



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Bérangère AUVRAY

Née le 15 avril 1973

**PLACE DE L'ORALITE DES PREMATURES
DANS LES SERVICES DE NEONATOLOGIE
D'AQUITAINE**

**ENQUETE REGIONALE AUPRES DES
SOIGNANTS**

Mémoire pour l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Directeur de mémoire : Dr Laurence Joly, Pédiatre et coordinatrice médicale

Ecole d'Orthophonie de Bordeaux

Année Universitaire 2011



UNIVERSITÉ
BORDEAUX
SEGALÉN

Département d'Orthophonie

Mémoire d'Orthophonie

TITRE : Place de l'oralité des prématurés dans les services de néonatalogie d'Aquitaine.

DATE DE PASSATION : 25 Juillet 2011

NOM DE L'ETUDIANT : Bérangère AUVRAY

MEMBRES DU JURY : - Directrice Adjointe : Anne LAMOTHE-CORNELOUP

- Directeur de Mémoire : Laurence JOLY

- Membres du Jury : - Aurélie de ROQUEFEUIL

- Aude COSSARD

- Karine DURDUX

APPRECIATION : Très Honorable - Honorable - Satisfaisant - Passable

COMMENTAIRES : Mémoire courageux qui fait preuve d'une grande maturité dans la réflexion, l'élaboration des questionnaires et le recueil des données. La finesse de l'analyse montre bien le souci constant de favoriser la réflexion au sein des équipes. Ce travail participe à l'évolution des pratiques des services de Néo-Natalogie d'Aquitaine et à une meilleure connaissance de la part des autres professionnels, de la profession d'orthophoniste.

Signature de la Directrice Adjointe

A. Lamothe-Corneiloup

Signatures des membres du jury

(Signatures of jury members)

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent

Au Dr Laurence Joly, pour avoir accepté de m'encadrer dans cette étude, pour sa disponibilité et ses précieux conseils

A Karine Durdux et Isabelle Méreuze, pour leurs relectures, leurs conseils avisés et leurs encouragements

A Anne Lamothe-Corneloup, pour avoir su m'orienter et me conseiller tout au long de ce travail

A l'ensemble des services de néonatalogie et de réanimation néonatale d'Aquitaine, pour leur accueil et l'intérêt qu'ils ont porté à cette étude

A Aude Cossard et Aurore de Roquefeuil pour avoir accepté de faire partie de mon jury et s'être rendues disponibles

A Marie Dubois, pour m'avoir ouvert les portes de son service, pour son aide et son écoute précieuses

A Lucile et Mélanie, pour leur soutien durant cette année semée, entre autres, de doutes

A mes parents, pour leur soutien durant ces quatre années, leur écoute et leur relecture

A Christophe, sans qui rien n'aurait été possible.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 : Assises théoriques	9
I. Rappels	10
A. Définitions	10
1. Le contexte de prématurité.....	10
a) Définition	10
b) Prévalence et étiologie de la prématurité en France	10
c) Organisation des soins néonataux.....	11
2. Notion d'oralité	12
a) Apports psychanalytiques	12
b) Aspects fonctionnel et sensoriel	13
c) L'oralité alimentaire	13
d) L'oralité verbale	15
B. Les conséquences d'une oralité perturbée	16
1. De l'oralité contrariée à la dysoralité.....	16
a) L'alimentation parentérale	16
b) L'alimentation entérale	17
c) L'hypersensibilité buccale, ou réflexe hyper nauséeux	18
d) La dysoralité.....	18
2. Les risques particuliers chez les enfants nés prématurément	19
a) Les risques à court terme : l'alimentation orale autonome	19
b) Les risques à moyen terme : l'alimentation solide	19
c) Les risques à long terme : le langage	20
d) Les facteurs de risque	20
II. Etat des lieux des connaissances	22
A. Les stimulations non-nutritives	22
1. Stimulation de la succion non-nutritive (SNN).....	22
a) Définition de la succion non-nutritive (SNN) et physiologie.....	22
b) Bénéfices de l'utilisation de la SNN.....	23
c) Limites de l'utilisation de la SNN	24
2. Les stimulations oro-faciales.....	24
a) Notion de terme minimum pour introduire les stimulations	25
b) Objectifs des stimulations oro-faciales	25
c) Résultats de recherches sur les bénéfices de ces stimulations.....	26

d) Quelques protocoles utilisés dans des services de néonatalogie, ou de réanimation néonatale.....	26
3. L'olfaction et ses utilisations thérapeutiques	28
a) Ontogénèse de l'olfaction	28
b) Compétences olfactives du nouveau-né et du prématuré	29
c) Intérêt de l'olfaction dans la prise en charge.....	29
B. Les stimulations nutritives ou l'abord de l'alimentation orale autonome.....	30
1. Physiologie de la succion nutritive (SN).....	30
a) Notion de maturité de la SN.....	30
b) Implications de la coordination Succion-Déglutition-Respiration	30
2. Les différentes modalités de passage à l'alimentation orale	31
a) La tasse	31
b) La seringue.....	32
c) Le DAL – Dispositif d'Aide à L'allaitement (ou SNS – Système de nutrition supplémentaire).....	32
C. Les soins de développement	34
1. Définition	34
2. Applications	35
3. Une forme plus protocolaire : le NIDCAP	35
CHAPITRE 2 : Etude.....	37
I. Problématique, Hypothèse et objectif de l'étude	37
A. Problématique	37
B. Hypothèses.....	37
C. Objectifs et méthode de l'étude.....	38
1. Objectifs de travail	38
2. Méthode	38
a) Le choix des établissements	38
b) Les questionnaires	38
c) La passation des questionnaires.....	40
d) Recueil des données : visite observationnelle sur site	40
e) Analyse des données.....	41
II. Résultats	42
A. Participation des services et respect de la méthodologie.....	42
1. Participation	42
2. Respect de la méthodologie	42
B. Description des services	43
1. Niveau de prise en charge	43
2. Capacité d'accueil des services	44

a)	Nombre de lits et répartition entre les services.....	44
b)	Répartition des lits selon les niveaux de prise en charge des structures hospitalières	44
c)	Répartition des lits entre les départements de la région	45
3.	Répartition en âge gestationnel et en poids minimums de la population de prématurés accueillie dans les services.	46
a)	Selon les âges gestationnels et poids minimums de naissance	46
b)	Répartition rapportée aux différents niveaux de prise en charge.....	47
4.	Professionnels exerçant dans les services	48
C.	Politiques générales de l'organisation de la prise en charge.....	48
1.	Importance de l'oralité pour les médecins et les cadres.....	49
2.	L'impact de la mise en place des soins de développement	50
a)	Modification des pratiques avec l'implantation des soins de développement	50
b)	Pratique du peau- à- peau.....	50
3.	Place des parents dans les services	51
a)	Présence des parents dans le service	51
b)	Implication des parents dans le passage à l'alimentation orale autonome.	51
c)	Implication des parents dans les stimulations oro-faciales proposées aux bébés	52
4.	Equipement et locaux	52
a)	Nombre de chambre mère/enfant dans les services (chambre permettant l'accueil d'un parent pour la nuit auprès de son enfant)	52
b)	Présence de fauteuils dans les chambres, permettant une mise au sein et un peau-à-peau plus confortable.....	53
5.	Constitution de groupe de travail autour de l'oralité	53
a)	Existence d'un groupe « oralité » dans les services	53
b)	Apports de ces groupes quant aux protocoles liés à l'alimentation	53
6.	Intégration de l'oralité au projet de service.....	54
a)	Existence d'un projet de service dans tous les services aquitains	54
b)	Intégration de l'oralité et des soins de développement au projet de service	54
D.	Description des pratiques.....	55
1.	Généralités concernant les pratiques	55
a)	Les sondes gastriques.....	55
b)	La température du lait donné au bébé	57
c)	Les soins de bouche au bicarbonate.....	58
2.	Les pratiques concernant la préparation de l'alimentation autonome du bébé et la préservation d'une oralité harmonieuse.....	59
a)	Pratiques pour atténuer la douleur lors du changement de sonde.....	59
b)	Utilisation de la SNN et à quelle occasion	59
c)	Stimulations gustatives	60
d)	Stimulations olfactives.....	60

e)	Stimulations oro-faciales.....	61
3.	Pratiques concernant l'introduction de l'alimentation orale autonome	61
a)	Terme à partir duquel les premiers essais sont proposés	61
b)	Prise de décision quant à ces essais	62
c)	Matériel ou techniques utilisés lors des essais.....	62
d)	Connaissance du DAL	63
e)	Utilisation du DAL dans le service.....	63
f)	Gestes non-autorisés dans les services	64
4.	Difficultés rencontrées par les puéricultrices autour de l'alimentation des bébés nés prématurément	64
E.	Formation des équipes	65
1.	Description de l'oralité selon les professionnels	65
2.	Formation des équipes à l'oralité	66
a)	Formation des médecins.....	66
b)	Formation des cadres de santé.....	67
c)	Formation des puéricultrices	67
3.	Intérêt pour une formation sur le sujet de l'oralité	68
a)	Volonté de suivre une telle formation.....	68
b)	Demande de formation sur le sujet	68
c)	Projets de formation dans les équipes de puéricultrices.....	68
d)	Apport d'une formation à l'oralité pour les puéricultrices, quant à leur pratique	68
4.	Les éventuels freins à la formation.....	69
a)	Propositions de formation faites sur le sujet	69
b)	Refus de formation	69
III.	Discussion.....	70
A.	Validité de l'enquête	70
B.	Analyse des résultats et interprétation	70
1.	Variété des services	70
2.	L 'oralité : sujet de réflexion et d'action dans les services	71
3.	Vers une uniformisation des pratiques.....	73
4.	Des pratiques non-uniformisées	74
5.	Interrogations des services	78
6.	La formation en question	80
C.	Limites de l'étude.....	81
1.	Les professionnels interrogés	81
2.	La limitation des questions	81
3.	La limite de la méthodologie.....	82
4.	Etude limitée aux soignants : et les parents ?.....	82

5. Quand la pathologie intervient	83
D. Perspectives	83
1. Actions orthophoniques	83
2. Actions du Réseau Périnat	85
CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	88
GLOSSAIRE	93
ANNEXES	95

INTRODUCTION

« Ne pas mâcher ses mots ». Cette expression de la langue française illustre le lien anatomo-fonctionnel qui unit les actes de manger et de parler. Ces deux activités mettent en jeu la bouche, cette « bouche qui tète, respire, sourit et devient si vite un lieu d'échanges » (extrait d'un ouvrage au titre évocateur : *L'enfant et la gourmandise des mots*, de Jacqueline Maqueda) (MAQUEDA, 2001)^[42].

La complexité et la richesse de la fonction buccale se traduisent par le terme d'oralité, qui peut être alimentaire ou verbale. Ce qui se joue dans les premiers mois de vie d'un bébé, autour de l'alimentation dépasserait le seul aspect nutritif. Cette oralité dite primaire peut cependant être mise à mal, notamment lors d'une naissance prématurée. En effet, chez un nouveau-né né trop tôt, les interactions naturellement présentes lors de la tétée laissent souvent la place à une alimentation passive, très pauvre en sensations gustatives ou olfactives. La sphère orale est même plutôt sollicitée négativement par tous les soins nécessaires à la survie, comme les intubations ou les aspirations. Quels sont les moyens, dans les services de néonatalogie, de permettre à ces bébés de vivre des situations agréables et source de plaisir autour de cette bouche si malmenée ?

De récentes études permettent d'établir que ces dysstimulations peuvent être à l'origine de difficultés aussi bien lors de la diversification alimentaire que dans l'acquisition du langage oral. Ces éléments théoriques seront repris dans une première partie, avant le recensement des connaissances actuelles sur le développement de l'oralité des prématurés et les pratiques qui peuvent en découler.

L'objectif principal de cette étude constituera en un recueil des pratiques sur l'ensemble des services de néonatalogie aquitains et présentera une analyse descriptive des pratiques au sein des services de néonatalogie et de réanimation néonatale d'Aquitaine autour de l'oralité, offrant ainsi une base de réflexion à d'éventuels aménagements.

Chapitre 1 : Assises théoriques

I. Rappels

A. Définitions

L'objet de cette étude étant d'observer la prise en charge de l'oralité au sein des services de néonatalogie d'Aquitaine, il convient dans un premier temps de définir ces termes de « prématurité » et d' « oralité ».

1. Le contexte de prématurité

a) Définition

Selon les normes internationales et selon l'OMS en particulier, la prématurité est définie comme une naissance intervenant **avant 37 semaines d'aménorrhée (SA)** révolues, après le 1^{er} jour des dernières règles (DALLA PLAZZA, 1997) ^[17]. Cet âge gestationnel (AG) est parfois imprécis ; c'est pourquoi un poids de naissance lui reste souvent associé, fixé à 2500g (un poids de naissance inférieur à 2500g évoque une prématurité ou peut également être le signe d'un retard de croissance intra-utérin).

Il existe 4 niveaux de prématurité :

- Entre 33 et 36 SA + 6 jours : prématurité modérée
- Entre 29 et 32 SA + 6 jours : grande prématurité
- Entre 26 et 28 SA + 6 jours : très grande ou extrême prématurité
- Entre 22 et 25 SA + 6 jours : prématurissime

b) Prévalence et étiologie de la prématurité en France

Sur l'ensemble des naissances en France, la dernière Enquête Nationale Périnatale relève une très légère augmentation de la proportion de naissances avant 37 SA, estimée à 7,2% en 2003. Si l'on s'intéresse seulement aux naissances vivantes, le taux de prématurité passe de 7,2% à 6,3% (BLONDEL et coll, 2003) ^[11].

En ce qui concerne plus particulièrement la grande prématurité (naissance avant 33 SA), selon une grande enquête réalisée en France, EPIPAGE (EPIdémiologie des Petits Ages Gestationnels) lancée en 1997 sur le suivi des grands prématurés, 1,3% des enfants nés en 1997 étaient des grands prématurés contre 1,6% en 2003 (soit 13000 nouveau-nés par an, selon l'Enquête Nationale Périnatale).

Le contexte dans lequel survient la prématurité a peu évolué depuis 10 ans : une grossesse multiple est impliquée dans 30 % des cas. On distingue la prématurité spontanée et la prématurité provoquée. La première est observée notamment en cas de malformations utérines, d'hydramnios ou au décours d'un contexte infectieux ; la seconde, également appelée prématurité induite ou consentie, trouve son origine dans une décision médicale. Les principales causes en sont les hémorragies, le placenta prævia et les pathologies vasculaires de la grossesse (hypertension artérielle, prééclampsie, voire l'éclampsie) (BLOCH et coll, 2003) ^[10].

c) Organisation des soins néonataux

Depuis les années 90, de nombreux décrets ont été rédigés dans le but d'organiser et d'encadrer la prise en charge des bébés prématurés et de leur mère. Cette législation impose à la fois un cadre strict pour une meilleure sécurité des patients, la mère comme le nouveau-né, et des moyens à mettre en place, nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, comme la diminution de la mortalité maternelle et périnatale ou la capacité d'assurer des soins de qualité aux nouveau-nés dans tous les services.

Une notion de niveaux de soins régit l'affectation des bébés nés prématurément vers les différents types de structures obstétrico-pédiatriques :

- Niveau I : maternité assurant le suivi des femmes et des naissances à bas risque, sans unité de néonatalogie individualisée.
- Niveau II : maternité disposant d'une unité de néonatalogie permettant d'assurer 24h/24 la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou ceux dont l'état s'est déstabilisé après la naissance :

IIa : au moins 6 lits de néonatalogie

IIb : lits de néonatalogie et de soins intensifs

- Niveau III : maternité disposant d'une unité de néonatalogie (au moins 6 lits + 3 lits de soins intensifs) et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance de nouveau-nés, nés ou non dans l'établissement, qui présentent des détresses respiratoires graves ou des risques vitaux.

Depuis novembre 2004, le Plan Périnatalité annoncé par le Ministre de la Santé et des Solidarités de l'époque, comporte un ensemble de mesures visant « *à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche* ». La circulaire N°DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006, rappelle les missions et les objectifs des réseaux de santé et formalise le cahier des charges leur permettant de les réaliser. L'action coordonnée des réseaux de santé avec les médecins traitants doit permettre :

- le suivi médical de la mère et de l'enfant
- l'identification des facteurs de risque éventuels
- l'orientation de la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée
- le repérage des vulnérabilités psycho-sociales et la capacité d'y apporter un accompagnement adapté
- le suivi à long terme des nouveau-nés vulnérables ou susceptibles de développer un handicap

Parmi les textes faisant référence dans l'élaboration de ce cahier des charges, le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer des activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale stipule notamment qu' « *afin d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant, les soins de néonatalogie et de surveillance des enfants qui ne nécessitent pas de soins intensifs ou de réanimation, peuvent être affectés dans la chambre de leur mère, si les locaux et l'organisation de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie le permettent* ».

2. Notion d'oralité

Selon le Grand Robert de la langue française (dernière édition 2010) :

Oralité : **n.f.** - **2- Psychan** : Caractère propre au stade oral du développement de la libido.

Si la notion d'oralité, comme le rappelle également Véronique Abadie (ABADIE, 2004) ^[2], est issue du langage psychanalytique, elle est aujourd'hui reprise par un grand nombre de pédiatres et soignants intervenant auprès de jeunes enfants.

a) Apports psychanalytiques

Comme l'expose Bernard Golse (GOLSE, 2008) ^[26], les travaux de Sigmund Freud constituent le fondement même de cette notion d'oralité, puisqu'il fut le premier à théoriser

sur le stade oral, stade fondateur du développement correspondant approximativement à la première année de vie. La zone érogène prévalente en est la zone bucco-labiale, source de plaisir auto-érotique lorsqu'elle est stimulée et lieu d'incorporation des objets. Bernard Golse précise (GOLSE, 2008) que K. Abraham a par la suite divisé ce stade en 2 sous-stades : le stade oral primitif, stade d'absorption passive (où le sein n'est ni un bon, ni un mauvais objet, mais un prolongement du nourrisson), et le stade oral tardif, où la succion se complète de l'acte de morsure (en lien avec l'apparition des premières dents).

La bouche ne peut être réduite à sa dimension corporelle (GOLSE et coll, 2004) ^[25], et sa position centrale en fait un lieu particulier ; désignée par le terme de « *cavité primitive* » par R. Spitz (SPITZ, 1968) ^[63], elle est le théâtre d'enjeux et de mécanismes complexes et fondateurs de l'ontogénèse de la personne. C'est d'ailleurs le réflexe de Hooker, réflexe conditionné in utero par le rapprochement main/bouche déclenchant des mouvements linguaux et buccaux, qui fait passer l'embryon au stade de fœtus.

b) Aspects fonctionnel et sensoriel

La notion d'oralité se rapporte à tout ce qui touche à la bouche, organe central de la respiration, de l'alimentation et de la parole, mettant en jeu des capacités motrices, praxiques, tactiles et gustatives simultanées. Cette zone sollicite un grand nombre de muscles, qui, d'un point de vue fonctionnel, doivent s'articuler de manière coordonnée.

Cette synergie nécessite un équipement parfaitement intègre, tant sur le plan anatomique que neurologique (SENEZ, 2002) ^[60]. Aux yeux de R. Spitz la cavité orale, comprenant la langue, les lèvres, les joues, les voies nasales et le pharynx, « *est la première surface à être utilisée [...] pour une exploration et une perception tactiles* ». Les informations reçues par l'acte de déglutition sont très riches et mettent de nombreux sens en éveil : « *les sens du toucher, du goût, du chaud et du froid, de l'odorat, de la douleur et même de la sensibilité profonde* » (SPITZ, 1968). L'oralité peut être perçue comme un marqueur qualitatif de la maturation corticale (ABADIE et coll, 1999 ^[1] ; THIBAUT, 2007 ^[64]).

c) L'oralité alimentaire

Le réflexe de Hooker, évoqué plus haut, objective l'oralité débutante, in utero, qui ne va cesser d'évoluer jusqu'à la fin de la vie gestationnelle et après la naissance. L'oralité alimentaire peut s'envisager en deux périodes distinctes :

- L'oralité alimentaire primaire, correspondant à l'utilisation du mécanisme de succion. Elle débute dès la vie intra-utérine et peut encore s'observer dans la deuxième année de vie de l'enfant. Elle correspond à l'alimentation lactée, d'abord exclusive, puis associée à d'autres aliments au cours du 2^{ème} semestre de vie.
- L'oralité alimentaire secondaire, marquée par l'introduction de solides dans l'alimentation et l'utilisation de la cuillère. Les prémices de cette période apparaissent vers 6 mois généralement (au moment de la diversification alimentaire) ; elle ne sera mature qu'à partir de 5/7 ans (MELLUL et coll, 2004 ^[47] ; THIBAUT, 2010 ^[67]) et correspond à une nouvelle organisation praxique, « *caractérisée par une oralité corticale volontaire* » (ABADIE et coll, 1999) qui requiert des compétences masticatoires complexes.

L'oralité alimentaire ne peut cependant pas être réduite à une dimension purement nutritive, étant donné que « *l'aliment et la satisfaction qu'il procure sont indissociables de la personne qui les dispense* » (SHAAL, 2009) ^[59]. L'oralité primaire constitue un des piliers de la théorie de l'attachement décrite par J. Bowlby, comme le rappelle B. Golse (GOLSE, 2008), notamment par le biais de la succion. Ce dernier écrit également que « *la bouche revêt [...] une fonction essentielle dans l'élaboration du rapport à autrui et au jeu relationnel* ». Au moment des repas, la mère peut pleinement remplir son rôle de mère nourricière, et transmet à son bébé, notamment à travers son « *holding* » (« maintien ») et son « *handling* » (« maniement ») (WINNICOTT, 2006) ^[69], bien plus que des nutriments.

Ce qui se joue au moment des repas dépasse le besoin physiologique et « *les problèmes alimentaires que peut présenter un bébé disqualifient la personne qui ne parvient pas à le nourrir.* » (BULLINGER, 2004) ^[15]

Comme l'a résumé Michèle Puech (PUECH et coll, 2004) ^[56] dans le tableau suivant, « *l'élaboration des conduites alimentaires évolue en interdépendance avec la maturation organique, le développement sensori-moteur, la maturation psychoaffective et la diversification alimentaire* ».

LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

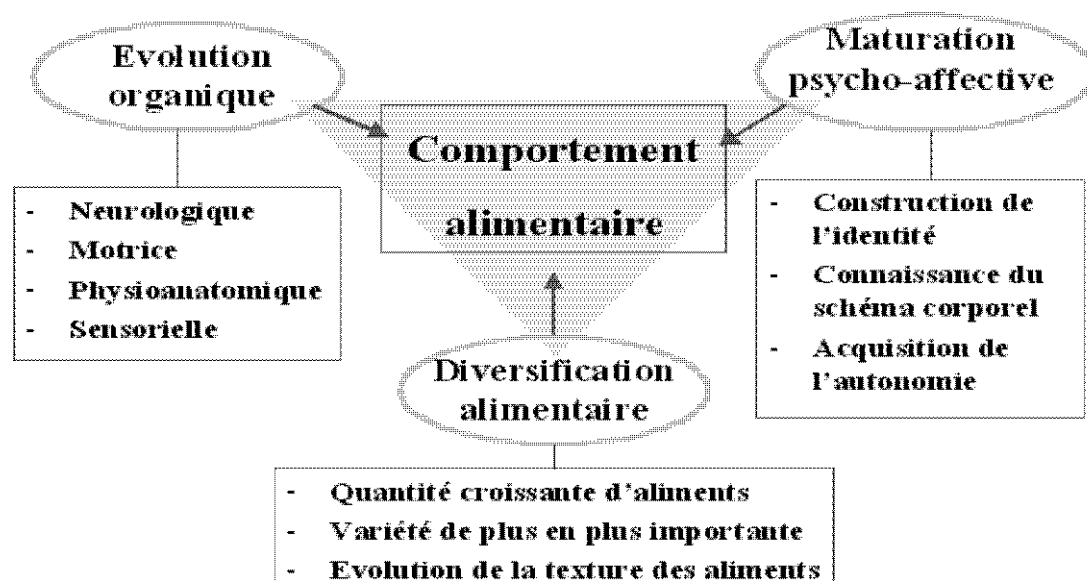


Tableau 1 : Le comportement alimentaire (M. PUECH et coll in Rééducation orthophonique – 2004)

d) L'oralité verbale

Les fonctions orales se développent autour de la langue (THIBAUT, 2008) ^[66], et « *l'enfant construit son oralité alimentaire conjointement à son oralité verbale* ». Ces deux aspects de l'oralité sont intimement liés et interdépendants. L'oralité verbale, à l'instar de l'oralité alimentaire, évolue au cours du développement, et peut être divisée en deux phases distinctes :

- L'oralité verbale primitive, correspondant aux premiers sons émis par le bébé. Le premier cri, qui, associé dès l'origine à la respiration, constitue un des premiers mécanismes de survie. Dès lors, les productions vocales ne cesseront d'évoluer et seront composées dans un premier temps de babillage rudimentaire (imitation mélodique du langage entendu), puis de babillage canonique (production syllabique répétitive –« ba ba ba , pa pa pa ... »)
- L'oralité verbale secondaire, caractérisée par l'articulation phonémique. L'enfant va, à partir de 24 mois affiner ses productions, afin d'enrichir le panel de sons qu'il produit, et qui correspondent à tous les phonèmes de sa langue. L'élaboration du système phonémique de l'enfant passera par des périodes de simplification, normales jusqu'à 4 ans, et se fera conjointement avec la construction du lexique. (THIBAUT, 2010)

L'oralité verbale est étroitement liée à l'évolution de l'oralité alimentaire. Le babillage correspond à la période du « suckling » : mouvements antéropostérieurs de la langue utilisés dans la succion. La mobilisation de plus en plus fine de la langue, notamment avec la possibilité d'effectuer des mouvements latéraux (« suking ») permet le début de l'alimentation à la cuillère et correspond à l'entrée dans le babillage canonique. Le contrôle cortical, et donc volontaire, de l'alimentation apparaît conjointement à la modification anatomique du larynx, qui descend progressivement et libère un espace en arrière de la langue, permettant ainsi l'amplification des résonateurs. L'étroite corrélation de ces deux versants de l'oralité est fort bien décrite par N. Abraham et M. Torock, cités par de nombreux auteurs dont Bernard Golse (GOLSE, 2008) ou Gisèle Harrus-Revidi (HARRUS-REVIDI, 1997)^[29], qui voient l'origine du langage dans la bascule de la « *bouche pleine de sein à la bouche pleine de mots* », effectuée autour de « *l'exploration glosso-linguo-palatale du vide* ».

B. Les conséquences d'une oralité perturbée

De nombreuses études ont été réalisées, concernant le devenir des bébés nés prématurément. Un certain nombre d'entre elles se sont intéressées à l'oralité de cette population, à la fois alimentaire et verbale.

1. De l'oralité contrariée à la dysoralité

L'alimentation du nouveau-né prématuré doit répondre à des besoins énormes, tant pour sa survie que pour sa croissance, et doit s'adapter à l'immaturité du tube digestif. Les techniques nécessaires à son développement ne sont pas sans incidence sur son vécu oral.

a) L'alimentation parentérale

L'alimentation parentérale (par voie veineuse) exclusive peut être préconisée durant les premiers jours de vie d'un bébé né très prématurément ou de très petit poids de naissance, tant que le risque d'entéocolite ulcéro-nécrosante (ECUN) est majeur. Cependant, les arguments en faveur de la prolongation de ce type d'alimentation sont de moins en moins nombreux : « *elle n'entraîne aucun bénéfice sur l'incidence de ECUN* » et présente même « *des effets délétères sur le tube digestif tels qu'atrophie villositaire et retard dans la mise en route des fonctions intestinales* ». (LAPILLONNE et coll, 2011)^[31]. Il est souhaitable que l'alimentation orale (entérale) puisse débiter le plus rapidement possible, d'autant qu'il

semble qu'elle « *joue un rôle important dans les mécanismes d'adaptation et de maturation du tractus gastro-intestinal* » (PUTET, 1996) ^[57]. Une revue systématique de la littérature datant de 2008 conclut que « *l'alimentation trophique (alimentation administrée en petite quantité au même rythme pendant au moins 5 jours) durant l'alimentation parentérale a été développée comme stratégie pour améliorer la tolérance digestive et diminuer les effets néfastes de l'alimentation parentérale et à terme permettre une alimentation exclusivement orale* »¹. (BEN, 2008) ^[8]

b) L'alimentation entérale

L'alimentation entérale désigne toutes les techniques d'alimentation par voies digestives qui court-circuite l'étape buccale. Les techniques se sont énormément développées depuis les années soixante-dix (SENEZ, 2002), et sont aujourd'hui simplifiées (MERCIER, 2004) ^[49], même si elles continuent de faire l'objet de recherches toujours plus précises (LAPILLONNE, 2011). L'adéquation de l'alimentation et des besoins physiologiques des bébés nés avant terme, ou de petit poids de naissance, est primordiale pour leur développement, en particulier cérébral.

Cette alimentation peut se faire par voie nasale (sonde naso-gastrique- SNG), orale (sonde oro-gastrique (SOG) ou bucco-gastrique) ou par gastrostomie (sonde implantée dans l'estomac par voie percutanée ou par chirurgie, avec abouchement à la paroi abdominale).

En dehors de problèmes respiratoires ou anatomiques au niveau des fosses nasales, les sondes naso-gastriques de petites tailles sont le plus souvent utilisées (PUTET, 1996), libérant ainsi la bouche pour la succion non-nutritive (SNN) et nutritive (SN).

Il s'avère que pendant cette période d'alimentation par sonde, toute la sphère orale du bébé ne reçoit aucune information tactile, olfactive ou gustative, et reste particulièrement sous stimulée, voire dysstimulée (PFISTER et coll, 2008) ^[52] ; cette situation est bien éloignée des expériences qu'un fœtus peut faire in utero. Il baigne en effet dans le liquide amniotique, véritable mer d'odeurs (SCHAAL, 2009), le déglutit et le sent constamment. Le manque de toutes ces expériences, lié à une alimentation entérale, peut entraîner chez certains enfants « *un véritable désinvestissement de la bouche, des difficultés de prise alimentaire, certains dégoûts, et parfois même un refus de s'alimenter* » (HADDAD, 2010) ^[28]. Cette technique d'alimentation, si elle préserve la sensation de remplissage de l'estomac, « *interfère sur l'apprentissage du lien entre prise alimentaire, désir de manger et (...) rythme faim-satiété* » (FLOTTE, 2008) ^[21]. Une nutrition entérale, si elle dure au-delà de trois semaines risque

¹ « *Trophic feedings (small volume of feeding given at the same rate for at least 5 d) during PN (Parenteral Nutrition) are a strategy to enhance the feeding tolerance and decrease the side effects of PN and the time to achieve full feeding* »

d'induire un évitement de contact facial marqué par un recul et des pleurs à l'approche d'un objet près de la bouche (BELLIS et coll, 2009) ^[7], évitement qui peut entraver la mise en place de l'alimentation orale autonome.

c) L'hypersensibilité buccale, ou réflexe hyper nauséeux

Durant la gestation, le fœtus déglutit le liquide amniotique de manière réflexe et continue. Dès sa naissance, c'est le colostrum puis le lait maternel qui seront à leur tour déglutis, véritables passerelles sensorielles entre le monde utérin et le monde aérien (SCHAAL, 2009). C'est la similitude gustative, sensorielle (température identique à 35 /36° - SENEZ, 2002), olfactive (MARLIER et coll, 2007) ^[43] qui permettra au bébé d'accepter le lait maternel comme un élément bon à ingérer. Tout élément trop différencié de ce lait sera considéré comme potentiellement dangereux, et sera repoussé par un réflexe nauséeux, c'est-à-dire un processus inverse d'une déglutition (SENEZ, 2002).

La nutrition entérale court-circuite la sphère orale dans l'alimentation et empêche le bébé d'entraîner ses compétences à accepter dans sa bouche d'abord le lait, puis petit à petit d'autres goûts et d'autres consistances. Un réflexe hyper nauséeux risque de s'installer comme réponse systématique à toute approche buccale, voire même à certains mouvements de la langue dans la cavité buccale. S'il existe des hypersensibilités familiales, la nutrition entérale reste un facteur de risque dans le développement d'un réflexe hyper nauséeux, notamment si ce procédé d'alimentation perdure après 7 mois (SENEZ, 2002).

d) La dysoralité

De nombreux tableaux cliniques peuvent nécessiter une alimentation entérale, parmi lesquels on compte des tableaux syndromiques, comme Prader Willi, Williams & Beuren ou la délétion 22Q11 (THIBAUT, 2010) ; ou encore des maladies rares comme la séquence Pierre Robin (SENEZ, 2002). La prématurité demande de manière quasi systématique le recours à ce type d'alimentation, notamment lorsqu'elle intervient avant 32 SA (BELLIS et coll, 2009).

Cette alimentation entérale, court-circuitant le rôle de la bouche, favoriserait le développement de tableaux de dysoralité, également nommée « dysoralité sensorielle » par certains auteurs (SENEZ, 2002 ; BELLIS et coll, 2009). Ce terme regroupe « *l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation ou par refus [...] et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant* » (THIBAUT, 2010).

La chaîne du repas est normalement constituée de plusieurs étapes (« *posture, olfaction, succion, déglutition, satiété* »), qui correspondent à « *une histoire* » comportant un fort aspect

hédonique. « *L'absence d'un ou de plusieurs éléments brise la continuité et rend la situation difficile à appréhender par le bébé* ». (BULLINGER, 2004)

Une dysoralité peut se manifester à différents degrés (LEBLANC, 2009) ^[35] et peut toucher plusieurs étapes du développement de l'enfant : troubles de l'oralité alimentaire, pouvant ensuite concerner le babillage, les praxies de mastication ou les premiers mots (THIBAUT, 2010).

2. Les risques particuliers chez les enfants nés prématurément

De nombreuses études ont quantifié et détaillé les domaines particulièrement sensibles du développement de l'oralité chez les bébés né prématurément, et ont tenté d'en déterminer les facteurs de risque.

a) Les risques à court terme : l'alimentation orale autonome

La capacité du bébé né prématurément à pouvoir téter sa ration quotidienne de lait, au sein ou au biberon, constitue une des conditions nécessaires à sa sortie et donc au rapprochement familial. Lui donner cette autonomie le plus rapidement possible est un des enjeux de la prise en charge en néonatalogie (MELLUL et coll, 2010) ^[48].

Cette difficulté d'acquisition de l'autonomie alimentaire demande parfois une prise en charge spécifique et longue ; si elle retarde le retour à la maison, elle peut également avoir des retentissements sur d'autres apprentissages de l'enfant : dans son étude concernant 88 enfants nés prématurément (22 à 32 SA) entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005, Le Coq a observé que « *41,2% des enfants pris en charge pour leur alimentation pendant l'hospitalisation ont été confrontés à des difficultés lors de la diversification de l'alimentation. Cette proportion se réduit à 18,5% chez les enfants qui n'ont pas nécessité cette prise en charge* » spécifique (LE COQ, 2009) ^[36].

b) Les risques à moyen terme : l'alimentation solide

Le passage à l'alimentation solide peut également être problématique. Cette alimentation requiert en effet des capacités praxiques et masticatoires plus complexes et nécessite l'approbation de l'enfant, qui peut se montrer opposant (SENEZ, 2002).

Lors d'une étude menée dans la région nantaise en 2009 sur une population de 130 enfants, nés entre 24 et 32,5 SA sur une période allant de décembre 2004 à mai 2005, (SAMSON, 2009) ^[58] Audrey Samson a recueilli l'avis des parents sur le comportement alimentaire de leur enfant. Ces derniers étaient en moyenne âgés de 4 ans au moment de l'étude. Selon les

parents, 10 % des enfants ne manifesteraient aucun plaisir lors des repas ; « 12% des enfants auraient des difficultés à mastiquer et 23% à avaler certains aliments ou liquides ». Le forçage alimentaire fait également partie du quotidien de ces familles ; en effet, seulement « 21% d'entre eux disent ne jamais forcer leur enfant à manger ».

Il apparaît que les difficultés de passage à l'alimentation solide soient corrélées avec les éléments suivants :

- L'importance de la prématurité ($p < 0,05$) (Le COQ, 2009)
- La durée de ventilation assistée ($p < 0,03$) (Le COQ, 2009)
- La durée d'intubation ($p \leq 0,05$) (BOQUIEN et coll., 2004 ^[12] - Le Coq, 2009)
- La durée d'hospitalisation ($p \leq 0,04$) (Le COQ, 2009)

c) Les risques à long terme : le langage

Une étude datant de 2007, menée par D. Beaugrand (BEAUGRAND, 2007) ^[6] sur 55 enfants, âgés en moyenne de 6 ans au moment de l'étude et nés entre 25 et 32 SA, a révélé une prévalence de troubles du langage marquée sur 2 composantes particulières : la compréhension orale et les compétences phonologiques.

L'étude d'A. Boquien et A. Epitalon (BOQUIEN et coll, 2004) a mis en évidence chez ces enfants une perturbation prolongée de l'oralité durant les premières années de vie, avec un décalage dans la mise en place des étapes du langage. Ainsi, 23 % des enfants étudiés, à savoir 52 enfants nés entre 25 et 32 SA, n'ont pas acquis le « je » à 3 ans et 6 mois.

Le Dr Elisabeth Gourrier (GOURRIER, 2010) ^[27] rappelle que les troubles du langage oral dans la population d'anciens prématurés, « dont la prise en charge précoce pourrait permettre d'en réduire les difficultés d'apprentissage », sont fréquemment précédés de troubles de l'oralité. Elle note également qu'en l'absence de trouble moteur ou sensoriel, c'est-à-dire dans les situations de troubles cognitifs et retard mental isolé, le pourcentage d'enfants pris en charge en rééducation orthophonique est dramatiquement faible (19%).

d) Les facteurs de risque

Une étude récente, menée par Amandine TOMASELLA sur une cohorte d'enfants nés prématurément, entre 2003 et 2005, a permis de mettre en évidence que les risques de développer un retard langagier à 2 ans étaient largement corrélés à plusieurs critères (TOMASELLA, 2010) ^[68]. Ainsi, sur les **343 enfants nés entre 24 et 32SA** et évalués à 24

mois d'âge corrigé (M24AC), **21,3% présentaient un retard dans le développement de leur langage.** Une analyse statistique révèle 5 facteurs de risque principaux :

- des **difficultés** dans une des phases **de l'alimentation** durant les deux premières années.
- **le sexe** : « les garçons ont un risque significativement plus élevé que les filles de présenter un retard de développement du langage à M24AC »
- **la durée de ventilation** : « plus la durée de ventilation est longue, plus l'enfant est exposé aux risques de présenter un retard du langage à M24AC ».
- la **dysplasie broncho-pulmonaire**. Directement liée à la ventilation, cette pathologie représente également un facteur de risques significatif.
- un **trouble des interactions mère-enfant**, noté pendant la consultation à 12 mois.
- enfin, seuls « *les enfants atteints d'une **anomalie neurologique** ont un risque significativement plus élevé que les autres de présenter un retard de développement du langage à M24AC* »

Selon la spécialiste américaine Susan Dellert (DELLERT, 1993)^[18] « *la prévalence des difficultés lors du passage d'une alimentation par sonde naso-gastrique à une reprise alimentaire normale est de 4,1% (soit 25 enfants sur 600)* ». « *Toutefois, tout enfant en nutrition entérale, ou plus généralement artificielle, est à risque potentiel de dysoralité.* » (FLOTTES, 2008)

II. Etat des lieux des connaissances

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les implications et les enjeux d'une oralité harmonieuse sont multiples et importants pour le développement à venir du bébé né prématurément. De nombreuses recherches ont permis de mieux connaître les mécanismes de la déglutition chez le bébé né avant terme, et permettent ainsi d'améliorer la prise en charge néonatale. Catherine Sénéz (SENEZ, 2002) rappelle qu'au cours du développement normal d'un enfant, « *l'afférentation de la zone bucco-pharyngée se fait par des stimulations olfactives, gustatives et tactiles quotidiennes et très répétitives* » et que cette réalité doit guider la prise en charge des bébés nés trop tôt.

A. Les stimulations non-nutritives

L'abord de l'oralité doit suivre le rythme du bébé, et des stimulations adaptées à sa maturation neurologique, ses capacités d'éveil et la chronologie de ses compétences doivent lui être proposées. Dans un premier temps, il s'agira de préparer le bébé, de le faire bénéficier d'activités motrices et sensorielles qu'il aurait connues in utero et ainsi de lui permettre d'expérimenter ce dont la vie aérienne l'a privé précocément.

1. Stimulation de la succion non-nutritive (SNN)

Les premières manifestations de l'oralité fœtale apparaissent dès le 3^{ème} mois de vie fœtale, et la succion apparaît entre 15 et 18 semaines d'aménorrhée (SA) (PITANCE, 2007) ^[55]. Un des enjeux de la prise en charge du bébé prématuré sera de maintenir ce réflexe et de l'entraîner.

a) Définition de la succion non-nutritive (SNN) et physiologie

La SNN consiste en une succession de trains de succion (« burst ») rapides, séparés de brèves pauses, n'étant pas nécessairement suivie de déglutition (HADDAD et coll, 2010); elle est composée de mouvements de pressions alternatives deux fois plus rapides que dans la succion nutritive (SN) (SENEZ, 2002 ; LAU et coll, 1996^[32]).

D'après ses observations cliniques, Chantal Lau (LAU et coll, 1996) indique que la maturation de la SNN est antérieure à celle de la SN, n'impliquant aucune coordination, ni avec la déglutition, ni avec la respiration. Elle est mature entre 27 et 29 SA (HADDAD et coll, 2010).

Si la SNN n'est pas en lien avec l'alimentation ou la sensation de satiété (SENEZ, 2002), elle permet toutefois, lorsqu'elle est proposée pendant le passage du lait par la sonde (naso ou oro-gastrique), de stimuler la motilité gastrique (LAU, 2007) ^[34], en créant artificiellement un lien entre activité buccale et sensation de réplétion gastrique. Ce mécanisme permettrait d'expliquer le gain pondéral observé quand la SNN est proposée pendant l'alimentation par sonde (le terme consacré était « gavage », mais semble de moins en moins utilisé dans les services de néonatalogie, au profit de « repas » ou « alimentation » ; ces termes ne permettent cependant pas de différencier l'alimentation entérale par sonde de l'alimentation orale autonome).

La SNN est obtenue à l'aide de sucette (tétine ; dummie ou pacifier pour les anglophones), du doigt de l'adulte ou de l'enfant, lorsque ce dernier est dans une position favorable au rapprochement main-bouche ; elle peut même être observée sur la sonde oro-gastrique (MELLUL et coll, 2010).

b) Bénéfices de l'utilisation de la SNN

De nombreuses études, récemment menées, ont cherché à mettre en évidence l'utilité ou à l'inverse la nocivité de la SNN dans les services de néonatalogie.

Une revue systématique de la littérature, publiée en 2002 (PINELLI et coll, 2002) ^[54] a permis d'établir, selon des conclusions communes à plusieurs études, que la SNN :

- est à préconiser dans le traitement de la douleur, notamment lors de soins douloureux ou gênants [expliqué par la libération d'endorphine qu'elle procure (PITANCE, 2007)]
- permet de tranquilliser le bébé pendant un moment d'agitation et/ou de pleurs
- peut être largement utilisée en néonatalogie, ne présentant aucun aspect négatif, à court comme à long terme, révélé à ce jour.

D'autres recherches, qui mériteraient d'être conduites à plus grande échelle, notamment celle menée par Judy Bernbaum (BERNBAUM et coll, 1983) ^[9], mettaient également en avant que des bébés nés prématurément et ayant bénéficié de SNN lors de l'alimentation par sonde, présentaient :

- une réduction d'environ 6 jours du temps de transition entre la sonde et l'alimentation orale autonome

- une durée d'hospitalisation réduite d'environ 7 jours
- une meilleure prise de poids que le groupe contrôle

La présence d'un doigt ou d'une tétine dans la bouche du bébé stimule également la sécrétion de salive, augmentant ainsi la fréquence des déglutitions (MAILLARD, 2008) ^[40].

c) Limites de l'utilisation de la SNN

Il faut noter que sur l'ensemble des études effectuées sur la SNN, la population étudiée reste limitée et les protocoles utilisés, ainsi que les paramètres retenus, sont disparates. L'ensemble de ces données est donc aujourd'hui difficilement généralisable (PINELLI et coll, 2000) ^[53].

Si la SNN est une des premières séquences motrices à apparaître au stade fœtal, elle resterait « *un bon marqueur du niveau de maturation de la succion même, mais ne serait pas prédictive de la coordination succion-déglutition-respiration, une condition nécessaire pour l'oralité sans risque* » (LAU, 2006 ^[33] et 2007). De plus, utiliser la SNN restreint les sens mis à contribution, car ni le goût, ni l'olfaction ne sont stimulés (SENEZ, 2002).

Catherine Druon (DRUON, 2009) ^[19] met également en garde contre un recours trop systématique à la sucette en cas de chagrin ou de pleurs du bébé. Certains bébés tètent ainsi sur les tétines, de manière automatique, voire frénétique, sans qu'ils semblent y prendre le moindre plaisir. Elle préconise, pour la réassurance ou le réconfort du bébé, un enveloppement de tout le corps, plus contenant et plus efficace que la sucette.

La SNN, même si elle constitue un bon entraînement de l'activité buccale, n'est pas suffisante pour favoriser la mise en place de la SN.

2. Les stimulations oro-faciales

Un des enjeux de la prise en charge de l'oralité est d'amener l'enfant à s'alimenter oralement et de façon autonome le plus rapidement possible. C'est d'ailleurs bien souvent un des critères de fin d'hospitalisation des nourrissons (BLOCH et coll, 2003), et « *un des buts premiers pour ces enfants est l'optimisation de la prise de poids* » (MELLUL et coll, 2010). Cette capacité à s'alimenter de manière autonome est toutefois dépendante de la maturation neurologique du bébé.

a) Notion de terme minimum pour introduire les stimulations

La coordination succion-déglutition (où la succion précède la déglutition [THIBAUT, 2007]), apparaît très tôt in utero ; il s'agit d'une séquence motrice réflexe, dont le centre de commande est bulbaire (PITANCE, 2007). Cette séquence ne permet pas au bébé de s'alimenter de manière autonome.

Le bébé sera capable de s'alimenter exclusivement de manière autonome, lorsqu'il aura acquis la coordination Succion-Déglutition-Respiration (S-D-R). Cette coordination peut apparaître entre 33-34 SA (LAU, 2006) et est donc mature lorsque le bébé naît à terme. Lorsque la naissance survient avant 33-34 SA, la coordination S-D-R n'est pas acquise, du fait d'une immaturité cérébrale. L'enjeu de la prise en charge sera d'optimiser cette maturation. Nicolas Mellul (MELLUL et coll, 2010) précise que si la stimulation ne permet pas d'optimiser l'organisation des schémas moteurs, mais se contente de stimuler l'arc réflexe, elle « *n'introduit en rien une qualité d'oralité future* ». **Ces stimulations sont possibles au plus tôt à compter de 28-30 SA.** En effet, l'organisation motrice du prématuré se met en place selon un schéma de maturation corticale passant dans un 1^{er} temps par le stade de motricité sous-corticale de type réflexe, puis de la motricité corticale volontaire (AMIEL-TISON et coll, 1998) ^[5]. Les protocoles de stimulation de l'oralité, pour être bénéfiques, ne doivent pas intervenir avant cette période.

b) Objectifs des stimulations oro-faciales

Selon les stimulations proposées et leur contenu, les différents protocoles de stimulation oro-faciales ont de nombreux objectifs communs :

- ✓ Prévenir et éviter d'éventuelles difficultés d'alimentation autonome (FUCILE et coll, 2002) ^[23]
- ✓ Obtenir une « *S-D-R efficace, sans épisode de bradycardie et/ou d'apnée durant la tétée* » (MELLUL et coll, 2010)
- ✓ Atteindre une alimentation autonome plus rapidement et permettre une fin d'hospitalisation plus rapide et plus sécurisante (MELLUL et coll, 2010)
- ✓ Privilégier un moment d'interaction et d'échange avec le bébé
- ✓ Intégrer les parents le plus possible à ces stimulations, afin d'en faire un moment de contact privilégié (THIBAUT, 2008) ^[65]

c) Résultats de recherches sur les bénéfices de ces stimulations

Une étude, menée en 2002 par Fucile (FUCILE et coll, 2002), a cherché à mettre en évidence le bénéfice d'un programme de stimulations oro-faciales (détaillé plus loin). Le groupe d'expérimentation (composé de 16 bébés nés vers 28 SA, pour un poids moyen de 1044 gr) a bénéficié de ce programme de stimulations. Il apparaît que ce programme « *a accéléré la transition de l'alimentation entérale à une alimentation orale exclusive. Ce résultat est associé à des prises de lait généralement de meilleure qualité et un volume de lait bu plus important* »². La sortie de l'hôpital du groupe d'expérimentation s'est faite 5 jours plus tôt que le groupe contrôle ; ce résultat n'était cependant pas déterminant d'un point de vue statistique, du fait de sorties retardées pour d'autres raisons (infection, instabilité respiratoire...).

d) Quelques protocoles utilisés dans des services de néonatalogie, ou de réanimation néonatale

Qu'ils soient médecins, orthophonistes ou kinésithérapeutes, les professionnels ayant élaboré des programmes de stimulation péri et intra-buccale sont tous tournés vers l'autonomisation et la maturation des bébés nés prématurément. Cette revue des protocoles est loin d'être exhaustive, mais permet d'avoir un aperçu de la variété des types d'interventions.

(1) Séquence de stimulations utilisée par Fucile, lors de son étude en 2002, reprise lors de l'étude de 2007

Cette séquence de stimulations orales, intervenant avant l'alimentation entérale, est pratiquée sur une période de 15 mn ; les 12 premières mn consistent en des massages rapides des joues, des lèvres, des gencives et de la langue. Les 3 dernières mn consistent en une SNN sur tétine. Pendant cette stimulation, les bébés sont allongés sur le dos. Cette stimulation a été proposée 1 fois par jour, pendant 10 jours consécutifs, sur un temps variable (15 à 30 mn), avant le démarrage de l'alimentation entérale.

Cette séquence est détaillée en Annexe 1.

² "Accelerates the transition to full oral feedings in preterm infants. This was associated with greater overall intake and rate of milk transfer observed in the experimental group when compared with the control group."

(2) *Séquence de stimulations mise en place par le CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) de Roubaix*

Ce programme a fait l'objet du mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste de Nowak et Soudan (NOWAK et coll, 2005) ^[50].

« *Le programme a été élaboré à partir du protocole du CAMSP de Roubaix et de la synthèse de quelques travaux existants dans ce domaine :*

- *Approche globale ou systémique, Bobath, 1985*
- *Education thérapeutique de la motricité bucco-faciale, Le Métayer, 1993*
- *Traitement des problèmes nutritifs, Arvedson et Brodsky, 1993*
- *Programme de stimulation du CHC³-CNN⁴ St Vincent de Rocourt, Liège, 2000 et 2004 »*

Il en existe plusieurs versions : avec ou sans comptine. Selon les auteurs, il est primordial d'appliquer, certes, un « savoir-faire », mais également, et surtout, **un « savoir-être » lors de ces stimulations**. Elles insistent sur **le moment d'échange et d'interaction privilégiés** que constitue cette pratique ; le but est non seulement d'amener le bébé à une autonomie alimentaire, mais aussi et surtout de « *l'aider à investir sa bouche de manière positive* » tout en privilégiant le contact. Les réactions du bébé, qu'elles soient positives ou négatives devront toujours être observées, permettant ainsi d'adapter continuellement les gestes à ses manifestations de plaisir ou de déplaisir. Ce programme, loin d'être un soin de plus, devra toujours être considéré comme un moment de partage, adapté à chaque enfant, et à chaque fois qu'il sera proposé.

Ce programme a été décliné avec 3 versions de comptines ; le détail du programme, et la première comptine, intitulée « Si tu veux bien » sont présentés en Annexe 2.

(3) *Les stimulations oro-faciales préconisées par Nicolas MELLUL.*

Nicolas Mellul, kinésithérapeute intervenant dans le service de néonatalogie et de réanimation du CHR d'Orléans, a mis en place un programme de stimulations innovant basé sur l'utilisation de pinceaux de soie, de différentes tailles et de différentes formes ; ce matériel,

³ *Le CHC (Centre Hospitalier Chrétien) est un réseau de soins, composé de 6 cliniques, de polycliniques et de maisons de repos en province de Liège*

⁴ *CNN : Centre néonatal*

selon lui, permet une « *reproduction à l'identique des gestes, tant dans l'amplitude que dans la pression* » (MELLUL et coll, 2010) et est plus adapté à la peau particulièrement fragile de ces bébés.

La stimulation permet une meilleure contraction des muscles peauciers (tels que risorus, petit et grand zygomatique, buccinateur...), qui peuvent ainsi agir « comme une came⁵ sur l'orbiculaire des lèvres, permettant la fermeture de celui-ci, et donc améliorent la ventilation, mais surtout la déglutition, par repositionnement de la langue en intra-buccal ».

Le détail du matériel utilisé, ainsi que du contenu de ce programme de stimulation est présenté en Annexe 3.

3. L'olfaction et ses utilisations thérapeutiques

Le goût et l'odorat sont deux sens extrêmement liés et concomitants, et s'ils font partie des sens matures le plus précocement, ils sont également les sens les moins stimulés de façon positive en néonatalogie (MARTEL et coll, 2006) ^[44].

a) Ontogénèse de l'olfaction

Les premiers supports anatomiques de ces deux facultés sont formés dès le début du 2^{ème} mois de gestation, et des réponses à des stimuli déplaisants sont observables dès le 8^{ème} mois de gestation (HERBINET et coll, 1981) ^[30].

Les fosses nasales abritent plusieurs structures sensibles aux stimulations chimiques, avec chacune un rôle et un agenda de développement différent, dont :

- Le système olfactif principal : permet la détection et la discrimination d'une large gamme d'odeurs ; certaines cellules sont anatomiquement matures dès la 11^{ème} semaine post-conceptionnelle (HADDAD et coll, 2010).
- Le système trigéminal : permet le déclenchement des sensations de fraîcheur et de piquant, et s'avère particulièrement sensible à certaines substances toxiques et irritantes ; les terminaisons nerveuses du nerf trigéminal apparaissent dès la 4^{ème} semaine post-conceptionnelle et se développent jusqu'à la 14^{ème} semaine.

⁵ *En mécanique : pièce (arrondie non circulaire ou présentant une encoche, une saillie) destinée à transmettre et à transformer le mouvement d'un mécanisme.*

Les systèmes voméro-nasal et terminal constituent également des structures intervenant dans l'olfaction. On peut noter que chez le fœtus de 5 à 9 mois, et donc très probablement chez le prématuré d'âge gestationnel équivalent, la surface de l'épithélium olfactif est plus étendue que chez l'adulte.

b) Compétences olfactives du nouveau-né et du prématuré

Une revue systématique de l'ensemble des travaux menés sur le sujet, réalisée par Marlier (MARLIER et coll, 2007) permet d'avoir une vision assez large des compétences olfactives des bébés, et particulièrement des bébés nés prématurément. « *L'ensemble de ces données révèle que les enfants prématurés, y compris les plus immatures, sont aptes à détecter, discriminer, mémoriser et catégoriser les odeurs* ». Il est toutefois difficile d'objectiver ces résultats avant un terme de 28 SA, âge auquel le bébé reste souvent instable sur le plan respiratoire (voire intubé), et pour qui les mimiques faciales sont peu interprétables. « *La question de l'âge gestationnel à partir duquel la perception olfactive peut être considérée comme fonctionnelle reste encore ouverte* » (MARLIER et coll, 2007).

c) Intérêt de l'olfaction dans la prise en charge

En se basant sur l'observation que les nouveau-nés, même prématurés, étaient capables de manifester des préférences olfactives et du lien étroit entre goût/odorat (et donc bouche/nez), Monique HADDAD a cherché à évaluer l'incidence de stimulations olfactives sur l'activité buccale des bébés prématurés (HADDAD et coll, 2010). La stimulation olfactive (sur des odeurs alimentaires de fraise, vanille et lait) constitue un stimulus efficace pour activer le réflexe de succion : l'accroissement de l'activité buccale est comparable d'une odeur à l'autre et se situe entre 43 et 72% pour le nombre de suctions par minute, et entre 35 et 67% pour le nombre d'écrasement de la tétine. Il s'avère qu'au-delà de la stimulation olfactive, le renouvellement olfactif semble être un moyen plus efficace pour maintenir un niveau d'activité buccale élevé pendant plusieurs minutes.

On peut également noter que la stimulation olfactive permet de réduire l'incidence des apnées idiopathiques du prématuré, notamment celles jugées les plus délétères (GAUGLER et coll., 2007) ^[24]. De plus, « *l'exposition à l'odeur du lait maternel cinq jours successifs pendant deux minutes juste avant la tétée allonge les trains de succion et la quantité de lait consommée par tétée* » (MELLIER et coll, 2008) ^[46].

Même si de plus amples recherches doivent encore être menées, afin de préciser les modalités d'application de ces stimulations olfactives (le support, la durée, le nombre de présentations, en conjonction ou non avec la prise alimentaire ...), le bébé prématuré est hautement sensible aux odeurs. « *Inclure des stimulations olfactives dans les programmes de stimulation de l'oralité en néonatalogie peut donc s'avérer extrêmement profitable* » (HADDAD et coll, 2010)

B. Les stimulations nutritives ou l'abord de l'alimentation orale autonome

1. Physiologie de la succion nutritive (SN)

a) Notion de maturité de la SN

Chantal Lau (LAU, 2006) a observé au cours de nombreuses études, que la SN mature est constituée de 2 composants :

- la succion : pression intra-orale négative, qui tire le lait
- l'expression : pression positive produite par la compression du mamelon/tétine, qui éjecte le lait

Ces 2 composants évoluent et se synchronisent au cours de 5 étapes. (Annexe 4, Figure 1 a et b). Ainsi, la maturation de la succion passe par une première étape, où l'expression est arythmique et/ou apparaît une alternance arythmique succion/expression, jusqu'à la dernière étape où le pattern est proche de celui d'un nouveau-né à terme (succion et expression bien rythmées et plus amples). « Durant une tétée, à ces trois niveaux de maturation [1 à 3], les nourrissons peuvent passer d'un pattern immature composé d'expression seule à un pattern mature constitué de l'alternance des composants succion et expression » (Annexe 4, figure 2). Elle rappelle ainsi que si la coordination S-D-R est indispensable pour une alimentation exclusivement orale autonome, « *l'usage d'une **succion immature, avec expression seule, peut permettre à un prématuré de compléter une tétée sans difficulté*** » (LAU, 2006).

b) Implications de la coordination Succion-Déglutition-Respiration

Il est communément admis qu'un nouveau-né prématuré peut commencer à s'alimenter de manière autonome à partir de 33-34 SA ; c'est à partir de cette période que la coordination S-D-R s'observe. Ainsi, SIMPSON a réalisé en 2002 une étude sur un groupe de 29 bébés nés

avant 30 SA ; 13 d'entre eux ont bénéficié d'un protocole de stimulation orale et 16 ont bénéficié des soins couramment administrés dans le service où l'étude a été réalisée. Il apparaît qu' « à 33 SA, **54% du groupe d'expérimentation avait atteint une alimentation autonome exclusive, alors que seulement 12,5% du groupe contrôle avait atteint cet objectif** »⁶ (SIMPSON et coll, 2002) ^[61].

Cette étude démontre que si en théorie, un bébé de 33-34 SA peut commencer à s'alimenter de manière autonome, cet objectif n'est atteignable que pour près de 10% d'entre eux en l'absence de préparation et de stimulations préalables.

2. Les différentes modalités de passage à l'alimentation orale

Le passage d'une alimentation entérale par sonde à une alimentation orale autonome, au biberon ou au sein, peut s'avérer difficile pour des bébés nés prématurément. Il existe différentes techniques, utilisées dans les services de néonatalogie, pour amorcer cette transition.

a) La tasse

Ce procédé permet au bébé d'utiliser les mouvements de lapement présents in-utero. On lui présente le lait dans un petit récipient (pouvant être le capuchon des biberons – [SENEZ, 2002]). Le principe est de proposer le lait, de préférence le lait de la mère, au bord des lèvres du bébé. L'odeur émanant du récipient attirera le bébé, qui cherchera à le goûter et le lécher.

Il ne faut surtout pas verser le lait dans la bouche du bébé, qui risquerait une fausse route.

Ce principe permet d'utiliser un réflexe présent chez le bébé, à savoir les mouvements de protrusion de la langue, tout en introduisant le goût du lait dans la bouche du bébé. Un bébé fatigable pourra commencer par prendre 2 « repas-tasse » par jour ; entre les « repas-tasse », Catherine Sénéz (SENEZ, 2002) recommande de stimuler avec quelques gouttes de lait pendant les autres repas donnés à la sonde. (Il existe un matériel manufacturé qui se présente comme un biberon terminé par une « grosse cuillère », permettant le même procédé : le biberon-tasse Méléda®).

⁶ « At 33 week's PMA (post menstrual age), 54% of the experimental group had achieved all oral feedings, and only 12,5% of the control group had achieved this goal »

b) La seringue

Il s'agit d'introduire une seringue remplie de lait, allongée d'une petite tubulure ou non, dans la bouche du bébé. Les quantités déversées seront certes minimales, mais le bébé pourra ainsi expérimenter la sensation de déglutition du lait, maternel ou non, sans avoir eu besoin au préalable d'effectuer de succion.

Cette modalité est parfois demandée par les mères désireuses d'allaiter, et ne souhaitant pas que leur bébé tète au biberon.

c) Le DAL – Dispositif d'Aide à L'allaitement (ou SNS – Système de nutrition supplémentaire)

Le DAL est un procédé élaboré par le Dr Jack NEWMAN. Il permet à des mères d'enfants nés trop tôt, ou à des mères désireuses de stimuler leur lactation, de mettre progressivement en place l'allaitement. Quand le bébé est né prématurément, il n'a pas la force ni l'énergie pour téter suffisamment sur le sein et faire jaillir le lait. Ce dispositif permet au bébé de pratiquer les mouvements adéquats à la tétée au sein tout en lui demandant un moindre effort. Il devra cependant avoir une succion mature et une bonne coordination S-D-R.

Ce dispositif est décliné selon deux modalités :

(1) Le doigt-sonde (ou DAL-doigt)

Ce dispositif permet de nourrir l'enfant, en l'absence de la mère, sans introduire de tétine dans la bouche du bébé. Le principe : fixer, à l'aide d'un sparadrap, une tubulure (de type sonde gastrique) sur l'index, en la faisant dépasser de 2-3 mm. L'autre extrémité de la tubulure sera placée dans un récipient (type biberon), rempli de lait, préalablement tiré par la mère ou non.

C'est ensuite le principe des vases communicants qui officiera : plus le récipient sera placé haut (au dessus de l'épaule de l'adulte par exemple), plus le lait coulera facilement ; à l'inverse, plus le récipient sera placé bas (sur les genoux de l'adulte par exemple), plus le lait coulera lentement et nécessitera une succion forte. Le récipient sera baissé à mesure que le bébé gagnera en force et en efficacité.

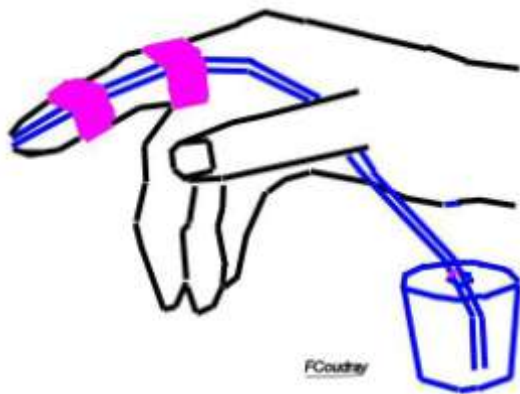


Schéma 1 : illustration du dispositif « Doigt-sonde » ou « DAL-doigt » ou « Paille »

(2) *Le sein-sonde (ou DAL-sein)*

Ce dispositif repose sur le même principe, à la différence que la tubulure sera fixée sur le sein de la mère, dépassant de 2-3 mm du mamelon. « *C'est une alternative intéressante dans des situation où un allaitement exclusif au sein n'est pas possible ou partiellement efficace pour diverses raisons* ». (MAZURIER et coll, 2010) ^[45]

Cette modalité a le double avantage de favoriser le lien mère /enfant et de stimuler naturellement la lactation, par les mouvements de lèvres et de langue du bébé sur l'aréole.

Le sevrage du sein-sonde se fera progressivement, en clampant la tubulure de plus en plus longtemps, et de plus en plus souvent, afin de permettre au bébé d'expérimenter par étape la succion exclusive au sein.



Photo 1 : Illustration du « DAL-sein » : le bébé tête le sein et bénéficie d'un complément placé dans un récipient situé au niveau de la poitrine de la mère

C. Les soins de développement

1. Définition

« Les soins de développement constituent une nouvelle approche de soins individualisés s'inscrivant dans un courant humaniste, considérant le nouveau-né et sa famille comme étant au cœur de l'expérience vécue dans une unité néonatale. Découlant de la théorie synactive du développement élaborée par le docteur Heidelise Als, [...] ils visent à réduire le stress du nouveau-né malade ou prématuré admis dans une unité néonatale » (MARTEL et coll, 2006)

Ces soins de développement consistent en un ensemble de techniques environnementales (limitation du bruit, de la lumière ...) et comportementales (peau- à-peau, succion non nutritive...) visant à réduire le stress du nouveau-né prématuré et à améliorer son développement (SIZUN et coll, 2007) ^[62].

2. Applications

L'application de soins de développement, lorsqu'elle ne répond pas au protocole du NICAP (voir chapitre suivant), consiste en une philosophie, une approche qui dépasse les différentes formations ; elle répond à une maximisation des avantages, tout en diminuant les coûts. Cette adaptation répond aux lignes directrices tracées par les concepteurs des soins de développement, et s'attachent à en appliquer certains sujets, dont la diminution de la surstimulation visuelle et auditive, la promotion de périodes de sommeil ininterrompues ou encore la reconnaissance des forces et des faiblesses de chaque nouveau-né.

Concernant l'oralité, les soins de développement préconisent plusieurs conduites à tenir :

- La facilitation de la SNN avec l'alimentation
- La promotion de développement moteur par l'emballotement et le bon positionnement (notamment au moment des repas)
- La promotion de la relation parents-enfants

3. Une forme plus protocolaire : le NIDCAP

Le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) est un programme qui permet l'utilisation des soins de développement de façon :

- Précoce (dès la salle de naissance)
- Intégrée dans les soins quotidiens médicaux et infirmiers
- Centrée sur l'enfant et ses parents
- Individualisée, c'est-à-dire en tenant compte de sa réponse comportementale.

L'implantation du NIDCAP dans une structure doit répondre à de nombreuses recommandations, évoquées par Als (ALS et coll, 1997) ^[3]. Elle préconise entre autre :

- Le développement de 3 postes salariés réservés à l'élaboration, l'implantation et la supervision du NIDCAP dans l'unité (le spécialiste des soins de développement, le moniteur des soins de développement, le représentant des parents)
- La formation initiale de 10% du personnel dans un des 16 centres dans le monde (dont 1 en France)
- Le soutien logistique et financier des gestionnaires

Cependant cette implantation a un coût, et même si des études (BROWN, 1997) ^[14] ont montré que la formation de 10% du personnel pouvait suffire pour obtenir des résultats identiques à une formation plus systématique du personnel, beaucoup d'établissements optent pour une implantation plus générique des soins de développement.

Chapitre 2 : Etude

I. Problématique, Hypothèse et objectif de l'étude

A. Problématique

Les progrès de la médecine néonatale permettent aujourd'hui d'augmenter considérablement les chances de survie de bébés naissant prématurément. (DE PLAZZA, 1997 ; BLOCH et coll, 2003).

La prématurité peut être à l'origine de difficultés dans la mise en place d'une oralité harmonieuse (SENEZ, 2002 ; BELLIS et coll, 2009) ; ces difficultés peuvent se répercuter ultérieurement dans la mise en place d'une alimentation solide (THIBAUT, 2008), ainsi que dans le développement du langage oral (TOMASELLA, 2010).

La maîtrise des techniques médicales a permis de se pencher plus particulièrement sur l'accueil fait à ces bébés, notamment dans des projets comme le NIDCAP ou les soins de développement. (MARTEL et coll, 2006 ; SIZUN et coll, 2007)

Les connaissances actuelles concernant l'importance d'un développement harmonieux de l'oralité et les études qui s'y sont intéressées, portent à croire qu'aujourd'hui cette notion est connue des services de néonatalogie et fait partie des préoccupations de l'ensemble du personnel soignant (LAU, 2007).

Qu'en est-il sur l'ensemble des services de néonatalogie et de réanimation néonatale de la région Aquitaine ? Cette problématique est-elle à l'esprit de tous les professionnels et dans quelle mesure est-elle intégrée dans les soins ? Les pratiques sont elles uniformisées ?

B. Hypothèses

Préalablement à l'étude, plusieurs hypothèses ont été émises :

Au regard des connaissances actuelles, issues de recherches récentes, l'ensemble des services de néonatalogie et de réanimation néonatale aquitains pourraient avoir intégré la prise en compte de l'oralité à leurs protocoles de soins, et la question de l'oralité pourrait ainsi être inscrite dans les projets de service.

La prise en compte de l'oralité pourrait également avoir été intégrée aux pratiques, et ces pratiques devraient idéalement être uniformément mises en place dans tous les services de néonatalogie et de réanimation néonatale de la région Aquitaine.

Afin d'optimiser les pratiques et d'en saisir tous les enjeux, une grande partie des professionnels exerçant au sein de ces services devraient pouvoir bénéficier d'une formation concernant l'oralité.

C. Objectifs et méthode de l'étude

1. Objectifs de travail

L'objectif principal de cette recherche est de décrire les modalités de prise en charge de l'oralité dans les services de néonatalogie et de réanimation néonatale des établissements de niveau II et III de la région Aquitaine.

Les objectifs secondaires sont, à la fois de dégager des axes de réflexion, voire d'amélioration, autour des pratiques, en les orientant soit vers la formation, la rédaction de projet de soin ou vers la mise en commun des pratiques ; mais aussi de générer, au sein des équipes, une sensibilité à cette problématique et de permettre des échanges autour de celle-ci.

2. Méthode

Il s'agit d'une enquête par questionnaires, à destination du personnel soignant, exerçant dans les services choisis.

a) Le choix des établissements

La région Aquitaine compte 6 établissements dotés de service de néonatalogie de niveau II (Agen, Bordeaux Nord, Dax, Libourne, Mont de Marsan et Périgueux), et 3 établissements dotés de service de réanimation néonatale de niveau III (Bayonne, Bordeaux-Pellegrin et Pau), soit 11 services. (Le CHU de Bordeaux-Pellegrin compte 3 services distincts). Idéalement, il était souhaité que tous les services acceptent de se soumettre aux questionnaires, afin que les résultats soient le plus représentatif possible.

b) Les questionnaires

L'enquête repose sur 3 questionnaires distincts selon la catégorie professionnelle : médecin, cadre de santé et puéricultrice. Ils s'adressent à ces professions des services de néonatalogie et de réanimation néonatale, et concernent les bébés nés dans un contexte de prématurité, en

dehors de toute atteinte neurologique, génétique ou motrice liée à une lésion ou à une malformation, ou tout autre pathologie associée pouvant être à l'origine d'une dysoralité.

Les 3 questionnaires distincts ont été élaborés à la fois pour obtenir des informations sur les pratiques de soins, à partir des connaissances tirées de la bibliographie et des préconisations de services, et pour tenter d'observer les cohérences, ou à l'inverse les disparités, dans les pratiques de chacun.

Le questionnaire concernant les médecins présenté en Annexe 5, sera une source d'information pour connaître :

- l'organisation des unités de soins.
- les modalités de soins concernant l'oralité, notamment sur le choix des sondes (PUTET, 1996), l'âge gestationnel (AG) à partir duquel les premiers essais alimentaires sont autorisés, ou les techniques préconisées pour les premiers essais alimentaires.
- L'existence éventuelle d'un projet de service, notamment concernant les soins de développement et les protocoles d'introduction de l'alimentation orale autonome
- la mise en place des soins de développement dans le service quant aux pratiques concernant l'alimentation des bébés.

Le questionnaire destiné aux cadres de santé, présenté en annexe 6 sera plus tourné vers la formation du personnel soignant et sur les protocoles de soins mis en place. Il permettra de connaître :

- la place et le rôle des parents dans le service, pendant les soins et les repas. (ALS et coll, 1997)
- Les protocoles de stimulation non-nutritive préconisés, notamment concernant la SNN pendant l'alimentation entérale ou les stimulations (oro-faciales, olfactives ou gustatives) préconisées.
- le niveau de formation des professionnels dans le domaine de l'oralité, et les freins éventuels à cette formation (financiers, organisationnels, par manque de formation proposée ...)
- l'éventuelle existence d'un groupe de réflexion et de travail autour de l'oralité dans le service (« groupe oralité ») : Quels apports ? Quelles modifications en pratique sur les soins ?

Le contenu du questionnaire destiné aux puéricultrices, présenté en Annexe 7, permettra de décrire les soins et les stimulations proposés en pratique dans le service, et ainsi de connaître :

- les modalités des soins en pratique dans le service, à savoir :
 - Les moments où la SNN est proposée aux bébés ? (PINELLI et coll, 2002)
 - La fréquence des stimulations olfactives pratiquées (MARLIER et coll, 2007), si elles sont pratiquées dans le service
 - La fréquence des stimulations gustatives pratiquées (SCHAAL, 2009 ; HADDAD, 2010), si elles sont pratiquées dans le service
 - La fréquence des stimulations oro-faciales pratiquées (FUCILE et coll, 2002 ; MELLUL et coll, 2010) si elles sont pratiquées dans le service
 - Le terme à compter duquel est proposé une alimentation orale (premiers essais alimentaires) (SIMPSON, 2002)
 - La technique utilisée pour ces essais (biberon, tasse, seringue, DAL [sein-sonde, doigt-sonde])
 - Les moments où les parents sont inclus dans les soins apportés au bébé (ALS et coll, 1997)
 - Les modalités et la fréquence du peau- à- peau (BROWN et coll, 1997)
- Le niveau de formation à l'oralité de l'équipe

c) La passation des questionnaires

L'ensemble des 11 services a reçu un mail le 9 février 2011 (exemplaire en Annexe 5), envoyé aux médecins et cadres de chaque service, leur présentant rapidement le travail entamé, la démarche et leur demandant leur volonté de participer à cette étude.

Le calendrier des visites s'échelonnait du 18 février 2011 au 14 avril 2011.

Il a été demandé à chaque groupe de professionnels de réfléchir en équipe sur les réponses à donner, afin que la personne rencontrée lors de la restitution soit le porte parole de l'ensemble des médecins, des cadres ou des puéricultrices ; ceci dans l'objectif de recueillir des données à la fois consensuelles et représentatives.

d) Recueil des données : visite observationnelle sur site

Afin d'éviter tout contresens dans l'interprétation des questions, d'éviter que les réponses ne soient pas complètes ou de les préciser, afin d'en avoir une approche qualitative, il a été décidé que les questionnaires seraient restitués lors d'entretiens individuels avec les 3 représentants des groupes de professionnels de chaque service sur site.

Dans le même temps, et ceci afin d'être au plus près des pratiques et de mieux percevoir les problématiques individuelles des services, une visite du service proprement dit a été demandée, soit sur la journée, soit sur la demi-journée.

e) Analyse des données

L'analyse descriptive des données obtenues a comporté le calcul de proportion, de fréquence et de valeur absolue.

Le logiciel Excell 2007 a été utilisé, notamment pour les tableaux et les graphiques.

II. Résultats

A. Participation des services et respect de la méthodologie

1. Participation

Les 11 services ont répondu favorablement pour participer à cette étude.

Tous les questionnaires ont été recueillis, soit 11 questionnaires « médecins » (11 QM), 11 questionnaires « cadre de santé » (11 QC) et 11 questionnaires « puéricultrices » (11 QP). Il faut noter que dans 2 services, respectivement 6 et 3 puéricultrices avaient rempli individuellement des questionnaires. Lors de l'échange sur site, ils ont été synthétisés en concertation dans un seul questionnaire ; seuls ces 2 « synthèses » ont été analysées pour rendre compte des résultats.

2. Respect de la méthodologie

Le **calendrier** a été respecté.

Les **entretiens** de restitution ont duré entre 20 et 50 minutes chacun, et ont été menés dans les bureaux des services, les salles de réunion ou à l'accueil.

En règle générale, les **visites** se sont faites sur la demi-journée, où l'ensemble des professionnels a pu être rencontré (à l'exception d'un site où deux visites distinctes ont permis de rencontrer d'abord le médecin puis la cadre et une puéricultrice). La disponibilité réduite des professionnels et/ou la nécessité de respecter l'intimité des parents avec leur bébé n'ont pas permis de compléter les entretiens par une visite du service proprement dit. Cela fut possible dans 4 services : 2 de niveau III (avec respectivement une psychomotricienne et une cadre) et 2 services de niveau II (avec respectivement une psychomotricienne et une cadre).

Dans 3 des 11 services, le **consensus** des réponses a été parfaitement conforme aux attentes de l'étude : les équipes, et notamment celles des puéricultrices se sont saisi de ce questionnaire pour échanger et discuter abondamment sur le sujet.

Dans 6 autres services, 2 ou 3 représentants de chaque profession ont répondu aux questionnaires. Même si des échanges ont eu lieu, le consensus ne concerne qu'une proportion restreinte des équipes, et plus spécifiquement l'équipe de jour des puéricultrices.

Dans 2 services, les réponses émanent uniquement d'un médecin et d'un membre de l'équipe de soins. Même si chaque représentant a tenté de répondre au mieux au nom de l'équipe, les réponses restent univoques et sont plus difficilement généralisables au service (notamment en

ce qui concerne l'équipe de puéricultrices). De plus l'une des volontés de cette étude, à savoir susciter l'intérêt sur le sujet de l'oralité au sein des équipes, n'a pas été remplie : le reste de l'équipe n'a pas été informé du contenu du questionnaire.

B. Description des services

Ces éléments sont issus des réponses données par les médecins et les cadres de santé.

1. Niveau de prise en charge

Les 11 services se répartissent sur les 9 établissements comme suit :

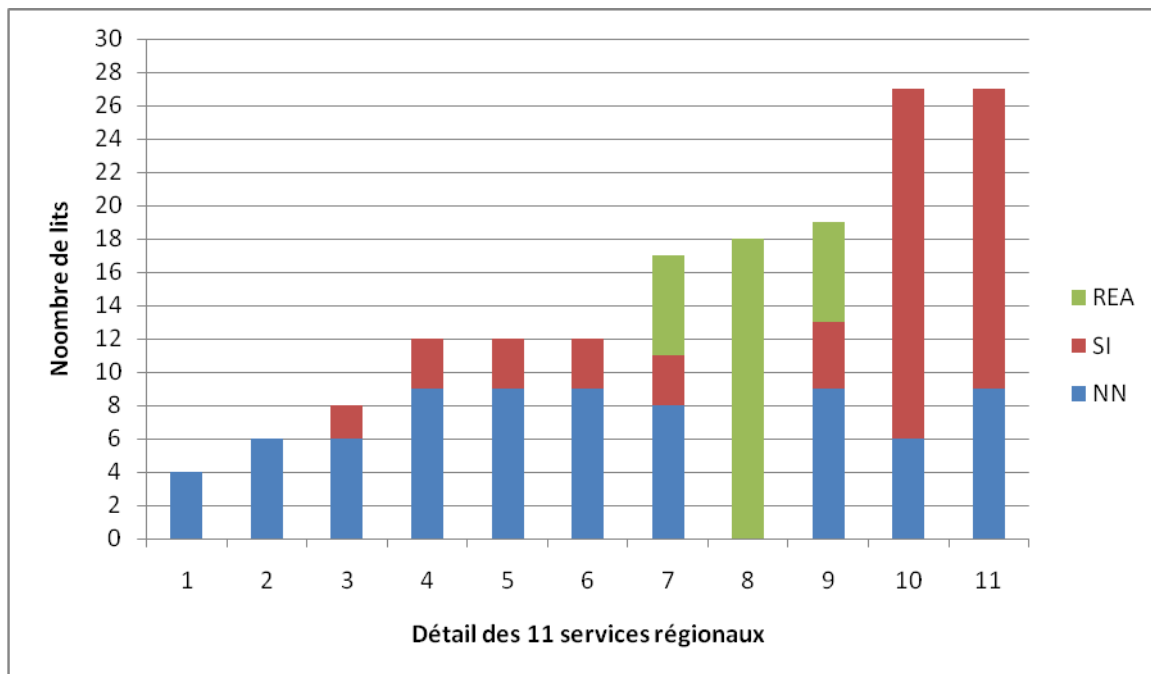
<u>9 Etablissements</u>	<u>11 Services</u>	<u>Niveau</u>	<u>5 départements</u>
CH de Périgueux	Service de néonatalogie	II	Dordogne (24)
CHU de Pellegrin	Service de néonatalogie rattaché à la maternité	III	Gironde (33)
	Service de néonatalogie rattaché à l'hôpital des enfants	III	33
	Service de réanimation pédiatrique et néonatale	III	33
CH de Libourne	Service de néonatalogie	II	33
CH de Bordeaux-Nord	Service de néonatalogie	II	33
CH de Dax	Service de néonatalogie	II	Landes (40)
CH de Mont de Marsan	Service de néonatalogie	II	40
CH d'Agen	Service de néonatalogie	II	Lot et Garonne (47)
CH de Pau	Service de néonatalogie et de réanimation néonatale	III	Pyrénées - Atlantiques (64)
CH de la Côte Basque (Bayonne)	Service de néonatalogie et de réanimation néonatale	III	64

Tableau 2 : Détail des services de néonatalogie et de réanimation néonatale en Aquitaine

2. Capacité d'accueil des services

a) Nombre de lits et répartition entre les services

L'Aquitaine compte 162 lits dédiés à la néonatalogie, dont 75 lits de néonatalogie, 57 de soins intensifs et 30 de réanimation, répartis comme suit sur les 11 services, classés par taille :



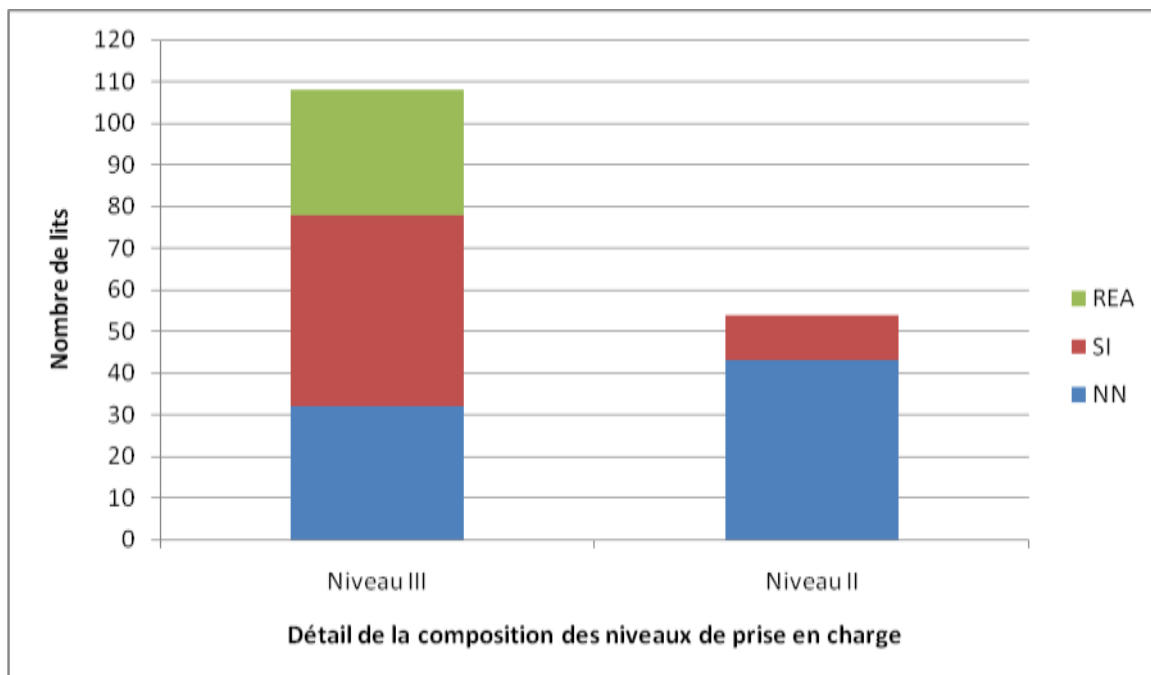
Légende : **NN** : lits de néonatalogie – **SI** : lits de soins intensifs – **Rea** : lits de réanimation

Graphique 1 : Distribution de lits de néonatalogie selon les 11 services en Aquitaine

Ce graphique rend compte des différentes capacités d'accueil de chaque service et permet d'observer que la région est constituée de 2 grands services, comptant plus de 25 lits ; 6 services de taille moyenne, pouvant accueillir entre 12 et 19 bébés et 3 services de petite taille, comptant moins de 9 lits. 3 services comptent des lits de réanimation sur les 5 services de niveau III.

b) Répartition des lits selon les niveaux de prise en charge des structures hospitalières

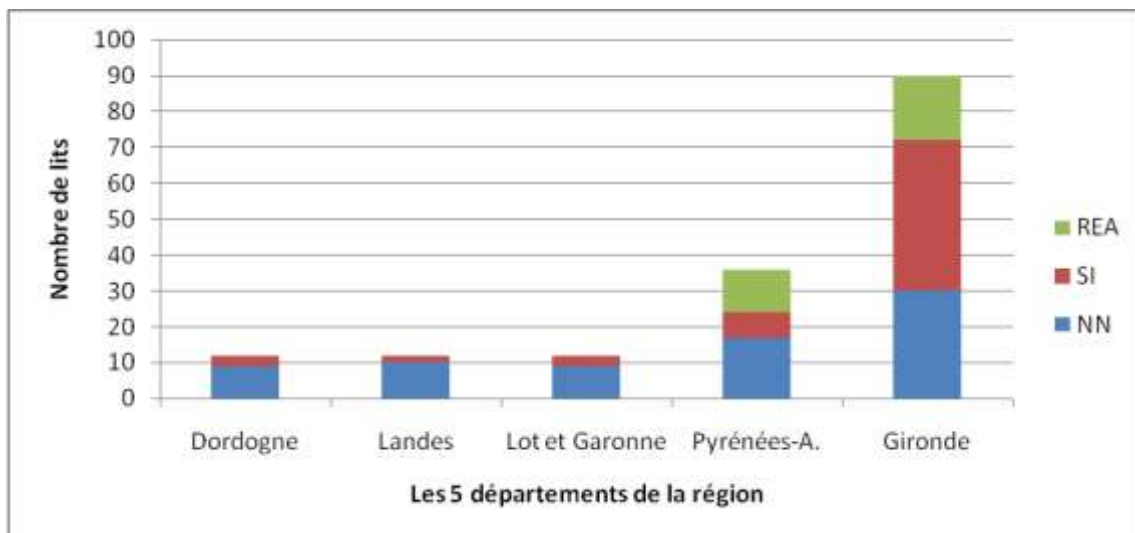
Les services de niveau III comptent 108 lits au total, soit 67% des lits d'Aquitaine, dont 32 de néonatalogie, 46 de soins intensifs et 30 de réanimation. Les services de niveau II (33% des lits aquitains) comptent quant à eux 54 lits, dont 43 de néonatalogie (57%) et 11 de soins intensifs (19%).



Graphique 2 : Distribution des lits de néonatalogie selon les niveaux de prise en charge en Aquitaine

c) Répartition des lits entre les départements de la région

Les 11 services de néonatalogie se répartissent comme indiqué dans le graphique ci-dessous sur les 5 départements de la région.



Graphique 3 : Distribution des lits de néonatalogie selon les départements d'Aquitaine

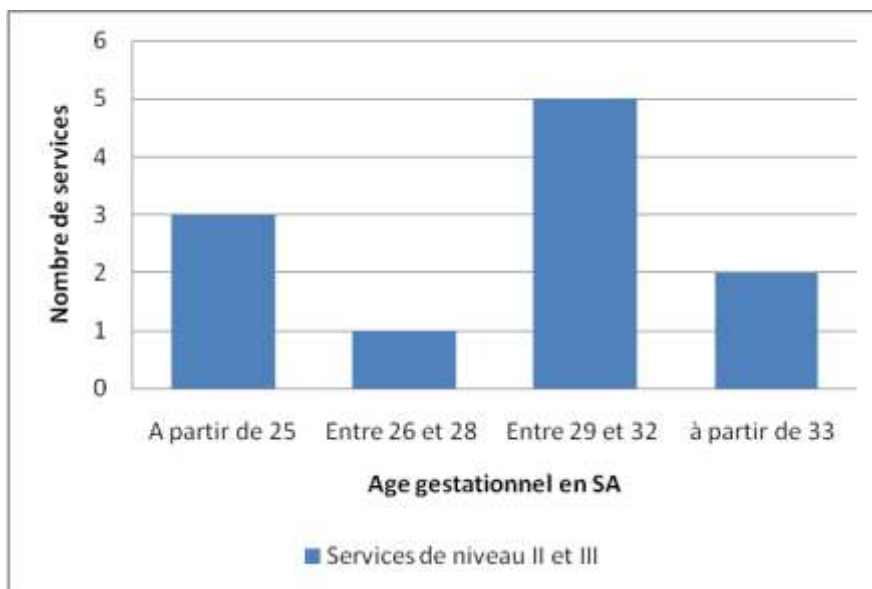
Avec 90 lits, la Gironde compte à elle seule 56% des lits de néonatalogie aquitains ; cette proportion monte à 60% concernant les lits de réanimation et à 74% des lits de soins intensifs. Les Pyrénées-Atlantiques représentent 22% des lits au total. Dans le détail, ce département compte 40% des lits de réanimation, 22% des lits de néonatalogie et 12% des lits de soins intensifs.

Les 3 autres départements, à savoir la Dordogne, les Landes et le Lot et Garonne représentent sensiblement 7% des lits de la région chacun (12% des lits de néonatalogie et 5% des lits de soins intensifs).

3. Répartition en âge gestationnel et en poids minimums de la population de prématurés accueillie dans les services.

a) Selon les âges gestationnels et poids minimums de naissance

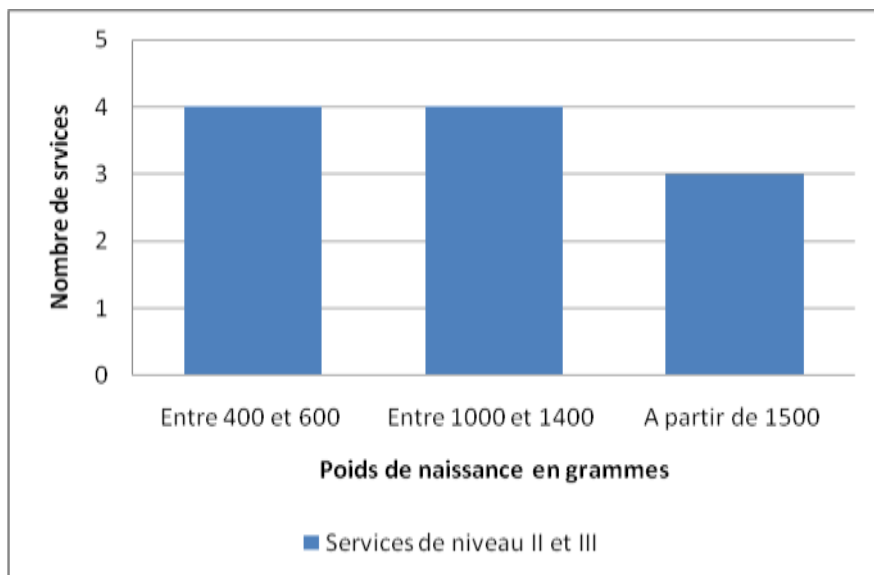
Les différents services accueillent les bébés à partir d'âges gestationnels et de poids de naissance différents, selon leur niveau de prise en charge, mais également selon qu'ils accueillent des bébés en détresse respiratoire ou non, selon qu'ils possèdent des lits de soins intensifs (ou de réanimation) ou non.



Graphique 4 : Répartition entre les services de l'âge gestationnel des bébés lors de leur accueil

Cette répartition se détaille comme suit :

- à partir de 25 SA : 3 services
- à partir de 27 SA : 1
- à partir de 30 SA : 3
- à partir de 31 SA : 1
- à partir de 32 SA : 1
- à partir de 33 SA : 1
- à partir de 34 SA : 1



Graphique 5 : Répartition entre les services du poids de naissance des bébés lors de leur accueil

Cette répartition se détaille de la manière suivante :

- avant 500 gr : 1 établissement
- à partir de 500 gr : 2
- à partir de 600 gr : 1
- à partir de 1000 gr : 2
- à partir de 1100 gr : 1
- à partir de 1400 gr : 1
- à partir de 1500 gr : 2
- à partir de 1800 gr : 1

b) Répartition rapportée aux différents niveaux de prise en charge

En ce qui concerne les âges gestationnels d'accueil, la répartition en fonction des niveaux d'accueil se fait comme suit :

	Nbre de services par critères	Niveau III		Niveau II	
A partir de 25 SA	3	3	100%	0	0%
Entre 26 et 28 SA	1	1	100%	0	0%
Entre 29 et 32 SA	5	1	20%	4	80%
≥ à 33 SA	2	0	0%	2	100%

Tableau 3 : Répartition entre les niveaux de prise en charge des âges gestationnels lors de l'accueil.

Concernant les poids de naissance, la répartition en fonction du niveau d'accueil des services se fait comme suit :

	Nbre de services par critères	Niveau III		Niveau II	
Entre 400 et 600 gr	4	4	100%	0	0%
Entre 1000 et 1400 gr	4	1	25%	3	75%
Après 1500	3	0	0%	3	100%

Tableau 4 : Répartition entre les niveaux de prise en charge des poids de naissance lors de leur accueil.

La totalité des poids de naissance jusqu'à 600 gr et d'âges gestationnels inférieurs à 28 SA sont accueillis dans les services de niveau III. A l'inverse, les services accueillant des bébés nés à compter de 33 SA et à partir de 1500 gr sont tous de niveau II.

4. Professionnels exerçant dans les services

9 services travaillent avec un kinésithérapeute, mais le temps de présence de ce dernier peut varier d'un temps plein (dans 3 services), à un temps partiel (2 services), ou encore à une intervention uniquement sur demande particulière pour les 4 autres. La présence d'un kinésithérapeute 1 heure/semaine est prévue dans 1 des 2 services n'en employant pas actuellement.

73% des services, soit 8, comptent un psychomotricien en son sein : il est à mi-temps dans 5 services, à temps plein dans un autre et intervient sur demande dans le dernier.

Un orthophoniste intervient dans 18% des services, soit 2 services; son intervention concerne uniquement le dépistage néonatal de la surdité.

Un psychologue intervient dans la totalité des différents services. Le temps de présence peut être variable, allant du temps plein à l'intervention sur demande.

2 services ne bénéficient pas de l'intervention d'une assistante sociale (notons que c'est en cours, dans l'un des services). Trois autres y font appel sur demande, mais généralement c'est une assistante sociale du Pôle enfant (ou de l'ensemble de la structure hospitalière), qui partage son temps dans les différents services et consacre entre le tiers et la moitié de son temps à la néonatalogie.

Un service emploie sur un temps partiel régulier une musicienne, qui vient chanter des berceuses aux bébés et aux (ou avec les) parents ; un autre fait parfois appel à un tel professionnel, de façon moins régulière. Cette initiative a fait émerger le projet dans un autre service. Dans un autre, ce sont les équipes qui chantent des berceuses aux bébés, après avoir effectué une formation à cet art. Dans les autres services, soit 63% d'entre eux, aucune intervention ou initiative de la sorte n'existe.

C. Politiques générales de l'organisation de la prise en charge

Les éléments renseignant sur l'orientation globale des soins et sur les réflexions mises en place autour de l'oralité, sans rapport direct avec l'alimentation, sont présentés dans les lignes qui suivent.

1. Importance de l'oralité pour les médecins et les cadres

La **totalité des médecins et des cadres** de santé estiment que **l'oralité des bébés nés prématurément doit faire l'objet d'une attention particulière**.

Les 11 médecins et les 11 cadres ont été interrogés sur les pratiques qu'ils encouragent dans leurs services en ce sens. Sur les 11 médecins, un n'avait pas détaillé cette réponse et le temps d'échange accordé n'a pas été suffisant pour que cette information soit donnée oralement : 10 QM (Questionnaire médecin) sont détaillés. Les 11 cadres ont donné des réponses à cette question : 11QC (Questionnaire Cadre) sont détaillés.

	Sur 11 QM	% des médecins	Sur 11 QC	% des cadres	Total	% sur l'ensemble
Mise au sein précoce / aide à l'allaitement	8	72,7%	4	36,4%	12	54,5%
SNN précoce	8	72,7%	3	27,3%	11	50,0%
Peau à peau précoce	4	36,4%	6	54,5%	10	45,5%
Stimulation gustative précoce	2	18,2%	4	36,4%	6	27,3%
Préservation de la sphère orale	5	45,5%	0	0,0%	5	22,7%
SN /Autonomie alimentaire	3	27,3%	1	9,1%	4	18,2%
Formation des équipes	0	0,0%	2	18,2%	2	9,1%
Respect du rythme du bébé	1	9,1%	0	0,0%	1	4,5%
Information aux parents	0	0,0%	1	9,1%	1	4,5%
Attention pendant l'alimentation entérale	0	0,0%	1	9,1%	1	4,5%
Chant	0	0,0%	1	9,1%	1	4,5%
Plaisir alimentaire	0	0,0%	1	9,1%	1	4,5%
Lien mère/enfant	0	0,0%	1	9,1%	1	4,5%
Proposer sans forcer	0	0,0%	1	9,1%	1	4,5%
Pas de réponse	1	9,1%	0	0,0%	1	4,5%

Tableau 5 : Pratiques encouragées pour la préservation de l'oralité par les médecins et les cadres.

Au sein d'un même service, la cohérence des réponses entre les médecins et les cadres peut s'observer sur 5 items : 2 sur la pratique du peau-à-peau ; 3 sur la mise au sein précoce. Cette **concordance** s'applique à **3 services** (2 services ont 2 items en commun).

Les 5 médecins désireux de préserver la sphère orale cherchent notamment à systématiser les poses de sonde en naso-gastrique et de réduire les aspirations.

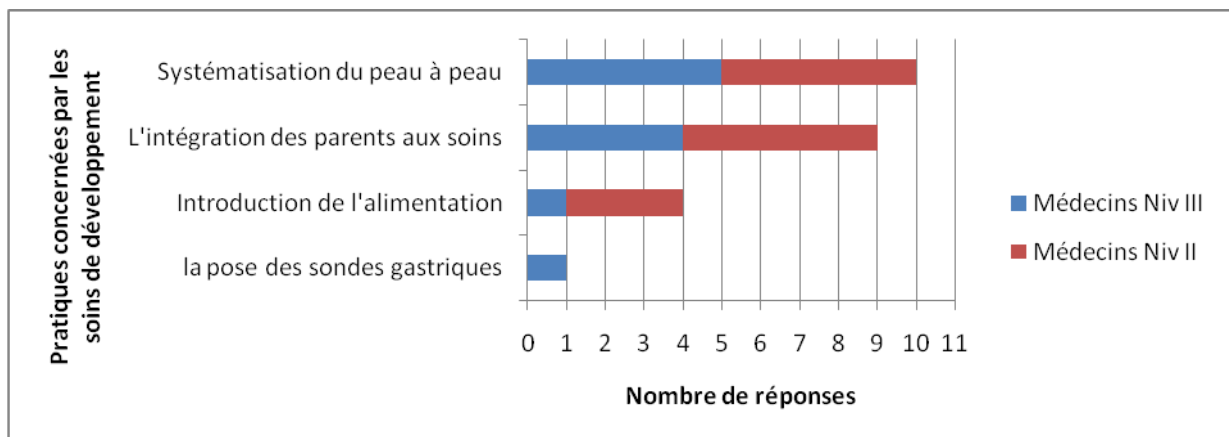
La cadre qui estime qu'une attention toute particulière doit être portée au bébé pendant l'alimentation entérale tente actuellement de systématiser dans son service une prise dans les bras du bébé et la proposition de SNN pendant le passage de l'alimentation par la sonde.

2. L'impact de la mise en place des soins de développement

a) Modification des pratiques avec l'implantation des soins de développement

Sur l'ensemble **des médecins interrogés, 91%** estiment que l'instauration des soins de développement dans leur service **a modifié leur pratique concernant l'oralité**. Un seul service (de niveau II) ne partage pas cet avis.

Lorsqu'ils sont interrogés sur la teneur des pratiques qui ont été modifiées, voici leurs réponses :



Graphique 6 : Apports des soins de développement sur les pratiques selon les 11 médecins.

Parmi ceux qui pensent que les soins de développement ont modifié leur pratique, **la totalité estime que la pratique du peau-à-peau a augmenté** dans leur service L'implication des parents dans les soins paraît en augmentation pour 90% d'entre eux. Les techniques d'introduction de l'alimentation orale et le choix de pose des sondes semblent être moins en rapport avec les soins de développement.

b) Pratique du peau-à-peau

Le peau-à-peau est pratiqué dans la totalité des services. Il est aussi bien proposé à la mère qu'au père et **le moment du passage de l'alimentation entérale** peut représenter dans tous les services un moment propice pour le pratiquer, si toutefois la présence d'un des parents correspond au moment du repas.

Le peau-à-peau peut également être proposé à d'autres moments ou selon différentes conditions :

	Niv III	Niv II	Total	% sur l'ensemble des services
Quand le bébé est stabilisé sur le plan respiratoire	3	6	9	81,8%
Proposé pendant un soin douloureux	2	4	6	54,5%
Dès l'entrée dans le service	3	2	5	45,5%
Même intubé ventilé	2	0	2	18,2%

Tableau 6 : Détail des moments où le peau- à- peau est proposé, selon les puéricultrices

Dans 82% des services, soit 9 services, le peau-à-peau ne sera pas proposé avant que le bébé soit stable sur le plan respiratoire. Cependant, pour 3 d’entre eux, il faut préciser que si le peau-à-peau n’est pas proposé tant que le bébé reste intubé, il pourra l’être même si le bébé a encore besoin de la CPAP⁷ nasale pour être correctement ventilé. 2 services proposent le peau-à-peau même lorsque le bébé est intubé, et ce sont des services de niveau III.

Dans 5 services, le peau-à-peau est proposé dès l’entrée dans le service, mais un service précise que c’est le cas uniquement si le bébé n’arrive pas intubé ou porteur d’un cathéter ombilical.

55% des services proposent le peau-à-peau pour la réalisation de soins douloureux (soit 6 services). De nombreux services ont précisé que le peau- à- peau était proposé aussi souvent que possible, selon la charge de travail (demande de la disponibilité aux équipes) et en fonction de la présence des parents. Pour d’autres, il est proposé dès que possible et autant que possible.

3. Place des parents dans les services

a) Présence des parents dans le service

Dans 82% des services, la présence des parents n’est pas restreinte à des plages horaires. Cette restriction ne s’observe que dans 2 établissements (tous les 2 de niveau III). Pour l’un, cette restriction s’applique de 7h à 10h, et correspond à l’intervention de l’équipe de nettoyage du service. Pour l’autre, les parents ont accès au service de 8h à 20h30 pour la néonatalogie et de 11h à 20h30 pour le service de réanimation.

b) Implication des parents dans le passage à l’alimentation orale autonome.

Les parents sont impliqués dans le passage à l’alimentation orale de leur bébé dans 82% des services, dans la mesure où les parents sont présents au moment des repas. L’un des

⁷ Voir glossaire

services précise que si c'est la seringue qui est utilisée en première intention, les parents ne sont pas mis à contribution pour ce geste, sauf s'ils en font expressément la demande (« ce qui est rarement le cas », aux dires des puéricultrices concernées).

Les 2 services qui ont répondu négativement estiment que les gestes sont trop techniques pour être effectués par les parents, particulièrement au début.

c) Implication des parents dans les stimulations oro-faciales proposées aux bébés

Les parents sont inclus dans les stimulations oro-faciales proposées à leur bébé dans 5 des 7 services où ces stimulations sont pratiquées (voir dans le chapitre suivant « Stimulations oro-faciales » - p59), soit 71% de ces services (si ce chiffre est ramené à la totalité des services, la proportion descend à 45% : 5 sur 11). Il n'y a pas de protocole suffisamment précis pour être transmis par les équipes dans un des 7 services pratiquant les stimulations, et un autre estime que cette participation est très dépendante de la volonté des parents et donc variable.

On peut noter que dans un service, la participation des parents est plutôt proposée lorsque le bébé présente des difficultés d'alimentation liées à une pathologie lourde ; dans un autre, il est précisé que si l'indication d'une alimentation par sonde est la difficulté à téter, les parents et l'équipe peuvent stimuler le bébé, mais à l'inverse les stimulations ne sont pas pratiquées si l'indication de la sonde est une grande fatigabilité.

4. Equipement et locaux

a) Nombre de chambre mère/enfant dans les services (chambre permettant l'accueil d'un parent pour la nuit auprès de son enfant)

Sur les 162 lits de néonatalogie d'Aquitaine, 22 correspondent à **des chambres mère/enfants, soit 14% des lits**. Cette proportion descend à 9% (soit 10 lits) lorsqu'il s'agit des lits de niveau III et se monte à 22% (soit 12 lits) s'agissant des lits de niveau II.

Les chiffres sont à nuancer, car de nombreux services n'ont officiellement pas de chambre mère/enfant, mais peuvent néanmoins aménager certains « box » individuels selon la demande ; un service par exemple, possède 3 chambres de ce type, mais peut dans les faits en proposer 11, avec certes des conditions de confort moindre, car un lit d'appoint est installé dans la chambre du bébé.

b) Présence de fauteuils dans les chambres, permettant une mise au sein et un peau-à-peau plus confortable.

Sur les 162 lits de la région, 87 peuvent être associés à un fauteuil pour les parents, soit pour 54%. C'est le cas pour 47 lits sur 57 de niveau II (87%) et pour 40 des 108 lits de niveau III (soit 37%).

2 services de niveau II sont en cours d'équipement, cherchant des fauteuils confortables et adaptés (appuie-tête, accoudoirs...) sans être trop volumineux et de préférence équipés de roulettes (pour permettre les déplacements entre chambres et pour le nettoyage). Comme évoqué précédemment, le peau-à-peau est proposé dans l'ensemble des services.

5. Constitution de groupe de travail autour de l'oralité

a) Existence d'un groupe « oralité » dans les services

	Niveau III	% des niveau III	Niveau II	% des niveau II	Total	% sur l'ensemble
Existence	3	60,0%	2	33,3%	5	45,5%
Absence	1	20,0%	4	66,7%	5	45,5%
En projet	1	20,0%	0	0,0%	1	9,1%
	5		6		11	

Tableau 7 : Existence ou projet d'un « groupe oralité » dans les services, selon les 11 cadres

Si l'on comptabilise les services ayant un « **groupe oralité** » et ceux en ayant le projet, ils représentent **64% de l'ensemble des services (6 sur 11)**.

b) Apports de ces groupes quant aux protocoles liés à l'alimentation

Voici l'ensemble **des pratiques** qui ont été initiées par les groupes « oralité » existant depuis plusieurs années :

- Choix préférentiel de la pose des sondes en naso-gastrique
- Plaquette d'information à destination des parents (sous forme de bande dessinée) et des soignants sur les conséquences néfastes de la surstimulation des 5 sens
- Introduction du DAL doigt comme pratique proposée dans l'introduction de l'alimentation orale autonome
- Soutien à l'allaitement maternel, notamment pour un maintien après la sortie
- Réponse personnalisée au bébé en apprentissage alimentaire, avec évaluation et réajustement discutés en équipe
- Arrêt de l'utilisation du bicarbonate pour les soins de bouche
- Proposition de cocons et de positionnement adapté, notamment pendant l'alimentation

Voici l'ensemble **des réflexions** qui ont été initiées par les groupes oralité de l'ensemble des services aquitains, sans pour autant avoir encore abouti à une mise en pratique pour le moment :

- Prise de conscience de l'importance des gestes pratiqués autour de la bouche et nécessité d'en rendre l'abord positif et le plus agréable possible
- Questionnement autour du soin de bouche systématique au bicarbonate (pas de décision prise à ce jour – en attente de décision médicale)

6. Intégration de l'oralité au projet de service

a) Existence d'un projet de service dans tous les services aquitains

Dans 64% des unités (7 unités), un projet de service existe et est transmis oralement à ce jour. Pour 5 d'entre eux (46%), une formalisation écrite est actuellement en cours d'élaboration. L'absence de projet de service, formalisé ou oral, concerne 4 services, soit 36% d'entre eux. Aucune corrélation ne s'observe entre l'existence d'un projet de service et le niveau de prise en charge, la taille du service, ou l'existence d'un groupe oralité.

b) Intégration de l'oralité et des soins de développement au projet de service

Soins de développement intégrés dans le projet de service :						En % des 7 services avec projet de service	En % de l'ensemble des services
	Niveau III	% des services de Niv III	Niveau II	% des services de Niv II	Total		
Oui	4	80%	3	50%	7	100,0%	63,6%
Non	0	0%	0	0%	0		
	4		3		7		
Oralité intégrée dans le projet de service :							
Oui	4	80%	2	33%	6	85,7%	54,5%
Non	0	0%	1	17%	1	14,3%	9,1%
	4		3		7		

Tableau 10 : Contenu des projets de services dans les 7 services concernés

Les 7 services ayant un projet de service (existant ou en projet) y ont intégré les soins de développement ; soit 64% de l'ensemble des services.

De la même manière, l'oralité est intégrée dans les 7 services avec projet de service, exception faite pour l'un d'entre eux (soit 86%). Si l'on ramène ce chiffre à l'ensemble des services, la proportion descend à un peu plus de la moitié (55%).

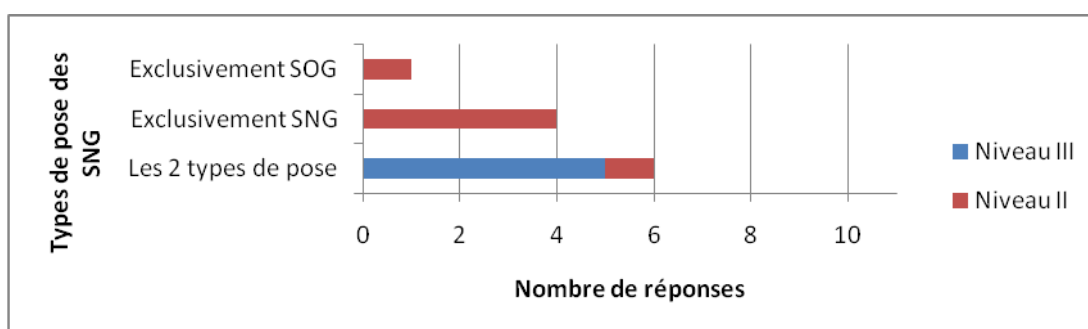
D. Description des pratiques

Ces éléments sont issus des réponses données par les puéricultrices, les médecins et les cadres de santé.

1. Généralités concernant les pratiques

a) Les sondes gastriques

(1) *Choix du mode de pose des sondes gastriques*



Graphique 7 : Choix du type de pose des sondes gastriques par les médecins de niveau II et III

L'ensemble des services de niveau III, ainsi qu'un service de niveau II, soit 6 services (55%), utilisent **les 2 types de pose**, mais préfèrent les SNG dès que le bébé est stabilisé sur le plan respiratoire et que son état de santé s'améliore ; un de ces services privilégie cette pose notamment lorsque la maman a exprimé un projet d'allaitement.

Un seul service (niveau II) pratique **uniquement la pose orale**, mais cet état de fait est déploré. Il s'avère qu'il n'est aujourd'hui pas équipé de sonde suffisamment petite pour être introduite par le nez. Un équipement dans ce sens est en projet.

4 services de niveau II utilisent **exclusivement la pose nasale**. Certains le font depuis longtemps, d'autres depuis une réunion des « journées soins de développement » du Réseau Périnatal, dans une volonté de préserver la sphère orale. Certains services admettent les limites de cette pose, notamment lorsque le bébé est très instable sur le plan respiratoire, mais ils essaient néanmoins de la privilégier, même si le bébé est sous CPAP nasale.

(2) *La fréquence de leur changement*

L'ensemble des services met en place les sondes de façon permanente (les sondes ne sont pas enlevées et remises à chaque repas) et les change à chaque fois que le bébé l'arrache. Les durées de pose maximum varient en fonction de la matière de la sonde :

- Les sondes en silicone peuvent rester en place environ 7 jours (mais le bébé l'arrache souvent avant ce délai). Certains services ont mis en place un système de pansement « fixe » (très adhésif), qui n'est pas déplacé à chaque changement, sur lequel est scotché la sonde : cela permet de moins déranger le bébé.
- Certaines sondes ne peuvent être en place que 48h ; elles demandent beaucoup de manipulation et les équipes leur préfèrent celles en silicone.
- D'autres sont en PVC, et leur durée de pose peut aller jusqu'à 12 jours. Dans le service où elles commencent à être mises en place, elles sont fixées avec adhésif hypoallergénique transparent (« Ipafix »), qui maintient la sonde sur une portion plus grande (et empêche les bébés d'avoir prise dessus). Ce système permet ainsi une pose plus longue, car elles sont plus difficiles à déplacer par le bébé, mais demande également une comptabilisation du nombre de jours de pose, afin de ne pas laisser passer la durée maximale autorisée.

(3) *Les laits utilisés pour l'alimentation par sonde*

L'utilisation des laits est très réglementée dans les maternités et les services de néonatalogie. Plusieurs services font remarquer que l'utilisation du lait maternel n'est possible qu'à compter d'un certain poids (1200 gr) et d'un certain terme (30 SA). De plus, certains services n'autorisent l'utilisation du lait maternel qu'après des contrôles bactériologiques stricts.

Aucun service n'utilise le lait artificiel de manière exclusive. La majorité des services (73%) utilise les 2 types de lait. 3 services (27%) n'utilisent pas de lait artificiel, mais uniquement du lait maternel : soit du lait de la mère soit du don non personnalisé provenant de lactariums proches.

(4) *Le rythme de l'alimentation par sonde*

	Niveau III		Niveau II		Total	
	Cadres	Puéricultrices	Cadres	Puéricultrices	Cadres	Puéricultrices
repas à heures fixes	1	4	2	6	3	10
Repas à la demande	0	1	1	0	1	1
Variable	4		2		6	0
Ne sait pas			1		1	0

Tableau 9 : Modalité d'administration des repas selon les 11 cadres et les 11 équipes de puéricultrices

Selon 10 équipes de puéricultrices, les repas donnés à la sonde sont passés à heure fixe, mais seulement 3 cadres partagent cet avis. Pour la majorité des cadres (6 d'entre elles), les modalités d'alimentation varient selon les cas et peuvent être adaptées à chaque bébé : selon elles, les repas passés à la sonde sont donnés à heures fixes et les tétées (au biberon ou au sein) sont plutôt donnés à la demande. Pour une cadre et une équipe de puéricultrices, les repas sont passés à la demande dans leur service, mais ces réponses n'ont pas été données pour le même établissement. Notons que 3 binômes cadre/puéricultrice s'accordent à dire que les repas sont donnés à heures fixes. Les autres réponses ne sont pas harmonisées par binôme.

b) La température du lait donné au bébé

	Niveau III	Niveau II	Total	En % sur l'ensemble des services
Lait à température ambiante	1	2	3	27,3%
Chauffé (env 35-36°)	2	3	5	45,5%
Différentes modalités *	2	1	3	27,3%
	5	6	11	

* : Selon le lait utilisé, ou le type d'alimentation (sonde ou biberon), les modalités de préparation diffèrent et donc la température à la quelle le lait est donné au bébé peut varier.

Tableau 10 : Température à laquelle le lait est donné aux bébés, selon les 11 puéricultrices

D'une manière générale, lorsque le lait est dit « à température ambiante », cela correspond à du lait sorti de réfrigération environ 10 minutes avant d'être donné. Lorsque le lait est chauffé, il peut l'être en chauffe-biberon ou passé sous l'eau chaude (la température à laquelle il est donné est difficilement exprimable). On peut également noter que pour des raisons

bactériologiques, un lait passé en continu (soit entre 2 et 3 heures de passage) est versé froid dans l'installation et atteint la température ambiante le temps du passage.

c) Les soins de bouche au bicarbonate

	Utilise	N'utilise pas	Ne sait pas	Total
Puéricultrice	4	7	0	11
Cadre	5	5	1	11
Total	9	12	1	22

Tableau 11 : Réponse des cadres et des puéricultrices sur l'utilisation systématique de bicarbonate pour les soins de bouche.

4 binômes (cadre/puéricultrices), s'accordent à dire que le bicarbonate est utilisé pour les soins de bouche : de manière systématique pour 3 services de niveau III et en cas de muguet pour un 4^{ème} de niveau II.

5 autres binômes s'accordent à dire que les soins de bouche sont réalisés avec un autre produit (eau, sérum physiologique, parfois lait maternel).

Dans les 2 autres services, les réponses diffèrent :

- La cadre ne connaît pas les habitudes du service sur ce point et les puéricultrices précisent que le bicarbonate n'est pas utilisé.
- Les puéricultrices disent ne pas utiliser le bicarbonate et la cadre précise que ce produit est utilisé en cas de muguet.

Les réponses sont harmonisées entre les cadres et les puéricultrices sur ce point pour 9 services sur 11, soit dans 82% des cas. L'utilisation systématique du bicarbonate dans les 3 services de niveau III est concentrée sur une zone géographique, mais est remise en question par une des équipes de puéricultrices actuellement. Elles attendent un aval médical pour statuer sur la non-systématisation de ce soin.

2. Les pratiques concernant la préparation de l'alimentation autonome du bébé et la préservation d'une oralité harmonieuse

a) Pratiques pour atténuer la douleur lors du changement de sonde

Geste pour atténuer désagrément :	Niveau III	Niveau II	Total
Oui	2	4	6
Non	3	2	5
Nature du geste :			
Eau sucrée dans la bouche	1	1	2
SNN	2	3	5
Réassurance/contenance	1	2	3
Sonde humidifiée au sérum physiologique	0	2	2
Chant	0	1	1

Tableau 12 : Mise en place de gestes pour diminuer le désagrément de l'introduction de la sonde, selon les 11 équipes de puéricultrices

6 services sur 11 (54,5%) ont mis en place des techniques pour faciliter la pose de sonde gastrique. Ces gestes sont variés, mais c'est la SNN qui est le plus souvent proposée, dans 5 des services qui sont dans cette démarche. Ces techniques ne sont pas exclusives et peuvent être proposées concomitamment, comme la SNN et des gestes de réassurance (contenance, prise dans les bras...) dans 2 autres, ou l'eau sucrée et la SNN dans 2 autres services (l'un d'eux humidifie également les sondes au sérum physiologique). Dans le service qui pratique le chant, la sonde est humidifiée au sérum physiologique et la contenance est proposée.

Parmi les 5 services n'ayant pas mis en place de tels gestes, 1 précise que si aucun protocole n'est en place, de l'eau sucrée peut être proposée ; 2 autres peuvent être très rarement amenés à proposer la SNN, uniquement lorsque le bébé est trop agité pour permettre la pose de la sonde. Les 2 derniers services n'ont intégré aucune pratique visant la facilitation de la pose des sondes.

b) Utilisation de la SNN et à quelle occasion

L'ensemble des services utilise la SNN sur **tétine**. La SNN sur le doigt de l'adulte (soignant ou parent) est également pratiquée dans 7 services, et 5 favorisent la posture du bébé pour permettre un rapprochement main/bouche. La SNN peut cependant être proposée à différents moments :

	Cadres	Puer.	Total	en %
Pendant un soin douloureux	10	11	21	95,5%
Pour calmer un pleur	11	11	22	100,0%
Pendant l'alimentation entérale	4	9	13	59,1%
Stimulation de la succion en dehors des repas	4	2	6	27,3%

Tableau 13 : Situations où la SNN est proposée, selon les cadres et les équipes de puéricultrices

D'une manière unanime, les cadres et les puéricultrices envisagent l'utilisation de **la SNN** pour ses **effets antalgiques et de réassurance** auprès des bébés.

La proposition de la SNN pendant l'alimentation entérale n'est envisagée ni par la cadre, ni par les puéricultrices dans un seul service. Dans les 10 autres, au moins la cadre (1 service), ou les puéricultrices (6 services), voire l'ensemble de ces deux professions (3 services) considèrent que la SNN est à proposer pendant l'alimentation entérale. Cette pratique n'est systématique ni dans tous les services, ni pour toutes les puéricultrices d'un même service, et reste dépendante de l'éveil du bébé.

c) Stimulations gustatives

La notion de « stimulation gustative » implique la proposition, dans la bouche du bébé alimenté par sonde, d'un stimulus agréable comme le lait ou l'eau sucrée, afin d'éveiller le sens gustatif. Sur les **8 services** (73%) ayant répondu positivement à cette question, **1 service, de niveau III, les pratique systématiquement** : au moment des repas, lors d'un soin ou associée à la SNN. Pour les autres, ces stimulations sont proposées au **moment des repas dans 4** d'entre eux (36% des services) ; elles sont proposées pendant les soins de nursing par l'1 d'entre eux, en préliminaire au repas par sonde dans 1 autre et associées à la SNN proposée pendant un soin douloureux par le dernier.

d) Stimulations olfactives

L'ensemble des services propose un linge imprégné de l'odeur de la maman près de la tête de l'enfant. Cette pratique est fortement conseillée par les équipes, mais reste dépendante de la participation des familles, notamment en ce qui concerne le renouvellement du linge, qui, selon les équipes et pour des raisons d'hygiène, doit être fait au moins tous les 2 jours.

1 seul service propose une compresse imbibée de lait maternel près de la tête du bébé au moment de l'alimentation entérale ; cette pratique, qui reste dépendante des soignants et de leur disponibilité, s'observe dans un service de niveau III, où plusieurs puéricultrices ont suivi une formation à l'oralité.

Un autre service précise que de nombreux efforts sont faits pour ne pas agresser les bébés sur le plan olfactif. L'utilisation de produits de nettoyage les plus neutres possible est préconisée, et il est demandé à l'ensemble du personnel de ne pas porter de parfum trop capiteux ou trop marqué.

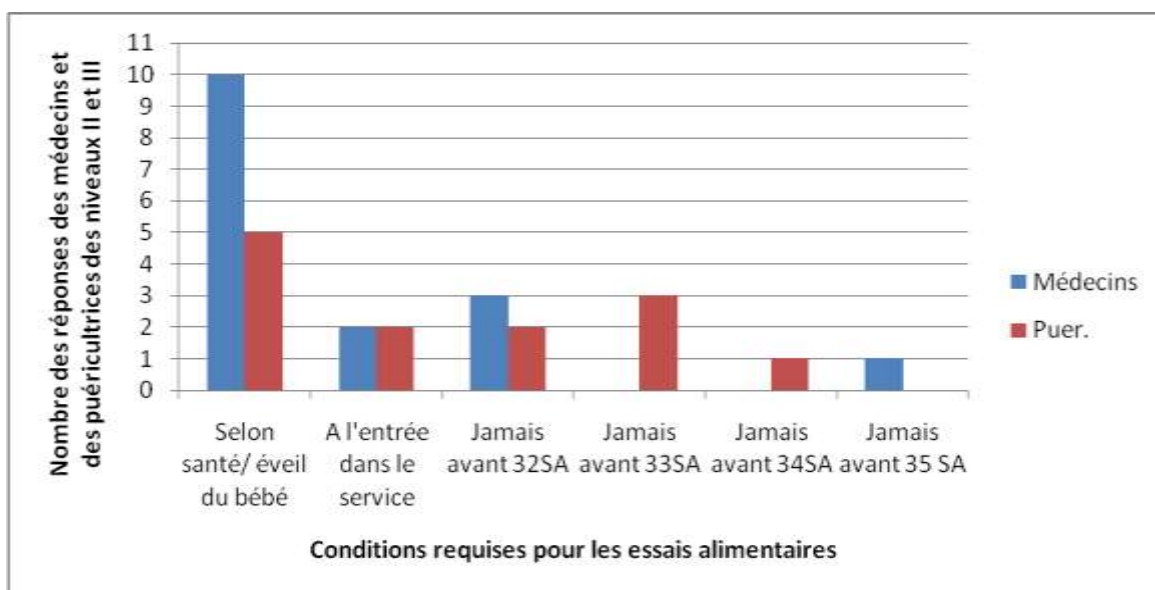
e) Stimulations oro-faciales

64% des services (soit 7 services) disent pratiquer des **stimulations oro-faciales**, mais leur teneur, leur durée, leur fréquence et leur occurrence sont **différentes pour chacun d'entre eux**. Les pratiques ne sont protocolaires dans aucun des services ; ces stimulations sont généralement adressées à des bébés particulièrement en difficulté face à la succion ; elles sont parfois effectuées sur prescription médicale. 1 service pratique les massages, les stimulations extra et intra-buccales ; d'autres pratiquent les stimulations extra et intra-buccales, mais à des moments différents : avant et pendant le repas ou plutôt pendant le repas ; d'autres stimulent les bébés à d'autres moments (plutôt pendant les soins de nursing) ; dans 1 autre, l'équipe stimule les points cardinaux au moment de la mise au sein.

Dans l'un des 4 services où les puéricultrices ne pratiquent pas de stimulations, il est précisé que le kinésithérapeute intervenant dans le service peut être amené à pratiquer de stimulations oro-faciales, notamment pour les bébés en grande difficulté face à la mise en route de la succion.

3. Pratiques concernant l'introduction de l'alimentation orale autonome

a) Terme à partir duquel les premiers essais sont proposés



Graphique 8 : Terme des bébés lors des premiers essais alimentaires selon les médecins et les puéricultrices.

Les réponses à cette question ont été très disparates. Une tendance s'en dégage néanmoins : d'une manière générale les médecins (10, soit 91%) estiment que c'est avant tout l'observation des réactions du bébé et son état de santé qui peut permettre d'envisager les essais alimentaires, quel que soit son terme ou du moins dès 27SA (à l'entrée dans le service). La période de 33/34SA, habituellement admise pour l'acquisition de la coordination S-D-R, n'est significative pour aucun d'entre eux.

Les puéricultrices se disent également attentives aux réactions du bébé mais dans une moindre proportion (5 d'entre elles, soit 45%). Elles se positionnent plus facilement sur un âge avant lequel elles ne commenceront pas les essais : 36% d'entre elles (soit 4 équipes) disent ne pas commencer avant 33/34SA. Dans les autres services, elles peuvent le proposer avant : dans 2 services à partir 32SA et dans un autre, de niveau III, les essais sont faits dès l'entrée dans le service, soit dès 27SA (en fonction de l'état général du bébé et de son envie).

Les réponses sont harmonisées entre médecins et puéricultrices dans 4 services, soit dans 36% des cas.

b) Prise de décision quant à ces essais

Lorsque l'on interroge les puéricultrices sur la prise de décision qui détermine le début des essais alimentaires autonomes, les réponses sont très variables. Dans 2 services, ces essais démarrent après un accord décidé en réunion d'équipe. Dans 4 autres services, les puéricultrices qui auront observé chez le bébé des volontés de téter feront une demande auprès des médecins, afin d'avoir leur aval quant aux premiers essais. Dans les 6 derniers, ce sont les puéricultrices qui, au cours d'un soin ou d'une alimentation par sonde vont « sentir que le bébé est prêt » (dixit) et vont lui proposer ses premières gouttes de lait. Si les essais sont concluants, elles en feront part au médecin, afin de modifier la prescription alimentaire en conséquence.

D'une manière générale ce sont les puéricultrices qui feront la proposition de commencer les essais, mais elles cherchent cependant à obtenir l'aval des médecins. Cette indication porte à penser que d'une manière générale ce sont les puéricultrices qui seront force de proposition dans ce domaine, même si ce sont les médecins qui se disent plutôt sensibles à l'observation du bébé qu'à l'âge gestationnel.

c) Matériel ou techniques utilisés lors des essais

De l'avis général, quel que soit le niveau de prise en charge, et quels que soient les professionnels interrogés, c'est **la seringue qui est préférentiellement utilisée** lors des

premiers essais alimentaires ; elle peut parfois être équipée d'un embout (la seringue est citée par 90% des puéricultrices, 73% des cadres et 82% des médecins). Certains précisent que la seringue sera privilégiée lorsque la mère aura clairement exprimé un désir d'allaitement (voire aura explicitement interdit l'introduction de tétine dans la bouche de son bébé).

C'est ensuite **le biberon** qui est le plus utilisé, même si les cadres ne sont que 45% à le citer, contre 82% des puéricultrices et 73% des médecins. De nombreux services précisent que certaines mères désirant allaiter demandent expressément aux équipes de ne pas introduire de tétine dans la bouche de leur bébé, afin de ne pas entraver la mise en route de l'allaitement.

La tasse est ensuite citée de manière homogène par un peu moins de la moitié (45%) des différents corps de métier. Certains services se disent ne pas être équipés pour le pratiquer, alors que la plupart des services l'utilisant la pratique au moyen des capuchons de biberon, ou des tétines renversées. De nombreuses puéricultrices insistent sur le fait que cette technique n'est pas toujours facile à réaliser, avec une grande déperdition de lait coulant hors de la bouche du bébé, ce qui rend la quantité de lait réellement bue difficilement quantifiable.

Dans une proportion quasi identique (42%), c'est **le DAL-doigt** (aussi appelé « paille » dans de nombreux services) qui est ensuite mentionné. Le **DAL-sein** (couramment appelé « DAL » dans les services) n'est quant à lui cité que par 21% des équipes interrogées. 2 services précisent que la pratique du DAL, sous quelque forme que ce soit, est personnel-dépendant (selon la formation de chacun, le temps disponible).

Le sein est ensuite cité par 30% des différentes équipes. Le biberon-tasse est cité par la cadre d'un service, sans être repris par les autres professionnels de son service. Dans un autre service, ce matériel est en cours d'acquisition.

d) Connaissance du DAL

Les cadres de santé ont été interrogées sur ce que le DAL peut représenter dans un service de néonatalogie et de l'intérêt éventuel qu'elles y voient. Une d'entre elle, n'ayant pas de formation de puéricultrice et n'ayant pas travaillé en tant qu'infirmière en néonatalogie ne connaissait pas cette technique. 82% des cadres connaissent ce dispositif et y voient un **support à l'alimentation autonome pour des bébés prématurés**. 4 d'entre elles considèrent le DAL comme une aide à la lactation et 3 le voient également comme une méthode d'alimentation pour les bébés à terme.

e) Utilisation du DAL dans le service

Le DAL (sein ou doigt) est utilisé dans 73% des services (7 sur 11). Un service précise que c'est rarement le cas et reste très dépendant du personnel.

Pour les 4 services où le DAL n'est pas utilisé, les raisons sont variables :

- Personne dans le service n'a de connaissance sur le dispositif et ne l'a pratiqué
- Le DAL ne correspond pas à la politique du chef de service, qui ne voit pas dans le DAL un procédé pour permettre au bébé d'atteindre rapidement une autonomie alimentaire. De plus, l'introduction du doigt du soignant dans la bouche du bébé n'est pas autorisée dans ce service
- L'équipe manque de pratique et de connaissance, et la question de la quantité prise au sein quand le DAL est en place poserait problème dans l'estimation de la quantité réellement bue par le bébé.
- Toutes les puéricultrices ne sont pas formées à cette technique et elles n'ont pas forcément le temps nécessaire pour s'y consacrer (notamment pour le DAL-doigt, qui requiert la présence d'un soignant pendant que le bébé tète)

Ce dispositif demande une certaine technicité, à laquelle toutes les puéricultrices ne sont pas formées, ou avec laquelle elle ne se sentent pas à l'aise.

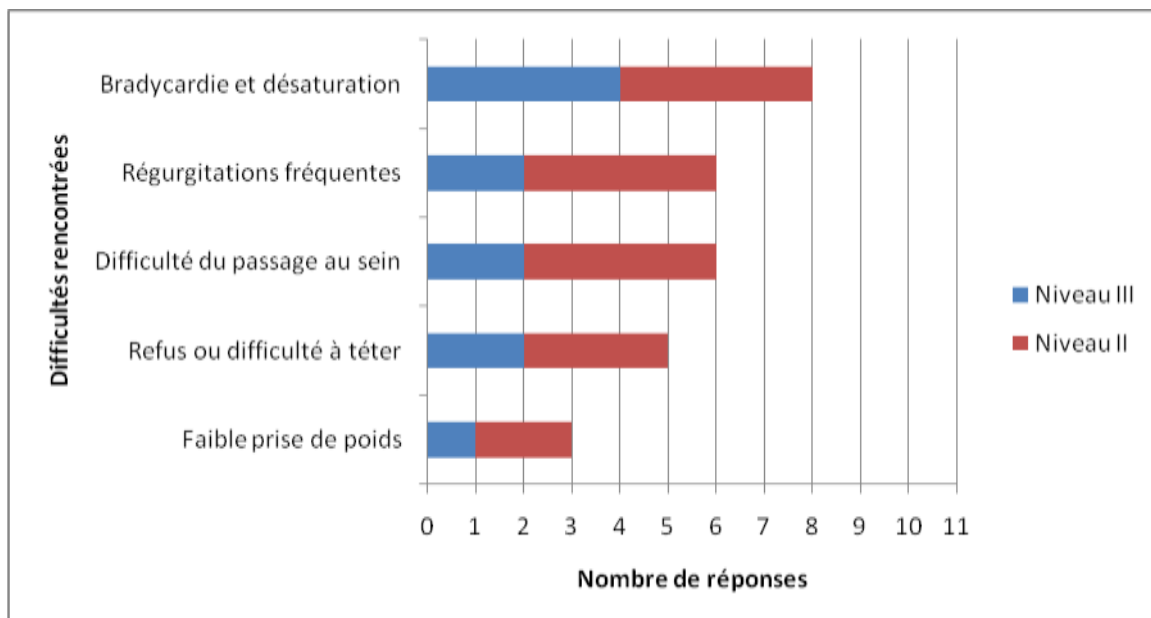
f) Gestes non-autorisés dans les services

Comme nous l'avons évoqué plus haut, certains services ont établi des règles concernant des gestes qui ne seraient pas autorisés. La plupart des services n'observent pas d'interdiction, mais certaines sont en vigueur dans 3 d'entre eux :

- Pour des raisons d'hygiène, le doigt du soignant ne peut pas être introduit dans la bouche du bébé sans protection (double peau ou gant en Latex)
- Pour des raisons d'hygiène et par son caractère intrusif (notamment dans l'intimité parent/enfant), l'introduction du doigt des soignants n'est pas autorisée dans la bouche des bébés. Ce geste est proposé (et réservé) aux parents
- Afin de favoriser le mieux possible la mise en place de l'allaitement maternel, le bébé ne doit pas être nourri par biberon ; la SNN sur tétine est néanmoins utilisée dans ce service.

4. Difficultés rencontrées par les puéricultrices autour de l'alimentation des bébés nés prématurément

Les puéricultrices disent à 91% devoir faire face à plusieurs difficultés au décours de l'alimentation des bébés prématurés dont elles ont la charge. Ci-dessous, le détail des situations face auxquelles les équipes sont confrontées :



Graphique 9 : Difficultés rencontrées autour de l'alimentation dans les 11 services, selon le niveau de prise en charge des services

Selon les puéricultrices du service n'ayant pas détaillé leur réponse, elles sont confrontées à tous ces événements, mais des solutions existent pour chacun ; c'est en ce sens qu'elles ne se sentent pas en difficulté.

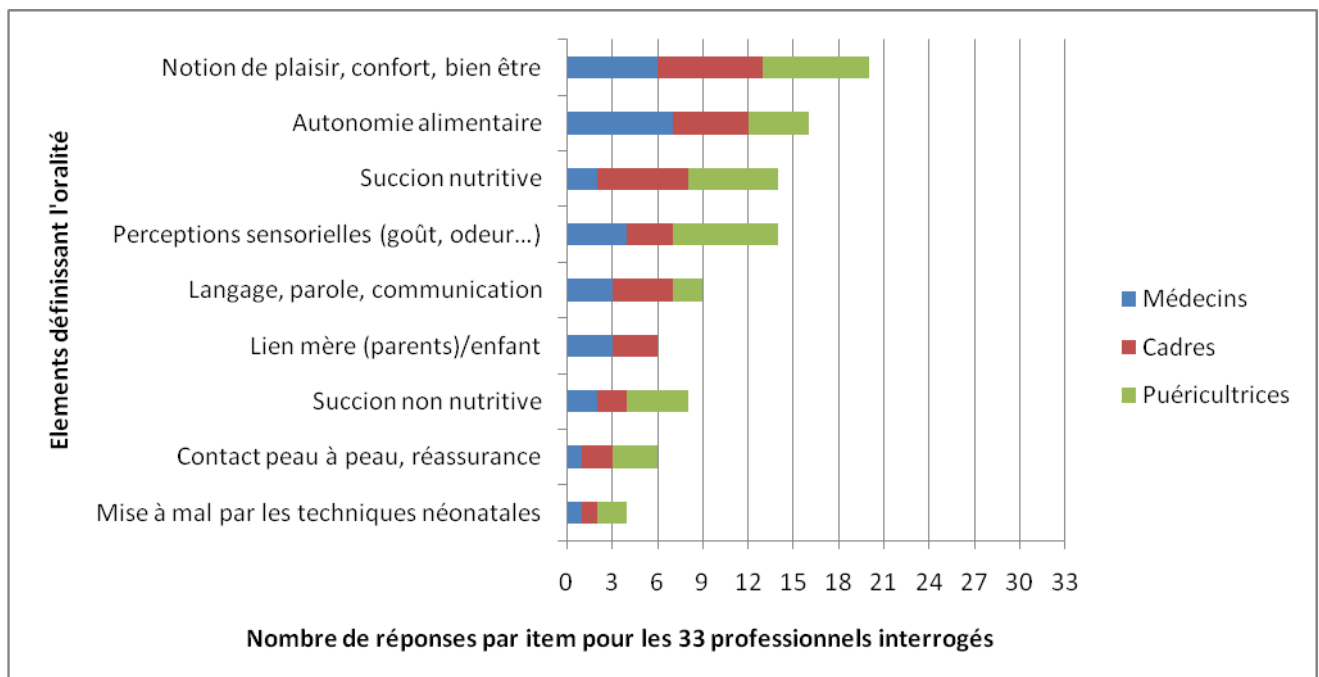
L'alimentation des bébés nés prématurément représente une source d'interrogation et parfois d'inquiétude pour les équipes, et ce quel que soit le niveau de prise en charge des services. La préoccupation majeure semble être les manifestations **de bradycardie et/ou de désaturation, pour 73% des équipes.**

Dans **55% des équipes, les régurgitations fréquentes** sont préoccupantes.

E. Formation des équipes

1. Description de l'oralité selon les professionnels

Tous les professionnels ont été interrogés sur leur conception de l'oralité, et sur ce que cette notion englobe pour eux. Le tableau ci-dessous représente l'ensemble de leurs réponses et la part des 3 spécialités dans chacune :



Graphique 10 : Définition de l'oralité selon les 3 professions

Certaines réponses ne figurent pas dans le tableau, n'ayant été données que par une personne. Deux cadres ont ajouté la voix (par le biais du chant) et la psychomotricité globale. 4 autres puéricultrices ont également englobé dans l'oralité la notion de découverte du monde, le sourire, les soins de bouche et le stade oral dans le développement selon la théorie psychanalytique de S. Freud.

Une cadre a également émis l'idée que cette notion d'oralité, pour elle tout du moins, correspondait plutôt aux enfants plus grands, lorsqu'ils découvrent le monde, notamment en portant tout à leur bouche.

La notion de plaisir est l'item partagé par le plus de professionnels : 61% (55% des médecins et 64% des cadres et des puéricultrices).

2. Formation des équipes à l'oralité

a) Formation des médecins

3 des 11 équipes de médecins sont constituées par au moins un médecin ayant reçu une formation, ou une sensibilisation à l'oralité, soit 27% des équipes médicales. Les formations ou sensibilisation n'ont pas toujours pu être décrites avec précision. Un des médecins a assisté à un colloque où notamment Chantal Lau (voir Chapitre 1) est intervenue. Un autre a effectué son internat dans le service de J. Sizun (voir Chapitre 1), médecin très impliqué dans l'instauration des soins de développement en France. Un autre a participé aux JNN (Journées

Nationales de Néonatalogie), où l'oralité était à l'ordre du jour. Tous les 3 exercent dans un service de niveau III.

Ainsi, dans **73% des équipes, les médecins n'ont reçu aucune formation particulière sur l'oralité**. L'un d'entre eux précise toutefois qu'il a longtemps exercé en Allemagne, où les pratiques sont différentes, notamment en ce qui concerne le rapprochement précoce mère/enfant.

b) Formation des cadres de santé

9 cadres de santé ne sont **pas spécifiquement formées à l'oralité, soit 82%**. Une cadre précisera qu'ayant suivi un D.U (Diplôme Universitaire) d'allaitement, elle a été particulièrement sensibilisée à cette question. Une autre, qui partage cet avis, précise qu'une formation à l'allaitement induit la connaissance de techniques destinées à préserver l'oralité.

2 cadres de niveau III se sont formées sur le sujet, pour l'une au travers d'un colloque sur les fentes vélo-palatines et le Syndrome Pierre Robin à Toulouse et pour l'autre par le biais de différents colloques et d'un intérêt personnel très développé sur le sujet.

c) Formation des puéricultrices

Sur les 11 équipes de puéricultrices, 36%, à savoir 4 (3 de niveau III et 1 de niveau II), comprennent au moins une personne, voire plus, ayant assisté à une formation sur l'oralité. La teneur et l'intitulé des formations n'ont pas toujours pu être restitués, mais dans 2 services, les puéricultrices ont participé à une formation spécifique (les groupes « Miam-Miam »), animée notamment par Catherine Sénez (voir Chapitre 1).

Dans les autres équipes, à savoir **64%** d'entre elles, **les puéricultrices n'ont pas reçu de formations spécifiques à l'oralité**. 5 équipes estiment qu'il n'y a pas de formations proposées sur ce sujet, ou tout du moins, pour une autre équipe, qu'elles n'en ont pas connaissance. Certaines équipes (2 d'entre elles) ont jusque là privilégié d'autres thèmes de formation. Selon 3 équipes, la transmission orale des puéricultrices formées suffit. Enfin, certaines considèrent que les apports du Réseau Périnat et notamment les réunions qu'il propose, comme les « journées soins de développement », leur permettent de parfaire leur connaissance et leur sont suffisantes.

D'un point de vue plus global, 5 services ne comptent aucune personne ayant été formé à l'oralité. Les 6 autres comptent au moins un représentant formé, dont un où à la fois les médecins, la cadre et des puéricultrices ont bénéficié d'une formation spécifique.

3. Intérêt pour une formation sur le sujet de l'oralité

a) Volonté de suivre une telle formation

91% des médecins (10 sur 11) se disent intéressés par une formation sur l'oralité. Un des médecins se dit même intéressé pour mener une formation, fort de son expérience et du travail personnel qu'il a déjà mis en œuvre pour se former lui-même.

64% des cadres de santé (7 sur 11) se disent intéressées par une telle formation. Parmi les 4 cadres n'étant pas intéressées, 2 sont déjà formées et les 2 autres estiment que ce type de formation n'est pas pertinent compte tenu de leur poste.

Les puéricultrices intéressées par une telle formation représentent, à l'instar des cadres, **64%** d'entre elles (7 équipes sur 11). 2 services comptent déjà des soignants formés et 2 services (18%) ne sont pas demandeurs d'une telle formation.

b) Demande de formation sur le sujet

Sur l'ensemble des cadres, 3 ont déjà été sollicitées pour des formations sur l'oralité, soit 27% d'entre elles. Les demandes émanaient pour l'une de l'ensemble de l'équipe de soin, pour l'autre des puéricultrices et pour la dernière d'un médecin.

En ce qui concerne les autres, 7 n'ont jamais été confrontées à ce genre de demande et 1 n'a pas répondu.

c) Projets de formation dans les équipes de puéricultrices

Sur l'ensemble des équipes, il est prévu qu'1 puéricultrice assiste à une formation (courant juin 2011), dont l'intitulé est « Alimentation et Psychologie de l'enfant ».

Aucun autre projet n'est formalisé actuellement dans les autres services.

d) Apport d'une formation à l'oralité pour les puéricultrices, quant à leur pratique

Les puéricultrices ayant suivi des formations sur l'oralité ont vu leurs pratiques s'enrichir, notamment par les réflexions qu'elles ont porté à leur activité ; elles sentent qu'elles accordent plus d'importance au relationnel qu'elles instaurent avec les bébés dont elles s'occupent ; elles disent également accorder plus de précautions dans leurs gestes qu'elles ne

le faisaient avant, conscientes maintenant des répercussions que les agressions de la sphère orale peuvent occasionner.

4. Les éventuels freins à la formation

a) Propositions de formation faites sur le sujet

Les cadres de santé ont-elles déjà eu l'occasion de proposer des formations concernant l'oralité à leur équipe ? A **91% elles ont répondu « non »** à cette question. Une autre a répondu qu'elle en avait déjà proposé et la dernière n'a pas répondu.

Parmi les 10 à avoir répondu par la négative, l'une précise qu'elle en a le projet, et qu'elle va se renseigner pour le plan de formation de l'année suivante. Une avouera ne pas y avoir pensé jusque là. Une autre estime que ces formations sont trop chères. 3 cadres envisagent les formations à l'allaitement comme suffisantes aux puéricultrices pour acquérir les techniques préservant l'oralité du tout-petit et y être sensibilisées. **La moitié** considère surtout qu'il **n'y a pas de formation sur le sujet** qui soit organisée.

b) Refus de formation

L'ensemble des cadres affirme avoir déjà refusé une formation (à l'exception d'une, qui n'a pas répondu). La raison qui revient dans 82% des cas (pour 9 sur 11) est un **frein budgétaire** : toutes les formations demandées, aussi pertinentes et intéressantes soient-elles, ne peuvent être accordées, en raison des limites de financement que connaissent les services. Les cadres sont également confrontées à des **problèmes d'organisation du service** et la période à laquelle la formation a lieu peut parfois être rédhibitoire, pour 7 d'entre elles (63%).

III. Discussion

A. Validité de l'enquête

Cette enquête est descriptive et ne permet pas de conclure à des facteurs significatifs pouvant influencer sur les réponses, comme le niveau de prise en charge des services ou leur taille.

Il était souhaité, au début de l'enquête, d'obtenir les réponses de l'ensemble des 3 professions choisies, sur l'ensemble des 11 services de la région. Cet objectif a été atteint. De plus, l'exhaustivité des réponses est à noter. En effet, sur l'ensemble des questions des 33 questionnaires soumis, soit 517 questions, seulement 10 réponses n'ont pas été données, ou de manière incomplète, soit 98% de réponses obtenues.

Selon la méthodologie choisie, l'objectif était d'obtenir des réponses les plus consensuelles possibles. Comme exposé plus haut, le consensus des réponses n'a pas toujours été totalement représentatif, et de nombreuses réponses ont été nuancées par la précision « personnel dépendant ». Il faut donc envisager ces résultats comme une tendance plutôt que comme une réalité stricte.

B. Analyse des résultats et interprétation

1. Variété des services

Chaque service répond à des caractéristiques particulières, aussi bien en capacité d'accueil qu'en population accueillie. Les bébés prématurissimes et extrêmement prématurés sont uniquement accueillis dans les structures de niveau III, ce qui confronte les équipes y travaillant à des problématiques particulières, que les services de niveau II rencontrent moins souvent, comme les assistances respiratoires plus longues ou les nutriments parentéraux. Les services de niveau III sont, en terme de lits, deux fois plus représentés que les services de niveau II.

L'éloignement géographique des services, en dehors de l'agglomération bordelaise, isole chaque service et rend difficile l'échange des pratiques. Les réunions des « journées soins de développement », organisées par le « Réseau Périnat » de périnatalité, permettent cet échange et sont très appréciées des professionnels, qui en ressentent le besoin.

La répartition régionale des différents niveaux de prise en charge implique qu'un bébé prématurissime ou très grand prématuré né dans les Landes, le Lot et Garonne ou la Dordogne sera nécessairement transporté dans les Pyrénées-Atlantiques ou la Gironde. L'éloignement des parents, ou tout du moins du lieu de résidence familiale habituelle implique une séparation qui peut être préjudiciable pour tisser les premiers liens. Cette réalité, si elle est présente dans l'esprit des équipes, demande une prise en charge particulièrement attentive et individuelle de ces bébés, notamment en terme de portage, qui ne pourrait être effectué par la famille.

En dehors des médecins, cadre de santé, puéricultrices et/ou infirmières et auxiliaires de puériculture, qui constituent de manière invariable toutes les équipes, la présence des autres professionnels, comme les kinésithérapeutes ou les psychomotriciens, et leur temps de présence restent variables selon les services, sans qu'on puisse y corrélérer la taille, le niveau de prise en charge ou la situation géographique du service.

2. L'oralité : sujet de réflexion et d'action dans les services

La création d'un « groupe oralité » dans un service implique que des professionnels se réunissent, échangent sur un sujet, cherchent à améliorer les pratiques et fassent des propositions. Cette situation est actuellement effective dans 45,5% des services (5 sur 11), et correspondra prochainement à la moitié. **Un intérêt**, proportionnel et en valeur absolue, **plus marqué dans les services de niveau III** est à noter. On peut imaginer que la durée d'hospitalisation plus importante dans ces services, ainsi qu'une durée d'alimentation entérale souvent plus longue poussent les équipes à s'interroger davantage sur les moyens d'adapter leurs pratiques, notamment autour de l'alimentation.

L'ensemble des médecins et des cadres estiment que l'oralité des bébés nés prématurément doit faire l'objet d'une attention spécifique. L'intégralité des professionnels s'est pliée à l'exercice du questionnaire et cette démarche, s'il en était besoin, est déjà en soit une marque d'intérêt pour le sujet.

La nouvelle orientation des pratiques, permise notamment par l'implantation **des soins de développement** (voir Chapitre 1) dans les services aquitains se traduit dans différents domaines concernant l'oralité. Ainsi, La **pratique accrue du peau-à-peau** s'observe dans 91% des services selon les médecins, ce qui répond à une des préconisations des soins de développement (BROWN, 1997).

Une attention particulière est portée à **la préservation de la sphère orale** en privilégiant la pose des **sondes en naso-gastrique**, et ce même si le bébé bénéficie encore d'une CPAP nasale, notamment dans les services de niveau II. Cette orientation concernant la pose des sondes correspond aux préconisations trouvées dans la littérature (PUTET, 1996).

L'intégration des parents au projet de soin semble importante à l'ensemble des professionnels :

- **82% des services les accueillent sans restriction.** Cet accueil répond aux préconisations de la circulaire N°DH/E03/98/688 du 23 novembre 1998, qui affirme que *« l'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille. Il est particulièrement important de limiter cette angoisse et de lui éviter en outre une séparation injustifiée de son entourage immédiat »*. Cette circulaire prévoit ainsi *« qu'en tout état de cause la mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit. »*. Cette circulaire ne concerne pas spécifiquement les services de néonatalogie, mais les bienfaits de la proximité des parents semblent également être présents dans les préoccupations des équipes néonatales.
- les parents sont également **impliqués dans les premiers essais alimentaires dans 82% des services.** La grande majorité des services s'applique donc à inclure les parents dans l'alimentation de leur bébé, dans le souci de créer une *« interaction émotionnelle hétérorégulatrice appropriée »* autour des repas, phase souvent décrites comme délicates par les infirmières de néonatalogie, mais extrêmement fondatrice dans la relation parents /enfants (MELLIER et coll, 2008).

64% des services ont réfléchi à un projet de service, et même si 5 d'entre eux prévoient de le formaliser, il est transmis oralement dans les 7 services concernés. L'avantage d'avoir une version écrite d'un projet résiderait dans la permanence de sa transmission, quel que soit celui qui le reçoit. C'est un travail de longue haleine et certaines équipes se sont attelées

individuellement à ce projet. L'association de plusieurs services autour d'une réflexion commune permettrait probablement d'alléger la tâche et de rendre le projet définitif plus riche. La quasi totalité de ces services (6 sur 7) compte y inscrire l'oralité, mais si l'on considère l'ensemble des services, un peu plus de la moitié seulement sont actuellement dans cette démarche.

L'ensemble des équipes est convaincu que la **préservation de l'oralité** de bébés nés prématurément est importante, mais **la formalisation de la modification des soins et des pratiques n'est pas encore effective dans l'ensemble des services.**

3. Vers une uniformisation des pratiques

La teneur des pratiques a essentiellement été obtenue dans le questionnaire des puéricultrices. Si l'on considère qu'une pratique peut être dite « uniformisée » à condition qu'elle soit présente dans environ **80% des services**, soit 9 sur 11, **de nombreuses pratiques sont uniformisées** sur la région :

- Le **libre accès des services aux parents** s'applique dans 9 des 11 services (82%). Ne pas imposer aux parents des plages horaires de présence permet de répondre aux préconisations de la circulaire du 23 novembre 1998 citée plus haut et à celles des soins de développement (BROWN et coll, 1997).
- La volonté **d'inclure les parents le plus tôt possible** dans les soins, et notamment dans les essais alimentaires s'observe dans 82% des services. Les recommandations du NIDCAP stipulent qu'il est important d'*« enseigner aux parents les techniques concernant l'alimentation entérale, le change, le positionnement et l'allaitement maternel afin qu'ils participent activement aux soins de leur bébé le plus tôt possible »*⁸ (BROWN et coll, 1997). La majorité des services s'emploie donc à appliquer ces recommandations.
- La pratique encouragée du **peau-à-peau**, éventuellement proposée **pendant l'alimentation** entérale est généralisée à tous les services. Faire correspondre le passage de l'alimentation par sonde et le portage durant un peau-à-peau peut permettre une

⁸ *“Educate parents on techniques of gavage feeding, diaper changes, oral care, positioning, and breastfeeding so they can actively participate in infant care as soon as possible.”*

adéquation de la posture au remplissage de l'estomac, adéquation nécessaire à une meilleure intégration des « *nouveautés sensorielles et motrices* » qui permet au bébé de mieux les comprendre « *en les incorporant dans des informations internes* » (MELLIER et coll, 2008) et ainsi commencer très tôt à donner du sens à l'alimentation. Le peau-à-peau, constitue pour beaucoup de néonatalogistes le meilleur environnement pour développer une adaptation mutuelle (mère/enfant), après la naissance. En effet, « *le giron maternel est le micro-environnement idéal, qui inclut un mélange de stimuli réconfortants, que le bébé avait expérimentés in utero (par exemple les battements du cœur de la mère, les mouvements de respiration, la voix et la chaleur corporelle)* »⁹ (ANDERSON et coll, 2003) ^[4]. Le peau- à- peau est propice à une augmentation des prises au sein sur une journée, permettant ainsi de diminuer les compléments au biberon.

- La présence d'un **linge portant l'odeur de la maman** dans le lit du bébé est encouragée par l'ensemble des puéricultrices. Fournir un environnement olfactif adapté joue un rôle important « *dans la modulation des états d'activation, [...] la réduction de la douleur, la régulation respiratoire, la diminution des apnées et le renforcement de relation sélectives avec l'entourage social* ». (MARLIER et coll, 2007) Cette pratique reste dépendante de la participation des parents, mais la plupart s'accordent à dire que lorsque ses bienfaits sont clairement énoncés, la majorité des parents s'y plie volontiers.
- La SNN est proposée pour calmer un pleur dans 100% des services et pendant un soin douloureux dans 95,5% des services. La SNN est effectivement reconnue pour ses effets antalgiques et réassurant (PINELLI et coll, 2002) et est largement utilisée à ces fins là dans les services.

4. Des pratiques non-uniformisées

D'autres initiatives ou pratiques sont présentes dans un nombre plus restreint de services (moins de 80% d'entre eux, soit dans 8 services ou moins) et **ne sont ainsi pas uniformisées** sur le plan régional :

- La proposition **de la SNN pendant l'alimentation entérale** n'est systématique dans aucun service, et n'est harmonisée entre la cadre et les puéricultrices que dans 3 services. Elle est certes dépendante de l'éveil du bébé au moment de l'alimentation. Une étude

⁹ "This milieu is the ideal micro-environment that includes a mix of comforting stimuli similar to what the newborn infant experienced as a fetus in utero (e.g., the maternal heart beat, respiratory patterns, voice, and body warmth)"

menée en 1983 (BERNBAUM et coll, 1983) avait mis en évidence une corrélation entre la SNN pendant l'alimentation entérale et une amélioration de la prise de poids, ainsi qu'une transition alimentation entérale/alimentation orale plus rapide. Une revue systématique de la littérature datant de 2002 s'est attachée à étudier 23 études menées entre 1983 et 2000. « *Le résultat de cette revue systématique n'a révélé aucun effet significatif de la SNN sur le gain de poids, la durée du transit intestinal ou l'âge en SA d'une alimentation autonome exclusive* »¹⁰ (PINELLI et coll, 2002). Il semble donc que la SNN seule, associée à l'alimentation entérale ne soit pas suffisante pour créer un environnement propice à optimiser la prise alimentaire, même si elle peut y contribuer (LAU, 2007).

- La pratique du **peau-à-peau même lorsque le bébé est intubé** est proposée dans seulement 2 services de niveau III. Il s'avère que cette pratique demande quelques aménagements et requiert plusieurs puéricultrices, pour l'installation tout du moins, mais reste particulièrement bénéfique pour le développement des bébés (LUDINGTON-HOE et coll, 2003) ^[37].
- La pratique du **peau-à-peau pour un soin douloureux** s'observe dans 54,5% des services (6 services sur 11). Cette pratique a été positivement reconnue comme antalgique, notamment pendant un prélèvement au talon (LUDINGTON-HOE et coll, 2007) ^[38]. Deux services disent plutôt profiter d'une mise au sein pour les soins douloureux. Aucune étude n'a démontré si une mise au sein pourrait dispenser les mêmes bienfaits analgésiques qu'un peau-à-peau, même si ces deux approches peuvent sembler similaires.
- Tous niveaux confondus, 54% des lits de la région sont associés à un fauteuil. Afin que le peau-à-peau, les « tétées câlin » ou la mise au sein puissent être réalisés dans les meilleures conditions, l'équipement en fauteuils confortables et adaptés (avec accoudoirs) semble important. Le renouvellement de matériel vétuste ou l'achat de nouveaux fauteuils est l'objet d'une attention particulière de la part de nombreuses cadres, qui estiment leur équipement insuffisant ou inadapté.
- Officiellement, seulement 14% des lits de néonatalogie de la région correspondent à des chambres mère/enfant. Malgré cette proportion qui peut sembler faible, les cadres s'accordent à préciser que d'une manière générale, elles ne se sont jamais vues dans l'incapacité d'accueillir une maman qui le désirait : la demande n'excède pas l'offre.

¹⁰ *“The results of that review revealed no significant effect of NNS on weight gain, [...], intestinal transit time, postconceptional age at full oral feeds”*

- Des gestes sont proposés pour **diminuer la douleur pendant la pose d'une sonde gastrique** dans 6 services (54,5%). Il s'avère que les expériences douloureuses, ainsi que les situations stressantes sont dommageables pour le développement cérébral du bébé prématuré, notamment pour le cortex préfrontal. Il est d'autant plus difficile de connaître la nature de telles expériences que la mimique et les signes envoyés par ces bébés restent ténus, et pas systématiquement corrélés à la sensation de douleur (OZAWA et coll, 2011)^[51]. La mise en place de techniques visant à limiter les sensations douloureuses, liées au passage de la sonde pourrait donc être généralisée. Aucune étude à ce jour ne permet de définir quelle modalité serait la plus efficace, mais la plupart des services cherchant à diminuer les désagréments de ce geste associent plusieurs techniques (SNN, eau sucrée, réassurance).
- L'**âge** en SA auquel les **premiers essais alimentaires** sont proposés n'est pas harmonisé sur la région. Les travaux récents tendent à privilégier les essais alimentaires le plus tôt possible, afin qu'à l'âge de 33-34SA, les bébés soient autonomes dans leur alimentation. (LAU, 2007 ; PFISTER et coll, 2008). Cet objectif n'est atteignable qu'à la condition que les essais alimentaires soient débutés avant cette période, toujours en fonction de l'éveil et de l'état de santé du bébé. Une information en ce sens semble encore nécessaire à transmettre, notamment auprès des puéricultrices.
- La **température** à laquelle le **lait**, quel qu'il soit, est proposé est très variable selon les services. Catherine Sénéze constate que proposer le lait, maternel ou maternisé, à la température du lait maternel, soit 35-36°, permet de réduire les cas de régurgitation sans traitement médicamenteux (SENEZE, 2002). Si aucune étude statistique n'a été menée à ce sujet, elle s'appuie sur les observations cliniques de puéricultrices. Une généralisation de cette pratique, pour l'alimentation par la sonde ou au biberon, semblerait souhaitable : cette pratique est actuellement systématique dans 5 services (45,5%).
- Le placement d'un **coton imbibé de lait maternel** près du nez du bébé pendant l'alimentation entérale est pratiqué par 1 service de niveau III (soit 9%). Un environnement olfactif adapté intervient « *le développement des mouvements oraux préparatoires à la prise alimentaire* » (MARLIER et coll, 2007). Cet auteur affirme que les odeurs lactées, et particulièrement celle du lait maternel, possèdent un pouvoir d'activation des mouvements oraux, laissant croire que « *le lait humain pourrait contenir des composés olfactifs singuliers* » (MARLIER et coll, 2007). Cette pratique mériterait d'être étendue à l'ensemble des services.
- La proposition de **stimulations oro-faciales** avant l'alimentation entérale est observable dans 7 services (64%), mais sont différentes dans chacun, tant dans leur contenu que dans leur fréquence. De nombreuses études ont démontré l'intérêt et l'efficacité des

stimulations oro-faciales sur l'acquisition d'une alimentation orale autonome, notamment sur le raccourcissement de la période de transition (FUCILE et coll, 2002 ; PFISTER et coll, 2008). Cependant, ces stimulations demandent une pratique répétitive et régulière, afin d'être pleinement efficace, qui n'est pas appliquée dans les services.

- La **participation des parents à ces stimulations oro-faciales** est effective dans 5 services (45%). Les études sur l'intérêt d'inclure les parents dans les stimulations oro-faciales sont encore peu nombreuses et leur échantillonnage trop réduit, pour être significatives. Cependant, certaines études laissent penser que les interactions mère/enfant peuvent être plus rapidement instaurées dans le cas où les mères sont initiées à ces stimulations (MAISSE et coll, 2009 ^[41] ; FRITZ et coll, 2009 ^[22]).
- 8 services proposent des **stimulations gustatives** (soit 73% des services), mais seulement 5 les associent au repas (45,5%). Du lait dans la bouche du bébé pendant l'alimentation entérale a l'avantage de donner de la cohérence à la sensation de satiété et de réduire les risques de développer un réflexe hyper nauséux (SENEZ, 2002). De plus, « *le centre programmeur de la déglutition est soumis aux intenses afférences sensorielles faciobuccopharyngées [notamment gustatives] lors du réflexe de succion, ce qui déclenche la déglutition* » et permet d'entraîner ce pattern (ABADIE et coll, 1999). Dans les autres services, cette stimulation n'est pas directement liée à l'alimentation. Cependant, aucune étude n'a démontré que faire cette proposition en dehors des repas n'induisait pas le même intérêt. De nouvelles recherches restent à mener afin de déterminer leur réel impact.
- La présence de **groupe de travail autour de l'oralité** est plus importante dans les services de niveau III (Tableau 7). Toutes les contributions de ces « groupes oralité » sont en parfait accord avec les préconisations que l'on peut trouver dans la littérature, mais leurs mises en pratique restent limitées à peu de services à ce jour.
- Les soins de bouches sont pratiqués systématiquement au bicarbonate dans 3 services (27%) ; dans tous les autres, ce soin n'est pas systématique, et d'autres produits peuvent être utilisés. Le nettoyage de « *la bouche avec une compresse enroulée autour du doigt, préalablement imbibée d'eau bicarbonatée à 14 pour 1000* » est préconisée dans les ouvrages traitant des soins de nursing en néonatalogie, « *pour ôter le dépôt de lait et limiter l'apparition du muguet* » (CHANTELOT et coll, 2000) ^[16]. Cette pratique a néanmoins été remise en question par un « groupe oralité » et est en attente de suspension dans un autre service. L'abandon de ce soin n'est pas effectif dans tous les services, mais semble sérieusement remis en cause, par les équipes de puéricultrices notamment. Une réflexion régionale sur le sujet pourrait être initiée.

- Une initiative est actuellement en cours de mise en place dans un service de niveau III : associer SNN et prise dans les bras au moment de l'alimentation entérale. Elle répond à la fois au besoin de SNN pendant l'alimentation entérale, nécessaire à motilité gastrique pour faciliter la digestion (LAU, 2006) et au positionnement physiologique de la prise de lait des bébés (PFISTER et coll, 2008). Cette approche, qui porte une attention « *sur le développement moteur, sensoriel et socio-émotionnel* » du bébé, important dans « *la formation des habitudes alimentaires* » des nouveau-nés (MELLIER et coll, 2008) reste très isolée. Aux dires de la cadre, la mise en place auprès des équipes est longue et laborieuse : elle implique une modification importante de l'abord de l'alimentation entérale, qui est d'ordinaire peu chronophage. Un travail d'information est nécessaire pour valoriser cette initiative et la voir complètement intégrée aux soins.
- Une équipe de niveau II est sensibilisée au chant de berceuses auprès des bébés et 2 autres services font appel à un professionnel. Le chant est vecteur de beaucoup d'informations infra-verbales qui peuvent être propices à la détente du bébé. Il est d'ailleurs pratiqué dans un service pendant les soins douloureux. De plus, le chant est un mode d'expression se rapprochant beaucoup des formes mélodiques du « parler bébé », longuement évoqué par B. de Boysson-Bardies (BOYSSON-BARDIES, 2005) ^[13], parfaitement adapté « aux capacités de perception et d'attention des jeunes nourrissons ».

Une attention grandissante à la préservation de l'oralité des prématurés pris en charge en Aquitaine se dessine nettement, mais **l'uniformisation interservices**, si elle concerne certains soins, **n'est pas applicable à l'ensemble des pratiques**.

Certaines réponses révèlent que les professionnels d'un même service ne partagent pas nécessairement le même point de vue sur les pratiques. Ainsi, les réponses des cadres et des puéricultrices ne sont harmonisées que dans 3 services sur la fréquence des repas. Le niveau de prise en charge, la situation géographique ou la taille du service n'influencent pas l'harmonie des réponses.

5. Interrogations des services

La bradycardie pendant l'alimentation est source de préoccupation pour 73% des équipes de puéricultrices. L'occurrence de ces manifestations peut s'expliquer par la rapidité des cycles

respiratoires chez le prématuré (40 à 60 cycles/min), et la durée relative d'une déglutition (environ 0,7 sec.)(LAU, 2006). Ainsi, l'introduction de l'alimentation est difficilement envisageable avant que le rapport S-D-R soit 1-1-1, voire 2-2-1. Chantal LAU nuance cette condition, en ayant observé qu'un rapport constant de S-D à 1-1, et une interface D-R sans risque peut permettre une tétée sécurisée, et ce vers 33SA (LAU, 2006).

La fréquence des régurgitations concerne 55% des équipes. L'association de plusieurs facteurs, comme la température du lait à 35-36°C (SENEZ, 2002), l'adaptation de la posture, voire une prise dans les bras au moment de l'alimentation (PFISTER et coll, 2008), la proposition de la SNN (LAU, 2007) ou de coton imbibé de lait maternel (MARLIER et coll, 2007) pour enclencher le processus de digestion, pourraient avoir une incidence bénéfique sur la fréquence des régurgitations. Des études sont à mener dans ce sens pour en mesurer l'efficacité.

La multiplication des méthodes d'introduction de l'alimentation autonome, « *conduit à multiplier les expériences orales et rendre l'enfant confus au sein* » (MAZURIER et coll, 2010). Cette observation, si elle est traditionnellement annoncée, ne semble pas avoir été avérée de manière scientifique, ni pour les enfants nés à terme, ni pour ceux nés prématurément. Le risque de dérouter le bébé, par la multiplication des méthodes reste néanmoins une préoccupation dans les services. Cependant, il est important de maîtriser plusieurs techniques et de pouvoir proposer à un bébé, et à sa mère, celle qui leur correspondra le mieux.

La préconisation première du DAL est l'insuffisance de la sécrétion lactée (hypolactation ou hypogalactie), notamment lorsqu'elle est secondaire à une naissance prématurée (MAZURIER, 2010). La présence d'une bonne coordination S-D-R est requise pour son utilisation, et semble ainsi à privilégier lorsque le bébé n'a pas suffisamment de force pour téter, ou est trop fatigable, mais ne constitue pas une méthode pour introduire l'alimentation orale autonome. Cette technique, notamment le DAL-sein reste un support intéressant à proposer aux mères souhaitant allaiter leur bébé, dans une situation où la séparation précoce, induite par la prématurité, fragilise la mise en place de la lactation. Dans 2 services, il semble difficile à l'heure actuelle, d'envisager des stimulations oro-faciales, ou l'instauration du DAL-doigt, étant donné que l'introduction du doigt du soignant dans la bouche du bébé n'est pas autorisée. Ce manque d'harmonisation interservices pose la question de la continuité des soins en cas de transfert du bébé, dans un contexte où les parents manquent de repères et vivent déjà une situation difficile. Passer d'un service où son bébé est nourri au DAL-doigt en cas d'absence de la mère, à un service où cette technique n'est pas pratiquée pourrait dérouter. C'est un exemple qui soulève l'importance que représenterait une continuité des soins entre les services, sécurisante, voire nécessaire pour les parents.

6. La formation en question

Si l'on considère les 33 professionnels (plus exactement 33 « groupes de professionnels ») interrogés, **27% d'entre eux ont reçu une formation sur l'oralité** ou y ont été sensibilisé lors de colloques. Les puéricultrices (36%) sont globalement plus formées que les médecins (27%) ou les cadres (18%). Tous les services de niveau III comptent au moins un professionnel formé et le seul service où les 3 catégories professionnelles comptent un soignant formé est également de niveau III. 1 service de niveau II sur 6 compte un médecin formé à l'oralité. **73% de l'ensemble des professionnels** interrogés seraient **intéressés pour suivre une formation sur l'oralité**, et les médecins y sont les plus représentés (42%).

Les pratiques rencontrées dans les services sont peu uniformisées, et il est difficile de les relier à la présence d'une personne formée. Toutefois, si certaines pratiques sont considérées comme la systématisation du peau-à-peau, l'administration du lait à température corporelle, l'adéquation autant que possible des repas avec la demande du bébé (selon la cadre et les puéricultrices), la pratique de stimulations oro-faciales, gustatives et olfactives, ainsi que la proposition systématique de la SNN pendant l'alimentation entérale (selon la cadres et les puéricultrices), un seul service les cumule toutes. C'est le seul service où l'ensemble des professionnels interrogés (médecins, cadre et puéricultrices) est formé à l'oralité. Toutefois, cette observation est à nuancer car les réponses n'étaient consensuelles ni pour le questionnaire des puéricultrices, ni pour celui des médecins.

Si cette étude ne permet pas clairement d'observer une correspondance marquée entre les pratiques et la **présence de personnel formé à l'oralité**, elle permet néanmoins d'observer un lien entre ce dernier point et **l'inscription de l'oralité au projet de service**. En effet, à l'exception de l'un d'entre eux, les 6 services étant dans cette démarche sont composés d'au moins un corps de métier formé à l'oralité.

Il existe un décalage entre les connaissances sur l'oralité et l'intégration dans les pratiques. Ainsi, 6 médecins et 7 cadres citent la dimension de plaisir dans leur définition de l'oralité (Graphique 10), mais cet aspect compte parmi les aspects à transmettre aux équipes pour 1 seule cadre (tableau 5). Il semble que cette notion, bien que présente dans leur représentation de l'oralité soit difficilement transmissible en pratique, ou secondaire dans leur rôle de soignant. C'est pourtant cette notion de plaisir et de bien être qui sous-tend une grande partie des soins à proposer au bébé, comme le goût et l'odeur du lait pour redonner à l'alimentation

sa dimension cohérente et contenante ou la SNN qui satisfait le premier plaisir oral du nouveau-né.

Les cadres reconnaissent assez unanimement, à 82%, que le coût des formations sur l'oralité ne leur permet pas d'en faire bénéficier tous les soignants de leur équipe.

Toutes les structures de niveau III en Aquitaine comptent au moins un professionnel formé à l'oralité, et sur l'ensemble du personnel, ce sont **les puéricultrices** les plus formées, à savoir 36% d'entre elles. La **question de l'oralité suscite un intérêt et une demande de formation de la part de tous les soignants**, notamment des médecins, mais des freins logistiques et financiers existent.

C. Limites de l'étude

1. Les professionnels interrogés

Les questionnaires soumis aux équipes concernaient les médecins, les cadres de santé et les puéricultrices. Même si ces professionnels jouent un rôle important dans la prise en charge des bébés nés prématurément, ils ne sont pas seuls à intervenir auprès des bébés. Ainsi, l'étude n'a pas recueilli les avis des auxiliaires de puéricultures ; ces dernières sont pourtant au cœur de la problématique de l'alimentation, surtout lorsque l'alimentation entérale n'est plus requise. Il aurait été intéressant de les interroger également, même si elles ont été incluses dans les débats sur quelques unités.

De la même manière, les kinésithérapeutes ou les psychomotriciens intervenant dans les services, également intéressés pour certains d'entre eux par la problématique de l'oralité, n'ont pas été interrogés. Cependant, dans deux services, il a été rapporté que c'était le kinésithérapeute qui montrait et pratiquait les stimulations oro-faciales. Qu'en est-il de leur intervention, de leur rôle de transmission auprès des équipes et de leur regard sur les pratiques courantes du service ? Ces questions pourraient faire l'objet d'une autre étude, mais la méthodologie choisie au départ avait limité l'investigation aux trois catégories professionnelles déjà citées.

2. La limitation des questions

Le contenu des questionnaires est resté focalisé sur certains soins, notamment liés à l'alimentation. Cependant, toutes les interventions liées à la bouche de bébés prématurés n'ont pas été répertoriées ou n'ont pas fait l'objet de questions. Ainsi, aucune information n'a été recueillie sur les fréquences des aspirations pratiquées sur ces bébés, ni sur la proportion des intubations et leur durée. Quelques services ont précisé que dans le souci de préserver la sphère orale de ces bébés au maximum, le nombre des aspirations avait diminué depuis plusieurs années. Il aurait probablement été intéressant de recueillir ces données, mais certaines de ces problématiques sont apparues au cours de l'enquête et n'auraient pas pu être généralisées.

De plus, l'importance de l'interaction dans le soin, la place laissée à l'échange, n'a pas été abordée dans les questions. Ce sujet aurait difficilement pu être résumé dans un questionnaire et trouver une réponse consensuelle. En effet, ce ressenti est très personnel et peut non seulement varier d'un professionnel à l'autre, mais aussi d'un patient à l'autre. Même si l'instauration du dialogue, non seulement tonique, mais également verbal est nécessaire à l'établissement de la relation thérapeutique, il aurait été difficile d'analyser et de comparer les réponses.

3. La limite de la méthodologie

Les réponses données étaient attendues comme étant consensuelles, et représentatives des services. Un constat s'est cependant imposé : cette méthodologie n'a pas été respectée dans tous les services, et les différences entre professionnels sont importantes. En effet, lorsque plus de trois questionnaires émanant des puéricultrices ont été rendus, la variété des réponses laisse à penser qu'il n'y a pas de réelle harmonisation intra-service. De plus, de nombreuses réponses ont été nuancées par la précision « personnel-dépendant ». Dans ces conditions, il est difficile de considérer les réponses comptabilisées comme représentatives d'un service. Cependant ce constat pose question quant à la continuité des soins, ou à la mise en application de préconisations de services, qui sont censés être suivis par l'ensemble des professionnels, dans un souci de délivrer la même qualité de soins à tous les patients.

4. Etude limitée aux soignants : et les parents ?

Cette étude porte sur les pratiques des soignants auprès des bébés nés prématurément, mais ne renseigne pas sur la transmission et l'information données aux parents. Cette vaste question pourrait faire l'objet d'une autre enquête, tant le sujet est important et sensible. Si 80% des services sont ouverts aux parents, comment ces équipes les informent-elles sur ce qu'ils

peuvent faire pour leur bébé, sur l'importance de leur présence pour le réassurer, sur l'effet de leur voix et de leurs paroles sur son développement cérébral (BOYSSON-BARDIES, 2005) ? L'implication des parents dans les soins et leur investissement du bébé sont primordiaux et fondateurs dans son développement, tant l'environnement est un facteur déterminant du développement et particulièrement en situation de prématurité (MAIFFRET et coll, 2008) ^[39].

5. Quand la pathologie intervient

Les questionnaires portaient sur une population de bébés nés prématurément mais exempts de toute atteinte neurologique, génétique ou motrice liée à une lésion ou à une malformation, à risque d'engendrer une dysoralité. De nombreux professionnels ont cependant fait référence à la population de bébés pathologiques, pour expliquer leur cheminement quant à l'oralité, leurs pratiques spécifiques en cas d'atteintes neurologiques ou malformatives. Cette enquête ne recense pas les pratiques concernant les nouveau-nés présentant des pathologies, quelle que soit leur gravité, associées à la prématurité. S'intéresser aux pratiques des services vis à vis de ces bébés revêt cependant un intérêt majeur. D'après un des médecins interrogés, c'est la pathologie qui enseigne et permet de s'interroger sur les améliorations à apporter à la prise en charge. Les résultats seraient probablement bien différents, et une plus grande uniformisation pourrait se dessiner.

D. Perspectives

1. Actions orthophoniques

Comme évoqué précédemment, les formations à l'oralité sont peu nombreuses et généralement éloignées. Cette question intéresse de plus en plus les orthophonistes eux-mêmes. Cette problématique n'est pas abordée de la même manière dans tous les centres de formation en orthophonie. Catherine Sénez, largement citée dans cet écrit, dispense des formations sur la prise en charge de l'oralité, les différents modes d'alimentation, notamment dans un contexte de polyhandicap. Sous l'impulsion du Réseau Santé Langage (RSL), elle mènera deux sessions de formation à Bordeaux en octobre 2011 : l'une spécifique à

destination des orthophonistes et une autre pluridisciplinaire. Certains médecins rencontrés se sont dits intéressés et ont sollicité un envoi de documentation.

Une association départementale, l'AGOPAL (Association Girondine Orthophonie Prévention Action Langage) a organisé en novembre 2010 une journée d'action inédite à Bordeaux : la journée « un bébé, un livre ». Des orthophonistes ont visité les mamans et leur bébé dans les 5 maternités volontaires de Bordeaux et sa banlieue, dans un but de prévention, notamment de l'illettrisme. Ces rencontres ont également été l'occasion d'échanger avec les mères sur l'importance du livre, des histoires, de la parole de l'adulte dans le développement du langage du jeune enfant. Le succès de l'opération, tant auprès des parents que des équipes hospitalières laisse penser que cette expérience sera reconduite dans les années à venir. Les services sollicités en 2010 étaient uniquement de niveau I, étant donné que la présence des parents au moment des visites est requise. Dans cette forme, cette action est difficilement transposable en néonatalogie, mais adaptée, elle serait envisageable, notamment pour encourager les parents qui n'oseraient pas, à raconter des histoires à leur bébé, à rentrer en communication avec eux. Des actions communes entre l'AGOPAL et le Réseau Périnatal sont envisageables.

Depuis le décret n° 2002-721 du 2 mai 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, les orthophonistes peuvent « *proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage* ». Les éventuelles conséquences d'une prématurité sur le développement du langage et de l'alimentation rendent légitime l'intervention des orthophonistes auprès de cette population. De nombreux professionnels rencontrés lors de cette étude ce sont d'ailleurs interrogés sur la présence d'une étudiante en orthophonie dans leur service. Les actions de prévention peuvent toucher les prématurés directement, mais également les professionnels qui les prennent en charge. Il serait profitable de réfléchir à des modalités d'intervention d'orthophonistes auprès des équipes de néonatalogie.

Le turn-over important dans les équipes de puéricultrices est pointé par les cadres, d'une manière assez unanime, comme étant une des difficultés majeures à maintenir un niveau de formation et d'intérêt constant dans les équipes. La possibilité d'inclure dans la formation initiale des puéricultrices des éléments importants de l'état des connaissances actuelles sur les pratiques possibles pour la préservation de l'oralité pourrait être envisagée. Des orthophonistes interviennent déjà dans le centre de formation de puériculture bordelais, à raison de 2 heures par promotion. Doubler cette intervention pourrait permettre, par la

transmission d'éléments ciblés, d'homogénéiser et d'approfondir les connaissances sur le sujet.

50% des cadres estiment qu'il n'y a pas de formations proposées sur l'oralité et pour certaines, il est difficile d'inclure ces formations au projet de formation continue du personnel, car elles sont absentes du plan de formation des structures. Si ces données sont comparées à l'intérêt marqué des équipes pour participer à de telles formations (91% des médecins et 64% des cadres et des puéricultrices), il semble important de mettre sur pied, au plan régional, des formations à l'oralité, pouvant s'inclure dans les plans de formation au titre de la formation continue.

2. Actions du Réseau Périnat

Le Réseau Périnat organise des réunions biannuelles, concernant l'ensemble des services de néonatalogie d'Aquitaine (et parfois au delà de la région). D'une manière générale, et dans la limite des contraintes de service, des représentants de puéricultrices, de cadres et de médecins y participent. Ces réunions trouvent leur origine dans une volonté commune de mettre en place les nouvelles pratiques liées à l'instauration des soins de développement en Aquitaine ; elles sont d'ailleurs appelées « les journées soins de développement ». L'objectif de ces groupes de travail consiste à échanger sur les pratiques, communiquer sur les initiatives de chacun et discuter de leur faisabilité dans d'autres services. Chacune d'entre elle est centrée sur un sujet : « la parentalité », « le toucher en néonatalogie », etc. Le sujet à l'ordre du jour de la prochaine réunion, qui se tiendra à l'automne 2011, sera « l'oralité » ; ce choix est la manifestation d'un intérêt marqué sur le sujet de la part des équipes. Les hasards du calendrier vont permettre de pouvoir présenter les résultats de cette enquête, offrant ainsi une suite aux visites effectuées dans le cadre de ce mémoire.

CONCLUSION

La prise en charge de l'oralité n'est pas encore inscrite en tant que telle dans la nomenclature qui régit les compétences orthophoniques, mais est abordée sous différents actes : bilan de déglutition, bilan oro-myo-fonctionnel et bilan d'articulation. Malgré cette carence, l'intérêt de certaines orthophonistes depuis quelques décennies pour cette problématique, comme Isabelle Eyoum (EYOUM, 2007) ^[20] ou Catherine Sénez, permet de mettre en évidence l'importance de cet aspect du développement de l'enfant. Ainsi, Catherine Thibault n'envisage pas une prise en charge d'un enfant, préconisée pour un retard de parole ou de langage, sans s'interroger durant l'anamnèse sur les différentes étapes de son alimentation (THIBAULT, 2010).

Dans le cadre d'actions de prévention sur les risques éventuels d'installation de trouble de l'oralité des bébés nés prématurément, l'orthophonie commence à passer les portes des services de néonatalogie. Ces interventions sont encore relativement rares et peu coordonnées sur le plan national. Durant cette étude, des services de néonatalogie et de réanimation néonatale, où d'ordinaire aucune orthophoniste n'officie, ont été visités par une étudiante en orthophonie. Les échanges qui en ont découlé ont permis à la fois aux professionnels de la prise en charge néonatale de partager leur expérience, de faire part de leurs interrogations et de leur pratique quotidienne et à la future orthophoniste d'apporter son regard sur la bouche de ces bébés, et les répercussions possibles de leur vécu oral si particulier sur le développement ultérieur du langage. Les résultats de l'enquête menée mettent en évidence un intérêt marqué par ces professionnels pour cette problématique, mais révèlent également une grande disparité notamment dans les pratiques ou les niveaux de formation.

L'objectif de ce travail, au-delà d'une observation descriptive de la situation actuelle, s'inscrit dans une réelle volonté de faire connaître l'approche orthophonique dans ces services. Ce mémoire a été la résonance d'une étude statistique effectuée sur la population des prématurés de la cohorte Aquipage (TOMASELLA, 2010), qui avait permis d'établir un lien entre les oralités alimentaire et verbale de cette cohorte à 24 mois d'âge corrigé. Parallèlement à la présente étude, une autre étudiante en orthophonie a, dans un service de néonatalogie de Bordeaux, proposé un projet de stimulations multi-sensorielles autour de l'oralité de bébés prématurés. Un travail de partenariat entre les différents réseaux d'orthophonistes et le milieu hospitalier spécialisé dans la prise en charge des prématurés reste à construire.

La particularité de chaque enfant et de son histoire familiale, nécessitent une prise en charge adaptée et spécifique : les orthophonistes ont un rôle à jouer dans cette pluridisciplinarité, en proposant notamment des actions de prévention et de formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ABADIE V.**, CHAMPAGNAT J., FORTIN G., COULY G. (1999). Succion-déglutition-ventilation et gènes du développement du tronc cérébral. *Archives de Pédiatrie* 6, 1043-1047
2. **ABADIE V.** (2004) Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique* 220, 57-70
3. **ALS H.**, GILKERSON L. (1997) The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Seminars in perinatology*, 21, 3, 178-189
4. **ANDERSON G.G.**, CHIU S.U., DOMBROWSKI M.A. et coll (2003) Mother-newborn contact in a randomized trial of kangaroo (skin-to-skin) care. *JOGNN*, 32, 5, 604-611
5. **AMIEL-TISON C.**, GOSSELIN J. (1998) Développement neurologique de la naissance à 6 ans. Presse de l'hôpital Sainte Justine, Montréal, (Cité par MELLUL et coll, 2010)
6. **BEAUGRAND D.** (2007) Evaluation des compétences langagières à l'âge de 6 ans d'enfants nés prématurément. Etudes prospective de 55 enfants. Thèse pour le doctorat de médecine. Université de médecine de Rouen. Thèse dirigée par le Dr CHAROLAIS
7. **BELLIS F.**, BUCHS-RENNER I., VERNET M. (2009) De l'oralité heureuse à l'oralité difficile - Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Le bébé à l'hôpital*. Spirale 51, Erès, 55-61
8. **BEN X.M.** (2008) Nutritional management of newborn infants : practical guidelines. *World J Gastroenterol*, 28, 14(40), 6133-6139
9. **BERNBAUM J.C.**, PEREIRA G.R., WATKINS J.B., PECKHAM G.J. (1983). Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. *Pediatrics*, 71, 1, 41-45
10. **BLOCH H.**, LEQUIEN P., PROVASI J. (2003). L'enfant prématuré. Armand Colin. Paris
11. **BLONDEL B.**, SUPERNANT K., DU MAZAUBRUN C., BREART G. (2003). *Enquête Nationale Périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005.

12. **BOQUIEN A.**, EPITALON A. (2004). Place de l'oralité chez les grands prématurés réanimés à la naissance. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Lille. Dirigé par M.J. DELFOSSE
13. **BOYSSON-BARDIES** (de) B. (2005) Comment la parole vient aux enfants. Odile Jacob
14. **BROWN L.D.**, HEERMAN J.A. (1997) The effect of developmental care on preterm infant outcome. *Applied Nursing Research*, 10, 4, 190-197
15. **BULLINGER A.** (2004) Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – Un parcours de recherche. Collection « la vie de l'enfant », Eres
16. **CHANTELOT D.**, SALLE B.L. (2000) Néonatalogie. Paris. Arnette, pp 72-74
17. **DALLA PLAZZA S.** (1997) L'enfant prématuré – le point sur la question. De Boeck Université
18. **DELLERT S.F.**, HYAMS J.S. et coll (1993) Feeding resistance and gastro-oesophageal reflux in infancy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 17(1), 66-71(cité par FLOTTEs, 2008)
19. **DRUON C.** (2009) A l'écoute du bébé prématuré. Flammarion
20. **EYOUM I.** (2007). Les fonctions oro-faciales, l'orthophonie et moi : 25 ans de pratiques, de recherches et de passion. *Glossa* 100, 16-20
21. **FLOTTEs N.** (2008) Stimuler pour accompagner le sevrage de la sonde. *Orthomagazine*, 78, 24-27
22. **FRITZ A.**, MILLER F. (2009). Proposition de stimulations oro-faciales chez l'enfant prématuré de 1 à 7 mois d'âge corrigé – Impact sur le développement de l'oralité et l'évolution des interactions mère-enfant. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université Henri Poincaré, Nancy I
23. **FUCILE S.**, GISEL E., LAU C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *The Journal of Pediatric*, 141, 2, 230-236
24. **GAUGLER C.**, MARLIER L., MESSER J. (2007) Traitement des apnées idiopathiques du prématuré par stimulations sensorielles. *Archives de pédiatrie*, 14, 485-489
25. **GOLSE B.**, GUINOT M. (2004) La bouche et l'oralité. *Rééducation orthophonique*, 220, 23-30
26. **GOLSE B.** (sous la direction de) (2008) Le développement affectif et intellectuel de l'enfant – Complément sur l'émergence du langage. Masson 4ème édition
27. **GOURRIER E.** (2010) Devenir des grands prématurés. *Rééducation orthophonique*, 241, 83-90

28. **HADDAD M.**, BUREAU D., CARER C., RAPPAPORT L., ROULLIER-GALL L., BRAULT D., MARLIER L. (2010). Incidence des odeurs alimentaires sur l'activation de la succion chez le nouveau-né prématuré. *Entretiens de Bichat 2010*, 40-43
29. **HARRUS-REVIDI G.** (1997) Psychanalyse de la gourmandise. Petite bibliothèque Payot
30. **HERBINET E.**, BUSNEL M-C. (sous la direction de) (1981) L'aube des sens – Ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales. Les cahiers du nouveau-né 5. Stock. 385-386
31. **LAPILLONNE A.**, RAZAFIMAHEFA H., RIGOURD V., GRANIER M. et coll (2011) La nutrition du prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 18, 313-323
32. **LAU C.**, SCHANLER R. (1996) Oral motor function in the neonate. *Clinics in perinatology*, 23, 2, 161-178
33. **LAU C.** (2006). Développement de l'oralité chez le fœtus et le nouveau-né. Journées nationales de Néonatalogie. *Progrès en Néonatalogie*, 26, 61-73
34. **LAU C.** (2007). Développement de l'oralité chez le nouveau-né. *Archives de pédiatrie*, 14, S35-S41
35. **LEBLANC V.**, RUFFIER-BOURDET M. (2009) Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Le bébé à l'hôpital*. Spirale 51, Erès, 47-54
36. **LE COQ T.** (2009). Troubles de l'oralité alimentaire chez le grand prématuré, impact à 3-5 ans de la morbidité périnatale. Etude d'une cohorte régionale. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Franche-Comté
37. **LUDINGTON-HOE S.M.**, FERREIRA C., SWINTH J., CECCARDI J.J. (2003) Safe criteria and procedure for kangaroo care with intubated preterm infants. *JOGNN*, 32 (5), 579-588
38. **LUDINGTON-HOE SM.**, HOSSEINI R.B. (2007) Skin-to-skin contact analgesia for pretem infant heel stick. *AACN Clin Issues*, 16(3), 373-387
39. **MAIFFRET C.**, MEULIEN C. (2008) Conduites orales à 7 ans chez d'anciens grands prématurés réanimés à la naissance : poursuite de l'étude débutée en 2004. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie. Université de Lille II
40. **MAILLARD T.** (2008) Une expérience en éducation précoce – Oralité : bébé prématuré deviendra grand. *Orthomagazine*, 78, 16-19
41. **MAISSE S.**, PITOU E. (2009) Proposition de stimulations oro-faciales de l'enfant prématuré de 1 à 7 mois d'âge corrigé – Impact sur le développement de l'oralité et l'évolution des interactions mère-enfant. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université Henri Poincaré, Nancy I

42. **MAQUEDA J.** (2001) L'enfant et la gourmandise des mots : aventures orthophoniques. Ramouville-Saint-Agne, Erès
43. **MARLIER L., GAUGLER C., ASTRUC D., MESSER J.** (2007) La sensibilité olfactive du nouveau-né prématuré. *Archives de pédiatrie*, 14, 45-53
44. **MARTEL M.J., MILETTE I.** (2006) Les soins de développement – Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré. Collection intervenir. Edition du CHU Sainte-Justine
45. **MAZURIER E., CHRISTOL M.,** (2010) Allaitement maternel – Précis de pratique clinique. Sauramps médical, pp 139-143
46. **MELLIER D., MARRET S., SOUSSIGNAN R., SCHAAL B.** (2008) Le nouveau-né prématuré : un modèle pour l'étude du comportement alimentaire. *Enfance*, 3, 241-249
47. **MELLUL N., THIBAUT C.** (2004) L'éducation orale précoce. *Rééducation orthophonique*, 220, 117-125
48. **MELLUL N., WERNER-MELLUL E., AYASS N.** (2010) Stimulation de l'oralité et grande prématurité. *Rééducation orthophonique*, 241, 91-102
49. **MERCIER A.,** (2004) La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, 220, 31-45
50. **NOWAK A., SOUDAN E.** (2005) L'orthophonie en néonatalogie : stimulation de l'oralité de l'enfant prématuré - Intervention orthophonique et travail en partenariat. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie. Université de Lille II.
51. **OZAWA M., KANDA K., HIRATA M., KUSAKAWA I., SUZUKI C.** (2011) Influence of repeated painful procedures on prefrontal cortical pain responses in newborns. *Acta Paediatrica*, 100, 2, 198-203
52. **PFISTER R.E., LAUNOY V., VASSANT C., BULLINGER A. et coll** (2008) Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*, 4, 317-335
53. **PINELLI J., SYMINGTON A.** (2000) How rewarding can a pacifier be? A systematic review of NNS in preterm infants. *Neonatal Network*, 19, 8, 41-48
54. **PINELLI J., SYMINGTON A., CILISKA D.** (2002) Non nutritive sucking in high-risk infants: benign intervention or legitimate therapy? *JOGNN*, 31, 5, 582-591
55. **PITANCE L.** (2007) Les troubles de la déglutition chez le nourrisson et le jeune enfant. *Actualités en kinésithérapie de réanimation*. Paris - Elsevier Masson, pp 127-140
56. **PUECH M., VERGEAU D.** (2004) Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, 127-141

57. **PUTET G.**, (1996) L'alimentation du prématuré, in *Alimentation du prématuré et du nouveau-né à terme dans les trois premiers mois de vie*. Progrès en pédiatrie 13. DOIN
58. **SAMSON A.** (2009) Etude de l'influence de la prématurité sur l'oralité alimentaire et verbale chez des enfants arrivant à 4 ans. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Nantes. Mémoire dirigé par HERCENT S.
59. **SCHAAL B.** (2009). L'enfant face aux aliments : d'avant-goûts en préférence en programmation. *Archives de pédiatrie* 16; 535-536
60. **SENEZ C.** (2002) Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origines congénitales et les encéphalopathies acquises. SOLAL
61. **SIMPSON C., SCHANDLER R., LAU C.** (2002). Early introduction of oral feeding in preterm infants. *Pediatrics*, 110 ,3 ,515-522
62. **SIZUN J., PIERRAT V., GOUBET N., PEIFER K.** (2007) Recherche clinique, soins de développement et NIDCAP : aspects méthodologiques spécifiques.
63. **SPITZ R.A.** (1968) De la naissance à la parole : la première année de la vie. Paris, PUF
64. **THIBAUT C.** (2007). Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant. Paris, Elsevier MASSON
65. **THIBAUT C.** (2008) L'oralité contrariée. *Orthomagazine*, 78,15
66. **THIBAUT C.** (2008) Oralités alimentaire et verbale. La langue : un organe-clé. *Orthomagazine*, 78,16-21
67. **THIBAUT C.** (2010) Oralité et maladies rares ; pour une intervention orthophonique précoce. *Orthomagazine* 91, 18-24
68. **TOMASELLA A.** (2010) Oralité et prématurité : Etude du comportement alimentaire et autres facteurs influençant le développement du langage de la naissance à 24 mois. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université Victor Segalen – Bordeaux 2. Dirigé par JOLY-PEDESPAN L.
69. **WINNICOTT D.W.** (2006) La mère suffisamment bonne. Petite bibliothèque Payot

GLOSSAIRE

AC (Age corrigé) : Age qu'aurait le nouveau-né s'il était né à terme. Permet de ne pas pénaliser l'enfant lors d'examens (moteur, neurologique, langagier...) en ne prenant en compte que son âge réel.

CPAP (Cotinuuous Positiv Airway Pressure) : (modèle InfantFlow®, EME, UK ou Arabella® Hamilton Medical, Switzerland) Dispositif qui crée une pression positive prédéterminée dans le poumon. Il s'agit d'un système permettant à l'enfant de respirer spontanément à travers de petits embouts insérés de quelques millimètres dans les narines ou avec un masque fixé autour du nez de manière étanche. La pression ainsi transmise cherche à prévenir le collapsus des alvéoles et des voies aériennes du poumon immature. Ce dispositif diminue aussi les épisodes d'apnée.

Coordination S-D-R (Succion-Déglutition-Respiration) : Coordination de la succion, déglutition et respiration, nécessaire pour une prise alimentaire sécurisée et sans fausse route. Cette coordination, requiert une certaine maturité cérébrale, est acquise chez les bébés né à terme et vers 33SA chez les prématurés.

Désaturation : diminution du pourcentage de saturation de dioxygène (O₂) dans le sang.

Dysoralité sensorielle : *«ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation ou par refus [...] et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant»* (THIBAUT, 2010)

SA (Semaine d'aménorrhée) : nombre de semaines qui suivent le premier jour des dernières règles de la future mère ; 40 à 41 SA révolues équivalent à une naissance à terme.

SOG (Sonde oro-gastrique) : système d'alimentation par sonde gastrique introduite par la bouche, empruntant l'œsophage, jusqu'à l'estomac.

SN (Succion nutritive) : succession de succion (pression intra-orale négative) et d'expression (pression positive produite par la compression du mamelon/tétine). Lorsqu'elle est mature, l'alternance de ces deux composants est régulière et constante, suivie d'une déglutition.

SNG (Sonde naso-gastrique) : système d'alimentation par sonde gastrique introduite par le nez, empruntant l'œsophage, jusqu'à l'estomac.

SNN (Suction Non-Nutritive) : succession de trains de succion (« burst ») rapides, séparés de brèves pauses, n'étant pas nécessairement suivie de déglutition

Stimulations oro-faciales : ensemble des techniques (massage, pression, effleurement, SNN...) proposées aux bébés prématurés visant à améliorer la motricité globale des lèvres, des joues, de la langue et leur coordination. Basée sur la stimulation des réflexes archaïques et la mise en place d'une motricité plus volontaire, ces stimulations visent à accélérer l'introduction de l'alimentation orale autonome. Elles sont envisageables à partir de 28SA.

ANNEXES

Annexe 1 : Stimulations utilisées par S. Fucile lors de son étude datant de 2002 (FUCILE et coll, 2002).

Annexe 2 : Stimulations proposées dans le CAMPS de Roubaix (Nowak et coll, 2005)

Annexe 3 : présentation des stimulations préconisées par N. MELLUL (MELLUL et coll, 2010)

Annexe 4 : Figures schématisant les différentes étapes de la maturation de la succion (LAU, 2006)

Annexe 5 : Exemple du message électronique envoyé à l'ensemble des services pour annoncer l'enquête.

Annexe 6 : Détail du questionnaire remis aux médecins

Annexe 7 : Détail du questionnaire remis aux cadres de santé

Annexe 8 : Détail du questionnaire remis aux puéricultrices

ANNEXE 1

Présentation du programme utilisé par Sandra Fucile et coll lors de l'étude de 2002, paru dans « The Journal of Pediatrics », Volume 141, N°2, Août 2002, p 230 à 236

THE JOURNAL OF PEDIATRICS
VOLUME 141, NUMBER 2

FUCILE, GISEL, AND LAU

Table 1. Oral stimulation program

Structure	Stimulation steps	Purpose	Frequency	Duration
Cheek	1. Place index finger at the base of the nose. 2. Compress the tissue, move finger toward the ear, then down and toward the corner of the lip (ie, C pattern). 3. Repeat for other side.	Improve range of motion and strength of cheeks, and improve lip seal.	4× each cheek	2 min
Upper lip	1. Place index finger at the corner of the upper lip. 2. Compress the tissue. 3. Move the finger away in a circular motion, from the corner toward the center and to the other corner. 4. Reverse direction.	Improve lip range of motion and seal.	4×	1 min
Lower lip	1. Place index finger at the corner of lower lip. 2. Compress the tissue. 3. Move the finger away in a circular motion, from the corner toward the center and to the other corner. 4. Reverse direction.	Improve lip range of motion and seal.	4×	1 min
Upper and lower lip curl	1. Place index finger at center of lip. 2. Apply sustained pressure, stretch downward toward the midline. 3. Repeat for lower lip—apply sustained pressure, and stretch upward toward the midline.	Improve lip strength, range of motion, and seal	2× each lip	1 min
Upper gum	1. Place finger at the center of the gum, with firm sustained pressure slowly move toward the back of the mouth. 2. Return to the center of the mouth. 3. Repeat for opposite side.	Improve range of motion of tongue, stimulate swallow, and improve suck.	2×	1 min
Lower gum	1. Place finger at the center of the gum, with firm sustained pressure slowly move toward the back of the mouth. 2. Return to the center of the mouth. 3. Repeat for opposite side.	Improve range of motion of tongue, stimulate swallow, and improve suck.	2×	1 min
Internal cheek	1. Place finger at inner corner of lips. 2. Compress the tissue, move back toward the molars and return to corner of lip. 3. Repeat for other side.	Improve cheek range of motion and lip seal.	2× each cheek	2 min
Lateral borders of the tongue	1. Place finger at the level of the molar between the side blade of the tongue and the lower gum. 2. Move the finger toward midline, pushing the tongue towards the opposite direction. 3. Immediately move the finger all the way into the cheek, stretching it.	Improve tongue range of motion and strength	2× each side	1 min
Midblade of the tongue	1. Place index at the center of the mouth. 2. Give sustained pressure into the hard palate for 3 seconds. 3. Move the finger down to contact the center blade of the tongue. 4. Displace the tongue downward with a firm pressure. 5. Immediately move the finger to contact the center of the mouth at the hard palate.	Improve tongue range of motion and strength, stimulate swallow, and improve suck.	4×	1 min
Elicit a suck	1. Place finger at the midline, center of the palate, gently stroke the palate to elicit a suck.	Improve suck, and soft palate activation.	N/A	1 min
Pacifier	1. Place pacifier in mouth.	Improve suck, and soft palate activation	N/A	3 min

ANNEXE 2

Extrait du mémoire d'Amélie Nowak et Emilie Soudan (2005) – Programme mis en place par le CAMSP de Roubaix

Programme de stimulation de l'oralité, CAMSP de Roubaix, 2005

➤ L'enfant doit être éveillé. Chaque stimulation est à réaliser au moins une fois <u>avant</u> l'alimentation. ➤ Les stimulations sont à adapter aux réactions de l'enfant : arrêter si l'enfant montre des signes d'inconfort.	
<u>Petits massages circulaires dans la paume de la main</u>	
1. <u>Le frouissement</u> : avec l'index, caresser la joue de l'oreille jusqu'à la commissure des lèvres, d'un côté puis de l'autre.	
2. <u>Les points cardinaux</u> : exercer de légères pressions (avec l'index) sur les joues, puis sur le pourtour des lèvres du bébé.	
3. <u>Massage circulaire de la joue</u> , de l'arrière vers l'avant et du bas vers le haut, d'un côté puis de l'autre.	
4. <u>Massage de l'intérieur des lèvres et des gencives</u> avec l'auriculaire (si la langue ne bouge pas, aller chatouiller sa pointe). <u>Massage de l'intérieur des joues par des mouvements rotatifs</u> du petit doigt. Retirer celui-ci en écartant légèrement la joue.	
5. <u>Succion</u> : placer la paume du petit doigt sur le milieu de la langue et appuyer légèrement pour la placer en cuillère. Ensuite, réaliser de petits mouvements d'arrière en avant. Provoque la fermeture des lèvres autour du doigt. ▪ <u>Si rien ne se passe</u>, pivoter le doigt pour coller la paume au palais et sentir la langue toucher le doigt, puis entraîner la succion d'arrière en avant. Quand la succion se manifeste, replacer doucement la paume du doigt sur la langue et continuer en creusant la langue. ▪ <u>Si l'enfant est hypotonique</u>, on peut exercer de légers tapotements sur la langue ou la zone concernée. ▪ <u>Si l'enfant est hypertonique</u>, on peut faire des vibrations rapidement avec l'index ou le majeur, sous la lèvre inférieure. Le geste de rotation (n°3) peut aussi aider à la décontraction.	
<u>Terminer sur une expérience positive</u>	

Schémas et stimulations 2,3,4,5 adaptés du programme du CHC – CNN Rocourt, sous copyright, 2004

Comptine « Si tu veux bien »

<i>Si tu veux bien</i>, je commence par la main. Je frotte en rond, je fais de tous petits ronds, Tourne et tourne en rond. <i>Si tu veux bien</i>, je continue un peu plus loin...	
Coucou la joue, que c'est doux ! D'un côté puis de l'autre, coucou... Tu attrapes mon doigt, dis, c'est bien !	
<i>Si tu veux bien</i>, j'appuie un peu sur tes joues, et autour de ta bouche. Toc toc, tic toc, tic toc.	
<i>Si tu veux bien</i>, je tourne sur la joue, Je fais de grands ronds, Tourne et tourne en rond.	
Bonjour la langue, je rentre doucement. ▪ <i>Tu ne veux pas ? Et bien, j'en reste là.</i> Au revoir, ce sera pour une autre fois ! ▪ <i>Oui, ta bouche s'ouvre grand !</i> <i>Coucou !</i> Qui est là ? Je masse tes gencives et l'intérieur de tes petites joues... Tu aimes, dis ?	
Je te donne maintenant mon petit doigt à téter. La pointe de ta langue s'avance ? Tu serres mon doigt ? Ça y est, le train est parti ! C'est parfait ! ▪ Sinon je peux t'aider Pour le faire démarrer, tournons la clé, creusons un peu, voilà, c'est mieux ! ▪ <i>Oh c'est trop mou</i> Tape, tape, tape sur le lit de la langue, tututu, dehors ! Tu tires la langue ? C'est bien, coquin ! ▪ <i>Oh, c'est trop dur</i> Vibre, vibre, sous la lèvre, vvv, vvv, ron, ron, ron. Tu serres mon doigt ? Ouiii !	

ANNEXE 3

Présentation du programme de stimulation orofaciale préconisé par Nicolas Mellul

(Paru dans « Rééducation orthophonique » N°48 – mars 2010, sous la direction de Catherine Thibault)

Un protocole de stimulation orofaciale a été élaboré en s'appuyant sur les données anatomophysiologiques les plus récentes des prématurés.

Ce protocole est basé sur la stimulation sensitive pour induire une réponse motrice réactionnelle. Sachant que toute stimulation extéroceptive comme proprioceptive, empreinte un schéma cortical bien défini, il est donc impératif que ce schéma soit existant et/ou mature pour permettre qu'il le devienne. La stimulation a pour but de minimiser l'amimie faciale de ces enfants, en stimulant précocément le nerf facial, tant dans sa branche supérieure qu'inférieure et par voie de conséquence, optimiser la contraction des muscles peauciers.

Deux types de stimulation sont introduits : les stimulations extéroceptives sur les muscles peauciers et les stimulations proprioceptives sur les muscles de la base de langue et les articulations temporo-mandibulaires (ATM).

Le visage de l'enfant est divisé en 4 cadrans correspondant respectivement aux deux branches supérieures du nerf facial gauche et droit, ainsi que les deux branches inférieures du nerf facial gauche et droit. Les 4 cadrans sont stimulés à l'aide du pinceau plat de type éventail, de dedans en dehors, dans un mouvement demi-circulaire vers l'extérieur du visage, par série de 6 mouvements consécutifs et cadran par cadran.

Matériel utilisé : Balai de soie – Pinceau de soie – Tampon de soie

Technique du balai de soie :

L'orbiculaire des lèvres est stimulé à l'aide du pinceau fin, dans le même principe, en partant de l'intérieur vers l'extérieur et cadran par cadran également.

Technique du pinceau de soie :

Les ATM sont stimulées à l'aide du pinceau tampon, en imprimant un effondrement des poils de soie en pression statique, en avant du tragus de l'oreille droite puis de l'oreille gauche.

Les muscles de la base de langue, stylohyoïdien, mylohyoïdien, digastrique sont également stimulés à l'aide du pinceau tampon, dans les mêmes conditions, favorisant la fermeture buccale.

Technique du tampon de soie :

Stimulation proprioceptive : Orbiculaire, base de langue, ATM gauche et droite

Chaque manœuvre ne s'accompagne que de six mouvements par cadran travaillé.

La séance se réalise dans un contexte de détente de l'enfant, le thérapeute optimise, si possible, le maintien de la tête de l'enfant dans une main, pour que la position soit la plus neutre possible, avec une symétrie respectée ; et de l'autre main, il stimule le visage de l'enfant à l'aide des différents pinceaux. Si, pour des raisons techniques, le thérapeute ne peut maintenir la tête du prématuré dans sa main, une installation de type anneau nuchal sera mis en place. Chaque enfant, par mesure d'hygiène, possède son propre kit de 3 pinceaux. Les matériaux constituant les pinceaux sont stérilisables, et le choix des poils en soie répond à la fragilité de peau des prématurés.

ANNEXE 4

Figures schématisant les différents composants de la succion chez les bébés prématurés et à terme, extrait d'un article écrit par Chantal LAU, dans « Développement de l'oralité chez le fœtus et le nouveau-né », Progrès en néonatalogie, 2006, 65-66

Figure 1a, b : Cinq stades dans le développement de la succion nutritive chez le prématuré

Stage	Tracés	Amplitudes Suction (mm Hg)	Description
1A	Suction	Absent	Expression arythmique et/ou
	Expression		
	Time (sec)		
1B	Suction	- 2.5 to - 12.5	Alternance arythmique suction / expression
	Expression		
2A	Suction	Absent	Expression rythmique et/ou
	Expression		
	Temps (sec)		
2B	Suction	- 7.5 to - 15.0	Alternance rythmique suction / expression apparié
	Expression		

Stage	Tracés	Amplitudes Suction (mm Hg)	Description
3A	Suction	Absent	Expression rythmique et/ou
	Expression		
	Temps (sec)		
3B	Suction	- 15 to - 75	Alternance rythmique suction / expression Amplitude de la suction augmente
	Expression		
4	Suction	- 50 to - 75	Alternance rythmique suction / expression Suction bien définie
	Temps (sec)		
	Expression		
5	Suction	- 110 to - 160	Alternance rythmique suction / expression bien définie Amplitudes de la suction augmente Pattern semblable à celui du nouveau-né à terme
	Temps (sec)		
	Expression		

Figure 2 : Tracés simultanés de la succion, expression, déglutition, et respiration chez un prématuré [27 semaines de gestation] à 59 jours.

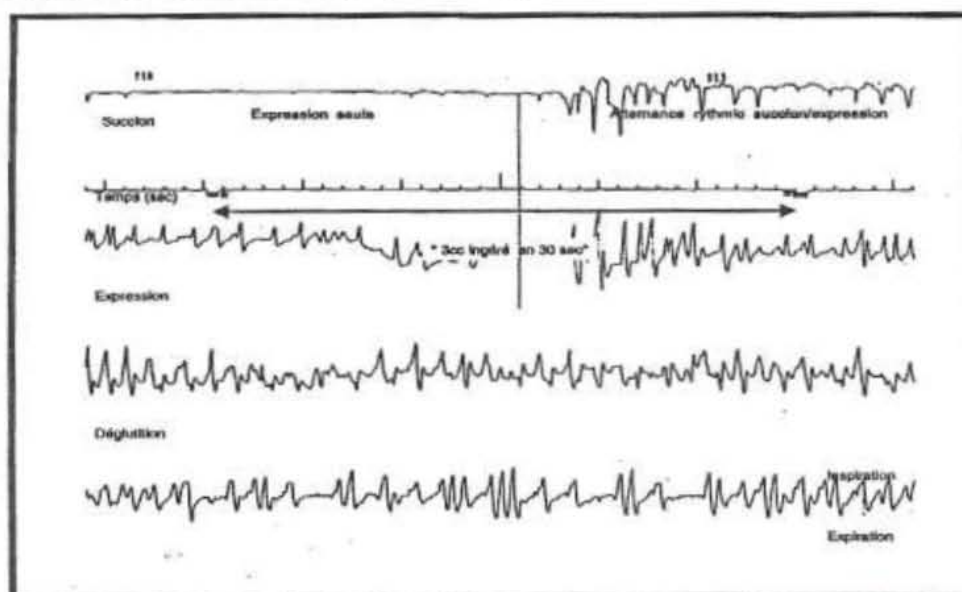
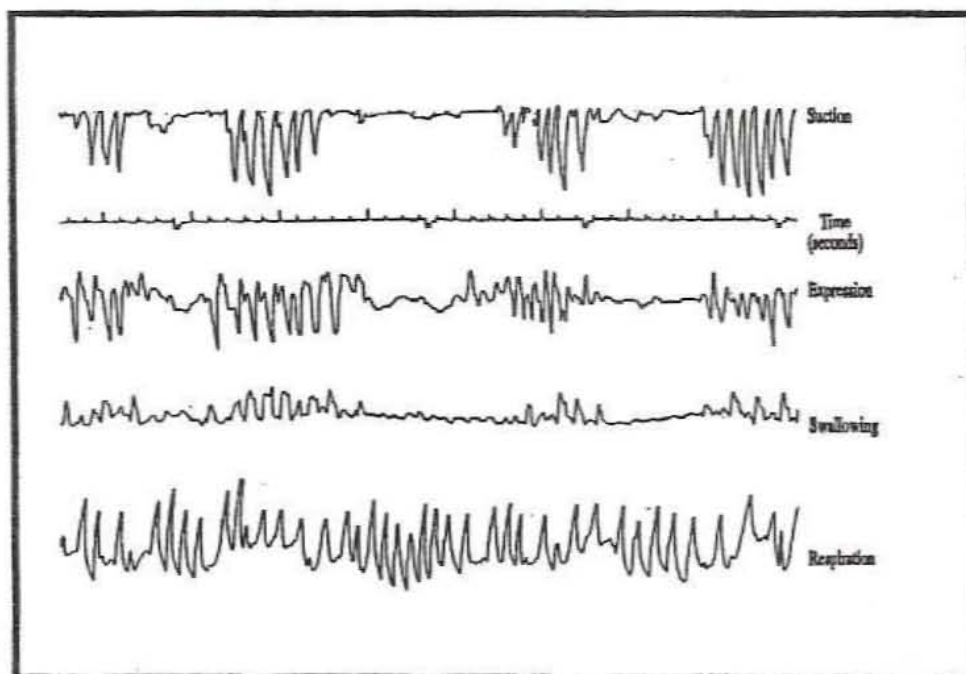


Figure 3 : Tracés simultanés de la succion, expression, déglutition, et respiration chez un nouveau-né terme à 8 jours.



ANNEXE 5

Exemplaire du message électronique envoyé aux médecins et aux cadres des services de néonatalogie d'Aquitaine le 9 février 2011, pour présenter l'étude et solliciter leur participation :

Bonjour,

Actuellement en 4ème année d'orthophonie, je réalise cette année mon travail de mémoire de fin d'études, qui a pour thème "L'oralité au sein des services de néonatalogie d'Aquitaine".

Afin d'alimenter mes recherches, je vais, dans les semaines qui viennent, visiter tous les services de néonatalogie et de réanimation néonatale des établissements de niveau 2 et 3 de la région, afin de recueillir des données sur les pratiques de soins actuelles autour de l'oralité. Ce travail, encadré par le Dr Laurence Joly, se situe également dans le cadre du Réseau Périnat Aquitaine et sera présenté lors de la journée du groupe de travail du réseau "Soins de développement" prévue en octobre 2011, qui sera consacrée à l'oralité. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de me présenter et d'exposer les grandes lignes de mon mémoire lors de la précédente réunion de ce groupe en octobre dernier.

Ma recherche consiste en un recueil de données à l'aide de différents questionnaires, qui sont à destination des médecins, des cadres de santé et des puéricultrices. Afin d'être au plus près de vos pratiques lors de ce recueil de données, je souhaiterais pouvoir rester en observation dans votre service pendant une journée ou une demi-journée, en fonction de votre disponibilité.

Dans le cadre de la méthodologie définie pour ce travail, les questionnaires doivent être remplis lors de trois entretiens différents avec les professionnels concernés (un médecin, un cadre, une puéricultrice). Ces entretiens ne devraient pas durer plus de 15 à 20 minutes chacun, mais il faudra prévoir que chacune des personnes concernées puisse me consacrer ce temps d'échange. Les questionnaires vous seront envoyés avant mon passage de telle manière que vous puissiez y réfléchir avant le moment où nous le remplirons définitivement ensemble.

Je vous remercie de me faire part de votre décision quant à votre participation à ce travail. Si vous acceptez, je suis à votre disposition afin de convenir d'une date de visite au sein de votre unité entre mi-février et mi-avril 2011.

Cordialement,

Bérangère AUVRAY

Etudiante en 4ème année d'orthophonie

06 62 26 84 28

berangere.auvray@orange.fr

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE SUR L'ORALITE

Ce questionnaire vous est soumis dans le cadre d'un travail de fin d'études en orthophonie. Il est encadré par Laurence Joly, et sera présenté lors de la « journée soins de développement » d'octobre prochain, consacrée à l'oralité. Il a pour but de recenser les différentes pratiques concernant l'oralité des bébés né prématurément, en dehors de toute atteinte neurologique, génétique ou motrice liée à une lésion ou à une malformation, sur l'ensemble des services de néonatalogie et de réanimation néonatale d'Aquitaine. L'analyse de ces données sera anonyme : il ne s'agira pas d'évaluer vos pratiques, mais d'en faire un recensement le plus précis possible. Ce questionnaire comporte 16 questions.

Il est à destination de l'ensemble des :

Médecins

L'objectif de ce questionnaire est de recueillir des informations le plus proche possible des pratiques de votre service et les réponses devront idéalement avoir fait l'objet de mises en commun préalable, afin d'être le plus consensuelles possible.

Je serai présente dans votre service le :

Lors de ma venue, l'un(e) d'entre vous me fera part des réponses données lors d'un entretien qui ne devrait excéder 15 à 20 minutes. Merci de prévoir ce temps d'échange ce jour là.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez à lire et à remplir ce questionnaire. Je vous laisse mes coordonnées en cas de besoin (pour l'organisation, d'éventuelles questions ...).

Bérangère AUVRAY

Etudiante en 4^{ème} Année d'orthophonie

06 62 26 84 28

Berangere.auvray@orange.fr

Généralités sur le service :

1) Quel est le niveau de prise en charge de la structure ?

- Niveau II
- Niveau III

2) Quelle est la capacité d'accueil du service ?

Nombre de lits : _____

Dont les lits réservés aux Soins Intensifs : _____

3) Quel échantillon en âge gestationnel représente la population de prématuré au moment de l'accueil dans le service ? A partir de _____ SA jusqu'à _____ SA

4) Quel échantillon en poids représente la population de prématuré au moment de l'accueil dans le service ? Entre _____ gr et _____ gr

5) Composition des équipes :

Combien de personnes (et leur fonction) sont présentes selon les roulements ?

	<u>Matin</u>	<u>Après-midi</u>	<u>Nuit</u>	<u>De weekend</u>
Médecin				
Cadre de santé				
Infirmière				
Puéricultrice				
Auxiliaire de puériculture				
Kinésithérapeute				
Psychomotricien				
Orthophoniste				
Psychologue				
Assistante Sociale				
Musicien(ne)				
Autres :				

Le calcul du nombre de puéricultrices obéit-il à un ratio en fonction du nombre de lits occupés ? OUI / NON

Si oui, quel est ce ratio ? _____

Prérogatives concernant l'alimentation :

6) Quel choix a été fait concernant la pose des sondes d'alimentation, lorsque la nutrition parentérale n'est pas requise ?

- SNG (sonde naso-gastrique)
- SOG (sonde oro-gastrique)
- Variable, selon les bébés

Pourquoi un tel choix ?

7) Quelles sont les consignes quant au moment des premiers essais alimentaires ? *

- ☐ A l'entrée dans le service, quel que soit le terme
- ☐ Jamais avant 33/34 SA
- ☐ jamais avant _____ SA
- ☐ En fonction de l'état de santé du bébé
- ☐ En fonction de l'éveil du bébé

8) Quelles sont les consignes quant aux techniques utilisées lors de ces essais ? *

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Le biberon | ☐ Le doigt-sonde |
| ☐ La seringue | ☐ Le sein-sonde |
| ☐ La tasse | ☐ Autre |

9) Y-a-t-il des techniques qui ne sont pas autorisées dans le service ? OUI/NON

Si oui : lesquelles ? :

Pour quelle(s) raison(s) ? :

A propos de l'oralité

10) Existe-t-il un projet de service ?

- ☐ Oui : un projet de service écrit
- ☐ Oui : un projet de service transmis oralement
- ☐ Non : pas de projet de service élaboré à ce jour
- ☐ Autre :

(Les questions 11) et 12) sont à remplir si la réponse précédente était positive)

11) Les soins de développement sont-ils intégrés à ce projet de service ? OUI / NON

Comment sont-ils formalisés ? (possibilité de joindre une copie du projet de service, s'il est rédigé)

12) L'oralité est-elle intégrée à ce projet de service ? OUI / NON

Comment est-elle formalisée ? (possibilité de joindre une copie du projet de service, s'il est rédigé)

13) Les soins de développement ont-ils modifié certaines pratiques concernant l'oralité ? OUI / NON

SI Oui, quelles pratiques ont été modifiées ?*

- Le choix des sondes
- Les techniques d'introduction de l'alimentation orale autonome
- La pratique plus systématique du peau à peau
- L'intégration des parents (dans la limite de leur volonté) aux soins de nursing
- Autre :

14) Qu'englobe la notion d'oralité selon vous ?

15) Pensez-vous qu'une attention particulière doit-être portée sur le développement de l'oralité des bébés prématurés ? OUI /NON/ Pas d'avis

Si oui, quelles sont les pratiques que vous encouragez ? :

16) Avez-vous déjà participé à des formations concernant l'oralité ? OUI/NON

Si oui (la(es)quelle(s) ?) :

Si non, seriez-vous intéressé(e)s pour participer à une telle formation/sensibilisation ? OUI/NON

ANNEXE 7

QUESTIONNAIRE SUR L'ORALITE

Ce questionnaire vous est soumis dans le cadre d'un travail de fin d'études en orthophonie. Il est encadré par Laurence Joly, et sera présenté lors de la « journée soins de développement » d'octobre prochain, consacrée à l'oralité. Il a pour but de recenser les différentes pratiques concernant l'oralité des bébés né prématurément, en dehors de toute atteinte neurologique, génétique ou motrice liée à une lésion ou à une malformation, sur l'ensemble des services de néonatalogie et de réanimation néonatale d'Aquitaine. L'analyse de ces données sera anonyme : il ne s'agira pas d'évaluer vos pratiques, mais d'en faire un recensement le plus précis possible. Ce questionnaire comporte 19 questions.

Il est à destination de la (le)(les) :

Cadre(s) de santé

L'objectif de ce questionnaire est de recueillir des informations le plus proche possible des pratiques de votre service et les réponses devront idéalement avoir fait l'objet de mise en commun, afin d'être le plus consensuelles possible.

Je serai présente dans votre service le :

Lors de ma venue, l'un(e) d'entre vous me fera part des réponses données lors d'un entretien qui ne devrait excéder 15 à 20 minutes. Merci de prévoir ce temps d'échange ce jour là.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez à lire et à remplir ce questionnaire. Je vous laisse mes coordonnées en cas de besoin (pour l'organisation, d'éventuelles questions ...).

Bérangère AUVRAY

Etudiante en 4^{ème} Année d'orthophonie

06 62 26 84 28

Berangere.auvray@orange.fr

Généralités sur le service

- 1) Quel est le nombre de chambres mère /enfant disponibles sur le service : _____ chambre(s)
- 2) Y a-t-il des fauteuils d'allaitement disponibles dans ces chambres ? (ou dans le service ?) OUI/NON
Si oui, nombre de fauteuils disponibles dans le service :
- 3) Quelles sont les consignes concernant la présence des parents dans le service ?
 - Pas de restriction
 - Horaires fixes : ____ h (entre ____ h et ____ h)
 - Horaires libres, mais pas plus de ____ h /jour
 - Autre :

Les préconisations des soins et des pratiques alimentaires

- 4) Quel(s) lait(s) est (sont) utilisé(s) dans le service ?* :
 - Lait de la mère, quand cette dernière désire allaiter
 - Autre lait maternel, ie don non personnalisé
 - Lait maternisé
- 5) Quelle est la préconisation quant à la fréquence des repas ? :
 - Heures fixes
 - En fonction des phases d'éveil et de la demande du bébé
 - Autre :
- 6) Quelle est la fréquence de changement des SNG /SOG (sonde naso/oro-gastrique) ?
 - ____ fois /semaines
 - à chaque fois que le bébé déplace / retire la sonde
 - autre :
- 7) Les soins de bouche doivent-ils être pratiqués à chaque repas ? OUI /NON
Avec quel produit doivent-ils être réalisés ? :
 - sérum physiologique
 - eau
 - Bicarbonate
 - autre : _____
- 8) Des tétines (sucettes) sont-elles utilisées dans le service ? OUI/NON
Si non :
 - parce que la SNN (suction non-nutritive) n'est pas bénéfique
 - pour ne pas entraver une éventuelle mise au sein (désir d'allaitement de la mère)
 - par manque de tétine adaptée
 - difficulté d'approvisionnement
 - autre : _____
Si oui : à quel(s) moment sont-elles utilisées ?* :
 - pour calmer pendant un pleur
 - pour calmer pendant un soin douloureux ou désagréable
 - pour stimuler la suction en dehors des repas, pendant une phase d'éveil
 - au moment de l'alimentation entérale
 - autre :
- 9) En quoi consiste pour vous le DAL (Dispositif d'Aide à L'allaitement) ? *

- une aide à la lactation
- une méthode d'alimentation pour bébés nés à terme
- un support à l'alimentation autonome pour des bébés prématurés
- autre :

10) Le DAL est-il utilisé dans le service ? OUI / NON

Si non, pour quelle(s) raison(s) ? :

11) Quelles sont les préconisations concernant la (les) technique(s) utilisée(s) pour les 1ers essais alimentaires ? *:

- la tasse
- la seringue
- sein-sonde
- doigt-sonde (DAL doigt)
- biberon tasse
- autre : _____

La formation des équipes

12) Proposez-vous des formations à l'oralité à l'ensemble du personnel soignant ? OUI / NON

Si Non, pour quelles raisons ?*

- manque de formation dispensée sur ce sujet
- pas d'intérêt pour l'équipe de suivre de telles formations
- ces formations sont trop chères
- ces formations sont trop longues
- ces formations sont dispensées trop loin

13) En avez-vous déjà eu des demandes ? OUI / NON

Si oui, elles émanent :

- des puéricultrices
- des auxiliaires de puériculture
- des infirmières
- des aides-soignantes
- autre :

14) Vous arrive-t-il de refuser une demande de formation professionnelle ? OUI / NON

SI Oui, est-ce :

- pour des raisons budgétaires (formation chère, épuisement des budgets annuels, autre)
- pour des raisons d'organisation du service
- par manque de personnel
- par manque de pertinence de la demande de formation
- autre :

15) Etes-vous vous-même formé(e) à l'oralité ? OUI / NON

Si oui, quelle (s) formation(s) avez-vous effectuée(s) ? (date, lieu, intervenants)

Si non, seriez-vous intéressé(e) pour assister à une telle formation/sensibilisation ? OUI / NON

Généralité sur la notion d'oralité

16) Qu'englobe la notion d'oralité selon vous ?

17) Pensez-vous qu'une attention particulière doit être portée au développement de l'oralité chez les bébés né prématurément ? OUI / NON

Si oui, quelles sont les pratiques que vous encouragez ?

18) Existe-t-il au sein du service un groupe de travail s'intéressant aux pratiques concernant l'oralité dans le service ? OUI / NON

Si oui, quel est-il et qui le compose ? :

19) Ce groupe a-t-il permis d'élaborer de nouveaux protocoles de soins concernant l'alimentation ou tout autre domaine ayant un lien avec l'oralité ? OUI / NON

Si oui, quelles sont ces nouveaux protocoles de soin ?

ANNEXE 8

QUESTIONNAIRE SUR L'ORALITE

Ce questionnaire vous est soumis dans le cadre d'un travail de fin d'études en orthophonie. Il est encadré par Laurence Joly, et sera présenté lors de la « journée soins de développement » d'octobre prochain, consacrée à l'oralité. Il a pour but de recenser les différentes pratiques concernant l'oralité des bébés né prématurément, en dehors de toute atteinte neurologique, génétique ou motrice liée à une lésion ou à une malformation, sur l'ensemble des services de néonatalogie et de réanimation néonatale d'Aquitaine. L'analyse de ces données sera anonyme : il ne s'agira pas d'évaluer vos pratiques, mais d'en faire un recensement le plus précis possible. Ce questionnaire comporte 17 questions.

Il est à destination de l'ensemble des :

Puéricultrices

L'objectif de ce questionnaire est de recueillir des informations le plus proche possible des pratiques de votre service et les réponses devront idéalement avoir fait l'objet de mises en commun préalable, afin d'être le plus consensuelles possible.

Je serai présente dans votre service le :

Lors de ma venue, l'un(e) d'entre vous me fera part des réponses données lors d'un entretien qui ne devrait excéder 15 à 20 minutes. Merci de prévoir ce temps d'échange ce jour là.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez à lire et à remplir ce questionnaire. Je vous laisse mes coordonnées en cas de besoin (pour l'organisation, d'éventuelles questions ...).

Bérangère AUVRAY

Etudiante en 4^{ème} Année d'orthophonie

06 62 26 84 28

Berangere.auvray@orange.fr

Modalité des soins

1) Pratiquez-vous un soin de bouche lors de chaque soin auprès de bébés alimentés par sonde ? OUI /NON

Quel produit utilisez-vous quand vous le faites?

- ☐ Sérum physiologique
- ☐ Eau
- ☐ Bicarbonate
- ☐ Autre : _____

2) Lors du changement de la SNG/SOG(sonde naso /oro-gastrique), utilisez-vous une technique pour diminuer la douleur ou le désagrément liés à ce geste ? OUI / NON

Si oui, laquelle :

- ☐ eau sucrée
- ☐ Succion non nutritive (SNN) sur tétine
- ☐ autre : _____

3) Les repas passés en sonde sont * :

- ☐ continus
- ☐ Discontinus
- ☐ En fonction de la qualité digestive de chaque bébé
- ☐ A heures fixes
- ☐ En fonction des phases d'éveil et de la demande du bébé
- ☐ Autre :

4) Le lait est administré :

- ☐ à température ambiante
- ☐ chauffé à 37°
- ☐ autre modalité :

Pratiques concernant les stimulations non-nutritives

5) Utilisez-vous la succion non nutritive (SNN) ? OUI / NON

Si Oui, à quel moment ?*

- ☐ avant le repas
- ☐ pendant le repas
- ☐ en dehors des repas (pour calmer, pendant un soin)
- ☐ autre moment :

Avec quelle technique ?*

- ☐ La tétine (sucette)
- ☐ Le doigt (auriculaire ou autre) d'un adulte (parent ou soignant)
- ☐ Rapprochement main-bouche du bébé
- ☐ Autre

6) Faites-vous des stimulations gustatives ? OUI / NON

oui : avec quel stimulus :

- ☐ lait prescrit
- ☐ lait de la mère
- ☐ eau sucrée
- ☐ autre : _____

A quel moment ?

- ☐ Avant le repas
- ☐ Pendant le repas
- ☐ Après le repas
- ☐ A d'autres moments. Précisez :

7) Faites-vous des stimulations olfactives ? OUI / NON

Si avec quel stimulus :

A quel moment ?

oui :

- lait maternel (lactarium)
- lait de la mère
- Arôme de vanille
- autre : _____
- Avant le repas (l'infusion)
- Pendant le repas
- Après le repas
- A d'autres moments. Précisez :

8) Chez les bébés alimentés par sonde, pratiquez-vous des stimulations oro-faciales (massages faciaux, stimulations extra-buccales ou intra-buccales) ? OUI / NON

Si oui A quel moment ?*

Quelle stimulation oro-faciale pratiquez-vous ?*

- Avant les repas
- Au moment des repas
- Après les repas
- En dehors de tout repas
- Autre :
-
- Massage facial
- Stimulation extra-buccale
- Stimulation intra-buccale
- Autre :

9) Les parents participent-ils à ces stimulations ?

- Oui, ils peuvent être présents
- Oui, ils sont invités à les pratiquer
- Non, ils n'y assistent pas
- Autre :

10) Proposez-vous le peau-à-peau dans le service ? OUI / NON

Si Oui, à quel moment le proposez-vous ?*:

- Dès l'arrivée du bébé dans le service
- Quand le bébé est stabilisé (voire autonome sur le plan respiratoire)
- Uniquement quand les parents en expriment le désir
- A chaque visite de la mère
- A chaque visite d'un des parents
- Autre :

Si Oui, proposez-vous le peau-à-peau ?

- Pendant un soin douloureux ? OUI / NON
- Pendant l'alimentation par sonde ? OUI / NON
- A d'autres moments :

Pratiques concernant le passage à l'alimentation orale autonome

11) A compter de quel terme commencez-vous les premiers essais alimentaires ?

- _____ SA
- Jamais avant 33/34 SA
- A l'entrée dans le service, quel que soit le terme
- Autre :

12) Comment est prise la décision de commencer les essais ?

- Décision du médecin
- Décision prise en réunion d'équipe
- Initiative personnelle, pendant un soin (où le bébé semble réceptif par exemple)
- Autre :

13) Quelle modalité est utilisée pour les 1ers essais alimentaires ?

- La tasse
- La seringue
- Le biberon-tasse
- Le sein-sonde (DAL sein)

- Le doigt-sonde (DAL sonde)
- Le sein
- Le biberon
- Autre :

4) Les parents sont-ils impliqués lors de ces essais alimentaires ? OUI / NON

Si Oui :

- Dès les 1ers essais
- Lorsque le bébé est plus autonome
- Rarement (en fonction de la disponibilité des parents)
- Autre :

Si Non :

- Les parents ne sont pas forcément présents
- Les parents ne sont pas demandeurs
- Gestes trop techniques pour impliquer les parents
- Autre :

Généralité concernant l'oralité

15) Qu'englobe la notion d'oralité selon vous ?

16) Concernant l'alimentation des bébés prématurés dont vous vous occupez, rencontrez-vous des situations qui vous mettent en difficultés ? OUI/NON

Si oui, lesquelles ?*

- Régurgitations fréquentes pendant l'alimentation par sonde
- Refus de téter
- Prise de poids insuffisante
- Bradycardie ou désaturation pendant l'alimentation
- Passage au sein difficile (voire impossible)
- Autres :

17) Certaines d'entre vous ont-elles déjà participé à une formation sur l'oralité ? OUI/NON

Si Non, pour quelle(s) raison(s) ?*

- Pas de nécessité d'une telle formation
- Pas de formation proposée sur le sujet
- Par manque de disponibilité
- Formation refusée
- Les éléments importants sont transmis oralement par les personnes déjà formées
- Autres thèmes choisis
- Autre raison

Certaines (ou toutes) en ont-elles le souhait ou en ressentent-elles le besoin ? OUI / NON

Certaines (ou toutes) en ont-elles le projet ? OUI/NON (Précisez quelle formation : _____)

Si Oui, quelle(s) était(nt) cette (ces) formation(s) ? (lieu, intervenants, cadre, date) :

A-telle changé votre pratique ? OUI/NON

Si oui, en quoi ? :

Si non, qu'en avez-vous néanmoins retiré ?

RESUME :

Le lien entre le développement des oralités alimentaire et verbale a été mis en évidence, notamment pour les bébés nés prématurément, dont le vécu oral est émaillé de situations pouvant être désagréables, voire douloureuses. La connaissance du développement de l'oralité chez ces bébés permet de proposer des prise en charges adaptées et spécifiques.

L'objet de cette étude est d'en apprécier la mise en place dans les services de néonatalogie et de réanimation néonatale d'Aquitaine. Les résultats de cette enquête, réalisée auprès des médecins, des cadres de santé et des puéricultrices, permet d'établir que cette problématique est largement présente dans les préoccupations de l'ensemble des soignants. Si certaines pratiques sont uniformisées sur le plan régional, comme l'utilisation de la succion non-nutritive (SNN) pour calmer un pleur, la pratique du peau-à-peau ou l'utilisation préférentielle des sondes naso-gastriques (SNG), certaines sont encore peu répandues (la SNN pendant l'alimentation entérale ou les stimulations oro-faciales et olfactives). Les niveaux de formation sont également inégaux, et l'inscription de l'oralité dans les projets de services ne s'observe pas dans toutes les unités.

Un travail de formation et d'information reste encore nécessaire auprès de ces soignants, et les orthophonistes ont un rôle à jouer dans cette démarche, même si les modalités sont encore à définir.

Mots clé : prématuré, oralité, alimentation entérale, néonatalogie

ABSTRACT:

The link between early eating patterns and verbal oral skills was highlighted, especially for premature infants, who can face unpleasant, even painful oral situations. Knowledge of oral skills set-up for these infants allows appropriate and specific cares.

This study aimed to appreciate the arranging of this specific cares in intensive neonatal care unit. The result of this survey, conducted among physicians, health managers and pediatric nurses, established that the subject is widespread in the concern of all caregivers. If some practices are standard on the regional level, such as non-nutritive sucking (NSS) to soothe a crying, the practice of skin-to-skin or preferential use of naso-gastric tube, some are still not (NSS during the enteral feeding, orofacial or olfactory stimuli). Education levels are also uneven, and inscription of orality in service projects is not found in all units.

Training and information are still required with these caregivers; speech language therapists have a role to play in this process, although the details are not defined yet.

Key words: premature infants, oral skill, enteral feeding, neonatology

Nombre de pages: 94

Nombre de références bibliographiques : 69