

**INSTITUT RÉGIONAL de FORMATION aux  
MÉTIERs de la RÉÉDUCATION et de la  
RÉADAPTATION des PAYS de la LOIRE**

54 Rue de la Baugerie  
44230 SAINT SÉBASTIEN SUR LOIRE  
02 51 79 09 79 - 02 40 80 62 94

***ENQUÊTE NATIONALE  
SUR LA PRISE EN  
CHARGE  
DES TROUBLES DE  
L'ORALITÉ DU NOUVEAU-  
NÉ PRÉMATURÉ***



BOULBARD Noémie  
Session 2011-2012

# Présentation

Ce travail écrit a été effectué dans le cadre d'un stage, dans les services de réanimation et de soins intensifs de néonatalogie, à l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes.

Le service de réanimation comporte 12 lits, et accueille les nouveau-nés dont l'état respiratoire nécessite une aide ventilatoire, de l'intubation à la CPAP. Il s'y trouve aussi

ceux qui sont trop instables pour être admis en unités de soins intensifs (les prématurés de poids de naissance inférieur à 1000 grammes ou nés avant 30 semaines d'aménorrhée y sont systématiquement hospitalisés).

Le service de soins intensifs, quant à lui, comporte 24 lits et accueille des nouveau-nés à l'issue de leur hospitalisation en réanimation, ainsi que des nouveau-nés admis directement après la naissance pour une pathologie aiguë ou une prématurité (âge gestationnel >30 semaines d'aménorrhée et poids de naissance > 1000 grammes).

Le stage s'est déroulé du 08/08/2011 au 09/09/2011.



Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes

## Remerciements

- Aux masseur-kinésithérapeutes de la pédiatrie de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes de m'avoir accueillie, encadrée et aidée dans la réalisation de mon mémoire.
- A mon Directeur de Travail Ecrit de l'IFM3R pour sa disponibilité et ses conseils dans cette réalisation.
- Au personnel soignant des services de réanimation et soins intensifs de néonatalogie des CHU de France pour avoir répondu au questionnaire sur « *la prévention et la prise en charge des troubles de l'oralité du NOUVEAU-NE PREMATURE* ».

## Résumé

Le nouveau-né prématuré, au cours de son hospitalisation, est alimenté par un mode artificiel et est soumis à des expériences sensibles oro-faciales intrusives, telles que les aspirations et l'intubation. Il est séparé physiquement de sa mère, et se trouve privé d'échanges corporels et sensoriels avec elle, au moins pendant ses premières heures de vie.

Ce vécu particulier, associé à l'immaturité des fonctions, peut se traduire par des troubles de l'oralité, c'est-à-dire des troubles de l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche.

Au CHU de Nantes, dans les services de réanimation et soins intensifs de néonatalogie, où sont hospitalisés ces nouveau-nés, ce sont les masseur-kinésithérapeutes qui évaluent et prennent en charge ces troubles en collaboration avec l'équipe soignante.

Actuellement, il existe encore peu d'articles à ce sujet et ils concernent majoritairement la prise en charge de l'oralité en néonatalogie par l'orthophoniste, à qui elle est habituellement confiée.

Une enquête est réalisée dans ces services, dans les différents CHU de France.

Les résultats montrent que la prise en charge de l'oralité dans ces services fait aujourd'hui partie intégrante des soins prodigués aux nouveau-nés prématurés. Cette prise en charge est pluridisciplinaire et le masseur-kinésithérapeute y a entièrement sa place.

## Mots clés

- **Prématurité**
- **Oralité**
- **Prévention**
- **Attachement**

# Table des matières

|     |                                                            |        |
|-----|------------------------------------------------------------|--------|
| 1   | Introduction .....                                         | - 1 -  |
| 2   | La prématurité .....                                       | - 2 -  |
| 2.1 | Définition .....                                           | - 2 -  |
| 2.2 | Facteurs de risques de prématurité .....                   | - 2 -  |
| 2.3 | Complications liées à la prématurité .....                 | - 3 -  |
| 2.4 | Le prématuré : un être compétent .....                     | - 3 -  |
| 3   | L'oralité .....                                            | - 4 -  |
| 3.1 | Définition .....                                           | - 4 -  |
| 3.2 | Le développement intra-utérin .....                        | - 5 -  |
| 3.3 | Le réflexe de succion.....                                 | - 5 -  |
| 3.4 | Origines et conséquences des troubles de l'oralité .....   | - 6 -  |
| 3.5 | Perturbation du processus d'attachement .....              | - 7 -  |
| 4   | La stimulation de l'oralité au CHU de Nantes.....          | - 8 -  |
| 4.1 | Contexte de prise en charge .....                          | - 8 -  |
| 4.2 | Modalités de la stimulation de l'oralité .....             | - 9 -  |
| 4.3 | Déroulement d'une séance de stimulation de l'oralité ..... | - 10 - |
| 4.4 | Implication des parents.....                               | - 13 - |
| 4.5 | Objectifs/Intérêts de la stimulation de l'oralité .....    | - 13 - |
| 5   | Analyse de la littérature.....                             | - 13 - |
| 6   | Enquête nationale .....                                    | - 16 - |
| 6.1 | Hypothèse de départ .....                                  | - 16 - |
| 6.2 | Choix du questionnaire.....                                | - 16 - |
| 6.3 | Méthodologie de l'enquête .....                            | - 17 - |
| 6.4 | Le questionnaire en ligne .....                            | - 17 - |
| 6.5 | Les résultats .....                                        | - 17 - |
| 6.6 | Analyse des données .....                                  | - 25 - |
| 7   | Discussion.....                                            | - 29 - |
| 8   | Conclusion .....                                           | - 30 - |
|     | Références bibliographiques                                |        |
|     | Annexes                                                    |        |

## **1 Introduction**

Les progrès de la médecine néonatale, réalisés durant ces trente dernières années, permettent aujourd'hui de maintenir en vie un grand nombre de prématurés. Grâce à ces avancées, le taux de survie dépasse les 85 % chez les nouveau-nés entre 22 et 33 SA (semaines d'aménorrhée) (1).

Pour pallier à l'immaturité de ces nouveau-nés, ils sont hospitalisés en réanimation néonatale, dans des couveuses, avec une aide ventilatoire selon leur besoin et une alimentation entérale ou parentérale.

Parallèlement aux soins de haute technicité propres à la réanimation néonatale, s'est développé le concept de soins de développement. Ce sont des stratégies environnementales et comportementales dont le but est d'aider au développement harmonieux du nouveau-né prématuré (2).

Un programme en particulier se développe dans les services de néonatalogie : le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program). Il est implanté depuis plus de 20 ans en Amérique du Nord, en Scandinavie, en Belgique et en Angleterre. En France, c'est dans les années 1990, que l'équipe du CHU de BREST est la première à importer le NIDCAP. Depuis, la diffusion du NIDCAP s'opère progressivement. Aujourd'hui, 12 services de Pédiatrie y adhèrent (9 CHU et 3 CHG). Ce programme novateur considère le prématuré comme acteur de son propre développement. Aidé par des soins individualisés, grâce à des observations comportementales très fines, codifiées ; et par la collaboration avec les parents, qui deviennent co-acteurs de ces soins, le prématuré est stimulé de la façon la plus adaptée possible à ses besoins. (3).

Une partie des soins de développement est consacrée à l'oralité. D'après A. Bullinger, « si l'espace oral ne se constitue pas de manière stable, c'est toute l'image corporelle qui est fragilisée » (4). C'est ainsi que des troubles primitifs de l'espace oral vont influencer la suite du développement.

L'absence d'autonomie alimentaire du bébé fragilise également les parents qui se sentent impuissants voire inutiles face aux troubles de leur enfant. Les interactions sont perturbées et les difficultés relationnelles qui en découlent peuvent à terme, dévaster tout l'espace familial. S'ajoute à cela, le fait que l'acquisition de l'autonomie alimentaire est très souvent la dernière condition permettant le retour à domicile de l'enfant. Si dans un premier temps la prise en charge de l'oralité n'est pas une priorité, puisqu'elle ne met pas en jeu le pronostic vital, elle sera par la suite, une fois l'enfant stabilisé, un enjeu majeur pour les parents et le personnel soignant.

Ainsi, on comprend l'importance de prévenir et de prendre en charge précocement les troubles de l'oralité chez l'enfant prématuré.

Ce mémoire de fin d'étude a pour but de faire « un état des lieux » sur la prévention et la prise en charge des troubles de l'oralité du nouveau-né prématuré dans les services de réanimation et soins intensifs de néonatalogie. En premier lieu, il est

rappelé les principaux éléments théoriques concernant la prématurité et l'oralité ainsi que la perturbation du processus d'attachement. Puis, dans un second temps, il est détaillé la prise en charge de l'oralité par les kinésithérapeutes au CHU de Nantes. Une autre partie est consacrée à l'analyse de la littérature à ce sujet. Enfin, la dernière partie traite de l'enquête réalisée dans les CHU de France. Il est expliqué sa réalisation dans les services de réanimation et soins intensifs de néonatalogie, ainsi que les résultats qui en découlent.

## **2 La prématurité**

### **2.1 Définition**

Selon les recommandations de l'OMS (1977), est considéré comme prématuré, toute naissance avant le terme de 37 SA (semaines d'aménorrhée) révolues, c'est-à-dire avant 8 mois de grossesse, mais après 22 SA, quelque soit le poids, le minimum étant de 500g.

Cependant, en France comme pour d'autres pays, la limite en pratique de viabilité est déterminée à 24-25 SA et/ou un poids de naissance d'au moins 500g.

Les naissances prématurées ne présentent pas le même degré de gravité. Le pronostic vital dépendant du sexe (les garçons étant plus fragiles que les filles), de l'âge gestationnel et du poids de naissance. De ce fait, un nouveau-né de 24 semaines à « la limite de la viabilité » nécessitera des soins et une surveillance bien différents qu'un bébé prématuré de 36 semaines.

Ainsi, on distingue plusieurs degrés de prématurité. Les enfants prématurés peuvent être regroupés en quatre classes, selon leur âge gestationnel : (5)

- prématurité modérée entre 33 et 37 SA
- grande prématurité entre 28 et 33 SA
- extrême prématurité entre 26 et 28 SA
- les prématurissimes entre 22 et 25 SA

### **2.2 Facteurs de risques de prématurité**

Un accouchement prématuré peut être soit spontané, soit provoqué (dans 50% des cas) à la suite d'une décision médicale lorsque la santé de la mère ou du fœtus est en danger.

Les facteurs de risques reconnus de prématurité sont les suivants : (2)

- grossesses multiples (risque multiplié par 10)
- parité supérieure à 3
- décès du co-jumeau au cours de la grossesse
- âge inférieur à 20 ans et supérieur à 40 ans
- la FIV (fécondation in vitro)
- tabac
- précarité, insuffisance de suivi de grossesse

- activité professionnelle (station debout > 3 heures par jour, travail à la chaîne sur machine industrielle, transport de charges de plus de 10 kg, travail ennuyeux, nuisance sonore importante, manipulation de produits chimiques...)
- facteurs génétiques mais aussi psychosociaux, médicaux, biologiques...

### 2.3 Complications liées à la prématurité

L'enfant prématuré est physiquement un être vulnérable. La période de prématurité correspond à une phase de pleine croissance fœtale, cruciale pour le développement.

Le nouveau-né prématuré présente une grande fragilité à plusieurs niveaux puisque les fonctions de l'organisme sont encore immatures lors de l'arrivée prématurée de l'enfant.

Tableau I : Principales complications liées à la prématurité (6)

| Fonctions              | Complications                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Métaboliques           | hypoglycémie, hypocalcémie, hyponatrémie, anémie et hypothermie                                                                                                                                                                                    |
| Vasculaires cérébrales | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ pathologie veineuse : hémorragie péri et intra-ventriculaire</li> <li>➤ pathologie artérielle : leucomalacie péri-ventriculaire (LPV)</li> </ul>                                                          |
| Hémodynamiques         | persistance du canal artériel                                                                                                                                                                                                                      |
| Respiratoires          | syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (NRDS), maladie des membranes hyalines (MMH), dysplasie broncho-pulmonaire, syndrome apnéique du prématuré et retard de résorption du surfactant qui provoque un syndrome interstitiel transitoire |
| Hépatiques             | hyperbilirubinémie provoquant l'ictère néonatal et hypovitaminose K1                                                                                                                                                                               |
| Digestives             | entérococolite nécrosante, résidu gastrique, syndrome de stase duodéno-pylorique et le syndrome du bouchon méconial                                                                                                                                |
| Osseux                 | ostéopénie                                                                                                                                                                                                                                         |
| Immunologiques         | risques infectieux plus importants                                                                                                                                                                                                                 |
| Sensoriels             | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ vue = rétinopathie</li> <li>➤ audition = surdité</li> </ul>                                                                                                                                               |

### 2.4 Le prématuré : un être compétent

Notre regard sur la sensorialité du nouveau-né prématuré a évolué. Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, on considérait qu'il était quasi sourd, aveugle, insensible aux odeurs et à la douleur. Depuis 1987, grâce aux travaux d'Anand et al (7), on sait qu'il



est doué de capacités sensorielles multiples. Comme tout être humain, il est affecté par son environnement qui influence directement son comportement et ses émotions.

Les différents systèmes sensoriels du nouveau-né se mettent en place selon un continuum trans-natal et une chronologie progressive spécifique à chaque modalité, débutant par le système somesthésique et s'achevant par le système visuel.

Cette chronologie est reprise par le tableau ci-dessous :

Tableau II : Principales étapes chronologiques du développement des systèmes sensoriels chez le fœtus et/ou le nouveau-né prématuré (8)

| Systèmes sensoriels         | Présence des structures anatomiques périphériques |                 | Premières réponses physiologiques et/ou comportementales observées | Premières réponses corticales observées                                |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                             | Premiers éléments                                 | Forme complète* |                                                                    |                                                                        |
| <b>Somesthésique (tact)</b> |                                                   |                 |                                                                    |                                                                        |
| Zone péri-orale             | 9 sem                                             |                 |                                                                    |                                                                        |
| Faciale, palmo-plantaire    | 11 sem                                            | 20 sem          | 14 sem sur tout le corps                                           | 24 sem (PE somesthésiques)                                             |
| Corps complet               | 15-17 sem                                         |                 |                                                                    |                                                                        |
| <b>Nociception</b>          | 7 sem                                             | 20 sem          | 16-20 sem.<br>(16 sem. hémodynamique/<br>18 sem. hormonale)        | 25 sem (NIRS)                                                          |
| <b>Vestibulaire</b>         | 5 sem                                             | 14 sem          | 24-25 sem (réflexe de Moro)                                        | -                                                                      |
| <b>Gustation</b>            |                                                   |                 |                                                                    |                                                                        |
| Papilles gustatives         | 10 sem                                            | 18-20 sem       | 26-30 sem                                                          | -                                                                      |
| <b>Olfaction</b>            |                                                   |                 |                                                                    |                                                                        |
| Syst. Olfactif principal    | 7 sem                                             | 11 sem          | 28 sem (plus tôt ?)                                                | 32 sem (non exploré avant)                                             |
| Syst. Trigéminal            | 4 sem                                             | 14 sem          | 27-28 sem                                                          | (NIRS cortex orbito-frontal)                                           |
| <b>Audition</b>             |                                                   |                 |                                                                    |                                                                        |
| Cochlée                     | 10 sem                                            | 22 sem          | 23-25 sem                                                          | 24- 25 sem (PEA tronc cérébral)<br>26 – 27 sem (PE auditifs corticaux) |
| <b>Vision</b>               |                                                   |                 |                                                                    |                                                                        |
| Rétine neuro-sensorielle    | 10 sem                                            | 24-26 sem       | 25 sem                                                             | 24-25 sem (PE Visuels corticaux)                                       |

NIRS : Near Infra-Red Spectroscopy ; PE : Potentiels Evoqués ; sem : semaines de gestation

\* : Indique que les principaux éléments sont anatomiquement présents même si leur maturation anatomique et/ou fonctionnelle n'est pas achevée.

Ainsi, adapter l'environnement à leurs capacités sensorielles, humaniser les soins qui leur sont portés et favoriser l'accueil et la participation des familles sont des enjeux majeurs dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés.

### 3 L'oralité

#### 3.1 Définition

L'oralité est un terme issu du vocabulaire psychanalytique qui signifie l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche. A savoir : l'alimentation, la respiration, la perception, la gustation et bien sûr la communication (9). C'est principalement à travers la fonction orale que le bébé explore le monde. Il éprouve grâce à elle ses premières sensations de plaisir avec la succion et l'apaisement de la tension de faim.

Freud, dans sa théorie du développement psychoaffectif, appelle cette période le stade oral (de 0 à 1an). Le plaisir chez l'enfant vient de sa bouche, par l'alimentation, et le rapport entretenu avec sa mère.

### **3.2 Le développement intra-utérin**

Chez l'embryon humain, la bouche primitive (ou somatodeum) est la cavité commune bucco-nasale, développée au cours du 2<sup>e</sup> mois de vie intra-utérine.

Dès la 9<sup>e</sup> semaine de gestation, le pôle céphalique de l'embryon se fléchit et s'anime de ses premiers mouvements mandibulaires (10).

Vers la 11<sup>e</sup> semaine, les premières déglutitions apparaissent.

Les mouvements de succion-déglutition sont présents dès la 12<sup>e</sup>-15<sup>e</sup> semaine de gestation. C'est la première séquence motrice à se mettre en place chez le fœtus. Chez le nouveau-né prématuré, la succion non nutritive est acquise avec un rythme de 2 à 3 mouvements par seconde. Cependant, il ne possède pas encore de succion nutritive qui impose une bonne coordination du réflexe succion-déglutition-respiration. La maturité neuronale nécessaire à la coordination de ce réflexe semble insuffisante avant environ 32 semaines pour une alimentation active au sein ou au biberon. Ce n'est que vers la 34<sup>e</sup>-36<sup>e</sup> semaine d'âge gestationnel qu'un schéma d'alimentation active stable avec coordination succion-déglutition-respiration est mis en place, bien que potentiellement possible plus tôt (11).

On comprend ainsi que la prématurité, si elle intervient avant 34 semaines d'aménorrhée, du fait de l'interruption de l'entraînement intra-utérin, compromet le développement de ce réflexe, indispensable à la survie.

### **3.3 Le réflexe de succion**

Le réflexe de succion nutritive est déclenché par des récepteurs tactiles péribuccaux (réflexe de fouissement), étayé par des afférences sensorielles gustatives et olfactives, et par des stimuli neuro-hormonaux hypothalamiques et digestifs de l'appétit (12).

Ces afférences sensorielles sont médiées par le ganglion sensoriel du nerf trijumeau (V), nerf facial (VII), glossopharyngien (IX) et vague (X).

Ces informations sont intégrées au niveau du tronc cérébral qui stimule les noyaux moteurs des nerfs crâniens. Dès que le bol lacté atteint la zone réflexogène de la déglutition (base de la langue et piliers antérieurs des amygdales) les voies aériennes se ferment pour que la déglutition se fasse vers l'œsophage.

Cinq nerfs du tronc cérébral sont nécessaires pour réaliser la succion et la déglutition :

- le nerf trijumeau (V) pour les mouvements de translation de la mandibule
- le nerf facial (VII) assure la contraction de l'orbiculaire des lèvres et des buccinateurs
- les nerfs glosso-pharyngien (IX) et vague (X) assurent la commande de la déglutition et sa coordination avec la ventilation lors des réflexes de protection des voies respiratoires
- le nerf hypoglosse (XII) permet la stratégie motrice de la langue.

Les racines motrices de ces nerfs sont responsables de la dynamique de la succion nutritive et de la parfaite coordination de l'occlusion de l'orbiculaire des lèvres autour du mamelon à l'ouverture du sphincter inférieur de l'œsophage.

L'entraînement à la succion va progressivement établir des connexions interneuronales qui vont permettre de mémoriser des sensations dans l'aire sensitive de la pariétale ascendante et des schémas moteurs dans l'aire motrice de la frontale ascendante (13). Le fonctionnement initialement automatique de la succion se renforce par des expériences sensori-motrices pluriquotidiennes, et se complexifie par la mémorisation corticale (figure 1).

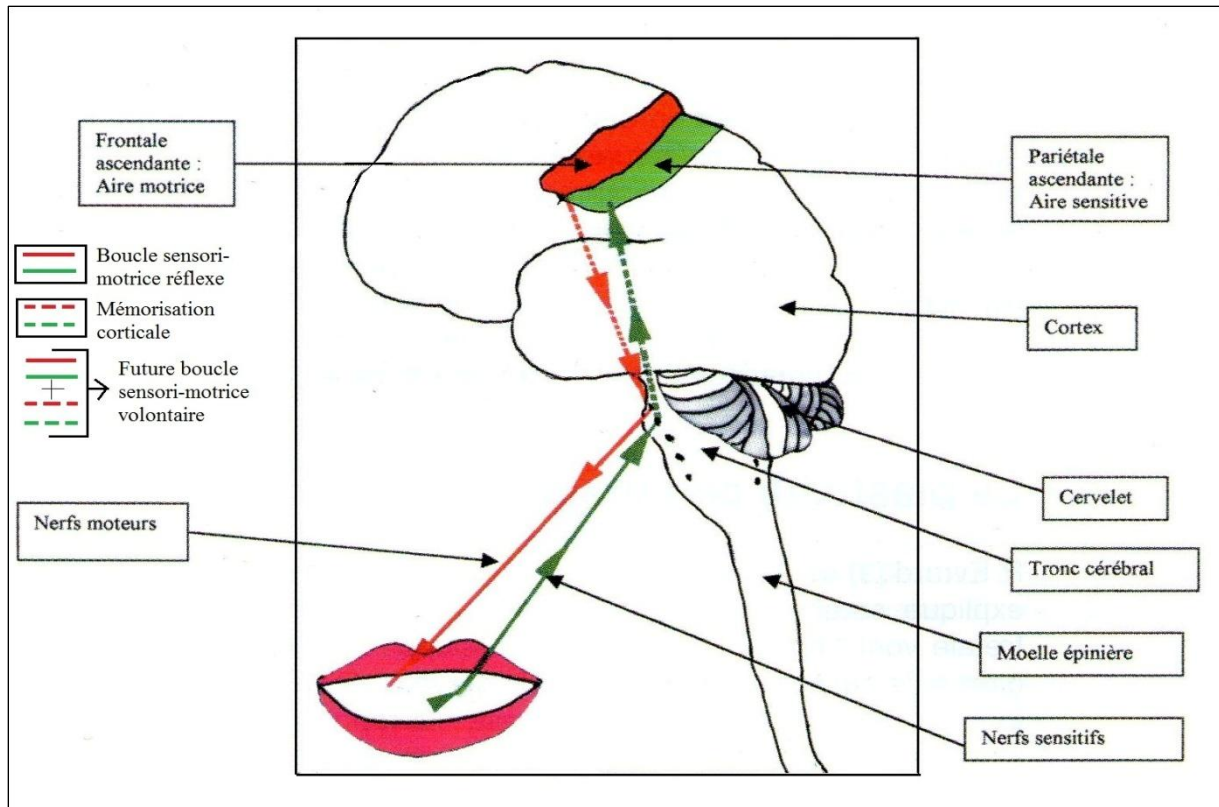


Figure 1 : Inhibition des réflexes primaires. Mémorisation corticale. D'après C.Senez (13).

### 3.4 Origines et conséquences des troubles de l'oralité

Chez l'enfant prématuré, le développement de l'activité orale prend place dans un contexte spécifique. Il se traduit d'une part par l'immaturité de la coordination du réflexe succion-déglutition-respiration, qui entraîne la mise en place d'une nutrition artificielle (4). Et d'autre part par son immaturité pulmonaire, associée ou non à une pathologie respiratoire, qui nécessite un support ventilatoire plus ou moins invasif (figure 2).

Ainsi, l'investissement positif de la sphère orale du prématuré est perturbé. Le prématuré est privé de riches expériences sensori-motrices en terme de saveur, d'odeur, de consistance, de température...

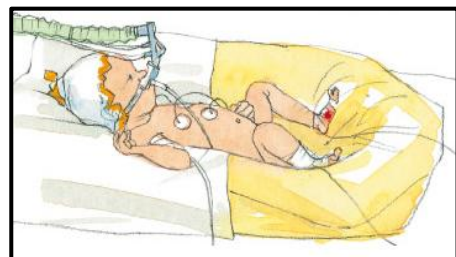


Figure 2 : prématuré intubé et ventilé

De plus, l'alimentation artificielle limite l'exercice sensori-moteur du nourrisson qui lui permet l'utilisation de sa sphère orale et en particulier l'entraînement à la succion.

Ces expériences positives sont au contraire remplacées par des stimulations désagréables, nociceptives inhérentes aux soins, ou par des dystimulations à répétition en lien avec l'équipement (ventilation non invasive, intubation, aspiration...) entraînant des attitudes de défense chez l'enfant (14). Ceci pouvant se traduire par un détournement de tête, une fermeture de bouche très serrée, un réflexe hyper-nauséeux à la moindre tentative d'approche de la zone orale... (15).

L'alimentation artificielle a également pour conséquence de perturber le rythme faim/satiété et veille/sommeil.

Enfin, l'aspect relationnel, affectif, kinesthésique accompagnant tout repas fait également défaut et la relation mère-enfant est perturbée par l'impossibilité pour la maman d'assurer son rôle nourricier (16).

### **3.5 Perturbation du processus d'attachement**

Dans un contexte de prématurité, la mère et son bébé ont un parcours difficile qui retentit sur le lien mère-enfant (ou dyade mère-enfant). En effet, la prématurité sépare physiquement la mère de son enfant, puisque dans le meilleur des cas ils se trouvent dans le même établissement mais dans des services différents (obstétrique et néonatal). Les parents se retrouvent dans un environnement inconnu et angoissant. L'incubateur, le respirateur pour une ventilation assistée, les électrodes de surveillance pour le monitoring, la sonde d'intubation, les lunettes à oxygène, le cathéter, la sonde naso-gastrique... sont autant de barrières plus ou moins difficiles à franchir, pour les parents, pour approcher leur bébé.

Dès la naissance, la mère est séparée de son enfant. Elle doit laisser son bébé à l'équipe soignante et elle ne peut assurer les premiers soins ainsi que son rôle de mère nourricière, qui participent à l'élaboration de la relation mère-enfant.

Après la naissance, la mère doit également faire le deuil de l'enfant qu'elle avait imaginé. Elle est psychologiquement éprouvée. Au stress et à l'anxiété, vis-à-vis du bébé, s'ajoutent des sentiments d'impuissance et de culpabilité. La mère a le sentiment que ses compétences maternelles sont remises en cause.

Toutes ces caractéristiques de la dyade mère-enfant peuvent alors interférer sur la croissance du bébé, son développement moteur, son développement social et affectif futur, ainsi que certaines capacités de langage et d'apprentissage. D'après une étude canadienne réalisée en 2003 (17), « les enfants nés prématurément vivent, au cours de leur première année, dans un contexte moins propice à développer une relation d'attachement sécurisante que les enfants nés à terme ». Les difficultés d'attachement des parents au nouveau-né prématuré peuvent être à l'origine de maltraitance future. La prématurité est reconnue comme un facteur de risque à la maltraitance. On estime que 20% environ des enfants maltraités sont nés prématurément (18).

Aujourd'hui, on s'efforce de favoriser la rencontre entre la mère et le nouveau-né tout en respectant les exigences de soin du bébé. Il existe différentes méthodes pour préserver le contact mère-enfant. Notamment les soins de développement qui englobent l'ensemble des méthodes comportementales (suction non nutritive, enveloppement...) et environnementales (contrôle des niveaux sonores et lumineux...) dont le but est d'aider le développement harmonieux de l'enfant né avant terme. C'est une approche plus globale du bébé prématuré destinée à favoriser la relation parents-enfant et l'intégration des parents dans le service. Les soins sont centrés sur la famille et non pas les soignants. Les parents trouvent ainsi leur place essentielle au côté de leur enfant. Les parents sont considérés comme les personnes les plus appropriées pour soutenir leur bébé, le comprendre et lui apporter tous les soins de la vie quotidienne.

Ainsi, des périodes de peau à peau (figure 3), consistant à placer l'enfant nu sur la poitrine nue de la mère, peuvent faciliter le comportement d'attachement et les interactions entre la mère et son bébé par le biais de stimuli sensoriels tels que le toucher, la chaleur et l'odeur. De plus, il est aussi considéré comme un élément essentiel d'une initiation réussie de l'allaitement maternel.



Figure 3 : peau à peau

L'allaitement, souvent impossible dans un premier temps, en cas de naissance prématurée, représente également un mode d'interaction majeur entre une maman et son bébé. Il contribue à installer une relation privilégiée et renforce chez la mère le comportement maternel. Si l'allaitement direct n'est pas possible, la maman peut toutefois recueillir son lait pour le donner à son bébé par l'intermédiaire de la sonde naso-gastrique. La mise au sein précoce du bébé est aussi réalisée pour faciliter l'allaitement. Par exemple, après le peau à peau, l'enfant peut être mis au sein. Ce contact lui permet d'exercer sa succion, de s'habituer au sein, d'abord pour le plaisir, puis pour s'alimenter.

Dans ce chapitre, il est principalement détaillé l'attention portée envers la maman pour favoriser le lien « mère-enfant ». Il est bien entendu que les papas ont également un rôle important auprès de leur bébé. Ils sont intégrés au cours des soins et peuvent aussi prendre leur enfant en peau à peau.

## **4 La stimulation de l'oralité au CHU de Nantes**

### **4.1 Contexte de prise en charge**

La prise en charge de l'oralité est habituellement attribuée aux orthophonistes, et c'est dans ce domaine, que l'on retrouve le plus de références bibliographiques. Cependant, il y a peu d'orthophonistes en milieu hospitalier et en particulier en néonatalogie. C'est dans ce contexte qu'au CHU de Nantes, dans les services de réanimation et de soins intensifs de néonatalogie, la stimulation de l'oralité ainsi que

l'éducation des parents à cette technique a été confiée aux masseurs-kinésithérapeutes. L'article n°5 du décret des compétences indique que : « le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation de la motilité faciale, de la mastication et de la déglutition ». Nous ne sortons donc pas de notre champ de compétences dans cette prise en charge.

Il y a 3 ans, dans le cadre de la réalisation d'un précédent mémoire masso-kinésithérapique (19), un livret d'accompagnement a été élaboré devant servir de support aux masseur-kinésithérapeutes dans l'apprentissage de la stimulation de l'oralité aux parents (*annexe 1*). Ce livret est révisé régulièrement en fonction de l'évolution de la pratique dans les services.

#### **4.2 Modalités de la stimulation de l'oralité**

Le programme de stimulation de l'oralité s'adresse aux enfants prématurés dès leur naissance. Il est réalisé avec des nouveau-nés en nutrition artificielle, avant le passage à une alimentation autonome ou lorsque l'alimentation par voie orale est encore un peu difficile.

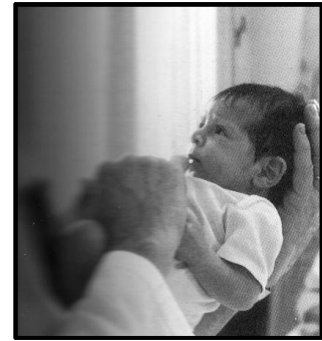
Dans le cadre des soins de développement, nous respectons les phases d'éveil de l'enfant, nous ne le réveillons jamais pour le stimuler. En effet, c'est pendant les phases de sommeil profond qu'il fabrique les hormones nécessaires à sa croissance staturo-pondérale (poids + taille).

Il faut que l'enfant soit stable sur le plan hémodynamique au moment de la séance (saturation en oxygène, rythmes cardiaque et respiratoire normaux). Il doit également être calme. Si l'enfant pleure ou manifeste des sensations de mal être (crispation du visage et des membres, grimaces, agitations...), des manœuvres d'enveloppement lui seront alors proposées, dans un premier temps, pour le rassurer et l'apaiser.

Les stimulations sont réalisées avant ou au début de chaque repas. Quelques gouttes de lait sur le doigt ou un coton tige peuvent être utilisées pour stimuler l'odorat et le goût du nouveau-né. Ces stimulations ont pour but de créer un « rituel » de début d'alimentation. En effet, les stimulations vont lui permettre d'associer le fait de sentir l'odeur et le goût du lait, de saliver, téter et déglutir à l'alimentation et au remplissage de son estomac.

De plus, la bouche n'est pas un organe isolé, elle fait partie du système digestif. En temps normal, dès que les premières déglutitions commencent, les péristaltismes oropharyngés et oesophagiens déclenchent l'activité gastrique et le pylore ferme l'accès au duodénum. Mais quand la bouche et l'oesophage sont court-circuités (comme c'est le cas avec la sonde naso-gastrique), le bolus arrive directement dans l'estomac qui est, comme le pylore, au repos. Le lait passe alors trop vite et trop massivement dans le duodénum et cela peut être la cause de douleur, vomissement, nausées. Ainsi, grâce aux stimulations qui vont induire des déglutitions de salive, nous restaurons les réactions en chaîne de la digestion. Le nouveau-né supporte mieux l'alimentation par sonde et digère mieux (20).

La position de l'enfant est très importante pour que les stimulations soient efficaces (figure 4). Il est positionné en « enroulement », de préférence face à nous afin d'établir un contact visuel avec le nouveau né. On place l'une de nos mains sous sa tête pour que celle-ci soit légèrement fléchie, ceci facilitant les mouvements physiologiques du pharynx lors de la déglutition (21). Ses jambes sont positionnées en triple flexion en appui contre notre abdomen ou contre un coussin afin que l'enfant se sente bien enveloppé et en sécurité.



**Figure 4 : position favorisant l'examen de la motricité bucco-faciale et les stimulations éducatives (21)**

Des règles d'hygiène sont à respecter : port de surblouse, lavage des mains à l'eau et au savon, ongles propres et courts et absence de bijoux. Il sera également préférable d'exclure le port de gants, car ils donnent une texture et un goût peu agréables pour l'enfant. Cependant ils pourront être utilisés en cas d'infection de l'enfant (exemple : germe au niveau ORL).

Les stimulations sont des gestes proposés au bébé et non imposés. Il ne s'agit pas d'un soin supplémentaire mais d'un moment d'échange et de plaisir (autant pour l'enfant que pour les parents lorsque ces derniers réalisent les stimulations).

La séance de stimulations est interrompue dans les cas suivants :

- variables perturbées (désaturation, tachycardie, bradycardie, apnée)
- l'enfant montre des signes d'inconfort ou de douleur (hoquet, bâillement, cris, pleurs, crispation du visage ou des membres, grimaces, agitations, réflexe nauséeux)
- l'enfant s'endort

Les stimulations sont douces, respectueuses et lentes. Les contacts se réalisent sous formes de pressions glissées appuyées et non d'effleurages qui pourraient être perçus comme désagréables pour le prématuré trop sensible. Les stimulations sont adaptées aux réactions de l'enfant ainsi qu'à son environnement (CPAP nasale, impossibilité de sortir le nouveau-né de la couveuse...). Les communications verbales et non verbales sont utilisées pour la relation et les interactions avec l'enfant afin de le rassurer, le détendre et l'encourager.

### **4.3 Déroulement d'une séance de stimulation de l'oralité**

#### **4.3.1 La prise de contact**

Ce premier temps est essentiel. Il faut au préalable avoir bien installé l'enfant comme décrit précédemment. Il doit se sentir bien enveloppé et rassuré. Ensuite on exerce des petits massages circulaires dans la paume de la main tout en parlant et en regardant l'enfant. Puis on remonte doucement le long du bras jusqu'à l'oreille et on lui caresse le front et la tête. Cette prise de contact permet de prévenir l'enfant de ce que l'on va lui faire et de ne pas aborder la région buccale d'emblée.



#### 4.3.2 Les stimulations péribucales

Nous recherchons ensuite les réflexes archaïques jouant un rôle dans l'alimentation orale :

- Le réflexe de foussement (figure 5): Il permet au bébé de diriger sa tête vers la source nourricière (sein ou biberon). Celui-ci n'est pas encore automatisé chez les grands prématurés, il faut donc le stimuler. Pour se faire, on exerce une pression glissée qui s'étend du tragus de l'oreille jusqu'à la commissure labiale. La réponse attendue est une déviation de la tête ou de la bouche vers le côté stimulé et donc vers le doigt comme si l'enfant allait chercher le mamelon de sa mère.

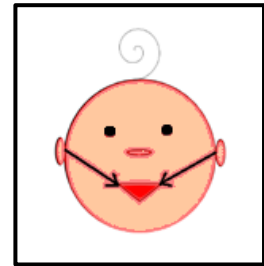


Figure 5 : stimulation du réflexe de foussement

Cette stimulation permet également d'exciter le nerf facial (le 7 bis), et provoque ainsi un afflux de salive dans la bouche, déclenchant un mouvement de déglutition.

- Le réflexe des points cardinaux (figure 6) : La stimulation des points cardinaux, consiste à exercer des pressions avec un doigt dans la zone péri-orale, sur les 4 coins de la bouche. Cette stimulation est toujours préparatrice à la succion. La réponse attendue, pour les points cardinaux latéraux, est une orientation de la tête du bébé vers le côté de la stimulation, tout comme lors de la tétée, lorsque le mamelon est proche des lèvres. On observe alors une légère ouverture de la bouche et une avancée des lèvres et de la langue.

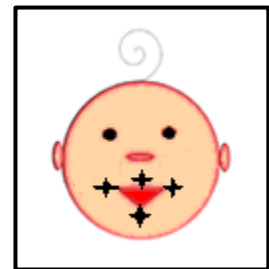


Figure 6 : stimulation des points cardinaux

Pour la stimulation du point cardinal supérieur, on exerce une petite pression statique au milieu de la lèvre supérieure. La réponse attendue est une élévation de la lèvre supérieure et une extension de la tête. Cependant cette stimulation n'est pas toujours réalisable à cause de l'aide respiratoire (CPAP...).

Pour le point cardinal inférieur, de petites pressions glissées de haut en bas sont réalisées afin de stimuler le muscle de la houppe du menton qui permet l'avancée de la lèvre inférieure.

Si l'enfant ouvre la bouche, nous allons pouvoir commencer les stimulations intra-buccales. Si ce n'est pas le cas, on passe notre doigt sur ses lèvres d'un coin à l'autre ou l'on réalise un massage circulaire de l'extérieur des joues.

- Massage circulaire de l'extérieur des joues (figure 7): cette manœuvre est plus particulièrement utilisée lorsque l'enfant est trop crispé et que sa bouche ne s'ouvre pas. On exerce des petites pressions circulaires au niveau des joues afin de



Figure 7 : massage circulaire des joues



détendre les muscles responsables de l'occlusion de la bouche (buccinateur, orbiculaire des lèvres...).

#### **4.3.3 Les stimulations intra-buccales**

- Le réflexe de protrusion ou d'avancement de la pointe de langue : Le massage de l'intérieur des lèvres provoque le réflexe d'avancement de la pointe de la langue (aussi appelé réflexe de Hooker). Le nouveau-né est amené à aller toucher l'endroit stimulé avec sa langue. Chez les prématurés, ce réflexe est assimilé à un mécanisme de survie, le bébé repoussant l'objet pour éviter son inhalation.
- Le réflexe de rotation de la langue : le massage des gencives entraîne le déplacement et l'orientation de la langue vers le côté stimulé. Il travaille l'aptitude de rotation latérale de la langue qui sera utile plus tard dans la mastication et qui prévient l'hypersensibilité buccale.
- Massage circulaire de l'intérieur des joues : le massage de l'intérieur des joues se fait par des mouvements rotatifs et est réalisé pour augmenter la tonicité jugale.
- Le réflexe de succion : la pulpe de l'auriculaire est placée sur le milieu de la langue et le doigt appuie légèrement sur celle-ci afin qu'elle se place en gouttière. Puis, on réalise des petits mouvements postéro-antérieurs pour provoquer la fermeture des lèvres autour du doigt ainsi que pour recréer le mécanisme péristaltique de la langue lors de la succion. Si rien ne se passe, on pivote le doigt pour coller la pulpe au niveau du palais, là où se situe la zone du réflexe de succion. Pour favoriser son déclenchement, on peut aussi réaliser des petites caresses au niveau du palais. Quand la succion se manifeste, on retourne le doigt, ce qui permet d'apprécier la succion (positionnement de la langue en gouttière, péristaltisme lingual, rythme, force d'aspiration du doigt...). Lorsque la succion cesse, on recommence la stimulation afin de redéclencher des trains de succion, tout en respectant les temps de pauses nécessaires au bébé.

Pour finir, on termine la séance de stimulation de l'oralité par des caresses sur le visage et la tête, tout en parlant et félicitant l'enfant afin de le quitter apaisé et sécurisé.

Lors des séances, nous sommes vigilants à ne pas déclencher l'apparition du réflexe nauséeux. Chez le nouveau-né à terme, ce réflexe est sur la partie antérieure de la langue. Grâce à la tétée au sein ou au biberon, il va naturellement reculer jusqu'au niveau des piliers du voile du palais ou à la base de la langue. Chez le nouveau-né prématuré, du fait des dystimulations à répétition de la zone orale en lien avec l'équipement (CPAP, intubation, aspiration...) et du fait de l'absence de stimulations positives, ce réflexe peut rester antérieur. De plus, avec les stimulations

désagréables et nociceptives inhérentes aux soins ce dernier peut même se renforcer : c'est ce qu'on appelle un réflexe hyper-nauséeux (ou syndrome de dysoralité sensoriel) (13).

#### **4.4 Implication des parents**

L'intégration des parents dans un protocole de stimulation de l'oralité est très importante. D'une part car ce n'est pas en 10 ou 15 minutes de stimulations par jour que celles-ci seront efficaces pour le nouveau-né prématuré. C'est pourquoi, il est proposé aux parents de reprendre les exercices avec leur bébé chaque fois qu'ils en ont envie et que ce dernier y est disposé. L'idéal serait de le faire avant chaque repas. D'autre part, la stimulation de l'oralité va permettre aux parents de les inciter à devenir actifs dans la prise en charge de leur bébé en les impliquant dans ces stimulations. Ils peuvent ainsi compenser leur frustration de ne pouvoir alimenter eux-mêmes leur enfant et renforcer le lien d'attachement.

#### **4.5 Objectifs/Intérêts de la stimulation de l'oralité**

Dans un premier temps, la stimulation de l'oralité va permettre à l'enfant prématuré de réinvestir positivement sa sphère oro-faciale. En effet, avec les techniques d'assistance à la respiration et à l'alimentation qui sont intrusives et encombrantes, ainsi que les multiples soins (aspiration, installation d'une sonde naso-gastrique...), l'investissement positif de la sphère orale est entravé. De ce fait, la zone orale devient une zone d'agression au lieu d'une zone de plaisir.

Elle va également permettre à l'enfant prématuré, grâce au phénomène de plasticité cérébrale, d'améliorer sa motricité bucco-faciale ainsi que la tonicité et la sensibilité des muscles jouant un rôle dans la succion-déglutition.

Comme évoqué précédemment, la stimulation de l'oralité, du fait de l'implication des parents, va les inciter à devenir actifs dans la prise en charge de leur bébé. Elle va favoriser l'établissement du lien d'attachement qui unit la mère à son enfant en multipliant les interactions en eux.

A plus long terme, sachant que 40 à 70% des anciens prématurés présenteront des difficultés d'alimentation durant la petite enfance, la stimulation précoce de l'oralité aura pour but de prévenir ces futures difficultés. De plus, l'oralité alimentaire et l'oralité verbale sont intimement liées (16). Les muscles sollicités pour l'alimentation sont les mêmes que pour la phonation. Ainsi, on réduira l'apparition de troubles du langage et on permettra une meilleure entrée dans la parole.

### **5 Analyse de la littérature**

Aujourd'hui, les bénéfices de la stimulation de l'oralité chez le prématuré pour acquérir une alimentation orale stable et efficace, ont été démontrés par de nombreuses études.

- En 2005, S. Fusile (22) a observé que la stimulation orale non-nutritive de 15 minutes par jour pendant 10 jours consécutifs, introduite 48h après cessation

de la ventilation assistée et avant l'introduction de l'alimentation par voie orale, a accéléré d'une semaine la période requise par des prématurés pour passer de l'alimentation entérale à l'alimentation orale.

- En 2008, R.E Pfister (11) a réalisé une étude sur des enfants prématurés hospitalisés en soins intensifs et répartis en 3 groupes. Le premier groupe bénéficie de mise en forme du corps en enroulement avant les repas et de règles de transition normalisées pour le passage d'une alimentation par sonde à une alimentation active. Le 2e groupe en plus des mises en forme et des règles de transition bénéficie avant le repas de stimulations péri-orales et orales. Enfin le 3e groupe est le groupe témoin, et ne bénéficie d'aucun des critères cités précédemment.

Les résultats mettent en évidence un début d'alimentation orale plus tôt de 4,5 jours pour le G1 et de 6,2 jours pour le G2 par rapport au groupe témoin. De plus, si la CPAP est gardée plus de 7 jours, celle-ci n'a presque aucune conséquence dans les groupes 1 et 2, alors qu'elle retarde de 11 jours l'acquisition alimentaire orale dans le groupe témoin.

Ainsi, ces études soulignent l'importance des stimulations bucco-faciales, qui diminues significativement le temps d'acquisition de l'autonomie alimentaire.

Cependant à l'heure actuelle, il n'existe aucun consensus concernant la prévention et la prise en charge des troubles de l'oralité des nouveau-nés prématurés, et l'on retrouve des disparités à ce sujet dans la littérature.

Quatre articles ont été sélectionnés pour illustrer ces différences :

- Article 1, intitulé : « *La prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie* » (23), issue de la revue ORTHOMagazine. Il a été écrit par une orthophoniste qui exerce en néonatalogie au Centre Hospitalier d'Argenteuil.
- Article 2, intitulé : « *La prématurité ou l'oralité troublée* » (24), est un dépliant sur un programme de stimulation de l'oralité, élaboré par une étudiante en orthophonie dans le cadre de son mémoire de fin d'études.
- Article 3, intitulé : « *Stimulation de l'oralité et grande prématurité* » (2), issue de la revue Rééducation Orthophonique. Il a été écrit par un kinésithérapeute-ostéopathe et 2 médecins de néonatalogie du Centre Hospitalier Régional d'Orléans.
- Article 4, intitulé : « *Les troubles de l'oralité chez le nouveau-né* » (25), issue de la revue Soins Pédiatrie-Puériculture. Il a été écrit par une cadre infirmière supérieure.

Le tableau suivant reprend quelques critères qui diffèrent dans ces articles et qui illustrent les disparités de prise en charge de l'oralité :

Tableau III : tableau illustrant des disparités dans la littérature concernant la stimulation de l'oralité

|                                           | Article 1                                                                                                             | Article 2                                                               | Article 3                                                                                                         | Article 4                                                                                     |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qui pratique la S.O ?                     | <b>orthophoniste</b>                                                                                                  | <b>orthophoniste</b>                                                    | <b>thérapeute</b>                                                                                                 | <b>équipe soignante</b>                                                                       |
| Début de la S.O ?                         | - <b>25 SA</b> concernant les stimulations péri-buccales<br>- <b>30 SA</b> concernant les stimulations intra-buccales | Lorsque l'enfant est stabilisé médicalement, à partir de <b>32 SA</b>   | Enfants prématurés à partir de <b>28-30 SA</b> , et après avoir retrouvé les critères de maturation neurologiques | Nouveaux-nés prématurés entre <b>30 et 34 SA</b>                                              |
| Durée de la séance de S.O ?               | <b>10-15 minutes</b>                                                                                                  |                                                                         | - <b>max 6 minutes</b><br>- <b>min 3 minutes</b>                                                                  | Environ <b>10 minutes</b>                                                                     |
| Comment sont les stimulations ?           | - <b>manuelles</b> en péri-buccale<br>- <b>doigt désinfecté</b> ou <b>guide langue stérilisé</b> en intra-buccale     | <b>Manuelles</b> en péri et intra-buccale                               | <b>Pinceaux de soie</b> de 3 formes différentes en fonction du territoire à stimuler                              | <b>Doigt ganté</b> en péri et intra-buccal                                                    |
| Fréquence des stimulations ?              | <b>1 fois par jour + lorsque les parents en ont envie</b>                                                             | <b>Plusieurs fois par jour</b>                                          | <b>Tous les jours, 2 fois par 24h</b>                                                                             | <b>3 fois par jour, 5 jours sur 7</b>                                                         |
| A quel moment réaliser les stimulations ? | Autour des <b>moments de soins</b> ou pendant des <b>périodes de sommeil agité</b>                                    | <b>Avant l'alimentation</b> ou <b>pendant la nutrition artificielle</b> |                                                                                                                   | <b>30 à 90 minutes avant une tétée, avant le début d'essais de mise au sein ou au biberon</b> |

|                         |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   |                              |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Objectif(s) de la S.O ? | Développer l'oralité, l'éveil et le renfort du lien mère-enfant | - maturation plus rapide du <b>réflexe succion-déglutition-respiration</b> afin de <b>sevrer</b> au plus tôt le <b>bébé de sa sonde</b><br>- <b>prévenir les troubles alimentaires</b> et aider à <b>associer l'alimentation au plaisir</b> | <b>Autonomie alimentaire</b> et espérer <b>réduire la durée d'hospitalisation</b> | <b>Autonomie alimentaire</b> |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|

## 6 Enquête nationale

Une enquête est une recherche méthodique qui vise à collecter des informations sur un sujet précis. Elle est réalisée au sein d'une population définie par l'opérateur. Dans le cadre de cette enquête, le support utilisé est un questionnaire.

### 6.1 Hypothèse de départ

La prise en charge de l'oralité dans les services réanimation et soins intensifs de néonatalogie est une pratique qui se répand de plus en plus, notamment avec l'avancée des soins de développement. Cependant, il existe une pauvreté de publications à ce sujet, notamment dans le domaine de la kinésithérapie. Aujourd'hui, on trouve la majorité de ces articles dans des revues orthophoniques, avec souvent, des disparités comme décrit précédemment. Au CHU de Nantes, ce sont les masseur-kinésithérapeutes qui sont chargés de réaliser la stimulation de l'oralité sur les nouveau-nés prématurés. C'est pourquoi, il semble intéressant de savoir comment est prise en charge l'oralité dans les autres CHU de France :

- Le personnel soignant est-il sensibilisé à l'oralité? La stimulation de l'oralité est-elle réalisée avec le nouveau-né prématuré dans ces services? Par quel(s) professionnel(s) ?
- Quels sont les modalités et le déroulement d'une séance de stimulation ?
- Quelle est la place des parents dans cette prise en charge ?

### 6.2 Choix du questionnaire

Le questionnaire en ligne paraît être le meilleur moyen d'interroger un nombre important d'opérateurs, sans avoir à les rencontrer. De cette manière, l'opérateur n'est pas influencé par l'enquêteur. La fiabilité des résultats est alors augmentée, par rapport à ceux résultant d'un entretien entre l'opérateur et l'enquêteur.

### **6.3 Méthodologie de l'enquête**

Le questionnaire en ligne (*annexe 2*) « *Prévention et prise en charge des troubles de l'oralité du NOUVEAU-NE PREMATURE* » a été envoyé aux services de réanimation et soins intensifs de néonatalogie des maternités de niveau III des différents CHU de France.

Une maternité de niveau III est définie par sa capacité à prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins très importants, avec risques vitaux, donc associée à une unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale.

Un courrier (*annexe 3*) présentant le questionnaire a été adressé au cadre de santé du service afin qu'il puisse transmettre l'information aux différents personnels soignants concernés par la prévention et la prise en charge de l'oralité (puéricultrices, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, infirmières...).

### **6.4 Le questionnaire en ligne**

Le questionnaire est composé de quatre parties et comprend 38 questions.

La première invite le professionnel à indiquer l'établissement, le service et sa profession. Ensuite, il lui est demandé s'il réalise ou non la stimulation de l'oralité (S.O) et s'il porte une attention particulière à celle-ci au cours de sa pratique professionnelle. Si la personne interrogée ne pratique pas la S.O, alors elle ne remplit que cette unique partie. Dans le cas où elle réalise la S.O, elle continue avec la deuxième partie.

La deuxième partie, composée de 15 questions, concerne les modalités de la stimulation de l'oralité : formation du professionnel, protocole utilisé, limite d'âge, critères pour débiter, moment de réalisation, type de stimulation, fréquence, éducation des parents...

La troisième partie, comportant 14 questions, concerne le déroulement d'une séance de stimulation de l'oralité ; bilan utilisé, critères d'observation, réactions recherchées, techniques utilisées, évaluation de la succion, durée d'une séance, critères d'arrêt de la S.O...

Enfin la dernière partie est consacrée à une conclusion du questionnaire et comporte 3 questions. Il est demandé pour chacun leur définition du mot « oralité », leur(s) objectif(s) recherché(s) avec la S.O et si leur service est certifié ou non NIDCAP.

### **6.5 Les résultats**

Au total, 19 professionnels de santé de 9 CHU différents (*annexe 4*) ont répondu au questionnaire :

- 8 masseurs-kinésithérapeutes
- 5 infirmières
- 4 puéricultrices
- 1 orthophoniste
- 1 psychomotricienne

### 6.5.1 Données générales sur la prise en charge de l'oralité

Sur les 19 professionnels, 17 pratiquent la stimulation de l'oralité, un en a seulement entendu parler et pour l'autre c'est un futur projet. Cependant sur les différents CHU interrogés, il y a au moins un professionnel de santé qui s'occupe de l'oralité dans le service.

Des groupes de travail sur l'oralité sont instaurés à 67% dans les services des différents CHU (6/9). Un « référent oralité » est instauré à 89% dans ces services (8/9). Ils sont majoritairement des kinésithérapeutes 50%, mais il y a aussi des infirmières/puéricultrices à 38%, des orthophonistes à 25% et des psychomotriciens à 13% (puisque parfois il y a plusieurs référents oralité dans le service).

En règle générale, il est porté une attention à l'oralité du nouveau-né prématuré :

- A 89 % au cours de l'alimentation : tétine donnée à l'enfant au début de l'alimentation par sonde ou gastrostomie (17/19)
- A 68% au cours des soins : aspirations, mise en place d'assistance respiratoire... (13/19)
- mais aussi au cours des séances de kinésithérapie respiratoire et dans le positionnement du bébé facilitant l'accès de ses mains à sa bouche

La prise en charge de l'oralité est réalisée en pluridisciplinarité (figure 8), puisque dans la majorité des CHU interrogés (8/9), elle est réalisée par différents professionnels (en moyenne 2,8 professions différentes). Les équipes intervenant dans le domaine de l'oralité sont composées de masseurs-kinésithérapeutes dans 89% des cas (8/9), de puéricultrices dans 78% (7/9), de psychomotriciens dans 44% (4/9) et d'orthophonistes et d'infirmières dans 33% (3/9).

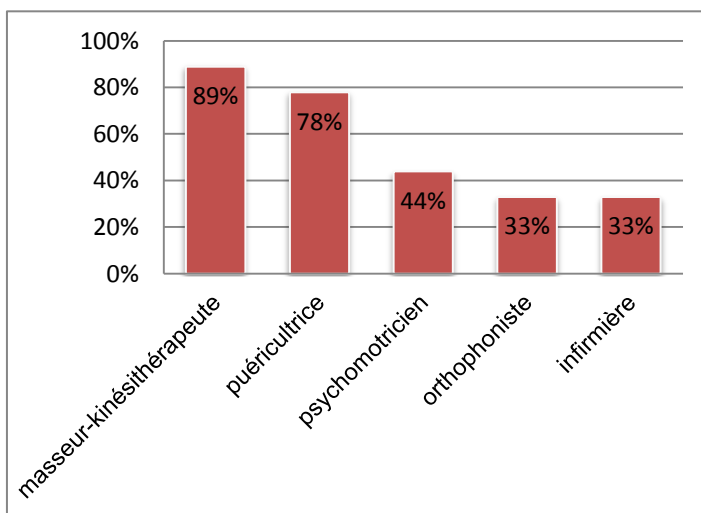


Figure 8 : composition pluridisciplinaire des équipes prenant en charge l'oralité

### 6.5.2 Modalités sur la stimulation de l'oralité

Seulement 53% des thérapeutes réalisant la S.O (9/17), à reçu une formation à la stimulation de l'oralité. Ces formations sont diverses et variées :

- Dysphagie et trouble de l'oralité (C. Senez)
- Soins sensori-moteurs (A. Bullinger)
- Consultante en lactation
- Les fonctions de la face (C. Thibault)
- CAMPS de Villeneuve d'Ascq
- Association miam miam
- Soins de soutien au développement (M. Martinez)

Certains ont également été formé par l'orthophoniste, le masseur-kinésithérapeute ou le pédiatre de leur service.

La stimulation de l'oralité est pratiquée à 76% depuis moins de 5 ans (13/17). Seulement 24% la pratique depuis plus de 5 ans (figure 9).

Concernant le protocole, 70% d'entre eux en utilise un (12/17). Ils sont également divers et variés, et la plupart utilise des protocoles internes à leur service :

- Le protocole du CAMPS de Roubaix
- Protocole interne de stimulation bucco-faciale au CHU de Nancy
- Protocole interne au CHU de Saint-Etienne
- Protocole interne au CHU de Nantes

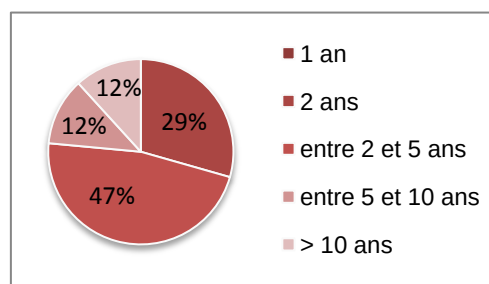


Figure 9 : nombre d'années de début de pratique de la S.O

Dans 82% des cas, la décision de débuter la stimulation de l'oralité est prise à la demande de l'équipe soignante (14/17), c'est-à-dire que plusieurs partenaires de soins prennent cette décision après s'être concertés ensemble (figure 10).

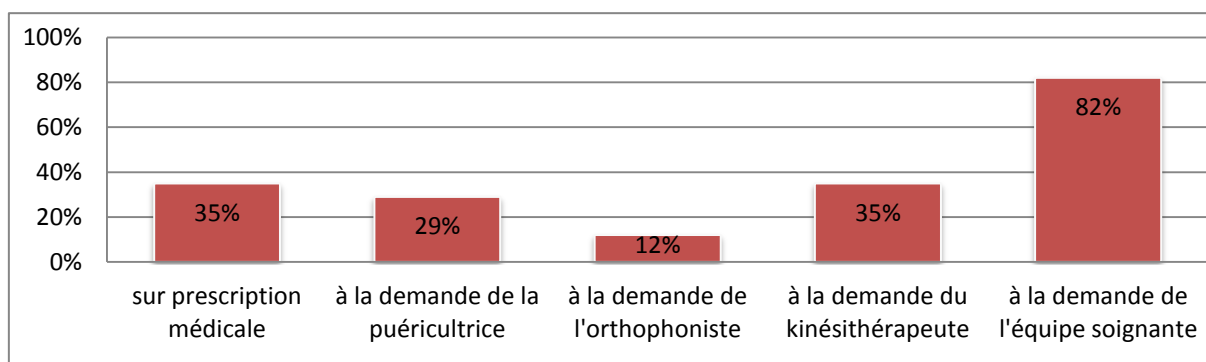


Figure 10 : décision de débuter la stimulation de l'oralité

Seulement 3 ont un âge limite pour débuter la stimulation de l'oralité. Deux d'entre eux ont pour limite 32 SA et l'autre 28.

Pour débuter la stimulation de l'oralité, 65% estiment qu'il faut que l'enfant soit stable sur le plan cardio-respiratoire (11/17), 29% qu'il soit stable sur le plan digestif (5/17) et 29% après avoir trouvé des signes cliniques de maturation neurologique (5/17). Certains ont rajouté qu'il faut s'adapter aux capacités de l'enfant et son évolution, ainsi qu'à son âge neurologique et qu'il n'y a pas de limite dans la mesure où l'on respecte l'enfant.

La stimulation de l'oralité est utilisée dans différentes situations et elle peut en regrouper plusieurs à la fois (figure 11). Elle est utilisée à 76% lorsque des difficultés à passer d'une alimentation passive à une alimentation active par voie orale sont identifiées (13/17). Elle est également pratiquée à 71% lorsque l'enfant est alimenté par voie orale mais que la succion manque d'efficacité (12/17), à 65% systématiquement en préventif des troubles de l'oralité (11/17) ou encore à 59% pour



favoriser et/ou retrouver le plaisir de l'oralité (10/17). Il a également été rajouté lorsque l'enfant a un RGO (reflux gastro-oesophagien), un hypernauséux, un retard moteur global avec des troubles de l'oralité, les fentes palatines, une trisomie 21, et pour renforcer le lien mère-enfant.

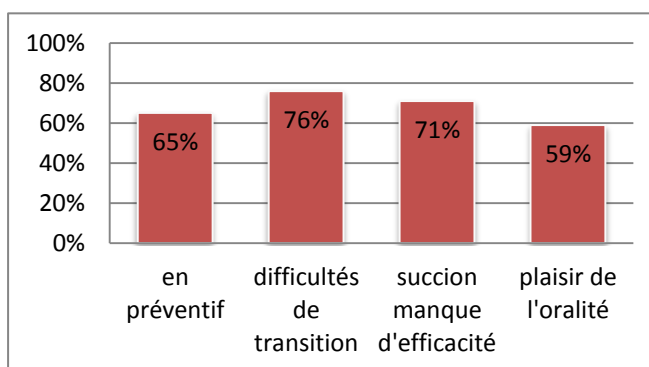


Figure 11 : situations dans lesquelles sont utilisées les stimulations oro-faciales

Environ la moitié des thérapeutes (9/17) ne pratique pas les stimulations sur des nouveau-nés en ventilation invasive, 8 d'entre eux le font lorsqu'ils sont sous ventilation non-invasive et 1 seul uniquement lorsque l'enfant ventile spontanément.

Près de 76% des thérapeutes (13/17), ne réalisent pas les stimulations sur des enfants sédatisés.

Les stimulations sont réalisées à horaires fixes pour environ 1/3 d'entre eux. Ils sont 100% à stimuler les nouveau-nés lorsqu'ils sont éveillés. Ils sont 53% à utiliser les moments de soins pour réaliser les stimulations (9/17), et 47% à utiliser parfois ces moments. Enfin, dans une grande majorité des cas, les stimulations sont réalisées avant l'alimentation (14/17) ou au début de l'alimentation (13/17). Seulement 5 les réalisent aussi en cours d'alimentation et un à la fin.

Les stimulations réalisées sont à 71% manuelles (12/17). Cependant 23% des thérapeutes utilisent les 2 techniques : manuelles et instrumentales (4/17). Seulement 1 personne ne réalise que des stimulations instrumentales (figure 12).

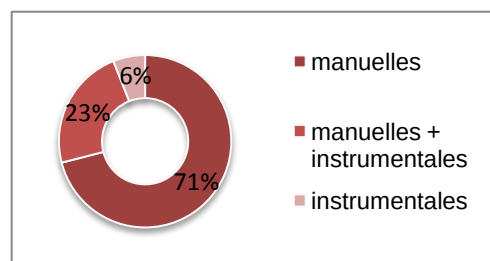


Figure 12 : types de stimulations utilisées

Pour les stimulations manuelles, ils sont tous d'accord d'avoir des mains désinfectées à l'eau et au savon (pas de solution hydro-alcoolique) ainsi que des ongles courts. Seulement 25% utilisent des gants pour réaliser les stimulations (4/16).

Pour les stimulations instrumentales, 100% utilise un coton-tige avec du lait (5/5). D'autres ustensiles sont également proposés mais beaucoup moins fréquemment (environ 20% des stimulations instrumentales), comme un pinceau spécial, un guide langue stérilisé, une seringue avec du lait ou encore un coton-tige avec une solution glucosée à 30%.

Pour 76% des thérapeutes, leur prise en charge de l'oralité ne diffère pas en fonction du mode d'alimentation orale (sein ou biberon) souhaité par les parents (13/17). Lorsque l'allaitement est souhaité, ils sont 24% (4/17) à favoriser la mise au sein lorsque la maman est présente. En cas d'absence maternelle, il est parfois proposé une alimentation à la tasse, au doigt-paille ou à la seringue.

Ils sont 71% à former les parents aux stimulations (12/17). Cependant ils ne les forment pas tous à toutes les stimulations :

- 12% aux stimulations exo et intra-buccales en présence du thérapeute (2/17)
- 18% aux stimulations exo-buccales uniquement et de façon autonome (3/17)
- 41% aux stimulations exo et intra-buccales de façon autonome (7/17)

Une fois les parents formés, ils sont 100% à continuer à voir les parents et le bébé.

Concernant la fréquence, on retrouve des disparités suivant la profession du thérapeute et même au sein d'une même profession :

Tableau IV : réponses obtenues concernant la fréquence de réalisation des stimulations suivant la profession

| Kinésithérapeutes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Infirmières / Puéricultrices                                                                              | Psychomotricien                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 à 2 fois/semaine</li> <li>➤ 1 fois/jour si possible</li> <li>➤ 1 à 3fois/semaine en fonction de la situation : préventive ou curative</li> <li>➤ Au cas par cas, selon les besoins de l'enfant et de sa famille</li> <li>➤ 1fois/jour, 5 jours/7</li> <li>➤ En fonction de l'enfant et de ses parents</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infirmière 4 à 6 fois/jour</li> <li>➤ Quotidiennement</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Variable, cela dépend du degré de besoin de l'enfant</li> </ul> |

### 6.5.3 Déroulement d'une séance de stimulation de l'oralité

Seulement 35% des thérapeutes utilisent un bilan de l'oralité (6/17). Encore une fois, divers bilans ont été cités (dont aucun n'a été validé scientifiquement) :

- Bilan perso
- Bilan fait maison (inspiré par C.Senez)
- Bilan kiné
- Diagramme de soin interne au service
- Propre au service, non validé au niveau national

Les critères d'observations de l'enfant avant la stimulation de l'oralité sont les suivants (figure 13) :

L'éveil de l'enfant est observé à 76% (13/17), s'en suit l'observation de la succion à 65% (11/17). L'APGAR (score utilisé pour évaluer les grandes fonctions vitales du nouveau-né) et l'EDIN (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né) ne sont utilisées que dans environ 1/3 des cas.

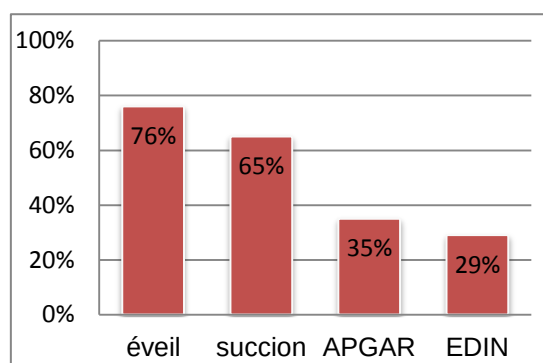
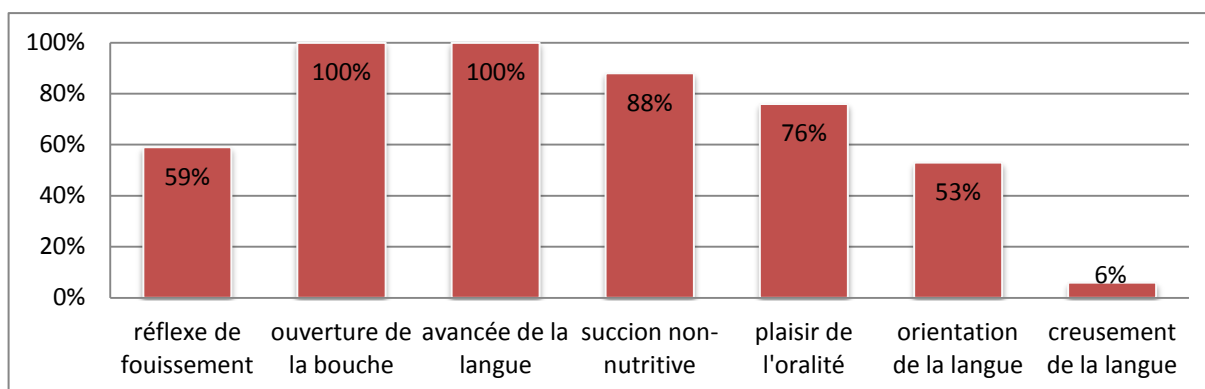


Figure 13 : critères d'observation du nouveau-né avant la stimulation de l'oralité

Au cours de la stimulation de l'oralité, le thérapeute va rechercher (figure 14) :

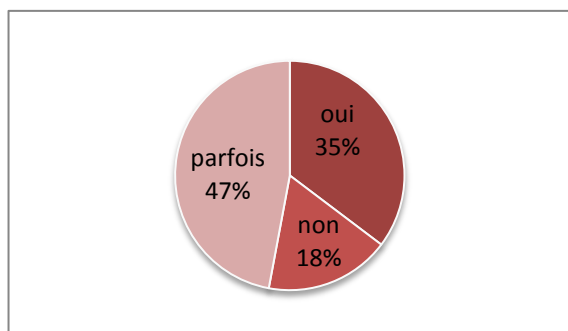


**Figure 14 : réactions de l'enfant recherchées**

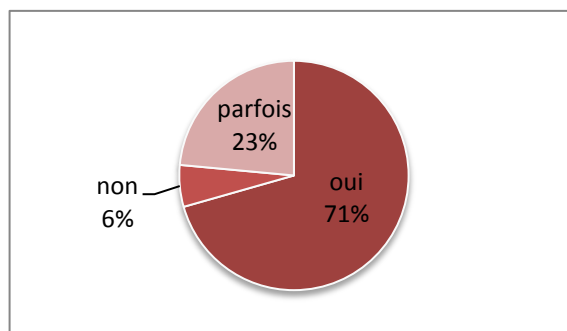
Certains ont rajouté : la mise en confiance de la maman, l'enroulement et la mise en forme du corps.

Des manœuvres d'enveloppement de l'enfant avant la séance sont utilisées la plupart du temps (figure 15).

Il est également souvent utilisé quelques gouttes de lait ou d'eau sucrée durant la séance afin de faire intervenir l'olfaction et le goût du nouveau-né (figure 16).



**Figure 15 : utilisation des manœuvres d'enveloppement**



**Figure 16 : utilisation de quelques gouttes de lait ou d'eau glucosée**

Un rituel d'approche pour ne pas aborder la zone orale directement est aussi pratiqué presque à chaque début de stimulation (figure 17).

Environ 82% des thérapeutes réalisent des manœuvres de massage sur le nouveau-né avant la stimulation de l'oralité (figure 18). Ils sont :

- 100% à masser le visage (14/14)
- 64% à masser les bras / les mains (6/14)
- 21% à masser les jambes / les pieds (3/4)

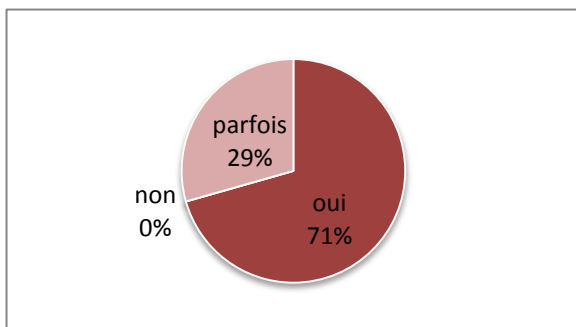


Figure 17 : réalisation d'un rituel d'approche de la zone orale

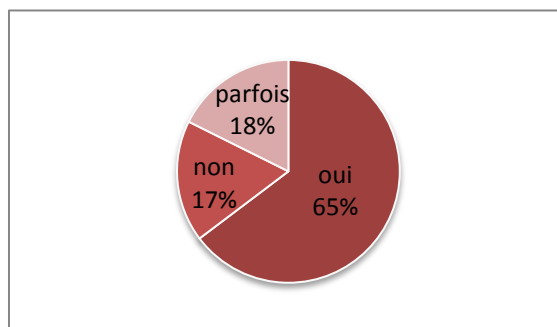


Figure 18 : réalisation de manœuvres de massage avant les stimulations

La totalité des thérapeutes parle aux nouveau-nés pendant la séance de stimulation de l'oralité.

La tétine peut être utilisée pendant la séance : 4 l'utilisent systématiquement, 12 parfois et 1 ne l'utilise jamais.

Pour l'évaluation de la succion, les thérapeutes vont s'appuyer sur différents critères :

- 88% évaluent la bonne position de la langue (15/17)
- 65% évaluent la coordination du réflexe succion-déglutition-respiration (11/17)
- 59% évaluent la force (10/17)
- 59% évaluent le rythme (10/17)
- un critère a été rajouté : 18% évaluent la fermeture des lèvres autour du doigt (3/17).

La durée d'une séance de stimulation est variable d'un thérapeute à l'autre (figure 19). Pour 41% d'entre eux, elle est de 3 à 6 minutes (7/17), puis pour 24% elle est de 6 à 10 minutes (4/17).

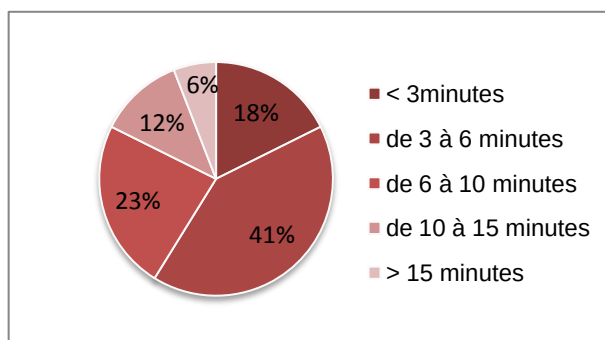
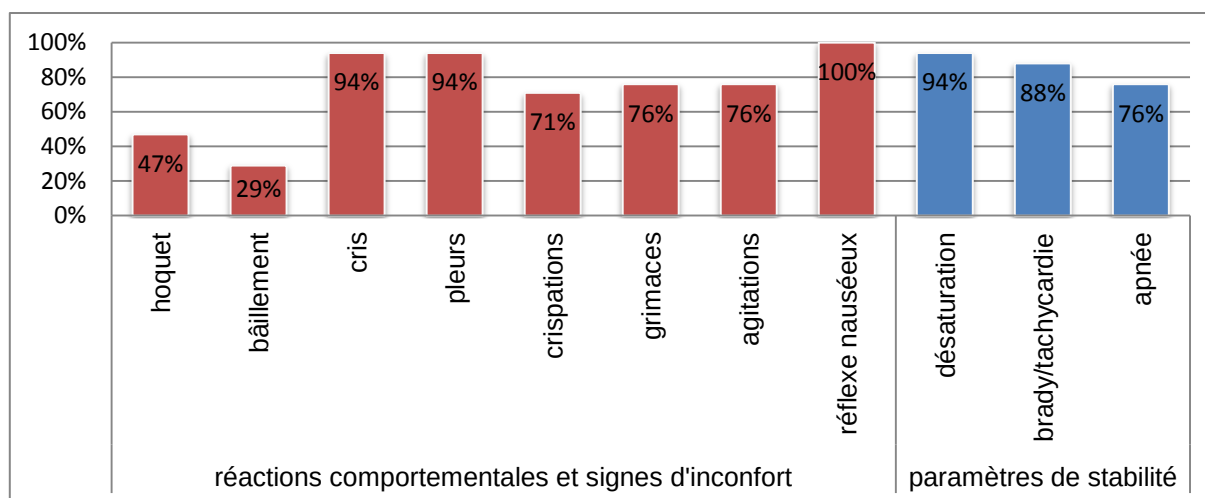


Figure 19 : durée d'une séance de stimulation

La totalité des thérapeutes arrêtent les stimulations en fonction des réactions comportementales et des signes d'inconfort de l'enfant (figure 20 en bordeaux). Elles sont systématiquement stoppées lors de l'apparition du réflexe nauséeux (17/17). Elles sont également stoppées à 94% lors de cris ou pleurs de la part du nouveau-né (16/17). La crispation du visage et des membres, les grimaces et l'agitation sont des critères utilisés à 74%. Le hoquet et le bâillement sont aussi des critères d'arrêt mais ne sont utilisés qu'à 38% par les thérapeutes. Il a été rajouté d'autres critères : l'apparition d'un RGO, l'absence de réaction de la part du bébé et la poussée de la langue.

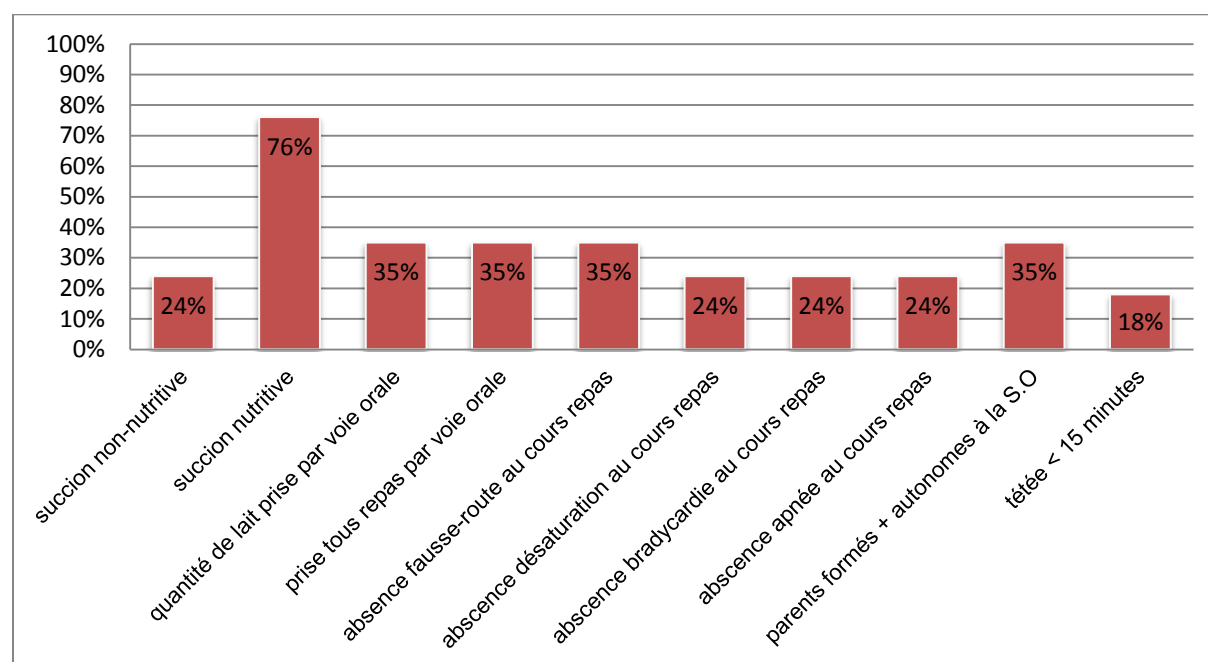
De la même façon, ils arrêtent les stimulations en fonctions des paramètres de stabilité (figure 20 en bleu) : désaturation, bradycardie ou tachycardie et apnée.



**Figure 20 : situations dans lesquelles sont stoppées les stimulations**

La totalité des thérapeutes observe la tétée au biberon ou au sein du nouveau-né.

Différents critères sont pris en compte pour arrêter la prise en charge de l'oralité. Principalement (pour 76% des thérapeutes), lorsque l'enfant a acquis une succion nutritive (13/17), mais la majorité combine plusieurs critères en même temps avant l'arrêt des stimulations (figure 21).



**Figure 21 : critères d'arrêt de la prise en charge de l'oralité**

#### 6.5.4 Conclusion

La totalité des thérapeutes réalisant la stimulation de l'oralité, ont pour objectif de favoriser et/ou retrouver le plaisir de l'oralité (17/17). Ensuite, 82% ont pour objectif l'autonomie alimentaire du nouveau-né (14/17), puis 65% afin de diminuer la durée d'hospitalisation et de renforcer le lien mère-enfant (figure 22). De plus, il a été rajouté qu'elle permet à l'enfant de s'approprier sa sphère orale et de l'intégrer dans

un schéma corporel, d'améliorer le langage futur et de favoriser un bon développement psychomoteur.

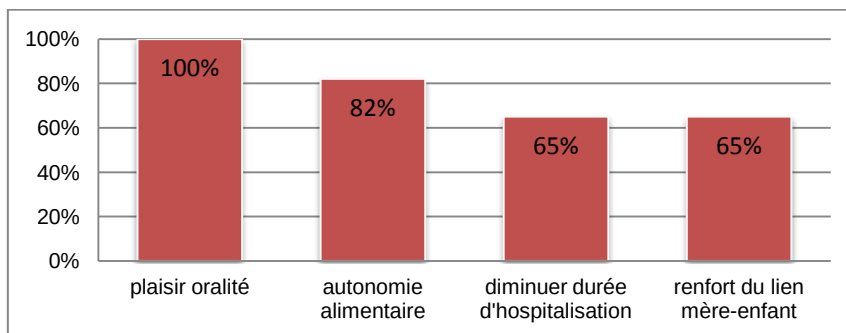


Figure 15 : objectifs recherchés avec la S.O

Seul un thérapeute exerce dans un service certifié NIDCAP (CHU de Besançon).

## 6.6 Analyse des données

### ➤ Généralités :

Dans 100% des CHU ayant répondu au questionnaire, la prise en charge de l'oralité en réanimation et soins intensifs de néonatalogie est réalisée, puisqu'au moins un professionnel de santé s'en occupe dans ces services. On peut relier ce résultat au fait de l'évolution et de la propagation du « phénomène » des soins de développement en néonatalogie.

Des groupes de travail sont organisés dans 68% des hôpitaux et des référents oralités sont instaurés dans 89% de ces services. Ils permettent ainsi une meilleure information et coordination des professionnels autour de l'oralité.

En lien avec les soins de développement, on constate que 89% des professionnels interrogés portent une attention particulière à l'oralité du nouveau-né prématuré au cours de l'alimentation et 68% au cours des soins. Il en est de même au cours des séances de kinésithérapie respiratoire et dans l'installation de l'enfant, permettant de faciliter l'accès de ses mains à sa bouche.

Dans 89% des services, la prise en charge de l'oralité est pluridisciplinaire. En effet, étant donné la complexité de cette prise en charge, il est nécessaire d'avoir une approche de différents partenaires de soins dans le suivi de l'oralité du nouveau-né prématuré. Ces professionnels forment une équipe où chacun a sa fonction et sa spécialité, et ils agissent en complémentarité. On constate ainsi que le kinésithérapeute a un rôle important dans la prise en charge de l'oralité, puisqu'il est présent à 89% dans ces équipes.

### ➤ Modalités de la stimulation de l'oralité :

Uniquement 53% des thérapeutes ont reçu une formation à la stimulation de l'oralité. Les formations reçues sont diverses et variées. Cela s'explique par le fait qu'il n'y a pas de formation à « la stimulation de l'oralité » proprement dite, mais il existe un grand nombre de formations plus globales (et plus longues) qui incluent cette notion.

La stimulation de l'oralité en néonatalogie est récente, puisque 76% la pratiquent depuis moins de 5 ans.

Environ 70% utilisent un protocole de stimulations oro-faciales, celui-ci étant le plus souvent interne au service. En effet, il existe une multitude de protocoles dont aucun n'a été validé scientifiquement. De plus, il n'y a aucune recommandation de la HAS dans ce domaine, donc chaque service est libre d'utiliser le protocole qui lui semble être le plus approprié.

La décision de débiter la stimulation de l'oralité est prise à 82% sur la demande de l'équipe soignante. Ce constat rejoint le fait que la prise en charge de l'oralité se fait en pluridisciplinarité. La décision de réaliser ces stimulations se fait après des échanges entre les différents partenaires de soins.

Seul 18% ont une limite d'âge pour commencer les stimulations. En effet, les thérapeutes se concentrent plus sur l'état général du bébé au moment des stimulations (65% des praticiens ne débutent les stimulations que lorsque le nouveau-né est stable sur le plan cardio-respiratoire) que sur son âge gestationnel. Ils s'adaptent aux capacités de l'enfant, à son évolution et à son âge neurologique.

La stimulation de l'oralité est majoritairement utilisée (pour 76% des thérapeutes), lorsqu'il y a des difficultés pour l'enfant à passer d'une alimentation passive à une alimentation active par voie orale. En effet, c'est souvent à cette période de transition que l'on remarque la présence de troubles de l'oralité et donc la stimulation de l'oralité est mise en place. Elle est également utilisée à 65% par les thérapeutes en préventif. Ces résultats sont positifs et encourageant mais restent encore à améliorer.

52% des thérapeutes ne pratiquent pas les stimulations sur des enfants en ventilation invasive. Cela rejoint le fait que ces enfants paraissent plus fragiles et moins stables au thérapeute qui ne préfère pas les stimuler. Cependant, un enfant en ventilation invasive peut au contraire être très stable puisqu'il est aidé par la machine et à donc moins d'effort à fournir pour respirer. Ils sont 76% à ne pas stimuler les nouveau-nés sous sédation. Le sédatif est une substance qui réduit l'irritabilité ou l'excitation. Le nouveau-né sédaté aura ainsi une moins bonne réactivité aux stimulations et c'est pourquoi la majorité ne les stimule pas. Mais on peut tout de même s'interroger s'il est incompatible de stimuler les enfants sous sédation. En effet si l'enfant est « bien » sédaté il sera calme mais réactifs à son environnement. De même s'il est intubé et sédaté, il peut tout de même être en interaction avec le thérapeute.

Ils sont 100% à stimuler les nouveau-nés au cours de ses phases d'éveil ce qui rejoint la façon de penser des soins de développement. Cependant environ 1/3 d'entre eux réalisent les stimulations à horaires fixes, certainement pour des raisons d'organisation et de contraintes de service, ce qui paraît paradoxal car l'enfant ne sera pas toujours éveillé à la même heure. Les moments de soins sont très souvent utilisés pour réaliser les stimulations (53% les utilisent à chaque fois et 47% les

utilisent parfois). Très souvent, pendant ou après un soin, l'enfant est éveillé et le thérapeute profite de ce moment pour le stimuler. Mais est-ce vraiment le bon moment ? L'enfant est fatigué suite aux différents soins et peut moins bien répondre aux stimulations. De plus, il ne faut pas qu'il assimile la stimulation à un soin supplémentaire potentiellement désagréable.

Enfin, les stimulations sont principalement réalisées avant l'alimentation (82%) ou au début de l'alimentation (76%), ceci permettant au nouveau-né d'associer le plaisir de l'oralité à l'alimentation et d'améliorer la digestion (20).

Ils sont 71% des thérapeutes à former les parents aux stimulations. Il reste des disparités entre ceux qui forment uniquement aux stimulations exo-buccales et ceux qui forment aux exo et intra buccales. Au CHU de Nantes, après plusieurs années de pratique, les kinésithérapeutes se sont rendu compte que les parents n'étaient pas toujours à l'aise face aux stimulations intra-buccales. La question se pose s'il faut continuer à leur apprendre ou se contenter des stimulations exo-buccales, comme le préconise la plupart des orthophonistes (23), (24). Une fois les parents formés, les thérapeutes sont 100% à continuer à voir les parents et le bébé, ceci permettant d'une part de remonter si besoin les stimulations aux parents, de répondre à certaines questions, de les accompagner et les rassurer, et d'autre part, d'observer et d'évaluer l'enfant au fur et à mesure du temps.

Concernant la fréquence, on constate des disparités en fonction des professions. L'ensemble kinésithérapeutes-psychomotricien stimule les enfants d'une fois par jour à une fois par semaine. Tandis que l'ensemble infirmières-puéricultrices réalise les stimulations de plusieurs fois par jour (4 à 6 fois) à 1 fois par jour. Ce résultat est à corrélérer avec l'analyse de la durée des stimulations en fonction des différentes professions. Pour l'ensemble kinésithérapeutes-psychomotricien, la durée moyenne est de 8min46s, tandis que pour l'ensemble infirmières-puéricultrices elle est de 5min07s. Les kinésithérapeutes et psychomotriciens stimulent donc plus longtemps mais moins souvent que les infirmières et puéricultrices. Très souvent dans ces services, il n'y a qu'un seul kinésithérapeute et/ou psychomotricien ce qui explique qu'il leur serait impossible de stimuler les enfants plus d'une fois par jour. Les infirmières et puéricultrices ont un nombre déterminé d'enfants (de 2 à 5) ce qui leur permet de réaliser plus souvent les stimulations (notamment au moment de l'alimentation) et ont un rôle préventif concernant les troubles de l'oralité. Le kinésithérapeute et le psychomotricien ont, quant à eux, plus un rôle d'évaluation/bilan et rééducation en cas de troubles de l'oralité, ce qui leur demande plus de temps avec l'enfant.

#### ➤ Déroulement de la stimulation de l'oralité :

Seulement 35% des thérapeutes utilisent un bilan de l'oralité. Tout comme les protocoles, ils sont divers et variés, principalement conçus et utilisés uniquement par les soignants du service. Aucun n'a été validé scientifiquement. Pourquoi ce faible taux lorsqu'on sait l'utilité d'un bilan ? Il permettrait de laisser une trace pour les autres professionnels et surtout d'objectiver l'évolution du bébé. C'est pourquoi, il



serait intéressant de pouvoir proposer un bilan de l'oralité dans ces services et de le faire valider pour qu'il puisse être connu et reconnu des thérapeutes afin d'harmoniser les pratiques professionnelles.

Au cours de la stimulation de l'oralité, il va être recherché pour 100% des thérapeutes l'ouverture de la bouche, celle-ci permettant de prendre le mamelon ou la tétine du biberon en bouche. Il en est de même pour l'avancée de la langue permettant les mouvements antéro-postérieurs des trains de succion.

La stimulation de l'oralité ne se résume pas uniquement à la réalisation de stimulation oro-faciales péri et intra-buccales. Elle inclue un ensemble d'autres stimulations qui sont :

- Tactiles-kinesthésiques (concernant le corps dans sa globalité) par la réalisation de manœuvres d'enveloppement de l'enfant (pour 82% des thérapeutes) et de manœuvres de massage (pour 83% des thérapeutes), principalement du visage, mais aussi des bras et des jambes. Ceci permettant de créer un rituel d'approche du nouveau-né pour ne pas qu'il se sente agressé au niveau de sa sphère orale et d'acquérir plus précocement une meilleure coordination succion-déglutition-respiration (26).
- Gustatives et olfactives par l'utilisation des quelques gouttes de lait ou d'eau glucosée (pour 94% des thérapeutes).
- Auditives par l'écoute de la voix du thérapeute (ou des parents lorsqu'ils réalisent les stimulations), qui lui explique ce qu'il fait, le rassure et l'encourage (pour 100% d'entre eux).

L'évaluation de la succion est une étape importante car elle permet de renseigner sur les capacités du nouveau-né à téter par voie orale. Les thérapeutes évaluent principalement le bon positionnement de la langue dans la bouche (88%). Il a également été rajouté la fermeture des lèvres autour du doigt (18%). En effet, si cette dernière n'est pas efficace, des fuites de lait seront retrouvées lors de la tétée.

Les stimulations sont systématiquement interrompues en cas d'apparition du réflexe nauséeux, car ce réflexe est désagréable pour le nouveau-né et peut risquer de se renforcer. De plus, la stimulation doit être un moment de plaisir et le nouveau-né ne doit pas l'associer à quelque chose de contraignant et d'incommodant, c'est pourquoi elle sera également stoppée en cas de cris ou pleurs du bébé. Elle le sera aussi en cas d'instabilité cardio-respiratoire.

La totalité des thérapeutes observe la tétée au sein ou au biberon du nouveau-né. En effet, il est très important pour le thérapeute d'assister à la tétée car elle permet d'apprécier la qualité de la succion nutritive, qui n'est pas réalisée au cours de la séance de stimulation de l'oralité.

Le critère principal pour arrêter la prise en charge de l'oralité est l'acquisition de la succion nutritive (pour 76% des thérapeutes). Ce critère dominant rejoint le fait que les stimulations sont utilisées à 76% lorsque des difficultés à passer d'une

alimentation passive à une alimentation active par voie orale sont identifiées. Cependant la majorité associe plusieurs critères pour arrêter les stimulations.

➤ Conclusion :

L'objectif principal des stimulations est à 100% d'entretenir et/ou retrouver le plaisir de l'oralité. En effet, il est primordial pour l'enfant de connaître ce plaisir de l'oralité avant de pouvoir être alimenté par voie orale. Il s'en suit donc à 82%, l'objectif d'acquérir l'autonomie alimentaire le plus précocement possible ce qui va permettre de diminuer la durée d'hospitalisation. Le renfort du lien mère-enfant est un objectif pour 65% des thérapeutes, ce qui paraît logique car 29% d'entre eux ne forment pas les parents aux stimulations donc ne peuvent pas avoir cet objectif.

## **7 Discussion**

L'analyse du questionnaire a permis de se rendre compte que la prise en charge de l'oralité en néonatalogie était de plus en plus courante, puisque dans 100% des CHU ayant répondu au questionnaire, elle est réalisée par au minimum un professionnel de santé. Cependant, 1/3 seulement des CHU contactés ont répondu à l'enquête. Concernant les 2/3 restant, est-ce qu'ils n'ont pas répondu parce qu'ils ne réalisent pas de stimulation de l'oralité ou bien parce que le questionnaire ne leur est pas parvenu ? En effet, il a été difficile de cibler à qui adresser le questionnaire afin qu'il puisse être retransmis aux personnes pratiquant les stimulations. On constate également que dans 89% des équipes de prise en charge de l'oralité, il y a la présence d'un (ou plusieurs) masseur-kinésithérapeute. Mais est-ce que ce nombre est-il important du fait que le questionnaire provienne d'une étudiante de kinésithérapie, ce qui peut motiver d'avantage les kinésithérapeutes à répondre par rapport aux autres corps de métier ou bien est-ce vraiment la réalité du terrain ?

Quoi qu'il en soit, ce que l'on peut dire c'est que la prise en charge de l'oralité en néonatalogie est avant tout un travail d'équipe. Il est indispensable d'établir des contacts entre les différents intervenants pour une bonne cohésion thérapeutique, chacun ayant sa spécificité.

Le kinésithérapeute y a tout à fait sa place puisque la rééducation de la sphère orale fait partie de son champ de compétences. Cependant, l'oralité demande une spécialisation, une volonté, une motivation et une formation de la part du thérapeute puisque la formation délivrée par les écoles de masso-kinésithérapie ne le sensibilise pas à cela. L'approche kinésithérapique en néonatalogie s'est ainsi élargie à la prévention des troubles de l'oralité, leur évaluation et leur rééducation (s'il s'apparaît des troubles). L'aptitude du kinésithérapeute à gérer la fonction alimentaire mais aussi la fonction respiratoire lui confère une place de choix de « rééducateur des troubles de l'oralité ».

Cependant le rôle du kinésithérapeute en néonatalogie a ses limites. Il est indispensable de travailler en collaboration avec les autres professionnels pour avoir une idée globale de l'enfant, et notamment avec les puéricultrices qui sont

constamment dans le service contrairement au kinésithérapeute qui a souvent plusieurs services à charge. De plus, de part ses horaires en milieu hospitalier (absent la nuit et le week-end) le kinésithérapeute reste limité dans la réalisation des stimulations par manque de présence dans le service et cela ne lui permet pas de stimuler le nouveau-né à chacun de ses repas. C'est pourquoi, il a également pour rôle d'informer, voir de former les autres professionnels à prévenir les troubles de l'oralité en portant une attention particulière à celle-ci au cours des soins, de l'alimentation, dans l'installation de l'enfant ou encore par la réalisation des stimulations de l'oralité.

Il est difficile de faire changer les mentalités concernant la prise en charge des troubles de l'oralité. En réanimation et soins intensifs de néonatalogie, les nouveau-nés se trouvent en phase aiguë, leur pronostic vital est engagé et il est complexe de se projeter dans leur futur. C'est pourquoi, les études montrant les intérêts des stimulations à court et à long terme (réduction des troubles alimentaires au cours de la petite enfance et meilleure entrée dans la parole) doivent être mises en avant pour justifier cette pratique. Et comme le dit Lefebvre et Termote : *« On ne peut se contenter d'assurer la survie de ces enfants sans leur donner les moyens de se préparer à la vie »*.

## **8 Conclusion**

Actuellement, il existe encore peu de publications sur la prise en charge de l'oralité du nouveau-né prématuré en néonatalogie. La Haute Autorité de Santé ne donne aucune recommandation dans ce domaine. Pourtant des études ont prouvé l'intérêt de la stimulation précoce de l'oralité, d'où l'utilité de mener l'enquête à ce sujet.

Suite à l'enquête sur les pratiques professionnelles en France dans ces services, des zones d'ombre persistent. Nous notons que tous les CHU n'y ont pas répondu, ce qui nous laisse penser que de nombreux services ne pratiquent pas encore la stimulation de l'oralité. Cette pratique est majoritairement proposée aux orthophonistes, or ce n'est pas le corps de métier qui est le plus présent dans les services accueillant des prématurés. Il serait alors intéressant de mettre l'accent sur la formation des professionnels de santé présents dans ces services. Ainsi, une fois le personnel sensibilisé et formé à l'oralité, on pourrait envisager d'établir un bilan reconnu et officiel à destination de ces professionnels et de leur service.

La prise en charge de l'oralité en néonatalogie n'est qu'à son début. Elle n'est pas encore bien installée et organisée partout en France. C'est sans doute pour cela que la HAS ne fait aucune recommandation. Nous ne sommes qu'au commencement de la prise de conscience de l'importance de l'oralité.

Pour conclure, il ne faut pas oublier que le rôle parental reste primordial dans la prise en charge de l'oralité. Les professionnels doivent laisser une place aux parents afin de les rendre actifs dans la prise en charge de leur enfant.

## Références bibliographiques

1. **Larroque B et Al.** Étude Épipage : mortalité des enfants grands prématurés et état d'avancement du suivi. 2001, Vol. 30, pp. 2S33-2S41.
2. **Mellul N, Werner-Mellul E, Ayass N.** Stimulation de l'oralité et grande prématurité. *Rééducation orthophonique*. Mars 2010, Vol. 241, pp. 91-102.
3. **Glorieux I, Montjaux N, Casper C.** NIDCAP® (Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement) : définition, aspects pratiques, données publiées. *Archives de pédiatrie*. 2009, Vol. 16, pp. 827-829.
4. **Martinet M.** Quand « manger » n'est pas une évidence - maintenir et retrouver du plaisir. 6ème journée de nutrition pédiatrique. Hôpital des Enfants - HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève) : s.n., 14 mai 2009.
5. **Bloch H, Lequien P.** *L'enfant prématuré*. Paris : Armand Colin, 2003. p. 199.
6. **Roze J-C, Zupan V,.** *Soins aux nouveau-nés avant, pendant et après la naissance*. Paris : Masson, 2006. pp. 199-215.
7. **Anand KJ, Sippell WG, Aynsley-Green A.** Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery : effects on the stress response. *Lancet*. 1987. Vol. 1, pp. 62-66.
8. **Kuhn P, Zores C, Astruc D, Dufour A, Casper Ch.** Développement sensoriel des nouveau-nés grands prématurés et environnement physique hospitalier. *Archives de Pédiatrie* . 2011. Vol. 18, pp. 92-102.
9. **Abadie V.** L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie*. 2004, Vol. 11, pp. 603-605.
10. **Abadie V.** Examen de l'enfant atteint de troubles de la déglutition. *Journal de Pédiatrie et de puériculture*. 1999, Vol. 5, pp. 269-275.
11. **Pfister R.E. et al.** Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*. 2008/4, Vol. 60, pp. 317-335.
12. **Abadie V.** <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/1/12/96/88/V-ronique-ABADIE-P-diatrie-g-n-rale.pdf>. [En ligne] [Citation : 06 12 2011.]
13. **Senez C.** *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille : Solal, 2002. pp. 26-28.
14. **Lapillonne A. et al.** La nutrition du prématuré. *Archives de pédiatrie*. 2011, Vol. 18, pp. 313-323.
15. **Leblanc V.** Nutrition artificielle et trouble de l'oralité alimentaire. *Archives de pédiatrie*. 2008, Vol. 15, p. 842.

16. **Thibault C.** L'accompagnement orthophonique à l'aube de la vie. Du lien entre oralité alimentaire et oralité verbale. *Rééducation orthophonique*. Décembre 2010, Vol. 244, pp. 63-75.
17. **Laganière J et al.** Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance* février 2003. Février 2003, Vol. 55, pp. 101-117.
18. **Malka J, Duverger P.,** <http://med2.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/cours-fichiers/Maltraitance%20et%20abus%20sexuels.pdf>. [En ligne] [Citation : 22 février 2012.]
19. **Lemoine V.** Stimulation de l'oralité alimentaire : étude de trois cas. Saint-Sébastien sur Loire : s.n., 2008. PE0705. 19284.
20. **Senez C.** Prise en charge de l'oralité chez les enfants en nutrition entérale. [http://www.surlespasdeyonis.fr/wp-content/uploads/2009/03/oralite\\_et\\_nutrition\\_enterale.pdf](http://www.surlespasdeyonis.fr/wp-content/uploads/2009/03/oralite_et_nutrition_enterale.pdf). [En ligne] [Citation : 16 02 2012.]
21. **Le Metayer M.** *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant : éducation thérapeutique*. Paris : Masson, 1999. pp. 111-128. 2.225.8404.
22. **Fusile S, Gisel EG, Lau C.,** Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 2005. Vol. 47, pp. 158-162.
23. **Haddad M.** La prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie. *Orthomagazine*. janvier/février 2007, 68, pp. 33-37.
24. **Fel C.** La prématurité ou l'oralité troublée. *Orthomagazine*. octobre/novembre 2008, 78, pp. 22-23.
25. **Binel G.** Les troubles de l'oralité chez le nouveau-né. *Soins Pédiatrique-Puériculture*. octobre 2006, 232, pp. 38-39.
26. **Fusile S.** *Pre-feeding sensorimotor stimulation as an early intervention strategy to enhance oral feeding skills in preterm infants*. [éd.] McGill University. 2008. p. 281.

# Annexe 1

## Livret sur la stimulation de l'oralité donné aux parents au CHU de Nantes :

CHU de Nantes  
**livret d'information**  
complément de votre livret d'accueil

### La stimulation de l'oralité

Hôpital mère-enfant

38, boulevard Jean Monnet - 44093 Nantes Cedex 01



CHU de Nantes  
**livret d'information**

*Ce feuillet n'a pas pour but de donner des réponses médicales mais doit servir de support pour les parents qui souhaitent s'investir dans la stimulation de l'oralité.*

À sa naissance votre enfant a été hospitalisé et pris en charge par une équipe. Ce feuillet explique quelques techniques, que vous pourrez effectuer, afin de stimuler la succion.

Cette stimulation permet à votre enfant :

- de renforcer le réflexe de succion ;
- de découvrir cette zone avec des sensations agréables (pas seulement avec des stimuli désagréables - sondes, aspirations...) ;
- d'intégrer la bouche dans son schéma corporel ;
- de favoriser le recul du réflexe nauséeux (ce qui se fait normalement lorsque vous lui donnez le biberon ou que vous l'allaitiez durant les 7 premiers mois). Cette stimulation se fera bien sûr ongle court pour le doigt qui stimulera la bouche pour ne pas blesser l'enfant et mains propres ! Pour l'instant votre bébé est encore aidé par l'alimentation par sonde mais ces stimulations aident à préparer la suite.

#### A quel moment ? À quel rythme ?

Cette séance est à renouveler dès que possible avant ou au début de l'alimentation. On veillera à ce que le bébé soit éveillé et « volontaire » et on stoppera dès qu'il montre des signes de refus ou d'inconfort (bébé pleure, tourne la tête, baille ou repousse votre doigt avec sa langue...). Cela doit rester un moment agréable pour lui.

*Ce feuillet sert de support pour vous rappeler les différents temps de la stimulation que le kinésithérapeute ou la puéricultrice ont pu vous faire découvrir. Pour tout renseignement complémentaire ou en cas de doute, n'hésitez pas à le signaler à votre kinésithérapeute ou au personnel soignant du service. Ce livret a été élaboré par V. Lemoine (étudiante MKDE) et Gwenn Le Gall (MKDE) et validé par le professeur Razé, chef de service de réanimation et néonatalogie du CHU de Nantes (décembre 2010).*

2

CHU de Nantes  
**livret d'information**

#### Prendre contact avec votre bébé



La première étape est de **prendre contact avec votre enfant**. Vous pouvez être assis dans un fauteuil, votre bébé face à vous (une main soutient la tête) ou en position de téter, avec une main qui est libre pour réaliser les stimulations. Il s'agit d'être dans une position confortable pour vous et votre enfant. Cela peut se faire dans la couveuse si votre enfant en a besoin.

Dans cette position, vous allez réaliser des **pressions circulaires** sur la main de votre enfant, suivies de **pressions tactiles** (type « *petite bête qui monte* ») sur le bras. Le but étant d'arriver sur le front de votre enfant et de réaliser de petites caresses afin de lui dire *bonjour* (vous pouvez adapter ces recommandations en réalisant d'autres gestes, une petite comptine, etc...).

*Cette prise de contact permet de placer le bébé dans un contexte de plaisir afin de stimuler et de récupérer la succion.*

#### La stimulation du réflexe du frouissement



Vous allez ensuite réaliser la **stimulation du réflexe du frouissement** qui consiste à partir de l'oreille vers la bouche de l'enfant. L'enfant vient chercher le doigt comme s'il cherchait le sein de sa maman. Ce réflexe n'est pas toujours présent, c'est pour cela qu'il est préférable de réaliser la stimulation au moment des repas.



Puis vous stimulez les points cardinaux de la bouche de votre enfant en tapotant aux coins de la bouche. L'enfant réagit en ouvrant la bouche du côté de la stimulation.

3

CHU de Nantes  
**livret d'information**



Le temps suivant consiste à effectuer une stimulation au niveau du menton afin de permettre l'avancée et la stimulation de la lèvre inférieure afin que la bouche s'ouvre et que la langue s'avance.

#### La stimulation intra-buccale

Vous demandez l'autorisation à votre enfant de pénétrer à l'intérieur de sa bouche. *Ceci ne doit pas être contraignant pour lui*. Un massage au niveau des joues peut être effectué afin de faciliter l'ouverture de la bouche.



Tout d'abord vous stimulerez les gencives par l'intermédiaire de petites pressions. Ces stimulations permettent des mouvements de langue comparables à ceux réalisés pour venir chercher les aliments bloqués entre la joue et la gencive.

Si la succion ne se fait pas, il faut la stimuler. Pour cela vous exercez des pressions d'arrière en avant sur la langue avec votre doigt en crochet. Lorsque la succion se fait, vous stoppez la stimulation tout en laissant votre doigt à l'intérieur de la bouche.

#### La succion

Le doigt à l'intérieur de la bouche, vous ressentez un creusement de la langue (qui forme une gouttière) et votre petit doigt (ongle vers le palais) est aspiré vers l'intérieur de la bouche avec la langue qui réalise une vague d'avant en arrière.



CHU de Nantes  
[www.chu-nantes.fr](http://www.chu-nantes.fr)

5, allée de l'Île Gloriette - 44093 Nantes Cedex 1  
Pôle direction générale - service communication

## Annexe 2

### Questionnaire envoyé aux différents CHU de France dans les services de réanimation et soins intensifs de néonatalogie :



# Prévention et prise en charge des troubles de l'oralité du NOUVEAU-NE PREMATURE

Ce questionnaire anonyme est proposé dans le cadre de mon travail écrit de fin d'études à l'IFM3R de Nantes (44). Il s'adresse aux services de réanimation et de soins intensifs de néonatalogie des différents CHU de France. Certaines questions admettent plusieurs réponses et les cases "autre" peuvent contenir un petit paragraphe. Dans le cas où vous ne réaliseriez pas de stimulation de l'oralité, je vous remercie de tout de même répondre à la première page de ce questionnaire et de vous rendre à la dernière pour pouvoir me le renvoyer.

**\*Obligatoire**

**Nom de l'établissement : \***

(précisez le département)

**Service : \***

**1) De quelle profession êtes-vous ? \***

- ☐ médecin  
☐ orthophoniste  
☐ masseur-kinésithérapeute  
☐ psychomotricien  
☐ puéricultrice  
☐ Autre :

**2) Pratiquez-vous de la stimulation de l'oralité (S.O) ? \***

- ☐ oui  
☐ non

**si non :**

(cocher si vous êtes concerné)

- ☐ vous en avez déjà entendu parler  
☐ vous aimeriez la mettre en place dans votre service  
☐ c'est un futur projet

**3) Y a-t-il un groupe de travail sur l'oralité dans votre service ? \***

- ☐ oui  
☐ non  
☐ ne sais pas

**si oui, y participez-vous ?**

- ☐ oui  
☐ non

**4) Avez-vous un référent « oralité » ? \***

- ☐ oui  
☐ non  
☐ ne sais pas

**si oui, de quelle profession est-il ?**

**5) Portez-vous une attention particulière à l'oralité de l'enfant prématuré ? \***

(cocher si oui)

- ☐ au cours des soins (aspirations, mise en place d'assistance respiratoire...)  
☐ au cours de l'alimentation (tétine donnée à l'enfant au début de l'alimentation par sonde ou gastrostomie)  
☐ Autre :

**6) Est-ce-que d'autre(s) professionnel(s) prenne(nt) en charge l'oralité dans votre service ? \***

- ☐ oui  
☐ non

**si oui, précisez la ou les profession(s) :**

- ☐ orthophoniste  
☐ masseur-kinésithérapeute  
☐ psychomotricien  
☐ puéricultrice  
☐ Autre :

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)



## Modalités sur la stimulation de l'oralité :

### 7) Avez-vous reçu une formation à la S.O ?

- ☐ oui  
☐ non

si oui, laquelle ?

### 8) Depuis combien de temps pratiquez-vous la S.O ?

- ☐ 1 an  
☐ 2 ans  
☐ entre 2 et 5 ans  
☐ entre 5 et 10 ans  
☐ > à 10ans

### 9) Avez-vous un protocole de S.O ?

- ☐ oui  
☐ non

si oui, lequel ? (photocopies ou références si possible)

### 10) Quand débutez-vous la S.O ?

- ☐ sur prescription médicale  
☐ à la demande de la puéricultrice  
☐ à la demande de l'orthophoniste  
☐ à la demande du kinésithérapeute  
☐ à la demande de l'équipe soignante ( plusieurs partenaires de soins)  
☐ Autre :

### 11) Avez-vous une limite d'âge pour débutez-vous la S.O ?

- ☐ oui  
☐ non

si oui, laquelle ?

- ☐ 25 SA  
☐ 28 SA  
☐ 30 SA  
☐ 32 SA  
☐ 34 SA  
☐ > 34 SA  
☐ Autre :

### 12) Suivant quels critères pouvez-vous débutez la S.O ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ lorsque l'enfant est stable sur le plan cardio- respiratoire  
☐ lorsque l'enfant est stable sur le plan digestif  
☐ après avoir trouvé les signes cliniques de maturation neurologique (mobilité céphalique, fermeture/ ouverture des mains en actif, aucun signe de détresse respiratoire, bâillement, timbre de voix audible, succion réflexe sur sonde)  
☐ Autre :

### 13) Dans quels cas utilisez-vous la S.O ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ systématiquement en préventif  
☐ lors de difficultés à passer d'une alimentation passive (par sonde ou gastrostomie) à une alimentation active par voie orale (sein ou biberon)  
☐ pour des enfants nourris par voie orale mais dont la succion manque d'efficacité  
☐ pour favoriser et / ou retrouver le plaisir de l'oralité  
☐ Autre :

### 14) Faites-vous la S.O quelque soit le type de ventilation de l'enfant ?

- ☐ oui  
☐ non

Si non, la faites-vous avec des enfants :

- ☐ en ventilation invasive  
☐ en ventilation non invasive ( CPAP, optiflow...)  
☐ Autre :

### 15) Pratiquez-vous la S.O avec des enfants sédatisés ?

- ☐ oui  
☐ non

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

## 16) A quel moment réalisez-vous la S.O ?

### a) A horaires fixes ?

- ☐ oui  
☐ non

### b) En fonction des phases d'éveil de l'enfant ?

- ☐ oui  
☐ non

### c) Profitez-vous des périodes de soin pour réaliser la S.O ?

- ☐ oui  
☐ non  
☐ parfois

### d) Privilégiez-vous la S.O :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ avant l'alimentation  
☐ au début de l'alimentation  
☐ en cours d'alimentation  
☐ en fin d'alimentation  
☐ après l'alimentation

### 17) De quel type sont vos stimulations ?

- ☐ manuelles  
☐ instrumentales

### si elles sont manuelles, quelles sont vos précautions ?

- ☐ mains désinfectées  
☐ ongles courts  
☐ port de gant  
☐ Autre :

### si elles sont instrumentales, qu'utilisez-vous ?

- ☐ coton tige + lait  
☐ pinceau spécial  
☐ guide langue stérilisé  
☐ Autre :



18) Votre prise en charge de l'oralité est-elle différente selon le mode d'alimentation orale (sein ou biberon) souhaité par les parents ?

- ☐ oui  
☐ non

si oui, en quoi diffère t-elle ?

19) Formez-vous les parents à la S.O ?

- ☐ oui  
☐ non

Si oui, que prennent-ils en charge suite à leur formation ?

- ☐ les stimulations exo-buccales uniquement et en votre présence  
☐ les stimulations exo- et endo-buccales en votre présence  
☐ les stimulations exo-buccales uniquement et de façon autonome  
☐ les stimulations exo- et endo-buccales de façon autonome

20) Une fois les parents formés

(cocher si oui)

- ☐ vous continuer à les voir  
☐ vous continuer à voir l'enfant

Commentaires

21) A quelle fréquence ? (nombre de fois par jour et/ ou par semaine)

[« Retour »](#) [Continuer »](#)

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

## Déroulement d'une séance de S.O :

22) Utilisez-vous un bilan de l'oralité ?

- ☐ oui  
☐ non

si oui, lequel ?

(copie si possible)

23) Avez-vous des critères d'observation de l'enfant avant la S.O ?

- ☐ oui  
☐ non

Si oui, lesquels ?

- ☐ éveil de l'enfant  
☐ succion de la tétine  
☐ paramètres de stabilité (APGAR)  
☐ EDIN  
☐ Autre :

24) Que cherchez-vous à retrouver durant la S.O ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ le réflexe de fousissement  
☐ l'ouverture de la bouche  
☐ l'avancée de la langue  
☐ l'orientation de la langue  
☐ la succion non-nutritive  
☐ le plaisir de l'enfant  
☐ Autre :

25) Pratiquez-vous des manœuvres d'enveloppement de l'enfant avant la séance ?

- ☐ oui  
☐ non  
☐ parfois

26) Utilisez-vous quelques gouttes de lait ou d'eau sucrée lors de la séance ?

- ☐ oui  
☐ non  
☐ parfois

27) Utilisez-vous un rituel d'approche pour ne pas aborder la région buccale directement ?

- ☐ oui  
☐ non  
☐ parfois

28) Faites-vous des manœuvres de massage lors de votre séance ?

- ☐ oui  
☐ non  
☐ parfois

Si oui, de quelle(s) région(s) ?

- ☐ le visage  
☐ les bras  
☐ les jambes  
☐ Autre :

29) Parlez-vous à l'enfant pendant la séance ?

- ☐ oui  
☐ non

30) Utilisez-vous une tétine pendant la séance ?

- ☐ oui  
☐ non  
☐ parfois

31) Quels critères vous permettent d'évaluer la succion ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ le rythme  
☐ la force d'aspiration  
☐ le positionnement de la langue  
☐ la coordination succion-déglutition-respiration  
☐ Autre :

32) En moyenne, combien de temps dure une séance de S.O ?

- ☐ < 3min  
☐ entre 3et 6min  
☐ entre 6 et 10min  
☐ entre 10 et 15min  
☐ >15min

Commentaires :

### 33) Dans quels cas arrêtez-vous la séance de S.O ?

a) En fonction des réactions comportementales et des signes d'inconfort ?

- ☐ oui  
☐ non

si oui, lesquels ?

- ☐ hoquet  
☐ bâillement  
☐ cris, pleurs  
☐ crispation du visage ou des membres  
☐ grimaces  
☐ agitations  
☐ réflexe nauséeux  
☐ Autre :

Commentaires :

b) En fonction des paramètres de stabilité ?

- ☐ oui  
☐ non

si oui, lesquels ?

- ☐ désaturation  
☐ bradycardie/ tachycardie  
☐ apnée

34) Observez-vous la tétée au biberon ou au sein de l'enfant ?

- ☐ oui  
☐ non

35) Quels sont vos critères pour arrêter la prise en charge de l'oralité ?  
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ une succion non-nutritive efficace (coordination succion-déglutition)  
☐ une succion nutritive efficace (coordination succion-déglutition-respiration)  
☐ une quantité déterminée de lait bue par voie orale  
☐ la prise de tous les repas par voie orale  
☐ une tétée < à 15 minutes  
☐ absence au cours des repas d'épisode de fausse-route  
☐ absence au cours des repas d'épisode de désaturation  
☐ absence au cours des repas d'épisode de bradychardie  
☐ absence au cours des repas d'épisode d'apnée  
☐ des parents formés et autonomes à la S.O  
☐ Autre :

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

### En conclusion :

36) Comment définiriez vous l'oralité ?

37) Quel(s) objectif(s) recherchez-vous grâce à la S.O?

- ☐ l'entretien ou la découverte du plaisir de l'oralité  
☐ l'autonomie alimentaire  
☐ le renfort du lien mère-enfant  
☐ le raccourcissement de la durée d'hospitalisation  
☐ Autre :

38) Est-ce-que votre service est certifié NIDCAP ?

- ☐ oui  
☐ non

Commentaires :

### Merci de votre participation

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

## Annexe 3

### **Courrier accompagnant le questionnaire :**

Melle BOULBARD Noémie

A Nantes, le 22/11/2011

48 rue Saint-Jacques

44200 Nantes

Tel : 06 45 68 16 99

Email : [noemie.boulbard@ifm3r.eu](mailto:noemie.boulbard@ifm3r.eu)

Au Cadre de Santé et Personnel soignant  
des services de réanimation et soins intensifs de néonatalogie

Etudiante en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie à l'IFM3R de Nantes, et dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, je sollicite votre participation pour répondre à un questionnaire sur « **la prévention et la prise en charge des troubles de l'oralité du NOUVEAU-NE PREMATURE** » dans les services de réanimation et soins intensifs de néonatalogie.

Dans un premier temps, ce questionnaire permettra de faire un état des lieux sur la prévention et la prise en charge des troubles de l'oralité chez l'enfant prématuré dans les différents CHU de France.

Différents points seront abordés :

- la sensibilisation du personnel de soins à l'oralité
- les modalités et le déroulement des séances de stimulation de l'oralité
- l'accompagnement parental

Ensuite, ce questionnaire servira d'outil à la réalisation d'une fiche bilan et suivi de l'oralité de l'enfant prématuré.

Dans le cas où vous ne réaliseriez pas de stimulation de l'oralité, je vous remercie de tout de même répondre à la première page du questionnaire.

Je ne manquerais pas de vous tenir informés des résultats obtenus par un compte-rendu en juin 2012.

Voici le lien permettant de répondre au questionnaire :

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?hl=fr&formkey=dGdGc2kxbUh0dVppVi1BLXlaN1dHR2c6MQ#gid=0>

Veillez me le retourner avant le 22/12/2011.

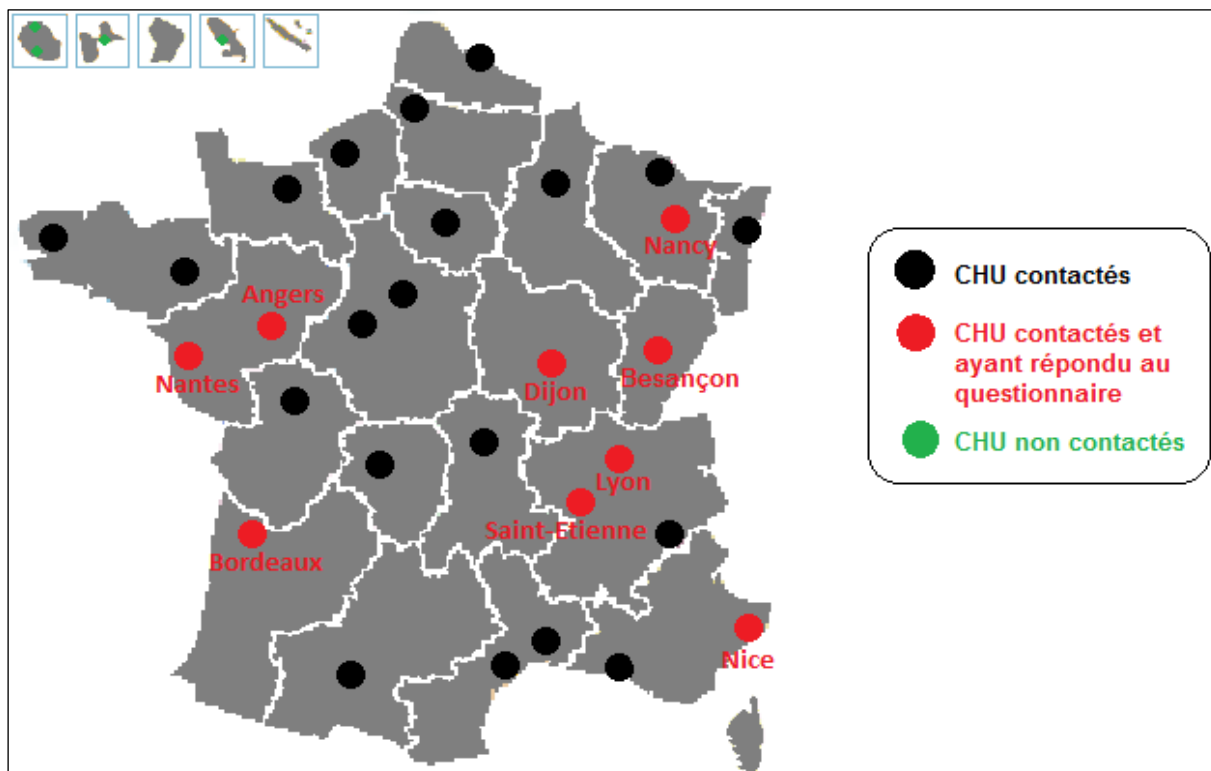
Je vous remercie de votre participation.

Cordialement.

Melle Boulbard

## Annexe 4

### Carte de France des différents CHU :



- Angers : Hôpital Hôtel Dieu
- Besançon : Hôpital Saint-Jacques
- Bordeaux : Hôpital Pellegrin-Enfants
- Dijon : Hôpital le Bocage
- Lyon : Hôpital de la Croix-Rousse
- Nancy : Maternité Régionale Universitaire
- Nantes : Hôpital-Mère-Enfant
- Nice : Hôpital Archet 2
- Saint-Etienne : Hôpital Nord
- Amiens : Hôpital Nord
- Brest : Hôpital Morvan
- Caen : Hôpital Côte de Nacre
- Clermont-Ferrand : Hôpital Estaing
- Grenoble : Hôpital Couple Enfant
- Lille : Hôpital Jeanne de Flandre
- Limoges : Hôpital Mère-Enfant
- Marseille : Hôpital de la Conception / Hôpital Nord
- Montpellier : Hôpital Arnaud de Villeneuve
- Nîmes : Hôpital Caremeau
- Orléans : Hôpital Porte Madeleine
- Paris : Hôpital Necker Enfants-Malades / Hôpital Cochin
- Poitiers : Hôpital la Milètrie
- Reims : Hôpital Maison Blanche
- Rennes : Hôpital sud Anne de Bretagne
- Rouen : Hôpital Charles Nicolle
- Strasbourg : Hôpital Hautepierre
- Toulouse : Hôpital des Enfants
- Tours : Hôpital Clocheville