



HAL
open science

**Sensibilisation et prévention des troubles de l'oralité
chez les nouveau-nés prématurés : évaluation des
pratiques professionnelles au sein des services de
réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et
de néonatalogie du CHU Amiens-Picardie**

Élise Margueritte

► **To cite this version:**

Élise Margueritte. Sensibilisation et prévention des troubles de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés : évaluation des pratiques professionnelles au sein des services de réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de néonatalogie du CHU Amiens-Picardie. Sciences cognitives. 2020. dumas-03262303

HAL Id: dumas-03262303

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03262303>

Submitted on 16 Jun 2021

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.



UFR de Médecine – Département d’orthophonie

**SENSIBILISATION ET PRÉVENTION
DES TROUBLES DE L’ORALITÉ CHEZ
LES NOUVEAU-NÉS PRÉMATURÉS**

Évaluation des pratiques professionnelles au sein des services de
réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de
néonatalogie du CHU Amiens-Picardie

Mémoire présenté pour l’obtention du
Certificat de Capacité d’Orthophoniste

Par

Elise MARGUERITTE, née le 18/01/1994

Sous la direction de :

Marine LEBEAUPIN, Orthophoniste

Cécile HUET-POULTIER, Orthophoniste

Soutenu en juin 2020



UFR de Médecine – Département d’orthophonie

**SENSIBILISATION ET PRÉVENTION
DES TROUBLES DE L’ORALITÉ CHEZ
LES NOUVEAU-NÉS PRÉMATURÉS**

Évaluation des pratiques professionnelles au sein des services de
réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de
néonatalogie du CHU Amiens-Picardie

Mémoire présenté pour l’obtention du
Certificat de Capacité d’Orthophoniste

Par

Elise MARGUERITTE, née le 18/01/1994

Sous la direction de :

Marine LEBEAUPIN, Orthophoniste

Cécile HUET-POULTIER, Orthophoniste

Soutenu en juin 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord Marine LEBEAUPIN et Cécile HUET-POULTIER, mes directrices de mémoire, pour leurs précieux conseils, leur investissement et leur soutien tout au long de mon projet. Merci au Professeur Pierre TOURNEUX de m'avoir fait confiance et accompagné dans la réalisation de cette étude.

Je souhaite également remercier toutes les équipes soignantes des services de Réanimation Néonatale, des Soins Intensifs et de Néonatalogie d'avoir porté intérêt au projet.

Merci notamment au Docteur GHOSTINE, chef du service de Réanimation néonatale, et au Docteur LEKE, chef des services des Soins Intensifs Néonataux et de Néonatalogie, de m'avoir permis de réaliser cette étude dans leurs services.

Je tiens à remercier Mme REGNAULT-LHERITIER, cadre de santé de Réanimation néonatale, Mme VINCENT et Mme HOUART pour leur aide aux différentes étapes de l'étude.

Je remercie les soignants et les nouveau-nés qui ont participé au tournage de la vidéo de sensibilisation. Merci notamment à M CISELLO, vidéaste du pôle mère-enfant, pour le tournage et le montage vidéo.

Merci à Mme BEL HACHMI, infirmière hygiéniste, pour son expertise apportée aux protocoles.

Je remercie également Emeline LESECQ-L'AMBRE d'avoir accepté la relecture de mon mémoire et la présidence du jury.

Je tiens à remercier l'ensemble des membres du DUEFO ainsi que mes maîtres de stages, pour la formation en orthophonie.

Enfin, je remercie mes amis et ma famille pour leur soutien et leurs conseils tout au long de la réalisation de mon mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PARTIE THÉORIQUE	8
1. L'ORALITÉ.....	9
1.1. Définition de l'oralité.....	9
1.2. Le développement alimentaire.....	10
1.3. Les réflexes oraux.....	11
1.4. Le trouble de l'oralité alimentaire.....	12
2. SPÉCIFICITÉS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ.....	13
2.1. Immaturités des fonctions oromotrices.....	13
2.2. Différentes méthodes d'alimentation.....	15
2.3. Dystimulations.....	17
2.4. Le lien parent enfant.....	18
3. LA PRÉVENTION.....	19
3.1. Installation et positionnement.....	19
3.2. Sollicitations de la sphère oro-faciale.....	21
3.3. Prévention de la douleur au niveau de la sphère ORL.....	23
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	24
MÉTHODOLOGIE	26
1. POPULATION D'ÉTUDE.....	27
1.1. Critères d'inclusion.....	27
1.2. Critères d'exclusion.....	27
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	27
2.1. Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité.....	27
2.2. Évaluation des Pratiques Professionnelles.....	28
2.3. La sensibilisation.....	29
3. PROCÉDURE.....	30
3.1. Identification des points de sensibilisation.....	30
3.2. Questionnaires de pré et post-sensibilisation.....	31
3.3. Tournage et montage vidéo.....	32
3.4. Sensibilisation des équipes.....	33
4. ANALYSE STATISTIQUE.....	34
RÉSULTATS	35
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	36
1.1. Questionnaires pré-sensibilisation.....	36
1.2. Sensibilisation.....	37

1.3.	Questionnaires post-sensibilisation	39
2.	CONNAISSANCES.....	40
2.1.	Généralités.....	40
2.2.	Installation et positionnement	45
2.3.	Sollicitation de la sphère oro-faciale.....	45
2.4.	Douleur au niveau de la sphère ORL	46
3.	PRATIQUE.....	46
3.1.	Installations et positionnement.....	46
3.2.	Sollicitations de la sphère oro-faciale	48
3.3.	Douleur au niveau de la sphère ORL	49
DISCUSSION	.....	50
1.	CORRÉLATION HYPOTHÈSES ET RÉSULTATS.....	51
1.1.	État des lieux des connaissances et des pratiques avant la sensibilisation	51
1.2.	Impact de la sensibilisation	52
1.3.	Validation des hypothèses de l'étude	54
2.	LIMITES DE L'ÉTUDE.....	54
2.1.	Limites dans les échantillons	54
2.2.	Limites de l'évaluation.....	56
2.3.	Limites de la sensibilisation	57
2.4.	Limites dans les services.....	60
3.	APPORTS DE L'ÉTUDE.....	61
3.1.	Apports des échantillons	61
3.2.	Apport de l'évaluation.....	61
3.3.	Apport de la sensibilisation.....	62
3.4.	Apports dans les services	63
3.5.	Apports sur le plan personnel.....	63
CONCLUSION	.....	65
RÉFÉRENCES	.....	68
ANNEXES	.....	74
FIGURES	.....	94
TABLEAUX	.....	94
GRAPHIQUES	.....	95

INTRODUCTION

Avec les progrès de la pratique médicale en obstétrique et en néonatalogie, les taux de mortalité néonatale diminuent fortement. Selon les premières données de l'étude Epipage 2 (étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels), communiquées en 2015, la survie des enfants nés entre 25 et 31 semaines d'aménorrhée augmente significativement depuis 1997 et le pourcentage de survie entre 32 et 34 semaines d'aménorrhée est de 99%. Cette étude nationale réalisée depuis 2011 par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, permet de mieux connaître le devenir des enfants prématurés.

Du fait des nombreuses immaturités au niveau de leurs organes, les nouveau-nés prématurés nécessitent des soins dans les services de réanimation, de soins intensifs et de néonatalogie. Les facteurs de risques liés à la prématurité et à l'hospitalisation sont nombreux.

La prématurité peut entraîner une immaturité des fonctions orales d'alimentation et de respiration. Par ailleurs, la mise en place de l'alimentation artificielle court-circuite le passage des aliments par la bouche.

Du fait de leurs immaturités et du contexte hospitalier, les nourrissons prématurés subissent certaines agressions sensorielles, au niveau de tous leurs sens.

Les dystimulations liées à l'environnement des services de néonatalogie peuvent influencer l'intégration sensorielle des nouveau-nés. Le développement peut être perturbé d'une part par des expériences négatives et d'autre part par des expériences orales positives rares voire inexistantes. L'absence de stimulations positives de la zone orale engendre des conséquences sur le développement de l'oralité

Il semble important de mettre en place une prévention et des gestes qui amèneront du plaisir oral et de la stimulation positive au niveau la sphère oro-faciale et du corps dans son ensemble.

« La prévention des troubles de l'oralité fait dorénavant partie intégrante des soins prodigués aux nouveau-nés hospitalisés » Picaud. (2016). *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie*. Chap 59, p.369

Les services de l'unité de Néonatalogie du CHU Amiens-Picardie ne comptent pas d'orthophoniste dans leurs équipes. Notre intervention s'inscrit dans une démarche de prévention et d'information des équipes face aux troubles de l'oralité des nouveau-nés prématurés.

L'orthophoniste est un spécialiste de l'oralité et du langage. Il a donc toute sa place dans un service de néonatalogie avec une prise en charge se distinguant sur plusieurs axes : le développement de la coordination succion-déglutition-respiration, l'accompagnement lors des premiers essais alimentaires, les sollicitations sensorielles et la guidance parentale (Haddad, 2007).

PARTIE THÉORIQUE

1. L'ORALITÉ

1.1. Définition de l'oralité

L'oralité concerne toutes les fonctions liées à la sphère orale : la communication, la respiration, l'alimentation, le langage et l'exploration sensorielle (Abadie, 2004), mais aussi le plaisir oral et le premier lien d'attachement (Leblanc *et al*, 2015). L'oralité est au centre de tous les sens : le toucher, l'ouïe, l'odorat, le goût, la position dans l'espace et le mouvement (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009).

L'oralité est constituée de l'oralité alimentaire et de l'oralité verbale. Le développement de l'oralité se divise en deux périodes : l'oralité primaire et l'oralité secondaire.

1.1.1. Oralité primaire

1.1.1.1. Oralité alimentaire primaire

L'oralité alimentaire se construit dès les premières semaines de vie fœtale (Boucher, 2008).

La coordination de la séquence succion-déglutition-respiration contribue lors de cette période à une bonne alimentation lactéale au sein ou au biberon. (Haddad 2007). Cependant la seule coordination de ces trois temps n'est pas suffisante pour assurer une bonne tétée, en effet certains facteurs environnementaux peuvent influencer son déroulement (Lau, Fusile et Gisel, 2012).

L'oralité alimentaire primaire se termine aux alentours de quatre mois, grâce au processus de corticalisation permettant d'inhiber les réflexes oraux.

1.1.1.2. Oralité verbale primaire

Dès la naissance, le nouveau-né exprime des besoins par la production de sons végétatifs. Il produit des vocalisations réflexes les deux premiers mois de sa vie (Couly, 2010).

1.1.2. Oralité secondaire

Le passage de l'oralité primaire vers l'oralité secondaire se fait progressivement lors d'une phase de transition où les deux oralités coexistent (Couly, 2010).

L'oralité secondaire est une phase volontaire et autonome sous le contrôle cortical, débutant vers les quatre mois de l'enfant. Lors de cette période, le synchronisme de la mastication avec la déglutition et la respiration contribue à une bonne alimentation à la cuillère (Haddad, 2007).

1.2. Le développement alimentaire

1.2.1. Alimentation fœtale

Vers dix semaines d'aménorrhée, le fœtus commence à effectuer des mouvements de langue dans le sens antéro-postérieur. Il tète le liquide amniotique présent dans son environnement, lui permettant de développer sa déglutition et d'entraîner la croissance de sa cavité buccale (Thibault, 2007). Les bourgeons gustatifs se forment sur la langue et dans la cavité buccale vers douze semaines d'aménorrhée (Leblanc, 2009). A la quatorzième semaine d'aménorrhée, le fœtus initie des mouvements de déglutition (Couly, 2010).

La succion non nutritive apparaît vers la quinzième semaine d'aménorrhée. La succion nutritive devient fonctionnelle lorsque la coordination avec la respiration est effective vers la trente-quatre et la trente-septième semaine d'aménorrhée (Guillerme, 2014).

1.2.2. Alimentation lactéale

Dès la naissance, les réflexes de fousissement et de succion vont permettre au nouveau-né de téter en exerçant une dépression intrabuccale et une compression de la langue au palais (Thibault, 2007). Lorsque l'alternance des rythmes de succion et d'expression est respectée, la succion est considérée comme mature. (Lau, 2007).

Le nouveau-né a une alimentation lactéale exclusive. En moyenne, la durée d'une tétée ne devrait pas dépasser plus de vingt minutes (Lau, 2007).

1.2.3. Diversification alimentaire

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001), la diversification alimentaire s'effectue vers les six mois de l'enfant avec le passage à la cuillère concomitant à la poursuite de l'allaitement.

Les morceaux mous sont introduits dans l'alimentation à l'âge de huit mois, puis les morceaux durs à l'âge de douze mois. Entre dix-huit et vingt-quatre mois, l'enfant a une alimentation solide (Thibault, 2007).

1.3. Les réflexes oraux

1.3.1. Les réflexes de recherche alimentaire

Le réflexe de Hooker apparaît au cours du troisième mois de grossesse, marquant la transition entre le statut d'embryon et de fœtus. Il se caractérise par le réflexe d'ouverture de la bouche lors de la stimulation labiale et la capacité du fœtus à tirer la langue pour toucher sa main (Couly, 2010).

Le réflexe de fuissement apparaît après une stimulation tactile sur la joue déclenchant l'orientation de la tête du nouveau-né vers le stimulus ainsi qu'un happement de lèvres (Thibault, 2007).

Le réflexe des points cardinaux se déclenche suite à de légères pressions sur le pourtour des lèvres (Senez, 2002). Lorsque la pression est dirigée sur la lèvre supérieure, celle-ci s'élève et s'avance ; et sur la lèvre inférieure, celle-ci s'abaisse et s'avance. En exerçant la pression au niveau des commissures labiales, la bouche dévie du côté stimulé.

Le réflexe d'orientation et de protrusion de langue s'observe suite à la stimulation tactile des bords de la langue proche de l'apex. La langue du bébé va s'orienter du côté stimulé. L'automatisme de cette orientation est un précurseur pour la mastication (Senez, 2002).

Ces réflexes, permettant une exploration des zones péribuccales et endobuccales, vont conduire au développement de l'oralité. Leur automatisme sera inhibé vers l'âge de quatre mois avec la maturation du contrôle cortical (Bonnet et Guatterie, 2005) et le processus de diversification.

1.3.2. Les réflexes de prise alimentaire

Le réflexe de contraction de l'orbiculaire des lèvres assure la fonction de fermeture de la cavité buccale, permettant d'entourer le sein ou la tétine afin d'en extraire le lait. (Thibault, 2007)

Le réflexe antagoniste d'ouverture et de fermeture de la bouche permet l'alternance de l'ouverture et de la fermeture de la mandibule (Thibault 2007)

Le réflexe de succion entraîne une dépression intra-buccale nécessaire à l'alimentation (Bonnet et Guatterie 2005). Il se manifeste dès l'introduction de la tétine, du mamelon ou du doigt dans la bouche du bébé.

1.4. Le trouble de l'oralité alimentaire

1.4.1. Définition

Le trouble de l'oralité alimentaire est un trouble de l'alimentation, se caractérisant par un « ensemble de difficultés à s'alimenter par voie orale de manière adaptée et en quantité suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur » (Leblanc, 2014). Le trouble de l'oralité alimentaire se développe au cours des grandes étapes du développement alimentaire.

1.4.2. Prévalence

Chez les enfants ayant un développement global normal, les difficultés alimentaires sont présentes chez 24 et 35% des nourrissons et jeunes enfants. Cette proportion augmente de 33 à 80% dans un contexte de retard ou de handicap développemental (Leblanc, 2014).

1.4.3. Etiologie

Le trouble de l'oralité alimentaire peut avoir une origine organique et/ou fonctionnelle. Il peut s'inscrire dans un contexte de pathologie digestive, pulmonaire, cardiaque, oto-rhino-laryngologique (ORL), d'anomalie congénitale de la déglutition, de pathologie acquise de la déglutition ou de syndrome génétique.

Le trouble de l'oralité alimentaire peut avoir une origine sensorielle et être accompagné d'une hyper ou hypo sensorialité (Barbier, 2014). Les enfants prématurés et enfants en nutrition parentérale ou entérale, sont particulièrement à risque de développer un trouble de l'oralité alimentaire. Le reflux gastro-œsophagien (RGO), dont les douleurs de l'œsophage qui lui sont associées, peuvent être à l'origine de difficultés alimentaires (Guillerme 2014), tout comme les événements traumatisants la sphère orale comme les chirurgies néonatales, soins et actes médicaux dont certains sont quotidiens.

Les expériences négatives impliquées dans l'émergence du trouble de l'oralité alimentaire sont nombreuses et multifactorielles (Guillerme 2014)

1.4.4. Signes cliniques chez les nouveau-nés

Plusieurs manifestations, le plus souvent concomitantes, sont significatives du trouble de l'oralité (Parlons-en Nord-Pas de Calais, 2017) :

- Déclenchement du réflexe nauséux lors de la proposition du sein ou de la tétine
- Régurgitations et vomissements
- Toux (signe de fausses-routes)
- Tétées anormalement longues, durant plus de 30 minutes
- Ecoulements de lait par les commissures labiales
- Absence d'exploration tactile entre 0 et 24 mois

2. SPÉCIFICITÉS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ

Une naissance intervenant avant trente-sept semaines d'aménorrhée révolues est considérée comme prématurée selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2018). Selon le terme de la naissance de l'enfant, trois degrés de prématurité se distinguent :

- La prématurité extrême, si la naissance survient à moins de vingt-huit semaines d'aménorrhée
- La grande prématurité, si la naissance survient entre la vingt-huitième et la trente-deuxième semaine d'aménorrhée
- La prématurité moyenne, si la naissance survient entre la trente-deuxième et la trente-septième semaine d'aménorrhée

2.1. Immaturités des fonctions oromotrices

2.1.1. Succion

L'acquisition de la succion chez le nourrisson tout-venant, mature in-utéro pour être fonctionnelle à la naissance. Chez le nouveau-né prématuré cette acquisition est différente, elle évolue dans un contexte d'essais-erreurs.

Le mécanisme succionnel est constitué de deux composantes (Lau, 2007) :

- L'aspiration (« composant succion ») : la pression intra-orale négative aspire le lait du sein ou du biberon.
- L'expression (« stripping ») : la langue et le palais compressent le sein ou la tétine afin de faire couler le lait en créant une pression positive.

Le processus d'acquisition de la succion peut être divisé en cinq stades chez le nourrisson prématuré (Lau, 2007) :

- Premier stade : absence d'aspiration et émergence arythmique de l'expression
- Deuxième stade : émergence arythmique de l'aspiration et rythmicité de l'expression
- Troisième stade : rythmicité de l'aspiration et de l'expression
- Quatrième et cinquième stade : l'alternance de l'aspiration avec l'expression est mature et permet à la succion d'augmenter son amplitude.

2.1.2. Déglutition

Le mécanisme de déglutition est un mécanisme réflexe contrôlé par le centre bulbaire. Le déclenchement du réflexe de déglutition répond aux afférences sensibles provenant de la langue, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx. La déglutition est divisée en trois temps :

- Le temps buccal : il est constitué du réflexe de succion. La base de langue s'élève et recule pour déclencher le deuxième temps
- Le temps pharyngé : le larynx s'élève, l'épiglotte bascule, les plis vocaux se mettent en adduction afin de permettre la protection des voies aériennes et la progression du lait vers l'œsophage. Le sphincter supérieur de l'œsophage s'ouvre pour déclencher le troisième temps.
- Le temps œsophagien : le lait progresse dans l'œsophage.

2.1.3. La respiration

Le nourrisson prématuré présentant de nombreuses immaturités au niveau de son développement, est plus exposé aux affections respiratoires et aux complications. En effet le temps passé en ventilation artificielle influence directement le développement oral (Delfosse, Soullignac, Depoortere et Crunelle, 2006).

2.1.4. Coordination succion-déglutition-respiration

La synchronisation rythmique des fonctions de succion-déglutition-respiration est plus difficile chez les enfants nés prématurément ou avec des complications médicales (Lau, 2012).

Comme précisé précédemment, la coordination des rythmes de succion-déglutition-respiration est nécessaire mais ne conditionne pas à elle-seule la réussite d'une tétée. En effet, d'autres facteurs inhérents à l'environnement, au comportement du nouveau-né et au processus d'alimentation interviennent.

2.2. Différentes méthodes d'alimentation

2.2.1. Nutrition parentérale

Selon les recommandations de la Société Française de Néonatalogie (SFN) en partenariat avec la HAS, en 2018, la nutrition parentérale est indiquée chez les nouveau-nés prématurés lorsque l'alimentation entérale est impossible, contre-indiquée ou qu'elle n'assure pas les apports nutritionnels suffisants au-delà de quarante-huit heures.

Elle se définit par l'utilisation de la voie veineuse qui supplée la voie d'alimentation habituelle.

La nutrition parentérale est instaurée dans les cas suivants (Tourneux *et al*, 2018):

- Grande prématurité (âge gestationnel inférieur à trente-deux semaines d'aménorrhée)
- Poids de naissance inférieur à un kilo cinq
- Un poids de naissance plus petit que celui attendu pour l'âge gestationnel ou une restriction de croissance intra-utérine sévère
- Pathologie médicale grave ou pathologie digestive chirurgicale ayant comme contre-indication la mise en place d'une nutrition entérale immédiate

2.2.2. Nutrition entérale

La nutrition entérale se rapporte à toutes les techniques d'alimentation passant par la voie digestive sans utiliser la voie orale (Senez, 2002).

La mise en place de ce type d'alimentation doit être débutée le plus tôt possible chez l'enfant prématuré afin d'éviter les complications médicales que le manque de nutriments peut entraîner (Jarreau, Baud, Casper, Mitanchez, Picaud et Storme, 2016). Elle suppléait progressivement l'alimentation parentérale jusqu'à fournir les besoins nutritionnels nécessaires au bon développement du nourrisson (Tourneux *et al*, 2018).

Deux méthodes d'alimentation entérale existent :

- La sonde orogastrique passant par la voie buccale

- La sonde nasogastrique passant par la voie nasale

L'administration de l'alimentation entérale s'effectue en bolus ou en continu, selon les pratiques de l'unité et la tolérance alimentaire des nouveau-nés (Jarreau *et al*, 2016, chap. 61).

Les nouveau-nés sont alimentés à travers la sonde par du lait maternel ou des préparations adaptées. Le lait maternel est souhaitable pour les nouveau-nés prématurés jusqu'à un âge gestationnel corrigé de trente-six semaines d'aménorrhée (Jarreau *et al*, 2016, chap. 61).

La durée d'alimentation artificielle influence la future diversification de l'enfant (Delfosse, 2006).

2.2.3. Alimentation par voie orale

Les premiers essais alimentaires par voie orale débutent vers la trente-troisième semaine d'aménorrhée lorsque la succion est mature. L'arrêt de la nutrition entérale est fonction de l'évolution des prises au sein ou au biberon.

2.2.3.1. L'allaitement

La mise en place de l'allaitement chez le nouveau-né prématuré est un processus continu nécessitant la mise en place de plusieurs composantes dont la coordination de la succion-déglutition-respiration et certains réflexes oraux.

Le peau à peau est un soutien conséquent pour la mise en place et la réussite d'un allaitement (Lau, 2007) ; tout comme les tétées au sein précoces (Nyqvist, 2008).

2.2.3.2. Le biberon

Lorsque le projet d'allaitement n'est pas envisagé, le biberon peut être proposé au nouveau-né. La séquence succion-déglutition-respiration doit être coordonnée car l'écoulement de lait au biberon est continu.

Il est nécessaire d'adapter la tétine, la succion sera facilitée avec l'utilisation de tétines souples en caoutchouc (Leblanc, 2015). Lorsque la succion du nouveau-né est faible, le geste d'aide à la succion soutient la prise du biberon (Lecoufle, 2012).

2.2.3.3. Aides à l'alimentation orale

Selon les recommandations d'un groupe d'experts sur l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), des alternatives aux biberons doivent être utilisées jusqu'à ce que l'allaitement soit bien établi (Nyqvist *and al.*, 2013).

Plusieurs aides ou suppléments existent dans le cadre d'un projet d'allaitement :

- Le Dispositif d'Aide à l'allaitement (DAL) est une méthode de complémentation pendant la prise au sein favorisant le lien entre la mère et son enfant. Elle perturbe peu la succion habituelle au sein et permet de maintenir les tétés.
- La paille peut être employée pour permettre au nouveau-né d'exercer sa succion. En effet, cette méthode demande un effort d'aspiration pour faire couler le lait (Haddad, 2007).
- L'alimentation à la tasse impliquerait de façon similaire l'action du masséter, muscle de la succion, que pour la tété au sein (Gomes, Cavallari Da Costa Gois, Carvalho Oliveira, Thomson et Cardoso, 2013). En utilisant l'automatisme de lapement présent chez les nouveau-nés prématurés dès trente-quatre semaines d'aménorrhée, la tasse peut accompagner et aider à la mise en place de l'allaitement (Montjoux-Régis, Gazeau, Raynal et Casper, 2009)

La capacité du nourrisson à être nourri par voie orale peut être perturbée par son état clinique, par la maturité de ses systèmes mais aussi par des facteurs n'ayant pas de lien direct avec l'alimentation (Fucile, McFarland, Gisel et Lau, 2012).

2.3. Dystimulations

Nombreuses dystimulations agressent le système sensoriel encore immature du nouveau-né prématuré. Elles constituent des facteurs de risque d'installation d'un trouble de l'oralité (Menier *et al.*, 2014).

Ces dystimulations sont directement liées à l'environnement hospitalier dans lequel le nouveau-né prématuré continue de se développer.

2.3.1. Les sur-stimulations (Lecoufle 2012) (Menier *et al*, 2014)

- Auditives : les nombreuses alarmes et conversations font de la néonatalogie un milieu bruyant pour les nouveau-né prématurés.
- Visuelles : l'exposition à une luminosité trop importante
- Olfactives : elles sont dues à certains produits comme la solution hydro-alcoolique, les désinfectants, les parfums...
- Tactiles : elles sont nombreuses, engendrées par le contact des gants, des mains froides, les soins péri et intra-buccaux (comme les chirurgies ORL ou digestives, la ventilation artificielle, l'intubation, les changements de sonde et moustaches, ainsi que les aspirations buccales et nasales)

2.3.2. Les sous-stimulations

- Gustatives : Les nouveau-nés hospitalisés ont un manque de stimulations gustatives car ils sont souvent nourris artificiellement. Pour certains, il est impossible d'utiliser le système digestif pendant une période pour raisons médicales (Menier *et al*, 2014).
- Vestibulaires : le système vestibulaire est peu stimulé du fait que les nouveau-nés prématurés soient immobiles dans leur lit, en effet cela ne leur confère pas les mêmes sensations vestibulaires que dans le ventre de leur mère (Menier *et al*, 2014).

Ces stimulations manquantes ou inappropriées peuvent entraîner un désinvestissement de la sphère orale, signe d'un trouble de l'oralité (Guillerme, 2014).

2.4. Le lien parent enfant

L'alimentation tient une place primordiale dans les premières interactions du nouveau-né. Les liens affectifs du nourrisson se construisent en partie lors des prises alimentaires (Couly, 2010).

Des interactions complexes se déroulent entre le nouveau-né et sa mère, l'équilibre de l'allaitement peut être perturbé par une des composantes maternelles (comportementales et physiologiques) ou infantiles (développement global et nutritionnel) (Lau, 2018).

3. LA PRÉVENTION

3.1. Installation et positionnement

« Le Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), ou Programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement, est un programme de soins qui vise à soutenir le développement du nouveau-né prématuré. » (Muller *et al*, 2014)

Les principes du NIDACP reposent sur la théorie synactive du développement de Heidelise Als, consistant à observer le comportement du nouveau-né prématuré en se basant sur cinq systèmes (végétatif, moteur, veille-sommeil, attentionnel et autorégulation), dans le but d'adapter les soins aux compétences de l'enfant (Muller *et al*, 2014).

3.1.1. Dans la couveuse ou le berceau

Le nouveau-né prématuré doit, selon son terme et son poids, être placé dans une couveuse pour maintenir sa température et contrôler le taux d'humidité atmosphérique. Ils peuvent passer en berceau chauffant lorsqu'ils ont atteint deux kilos (Inserm, 2015).

Le positionnement et l'installation dans la couveuse est un axe de prévention primordiale car le nouveau-né prématuré passe beaucoup de temps dans sa couveuse ou son berceau.

Lorsqu'on installe un bébé dans la couveuse, dans un berceau ou dans les bras ; il est important de préserver le contact main-bouche afin de favoriser l'exploration orale et la succion (Haddad, 2007).

L'installation du nourrisson dans une position physiologique de flexion avec un cocon (coussins microbilles ou langes roulés) (Muller *et al*, 2014) et selon les techniques d'enveloppement, permet de réduire les mouvements en extension (Jarreau *et al*, 2016, chap 9). Regrouper l'enfant sur lui-même permet aussi de diminuer son stress (Muller *et al*, 2014).

Actuellement, il n'y a pas de consensus scientifique sur la posture idéale du nouveau-né. Cependant, la position doit être adaptée aux besoins du bébé : changer régulièrement la posture de chaque enfant tout en évaluant sa réaction sur le plan végétatif et comportemental (Jarreau *et al*, 2016, chap 9).

L'installation est primordiale, elle peut aussi permettre d'améliorer la régulation de la température et le sommeil (Casper *et al*, 2015).

3.1.2. Le peau à peau

La prise en charge de type kangourou est une méthode standardisée pour le nouveau-né prématuré ou de petit poids. Elle s'appuie sur un contact peau à peau précoce et prolongé entre la mère et son enfant. L'objectif est de pouvoir répondre de façon immédiate aux besoins de l'enfant (Jarreau *et al*, 2016, chap 3).

Le peau à peau doit être proposé le plus tôt possible, lorsque le nouveau-né présente une certaine stabilité au niveau de ses constantes vitales. Il est important de pratiquer une évaluation médicale et infirmière afin de déterminer la stabilité du bébé. Une attention particulière est portée sur les bébés instables sur le plan cardiorespiratoire et sur la stabilité de la température pendant le peau à peau chez les nouveau-nés de moins de vingt-huit semaines d'aménorrhée (Casper *et al*, 2015).

La pratique du peau à peau permet une amélioration des paramètres respiratoires chez les nourrissons étant sous ventilation artificielle (Jarreau *et al*, 2016, chap 9).

Elle confère de nombreux bénéfices pour le nouveau-né prématuré : une meilleure organisation du sommeil, la réduction des pleurs, la réduction de la douleur lors des soins, une amélioration de la croissance postnatale, un maintien de la température corporelle, l'augmentation du taux d'allaitement, la diminution de la durée d'hospitalisation, l'amélioration du lien parent-enfant et une stabilité de la fréquence cardiaque, respiratoire et de la saturation en oxygène (Jarreau *et al*, 2016, chap 9).

3.2. Sollicitations de la sphère oro-faciale

3.2.1. Conditions de réalisation

Avant de réaliser les sollicitations, il est important de tenir compte de l'état de veille et de la stabilité cardio-respiratoire du nouveau-né. Les moments les plus propices aux sollicitations sont des périodes d'éveil calme ou de sommeil léger, moments où les connexions cérébrales se construisent (Haddad, 2007).

3.2.2. Identifier les réactions des nouveau-nés

Les réactions des nouveau-nés sont significatives de leur état, il est nécessaire d'y être très attentif afin d'éviter tout forçage. Elles sont souvent différées de trois à quatre secondes après le stimulus. Il est aussi important de respecter cette temporalité (Haddad, 2015).

Les sollicitations doivent être stoppées lorsque le nouveau-né montre des signes de désorganisation ou de stress (Haddad, 2015), tels que :

- Extension ou hyper extension
- Fausses-routes
- Bradycardies et désaturations
- Réflexe nauséux
- Pleurs
- Bâillements
- Fuite dans le sommeil
- Manifestations d'inconfort, de stress et de retrait de l'enfant

3.2.3. Sollicitations auditives et tactiles

Les sollicitations auditives et tactiles permettent de prendre contact avec le nouveau-né et de l'aborder progressivement en observant ses réactions. L'enveloppement de l'enfant avec les mains l'aide à retrouver les limites ressenties in-utéro. Fermer simplement et doucement la bouche du nouveau-né, permet à sa langue de retrouver les limites de son palais et déglutir. (Haddad, 2007).

3.2.4. Sollicitations olfactives

Les nouveau-nés prématurés sont en capacité de détecter, de percevoir et d'apprécier des odeurs (Marlier, Gaugler, Astruc et Messer, 2006). Les odeurs présentes dans le liquide amniotique apparaîtront comme familières et positives pour l'enfant (Marlier, 2009). L'activité de succion est optimisée par son association avec des odeurs lactées (Marlier, Gaugler, Astruc et Messer, 2006).

Les sollicitations olfactives permettent d'associer la sensation de satiété à l'odeur du lait maternel (Haddad, 2015), de stimuler la succion, de réduire les risques d'apnées et de bradycardies. Elles participent au développement de l'oralité.

3.2.5. Sollicitations orale et gustative

Les sollicitations orales et gustatives consistent à : (Haddad, 2015)

- Favoriser les autostimulations du nouveau-né (contact main-bouche, succion du doigt, réflexe de Hooker)
- Solliciter le réflexe de fouissement
- Proposer quelques gouttes de lait maternel ou autre selon les recommandations du pédiatre afin de stimuler le réflexe de succion

Les sollicitations orales et gustatives ont de nombreux bénéfices sur le développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré :

- Réduction de temps de transition d'une alimentation artificielle vers l'alimentation orale (Greene, O'Donnell et Walshe, 2016)
- Diminution de la durée d'hospitalisation (Greene, O'Donnell et Walshe, 2016)
- Augmentation du taux d'allaitement (Greene, O'Donnell et Walshe, 2016)
- Prévention de l'hypersensibilité orale (Greene, O'Donnell et Walshe, 2016)
- Activation et maintien de l'activité de succion (Fucile, Gisel et Lay, 2002).
- Investissement positif de la sphère oro-faciale (plaisir oral) (Bache, Pizon, Jacobs, Vaillant et Lecomte, 2014).
- Amélioration des composantes spécifiques de la succion (Fucile, Milutinov, Timmons et Dow 2018)

3.3. Prévention de la douleur au niveau de la sphère ORL

Les aspirations buccales et nasales sont des soins particulièrement fréquents chez les nourrissons prématurés.

Des études ont relevé que les aspirations étaient associées à l'augmentation significative de la douleur en comparant les phases de pré et post-aspiration avec l'aspiration en elle-même (Echelle de Dan ou PIBB). D'après l'étude EIPPAIN1, réalisée sur quatre-cent trente nouveau-nés, les aspirations nasales et les aspirations buccales sont les gestes les plus douloureux les plus souvent réalisés. (Carbajal *et al*, 2008)

La limitation des gestes invasifs est une composante essentielle de la prévention de la douleur chez le nouveau-né. Elle doit obéir à des objectifs de sécurité et de qualité des soins et être réfléchi au sein de chaque unité de soins.

La réalisation des soins d'aspiration peut être pensée selon deux axes (Ramey *et al*, n.d.) :

- L'individualisation du geste en évitant toute systématisation du geste.
- La prévention de la douleur en associant au geste les modalités thérapeutiques non pharmacologiques telles que le regroupement, l'emballage, l'administration de solution sucrées per os afin de favoriser l'activité de succion et la pratique des soins kangourou.

Les différentes interventions non pharmacologiques peuvent être utilisées chez les prématurés, les nouveau-nés et les nourrissons plus âgés afin de gérer de manière significative la douleur (Riddell *et al*, 2015).

Il est nécessaire de limiter au maximum les soins au niveau de la sphère orale.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

La proportion de difficultés alimentaires concerne 20 à 25% des nourrissons et des jeunes enfants et 40 à 70% des enfants anciens prématurés (Thibault, 2007).

Au sein des services de néonatalogie, des soins intensifs néonataux et de réanimation néonatale du CHU Amiens-Picardie, sans orthophoniste, les troubles de l'oralité n'ont pas encore fait l'objet de projet de prévention ou de prise en soin.

En partant de ces différents constats, nous nous demandons si la sensibilisation aux troubles de l'oralité, des professionnels de santé des services, impacterait leur pratique quotidienne dans les soins des nouveau-nés à risque de développer un trouble de l'oralité.

Pour répondre à cette problématique, il nous a semblé intéressant d'établir dans un premier temps un état des lieux des connaissances et des pratiques sur l'oralité des nouveau-nés prématurés dans les différents services, d'effectuer une sensibilisation avec support vidéo et dans un second temps de rendre compte des changements en rapport avec l'oralité sur un plan théorique et pratique.

Hypothèses :

- 1- Dans un service de néonatalogie, sans orthophoniste, les professionnels de santé ne disposent que peu de connaissances et de gestes en rapport avec la sensorialité et les troubles de l'oralité alimentaires lors des soins des nouveau-nés.
- 2- Suite à la sensibilisation, les professionnels du service ont des connaissances théoriques et pratiques sur les troubles de l'oralité que peuvent présenter les nouveau-nés prématurés.
- 3- Suite à la sensibilisation, un accompagnement précoce du développement de l'oralité alimentaire des nouveau-nés à risque de présenter des troubles de l'oralité est intégré dans le fonctionnement quotidien du service.

MÉTHODOLOGIE

1. POPULATION D'ÉTUDE

1.1. Critères d'inclusion

Cette étude porte sur la sensibilisation et la prévention des troubles de l'oralité dans les services de réanimation, de soins intensifs et de néonatalogie du CHU d'Amiens-Picardie.

Nous intégrons dans l'étude les infirmiers, puéricultrices, médecins, auxiliaires de puériculture et internes travaillant dans ces différents services. En effet, la sensibilisation étant un projet de service, tout le personnel soignant en contact avec les nouveau-nés est inclus dans l'étude.

1.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu du premier questionnaire les personnes ayant participé à la cotation des points de prévention AMDEC et celles ayant participé aux différentes réunions AMDEC afin d'éviter les biais méthodologiques sur le plan des connaissances.

Sont aussi exclus de l'étude les professionnels refusant de participer à la sensibilisation.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité

L'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) est une méthode d'analyse et de prévention des défaillances potentielles, ayant pour but le diagnostic et l'élaboration d'une cartographie des risques.

La méthode AMDEC, utilisée dans le domaine industriel, est applicable à la santé. Elle est un outil de gestion des risques efficace pour le domaine des soins, une méthode de référence d'après la Haute Autorité de Santé (HAS).

La méthode repose sur la constitution d'une équipe pluridisciplinaire, représentative des différents corps de métiers présents dans les services, et accompagné d'experts.

Dans un premier temps, les réunions permettent de décrire le processus selon ses étapes et d'identifier successivement les défaillances potentielles. Ensuite, les professionnels se réunissent pour analyser les processus et quantifier les risques, afin de prioriser les axes de travail selon les besoins du service.

Le groupe cote pour chaque risque identifié un niveau de gravité (G), de fréquence (F) et de détectabilité (ou maîtrise du risque) (D). La cotation des items G, F et D permet le calcul d'un indice de criticité (IC) : $G \times F \times D$. Cet indice est reporté dans une matrice scindée en trois parties.

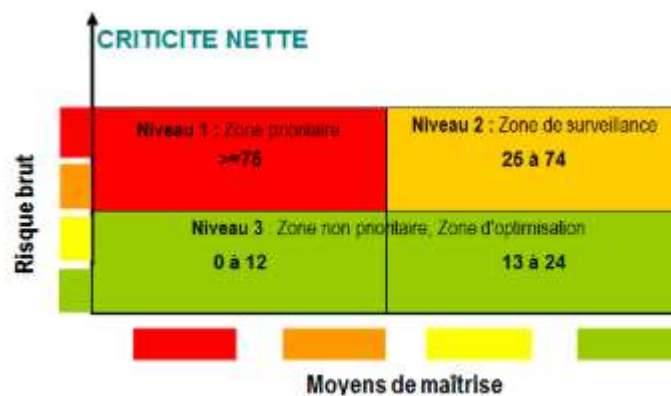


Figure 1 : Echelle de cotation des risques (GRD) – CHU Amiens-Picardie

Cette échelle permet d'apprécier la criticité nette en plaçant l'item en zone prioritaire, zone de surveillance ou zone non prioritaire.

2.2. Évaluation des Pratiques Professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles se déroule sur trois temps d'évaluation :

- Questionnaire de pré-sensibilisation (Annexe 1)
- Questionnaire post-sensibilisation à +1 mois de la sensibilisation (Annexe 2)
- Questionnaire post-sensibilisation à + 3mois de la sensibilisation

Une évaluation sur ces trois temps, permettra de mesurer l'efficacité de la sensibilisation et l'évolution des pratiques et des connaissances dans les services.

Les trois questionnaires se déclinent en trois grandes parties : les généralités, les connaissances et la pratique.

- Dans la première partie, les soignants doivent renseigner leur profession, leur service, leurs années d'exercice. Ils indiquent si la problématique de l'oralité des nouveau-nés prématurés a été abordée dans leurs études et où il juge leurs connaissances dans le domaine actuellement.
- Dans la seconde partie du questionnaire, les informations demandées porteront sur les connaissances théoriques en lien avec le développement de l'oralité, les sollicitations orales, les réflexes oraux, les aspirations buccales et nasales et le positionnement.
- Dans la partie pratique, les soignants doivent renseigner des informations sur leur pratique quotidienne en rapport avec les sollicitations orales, les aspirations buccales et nasales et l'installation des nouveau-nés.

Dans les questionnaires post-sensibilisation, quelques ajouts ont été nécessaires :

- Renseignements sur la participation au questionnaire de pré-sensibilisation et à la sensibilisation.
- Renseignements sur la temporalité des sollicitations orales dans la pratique quotidienne.
- Renseignements sur les conditions de réalisation de la progression des sollicitations.

2.3. La sensibilisation

Le support de sensibilisation choisi est une vidéo, support pouvant rester dans les services et être consultable à tout moment.

Une procédure et des fiches techniques validées sont à disposition dans les services.

Les temps de sensibilisation sont encadrés et propices à des échanges et questionnements sur les sujets abordés.

3. PROCÉDURE

3.1. Identification des points de sensibilisation

Du 25 février 2019 au 8 mars 2019, j'ai effectué un stage au sein des différentes unités de réanimation néonatale, de soins intensifs et de néonatalogie du CHU Amiens-Picardie. Les objectifs de travail pendant ce stage étaient de découvrir le fonctionnement des unités, d'observer les pratiques actuelles et d'effectuer un travail de documentation sur les axes de prévention du trouble de l'oralité alimentaire dans ces services.

Le 19 mars 2019, une réunion avec le Professeur Tourneux, pédiatre en réanimation néonatale et référent du projet dans les services, et Marine Lebeau-pin, orthophoniste libérale et une des directrices du mémoire, a permis de préparer les réunions AMDEC à suivre et d'en connaître la méthodologie.

L'utilisation de la méthode AMDEC permet de jauger la maîtrise de l'enjeu de la prévention de l'oralité. Elle se déroule sur des temps successifs.

Le Professeur Tourneux, est le garant de la méthode et a veillé à ce que les débats restent centrés sur le thème de l'étude. Nous avons pour mission de planifier les tâches, animer les groupes de travail, rédiger les grilles, suivre les décisions, informer et communiquer autour du projet avec les équipes.

Lors de chacune des réunions AMDEC, une des directrices de ce mémoire, Marine Lebeau-pin ou Cécile Huet, était présente en tant qu'expert.

La première réunion AMDEC s'est déroulée le 26 Mars 2019. Les différentes professions des services y étaient représentées : pédiatres, cadre de santé, infirmiers et internes. Dans un premier temps, nous avons décrit les processus et identifié les défaillances possibles. Les défaillances qui ont été relevées sont :

- La gestion de la sonde gastrique
- La stimulation de l'oralité
- L'utilisation de la tétine
- Le positionnement de l'enfant
- La transition de l'alimentation artificielle vers l'alimentation orale
- Les aspirations buccales et nasales
- Le peau à peau et les mises au sein.

L'identification des défaillances a été justifiée par les données de la littérature.

La cotation des risques a dû être réalisée hors des temps de réunions AMDEC. Chaque participant a rempli la grille (Annexe 3) selon les consignes de cotation. Nous avons ensuite fait une moyenne pour chaque corps de métier représenté à la réunion (médecin – IDE – orthophoniste). Puis nous avons pris les trois items dont le taux de criticité apparaissait le plus haut afin d'orienter notre action de prévention dans les services sur ces axes précis.

Tous les axes de prévention identifiés en réunion AMDEC ont obtenu une cotation qui les plaçaient en zone de surveillance (cf. Figure 1, page 28).

La cotation selon la gravité, la fréquence et la maîtrise du risque a pu mettre en évidence les trois axes de prévention les plus pertinents pour les services : les sollicitations, le positionnement et les aspirations nasales et buccales.

Lors de la deuxième réunion AMDEC, le 3 mai 2019, les résultats des questionnaires de hiérarchisation des points de prévention ont été présentés.

3.2. Questionnaires de pré et post-sensibilisation

La dernière réunion AMDEC du 24 mai 2019 a permis de valider la trame des questionnaires pré et post-sensibilisation, nous permettant de comparer les différences de connaissances et de pratiques avant et après la sensibilisation.

Le questionnaire de pré-sensibilisation a été proposé aux équipes des différents services à deux reprises : en juin puis en septembre. Une note était présente dans les services pour informer les équipes de l'étude en cours.

Une version papier a été distribuée dans les services et régulièrement ramassée afin d'en obtenir la meilleure participation possible. Une version numérique du questionnaire a été envoyée à deux reprises au listing des praticiens hospitaliers des trois services, afin de faciliter leur participation.

Les questionnaires post-sensibilisation ont été distribués et remplis dans le mois suivant la sensibilisation, dans les trois services. Ces questionnaires ont permis d'avoir une première comparaison avec les résultats obtenus au questionnaires de pré-sensibilisation.

Le dernier temps de cette étude s'est déroulé début mars, lorsque les équipes des différents services ont rempli le questionnaire à trois mois d'intervalle de la sensibilisation. Ce délai est essentiel afin d'observer de manière plus significative l'évolution des pratiques dans les services et l'intégration des connaissances théoriques.

3.3. Tournage et montage vidéo

Le 28 juin 2019, une réunion avec David Cissello, vidéaste du pôle mère-enfant du CHU Amiens-Picardie, a permis d'explicitier le support de sensibilisation et d'organiser le tournage des séquences vidéo.

Du 6 septembre au 17 septembre 2019 s'est déroulé le tournage des séquences vidéos dans les services de réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de néonatalogie avec les infirmières volontaires et les nouveau-nés dont les parents étaient volontaires.

Le story board et le script ont été des outils importants pour le bon déroulement des tournages.

Lors du tournage des vidéos, nous avons pu filmer un soin d'aspirations nasales et buccales dans le service de réanimation néonatale, afin d'illustrer la partie de la sensibilisation sur la prévention de ce type de soin quotidien.

Dans le service des soins intensifs nous avons filmé la mise en peau à peau de jumelles, afin d'aborder dans la sensibilisation ses bienfaits, ses conditions de faisabilité et la mise en regard avec le développement de l'oralité.

La séquence vidéo filmée en néonatalogie a permis d'illustrer le déroulement exact des sollicitations afin qu'elles soient plus facilement intégrées et reproductibles par les équipes.

La dernière séquence vidéo que nous avons filmée nous a permis de rappeler les principes de positionnement du nouveau-né dans la prévention des troubles de l'oralité.

Du 19 septembre au 2 octobre 2019 nous avons enregistré la voix off et fait les montages de la vidéo. En effet, de nombreuses notions théoriques contenues dans la sensibilisation ne pouvaient pas être illustrées par des séquences vidéo. Elles nécessitaient une mise en forme qui les intègre dans la vidéo globale de sensibilisation.

3.4. Sensibilisation des équipes

Les sensibilisations avec support vidéo, se sont déroulées dans les services-mêmes, au sein des îlots centraux de chacun des trois services, pendant tout le mois de novembre 2019.

Dans ces services hospitaliers, la charge de travail est dépendante du flux aléatoire de patients, ainsi l'organisation de la sensibilisation aussi. Une présence régulière dans les services a été nécessaire afin de pouvoir assurer la sensibilisation d'un maximum de soignants. Ainsi, plusieurs sessions de sensibilisation ont pu être accompagnées par des échanges avec les soignants sur le sujet de la sensibilisation.

Une sensibilisation a eu lieu pour les internes nouvellement arrivés dans les services de réanimation néonatale, de soins intensifs et de néonatalogie vers fin novembre 2019.

Le support de sensibilisation vidéo étant disponible dans les services sur tous les postes de travail, il était possible pour les équipes de visionner à nouveau la vidéo en fonction de leur charge de travail et de leur besoin de s'y reporter.

Compte-tenu de la difficulté de sensibiliser tout le personnel soignant directement sur le terrain, certains soignants ont pu visionner la sensibilisation en autonomie directement sur les postes de travail de leur service.

D'autres supports de sensibilisation ont pu être mis en place. Nous avons créé des documents reprenant les axes et le contenu théorique et pratique de la sensibilisation. Ces documents ont été mis à disposition des soignants dans les classeurs des services contenant les protocoles ainsi que sur la plateforme de Gestion Électronique des Documents (GED) à laquelle ils ont accès depuis les postes de travail.

La procédure (Annexe 4) reprend tout le contenu théorique de la sensibilisation ainsi que les conditions et précautions de réalisation des sollicitations. Les différentes fiches techniques, reprennent point par point de manière plus synthétiques les trois axes de la sensibilisation identifiés en réunion AMDEC :

- Fiche technique sur l'installation et l'oralité (Annexe 5)
- Fiche technique sur les sollicitations pour les soignants (Annexe 6)
- Fiche technique d'information pour les parents (Annexe 7)

4. ANALYSE STATISTIQUE

Les données statistiques réalisées sont de type descriptives et inférentielles.

Le logiciel Statview (version 5.0, SAS Institute Inc., Cary, NC) a été utilisé pour les analyses statistiques. Les différences intergroupes ont été sondées avec un test du Khi carré et un test de Student. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$. Les résultats ont été exprimés en tant que moyenne et écart-type pour les variables quantitatives et en nombre et pourcentage pour les variables qualitatives.

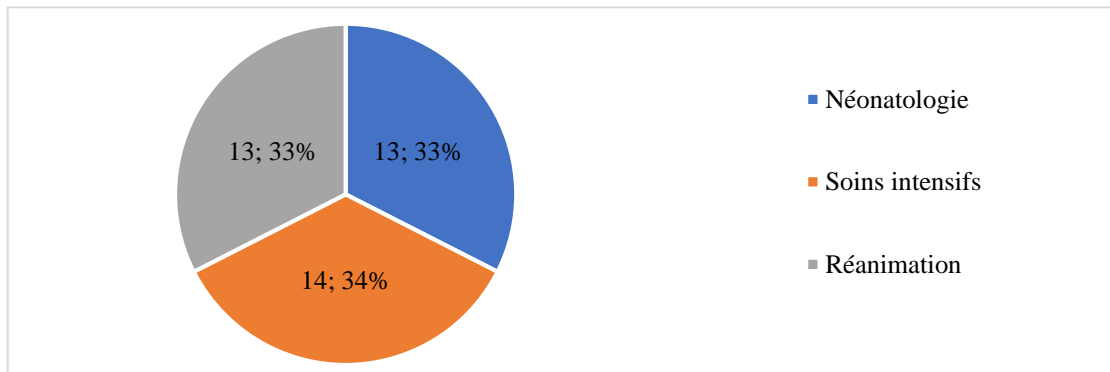
RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

1.1. Questionnaires pré-sensibilisation

Le graphique suivant présente la proportion de soignants des différents services ayant répondu au questionnaire de pré-sensibilisation.

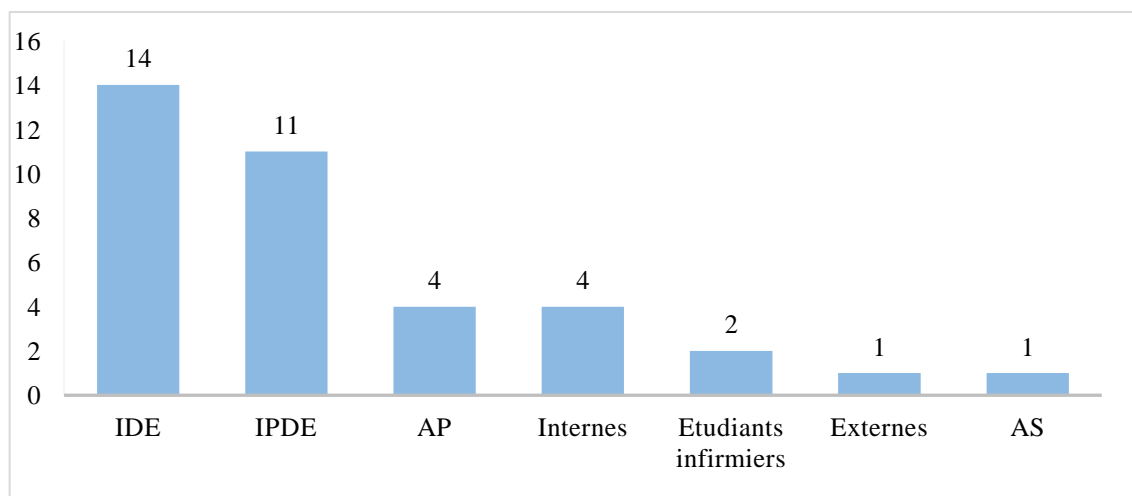
Graphique 1 – Répartition des services au questionnaire de pré-sensibilisation (effectif et pourcentage)



Les soignants ayant répondu au questionnaire de pré-sensibilisation sont répartis en proportions presque égales entre les services de néonatalogie (n=13), de soins intensifs (n=14) et de réanimation (n=13).

Le graphique suivant présente la répartition des différentes professions exercées par les soignants qui ont répondu au questionnaire de pré-sensibilisation.

Graphique 2 – Répartition des professions au questionnaire de pré-sensibilisation (effectif)



Légende : IDE : infirmier diplômé d'état, IPDE : infirmier puéricultrice diplômé d'état, AP : assistante de puériculture, AS : aide-soignante

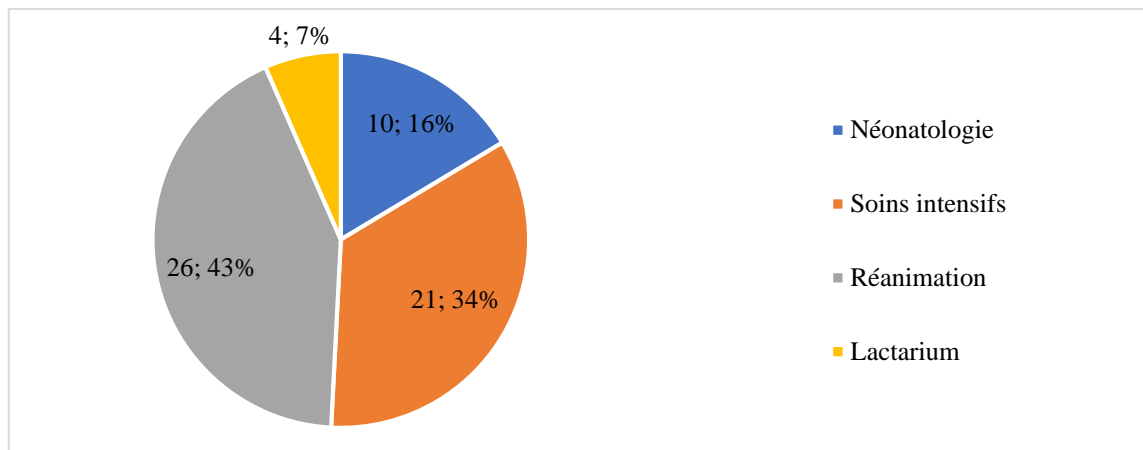
L'échantillon de la population ayant répondu au questionnaire avant la sensibilisation est principalement constitué d'infirmiers (14 soit 43%) et de puéricultrices (11 soit 28%).

Nous avons pu relever au total 40 questionnaires avant la sensibilisation.

1.2. Sensibilisation

Le graphique suivant présente la proportion de soignants des différents services ayant participé à la sensibilisation en groupe.

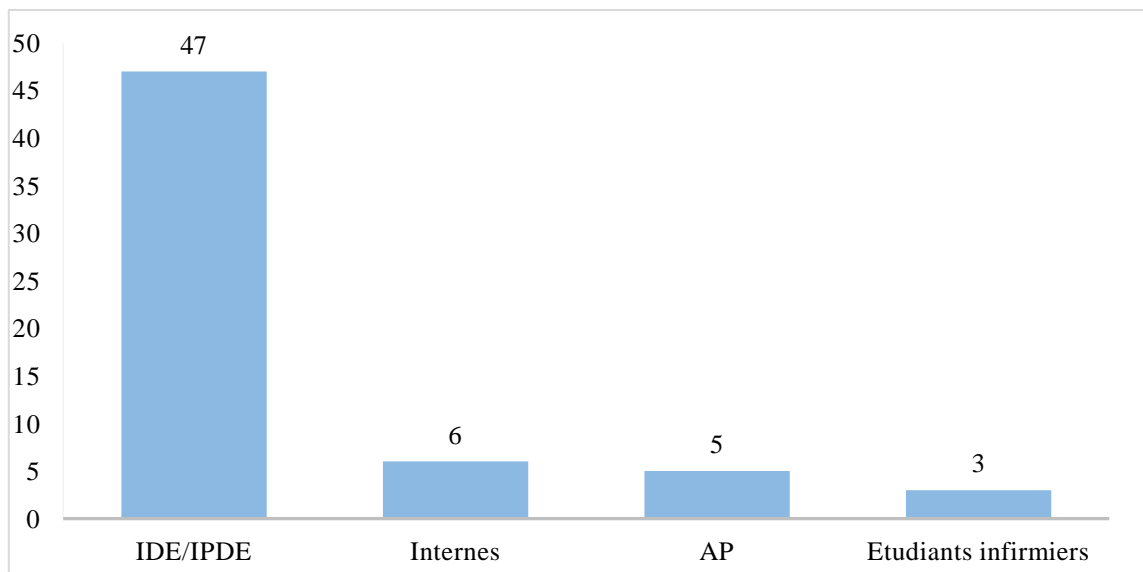
Graphique 3 – Répartition des services lors de la sensibilisation en groupe (effectif et pourcentage)



La participation à la sensibilisation en groupe a été réalisée dans tous les services : le lactarium, la néonatalogie, les soins intensifs et la réanimation.

Le graphique suivant présente la répartition des différentes professions exercées par les soignants qui ont participé à la sensibilisation en groupe.

Graphique 4 – Répartition des professions à la sensibilisation en groupe (effectif)

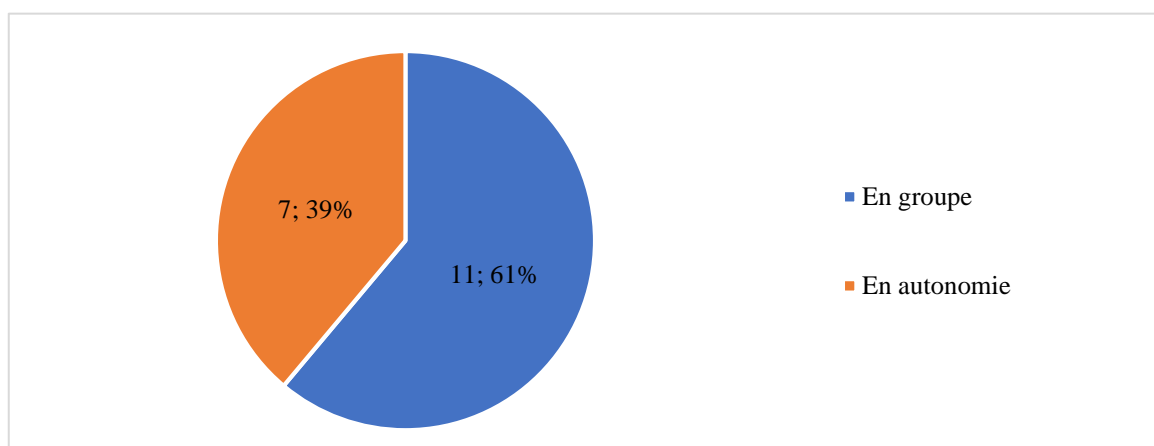


Légende : IDE : infirmier diplômé d'état, IPDE : infirmier puéricultrice diplômé d'état, AP : assistante de puériculture

Le personnel soignant ayant participé à la sensibilisation est aussi principalement composé d'infirmiers ou de puéricultrices (47 soit 77%). Lors des sensibilisations en groupe, 61 soignants ont pu être sensibilisés.

Le graphique suivant présente la proportion de soignant ayant visualisé la sensibilisation en groupe et en autonomie.

Graphique 5 – Répartition des soignants ayant visualisé la sensibilisation en groupe et en autonomie (effectif et pourcentage)

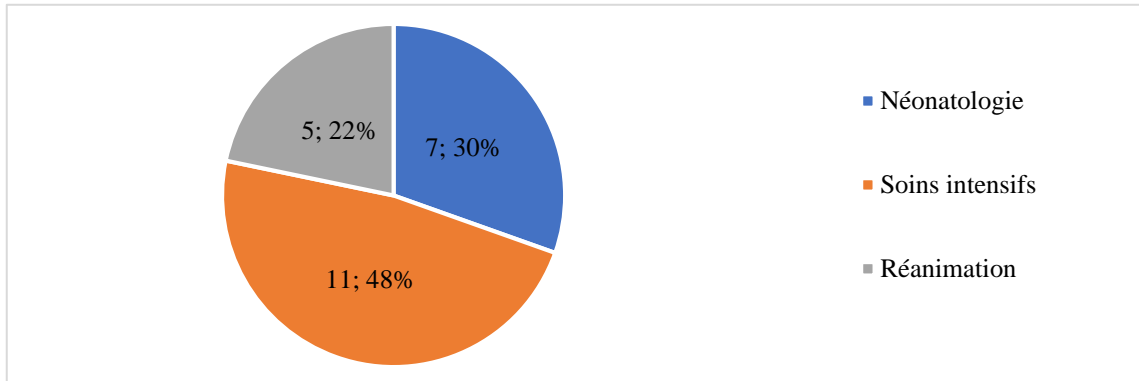


Parmi les soignants ayant répondu au questionnaire, 11 ont suivi la sensibilisation en groupe (50%) et 7 en autonomie (32%).

1.3. Questionnaires post-sensibilisation

Le graphique suivant présente la répartition des différentes professions exercées par les soignants qui ont répondu au questionnaire de post-sensibilisation.

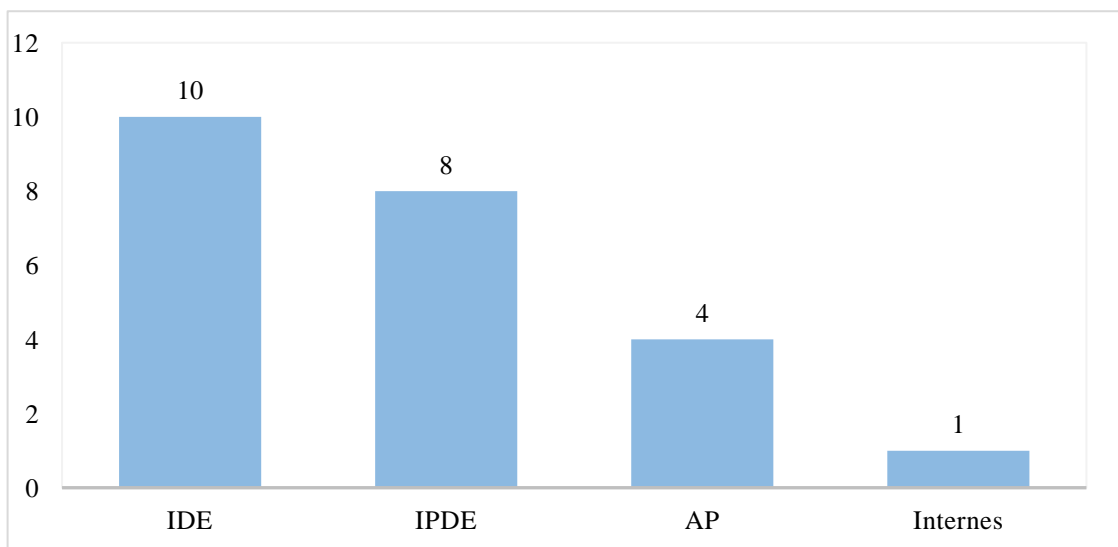
Graphique 6 – Répartition des services au questionnaire de post-sensibilisation (effectif et pourcentage)



La participation des soignants au questionnaire post-sensibilisation n'est pas la même que pour le questionnaire de pré-sensibilisation : elle a légèrement diminué dans le service de soins intensifs (n=11) et de manière plus importante dans les services de néonatalogie (n=7) et de réanimation (n=5).

Le graphique suivant présente la répartition des différentes professions exercées par les soignants qui ont répondu au questionnaire de post-sensibilisation.

Graphique 7 – Répartition des professions au questionnaire de post-sensibilisation (effectif)



Légende : IDE : infirmier diplômé d'état, IPDE : infirmier puéricultrice diplômé d'état, AP : assistante de puériculture

L'échantillon de la population ayant répondu au questionnaire après la sensibilisation est aussi principalement constitué d'infirmiers (n=10) et de puéricultrices (n=8).

Nous avons pu relever au total 23 questionnaires après la sensibilisation.

Le tableau suivant présente les effectifs des questionnaires pré et post-sensibilisation selon les services et les professions

Tableau 1 – Comparaison des effectifs des échantillons pré et post-sensibilisation selon leur répartition dans les services et selon les professions

<i>Données pré et post questionnaire</i>	<i>Test du Khi-2 (P-value)</i>
Répartition dans les services	0,62
Répartition des professions	0,71

Concernant les différences entre les échantillons du questionnaire de pré-sensibilisation et du questionnaire post-sensibilisation, le test du Khi2 nous permet de dire que les deux échantillons sont homogènes avec P-value > 0,05. Il n'y a sensiblement pas de différence dans la population d'étude entre les deux périodes.

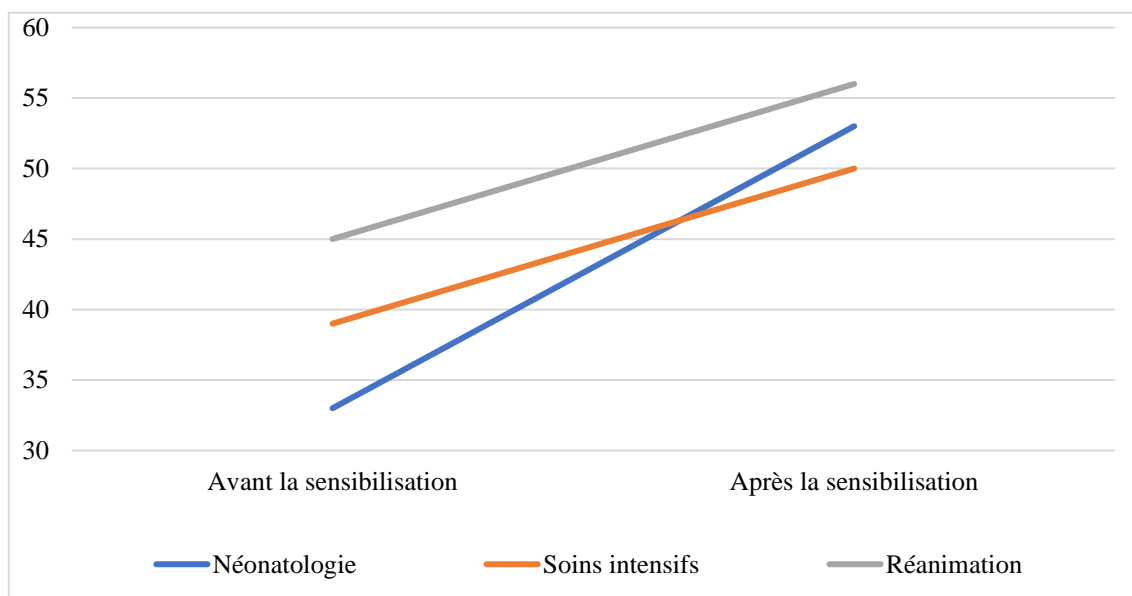
2. CONNAISSANCES

2.1. Généralités

En moyenne les soignants placent leur niveau de connaissances à 40%, sur une échelle non graduée. Après la sensibilisation, l'indice du ressenti des connaissances se situe à 53%, en moyenne.

Le graphique suivant présente l'évolution du niveau de maîtrise ressenti en pourcentage par les soignants entre le questionnaire pré et post-sensibilisation selon les services.

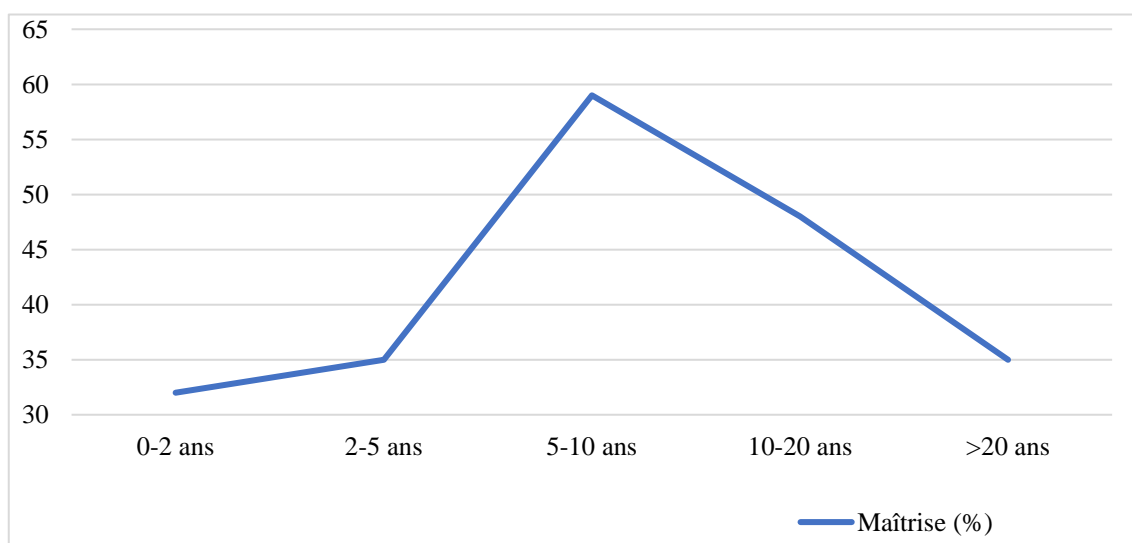
Graphique 8 – L'évolution du niveau de maîtrise en pourcentage ressenti dans les services (effectif)



Le service de néonatalogie présente le seuil de connaissances le plus bas. Le ressenti du niveau de maîtrise en néonatalogie progresse le plus significativement de 20%.

Le graphique suivant présente le niveau de maîtrise en pourcentage ressenti par les soignants selon leur années d'exercices.

Graphique 9 – L'évolution du niveau de maîtrise ressenti en pourcentage en fonction de l'ancienneté dans les services (pourcentage)

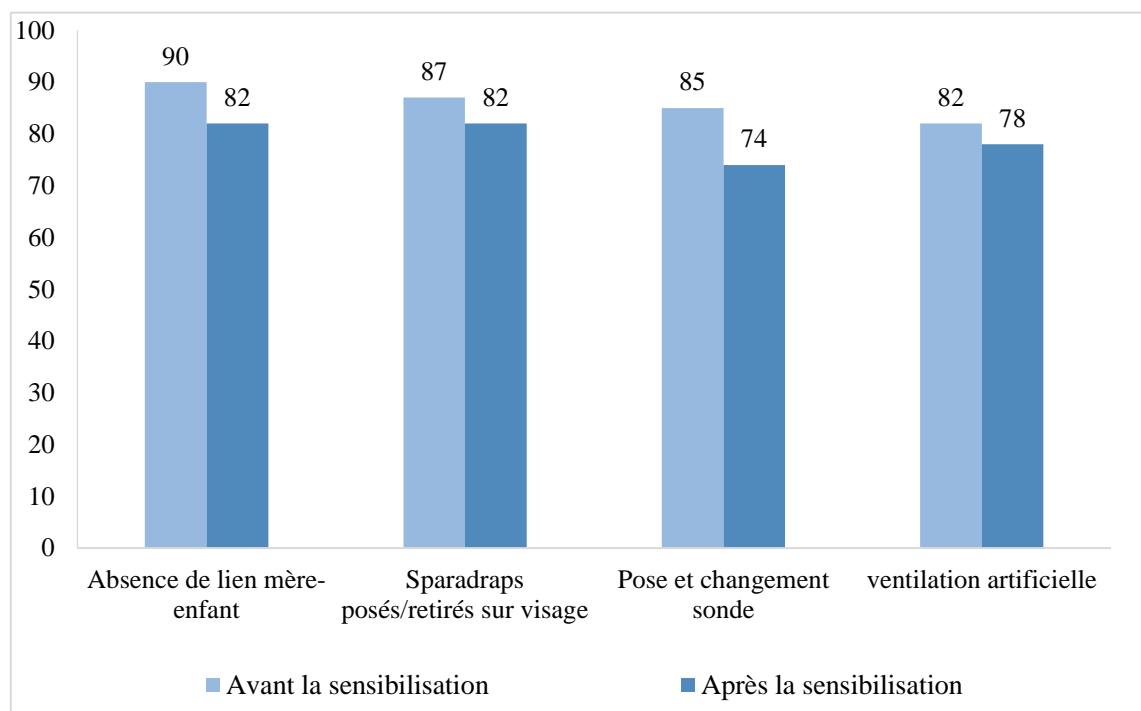


Le niveau de maîtrise ressenti augmente entre 0 et 10 ans d'ancienneté dans les services, au-delà le niveau de maîtrise ressenti diminue.

Concernant la problématique de l’oralité, en moyenne, 64% des soignants ayant répondu aux questionnaires ne l’ont pas abordée dans leurs études. Selon le test T, le niveau de maîtrise ressenti est significativement plus élevé pour ceux ayant abordé l’oralité dans leurs études avec un écart moyen de 14% ($p=0,02$).

Le graphique suivant présente les connaissances des soignants pour certains facteurs influençant le développement de l’oralité dont le pourcentage de bonnes réponses diminue après la sensibilisation.

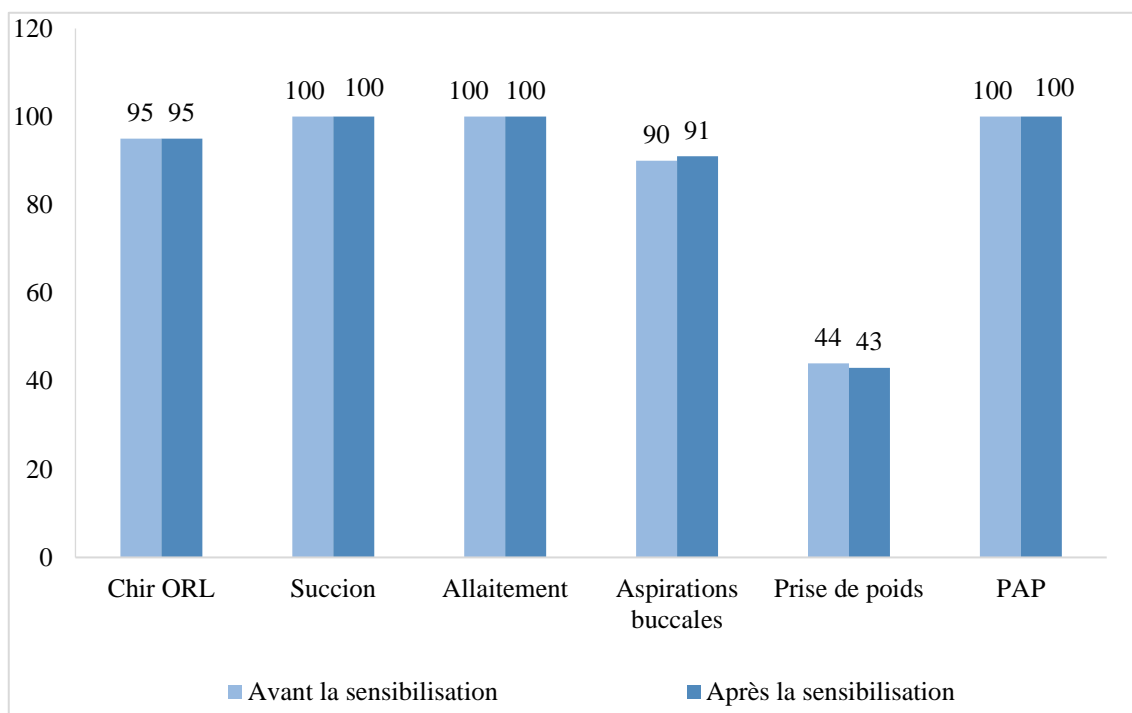
Graphique 10 – Comparaison des connaissances des facteurs influençant le développement de l’oralité avant et après la sensibilisation 1 (pourcentage)



Le taux de bonnes réponses, en pourcentage, concernant l’influence de l’absence d’établissement du lien mère-enfant, des sparadraps posés ou retirés sur le visage, de la pose ou le changement de sonde et de la ventilation artificielle sur le développement de l’oralité ont diminuées après la sensibilisation.

Le graphique suivant présente les connaissances des soignants pour certains facteurs influençant le développement de l’oralité dont le pourcentage de bonnes réponses reste sensiblement le même après la sensibilisation.

Graphique 11 – Comparaison des connaissances des facteurs influençant le développement de l’oralité avant et après la sensibilisation 2 (pourcentage)



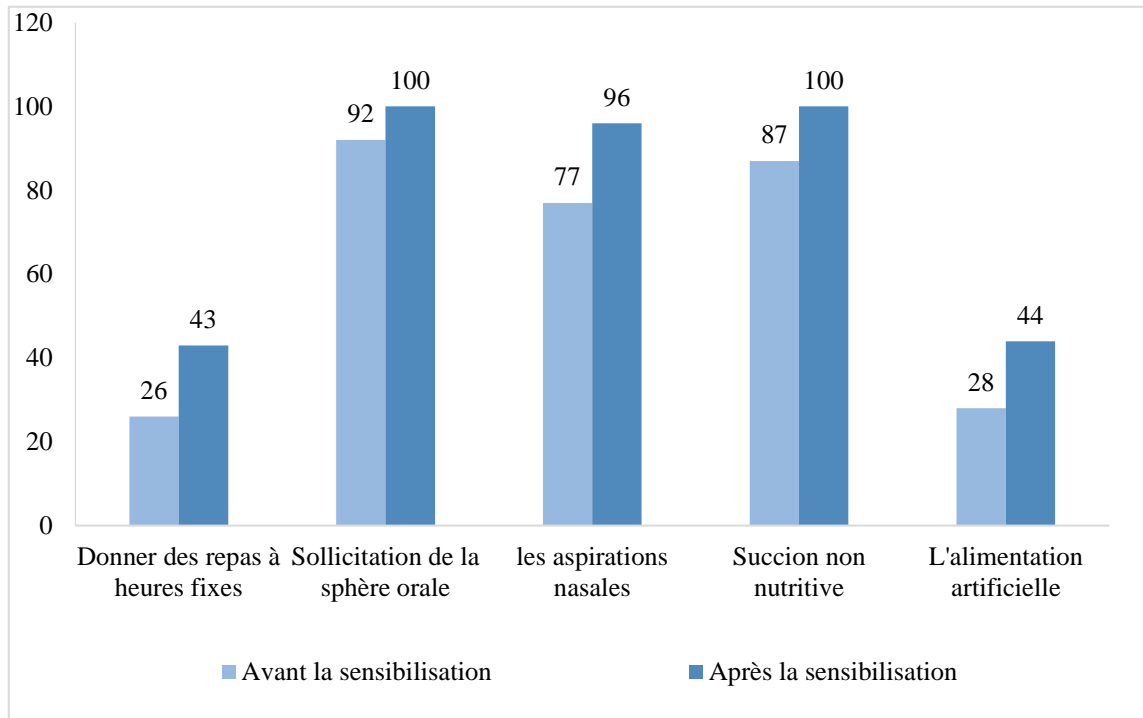
Légende : Chir ORL : chirurgies ORL et digestives lourdes, Succion : stimulation de la succion au doigt ou à la tétine,

Le taux de bonnes réponses, en pourcentage, concernant l’influence des chirurgies ORL ou digestives lourdes en période néonatales, de la stimulation de la succion au doigt ou à la tétine, de l’allaitement, des aspirations buccales, de la prise de poids et du contact peau à peau sur le développement de l’oralité reste relativement le même, à 1% près, après la sensibilisation.

La reconnaissance de l’influence de ses facteurs sur le développement de l’oralité plafonne au-dessus de 90%, sauf pour le facteur « prise de poids » qui reste aux alentours de 43-44%.

Le graphique suivant présente les connaissances des soignants pour certains facteurs influençant le développement de l'oralité dont le pourcentage de bonnes réponses augmente après la sensibilisation.

Graphique 12 – Comparaison des connaissances des facteurs influençant le développement de l'oralité avant et après la sensibilisation 3 (pourcentage)



Le taux de bonnes réponses, en pourcentage, concernant l'influence des repas à heures fixes, des sollicitations de la sphère orale, des aspirations nasales, de la succion non nutritive et de l'alimentation artificielle sur le développement de l'oralité augmente après la sensibilisation.

On note une augmentation significative de 19% dans la reconnaissance de l'influence négative des aspirations nasales sur le développement de l'oralité, après la sensibilisation, avec P(value) égal à 0,05.

La moyenne des bonnes réponses concernant l'impact de l'ensemble des facteurs sur le développement de l'oralité se situe à 79% avant la sensibilisation et à 82% après la sensibilisation.

2.2. Installation et positionnement

Les connaissances autour du positionnement physiologique de flexion se situent en moyenne autour de 59% avant la sensibilisation et 55% après la sensibilisation. Il s'agit d'identifier les bienfaits du positionnement physiologique de flexion.

2.3. Sollicitation de la sphère oro-faciale

En moyenne, les connaissances sur les bienfaits des sollicitations sont établies chez 76% des soignants puis chez 80% après la sensibilisation. Il s'agit de réduire le temps de transition, prévenir hypersensibilité, diminuer la durée d'hospitalisation et maintenir la succion.

Tableau 2 – Comparaison de la reconnaissance des réflexes oraux avant et après la sensibilisation

<i>Réflexes</i>	<i>Effectif (proportion) Avant la sensibilisation</i>	<i>Effectif (proportion) Après la sensibilisation</i>	<i>Khi2 (P-value)</i>
Réflexe de Hooker	17 (45%)	17 (85%)	p=0,003 p=0,007
Réflexe de fouissement	19 (50%)	8 (40%)	p=0,468 p=0,654
Réflexe des points cardinaux	22 (56%)	13 (61%)	p=0,681 p=0,891
Réflexe de succion	20 (51%)	14 (67%)	p=0,251 p=0,382

Les résultats montrent une augmentation significative de 40% pour la reconnaissance du réflexe de Hooker. En moyenne, 51% des soignants reconnaissent la définition des 4 réflexes oraux avant la sensibilisation et 63% les reconnaissent après la sensibilisation.

Avant la sensibilisation, 35% des soignants identifient les situations dans lesquels on ne propose pas de sollicitations orales aux nouveau-nés, la proportion de bonnes réponses augmente après la sensibilisation à 52%. Il s'agit des moments où le nouveau-né est dans un sommeil profond, n'est pas stable ou est complètement sédaté.

2.4. Douleur au niveau de la sphère ORL

Ce tableau présente les proportions de soignants ayant identifié les aspirations trachéales comme le geste le plus douloureux le plus fréquemment réalisé dans les services en comparant les réponses au questionnaire de pré et post-sensibilisation.

Tableau 3 – Comparaison de la reconnaissance des aspirations trachéales comme étant le geste le plus douloureux le plus réalisé dans les services

<i>Geste douloureux et fréquent</i>	<i>Effectif (proportion) Avant la sensibilisation</i>	<i>Effectif (proportion) Après la sensibilisation</i>	<i>Khi2 (P-value)</i>
Aspirations trachéales	5 (18%) (n=31)	8 (50%) (n=13)	p=0,025

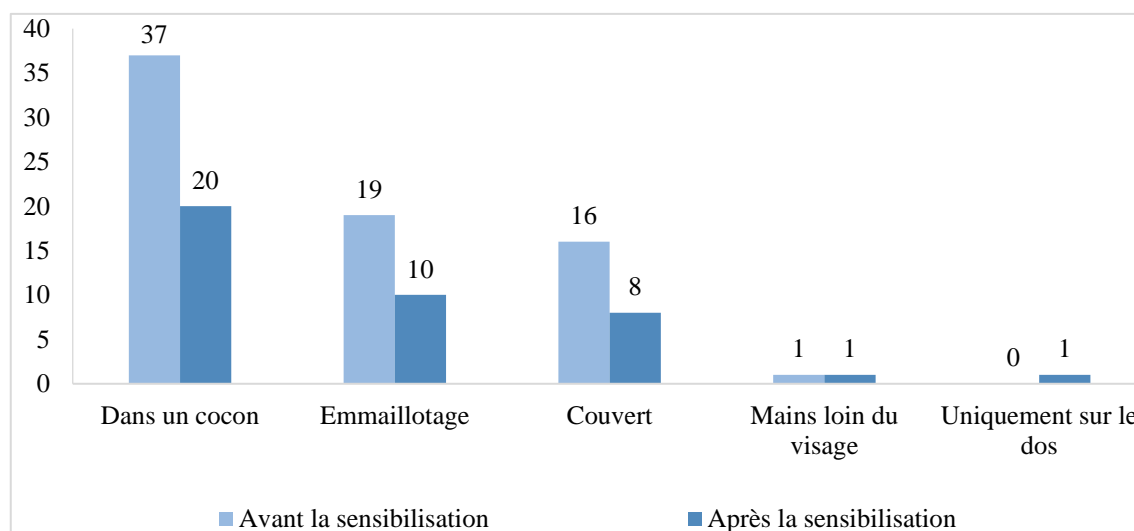
Les résultats montrent une augmentation significative dans la reconnaissance du geste le plus douloureux, le plus souvent réalisé dans les services, avec une augmentation de 32%.

3. PRATIQUE

3.1. Installations et positionnement

Le graphique suivant présente les pratiques des soignants concernant l'installation des nouveau-nés dans leurs berceaux et couveuses en comparant les pratiques avant et après la sensibilisation.

Graphique 13 – Comparaison des pratiques autour de l'installation des nouveau-nés dans leurs couveuses ou berceaux avant et après la sensibilisation (effectif)



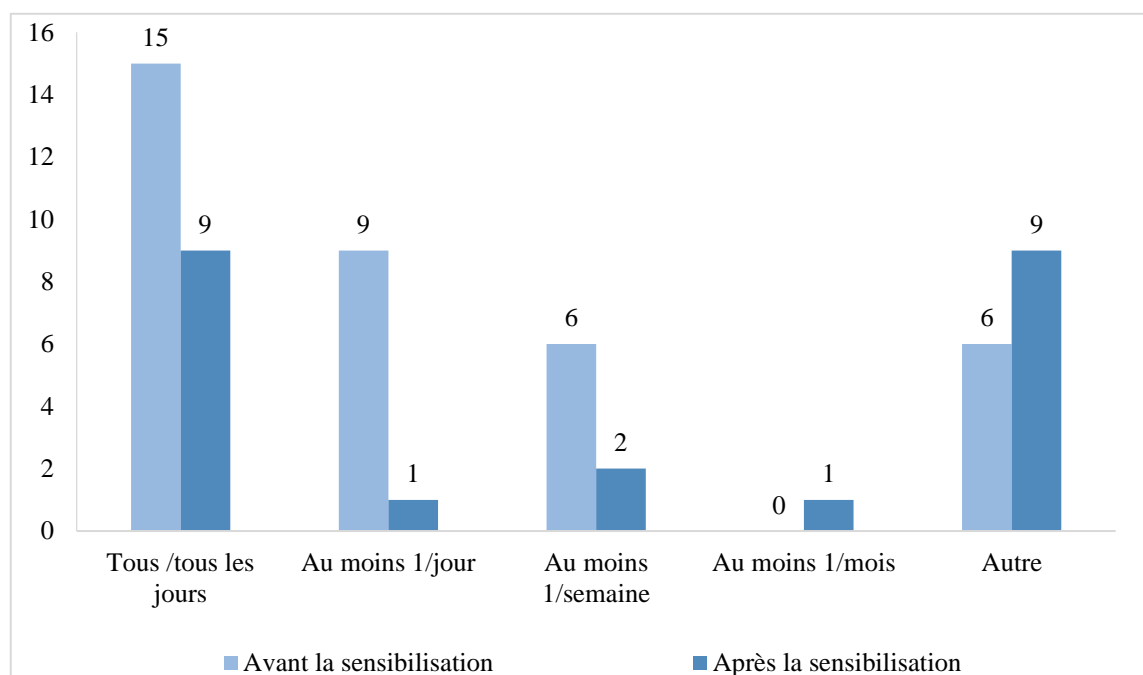
Les résultats concernant les pratiques autour de l'installation dans le berceau ou la couveuse montrent que les paramètres « installer le nouveau-né uniquement sur le dos » et « les mains loin du visage » sont très peu sélectionnés.

La raison principale pour laquelle les soignants réalisent une mise en peau à peau est le renforcement du lien parent-enfant : 39 soit 98% et 22 soit 100% après la sensibilisation.

D'autre part, avant la sensibilisation et après la sensibilisation, les raisons pour lesquelles certains soignants ne réalisent pas de peau à peau sont principalement l'instabilité de l'enfant (avant : 12 soit 67% et après : 2 soit 50%) et la charge de travail (avant : 13 soit 72% et après 2 soit 50%).

Le graphique suivant présente les fréquences de pratique du peau à peau dans les services en comparant les pratiques avant et après la sensibilisation.

Graphique 15 – Comparaison des fréquences de pratique du peau à peau avant et après la sensibilisation (effectif)



Les soignants déclarent pratiquer la mise en peau à peau pour 42%, en moyenne, tous les enfants en charge et tous les jours.

3.2. Sollicitations de la sphère oro-faciale

Les soignants ayant répondu au questionnaire sont presque unanimes à penser qu'il est possible de proposer plusieurs fois par jour des sollicitations orales aux nouveau-nés prématurés : 39 sur 40 personnes pour le questionnaire pré-sensibilisation (98%) et 20 sur 21 personnes pour le questionnaire post-sensibilisation (95%).

Les sollicitations sont considérées comme un soin pour 35 (88%) soignants avant la sensibilisation et pour 15 (71%) après la sensibilisation.

Au quotidien, 19 (63%) soignants déclarent réaliser des sollicitations orales aux nouveau-nés et 12 (55%) soignants après la sensibilisation.

Dans le questionnaire post-sensibilisation, parmi les 11 soignants ayant répondu à la question permettant de préciser depuis quand ils pratiquaient les sollicitations orales, 5 avaient coché depuis leur études (45%), 3 depuis la sensibilisation (27%), 1 depuis une formation extérieure (9%) et 2 avaient coché autre (18%).

Parmi les soignants ayant répondu à la question permettant de préciser pourquoi ils ne pratiquaient pas les sollicitations orales, 56% avaient précisé par manque de formation avant la sensibilisation (soit 10 soignants sur 18 ayant précisé pourquoi ils ne pratiquaient pas), cet item n'a pas été coché après la sensibilisation.

En moyenne, 98% des soignants pensent que les parents peuvent participer aux sollicitations orales.

Ce tableau présente une comparaison dans la pratique du protocole du badigeon de colostrum par les soignants avant et après la sensibilisation dans les services.

Tableau 4 – Comparaison de la pratique du badigeon de colostrum avant et après la sensibilisation

	<i>Effectif (proportion) Avant la sensibilisation</i>	<i>Effectif (proportion) Après la sensibilisation</i>	<i>Khi2 (P-value)</i>
Pratique des badigeons de colostrum	9 (23%) (n=40)	12 (56%) (n=22)	p=0,011

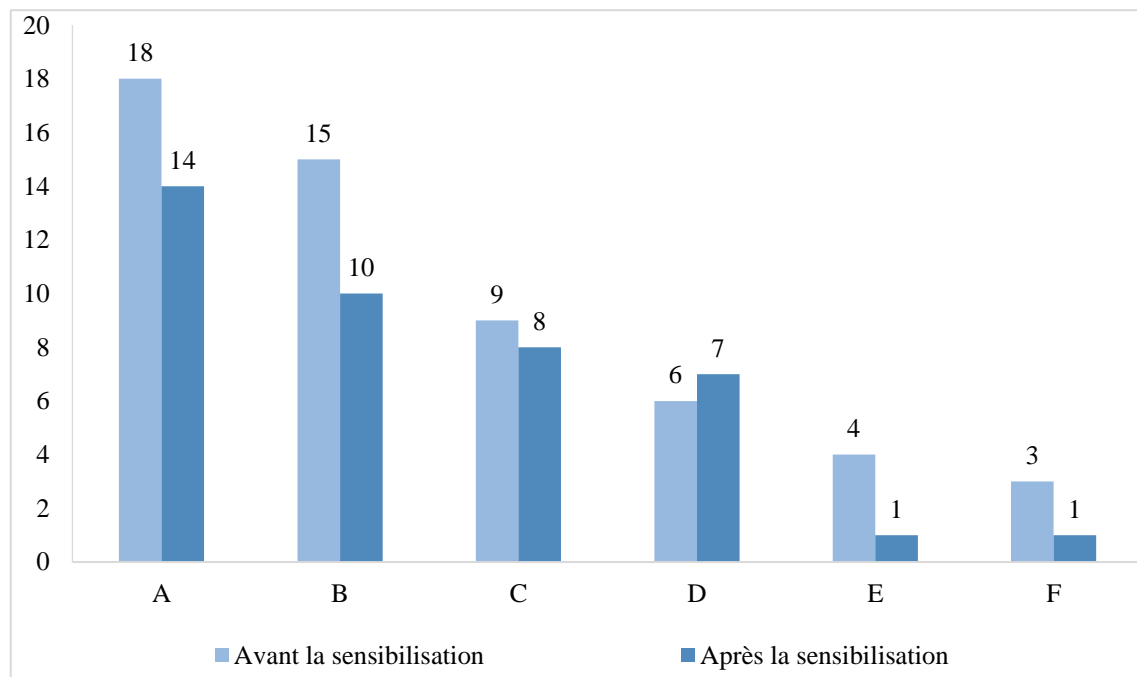
Les résultats montrent une augmentation significative de 33% dans la pratique du protocole du badigeon réalisé dans les 6 premières heures de vie du patient avec P(value) inférieur à 0,05.

3.3. Douleur au niveau de la sphère ORL

Selon les réponses obtenues dans les questionnaires, les aspirations buccales et nasales sont réalisées quand cela est nécessaire pour 92% des soignants en moyenne.

Le graphique suivant présente les fréquences de pratique du peau à peau dans les services en comparant les pratiques avant et après la sensibilisation.

Graphique 16 – Comparaison des fréquences de pratique du peau à peau avant et après la sensibilisation (effectif)



Légende : A : dépend de l'enfant, B : aspiration nasales puis buccales, C : En regroupement, D : emmailloté, E : à 4 mains, F : aspirations buccales puis nasales

La pratique des aspirations est principalement réalisée dans les conditions suivantes : dépend de l'enfant, les aspirations nasales dans un premier temps puis buccales, en regroupement et/ou emmailloté. Elles sont plus rarement ou jamais réalisées « à 4 mains », les aspirations buccales puis nasales, avec bolus si sédation IV, avec une solution sucrée et/ou en peau à peau.

DISCUSSION

1. CORRÉLATION HYPOTHÈSES ET RÉSULTATS

Dans ces services à risque pour le développement de l'oralité des nourrissons prématurés, sans orthophoniste, la sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité impacterait leur pratique lors des soins des nouveau-nés prématurés. L'objet de notre problématique, nous est apparue après des réunions et stages dans les services.

Nous avons pu dégager 3 hypothèses pour mener notre étude :

D'une part, les professionnels des services ne disposent de peu de connaissances et de gestes en rapport avec la sensorialité et les troubles de l'oralité alimentaire au cours des soins des nouveau-nés (**hypothèse 1**). D'autre part, suite à la sensibilisation, les professionnels disposent des connaissances théoriques et pratiques sur les troubles de l'oralité que peuvent présenter les nouveau-nés prématurés (**hypothèse 2**) et un accompagnement précoce du développement de l'oralité alimentaire est intégré dans le fonctionnement quotidien des services (**hypothèse 3**).

1.1. État des lieux des connaissances et des pratiques avant la sensibilisation

1.1.1. L'oralité

Les connaissances des soignants autour des 15 facteurs pouvant influencer le développement de l'oralité (Annexe 1), se situe en moyenne à 79% de bonnes réponses en phase pré-test. D'autre part, la stimulation de la succion au doigt ou à la tétine, l'allaitement et le contact peau à peau sont des pratiques identifiées par tous les soignants comme étant positives pour le développement de l'oralité des nouveau-nés. Les soignants présentent en moyenne un bon niveau de connaissances et semblent pouvoir appréhender l'influence des gestes quotidiens sur le développement de l'oralité des nouveau-nés prématurés.

Cependant, le fait de savoir identifier l'influence positive, négative ou nulle de ces facteurs sur le développement de l'oralité ne suffit pas à prévenir l'apparition des troubles. En effet, il est nécessaire de mettre en place des actions de prévention et de prise en soin autour de l'oralité dans la pratique quotidienne des soignants.

1.1.2. L'installation

Les mises en peau à peau sont principalement motivées par l'établissement du lien entre le parent et son enfant (pour 99% des soignants). La place du parent dans le développement du nouveau-né est primordiale. Les soignants ont aussi un rôle dans l'accompagnement parental précoce et les parents sont des partenaires de soins.

Cependant, la pratique du peau à peau dans les services n'est pas homogène, elle dépend des pratiques personnelles des soignants et n'est pas systématique. La charge de travail est un facteur qui interfère dans la pratique du peau à peau pour 61% des soignants.

En pratique, presque l'unanimité des soignants ayant répondu au questionnaire installent les nouveau-nés dans des cocons. L'utilisation des cocons dans les services est déjà inscrite dans les pratiques. Cependant, certains ne connaissent pas toutes les raisons pour lesquelles ce positionnement est bénéfique pour les nouveau-nés (59% des soignants).

1.1.3. Les aspirations

Les aspirations buccales et nasales sont principalement réalisées en fonction des nouveau-nés avec les aspirations nasales en premier suivies des aspirations buccales. Cependant les soignants ne réalisent que trop peu ce soin pluriquotidien à 4 mains (en moyenne 11%), avec une solution sucrée (6%) ou en peau à peau (0%).

Ce constat pourrait être dû à un manque de professionnels disponibles, un manque de gestion de la douleur et une pratique du peau à peau non systématique dans les services.

1.2. Impact de la sensibilisation

1.2.1. Les connaissances

Les résultats montrent une augmentation significative de 40% pour la reconnaissance du réflexe de Hooker après la sensibilisation. Ce réflexe apparaît très marqué chez le nouveau-né dans la vidéo de sensibilisation. La reconnaissance des réflexes oraux est nécessaire pour appliquer le protocole des sollicitations orales. En effet lorsqu'on stimule un réflexe, on attend en retour sa réponse précise, il est donc indispensable de pouvoir interpréter les réponses du nouveau-né pour ne pas risquer de le dystimuler. En moyenne, les réflexes oraux sont mieux reconnus après la sensibilisation.

Concernant les facteurs influençant le développement de l'oralité, on observe une augmentation significative pour la reconnaissance des aspirations nasales comme étant un geste négatif pour le développement de l'oralité. Ce point étant un des trois axes de prévention sélectionné en réunion AMDEC pour la sensibilisation, il a pu être abordé en détail dans la vidéo.

1.2.2. La pratique

Les soignants du service de néonatalogie présentent la progression la plus significative du niveau de maîtrise ressenti en oralité. C'est aussi dans ce service que la proportion de soignants qui ont pu être sensibilisés a été la plus importante, grâce à leur plus grande disponibilité et à leur plus petit effectif.

Le niveau de maîtrise ressenti en l'oralité est en moyenne à 40% avant la sensibilisation puis à 53% après la sensibilisation. En mettant en relation le niveau de maîtrise en oralité avec l'ancienneté dans les services, on remarque que le niveau de maîtrise est en augmentation pour les soignants dans leurs 10 premières années de pratique, mais qu'au-delà de 10 ans d'ancienneté le niveau de maîtrise ressenti en oralité diminue. Ainsi, les soignants présenteraient une courbe d'apprentissage pendant leurs 10 premières années d'exercices, puis après 10 ans d'expérience le niveau de maîtrise ressenti diminuerait de par une sensation de routine dans la pratique quotidienne. Cet effet semble diminuer le niveau de maîtrise moyen ressenti par les soignants en oralité.

Nous avons essayé de connaître les raisons pour lesquelles les soignants ne pratiquaient pas de sollicitations chez les nouveau-nés prématurés. Le manque de formation a été une des raisons sélectionnées par les soignants avant la sensibilisation. On remarque que cet item n'a pas été coché dans le questionnaire post-sensibilisation. Il semble que les soignants ont pu se saisir du protocole mis en place dans les services.

Par ailleurs, après la sensibilisation les soignants identifient mieux les situations dans lesquelles la pratique des sollicitations pourrait être dystimulante pour les nouveau-nés (35% avant la sensibilisation et 52% après la sensibilisation).

1.3. Validation des hypothèses de l'étude

Avant la sensibilisation, les professionnels effectuent certaines mises en lien entre les gestes des soins quotidiens et le développement de l'oralité. Mais il semble que peu de connaissances en rapport avec l'oralité des nouveau-nés étaient présentes à notre arrivée dans les services. D'autre part, certaines pratiques sont présentes dans les services, comme le peau à peau et les cocons, mais les soignants ont connaissance de peu de gestes en rapport avec la sensorialité des nouveau-nés. En regard de l'état des lieux et des pratiques réalisés avant la sensibilisation, **nous pouvons valider notre hypothèse 1**, selon laquelle les soignants disposent de peu de gestes et de connaissances concernant l'oralité des nouveau-nés.

La sensibilisation a permis d'aborder les concepts généraux de l'oralité et d'apporter les connaissances et les gestes en lien avec les axes de prévention définis. Certains résultats apparaissent significatifs et montrent l'impact de la sensibilisation sur les connaissances et pratiques. Les outils et protocoles soutenant ces connaissances et pratiques sont maintenant intégrés dans les services et les soignants peuvent s'y reporter. **Nous validons les hypothèses 2 et 3** selon lesquelles la sensibilisation a permis aux soignants d'avoir des gestes et connaissances en rapport avec l'oralité des nouveau-nés prématurés et intégrés dans le fonctionnement des services.

2. LIMITES DE L'ÉTUDE

2.1. Limites dans les échantillons

2.1.1. Représentation des professions

Nous avons choisi d'inclure toutes les professions des services de l'unité de Néonatalogie dans notre étude. Si l'ensemble des services étaient sensibilisés, le développement de l'oralité des nouveau-nés serait plus facilement intégré dans les projets de prise en soin. Notre avons donc envisagé notre étude pour l'ensemble des soignants.

D'une part, nous n'avons pas pu intégrer les kinésithérapeutes dans notre étude. Intervenant dans plusieurs services de l'hôpital, il était difficile de les rencontrer durant nos temps de présence dans les services.

D'autre part, la participation des médecins n'a pas été représentative de leur proportion dans les services. Initialement inclus dans la méthodologie, nous avons eu très peu de retours des médecins au premier questionnaire (2 sur 15) et très peu de retours concernant la visualisation de la sensibilisation (1 sur 15). Nous n'avons pas pu analyser leur participation. Etant moins présents au niveau des îlots centraux (les postes de travail des internes et infirmiers se situent au niveau des îlots centraux tandis que les médecins ont leurs propres bureaux), il est possible que les médecins ne se soient pas sentis investis par la sensibilisation. La communication effectuée par mail, avec support de sensibilisation, n'était peut-être pas adaptée. Il est possible qu'une sensibilisation organisée hors des services aurait été plus propice à leur investissement.

Les infirmiers et les puéricultrices sont les professions les plus représentées dans les services, on les retrouve donc en proportion importante dans nos échantillons.

2.1.2. Participation aux questionnaires

Les proportions de réponses aux questionnaires ne sont relativement pas les mêmes pour les 3 périodes.

A 1 mois après la sensibilisation, nous avons eu très peu de participations. Nous avons pu constater d'une part une incompréhension de la part des soignants. Beaucoup pensaient avoir déjà rempli le questionnaire en le confondant avec le questionnaire de pré-sensibilisation. Cette mauvaise organisation peut être due à un mauvais dialogue entre les professionnels de santé et nous. D'autre part, le remplissage des questionnaires à 1 mois de la sensibilisation était moins propice à une bonne participation avec les congés de Décembre. Nous avons seulement pu relever 5 questionnaires contre 40 avant la sensibilisation.

Nous avons dû modifier la méthodologie et préféré comparer seulement l'avant et l'après sensibilisation. Le but était d'assurer pour les questionnaires post-sensibilisation, au minimum un effectif de moitié de celui des questionnaires de pré-sensibilisation afin de pouvoir comparer les deux périodes.

Malgré une présence soutenue dans les services, nous avons obtenu un effectif de 23 questionnaires après la sensibilisation contre 40 avant.

La période pendant laquelle les soignants ont pu remplir le questionnaire de pré-sensibilisation s'est étendue sur un temps plus long que pour les questionnaires post-sensibilisation. Pour ces derniers, nous avons dû respecter les temps impartis : « à 1 mois post-sensibilisation » et « à 3 mois post-sensibilisation ». Cette différence de temps peut expliquer, en partie, l'écart de participation entre les questionnaires de pré-sensibilisation et les post-sensibilisation. Sur un plan méthodologique, nous avons choisi de laisser un temps plus long pour le remplissage des premiers questionnaires afin d'établir un état de lieux des pratiques et connaissances suffisamment représentatif des services.

2.2. Limites de l'évaluation

2.2.1. Le questionnaire

Dans l'établissement de la méthodologie, l'utilisation d'une grille d'observation pour renseigner l'évolution des pratiques dans les services avait été évoquée. Cependant aucune grille déjà publiée et donc validée, n'était adaptée à l'objet de notre étude sans restreindre nos observations. Nous aurions pu construire une grille d'observation en rapport avec nos objectifs précis et soumettre sa validation aux membres de la commission AMDEC. Cependant, en regard du temps imparti aux différents moments de l'étude et de l'implication des 3 services, nous aurions risqué d'avoir un nombre de grilles insuffisant pour établir un état des lieux des pratiques et des connaissances ainsi que l'évolution post sensibilisation.

Les concertations en réunion ont amené le choix des questionnaires. Cependant il reste difficile de réellement cerner les pratiques des services avec un questionnaire. Par exemple, concernant la fréquence des aspirations nasales et buccales, en moyenne 92% des soignants ont sélectionné : « quand cela est nécessaire » en regard des autres items avec des délais horaires spécifiques. La formulation n'était peut-être pas adaptée, l'idée était de savoir si ce soin était systématisé ou non. Or la mention « quand cela est nécessaire » dépend du référentiel dans lequel le soignant se situe et peut aussi faire appel à un délai horaire spécifique. Aussi dans un contexte de projet labellisation IHAB, prônant une adaptation aux rythmes des bébés, on peut comprendre que plusieurs soignants aient coché cet item. Il est difficile d'interpréter ce résultat sans l'observer dans les services.

2.2.2. Les questions

Les effectifs sont fluctuants d'une question à une autre. Certaines différences peuvent s'expliquer comme l'absence de réponse aux questions concernant les aspirations, ce geste n'étant pas pratiqué en néonatalogie et seulement par les infirmiers pour les autres services.

2.3. Limites de la sensibilisation

2.3.1. L'élaboration de la sensibilisation

Pour l'élaboration de la sensibilisation, nous avons utilisé la méthodologie AMDEC. Il a été décidé de suivre cette méthodologie afin d'être le plus adapté aux besoins des services au niveau du contenu de la sensibilisation.

D'autre part, les réunions AMDEC étaient l'occasion de créer un partenariat avec les équipes. Cependant lors des réunions, il a été difficile de faire comprendre notre démarche aux soignants présents. La démarche consistait à cerner les besoins des services afin de pouvoir adapter les axes de la sensibilisation, le support et autres éléments liés à l'étude.

L'implication des soignants ayant participé aux réunions AMDEC, motivés pour faire partie d'un groupe de travail sur l'oralité, aurait pu être véhiculée dans les services et créer un engouement pour le projet et nous aurions pu travailler en collaboration étroite avec ces soignants. Les difficultés rencontrées dans la mise en place du projet de sensibilisation aux réunions AMDEC ont pu influencer leur mobilisation.

Lors de la première réunion, les processus identifiés devaient être cotés. Par manque de temps nous n'avons pas pu le faire en réunion. Nous avons dû créer un questionnaire de cotation des niveaux de gravité, de fréquence et de maîtrise du risque (Annexe 3) afin que certains soignants puissent coter tous les points en rapport avec l'oralité et que puissent se détacher les axes principaux de notre sensibilisation. Nous avons dû adapter le protocole de la méthodologie AMDEC à notre situation.

2.3.2. Le support de sensibilisation

Suite aux concertations en réunion AMDEC et pour composer avec les contraintes du terrain de la Néonatalogie et la reproductibilité, nous avons choisi un support vidéo pour la sensibilisation. Il n'était en effet pas possible de détacher les soignants de leur poste de travail pour effectuer des formations sur les temps de travail. Dans les services de réanimation et de soins intensifs, de nombreuses situations d'urgence peuvent se présenter, les nourrissons hospitalisés nécessitent de nombreux soins et une surveillance importante.

Lors des journées de tournage programmées avec le vidéaste, nous avons rencontré quelques difficultés pour trouver des infirmières disponibles et volontaires pour la réalisation des prises vidéo. Certains soignants ne souhaitaient pas apparaître sur la vidéo ou étaient occupés avec les soins des nourrissons.

Globalement, l'utilisation du support vidéo pour la sensibilisation peut limiter les interactions avec la personne référente et diminuer la qualité attentionnelle des soignants. La prise en main du protocole suite au visionnage du support vidéo peut être difficile. Cependant une mise en pratique nécessite de s'exercer et prendre le temps de visionner à nouveau le protocole. Ce support n'est peut-être pas adapté aux services.

2.3.3. Le protocole

Nous avons établi un protocole de sollicitations pour les nouveau-nés prématurés. Les services de Néonatalogie fonctionnent avec des protocoles précis pour la mise en pratique des soins. Dans le cadre du fonctionnement des services, il était attendu de notre travail que nous générions un protocole. Malgré de nombreuses précautions concernant les conditions de réalisation du protocole, le risque de dystimulations peut être encore présent de par la volonté d'appliquer un protocole précis et complet alors que le nouveau-né n'a pas encore là dans les étapes de son développement. Ses réponses pourront en témoigner. Ces nombreuses précautions sont rappelées dans le support de sensibilisation et dans les supports annexes.

D'autre part, une incohérence est présente dans les questionnaires et la sensibilisation. Dans la sensibilisation, nous expliquons le caractère douloureux et fréquent des aspirations buccales et nasales. En effet les aspirations nasales sont le geste le plus douloureux le plus fréquemment réalisé dans ces services après les aspirations trachéales (Carabajal, 2008). Or dans le questionnaire, nous demandions quel est le geste le plus douloureux le plus souvent réalisé. Cette information n'étant pas précisée exactement comme telle dans la sensibilisation, nous devons interpréter nos résultats en fonction.

2.3.4. Déroulement de la sensibilisation

2.3.4.1. En groupe

De par la complexité organisationnelle induite par ce type de service, les sensibilisations ont dû se dérouler directement dans les services. En effet, il n'était pas possible de détacher les soignants des services sur leur temps de travail, ni de leur demander de venir hors des temps de travail.

La sensibilisation ayant eu lieu au niveau de l'îlot central de chacun des services, nous avons souvent été interrompus par les urgences, les échanges avec d'autres collègues, les discussions et le bruit ambiant. Les temps de sensibilisation se déroulaient sur des moments où les soignants étaient les plus disponibles. Cependant ces moments sont habituellement des moments de répit pour les soignants, ce qui pouvait diminuer leur attention.

Dans le service de réanimation néonatale, les temps de sensibilisation ont été les plus interrompus en raison du contexte urgent de la réanimation. Dans une moindre mesure, les temps de sensibilisation aux soins intensifs étaient parfois écourtés par des urgences. Ce problème ne s'est pas présenté en néonatalogie car les nouveau-nés sont plus stables.

2.3.4.2. En autonomie

Le support de sensibilisation était aussi disponible sur les postes de travail dans les services. Les résultats montrent que 32% des soignants ont suivi la sensibilisation en autonomie. Le support vidéo de sensibilisation a pu être utilisé en autonomie mais par peu de soignants. Par ailleurs, nous ne savons ni si la sensibilisation a été visionnée en entier ni dans quelles conditions. Ce type de formation en autonomie ne permet ni d'expliquer en direct ni de répondre aux questions.

2.4. Limites dans les services

2.4.1. La pratique et les connaissances dans les services

Les résultats montrent une légère diminution dans la pratique des sollicitations orales après la sensibilisation (de 63% à 55%). D'une part, la définition de « sollicitations orales » a pu être modifiée avec les connaissances acquises lors de la sensibilisation, certaines personnes ont pu comprendre le terme de « sollicitation orale » pour qualifier la stimulation des réflexes oraux et non plus lui proposer une tétine à mettre en bouche par exemple. D'autre part, la mise en pratique du protocole de sollicitations orales ne peut que difficilement être effective sans l'impulsion des services.

On observe dans les résultats que la reconnaissance du facteur « prise de poids » ayant une influence nulle sur le développement de l'oralité est difficilement intégrable par les soignants (43% avant la sensibilisation et 44% après la sensibilisation). Ceci peut être expliqué par le fait que, dans leur pratique, il est demandé aux soignants de se focaliser sur la prise de poids des bébés, condition sine qua none pour leur sortie de l'hôpital.

2.4.2. Le fonctionnement des services

Dans des unités de soins comme celle de Néonatalogie, la réalisation d'un projet de sensibilisation des équipes est dépendante de nombreux facteurs intrinsèques au fonctionnement global des services (organisation, protocoles déjà établis, présence d'un orthophoniste, formation des soignants, motivation...) et propre à la méthode employée (support de sensibilisation, conditions, temps disponible pour la formation...). L'étude menée en lien avec une orthophoniste interne à l'unité de Néonatalogie aurait pu considérablement augmenter l'impact du projet dans la pratique des soignants au sein des services.

3. APPORTS DE L'ÉTUDE

La plupart des services hospitaliers de Néonatalogie ne sont encore que trop peu en contact avec les orthophonistes. Malgré cela, nous avons réussi à intégrer ces services dans le cadre de notre projet. Ce projet est novateur pour le CHU d'Amiens qui ne compte pas encore d'orthophoniste dans ses services de Néonatalogie.

3.1. Apports des échantillons

Les échantillons des questionnaires et de la sensibilisation sont principalement composés d'infirmiers et de puéricultrices. Il s'agit des premiers acteurs de prise en soin de nouveau-nés prématurés tant au niveau de la technicité des soins qu'ils prodiguent qu'au niveau de leur fréquence. En cela, ils sont des acteurs importants dans la prévention des troubles de l'oralité des nouveau-nés dont ils s'occupent. Leur sensibilisation était primordiale.

Par ailleurs, les échantillons des questionnaires pré et post-sensibilisation étant homogènes sur les plans qualitatif et quantitatif, nous avons pu comparer leurs résultats et réaliser des interprétations justifiables.

3.2. Apport de l'évaluation

Cette première étude réalisée dans l'ensemble de l'unité de Néonatalogie du CHU d'Amiens en rapport avec l'oralité, permet un premier état des lieux des pratiques et des connaissances dans les services.

D'autre part, nous avons pu mettre en évidence l'impact de la sensibilisation en comparant les questionnaires pré et post-sensibilisation. L'impact repose sur l'étude de points précis qui augmentent après la sensibilisation. Nous pouvons observer l'évolution des connaissances et pratiques.

Les résultats obtenus dans notre étude pourront être un support pour la continuité du projet.

3.3. Apport de la sensibilisation

3.3.1. Elaboration de la sensibilisation selon la méthodologie AMDEC

Notre étude repose sur une méthodologie précise qui nous a permis d'adapter nos axes de prévention aux besoins des services en orientant notre sensibilisation sur les aspirations, le positionnement, l'installation et les sollicitations.

Les réunions AMDEC ont permis de valider les supports de travail contenus dans l'étude : axes de sensibilisation, questionnaires et supports de sensibilisation. Ces outils sont donc fiables d'un point de vue méthodologique.

3.3.2. Qualité de la vidéo de sensibilisation

Le support vidéo a été réalisé avec le vidéaste du pôle mère-enfant du CHU. Ainsi sa qualité vidéo est élevée et les plans démonstratifs sont clairs. Sa réalisation s'est appuyée sur un script et un story-board, permettant de préciser le travail et de mener à bien le tournage. Ces supports ont pu être validés par les orthophonistes, le Professeur Tourneux et le vidéaste.

Le choix des séquences filmées a été réalisé pour ancrer les notions en combinant une représentation visuelle, l'écrit et l'oral. Il permet aussi une démonstration exacte des procédures.

3.3.3. Contenu de la sensibilisation

Les points en rapport avec l'oralité les plus sensibles dans les services peuvent être appréhendés dans les soins par les soignants en regard de la sensibilisation et des outils.

Les soignants disposent d'un protocole de sollicitations adaptable aux nouveau-nés prématurés hospitalisés dans les services. Ces outils sont précis, clairs et fonctionnels après un temps d'appropriation.

3.4. Apports dans les services

Le but principal de ce projet était d'améliorer la qualité des prises en soins autour du développement de l'oralité et le dépistage. La mise en place de la sensibilisation et des axes de prévention autour des aspirations, de l'installation et des sollicitations permet de favoriser le développement des bébés. Ces nouveau-nés très fragiles de par leurs nombreuses immaturités et le contexte hospitalier nécessitent des soins afin d'accompagner le développement de leur oralité.

Les orthophonistes ont un impact sur les prises en soins et la prévention chez les nouveau-nés prématurés. Il est question de notre place au sein de ses services, il est important de la défendre et la revendiquer. Les orthophonistes sont des spécialistes de l'oralité et leur présence dans de tels services est importante. Ils ont un rôle à jouer dans l'accompagnement du développement de l'oralité très tôt chez les nouveau-nés prématurés.

3.5. Apports sur le plan personnel

Ce projet a été dans un premier temps, la découverte de 3 services différents de par les nouveau-nés qu'ils accueillent, le type de soins prodigués et le fonctionnement. Il est difficile de se représenter ce qu'est un service de Néonatalogie quand on n'y est jamais allé. Il était important d'essayer de connaître l'environnement dans lequel les nouveau-nés prématurés vivent leurs premières semaines voire premiers mois afin de pouvoir comprendre les enjeux liés à l'oralité pour les nouveau-nés prématurés.

La réalisation de cette étude s'est déroulée sur 1 an et demi, au prix de nombreuses heures de travail et d'investissement dans les services, et nous avons hélas rencontré quelques difficultés dans la mise en place de certaines étapes du projet. Cependant, nous n'avons pas perdu notre objectif de départ qui était d'améliorer la qualité des prises en soins des nouveau-nés prématurés en regard du développement de leur oralité.

Sur un plan un peu plus personnel, il a été vraiment passionnant d'échanger avec les professionnels de santé, de comprendre leurs points de vue et de mobiliser mes propres connaissances et mon regard de future orthophoniste afin d'échanger sur les situations rencontrées en néonatalogie. Des partages d'expériences ont pu être échangés avec certains professionnels comme les conseillères en lactation et puéricultrices formées aux soins de développement, et cela m'a beaucoup apporté, comme par exemple les échanges autour de la formation SOFFI (Support of oral feeding in fragile infants) réalisée par des puéricultrices à Brest.

Au cours des échanges dans les services, par courriel et par téléphone, plusieurs soignants (médecin, infirmier, puéricultrice, conseillère en lactation) étaient en demande de conseils et solutions sur des cas particuliers. De nombreuses situations qui requièrent les compétences spécifiques des orthophonistes se présentent en Néonatalogie. Il serait primordial qu'une orthophoniste puisse intégrer ces services pour accompagner les équipes dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire des nouveau-nés prématurés.

CONCLUSION

L'unité de néonatalogie du CHU Amiens-Picardie, étant rattachée à une maternité de type III, comprend des soins intensifs néonataux et une réanimation néonatale accueillant de grands prématurés et brassant un flux important de nouveau-nés fragiles. Les nouveau-nés prématurés sont particulièrement à risque de présenter un trouble de l'oralité. Le contexte hospitalier dans lequel ils évoluent et leurs nombreuses immaturités influent sur leur développement.

Dans ce contexte, notre objectif principal était d'améliorer la prise en soin des troubles de l'oralité. Nous avons pu réaliser une sensibilisation dans les trois services de réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de néonatalogie auprès des soignants.

Les résultats obtenus au questionnaire avant la sensibilisation valident notre hypothèse selon laquelle, les services disposaient de peu de gestes et de connaissances en rapport avec l'oralité. Après la sensibilisation, l'analyse des résultats des questionnaires valident les hypothèses selon lesquelles les soignants disposent maintenant de gestes et de connaissances en lien avec l'oralité des nouveau-nés et qu'une prévention des troubles de l'oralité des nouveau-nés prématurés est intégrée dans le fonctionnement des services.

Plusieurs perspectives peuvent être envisagées après cette étude.

D'une part, le contenu de la formation initiale des soignants influence plus facilement leur pratique. Cependant peu de soignants ont abordé la notion d'oralité pendant leurs études. Les apports de connaissances sont importants dans la formation initiale et peuvent conditionner la pratique future des soignants. Multiplier les interventions dans les centres de formation serait un bon moyen de sensibiliser les futures équipes des services de Néonatalogie aux troubles de l'oralité.

D'autre part, il pourrait être envisagé d'interroger les pratiques des soignants à distance de la sensibilisation, à l'aide d'une grille d'observation adaptée à l'objet d'étude afin de connaître l'évolution des pratiques. Nous avons observé dans les services que la pratique du protocole du badigeon augmentait significativement à distance d'environ d'un an de sa diffusion sur support vidéo dans les services. Il est possible que le projet pour l'oralité des nouveau-nés dans les services ait impulsé cette pratique.

Enfin, en moyenne 98% des soignants pensent que les parents peuvent participer aux sollicitations orales. Cette proportion témoigne de la place importante qu'ont les parents dans la prise en soin de leur enfant. La sensibilisation des parents aux troubles de l'oralité en partenariat avec les soignants pourrait devenir un projet dans certains services.

Ces perspectives semblent intéressantes et envisageables avec des partenaires clés sur le terrain.

RÉFÉRENCES

- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie*, 11(6), 603-605.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- Association de Prévention en Orthophonie des troubles de la communication et de l'illettrisme Nord – Pas de Calais. (2017). *Les troubles de l'oralité alimentaire : Prévention, Dépistage et prise en soin*.
- Bache, M., Pizon, E., Jacobs, J., Vaillant, M. et Lecomte, A. (2014). Effects of pre-feeding oral stimulation on oral feeding in preterm infants: A randomized clinical trial. *Early Human Development*, 90(3), 125-129.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.12.011>
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143.
<https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>
- Bonnet, F. et Guatterie, M. (2005). *De la succion déglutition du nourrisson à la mastication déglutition de l'adulte*. Récupéré de
<http://www.ocapitale.ca/stock/fra/de-la-succion-deglutition-du-nourrisson-a-la-mastication-deglutition-de-ladulte.pdf>
- Boucher, B. (2008). L'apprentissage harmonieux de l'alimentation chez l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 21(8), 334-338.
<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2008.09.005>
- Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., ...Bréart, G. (2008). Epidemiology and Treatment of Painful Procedures in Neonates in Intensive Care Units. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 300(1), 60. <https://doi.org/10.1001/jama.300.1.60>
- Casper, C., Lescure, S., Prout, C., Pierrat, V., Glorieux, I. et Kunh, P. (2015). La prise en charge neurosensorielle des nouveau-nés prématurés en néonatalogie : où en sommes-nous aujourd'hui ? *Contraste*, 41(1), 107.
<https://doi.org/10.3917/cont.041.0107>

- Couly, G. (2010). *Les oralités humaines : Avaler et crier : le geste et son sens*. Rueil Malmaison, France : Doin.
- Delfosse, M. J., Soullignac B., Depoortere, M. H. et Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, 18(1), 23. <https://doi.org/10.3917/dev.061.0023>
- Leblanc, V., Don, J., Gaquiere, M., Lecoufle, A., Vanmallegem, A. et Vouters, J. (2015). Amuse-bouche pour troubles de l'oralité du jeune enfant. Nutricia. Récupéré de <http://www.groupe-miam-miam.fr/pdf/124441-Brochure-oralite-amuse-bouche-pour-difficultes-alimentaires-des-enfants%20.pdf>
- Fucile, S., Gisel, E. et Lay, C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *Journal of Pediatrics*, 141(2), 230-236. <https://doi.org/10.1067/mpd.2002.125731>
- Fucile, S., McFarland, D. H., Gisel, E. G. et Lau, C. (2012). Oral and nonoral sensorimotor interventions facilitate suck-swallow-respiration functions and their coordination in preterm infants. *Early Human Development*, 88(6), 345-350. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.09.007>
- Fucile, S., Milutinov, M., Timmons, K. et Dow, K. (2018). Oral Sensorimotor Intervention Enhances Breastfeeding Establishment in Preterm Infants. *Breastfeeding Medicine*, 13(7), 473-478. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0014>
- Faccio Gomes, C., Cavallari Da Costa Gois, M. L., Carvalho Oliveira, B., Thomson, Z. et Rosa Cardoso, J. (2013). Surface Electromyography in Premature Infants : A Series of Case Reports and Their Methodological Aspects. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81, 755-759. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-1199-0>
- Greene, Z., O'Donnell, C. P. F. et Walshe, M. (2016). Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009720.pub2>
- Guillerme, C. (2014). L'oralité troublée : regard orthophonique. *Spirale*, 72, 25-38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>

- Haddad, M. (2007). La prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie. *Ortho Magazine*, 13(68), 33-37.
- Haddad, M. (2015). *Plaquette d'information destinée au personnel soignant de néonatalogie : L'oralité du nouveau-né prématuré.*
- Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) France. (2016). *Les 12 recommandations.* Récupéré de <https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). (2015). Prématurité : ces bébés qui arrivent trop tôt. Récupéré de <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). (2015). La survie des enfants grand prématurés en France s'améliore : Premiers résultats de l'étude EPIPAGE 2. Récupéré de <https://epipage2.inserm.fr/images/pdf/CP-EPIPAGE2.pdf>
- Jarreau, P. H., Baud, O., Casper, C., Mitanchez, D., Picaud, J. C. et Storme, L. (2016). *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie.* Paris, France : Elsevier Masson.
- Lau, C. (2007). Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 14(1), S35-S41. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(07\)80009-1](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(07)80009-1)
- Lau, C., Fusil, S. et Gisel, E. G. (2012). Impact of nonnutritive oral motor stimulation and infant massage therapy on oral feeding skills of preterm infants. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 5(4), 311-317. <https://doi.org/10.3233/NPM-1262612>
- Lau, C. (2018). From Surviving to Thriving: Boosting the Oral Feeding Performance of Premature Babies. Récupéré de https://www.scientia.global/wp-content/uploads/Chantal_Lau.pdf
- Leblanc, V. et Ruffier-Bourdet, M. (2009). Troubles de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale*, 51, 47-54. <https://doi.org/10.3917/spi.051.0047>
- Leblanc, V. (2014). Evaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 21(5), 32. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4)

- Lecoufle, A. (2012). Atrésie de l'œsophage : oralité en période néonatale. *Archives de Pédiatrie*, 19(9), 939-945. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.06.005>
- Marlier, L., Gaugler, C., Astruc, D. et Messer, J. (2006). La sensibilité olfactive du nouveau-né prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 14(1), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2006.09.006>
- Marlier, L. (2009). Emergence et développement précoce des préférences olfactives et alimentaires. *Archives de Pédiatrie*, 16(6), 532-534. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(09\)74056-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(09)74056-4)
- Menier, I., Dejonkheere, C., Baou, O., Moreno, M. E., Mattioni, V. et Madre, C. (2014). Prévention des troubles de l'oralité en réanimation pédiatrique : mise au point et expérience récente de l'hôpital de Robert Debré. *Réanimation*, 23, 445-454. <https://doi.org/10.1007/s13546-014-0905-x>
- Montjaux-Régis, N., Gazeau, M., Raynal, F. et Casper, C. (2009). Allaitement maternel du prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 16(6), 833-834. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(09\)74170-3](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(09)74170-3)
- Muller, J. B., Castaing, V., Denizot, S., Caillaux, G., Frondas, A., Simon, L., ...Flamant, C. (2014). Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) : Principes et théorie. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35(1), 41-43. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2014.01.001>
- Nyqvist, K. H. (2008). Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr*, 97(6), 776-81. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00810.x>.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2001). Recommandations de l'OMS en matière d'alimentation du nourrisson. Récupéré de https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018). Naissances prématurés : Principaux faits. Récupéré de <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

- Pillai-Riddell, R. R., Racine, N. M., Gennis, H. G., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., ...Lisi, D. M. (2015). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub2>.
- Nyqvist, K. H., Häggkvist, A. P., Hansen, M. N., Kylberg, E., Frandsen, A. L., Maastrup, R., ... Haiek, L. N. (2013). Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care : expert group recommendations. *Journal of Human Lactation*, 29(3), 300-309.
<https://doi.org/10.1177/0890334413489775>
- Ramey, D., Deville, V., Letroublon, M., Giraud, V., Dageville, C., Boutte, P., ...Carbajal, R. (n.d). Intérêt des manœuvres de réconfort pour la diminution de la douleur lors des aspirations trachéales chez les nouveau-nés intubés et ventilés. Récupéré de <https://docplayer.fr/31639092-Interet-des-manoeuvres-de-reconfort-pour-la-diminution-de-la-douleur-lors-des-aspirations-tracheales-chez-les-nouveau-nes-intubes-et-ventiles.html>
- Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Paris, France : Solal.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*. Paris, France : Broché
- Tourneux, P., Lopez, E., Bourdon, O., Nouyrigat, E., Alexandre, C., ...Semama, D. *Nutrition parentérale en néonatalogie : recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) en partenariat avec la Société Française de Néonatalogie (SFN)*. Récupéré de https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/argu_np_neonat_2018-06-28_11-18-23_280.pdf

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire de pré-sensibilisation diffusé aux soignants de l’unité de néonatalogie du CHU Amiens-Picardie.	76
Annexe 2 – Questionnaire de post-sensibilisation diffusé aux soignants de l’unité de néonatalogie.....	80
Annexe 3 – Grille de cotation selon la méthodologie AMDEC	84
Annexe 4 – Protocole de prévention des troubles de l’oralité disponible dans les services et sur la plateforme GED – (Version Document de Travail validé : Covid-19)	88
Annexe 5 – Fiche Technique « Installation du nouveau-né », disponible dans les services et sur la plateforme GED – (Version Document de Travail validé : Covid-19)	91
Annexe 6 – Fiche Technique « Sollicitations », disponible dans les services et sur la plateforme GED – (Version Document de Travail validé : Covid-19).....	92
Annexe 7 – Fiche Technique « Information parents », disponible dans les services et sur la plateforme GED – (Version Document de Travail validé : Covid-19).....	93

Annexe 1 – Questionnaire de pré-sensibilisation diffusé aux soignants de l'unité de néonatalogie du CHU Amiens-Picardie.

La prévention des troubles de l'oralité

Etudiante en 4^{ème} année d'orthophonie, mon projet de fin d'étude porte sur la prévention des troubles de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés. Ce questionnaire me permettra d'adapter mon intervention dans ce domaine. Le but est de réfléchir ensemble sur la pratique quotidienne en néonatalogie en regard des troubles de l'oralité. En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ce projet.

Généralités

1. Quelle profession exercez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pédiatre | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Interne |
| <input type="checkbox"/> Puéricultrice | <input type="checkbox"/> Externe |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

2. Dans quel service exercez-vous ?

- Réanimation Soins intensifs Néonatalogie

3. Depuis combien d'années exercez-vous ?

- Entre 0 et 2 ans Entre 5 et 10 ans Plus de 20 ans
 Entre 2 et 5 ans Entre 10 et 20 ans

4. La problématique de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés a-t-elle été abordée dans vos études ?

- Oui Non

5. A quel niveau situeriez-vous vos connaissances sur l'oralité ?



Connaissances

1. Classez les facteurs suivants selon s'ils ont une influence positive (+) négative (-) ou s'ils n'ont pas d'effet (0) sur le développement de l'oralité des nouveau-nés prématurés :

	+	0	-	
				L'absence d'établissement du lien mère-enfant
				Sparadraps posés/retirés sur le visage
				La prise de poids
				La stimulation précoce de la succion avec la tétine ou le doigt maternel
				Pose et changement de sonde naso-gastrique
				Donner les repas à heures fixes
				L'allaitement
				Les aspirations buccales
				Sollicitations de la sphère orale
				La ventilation artificielle
				Les aspirations nasales

+ 0 -

		Succion non nutritive
		L'alimentation artificielle
		Contact peau à peau
		Chirurgie ORL et digestives lourdes en période néonatale

2. Les sollicitations orales permettent :

- De réduire le temps de transition d'une alimentation artificielle vers une alimentation orale
- De prévenir l'apparition de l'hypersensibilité orale
- Des meilleurs apports nutritionnels
- De diminuer la durée d'hospitalisation
- De mobiliser les muscles du visage
- De maintenir la succion

3. Faire correspondre le réflexe oral à sa définition :

1 ... 2 ... 3 ... 4 ...

Les réflexes oraux

1	Réflexe de Hooker	3	Réflexes des points cardinaux
2	Réflexe de fouissement	4	Réflexe de succion

Les définitions

A	Au contact du doigt, la lèvre supérieure de l'enfant s'élève et s'avance et la lèvre inférieure s'avance et s'abaisse. La bouche dévie du côté stimulé	C	S'observe lors d'une rotation de la tête vers un stimulus tactile sur la joue de l'enfant, associé à un happement de lèvres
B	Lors du passage de la main de l'enfant devant sa propre bouche, celle-ci s'ouvre et la langue sort et des mouvements de succion sont déclenchés	D	Entraine une dépression intra-buccale nécessaire à l'alimentation

4. Selon vous, quel est le geste le plus douloureux le plus souvent réalisé dans les services de néonatalogie ?

- Les aspirations nasales
- Les prélèvements sanguins
- Les aspirations buccales
- Le changement de sonde gastrique
- La pose de sonde gastrique

5. Le positionnement physiologique en flexion avec des cocons permet de :

- Diminuer les déformations squelettiques
- Diminuer les réactions au stress
- Favoriser l'autorégulation
- Favoriser l'endormissement
- Favoriser la prise de poids

Pratique

6. Dans votre pratique quotidienne, avez-vous eu l'occasion d'utiliser du colostrum en badigeon avec un coton tige dans les 6 premières heures de vie de votre patient ?

Oui Non

7. Dans votre pratique quotidienne, pensez-vous qu'il est possible de proposer plusieurs fois par jour des sollicitations orales aux nouveau-nés prématurés ?

Oui Non

8. Dans votre pratique quotidienne, est-ce le cas ?

Oui Non

9. Si non, pourquoi ?

Manque de formation Peur de faire du mal

Peur de mal faire Aucun intérêt

Autre : _____

10. Considérez-vous les sollicitations orales comme un soin ?

Oui Non

11. Pensez-vous que les parents puissent participer aux sollicitations orales ?

Oui Non

12. Si non, pourquoi ?

Manque d'objectivité Manque de formation

Leur participation peut gêner les soins Autre : _____

13. Quand ne proposeriez-vous pas de sollicitations orales au patient ?

Quand l'enfant est dans un sommeil profond Quand l'enfant n'est pas stable

Quand l'enfant a une sonde nasogastrique Quand l'enfant a une sonde gastrique

Quand le parent est présent Quand l'enfant complètement sédaté

Autre : _____

14. En moyenne, à quelle fréquence réalisez-vous les aspirations buccales ?

Supérieur à 12h Toutes les 3h

Toutes les 12h Inférieur à 3h

Toutes les 8h Quand cela est nécessaire

15. En moyenne, à quelle fréquence réalisez-vous les aspirations nasales ?

Supérieur à 12h Toutes les 3h

Toutes les 12h Inférieur à 3h

Toutes les 8h Quand cela est nécessaire

16. Dans votre pratique quotidienne, vous réalisez ce soin (aspirations) dans la (ou les) situation(s) suivante(s) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Les aspirations buccales puis les aspirations nasales | <input type="checkbox"/> Emmaillotage |
| <input type="checkbox"/> Les aspirations nasales puis les aspirations buccales | <input type="checkbox"/> En peau à peau |
| <input type="checkbox"/> Dépend de l'enfant | <input type="checkbox"/> Avec bolus si sédation IV |
| <input type="checkbox"/> En regroupement | <input type="checkbox"/> Solution sucrée |
| | <input type="checkbox"/> A 4 mains |

17. Dans votre pratique actuelle, comment installez-vous les nouveau-nés dans leur couveuse/berceau ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emmailloté | <input type="checkbox"/> Allongé uniquement sur le dos |
| <input type="checkbox"/> Couvert | <input type="checkbox"/> Les mains loin du visage pour éviter qu'ils arrachent leur sonde |
| <input type="checkbox"/> Dans un cocoon | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

18. Avez-vous déjà mis un nouveau-né prématuré en peau à peau ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

19. Si oui, quelle en était la raison la plus fréquente ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parents en demande | <input type="checkbox"/> Réaliser un soin douloureux |
| <input type="checkbox"/> Stabiliser l'enfant | <input type="checkbox"/> Favoriser l'allaitement |
| <input type="checkbox"/> Favoriser le lien parent-enfant | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

20. Si non, pourquoi ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> L'enfant n'est pas stable | <input type="checkbox"/> Manque de formation |
| <input type="checkbox"/> Pas de prescription | <input type="checkbox"/> Charge de travail |
| <input type="checkbox"/> Manque de pratique | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

21. A quelle fréquence ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les jours, tous les enfants que j'ai en charge | <input type="checkbox"/> Au moins 1 enfant par semaine |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours, au moins 1 enfant par poste | <input type="checkbox"/> Au moins 1 enfant par mois |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Inférieur à 1 enfant par mois |

Annexe 2 – Questionnaire de post-sensibilisation diffusé aux soignants de l'unité de néonatalogie.

QUESTIONNAIRE POST-SENSIBILISATION SENSIBILISATION TROUBLES DE L'ORALITE

Etudiante en 5^{ème} année d'orthophonie, mon projet de fin d'étude porte sur la prévention des troubles de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés. Ce questionnaire permettra de mesurer l'impact de la sensibilisation dans les différents services de néonatalogie du CHU Amiens-Picardie. En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ce projet et de votre participation.

Pré-questionnaire ✓ → Sensibilisation ✓ → Post questionnaire

Généralités

1. Quelle profession exercez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pédiatre | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Interne |
| <input type="checkbox"/> Puéricultrice | <input type="checkbox"/> Externe |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

2. Dans quel service exercez-vous ?

- Réanimation Soins intensifs Néonatalogie

3. Depuis combien d'années exercez-vous ?

- Entre 0 et 2 ans Entre 5 et 10 ans Plus de 20 ans
 Entre 2 et 5 ans Entre 10 et 20 ans

4. La problématique de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés a-t-elle été abordée dans vos études ?

- Oui Non

5. A quel niveau situeriez-vous vos connaissances sur l'oralité ?



6. Avez-vous suivi la sensibilisation aux troubles de l'oralité organisée en novembre 2019 :

- Non
 Oui, j'ai visualisé la vidéo de sensibilisation en autonomie
 Oui, j'ai participé à un temps de sensibilisation en groupe avec la présence d'une étudiante en orthophonie

7. Avez-vous rempli le premier questionnaire de pré-sensibilisation en juin-septembre 2019 :

- Oui Non

8. Avez-vous participé aux réunions AMDEC ?

- Oui Non

Connaissances

1. Classez les facteurs suivants selon s'ils ont une influence positive (+) négative (-) ou s'ils n'ont pas d'effet (0) sur le développement de l'oralité des nouveau-nés prématurés :

	+	0	-	
				L'absence d'établissement du lien mère-enfant
				Sparadraps posés/retirés sur le visage
				La prise de poids
				La stimulation précoce de la succion avec la tétine ou le doigt maternel

QUESTIONNAIRE POST-SENSIBILISATION SENSIBILISATION TROUBLES DE L'ORALITE

+ 0 -

		Pose et changement de sonde naso-gastrique
		Donner les repas à heures fixes
		L'allaitement
		Les aspirations buccales
		Sollicitations de la sphère orale
		La ventilation artificielle
		Les aspirations nasales
		Succion non nutritive
		L'alimentation artificielle (nutrition entérale ou parentérale)
		Contact peau à peau
		Chirurgie ORL et digestives lourdes en période néonatale

2. Les sollicitations orales permettent :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> De réduire le temps de transition d'une alimentation artificielle vers une alimentation orale
<input type="checkbox"/> Des meilleurs apports nutritionnels
<input type="checkbox"/> De mobiliser les muscles du visage | <input type="checkbox"/> De prévenir l'apparition de l'hypersensibilité orale
<input type="checkbox"/> De diminuer la durée d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> De maintenir la succion |
|---|--|

3. Faire correspondre le réflexe oral à sa définition :

...
 ...
 ...
 ...

Les réflexes oraux

1 Réflexe de Hooker	3 Réflexes des points cardinaux
2 Réflexe de foussement	4 Réflexe de succion

Les définitions

A	Au contact du doigt, la lèvre supérieure de l'enfant s'élève et s'avance et la lèvre inférieure s'avance et s'abaisse. La bouche dévie du côté stimulé	C	S'observe lors d'une rotation de la tête vers un stimulus tactile sur la joue de l'enfant, associé à un happement de lèvres
B	Lors du passage de la main de l'enfant devant sa propre bouche, celle-ci s'ouvre et la langue sort et des mouvements de succion sont déclenchés	D	Entraîne une dépression intra-buccale nécessaire à l'alimentation

4. Selon vous, quel est le geste le plus douloureux le plus souvent réalisé dans les services de néonatalogie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Les aspirations nasales
<input type="checkbox"/> Les aspirations buccales
<input type="checkbox"/> La pose de sonde gastrique | <input type="checkbox"/> Les prélèvements sanguins
<input type="checkbox"/> Le changement de sonde gastrique |
|--|---|

5. Le positionnement physiologique en flexion avec des cocons permet de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diminuer les déformations squelettiques
<input type="checkbox"/> Favoriser l'autorégulation
<input type="checkbox"/> Favoriser la prise de poids | <input type="checkbox"/> Diminuer les réactions au stress
<input type="checkbox"/> Favoriser l'endormissement |
|---|--|

QUESTIONNAIRE POST-SENSIBILISATION SENSIBILISATION TROUBLES DE L'ORALITE

Pratique

6. Dans votre pratique quotidienne, avez-vous eu l'occasion d'utiliser du colostrum en badigeon avec un coton tige dans les 6 premières heures de vie de votre patient ?

Oui Non

7. Dans votre pratique quotidienne avez-vous pu proposer les sollicitations auditives-tactiles-orales-olfactives-gustatives à votre patient ?

Oui Non

7.a Si oui, à combien de patients différents ? _____

7.b Quel était leur âge (âge corrigé) ? _____

7.c Combien de fois par patient ? _____

8. Dans votre pratique quotidienne, pensez-vous qu'il est possible de proposer plusieurs fois par jour ce type de sollicitations aux nouveau-nés prématurés ?

Oui Non

8.a Dans votre pratique quotidienne, est-ce le cas ?

Oui Non

8.b Si oui, depuis quand ?

Depuis la fin de mes études

Depuis la sensibilisation en oralité en novembre 2019 dans le cadre du projet de service

Depuis une formation en oralité réalisée à l'extérieur du CHU Amiens- Picardie, préciser laquelle : _____

8.c Si non, pourquoi ?

Manque de formation

Peur de faire du mal

Peur de mal faire

Aucun intérêt

Autre : _____

9. Considérez-vous les sollicitations orales comme un soin ?

Oui Non

10. Pensez-vous que les parents puissent participer aux sollicitations orales ?

Oui Non

10.a Si non, pourquoi ?

Manque d'objectivité

Manque de formation

Leur participation peut gêner les soins

Autre : _____

11. Quand ne proposeriez-vous pas de sollicitations orales au patient ?

Quand l'enfant est dans un sommeil profond

Quand l'enfant n'est pas stable

Quand l'enfant a une sonde nasogastrique

Quand l'enfant a une sonde gastrique

Quand le parent est présent

Quand l'enfant complètement sédaté

QUESTIONNAIRE POST-SENSIBILISATION SENSIBILISATION TROUBLES DE L'ORALITE

Autre : _____

12. En moyenne, à quelle fréquence réalisez-vous les aspirations buccales ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Supérieur à 12h | <input type="checkbox"/> Toutes les 3h |
| <input type="checkbox"/> Toutes les 12h | <input type="checkbox"/> Inférieur à 3h |
| <input type="checkbox"/> Toutes les 8h | <input type="checkbox"/> Quand cela est nécessaire |

13. En moyenne, à quelle fréquence réalisez-vous les aspirations nasales ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Supérieur à 12h | <input type="checkbox"/> Toutes les 3h |
| <input type="checkbox"/> Toutes les 12h | <input type="checkbox"/> Inférieur à 3h |
| <input type="checkbox"/> Toutes les 8h | <input type="checkbox"/> Quand cela est nécessaire |

14. Dans votre pratique quotidienne, vous réalisez ce soin (*aspirations*) dans la (ou les) situation(s) suivante(s) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Les aspirations buccales puis les aspirations nasales | <input type="checkbox"/> Emmaillotage |
| <input type="checkbox"/> Les aspirations nasales puis les aspirations buccales | <input type="checkbox"/> En peau à peau |
| <input type="checkbox"/> Dépend de l'enfant | <input type="checkbox"/> Avec bolus si sédation IV |
| <input type="checkbox"/> En regroupement | <input type="checkbox"/> Solution sucrée |
| | <input type="checkbox"/> A 4 mains |

15. Dans votre pratique actuelle, comment installez-vous les nouveau-nés dans leur couveuse/berceau ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emmailloté | <input type="checkbox"/> Allongé uniquement sur le dos |
| <input type="checkbox"/> Couvert | <input type="checkbox"/> Les mains loin du visage pour éviter qu'ils arrachent leur sonde |
| <input type="checkbox"/> Dans un cocoon | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

16. Avez-vous déjà mis un nouveau-né prématuré en peau à peau ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

16.a Si oui, quelle en était la raison la plus fréquente ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parents en demande | <input type="checkbox"/> Réaliser un soin douloureux |
| <input type="checkbox"/> Stabiliser l'enfant | <input type="checkbox"/> Favoriser l'allaitement |
| <input type="checkbox"/> Favoriser le lien parent-enfant | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

16.b Si non, pourquoi ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> L'enfant n'est pas stable | <input type="checkbox"/> Manque de formation |
| <input type="checkbox"/> Pas de prescription | <input type="checkbox"/> Charge de travail |
| <input type="checkbox"/> Manque de pratique | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

16.c A quelle fréquence ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les jours, tous les enfants que j'ai en charge | <input type="checkbox"/> Au moins 1 enfant par semaine |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours, au moins 1 enfant par poste | <input type="checkbox"/> Au moins 1 enfant par mois |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Inférieur à 1 enfant par mois |

Annexe 3 – Grille de cotation selon la méthodologie AMDEC

PREVENTION ORALITE

Ce travail est réalisé dans le cadre de mon mémoire de recherche sur la prévention des troubles l'oralité dans les services de réanimation, de soins intensifs et de néonatalogie.

Suite à la 1^{ère} réunion du groupe de travail sur l'oralité des prématurés, plusieurs points/axes de prévention ont été identifiés.

1. La gestion de la sonde gastrique
2. La stimulation de l'oralité
3. L'utilisation de la tétine
4. Le positionnement de l'enfant
5. La transition de l'alimentation artificielle vers l'alimentation orale
6. Les aspirations buccales et nasales
7. Le peau à peau et les mises au sein

Nous vous sollicitons pour coter ces différents points afin de les hiérarchiser pour orienter notre travail sur les points que vous aurez priorisé.

Cotation : pour chaque point de prévention, il faudra coter la gravité (G), la fréquence (F) et la maîtrise du risque (M), la cotation s'effectue de 1 à 5 selon les trois échelles de cotation ci-après :

Veillez indiquer votre profession et votre service ci-dessous :

Profession :

Service :

Elise Margueritte, étudiante en 4^{ème} année d'orthophonie

Marine Lebeaupin et Cécile Huet, orthophonistes

1

Echelle de cotation de la gravité

1	Mineur	Perturbation sans effet sur le patient
2	Significatif	Dégradation du service : aggravation légère de l'état de santé du patient, blessure, dommage physique ou moral, retard avec désorganisation
3	Grave	Echec du service : aggravation de l'état de santé du patient, ré-hospitalisation, prolongation anormale ou report de l'hospitalisation
4	Critique	Ré-intervention, handicap réversible, incapacité temporaire totale
5	Catastrophique	Irréversibilité : décès, pronostic vital engagé, invalidité, incapacité permanente partielle

Echelle de cotation de la fréquence

1	Très improbable	< 1 fois par an ou « jamais vu », non exposé
2	Très peu probable	1 fois par semestre environ. Quelques heures par an, exposition occasionnelle
3	Peu probable	1 fois par mois. Quelques heures par mois
4	Possible/probable	1 fois par semaine, quelques heures par semaine
5	Très probable à certain	Quotidiennement ou plusieurs fois par semaine, exposition quotidienne

Echelle de cotation de niveau de maîtrise du risque :

1	Niveau 1	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue
2	Niveau 2	On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs
3	Niveau 3	On a organisé : organisation en place sans évaluation (procédure, fiche technique, réunion d'informations...)
4	Niveau 4	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans plan d'actions global
5	Niveau 5	On découvre le risque : aucune action en place, études en cours, actions inefficaces

Nous avons conscience que les échelles employées pourraient être mieux adaptées cependant elles correspondent à notre méthodologie AMDEC qui nous permet d'être rigoureux et d'éviter les biais méthodologiques.

La cotation s'effectue selon les trois échelles de la page précédente

1. Gestion de la sonde gastrique :

(Définition du type de sonde, du diamètre, standardisation de la pose, fixation, analgésie systématique, impact sur la tétée et la succion)

G/ Selon-vous, l'absence de maîtrise des éléments cités ci-dessus concernant de gestion de la sonde gastrique expose à une gravité ?

1 2 3 4 5

F/ Pouvez-vous coter la fréquence de ce geste selon votre pratique :

1 2 3 4 5

M/ Quel est votre niveau de maîtrise concernant les éléments cités ci-dessus ?

1 2 3 4 5

2. La stimulation de l'oralité

(Protocole en place, participation à une formation, mis en place quotidiennement, évaluation régulière des pratiques cliniques)

G/ Selon-vous, l'absence de maîtrise des éléments cités ci-dessus expose à une gravité ?

1 2 3 4 5

F/ Pouvez-vous coter la fréquence de ce geste selon votre pratique :

1 2 3 4 5

M/ Quel est votre niveau de maîtrise concernant les éléments cités ci-dessus ?

1 2 3 4 5

3. L'utilisation de la tétine

(Réassurance, douleur, favoriser la succion, stimulations)

G/ Selon-vous, l'absence de maîtrise des éléments cités ci-dessus expose à une gravité ?

1 2 3 4 5

F/ Pouvez-vous coter la fréquence de ce geste selon votre pratique :

1 2 3 4 5

M/ Quel est votre niveau de maîtrise concernant les éléments cités ci-dessus ?

1 2 3 4 5

4. Le positionnement de l'enfant

(Mains à la bouche, enrroulement, cocoon...)

G/ Selon-vous, l'absence de maîtrise des éléments cités ci-dessus expose à une gravité ?

1 2 3 4 5

F/ Pouvez-vous coter la fréquence de ce geste selon votre pratique :

1 2 3 4 5

M/ Quel est votre niveau de maîtrise concernant les éléments cités ci-dessus ?

1 2 3 4 5

5. La transition de l'alimentation artificielle (sonde) vers l'alimentation orale

(Protocole en place, participation à une formation, mise en place quotidiennement, évaluation régulière des pratiques cliniques)

G/ Selon-vous, l'absence de maîtrise des éléments cités ci-dessus expose à une gravité ?

1 2 3 4 5

F/ Pouvez-vous coter la fréquence de ce geste selon votre pratique :

1 2 3 4 5

M/ Quel est votre niveau de maîtrise concernant les éléments cités ci-dessus ?

1 2 3 4 5

6. Les aspirations buccales et nasales

(Définition de la périodicité, protocole décrivant les modalités pratiques, réassurance, évaluation régulière des pratiques professionnelles)

G/ Selon-vous, l'absence de maîtrise des éléments cités ci-dessus expose à une gravité ?

1 2 3 4 5

F/ Pouvez-vous coter la fréquence de ce geste selon votre pratique :

1 2 3 4 5

M/ Quel est votre niveau de maîtrise concernant les éléments cités ci-dessus ?

1 2 3 4 5

7. Le peau à peau et les mises au sein

(Protocole en place, participation à une formation, mis en place quotidiennement, évaluation régulière des pratiques cliniques)

G/ Selon-vous, l'absence de maîtrise des éléments cités ci-dessus expose à une gravité ?

1 2 3 4 5

F/ Pouvez-vous coter la fréquence de ce geste selon votre pratique :

1 2 3 4 5

M/ Quel est votre niveau de maîtrise concernant les éléments cités ci-dessus ?

1 2 3 4 5

Nous vous remercions pour votre intérêt et votre participation.

Annexe 4 – Protocole de prévention des troubles de l’oralité disponible dans les services et sur la plateforme GED – (Version Document de Travail validé : Covid-19)

<p_vignette>	<p style="text-align: center;">PREVENTION DES TROUBLES DE L'ORALITE DES NOUVEAU-NES PREMATURES</p> <p style="text-align: center;"><i>Services de Néonatalogie, Soins intensifs de néonatalogie et Réanimation Néonatale</i></p>	<P_REF>	<p style="text-align: center;">Version <P_REVISION></p>
		<p>Date d'application : <APPLICATION_DATE></p>	

I. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

Protocole de sollicitations : Prévention des troubles de l’oralité du nouveau-né prématuré

II. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

II.1 DEFINITIONS :

II.1.1 Concept d'oralité :

L'oralité est une notion très vaste qui regroupe toutes les fonctions dévolues à la bouche, elle est au centre de tous les sens : la vue, le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe, la position dans l'espace (proprioceptif) et le mouvement (vestibulaire). La prématurité est un facteur de risque de troubles ultérieurs de l'oralité alimentaire.

II.1.2 Développement de l'oralité :

L'oralité primaire est une phase réflexe, présente entre 0 et 4 mois. Lors de cette phase, la SDR contribue à une bonne alimentation lactée.

L'oralité secondaire est une phase volontaire, présente à partir de 6 mois et tout au long de la vie. Lors de cette phase, la mastication – déglutition – respiration contribue à une bonne alimentation à la cuillère.

Entre 4 et 6 mois l'oralité primaire et l'oralité secondaire coexistent dans une phase de transition.

Entre 0 et 2 mois, l'oralité alimentaire et l'oralité verbale se développent conjointement :

- L'oralité alimentaire :
 - Réflexes oro-faciaux
 - Coordination SDR
 - Alimentation lactée liquide
 - Doigts-bouche
- L'oralité verbale :
 - Sons végétatifs ou vocalisation réflexes
 - Cris

II.1.3 Les réflexes oraux :

- Le réflexe de Hooker : la bouche s'ouvre, la langue sort et des mouvements de succion sont déclenchés au passage de la main de l'enfant devant sa bouche.
- Réflexe de fousissement : rotation de la tête du bébé vers un stimulus tactile sur la joue, associé à un huppement de lèvres.
- Réflexe des points cardinaux : au contact du doigt, la lèvre supérieure de l'enfant s'élève et s'avance et la lèvre inférieure s'avance et s'abaisse. La bouche dévie du côté stimulé.
- Le réflexe de succion entraîne une dépression intra-buccale nécessaire à l'alimentation.

II.2 ABREVIATIONS

SA : semaine d'aménorrhée
 SNN : succion non nutritive
 SN : succion nutritive
 SDR : succion déglutition respiration
 PAP : peau à peau
 FR : fausse route

III. PREVENTION DES TROUBLES DE L'ORALITE

III.1 DEFINITION DU TROUBLE DE L'ORALITE :

Le trouble de l'oralité est un trouble de l'alimentation pouvant avoir des origines sensorielles, dont le développement apparaît au cours des grandes étapes du développement alimentaire.

III.2 REPERER LES SIGNES D'ALERTE DU TROUBLE DE L'ORALITE :

- Haut-le-cœur à la proposition du sein ou de la tétine (réflexe nauséux)
- Régurgitations et/ou vomissements
- Toux et FR
- Temps de tétée supérieur à 30 minutes
- Fuite de lait par les commissures labiales
- Absence d'exploration orale et tactile
- Pleurs à la proposition du sein/tétine

III.3 SOLLICITATIONS

Les sollicitations sont des stimulations tactiles, auditives, orales, olfactives et gustatives.

CHUFT...SOLLICITATION

CHUFT...SOLLICITATION PARENTS

III.4 INSTALLATIONS ET ORALITE

Plusieurs principes au niveau de l'installation des nouveau-nés sont important dans la prévention des troubles de l'oralité dans les services de néonatalogie :

- Préserver le contact main-bouche
- Cocon selon les principes du NIDCAP
- Portage
- Peau à peau
- Alimentation au sein
- Alimentation au biberon
- Alimentation au DAL
- Alimentation à la tasse

CHUFT... POSITIONNEMENT

III.5 OBSERVATION DU NOUVEAU-NE PRET A TETER

Lorsque le bébé est prêt à têter :

- Il est dans un état d'éveil alerte : il se réveille spontanément, s'il est somnolant on peut le solliciter pour l'encourager à têter. Mais surtout pas s'il est agité ou s'il pleure !
- Il présente des comportements pré-alimentaires : main/bouche (cocon en regroupement), mouvements des lèvres et suctions spontanées
- Il présente des signes de recherche : ouvre la bouche, tourne la tête, réflexe de foussement, sort la langue

Lorsque le bébé est alimenté par voie orale (au sein ou au biberon) : **le temps de l'alimentation ne doit pas dépasser environ 30 minutes**, afin de permettre une bonne digestion avant l'allaitement suivant !

IV. RÉFÉRENCES

Lau 2007, Puech et Vergeau 2004, Thibault 2007, Lecanuet 2007, Couly 2010
 Réseau Méditerranée Plaquette 2018, Carbajal 2002
 Haddad 2007, Senez 2002, Gosselin Aniel Tison 2007
 Arnaud 2016, Mandrick et Morand, Le métayer 2009, Bonnet et Guatterie 2005
 Recommandations troubles de l'oralité HCD, Haddad 2015, Marlier 2006
 Casper 2015, Muller 2014, Kuhn 2016.

V. DOCUMENTS ASSOCIÉS

- PREVENTION DES TROUBLES DE L'ORALITE : INSTALLATION DU NOUVEAU-NE
- PREVENTION DES TROUBLES DE L'ORALITE : SOLLICITATIONS PAR LES SOIGNANTS
- PREVENTION DES TROUBLES DE L'ORALITE : INFORMATION AUX PARENTS

VI. HISTORIQUE DU DOCUMENT

- Version Initiale

VIII. RÉDACTION, VALIDATION, APPROBATION

Groupe de travail : Elise MARGUERITTE, Cécile HUET-POULTIER, Marine LEBEAUPIN, Emilie VINCENT, Delphine HOUART, Pierre TOURNEUX, Dounya BEL HACHMI

NOMS ET FONCTIONS DES SIGNATAIRES	DATES DE SIGNATURE
Relecture qualité	
Ingenieur qualité, Pôle Efficience, Finances et Qualité	<ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN1>
Rédaction	
Pierre TOURNEUX, PUPH, Réanimation Néonatale	<ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN2>
Validation	
Ghida GHOSTINE, PH, Réanimation Néonatale	<ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN3>
Dounya BEL HACHMI, infirmière hygiéniste	
Approbation	
Directeur qualité, Pôle Efficience, Finances et Qualité	<ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN4>

Annexe 5 – Fiche Technique « Installation du nouveau-né », disponible dans les services et sur la plateforme GED – (Version Document de Travail validé : Covid-19)

<P_VIGNETTE>	PREVENTION DES TROUBLES DE L'ORALITE : INSTALLATION DU NOUVEAU-NE	<P_REF>	Version <P_REVISION>
		Date d'application ; <P_APPLICATION_DATE>	



NB : il est important de réaliser une hygiène des mains par friction avec une solution hydroalcoolique avant tout contact et après tout contact avec l'enfant. De plus il est nécessaire de porter des EPI tel qu'une surblouse lors de contact rapproché avec l'enfant

1. Contact main-bouche :

Le bébé doit pouvoir mettre ses mains en bouche afin d'explorer, d'entraîner sa succion, de se rassembler.

2. Cocon selon les principes du NIDCAP :

- Positionner le bébé en flexion avec des cocons autour de lui
- Contenir le bébé avec des langes ou un cocon
- Changer régulièrement la posture au cours du nyctémère en étant attentif à ses réactions
- Préserver le contact main-bouche

3. Portage :

- Préserver le contact main-bouche
- Regroupement du bébé sur lui-même

4. Peau à peau :

- Quand l'enfant est stable
- Portage d'un enfant vêtu seulement d'une couche et d'un bonnet
- Strictement en peau à peau contre le thorax de sa mère ou de son père revêtu d'une couverture
- Assurer de bonnes conditions de sortie et retour de couveuse
- Pas de limite de temps, aussi longtemps que possible

5. Alimentation au sein

- Favoriser le PAP le plus souvent possible
- Présenter des sollicitations olfactives (odeur du lait maternel) afin de stimuler la succion
- Proposer les tétées lors des signes d'éveil du bébé
- Eviter de donner des biberons (préférer la tasse et le DAL)
- S'aider de la fleur de lait au sein si besoin
- Orienter vers la conseillère d'orientation si besoin

6. Alimentation au biberon

- Environnement calme (dans la chambre du bébé si possible)
- Pas de lumière forte au plafond, lumière tamisée
- Observer les trains de succion et la respiration
- Observer l'enserrement de la tétine et les fuites labiales → choix de la tétine
- S'aider de la fleur de lait au biberon si besoin

7. Alimentation au DAL

- Fabrication possible avec une tubulure ou une sonde n°8
- Le bébé peut téter le sein ou le doigt en même temps pour exercer sa succion

8. Alimentation à la tasse

- A proposer au bébé qui n'arrive pas à sortir sa langue
- Souple avec ou sans bec
- Cependant, perte de lait de 30%

Annexe 6 – Fiche Technique « Sollicitations », disponible dans les services et sur la plateforme GED – (Version Document de Travail validé : Covid-19)

<P_VIGNETTE>	PREVENTION DES TROUBLES DE L'ORALITE : SOLLICITATIONS PAR LES SOIGNANTS	<P_REF>	Version <P_REVISION>
		Date d'application : <P_APPLICATION_DATE>	



Arrêter les sollicitations dès que vous repérez un des signes ci-dessous :
 Extension - Hyper extension - Manifestations d'inconfort, de stress et de retrait de l'enfant - Éventuelles FR -
 Réflexe nauséeux - Bradycardies et désaturations - Pleurs - Bâillements - Fuite dans le sommeil

1. Pour qui :

Pour les nouveau-nés prématurés et les nouveau-nés présentant des signes d'alerte d'un trouble de l'oralité

2. Quand réaliser les sollicitations :

Avant l'alimentation entérale ou l'alimentation orale (*pour stimuler la succion*)
 Pendant l'alimentation entérale (*pour accélérer la mise en place d'une succion/respiration autonome*)
 Pendant la tétée au sein ou au biberon si l'enfant arrête de téter ou ne parvient pas à boire efficacement
 Hors du temps des repas (*pour apporter à l'enfant du plaisir oral et pour le réconforter*)

3. Conditions de réalisation des sollicitations :

Le nouveau-né doit être stable sur le plan cardio-respiratoire, dans une période d'éveil calme ou de sommeil léger, dans un environnement calme et apaisé et avec la participation du parent si possible

4. Déroulement des sollicitations

Durée : 5-10 minutes selon le bébé

NB : il est important de réaliser une hygiène des mains par friction avec une solution hydroalcoolique avant tout contact et après tout contact avec l'enfant. De plus il est nécessaire de porter des EPI tel qu'une surblouse lors de contact rapproché avec l'enfant

A. Sollicitations tactiles et auditives

- Expliquer à l'enfant ce qu'on va lui proposer.
- Observer sa réaction et son état de veille afin de savoir s'il est disponible pour les sollicitations.
- Envelopper l'enfant en position fœtale et rapprocher ses mains de sa bouche.
- Lui fermer doucement la bouche avec le pouce en appui sur le menton avec le reste de la main sous le menton et dans le cou pour qu'il retrouve les limites de son palais et qu'il déglutisse

B. Sollicitations orales

- Passer la main du bébé devant sa bouche afin qu'il ouvre la bouche et tire la langue (**Réflexe de Hooker**).
- Regrouper les mains devant la bouche, position propice à l'autostimulation, afin de favoriser la succion.
- ATTENTION :** les réflexes qui suivent ne sont pas forcément automatisés chez les grands prématurés, on ira donc les stimuler en conséquence : **progressivement et selon les critères d'arrêt !**
- **Réflexe de fousissement :** Solliciter par de petits appuis de la commissure labiale en remontant sur le haut de la joue afin d'orienter la tête du nourrisson du côté stimulé.
- **Réflexe des points cardinaux :** Solliciter par de légers appuis sur le pourtour des lèvres afin d'orienter le bébé vers ces stimulations et provoquer un avancement de la langue.

C. Sollicitations olfactives

Faire sentir le lait maternel sur un coton-tige imbibé ou tampon d'allaitement.

D. Sollicitation gustative :

Proposer quelques gouttes de lait maternel ou autre, selon les recommandations du pédiatre, à téter (**Réflexe de succion**) :

Par les parents : au doigt, préalablement nettoyé avec un savon doux détergent
Par un soignant : ayant réalisé une hygiène des mains avec une SHA et port de gants à usage unique.
 Démarrer l'alimentation (orale ou non) et/ou proposer une tétine
 Avant de partir, observer l'état du bébé, son état de détente et d'apaisement.

Annexe 7 – Fiche Technique « Information parents », disponible dans les services et sur la plateforme GED – (Version Document de Travail validé : Covid-19)

<P_VIGNETTE>	PREVENTION DES TROUBLES DE L'ORALITE : INFORMATION AUX PARENTS	<P_REF>	Version <P_REVISION>
		Date d'application : <P_APPLICATION_DATE>	

L'**oralité** est une notion très vaste qui regroupe toutes les fonctions dévolues à la bouche, elle est au centre de tous les sens : la vue, le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe, la position dans l'espace (proprioceptif) et le mouvement (vestibulaire). La prématurité est un facteur de risque de troubles ultérieurs de l'oralité alimentaire

1. Repérer les signes d'un éventuel trouble de l'oralité :

- Tétées durent plus de 30 minutes
- Toux et fausses routes
- Pleurs à la proposition du sein/tétine
- Perte de lait par les coins de la bouche
- Vomissements ou haut-le-cœur

Lorsque le bébé est alimenté par voie orale (au sein ou au biberon), le temps de l'alimentation ne doit pas dépasser environ 30 minutes, afin de permettre une bonne digestion avant l'allaitement suivant !

2. Déroulement des sollicitations pour prévenir les troubles de l'oralité :

→ Si pas de contre-indication de l'équipe soignante concernant l'état de santé de votre enfant

Arrêter les sollicitations dès que vous repérez un des signes ci-dessous chez votre bébé :
 Extension (fait de s'étendre) - Hyper extension (cambré) - Fausse route (toux) - Réflexe nauséeux (haut le cœur) - Pleurs - Bradycardies (ralentissement du rythme cardiaque) et désaturations (diminution du pourcentage de O₂) - Bâillements - Fuite dans le sommeil - Manifestations d'inconfort, de stress et de retrait de l'enfant.

1. Sollicitations tactiles et auditives

- a. Lui parler et lui expliquer ce qu'on va lui proposer
- b. Observer sa réaction : s'il est réceptif, qu'il ouvre un œil, tête et sourit → on continue
- c. Envelopper votre bébé en position fœtale, les mains du bébé proches de sa bouche afin qu'il puisse mettre ses doigts dans sa bouche et explorer
- d. Lui fermer simplement et doucement la bouche pour qu'il puisse avaler sa salive, avec le pouce en appui sur le menton et le reste de la main sous le menton et dans le cou

2. Sollicitations olfactives

- a. Lui faire sentir un coton/ tampon d'allaitement imbibé de votre lait en le passant proche de son nez.

NB : Par ailleurs, vous pouvez réaliser un petit temps de peau à peau avec votre enfant, avec l'aide des soignants si besoin. Penser aussi à mettre des doudous imprégnés de votre odeur dans la couveuse de votre enfant.

3. Sollicitations gustatives

- a. Vous pouvez proposer à votre bébé des gouttes de lait (selon les recommandations du pédiatre) à têter sur votre doigt. Au préalable, veillez à réaliser un nettoyage de vos mains avec un savon doux détergent.
- b. Si votre bébé n'est pas alimenté juste après, vous pouvez lui proposer une tétine

Observation du bébé prêt à têter :

Lorsque le bébé est prêt à têter, il se réveille seul, s'il est somnolant on peut le solliciter pour l'encourager à têter. Il présente des comportements pré-alimentaires : il met ses mains dans sa bouche, effectue des mouvements de lèvres et des mouvements de succion (tête). Il présente des signes de recherches : il ouvre la bouche, tourne la tête, cherche le sein, sort la langue

FIGURES

Figure 1 : Echelle de cotation des risques (GRD) – CHU Amiens-Picardie 28

TABLEAUX

Tableau 1 – Comparaison des effectifs des échantillons pré et post-sensibilisation selon leur répartition dans les services et selon les professions 40

Tableau 2 – Comparaison de la reconnaissance des réflexes oraux avant et après la sensibilisation..... 45

Tableau 3 – Comparaison de la reconnaissance des aspirations trachéales comme étant le geste le plus douloureux le plus réalisé dans les services 46

Tableau 4 – Comparaison de la pratique du badigeon de colostrum avant et après la sensibilisation..... 48

GRAPHIQUES

Graphique 1 – Répartition des services au questionnaire de pré-sensibilisation (effectif et pourcentage).....	36
Graphique 2 – Répartition des professions au questionnaire de pré-sensibilisation (effectif)	36
Graphique 3 – Répartition des services lors de la sensibilisation en groupe (effectif et pourcentage).....	37
Graphique 4 – Répartition des professions à la sensibilisation en groupe (effectif)	38
Graphique 5 – Répartition des soignants ayant visualisé la sensibilisation en groupe et en autonomie (effectif et pourcentage)	38
Graphique 6 – Répartition des services au questionnaire de post-sensibilisation (effectif et pourcentage).....	39
Graphique 7 – Répartition des professions au questionnaire de post-sensibilisation (effectif)	39
Graphique 8 – L'évolution du niveau de maîtrise en pourcentage ressenti dans les services (effectif)	41
Graphique 9 – L'évolution du niveau de maîtrise ressenti en pourcentage en fonction de l'ancienneté dans les services (pourcentage)	41
Graphique 10 – Comparaison des connaissances des facteurs influençant le développement de l'oralité avant et après la sensibilisation 1 (pourcentage).....	42
Graphique 11 – Comparaison des connaissances des facteurs influençant le développement de l'oralité avant et après la sensibilisation 2 (pourcentage).....	43

Graphique 12 – Comparaison des connaissances des facteurs influençant le développement de l’oralité avant et après la sensibilisation 3 (pourcentage).....	44
Graphique 13 – Comparaison des pratiques autour de l’installation des nouveau-nés dans leurs couveuses ou berceaux avant et après la sensibilisation (effectif)	46
Graphique 15 – Comparaison des fréquences de pratique du peau à peau avant et après la sensibilisation (effectif)	47
Graphique 16 – Comparaison des fréquences de pratique du peau à peau avant et après la sensibilisation (effectif)	49

RÉSUMÉ

Titre : Sensibilisation et prévention des troubles de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés : Evaluation des pratiques professionnelles au sein des services de réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de néonatalogie du CHU Amiens-Picardie.

Les nouveau-nés prématurés sont particulièrement à risque de développer un trouble de l'oralité alimentaire, du fait de leurs nombreuses immaturités et du contexte hospitalier dans lequel ils évoluent. Ce mémoire a pour objectif d'améliorer la prise en soin du nouveau-né prématuré dans le but de réduire les risques de développer un trouble de l'oralité. Dans un premier temps, nous avons évalué les besoins du personnel soignant vis-à-vis de l'oralité afin d'adapter les axes de la sensibilisation. Nous avons créé une sensibilisation avec un support vidéo et des protocoles intégrés dans le fonctionnement des services. A l'aide de questionnaires, nous avons effectué un état des lieux des connaissances et des pratiques avant la sensibilisation et précisé l'impact de la sensibilisation. Les résultats montrent que la sensibilisation permet d'améliorer les connaissances des professionnels de santé et leurs pratiques en lien avec l'oralité. Une prévention des troubles de l'oralité des nouveau-nés prématurés est aujourd'hui intégrée dans le fonctionnement des services.

Mots clés : troubles de l'oralité alimentaire, sensibilisation, prévention, nouveau-né prématuré, néonatalogie

ABSTRACT

Title: Awareness and prevention of oral disorders in preterm newborns: Assessment of professional practices in neonatal intensive care units and neonatal unit at the Amiens-Picardie University Hospital

The risk of developing an oral disorder is preminent on preterm newborns, due to their numerous immaturities and the hospital context in which they live. This thesis aims to improve the care of preterm newborns in order to reduce their risk of developing an oral disorder. First, the needs of the nursing staff toward orality were defined, in order to adapt the focus of the awareness campaign. For awareness efficiency, a video support has been produced as well as operating processes fitted to the unit procedures.

Then, we audited the staff knowledge and practices using question forms and afterward the orality awareness has been deployed. Following this, we appraised the impact of the awareness sessions. The results showed that the awareness campaign improved the knowledge and practices of health professionals toward orality. Prevention of oral disorders in premature newborns is now integrated into the operation of the units we worked with.

Key words: oral disorders, awareness, prevention, preterm newborns, neonatology

Nombre de page du mémoire : 73

Nombre de références bibliographiques : 43