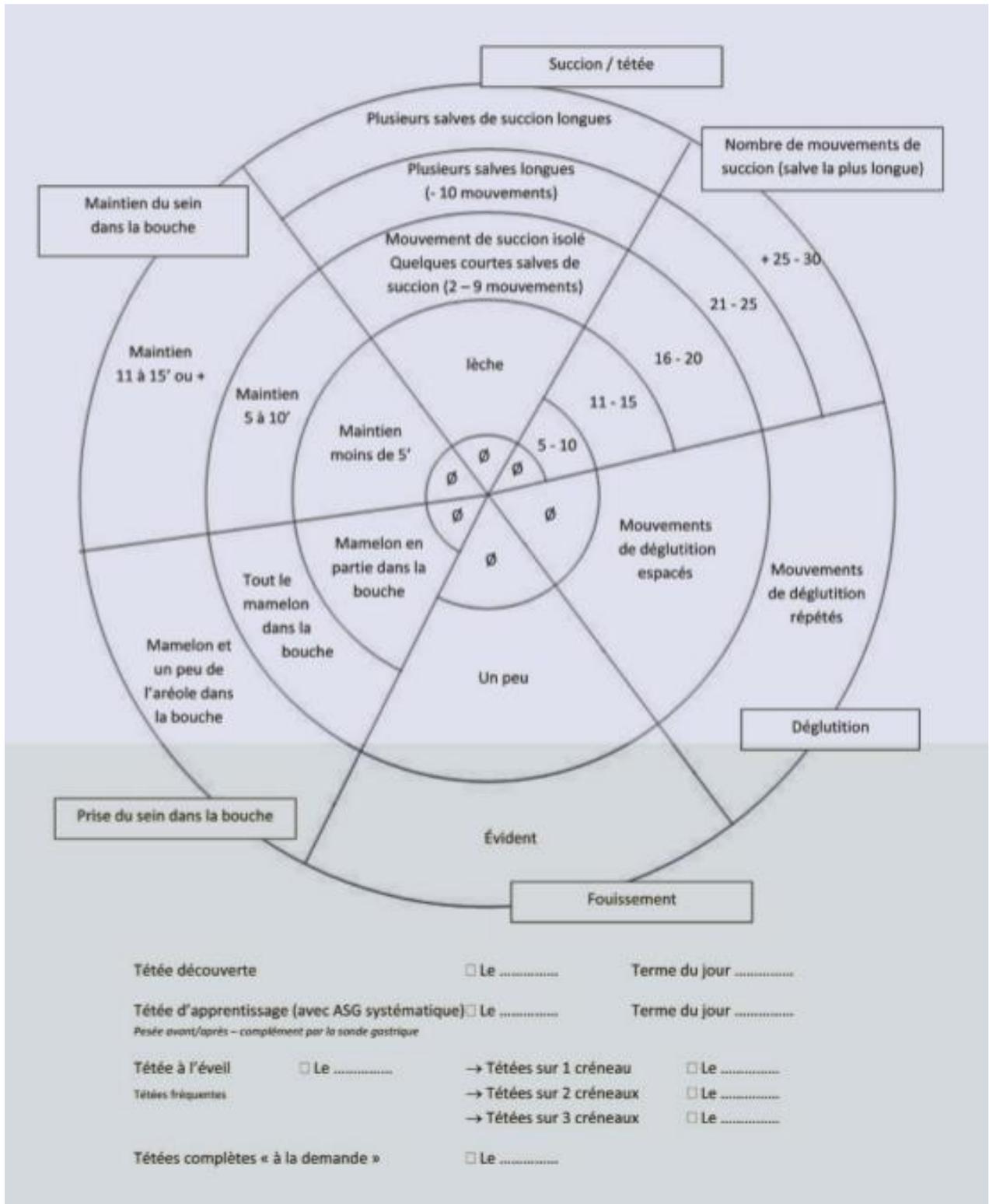
Annexe 1 : Formation de la face du fœtus (6)



Annexe 2 : Anatomie fonctionnelle de la déglutition (11)



Annexe 3 : Fleur de Lait (43)



Annexe 4 : l'échelle NOMAS selon Palmer (44)

Table 7		
NOMAS		
Normal	Disorganization	Dysfunction
Jaw		
<input type="checkbox"/> Consistent degree of jaw depression <input type="checkbox"/> Rhythmic excursions <input type="checkbox"/> Spontaneous jaw excursions occur on tactile presentation of nipple up to 30 minutes before a feeding <input type="checkbox"/> Jaw movement occurs at the rate of approximately 1/sec (half rate of non-nutritive suck) <input type="checkbox"/> Sufficient closure on nipple during expression phase to express fluid from nipple	<input type="checkbox"/> Inconsistent degree of jaw depression <input type="checkbox"/> Arrhythmic jaw movements <input type="checkbox"/> Difficulty initiating movements: <input type="checkbox"/> Inability to latch on <input type="checkbox"/> Small, tremorlike start-up movements noted <input type="checkbox"/> Does not respond to initial cue of nipple, until jiggled <input type="checkbox"/> Persistence of immature suck pattern beyond appropriate age	<input type="checkbox"/> Excessively wide excursions that interrupt intraoral seal on nipple <input type="checkbox"/> Minimal excursions; clenching <input type="checkbox"/> Asymmetry; lateral jaw deviation <input type="checkbox"/> Absence of movement (% of time) <input type="checkbox"/> Lack of rate change between non-nutritive suck and nutritive suck (nonnutritive suck = 2/sec; nutritive suck = 1/sec)
Tongue		
<input type="checkbox"/> Cupped tongue configuration (tongue groove) maintained during sucking <input type="checkbox"/> Extension-elevation-retraction movements occur in anterior-posterior direction <input type="checkbox"/> Rhythmic movements <input type="checkbox"/> Movements occur at the rate of 1/sec <input type="checkbox"/> Liquid is sucked efficiently into oropharynx for swallow	<input type="checkbox"/> Excessive protrusion beyond labial border during extension phase of sucking without interrupting sucking rhythm <input type="checkbox"/> Arrhythmic movements <input type="checkbox"/> Unable to sustain suckle pattern for 2 minutes because of: <input type="checkbox"/> Habituation <input type="checkbox"/> Poor respiration <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Incoordination of suck or swallow and respiration, which results in nasal flaring, head turning, extraneous movement	<input type="checkbox"/> Flaccid; flattened with absent tongue groove <input type="checkbox"/> Retracted; humped, and pulled back into oropharynx <input type="checkbox"/> Asymmetry; lateral tongue deviation <input type="checkbox"/> Excessive protrusion beyond labial border before or after nipple insertion with out and down movement <input type="checkbox"/> Absence of movement (% of time)
Assessment:		
Recommendations:		
<hr/> Therapist		

Annexe 5 : l'échelle Non-Nutritive sucking score system (46)

Positive items	Mark the suitable				Converted value
1) rooting reaction	Yes () (4)	No () (0)			
2) easy beginning of sucking	Yes () (4)	No () (0)			
3) labial sealing	always () (12)	most part () (8)	sometimes () (4)	never () (0)	
4) tongue central groove	always () (9)	most part () (6)	sometimes () (3)	never () (0)	
5) peristaltic tongue movements	always () (9)	most part () (6)	sometimes () (3)	never () (0)	
6) jaw raising and lowering movements	always () (9)	most part () (6)	sometimes () (3)	never () (0)	
7) labial, tongue and jaw coordination	always () (15)	most part () (10)	sometimes () (5)	never () (0)	
8) sucking strength	always () (12)	most part () (8)	sometimes () (4)	never () (0)	
9) sucking rhythm	always () (12)	most part () (8)	sometimes () (4)	never () (0)	
	Total positive items:				
Negative items					
10) bites	always () (-3)	most part () (-2)	sometimes () (-1)	never () (0)	-
11) excessive jaw excursion	always () (-3)	most part () (-2)	sometimes () (-1)	never () (0)	-
12) stress signals	always () (-15)	most part () (-10)	sometimes () (-5)	never () (0)	-
	Total negative items:				
	T O T A L:				

NEIVA FCB, LEONE, CR, LEONE, C. Validation of a non nutritive sucking score system for oral feeding in preterm newborns. *Acta Paediatrica*, 97, p.1370-1375, 2008.

Annexe 6 : Algorithme SOFFI (87)

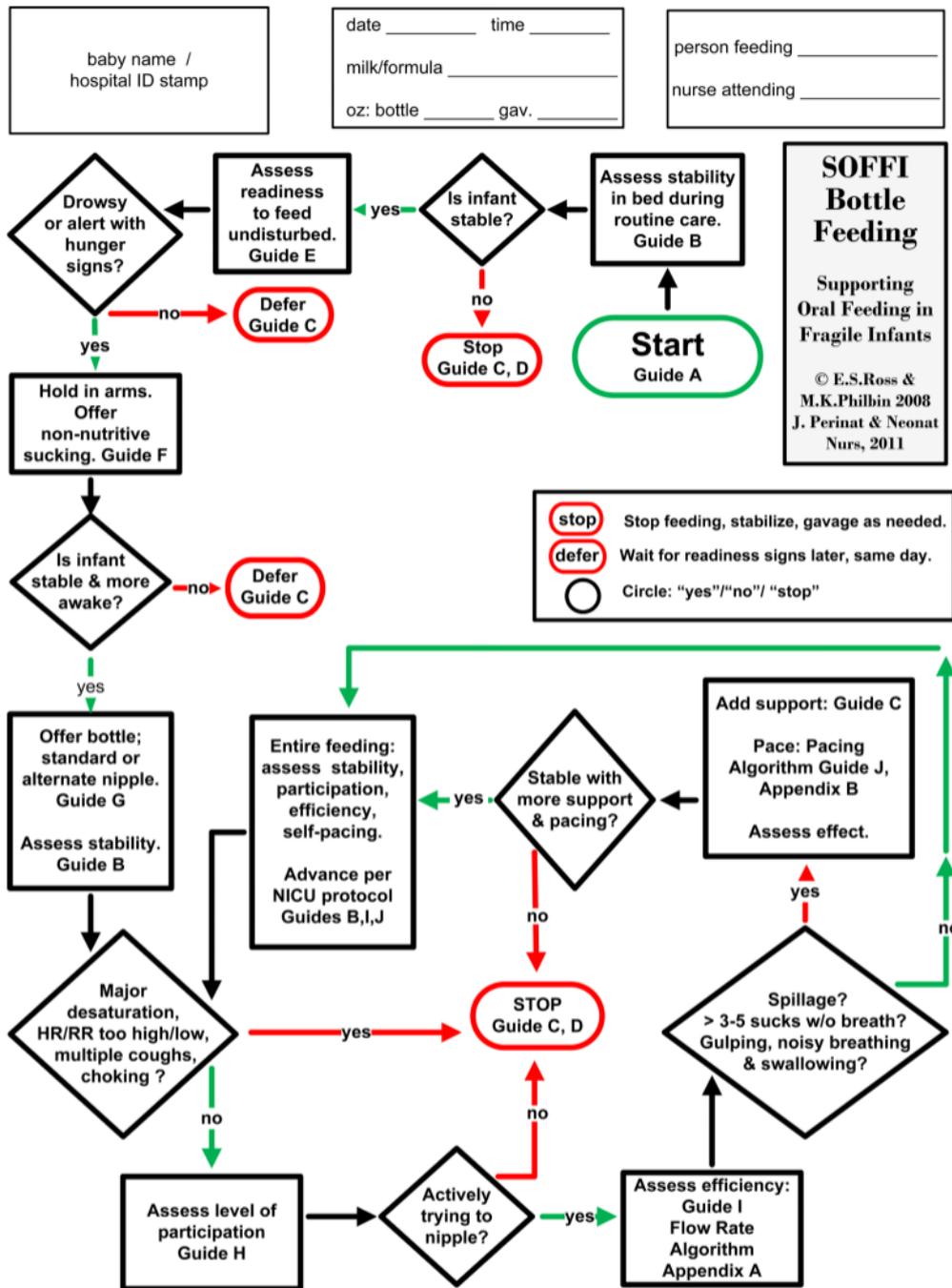


Figure 1.

Beginning at START, the SOFFI Bottle Feeding Algorithm guides the caregiver through a sequence of assessments, decisions, and actions to realize a safe, high quality infant feeding. Letters in the algorithm indicate identically lettered sections in *The SOFFI Reference Guides: Text, Algorithms, and Appendices: A Manualized Method for Quality Bottle Feedings*. (MK Philbin, ES Ross. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 2011) "STOP" indicates ending or pausing a feeding to stabilize the infant. The algorithm is more easily followed in color and is available from the authors.

Annexe 7 : Le Questionnaire

Questionnaire sur l'oralité

Dans le cadre de notre mémoire d'Orthophonie, nous souhaitons créer un livret d'information et de prévention sur les troubles de l'oralité en service de maternité et de néonatalogie. Pour cela, nous vous sollicitons, vous, professionnels de santé travaillant dans ces services, afin de faire un point sur vos savoirs, vos pratiques et vos possibles attentes.

Coller au plus près de la réalité du terrain serait un plus pour notre plaquette.

Merci de prendre le temps de lire et remplir notre questionnaire (temps approximatif de réponse : 15 minutes) avant mi-octobre 2019.

Ce questionnaire est à nous renvoyer par mail (documents scannés) ou par voie postale aux adresses suivantes :

Adresse mail :

Adresse postale

En espérant lire vos réponses, nous restons à votre disposition pour toutes les questions que vous pourriez avoir.

Alicia GIRARD et Sarah NEGRE
Étudiantes en Orthophonie à Marseille

N.B : Il existe également une version informatisée de ce questionnaire
<https://forms.gle/u4Umvn8c7DhR41Za9>



* Réponse Obligatoire

Pour mieux vous connaître

- ❖ Nom de l'établissement * :
- ❖ Service/type de maternité * :
- ❖ Capacité d'accueil du service (nombre de lit) :

- ❖ Quelle est votre profession ?* :
 - Médecin
 - Infirmier
 - Cadre de santé
 - Puéricultrice
 - Auxiliaire de puériculture
 - Aide-soignant
 - Orthophoniste
 - Psychomotricien
 - Psychologue
 - Autres :

- ❖ Combien d'année(s) d'expérience professionnelle avez-vous en pédiatrie ? :

- ❖ Avez-vous été formé au concept d'oralité ou de troubles de l'oralité ? (plusieurs réponses possibles)
 - Aucune formation
 - Au cours de ma formation initiale
 - Au cours d'une/ de formation(s) complémentaire(s)
 - Au cours de mes lectures

- ❖ Est-ce que dans votre pratique professionnelle cet enseignement vous a été utile ?
 - Très satisfaisant
 - Satisfaisant
 - Peu satisfaisant
 - Pas du tout satisfaisant

Connaissances théoriques sur l'oralité

N.B : Il n'y a pas de mauvaises réponses ! Nous voulons juste en savoir le maximum afin d'adapter notre livret aux réalités du terrain.

- ❖ Quelle serait votre définition du terme « oralité » (mots-clés) ? *
.....
.....
.....
.....
.....

- ❖ Quel(s) est/sont le(s) contexte(s) susceptible(s) d'entraîner des troubles de l'oralité ? *
.....
.....
.....
.....
.....

- ❖ Quel(s) est/sont le(s) signe(s) évocateur(s) d'un trouble de l'oralité ? *

.....

.....

.....

.....

- ❖ Pour vous, le développement de l'oralité alimentaire peut-il avoir des répercussions sur * :

- Le développement langagier ?
- Le développement moteur ?
- Le développement psychique ?
- La relation parent-enfant ?
- Le développement intellectuel ?
- Les courbes de croissance staturo-pondérale ?
- Aucune répercussion

Prise en charge de l'oralité dans le service

- ❖ Quel(s) aménagement(s) est/sont mis en place ? *

- Le peau-à-peau
- Intégration des parents aux soins de nursing
- Diminution des stimuli visuels
- Diminution des stimuli sonores
- Rassemblement des temps de soins
- Unités Kangourou (mère – enfant)
- Chambre individuelle
- Adaptation de la posture du nouveau-né
- Aucun aménagement n'est mis en place.
- Autre :

- ❖ Qui décide des premiers essais alimentaires en présence d'un trouble de l'oralité ?

- La décision est prise par le médecin uniquement.
- La décision est prise en équipe pluridisciplinaire.
- Autre :

- ❖ Quand réalisez-vous les premiers essais alimentaires chez un nouveau-né qui a des troubles de l'oralité ?

- Dès l'arrivée dans le service
- Jamais avant 35 semaines d'aménorrhée
- En fonction de l'état de santé du bébé (stabilité cardio-pulmonaire)
- En fonction de l'éveil du bébé
- Autre :

- ❖ Quel(s) est/sont le(s) moyen(s) utilisé(s) pour proposer ces premiers essais alimentaires per os ?

- Le biberon standard
- Le biberon adapté, lequel ? :
- La seringue
- La tasse
- Le doigt/paille
- Le DAL (dispositif d'aide à la lactation)
- La mise au sein
- Autres :

- ❖ Quel(s) lait(s) est (sont) utilisé(s) dans le service ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lait maternel | <input type="checkbox"/> Lait anti-régurgitation |
| <input type="checkbox"/> Lait maternel issu du lactarium | <input type="checkbox"/> Lait à température ambiante |
| <input type="checkbox"/> Lait en poudre | <input type="checkbox"/> Lait chauffé à 37° |
| <input type="checkbox"/> Lait enrichi | <input type="checkbox"/> Autre : |

❖ Quelle sont les consignes quant à la fréquence des repas ?

- A heures fixes
- En fonction des phases d'éveil du nourrisson
- En fonction de la demande du bébé
- Autre :

❖ Des tétines ou sucettes sont-elles utilisées dans le service ?

- Non
- Oui

Si non :

- Parce que la succion non-nutritive n'est pas bénéfique
- Pour ne pas entraver une éventuelle mise au sein
- Par manque de tétine adaptée
- Par difficulté d'approvisionnement
- Par mesure d'hygiène
- Autres :

Si oui, à quel(s) moment(s) sont-elles utilisées ?

- Pour calmer pendant les pleurs
- Pour calmer pendant un soin douloureux ou désagréable
- Disponible en continu
- Pour stimuler la succion en-dehors des repas, pendant une phase d'éveil
- Au moment de l'alimentation entérale ou parentérale
- Avant la tétée
- Autres :

❖ Quelle(s) sollicitation(s) gustative(s) faites-vous ?

- Aucune sollicitation gustative
- Avec du lait maternel
- Avec du lait issu du lactarium
- Avec du lait en poudre
- Avec de l'eau sucrée
- Autre :

A quel(s) moment(s) ?

- Avant le repas
- Pendant le repas
- Après le repas
- En dehors de tout repas
- Autre :

❖ Quelle(s) sollicitation(s) olfactive(s) faites-vous ?

- Aucune sollicitation olfactive
- Avec du lait maternel
- Avec du lait issu du lactarium
- Avec de l'arôme de vanille
- Avec un tissu imprégné de l'odeur maternelle
- Autres :

A quel(s) moment(s) ? :

- Avant le repas
- Pendant le repas
- Après le repas
- En dehors de tout repas
- Autre :

❖ Quelle(s) sollicitation(s) oro-faciale(s) faites-vous ?

- Aucune sollicitation oro-faciale
- Des massages faciaux
- Des stimulations des réflexes
- Des stimulations intra-buccales
- Autre :

Qui pratique ces sollicitations ?

- Infirmier
- Puéricultrice
- Aide-soignant
- Auxiliaire de puériculture
- Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Parents
- Autres :

A quel(s) moment(s) ? :

- Avant le repas
- Pendant le repas
- Après le repas
- En dehors de tout repas
- Autre :

Vos possibles attentes

Ce questionnaire ayant pour but la réalisation d'un livret, nous vous demandons ce que vous pourriez attendre d'un tel livret !

- ❖ Désireriez-vous de plus amples informations sur l'oralité, ses troubles et leur dépistage ?
 Non Oui

Si oui, vous aimeriez des informations sur :

- Le développement de l'oralité
 La définition de l'oralité
 Les facteurs à risque de troubles de l'oralité
 Les signes évocateurs des troubles de l'oralité
 Les prises en charge possibles des troubles de l'oralité
 Les méthodes de prévention possibles des troubles de l'oralité
 Autre :
- ❖ Seriez-vous intéressé(e) par l'obtention de notre livret ?
 Non Oui
- ❖ Seriez-vous intéressé(e) par l'obtention de notre mémoire ?
 Non Oui

Merci d'indiquer votre mail si vous voulez recevoir notre livret ou mémoire :

Encore merci de nous avoir consacré un peu de temps !

Annexe 8 : Liste de vérification sur la conception de documents imprimés (86)

Matériel issu du référentiel de communication en santé publique « Communiquer pour tous » créé en 2018 par Santé Publique France. (86)

			
La présentation : l'aspect visuel			
Choisir une police lisible, de corps 12 au minimum			
Aligner le texte à gauche			
Mettre en évidence à l'aide du gras			
Utiliser les couleurs avec modération, avec contraste élevé			
Utiliser des tableaux et graphiques simples, au besoin			
Préférer l'énumération à l'aide de puces, pas plus de 5			
Aérer le texte avec beaucoup d'espaces blancs			
Choisir un papier sans reflet, blanc chaud et opaque			
Soigner l'apparence du document pour qu'il soit attrayant			
Les mots et les phrases : l'aspect linguistique			
Préférer des mots courts, courants, concrets, qui ont un seul sens			
Formuler des phrases courtes : sujet, verbe, complément			
Choisir des phrases actives et affirmatives			
Privilégier des temps de verbe et des ponctuations simples			
Choisir un ton courtois et un style personnel à la 1 ^{re} ou à la 2 ^e personne			
Porter attention à la façon d'utiliser les chiffres			
Le choix de l'information : l'aspect informatif			
Trouver des renseignements pertinents et complets			
Retenir les messages clés, sans détails superflus			
Expliquer dans le texte les notions difficiles et les termes techniques			
L'organisation de l'information : l'aspect structurel			
Faire apparaître clairement le plan			
Structurer le texte avec des titres et des sous-titres courts et explicites			
Organiser le texte et les idées dans un ordre logique			
Diviser le texte en paragraphes courts, de 4 à 5 lignes et pas plus de 250 mots			
Utiliser les marqueurs de liaison pour favoriser les liens logiques			
Hiérarchiser l'information			
Présenter une idée par paragraphe			
Utiliser les couleurs comme élément de la signalétique			

Résumé

L'objectif de notre mémoire est de créer une plaquette d'informations sur l'oralité du prématuré, le repérage et la prévention des troubles de l'oralité, pour les professionnels de maternité et de néonatalogie.

Nous sommes parties du constat que les bébés prématurés sont exposés, d'une part, à des dystimulations engendrées par l'environnement hospitalier et aux soins, et d'autre part, à une hypo-stimulation positive de la sphère oro-faciale en raison de leur immaturité.

Nous avons réalisé un questionnaire autour de l'oralité et sa prise en charge afin de faire un état des lieux des pratiques et des connaissances des professionnels travaillant dans ces services. Leurs attentes par rapport à la création d'une plaquette d'informations ont également été recueillies.

Pour réaliser notre mémoire, nous nous sommes appuyées sur une revue de la littérature non exhaustive.

Nos recherches nous ont permis de mettre en évidence certains éléments-clés de la prévention des troubles de l'oralité chez le prématuré. L'observation du bébé est primordiale, afin de respecter ses besoins et son rythme physiologique et ainsi éviter les dystimulations. L'adaptation des prises alimentaires permettra d'amener le prématuré vers une alimentation orale autonome. De plus, une posture en enroulement favorisera la poursuite des auto-stimulations oro-faciales débutées in utero. Enfin, les sollicitations sensorielles (gustatives, olfactives et kinesthésiques) guideront le bébé dans le développement d'une oralité harmonieuse.

Les parents ont également un rôle fondamental et doivent être soutenus par l'équipe soignante, qui les aidera à prendre confiance dans leur rôle de parents nourriciers.

Notre plaquette n'a pas vocation à remplacer une véritable formation, mais correspond davantage à une boîte à idées. Elle reprend ainsi ces différents points, de façon plus concise, afin de repérer et prévenir un possible trouble de l'oralité chez le prématuré et limiter les conséquences d'un trouble à moyen ou long terme.

Mots-clés : orthophonie ; oralité ; prématurité ; prévention ; néonatalogie