

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'infirmière au coeur de la prise en soin du trouble de l'oralité alimentaire en néonatalogie



THEPAUT Maëlle
Formation infirmière - Promotion 2019-2022

Formatrice référente du mémoire : Mme GUY Dominique

2 Mai 2022



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle de formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études:

L'infirmière au coeur de la prise en soin du trouble de l'oralité alimentaire en néonatalogie

Conformément à l'article L. 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 Juillet 1992 : " toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droits ou ayants cause est illicite. Il est de même pour ma traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque".

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 2 Mai 2022

Identité et signature de l'étudiant: Maëlle Thépaut

Fraudes aux examens:

CODE PÉNAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 Décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

En préambule de ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, je souhaite dédier mes remerciements à toute les personnes ayant apporté leur contribution et leur soutien dans ce travail.

Tout d'abord, j'accorde mes remerciements à ma référente pédagogique, Pascale Mancheron, pour m'avoir épaulé et encouragé au cours de ses trois années de formation en soins infirmiers.

Puis, je remercie ma tutrice de mémoire, Dominique Guy, pour son suivi du début à la fin de ce projet, son implication dans ce dernier et son soutien.

Après, je souhaite remercier l'ensemble des formateurs en soins infirmiers pour leur accompagnement et leurs encouragements tout au long de cette formation.

Ensuite, je tiens à remercier mes amies de l'IFSI, ma belle-mère et ma collègue de travail du samedi matin pour avoir relu et corrigé ce travail de fin d'étude.

Enfin, j'attribue un immense merci à toutes les personnes qui m'ont soutenu pendant ma formation d'infirmière. Et je remercie plus particulièrement ma maman, qui n'a cessé de croire en moi et qui a toujours su me relever.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Le cheminement vers la question de départ	4
2.1. L'histoire de Nathan	4
2.2. L'histoire de Jérémy	6
2.3. Un questionnaire sur l'histoire de Nathan et Jérémy	7
2.4. La question de départ	8
3. Le cadre théorique	9
3.1. Là où tout commence !	9
3.1.1. Le développement in utero des cinq sens	9
3.1.2. Une naissance trop tôt	10
3.2. Les troubles de l'oralité alimentaire	10
3.2.1. Qu'est-ce qu'un trouble ?	10
3.2.2. Qu'est-ce que l'oralité ?	11
3.2.3. Qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire ?	11
3.2.4. Une classification américaine	11
3.2.5. Des origines multiples	12
3.2.5.1. L'hyper-sensitivité corporelle et sensorielle	12
3.3. Des modes d'alimentation différents	13
3.3.1. L'allaitement au sein	13
3.3.2. Le biberon	14
3.3.3. La sonde naso-gastrique	14
3.4. Le rôle de l'infirmière dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire	15
3.4.1. Que dit la loi ?	15
3.4.2. L'infirmière et son observation clinique	15
3.4.2.1. L'observation	16
3.4.2.2. Un savoir faire	16
3.4.2.3. Une méthode d'observation	17
3.4.2.4. Le stress chez le nouveau né	17
3.4.2.5. Evaluation des comportements des nouveau-nés	18
3.4.3. Les soins de soutien au développement	18
3.4.3.1. Définition	18
3.4.3.2. Le rôle de l'infirmière	19
3.4.4. La prévention des troubles de l'oralité alimentaire en pratique	19

4. Le dispositif méthodologique du recueil de données	20
4.1. Les entretiens	20
4.2. La population et les modalités d'entretien	20
4.3. Les objectifs	21
4.4. Le bilan du dispositif	22
5. L'analyse descriptive des entretiens	23
5.1. Les troubles de l'oralité alimentaire	23
5.2. Le travail en collaboration	24
5.3. La prévention des troubles de l'oralité alimentaire	24
5.4. Les compétences de l'infirmière	27
6. La discussion	28
6.1. Formation et expérience de l'infirmière : un premier pas dans la prise en soin	28
6.2. Le rôle de l'infirmière dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire	30
6.2.1. Une observation accrue de l'enfant	31
6.2.2. Prévenir les troubles de l'oralité alimentaire avec des interventions	32
6.3. Parents, enfant et soignants : une relation triangulaire	33
6.4. De la question de départ à la question définitive	35
7. Conclusion	37
Bibliographie	40
ANNEXE 1 : Le guide d'entretien	43
ANNEXE 2 : La retranscription de l'entretien de l'infirmière puéricultrice (Hélène)	45
ANNEXE 3 : La retranscription de l'entretien de l'infirmière (Léa)	50
ANNEXE 4 : Le tableau d'analyse des entretiens	60
ANNEXE 5 : La retranscription de l'entretien avec la psychomotricienne	66

Siglier

CHU : centre hospitalier universitaire.

IFSI : institut de formation en soins infirmiers.

SA : semaine d'aménorrhée.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

ESI : étudiant en soins infirmiers.

EIDE : étudiante infirmière diplômée d'état.

IPDE : infirmière puéricultrice diplômée d'état.

IDE : infirmière diplômée d'état.

AS : aide soignante.

AP : auxiliaire de puériculture.

ECMO : oxygénation par membrane extracorporelle.

NIDCAP : Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program = Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de soins de Développement.

**Plus on regarde avec attention,
plus on découvre la richesse d'indice,
de signes, d'éléments disparates, liés, non liés,
cohérents, discordants, synchrones, asynchrones,
partagés, détachés, rythmiques, arythmiques,
dont les échanges entre le bébé
et son environnement sont porteurs**

(Cascales et al. , 2015, p. 25).

1. Introduction

Pour comprendre comment est né ce mémoire, il faut que nous remontions plusieurs années en arrière. J'ai toujours eu un rêve depuis mon enfance, c'est de travailler avec les enfants. J'ai d'ailleurs promis, il y a neuf ans, à ma grand-mère que j'y parviendrais. C'est un public qui m'apaise, me rend extrêmement patiente et m'intéresse. Arrivée au lycée, j'ai fait le choix dans un premier temps de m'orienter vers un baccalauréat sciences et technologie de la santé et social pour ensuite faire les études d'infirmière. Ce lycée se trouvait très loin de mon domicile familial et j'ai donc dû aller à l'internat. Cela ne me convenait pas du fait de la distance familiale et du harcèlement moral que je subissais avec les filles de ma chambre. J'ai donc abandonné le lycée général et il a fallu que je retrouve une école rapidement mais, à proximité de chez moi. Ayant toujours pour projet de travailler avec des enfants et de faire infirmière, j'ai décidé de m'orienter vers un bac professionnel ASSP (accompagnement soins et service à la personne). J'avais pu découvrir ce bac grâce à une matière optionnelle à laquelle je participais au collège en troisième. Voulant faire le métier d'infirmière pour pouvoir m'occuper des autres, prendre soin d'eux comme j'aimerais qu'on prenne soin de moi, des miens, je me suis inscrite sur Parcoursup après l'obtention de mon baccalauréat. Et, j'ai été admise à l'IFSI du CHU de Pontchaillou à Rennes. Alors vous vous demandez sûrement pourquoi le métier d'infirmière ? Et bien, j'ai perdu mon grand-père le vingt-cinq décembre deux milles huit et ma grand-mère le vingt-et-un décembre deux milles douze. Depuis, je ressens le besoin de pouvoir aider, soigner les autres en sachant détecter les prodromes des maladies. De plus, mon envie de devenir infirmière s'est consolidée par le fait que ma mère et moi-même avons eu des problèmes de santé.

Au cours de cette formation, j'ai bénéficié d'un parcours de stage extrêmement satisfaisant et enrichissant mais il me manquait quelque chose. Un certain type de public qui m'a toujours poussée à enrichir mes connaissances... c'est la pédiatrie. J'ai eu l'immense chance de pouvoir réaliser mon rêve en allant faire un stage de dix semaines auprès de nouveau-nés en néonatalogie. Pour moi, il était décisif pour mon avenir professionnel mais aussi sur ce qui me passionne depuis tant d'années. C'est là, lors de ce stage, je dirais même à partir du moment où je suis rentrée dans la première chambre, la numéro quatre, que tout s'est joué et j'en suis sûre maintenant je veux travailler auprès des enfants, je veux devenir infirmière puéricultrice. Mon projet professionnel s'est concrétisé.

Je ne peux donc pas quitter cette formation d'infirmière sans clôturer ces trois années d'études par un travail ne portant pas sur ce qui m'intéresse le plus, la pédiatrie.

En fin de deuxième année d'IFSI, je m'étais orientée vers un autre thème qui était la relation entre l'enfant et ses parents que j'ai pu découvrir en stage en unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. Or, au cours de mon stage en néonatalogie, plusieurs situations sur des nouveau-nés présentant des troubles de l'oralité alimentaire m'ont interpellé et posé encore plus question. J'ai donc débuté de nombreuses recherches tout d'abord dans mon service où j'ai demandé à mes collègues si ce type de troubles était fréquent, ce qu'elles faisaient en prévention, ce qu'elles en savaient, quels documents elles pouvaient me donner, les causes... Puis, j'en ai discuté avec une de mes référentes de stage, qui se trouve être référente des troubles de l'oralité dans le service. J'ai pu participer à un de ces entretiens d'éducation thérapeutique sur les troubles de l'oralité alimentaire avec les parents d'une petite fille présentant ce trouble. Elle m'a donné la même pochette qu'elle confie aux parents qu'elle suit en entretien. Elle m'a également prêté son travail de fin d'étude de l'école de puériculture portant sur les troubles de l'oralité de façon générale. J'ai également pu échanger avec une infirmière puéricultrice ayant la formation aux soins de soutien et développement. Avec tout cela, je me suis aperçu que je m'intéressais plus au thème des troubles de l'oralité alimentaire qu'à mon thème de base pour mon mémoire d'initiation à la démarche de recherche en soins infirmiers. J'avais mes deux situations d'appels dont une que j'ai développé dans une analyse de pratique professionnelle.

Donc vous l'aurez compris, mon travail de recherche se déroule en service de néonatalogie soins courants. Ce service accueille des nouveaux-nés (du zéro au vingt-huitième jour de vie) provenant de la maternité, la réanimation néonatale, les soins intensifs de néonatalogie ou les urgences pédiatriques. Des enfants de plus de vingt-huit jours de vie peuvent être également pris en soin à la condition qu'ils n'aient jamais quitté le service de soin. Les pathologies les plus fréquentes dans le service sont la prématurité, la détresse respiratoire, l'entérocolite...

Les soins procurés aux enfants sont réalisés par trois binômes composés d'une puéricultrice et d'une auxiliaire de puériculture sur trois secteurs et une puéricultrice seule sur un quatrième secteur. Parmi ces quatre secteurs, trois lits au niveau des soins intensifs sont mis à disposition avec une prise en charge de l'enfant bénéficiant de ventilation en pression positive continue, de lunettes à haut débit, de cathéter veineux central et/ou périphérique... Et, au niveau des soins courants, une capacité de

dix-huit lits où l'accompagnement des parents dans la mise en place de l'autonomie alimentaire, l'allaitement maternel et/ou l'alimentation artificielle est effectué.

Les professionnelles proposent une prise en charge des enfants selon le concept de soins de soutien et développement et elles accompagnent les parents vers l'autonomie dans la prise en charge des enfants en vue de la sortie. Deux autres types de prise en charge sont possibles en néonatalogie, que sont la prise en charge palliative et la prise en charge commune du couple mère / enfant en chambre Kangourou avec l'équipe de la maternité.

Réaliser ce travail va me permettre de comprendre tout ce qui m'a interpellé et attiré mon attention, ma réflexion au cours de cette période de formation en néonatalogie sur les troubles de l'oralité alimentaire, et bien évidemment sur le nouveau-né en général. Mais aussi, de développer mes connaissances pour ma future prise de poste en pédiatrie, pour m'assurer une aisance sur le sujet pour passer le concours d'infirmière de puériculture. De plus, cela va me permettre de m'instruire personnellement, pour la future maman que je serai un jour et aussi pouvoir apporter des connaissances à mes proches.

Alors nous y voilà, vous allez pouvoir découvrir de quoi est constitué ce mémoire ! Tout d'abord, je vais vous présenter la situation de deux nouveaux-nés d'un service de néonatalogie qui ont suscité mon questionnement et abouti à une question de départ. Après, vous allez pouvoir découvrir ce que disent les auteurs de livres et articles sur le sujet de ce travail, les troubles de l'oralité alimentaire. Puis, je vous explique comment j'ai procédé pour réaliser des entretiens auprès de professionnels de santé que j'ai analysé dans le chapitre suivant. Ensuite, vous pourrez apprécier dans la discussion mon avis sur ce sujet mêlés à ceux des auteurs et des professionnels. Enfin, vous terminerez la lecture de ce mémoire sur une conclusion concernant cette première initiation à la démarche de recherche.

2. Le cheminement vers la question de départ

A travers cette partie, vous allez pouvoir découvrir deux situations que j'ai rencontrées et personnellement vécues au cours de mon stage en néonatalogie. Ce sont deux petits garçons dont je me suis beaucoup occupé. Leur histoire m'a beaucoup touché et j'ai envie de vous expliquer la leur pour espérer créer un questionnement, un intérêt sur leur problématique. Par souci de confidentialité, les nouveau-nés s'appellent Nathan et Jérémy.

2.1. L'histoire de Nathan

Nathan, est un enfant né à terme à trente-sept semaines d'aménorrhée et cinq jours à la suite d'une césarienne programmée. En effet, l'intervention a été planifiée pour deux raisons. D'une part, la mère présentait un utérus penta cicatriciel du fait de ses cinq précédentes césariennes. D'autre part, le diabète insulino-dépendant mal équilibré plus l'obésité de stade III de cette dernière faisait que son fœtus était macrosome et donc rendait l'accouchement par voie basse très difficile voire même impossible.

A sa naissance, l'enfant est hypotonique, il ne présente pas de mouvements respiratoires et il a une fréquence cardiaque aux alentours de soixante-quinze battements par minute. Cela a nécessité une aspiration, une stimulation et une ventilation au masque avec une FiO_2 (fraction inspirée en oxygène) à cent pour cent. Après stabilisation, il est transféré en réanimation néonatale. Nathan présente également une cardiomyopathie hypertrophique sévère avec un trouble hémodynamique. Quelques jours plus tard, un transfert vers un autre centre hospitalier, sur avis des réanimateurs et des cardiopédiatres, est organisé pour rapprochement d'un centre assurant la prise en charge de patients porteur d'une oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO). Sur le trajet pour ce centre, l'enfant fait un arrêt cardio-respiratoire nécessitant une réanimation avec trois doses d'adrénaline. Suite à cet événement, une ECMO lui est posée. A son retour, Nathan est équipé d'une sonde nasogastrique et d'un pansement au niveau jugulaire à droite.

Au moment de cette situation, l'enfant est à quarante trois SA et trois jours. Il a donc plus d'un mois de vie. Il se nourrit par sonde nasogastrique en sept fois soixante-douze millilitres de lait artificiel. Son alimentation passe en une heure car il a des épisodes fréquents de vomissements. Nathan présente

des troubles de l'oralité sans cause évidente retrouvée. Les essais de prises alimentaires avec le biberon ont débuté.

Il est aux alentours de dix heures trente, c'est le moment du repas de Nathan. La psychomotricienne est présente car elle souhaite voir comment se déroule la prise du biberon et les réflexes de suctions de l'enfant. Elle me demande de l'appeler si je trouve l'enfant suffisamment éveillé pour lui proposer un biberon. Avant de commencer l'alimentation, Nathan a été ausculté par les externes en présence de la pédiatre. A mon arrivée, il est donc bien éveillé et calme dans son lit. J'en fais part à la psychomotricienne qui me rejoint dans la chambre.

Pour donner le biberon, j'installe Nathan en position classique (en demi-assis, la tête surélevée sur mon bras). A ce moment, il présente un hoquet. La professionnelle qui m'accompagne me demande de lui proposer tout de même le biberon. Afin que l'enfant comprenne qu'il s'agit de son repas, je lui mets la tétine du biberon avec du lait sous le nez. Le petit garçon fait une grimace. Je décide tout de même de le stimuler à ouvrir la bouche en caressant le dessus de la lèvre de sa bouche. Il ne l'ouvre pas. Je fais alors perler une goutte de lait sur la tétine et je la dépose sur la lèvre. Je réussis alors à mettre l'extrémité de la tétine dans la bouche mais l'enfant garde ses gencives en défensive. Pendant cinq minutes, je réalise les mêmes stimulations sans prise en bouche réelle et volontaire de Nathan. La psychomotricienne lui masse l'intérieur de la main et lui met les mains sur le biberon mais ça ne déclenche aucune envie de succion chez l'enfant. Au bout de nombreuses tentatives, l'enfant ouvre la bouche et prend la tétine en globalité mais il ne tente pas de téter, il l'écrase avec ses gencives. Trente secondes après, l'enfant fait une grimace et rejette la tétine. Il commence à s'agiter. Cela fait maintenant dix minutes que j'essaie de nourrir Nathan par voie orale sans qu'il ne mange. Je demande à la psychomotricienne s'il est toujours nécessaire de continuer car je le trouve impatient voir angoissé. Elle me dit qu'on va effectivement arrêter là. Le hoquet de l'enfant s'arrête, la professionnelle me dit qu'elle va essayer une méthode qui permet de déclencher le réflexe de succion car cela va produire une hypersalivation. Elle appuie avec son doigt sur la joue de l'enfant avec une pression en démarrant par l'oreille et en finissant par le coin de la bouche. Elle effectue ce geste plusieurs fois mais ça ne déclenche aucun réflexe chez Nathan. Je repose l'enfant dans son lit et je mets son alimentation sur pousse-seringue pour qu'elle passe dans sa sonde naso-gastrique. Au cours de cette tentative, l'enfant est très attentif à nous, il garde un bon contact avec nous, il nous regarde dans les yeux et il observe tout ce que l'on fait.

2.2. L'histoire de Jérémy

Jérémy est un enfant né prématuré à trente deux SA et deux jours par césarienne programmée en raison de la cardiopathie de sa mère.

A sa naissance, il présente une détresse respiratoire qui nécessite une stimulation et une ventilation en pression positive continue. Le nouveau-né est transféré en néonatalogie soins intensifs. Lors d'un ionogramme sanguin, une hypocalcémie, une hypernatrémie et une hyperchlorémie avec hyperosmolarité plasmatique sont découverts. Une augmentation progressive des apports en eau et en sodium est mise en place. Par la suite, une IRM cérébrale est réalisée, les anomalies cérébrales retrouvées sur celle-ci font penser à un diabète insipide. Lors du staff des endocrinologues et néphrologues, la situation de Jérémy est analysée et les médecins posent le diagnostic de diabète insipide. La conduite à tenir reste une majoration de l'apport en eau et en sel, un traitement contre cette pathologie est apporté par la suite. Il est transféré en néonatalogie quelques jours plus tard pour amélioration de son état général.

Au moment de cette situation, l'enfant est à quarante et une SA. Il est donc à plus d'un mois de vie. Il est nourri par sonde nasogastrique en huit fois cinquante millilitres de lait artificiel et de vingt-huit millilitres d'eau sur deux heures après chaque alimentation. Son alimentation passe en trente minutes. Jérémy prend des demis rations (environ vingt-cinq millilitres) de lait au biberon "mam" en position classique (demi-assis) lorsqu'il est éveillé. Au cours des biberons, il présente des épisodes de d'apnées, bradycardies et désaturations. Autrement appelé le malaise du nouveau-né.

Il est aux alentours de dix-sept heures trente, c'est l'heure du repas de Jérémy et lorsque je m'approche de sa chambre je l'entends pleurer. Je vais chercher sa seringue de lait artificiel et d'eau que j'ai mis à chauffer dans le chauffe seringue au préalable. Il est en tachycardie à environ cent quatre-vingt dix battements cardiaques par minute. Je lui propose sa tétine, il la prend et se calme instantanément. Je transfère le lait contenu dans la seringue dans le biberon de l'enfant. Je change Jérémy afin qu'il soit plus confortablement lors de son repas et je lui prend sa température. Il est apyrétique.

Pour donner le biberon, je m'installe sur un fauteuil, je mets un coussin d'allaitement autour de moi pour que Jérémy et moi soyons confortables. L'enfant est donc en position demi-assis avec sa tête

surélevée grâce à mon bras. Cette position pour donner le biberon est appelée “position classique” car c’est celle qui est le plus répandue pour donner le biberon. Je stimule la lèvre de l’enfant avec la tétine et il l’a prend en bouche directement. La tétine est à peine remplie car je souhaite tout d’abord voir le comportement qu’il a sur son repas. Il a une succion que je ressens comme très forte dans le biberon. Je le sens tété environ cinq fois sans même prendre de respiration ni avaler. J’abaisse la tétine pour qu’il n’y ait plus de lait dans celle-ci et le petit garçon fait une désaturation à moins de soixante-quinze pour cent et une bradycardie à soixante cinq battements cardiaques par minute. Je retire le biberon, je prends l’enfant contre moi et il revient polypnéique à plus de cent dix mouvements respiratoires par minute. Une fois qu’il s’est stabilisé et que ses constantes sont revenues vers une normale plus convenable, je lui propose à nouveau son alimentation, toujours en position classique. Au début, il fait une succion puis il avale et enfin il respire. Il réalise ce cycle quatre fois sans que ses constantes ne descendent ou augmentent. Puis, il refait la même chose qu’au départ de son biberon. Il désature, bradycarde puis devient polypnéique car il a tété trois fois sans avaler ni respirer. J’arrête à nouveau et je le prends contre moi. Il s’endort donc je le remets dans son lit.

Je décide de mettre le reste de son alimentation, soit trente-cinq millilitres, en seringue afin de la pousser au pouce seringue. Quelques minutes plus tard, je l’entends pleurer. Quand je rentre dans la chambre, je remarque qu’il a régurgité son repas. Je change son linge et je diminue la vitesse de son alimentation. A la fin de la seringue de lait, Jérémy dort. Je pose la seringue d’eau. Tout se passe bien, il n’a pas régurgité à la fin de cette dernière.

2.3. Un questionnement sur l’histoire de Nathan et Jérémy

Ces deux situations ont suscité ma réflexion et beaucoup de questions sont apparues. En quoi ai-je été surprise par la découverte des troubles de l’oralité alimentaire dans ce service de néonatalogie ? En quoi je ne m’attendais pas à découvrir des troubles de l’oralité alimentaire chez ces nouveau-nés de néonatalogie ? Quels signes caractéristiques des troubles de l’oralité alimentaire peuvent être détectables avant que le trouble ne s’installe ? En quoi mon intervention auprès de ces enfants est-elle adaptée ou non ? Est-ce qu’il y a une différence dans la prise en charge des troubles de l’oralité alimentaire entre une infirmière et une infirmière puéricultrice ? Est-ce que l’expérience professionnelle d’une infirmière joue un rôle dans la prise en charge des troubles de l’oralité des nouveau-nés ? En quoi un nouveau-né de néonatalogie peut présenter des troubles de l’oralité

alimentaire ? Quel rôle a l'infirmière face à un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire ? Dans quelle mesure, l'infirmière peut-elle réajuster le passage à l'alimentation au biberon d'un enfant en néonatalogie ? Quelle place prend l'observation clinique de l'enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire dans les soins de l'infirmière ? Dans quelle mesure l'infirmière peut prévenir l'apparition des troubles de l'oralité alimentaire ?

2.4. La question de départ

Avant même de choisir une question de départ pour ce travail de fin d'études, j'ai commencé ma démarche de recherche. Dans un premier axe, j'ai pu m'orienter vers les ressources humaines dont je disposais dans le service, c'est-à-dire les infirmières puéricultrices, dont une référente des troubles de l'oralité alimentaire et l'autre des soins de développement du nouveau-né, d'infirmières du service néonatalogie soins courants et soins intensifs et réanimation néonatale, des pédiatres et internes, de la psychomotricienne avec laquelle j'ai pu bénéficier d'un entretien pour échanger sur le sujet des troubles de l'oralité alimentaire. Pour affiner mes recherches, j'ai demandé un entretien avec le médecin référent des troubles de l'oralité alimentaire de la filière pédiatrique, malheureusement, se trouvant prise de cours, elle ne pouvait pas m'accorder de temps d'échange avant la fin de ce projet. Dans un second axe, ma démarche de recherche s'est alimentée par des ressources documentaires tels que des articles de recherches tirées de magazines et de livres.

Avec ces nombreux questionnements, et ma démarche de recherches entamée, je me suis interrogée sur ce dont, moi, future professionnelle en pédiatrie j'avais besoin pour comprendre mon thème, celui des troubles de l'oralité alimentaire. Si je reprends les situations de Nathan et Jérémie, le passage de l'alimentation au biberon est une épreuve complexe. Mais en les observant au cours de la prise de leur repas, j'ai pu constater que l'un grimaçait, n'ouvrait pas la bouche, mettait ses gencives en défensive et l'autre régurgitait et faisait des malaises du nouveau-né. Ce qui m'a amené à me poser cette question :

Chez le nouveau né présentant des troubles de l'oralité alimentaire, dans quelle mesure l'observation clinique de l'enfant permet l'ajustement du passage à l'alimentation par biberon ?

3. Le cadre théorique

3.1. Là où tout commence !

Avant de développer ce que sont les troubles de l'oralité alimentaire, il semble essentiel de faire un point sur le développement in utero des cinq sens ainsi que ce qu'est une naissance prématurée.

3.1.1. Le développement in utero des cinq sens

Neuf mois, trois trimestres et quarante et une semaines d'aménorrhées, c'est le temps nécessaire pour créer un petit être. Au cours de la gestation, au fil des semaines de grossesse, les cinq sens se développent progressivement. On découvre ainsi :

Le toucher :

Les récepteurs cutanés, assurant la perception du toucher, apparaissent à 2 mois à peine de grossesse au niveau de la lèvre supérieure. Vers la 12e semaine, on les retrouve sur les paumes des mains, les plantes des pieds et l'ensemble du visage. À 20 semaines, tout le corps en est doté. Avant la naissance, bébé peut ainsi faire l'expérience de la stimulation tactile dans le ventre de sa mère (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009, p.48).

L'odorat :

Entre la 8e et la 11e semaine de grossesse, la fosse du nez se tapisse de cellules réceptrices des odeurs. Le fœtus baigne dans une mer d'odeurs variées lorsqu'il est dans le ventre de sa mère (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009, p.48).

Le goût : Il me semble important de développer davantage l'évolution de ce sens car ce mémoire explore l'oralité alimentaire, donc la bouche et le goût.

Vers la 12e semaine, les bourgeons gustatifs apparaissent sur l'épithélium de la langue et la cavité buccale. Le fœtus peut alors absorber de plus ou moins grande quantité de liquide amniotique selon le goût de celui-ci. Il lape ainsi jusqu'à 3 litres de liquide amniotique en fin de grossesse" (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009, p.48).

L'ouïe :

Dès la 20e semaine, le bébé perçoit les bruits et réagit. A 25 semaines environ, on pense qu'il est capable d'écouter. Ainsi, le fœtus entend les battements du cœur de sa maman et reconnaît sa voix (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009, p.48).

La vue :

La vue se développe très progressivement au cours de la vie intra-utérine ; dès la 20e semaine, le fœtus ouvre et ferme ses paupières, il effectue des mouvements oculaires. A 7 mois de gestation, l'œil du fœtus est sensible à la lumière (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009, p.48).

Pour conclure sur la notion des cinq sens, Véronique Leblanc et Marie Ruffier-Bourdet disent que :

Manger ne peut donc pas se résumer à mettre en bouche et à déglutir. Tout au long de sa vie embryonnaire puis de sa première année de vie, tous les sens de bébé sont en éveil pour mettre en place des acquis au niveau moteur et sensoriel, et être les garants d'une bonne oralité (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009, p.53).

3.1.2. Une naissance trop tôt

Il se peut, pour diverses raisons, que bébé naisse plus tôt que prévu, dans ce cas on parle de prématurité. Un bébé qui est né vivant avant les 37 semaines d'aménorrhée est considéré comme prématuré (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2018). Il existe trois catégories de prématurité : "la prématurité extrême (moins de 28 semaines); la grande prématurité (entre la 28e et la 32e semaine); la prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32e et la 37e semaine)" (OMS, 2018).

Lorsque le développement fœtal est interrompu par une naissance trop hâtive de l'enfant, des complications d'ordres différentes apparaissent sur l'intégralité de son organisme, appelés immaturités. Ces immaturités impactent principalement le système nerveux, pulmonaire, digestif et cardiovasculaire (Benchimol et al., 2019, p. 65-66). Selon Meffrais & Naccache (2018), la naissance engendre des modifications majeures pour le fœtus, notamment le passage d'un milieu liquidien, dans lequel il baigne depuis semaines, à un milieu aérien (p. 47). En effet, in utero, le fœtus était assisté par le placenta et quand il se présente à ce monde il devient autonome. Ce nouvel environnement requiert une grande capacité d'adaptation de sa part. Lorsque que se fœtus pointe le bout de son nez avant l'heure, l'association de ses immaturités et ses changements lui impose donc une grande complexité dans son processus de développement (Meffrais & Naccache, 2018, p. 47).

A présent, vous allez pouvoir découvrir les troubles de l'oralité alimentaire qui peuvent toucher les nouveau-nés après leur naissance.

3.2. Les troubles de l'oralité alimentaire

3.2.1. Qu'est-ce qu'un trouble ?

Un trouble, c'est une "perturbation dans l'accomplissement d'une fonction physique ou psychique, pouvant se manifester au niveau d'un appareil, d'un organe, d'un tissu" (Larousse, s. d.).

3.2.2. Qu'est-ce que l'oralité ?

D'après le cours de V. Abadie, l'oralité est un terme médical issu du vocabulaire psychanalytique qui signifie l'ensemble des fonctions orales c'est-à-dire dévolues à la bouche : alimentation, respiration, perception, olfaction, gustation, cri, langage et communication (Document non publié [Support de cours], 2018).

D'après Leblanc et al. (2012), l'oralité est un concept englobant " l'ensemble des fonctions et des investissements de la sphère oro-linguo-faciale ; il inclut l'oralité alimentaire, verbale et le plaisir oral. Il implique le corporel et le sensoriel" (p. 4).

Selon le cours de V. Abadie, il existe deux formes d'oralité, la primaire et la secondaire. Elles se croisent entre le sixième et le neuvième mois de vie de l'enfant. L'oralité primaire est un réflexe et cette phase est dédiée à la succion, la déglutition, la ventilation et la tétée. La seconde phase est quant à elle associée à la mastication, la déglutition, la respiration et la cuiller. Cette oralité est volontaire (Document non publié [Support de cours], 2018).

3.2.3. Qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire ?

Les troubles de l'oralité alimentaire sont "des symptômes fonctionnels au sens où la fonction d'alimentation et ses différentes composantes (mise en bouche, mastication, suçotement, avaler, déglutir) sont au mieux perturbées, au pire entravées" (Cascales et al., 2014, p. 701).

3.2.4. Une classification américaine

Une pédopsychiatre de l'école de Washington, Irène Chatoor, créée en 2002 une classification en six entités de troubles de l'oralité alimentaire :

- “le trouble alimentaire de la régulation des états ;
- le troubles alimentaire avec un manque de réciprocité mère-nourrisson ;
- l’anorexie du nourrisson ;
- les aversions sensorielles alimentaires ;
- le trouble alimentaire avec une cause organique associée ;
- le trouble alimentaire post-traumatique”(Cascales et al., 2014, p. 701).

3.2.5. Des origines multiples

L'enfant sent les premières odeurs et va commencer à développer ses goûts pendant la vie intra-utérine. Les événements extérieurs, la façon dont il va être alimenté, les troubles digestifs qu'il va ou non ressentir pendant les premières semaines, vont faire que, rapidement, la nourriture va devenir plaisir et tout sera facile ou, à l'inverse, l'alimentation va être vécue comme douloureuse, compliqué et risque d'entraîner dans le cercle du nourrissage avec les parents, une dérive ou un grain de sable qui va tout gripper (Cascales et al., 2015, p.11).

Comme pour tout problème de santé, un facteur déclencheur est à l'origine de ce dernier. Dans les troubles de l'oralité alimentaire, la provenance de ceux-ci, qui ne sont pas toujours identifiables, sont classées en trois catégories distinctes. La première cause déterminée peut être d'ordre organique et/ou fonctionnelle c'est-à-dire lorsque le nouveau-né présente une pathologie touchant le système digestif ou bien respiratoire, une affection congénitale au niveau de la déglutition, une pathologie de la déglutition que l'enfant à acquis à la naissance, un syndrome génétique... Les anorexies néonatales, secondaires ou complexes, font partie des origines psychiques pouvant être le point de départ d'un trouble de l'oralité alimentaire. La provenance sensorielle est la dernière cause évoquée par les auteurs. L'hyper-sensitivité corporelle et sensorielle sont associées à celle-ci. Bien évidemment ces troubles ciblent une population à risque qui est celle des enfants nés prématurément et ceux qui, précocement, sont alimentés de façon artificielle (Leblanc et al., 2012).

3.2.5.1. L'hyper-sensitivité corporelle et sensorielle

L'hyper-sensitivité corporelle et sensorielle joue un rôle majeur dans le développement des troubles de l'oralité alimentaire. Elle se définit comme étant une “réceptivité exagérée d'un organe sensoriel : les sollicitations corporelles et sensorielles sont perçues comme irritatives et déclenchent une réponse majorée en intensité” (Leblanc et al., 2012, p.8). Les origines de celle-ci sont : les soins douloureux comme les prises de sang, les perfusions... et des positions contraintes comme les mains

attachées, les déclives... Le manque de stimulation motrice du nouveau-né intègre également les causes possibles de l'hyper-sensitivité (Leblanc et al., 2012).

Si les troubles pouvant affecter l'alimentation de l'enfant sont abordés, les principaux modes d'alimentation utilisés doivent être exposés.

3.3. Des modes d'alimentation différents

“Les bébés passent d'une alimentation continue in utero (par voie ombilicale) à la mise en place d'une alimentation conditionnée par la reconnaissance parentale des signaux de faim et de satiété qui les animent” (Chatoor, 2002 cité par Cascales et al., 2015, p. 43-44).

3.3.1. L'allaitement au sein

Selon l'OMS, “l'allaitement au sein est un moyen sans égal de fournir une alimentation idéale permettant une croissance et un développement sains du nourrisson” (Bernard, 2017). D'après les données de cette organisation, un “allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois est le mode d'alimentation optimal du nourrisson” (Bernard, 2017). Elle recommande donc de débiter dès la première année heure de vie un allaitement qui peut être exclusif au sein, le nourrisson ne consomme que du lait maternel au sein, et à la demande, l'enfant tète aussi souvent qu'il le réclame. Les biberons et tétines ne sont pas conseillées pour maintenir un allaitement (Bernard, 2017).

Sylvie Louis (2001) explique que l'allaitement a des bénéfices considérables pour l'enfant notamment sur le lien d'attachement qui l'unit à sa mère, sur son “bien être physique et un sentiment de sécurité” (p. 200) et sur sa thermorégulation. De plus, elle développe le fait que l'allaitement favorise une oxygénation de meilleure qualité pour l'enfant. Elle affirme aussi que cette méthode est moins stressante pour l'enfant qu'une alimentation par biberon car ce dernier “possède un meilleur contrôle sur le débit du lait” (p. 200). Les apnées-bradycardies et cyanoses seraient moyennement moins fréquentes qu'avec le biberon. Enfin, Sylvie Louis (2001) raconte que :

Le bébé allaité utilise davantage ses muscles faciaux. L'allaitement réduit sensiblement les troubles d'alimentation reliés à la prématurité en renforçant les muscles des lèvres, des joues et de la langue, et en favorisant un meilleur contrôle musculaire. L'allaitement a aussi un impact positif sur la future dentition et la future vocalisation du bébé (p. 200).

D'après le cours de S. Menguy & V. Martineau, pour recevoir du lait, le bébé met sa langue en gouttière autour du mamelon, le sein prend alors la forme de la bouche, ce qui évite les fausses routes. L'allaitement permet de rendre l'enfant plus rapidement autonome sur l'acquisition de la coordination succion-déglutition-respiration (Document non publié [Support de cours], 2020).

3.3.2. Le biberon

Le biberon est un "flacon en verre ou en plastique gradué, muni d'une tétine, servant pour l'allaitement artificiel des nouveau-nés" (Larousse, s. d.).

D'après Caroline Guillot (2021), le biberon a pour avantage de donner au bébé une quantité de lait importante sans qu'il ne se fatigue puisqu'il faut que l'enfant n'exerce qu'une légère pression pour recevoir du lait.

Donner le biberon n'est pas un geste anodin et il doit s'apprendre. Claire Jardy-Masson (1999) explique les essentiels pour réaliser cet acte. En effet, ce qui est important c'est qu'il faut que l'enfant soit bien réveillé, installé convenablement "dans le creux du bras de sa mère "en berceau" en position demi-assise, sans brider ses mouvements", ne pas insister s'il s'endort, terminé le biberon n'est pas obligatoire, attendre une éructation avant de coucher l'enfant en le tenant bien droit (Claire Jardy-Masson, 1999, p. 20). Cette puéricultrice recommande également "pendant la prise, surveiller le teint du bébé : arrêter s'il devient agité, s'il tousse ou bleuit (risque de fausse route), se montrer tendre, parler et regarder le bébé pendant la prise" (Claire Jardy-Masson, 1999, p. 20). Le besoin de contact au cours de la prise de biberon ne doit pas être négligé et doit être pris en compte. C'est un moment de partage et de tendresse. Claire Jardy-Masson évoque aussi le besoin de succion du bébé :

Le bébé a besoin de sucer, de téter. C'est, pour lui, une source de plaisir tout aussi importante que le fait de s'alimenter. Dans la façon de donner le biberon, c'est plus une question de qualité que de quantité. Un bébé frustré dans son besoin de téter ressent un malaise, pleure, cherche à sucer. Cette attitude peut être confondue avec la faim, et est quelques fois responsable de difficultés alimentaires ultérieures (1999, p. 20).

3.3.3. La sonde naso-gastrique

D'après le cours de C. Le Bihan, l'alimentation par sonde nasogastrique est un mode d'alimentation dite entérale. La nutrition entérale est une alimentation artificielle par voie digestive administrée par l'intermédiaire d'une sonde apportant les éléments nutritifs directement dans le système digestif (Document non publié [Support de cours], 2021). Cela nécessite que le professionnel chargé de l'enfant contrôle le repère de la sonde au niveau de l'aile du nez, sa bonne fixation, sa bonne intégrité. Une fois les vérifications effectuées et l'enfant bien installé, une seringue avec la quantité de lait nécessaire pour l'enfant est adaptée sur la sonde et mise sur un pousse seringue ou administrer à la main par autrui (Bustos & Manero, 2019).

Ce type d'alimentation n'est pas sans conséquences pour l'enfant. En effet, selon Bellis et al. (, priver l'enfant d'un apport nutritif oral peut engendrer un trouble de l'oralité alimentaire. "Le manque de stimulations orales régulières dans la première année de vie peut induire un affaiblissement, voire une extinction de cette compétence, d'où l'importance de la préserver autant que possible" (p. 57). Les retentissements de l'alimentation par sonde nasogastrique, qu'il soit fréquent ou non nécessitent une prise en charge et elle "doit prendre en compte toutes les fonctions de l'oralité, les relations parents-enfant, le rôle nourricier de la mère, le développement de l'enfant dans sa globalité" (p. 57).

L'infirmière a un rôle préventif dans les troubles de l'oralité alimentaire. Dans la partie suivante, ce rôle qu'elle détient est expliqué.

3.4. Le rôle de l'infirmière dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire

3.4.1. Que dit la loi ?

L'exercice de la profession infirmière est encadré par des textes législatifs. Son rôle en matière de prévention y est alors inscrit. Le code de la santé publique prévoit à l'article L.4311-1 que "l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement"(Profession infirmier : *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, 2019, p. 176). Le code de déontologie notifie à l'article R.4311-1 que "l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur

évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé" (Profession infirmier : *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, 2019, p. 178).

3.4.2. L'infirmière et son observation clinique

3.4.2.1. L'observation

Selon Pedinielli & Fernandez (2011), l'observation c'est "l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer" (p. 7). Elle doit se faire au pied du patient. C'est aussi "relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs, afin de leur donner un sens en les situant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé" (Pedinielli (2005) et Chahraoui & Benony (2005) cité par Pedinielli & Fernandez, 2011, p. 11). De plus, le verbal et le non verbal doivent, autant l'un que l'autre, être pris en compte. "L'accent est mis sur la singularité de la personne et l'analyse de l'influence de l'observateur sur l'observation" (Pedinielli & Fernandez, 2011, p. 11).

3.4.2.2. Un savoir faire

Pour savoir observer convenablement, deux éléments doivent être pris en compte : les comportements et le langage corporel de l'enfant. Les comportements permettent de capter ce que ressent l'enfant et la façon dont il fonctionne tandis que les affects, qui peuvent être observés au travers des mimiques faciales et des ajustements tonico-posturaux, facilitent la démarche vers ce que l'enfant a pu vivre au niveau affectif (Lamour & Barraco, 1999).

Pour observer un bébé, il faut donc tenir compte des modalités particulières d'expression, de communication dont il dispose. Suivant son niveau de maturation, les émotions, par exemple, s'exprimeront différemment : plus le nourrisson est jeune, plus il s'exprime avec son corps. L'atteinte des constantes physiologiques, température, rythme respiratoire, peut exprimer sa détresse. De même, les variations des états de vigilance ont la valeur de "protoémotions" (Lamour & Barraco, 1999, p. 10).

Selon Thomas Cascales et al. (2015), l'observation du nouveau-né se fait aussi au travers des parents. En effet, pour lui, "c'est une clinique de l'enfant mais aussi une clinique de l'adulte, une clinique de l'enfant dans l'adulte et de l'adulte pour l'enfant. C'est une clinique du bébé et des parents, du bébé avec les parents. Ils sont indissociables" (p. 25).

L'enfant est à prendre en globalité avec ce qu'il l'entoure c'est-à-dire ses parents, qu'il faut intégrer aux soins et les rendre acteurs de la prise en charge de leur enfant (Cascales et al., 2015).

3.4.2.3. Une méthode d'observation

The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program est aussi appelé NIDCAP ou encore appelé en français "Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de soins de Développement". Martel & Milette (2006) définissent le NIDCAP, comme un moyen permettant d'observer le comportement d'un nouveau-né prématuré. Le but est de lui offrir des soins de développement individualisés répondant à ses besoins. Martel & Milette (2006) poursuivent en précisant que :

De façon plus spécifique, il s'agit d'un programme d'évaluation systématique des comportements du nouveau-né par des observations avant, pendant et après les manipulations/interventions, dans le but d'adapter à son niveau de développement les soins offerts et l'environnement qui entoure ce dernier. De plus, ces soins offrent une guidance et un soutien auprès des parents afin de les aider à comprendre le comportement de leur enfant. En ce sens, le NIDCAP renforce les relations entre les parents, les professionnels de la santé et le nouveau-né (p. 132).

3.4.2.4. Le stress chez le nouveau né

En passant d'une vie intra-utérine à celle d'une vie extra-utérine, le nouveau-né est constamment sollicité et tous ses sens sont alors mis en jeu. La sollicitation de ses sens ne sont pas les mêmes que ceux durant la gestation, ce qui peut créer chez l'enfant un stress (Martel & Milette, 2006, p. 34).

Martel & Milette (2006) comptent sept sources de surstimulations auxquelles sont exposées au quotidien ces tout petits depuis leur naissance. "Six d'entre elles sont reliées à la surcharge des sens" (Martel & Milette, 2006, p. 35). Ces surstimulations touchent les cinq sens de l'enfant (tactile, olfactive, gustative, auditive et visuelle) ainsi que sa motricité (ou un positionnement inadéquat). La

dernière surstimulation possible est vestibulaire, elle se rapporte aux informations que reçoit le corps quand il est en mouvement ou sous l'effet de la gravité (Martel & Milette, 2006). L'unité néonatale est source de diverses surstimulations pour un nouveau-né. Il est donc possible que ce dernier n'arrive pas à s'adapter à cet environnement. En conséquence, le nouveau-né réagit par des comportements qui sont des signes de stress. Martel & Milette (2006) donnent ensuite l'exemple d'un son strident qui va engendrer chez l'enfant, à l'origine calme et éveillé, un signe de stress où il va beaucoup pleurer.

3.4.2.5. Evaluation des comportements des nouveau-nés

Les nouveau-nés ne pouvant pas s'exprimer par la parole, il est nécessaire d'utiliser des outils permettant d'évaluer leur comportement en vue de répondre à leurs besoins. Parmi un panel d'échelles existantes, l'APIB (Assessment of Preterm Infant Behavior) est celle utilisée dans le cadre du programme NIDCAP (Martel & Milette, 2006). Cette échelle permet de détecter les sources de stress ou d'adaptation de l'enfant et de prendre connaissance du moment opportun pour mettre en œuvre certaines interventions (Martel & Milette, 2006). "Cet aspect de la compréhension du langage du nouveau-né permet donc aux professionnels de la santé de minimiser le potentiel négatif de ses interventions et de maximiser celles qui sont souhaitables pour le nouveau-né prématuré" (Martel & Milette, 2006, p. 76). À terme, l'APIB permet de proposer des soins individualisés à chaque enfant répondant à leurs besoins. "De plus, l'échelle permet de promouvoir la relation parents-enfant, en permettant aux parents de mieux comprendre leur enfant" (Martel & Milette, 2006, p. 76).

3.4.3. Les soins de soutien au développement

3.4.3.1. Définition

De nombreuses définitions existent sur cette notion de soins de développement. La plus ancienne dit que "les soins de développement constituent une approche de soins individualisés, élaborée à la suite d'observations systématiques et d'évaluations formelles des comportements du nouveau-né prématuré" (Als, 1986; 1998 et Stevens et al, 1996 cité par Martel & Milette, 2006, p.77). La plus récente définit cette notion comme "un processus en constante évolution où les interventions individualisées des professionnels de la santé sont adaptées aux besoins du développement du nouveau-né prématuré" (Aita & snider, 2003 cité par Martel & Milette, 2006, p. 78). "De façon plus

concrète, ces soins visent à réduire le stress du nouveau-né malade ou prématuré admis dans une unité néonatale et à lui offrir des conditions optimales afin qu'il poursuive la trajectoire de son développement" (Martel & Milette, 2006, p. 23).

"L'utilisation du programme NIDCAP décrit l'utilisation des soins du développement dans le cadre d'une programme, tandis que l'utilisation des soins du développement en fait pas nécessairement référence à la mise en oeuvre du programme NIDCAP" (Lebel & Aita, 2013, p.38).

3.4.3.2. Le rôle de l'infirmière

Il existe divers champs d'actions sur lesquelles les professionnels de santé peuvent agir pour limiter les facteurs de stress du nouveau-né. Trois éléments peuvent être pris en compte dans la mise en place des soins de développement :

- La personne : le prématuré est un organisme pourvu de 5 sous-systèmes qui réagit à son environnement par des comportements,
- L'environnement : l'environnement physique dans lequel est placé le prématuré,
- La famille : soins centrés sur la famille : intégration de la famille aux soins du prématuré (Lebel & Aita, 2013).

Il est à noter que les soins de développement ne sont pas un protocole à suivre à lettre, mais plutôt des soins individualisés que l'infirmière, les autres professionnels de la santé ou les parents doivent adapter aux besoins d'un nouveau-né dans un contexte donné et à un moment donné (Martel & Milette, 2006, p. 80).

3.4.4. La prévention des troubles de l'oralité alimentaire en pratique

D'après le cours de L. Bruel-Marquez et al., la prévention des troubles de l'oralité alimentaire cible le réinvestissement de la sphère oro-faciale de l'enfant par des stimulations positives. Elles donnent pour exemple le peau à peau, goutte de lait, succion non nutritive avec tétine ou doigt, tétée contact, prendre dans les bras, stimulation oro-faciale (paume des mains, sphère péribuccale et points cardinaux). De plus, elles précisent l'individualité que doit prendre cette prévention qui doit être incorporée simplement dans les soins et axée sur le plaisir, l'observation, le respect et l'adaptation de l'enfant à cela. Bien sûr, la prévention ne doit pas être intrusive pour le nouveau-né (Document non publié [Support de cours], 2013).

4. Le dispositif méthodologique du recueil de données

Les auteurs des diverses lectures réalisées ont permis d'apporter des connaissances théoriques nécessaires pour ce travail. Afin de contraster avec la réalité de terrain et amener d'autres notions au mémoire, j'ai pu réaliser des entretiens auprès de professionnels. Dans le but de préserver l'anonymat des participants, les prénoms retrouvés dans les différentes parties de ce mémoire ne sont pas les leurs. De plus, les citations des auteurs sont inscrites entre guillemets uniquement et celles des professionnels en italiques et guillemets.

4.1. Les entretiens

Dans le cadre de ce travail de fin d'étude, des entretiens auprès de professionnels doivent être réalisés. J'ai donc choisi d'enrichir mon recueil de données avec deux interviews. Mon intention au cours de ces derniers était d'assurer aux personnes interviewées une liberté d'expression, par le biais d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes répondant à plusieurs objectifs. Le guide d'entretien (annexe I) est une aide, une ligne conductrice réalisée en amont des rencontres, permettant de recentrer si besoin l'interviewé s'il s'écarte du sujet grâce à des questions de relances. De plus, au cours de mon stage dans le service de néonatalogie, j'ai pu effectuer un entretien auprès de la psychomotricienne qui suivait les enfants atteints ou suspectés de troubles de l'oralité alimentaire. Je n'ai malheureusement pas pensé à enregistrer cette interview. J'ai tout de même pris des notes de cet entretien (annexe V).

4.2. La population et les modalités d'entretien

Pour réaliser mes entretiens, il m'a paru évident de contacter mes anciennes collègues de néonatalogie. Pour la première rencontre, j'ai contacté une infirmière puéricultrice (Hélène), que je connaissais de part mon stage du semestre 5 et, elle m'a donné rendez-vous le lendemain après-midi dans la salle détente du service vu qu'elle ne travaillait pas. Suite à cela, j'ai demandé à une infirmière du service si elle acceptait de participer. Le sujet des troubles de l'oralité alimentaire ne l'inspirant pas, elle a préféré ne pas y prendre part. L'infirmière puéricultrice interviewée m'a recontacté le soir même m'indiquant qu'une infirmière du service de remplacement de néonatalogie (Léa) travaillait le

lendemain et elle m'a laissé les coordonnées de cette dernière. Je lui ai envoyé un message et j'ai pu la rejoindre le lendemain après-midi dans la salle détente du service.

J'ai choisi de m'entretenir avec deux professionnelles pour permettre une plus grande richesse du recueil de données et pouvoir confronter leurs opinions. Elles sont à l'origine toutes les deux infirmières diplômées d'état, mais la première s'est spécialisée dans la pédiatrie, elle a donc le statut de puéricultrice. Je trouvais intéressant d'interviewer ces deux soignantes avec un parcours de formation différent afin de mettre en évidence, ou non, une différence dans la prise en soins des nourrissons présentant des troubles de l'oralité. Les infirmières travaillent dans le service de néonatalogie depuis minimum trois ans. Je souhaitais qu'elles aient de l'expérience dans le service afin qu'elles puissent me parler de ce qu'elles voient, de leurs rôles, de leurs ressources et surtout de leurs expériences avec les troubles de l'oralité alimentaire, ce qu'elles en ont appris.

Le lieu choisi est la salle détente des professionnels de néonatalogie. J'ai proposé cette salle aux soignantes car elle se trouve à l'extérieur du service, elles sont coupées de leur lieu d'exercice, il y a très peu de passage et ça permet de limiter les perturbations. Une table ronde est présente et il y a une grande fenêtre apportant beaucoup de clarté. Ces éléments facilitent, à mon sens, la communication et la concentration.

Je souhaitais que les entretiens n'excèdent pas les vingt minutes pour ne pas faire perdre de temps sur la journée de travail des professionnels. Je n'ai pas ressenti de pression temporelle au cours des entretiens car la puéricultrice ne travaillait pas le jour de la rencontre et l'infirmière avait organisé sa journée de façon à m'accorder un temps d'une demi heure. De plus, les professionnelles ne m'ont pas interrompu ou dit qu'elles avaient des obligations, d'ailleurs nous sommes restés échangés pendant un quart d'heure une fois les entretiens clôturer. Pour permettre la retranscription des propos, j'ai utilisé le dictaphone de mon téléphone que j'ai positionné entre les soignantes et moi-même.

4.3. Les objectifs

Les entretiens avaient pour but de partager avec les professionnelles sur le sujet des troubles de l'oralité alimentaire. Mais aussi de pouvoir apporter, à terme, des éléments permettant de faire des liens ou de distinguer les propos des auteurs recensés dans le cadre conceptuel de ce travail.

Les objectifs du guide d'entretien sont de déterminer le profil des professionnelles interviewées, de découvrir ce que les professionnelles connaissent des troubles de l'oralité alimentaire, de comprendre de quelle façon les professionnelles intègrent leur expérience professionnelle dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire et de comprendre dans quel but et de quelle manière les professionnelles incluent leur rôle préventif dans leurs pratiques quotidiennes face aux troubles de l'oralité alimentaire.

4.4. Le bilan du dispositif

Ayant réalisé un stage en néonatalogie, je n'ai pas rencontré de difficulté pour trouver une infirmière puéricultrice voulant participer à un entretien. A contrario, mobiliser une infirmière a été moins évident. En effet, la néonatalogie étant un service accueillant des enfants, la profession infirmière n'est pas courante car la spécialisation en puériculture est souvent requise. Les seules infirmières présentes dans le service travaillent de nuit ou sont sur le service de remplacement. De plus, au moment de la retranscription, je me suis rendue compte que j'aurais pu demander aux infirmières d'approfondir certains points qu'elles ont abordés. Cela aurait enrichi davantage mon recueil de données. De plus, l'échantillon étant restreint à deux soignants, je ne peux pas généraliser les résultats de ces entretiens. Par ailleurs, j'estime que j'aurais dû enregistrer l'entretien avec la psychomotricienne du service de néonatalogie, il m'aurait apporté des informations d'analyses supplémentaires pour ce travail, bien que j'ai pris des notes me permettant d'en garder une trace.

5. L'analyse descriptive des entretiens

Pour explorer les entretiens de la puéricultrice et de l'infirmière, j'ai réalisé des tableaux d'analyse de ces derniers (annexe IV) que je vais transformer en commentaire d'analyse. Les propos cités sont extraits des retranscriptions des entretiens des deux professionnelles (annexe II et III). Lorsque j'ai décomposé le discours des infirmières quatre grands thèmes se sont dégagés : les troubles de l'oralité alimentaire, le travail en collaboration, la prévention des troubles de l'oralité alimentaire et les compétences de l'infirmière.

5.1. Les troubles de l'oralité alimentaire

Les deux professionnelles se rejoignent sur la fréquence d'apparition du trouble de l'oralité alimentaire dans le service de néonatalogie dans lequel elles travaillent. La puéricultrice dit à deux reprises que *"ça dépend"*, ça peut être *"plusieurs fois par mois"* comme *"tous les jours"*. L'infirmière estime que *"c'est très, très varié"* et qu'elle en *"rencontre régulièrement"*.

Selon les propos de la deuxième personne interrogée, *"tout ce qui est trop traumatique autour de la sphère ORL"*, *"les soins techniques invasifs"*, les enfants *"lourdement techniqués"*, le fait de *"forcer"* à manger et de *"mal donner un biberon"*. Finalement ce sont les pratiques de soins des professionnelles qui peuvent engendrer un trouble de l'oralité alimentaire. Elle ajoute que *"l'hospitalisme"* et un *"parcours d'hospitalisation"* ainsi qu'une *"notion d'affection"*, *"d'affect"* du nourrisson et *"une grosse part de psychologique"* entrent en jeu. Elle s'aligne avec la première professionnelle interrogée sur la mise en lien entre pathologie existante et trouble de l'oralité. Hélène parle de *"syndrome"*, de *"prématurité"*, de *"la séquence par exemple Pierre Robin"* et de *"fatigue"*. Tant dis que Léa aborde les *"gros parcours de prématurité"*, une *"pathologie particulière"* et des *"problèmes respiratoires"*.

Elles évoquent toutes les deux, à plusieurs moments, les *"comportements"* des nouveaux-nés, auxquels il faut être attentif lorsque l'on cherche à détecter un trouble de l'oralité alimentaire. Puis l'infirmière décrit ce sur quoi elle met *"des feux d'alertes"* en se remémorant *"l'attitude"* d'un bébé qui *"n'a pas envie"*, *"s'énerve"*, *"régurgite"*, *"s'arqueboute"*. Finalement, pour elle, ces

“comportements qui peuvent paraître étranges” sont des *“signaux”* auxquels elle porte une attention particulière.

5.2. Le travail en collaboration

Les nombreux professionnels exerçant au sein de la néonatalogie seraient des ressources incontournables dans la prise en soin d'un enfant présentant un trouble. En effet, l'IPDE dit que *“c'est tous les professionnels et... que ce soit auxiliaire, puéricultrice, les médecins, les infirmières mais aussi la psychomotricienne...”* et elle précise que le travail *“en collaboration”* facilite le prendre soin d'un nouveau-né présentant un trouble de l'oralité alimentaire. L'IDE est en accord avec elle mais ajoute la communication, les *“échanges”* au cœur de l'équipe pluriprofessionnelle notamment en *“dialoguant avec les collègues”*, le fait de *“discuter avec les collègues”* et *“en parler avec mes collègues”*. En fait, Léa dit qu'elle *“ne reste jamais toute seule”*. Pour elles, leur binôme, celle avec qui elle partage les soins, l'auxiliaire de puériculture est une *“personne ressource”*.

Pour Léa, des parents *“présents”*, *“là tous les jours”* et *“investi”*, apportent un bénéfice incontestable dans les soins de l'enfant. La puéricultrice aborde aussi la régularité de la présence parentale, qu'ils *“soient là au maximum”*. La présence et l'intégration des parents dans la prise en soin de leur enfant permet donc de favoriser la relation triangulaire, celle de l'enfant avec ses parents et les soignants. Hélène insiste bien sur cette notion en disant que *“l'enfant est au centre, les parents et les soignants sont autour ensemble”* et qu'il est important de *“travailler tous en collaboration pour cet enfant avec les parents”*. L'infirmière accorde *“la place la plus importante”* aux parents qui sont ses *“ressources”*, *“une aide”*. Elle essaye de *“les intégrer”* et les *“accompagner”*. L'infirmière évoque elle aussi la relation triangulaire en expliquant que son *“but c'est qu'à la fin le trio puisse sortir dans les meilleures conditions possibles”*. Hélène et Léa évoquent ce dont les parents sont capables. En effet, selon l'IPDE les parents *“observent plein de choses”*. Pour l'IDE, *“ils le (leur bébé) connaissent”, “savent faire”*. L'objectif étant que *“eux sachent décoder leur bébé”*. Les professionnelles deviennent alors *“accessoires”* selon cette dernière.

5.3. La prévention des troubles de l'oralité alimentaire

La première professionnelle interviewée a commencé sa carrière comme *“infirmière”* et elle a *“pratiquement que travaillé auprès des enfants dans tous les services pédiatriques et un peu de néonatal”*. Puis, après neuf ans d'exercice, elle s'est spécialisée dans la pédiatrie et elle *“fait l'école de puer”*. Suite à cela, elle a pris ses fonctions dans le *“pool”*. *“Depuis trois, quatre ans”*, elle est infirmière puéricultrice en néonatalogie.

La deuxième professionnelle s'est formée au métier d'infirmière. Elle a commencé sa *“carrière à Paris”* où elle a *“travaillé en pédiatrie principalement en soins intensifs pédiatriques”* puis poursuivi son cursus formative en passant *“un DU de pratique avancée en soins infirmiers pédiatriques”*. Elle travaille actuellement *“depuis 2016”*, sur le *“SDR, c'est-à-dire du service de remplacement”* où elle peut être affectée *“sur les trois unités de néonatalogie”* de l'hôpital. Ces trois unités sont la réanimation, les soins intensifs et les soins courants.

Les deux soignantes déclinent les différentes formations auxquelles elles ont participé au cours de leur carrière comme les *“formations sur du coup les troubles de l'oralité, l'éducation thérapeutique en lien avec la nutrition entérale et les troubles alimentaires... la formation allaitement, les formations soins de développement et tout ce qui communication auprès des parents”* pour Hélène et *“les formations gestion du malaise, la formation réanimation en salle de naissance, la formation allaitement etcetera”*. Elles évoquent aussi la nécessité de *“continuer à se former”* au cours de notre carrière parce que pour Léa, les professionnels ont *“toujours besoin de formations”*.

Selon Hélène, son expérience professionnelle lui permet *“complètement”* de mieux détecter et agir face à un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Elle explique aussi qu'elle a réalisé un *“mémoire sur les troubles de l'oralité”* qui lui apporte des connaissances sur le sujet. Léa pense que *“par rapport à il y a quelques années, oui c'est sûr”* ses expériences passées lui permettent de mieux détecter et agir. Elle précise même que toutes l'expérience qu'elle a acquis depuis l'obtention de son diplôme d'infirmière lui permettent aujourd'hui de ne pas se spécialiser pour travailler à l'hôpital. Elle explique cela par ces deux phrases : *“est-ce qu'aujourd'hui j'estime qu'une formation puer me permettrait par exemple d'être, de mieux exercer mon métier à l'hôpital, je suis pas sur”, “toujours travaillé auprès des enfants fin y'a un moment où l'expérience je pense joue aussi beaucoup de choses”*. Elles estiment aussi qu'elles ont évolué dans leur prise en soin grâce à cette expérience.

L'infirmière parle *"des acquis"* mais également le fait que *"les pratiques changent"*, que *"ça évolue"* et qu'elle *"évolue toujours"*.

Au cours des entretiens les professionnelles ont explicités plusieurs techniques permettant de prévenir les troubles de l'oralité alimentaire du nourrisson. Selon la puéricultrice, *"l'observation"* d'un enfant et le *"solliciter au moment des repas"* au moment des repas font partie de son rôle préventif. L'infirmière évoque plutôt les *"stimulations positives"* qu'elle propose aux nourrissons. Elle entend par *"stimulations"*, *"des petites astuces"* tels que *"la petite compresse de lait"*, *"les petits massages"*, *"les points cardinaux"*, *"donner le biberon en ballon de rugby"*...

La notion de temps serait également à prendre en considération selon les professionnelles lorsqu'elles prennent en soins un nouveau-né. Pour l'IPDE, cette prise en charge doit se faire *"dès que ça peut être pris en charge, dès la prématurité ou dès la naissance"*. L'IDE résume cela par une prise en soin *"tôt"*, *"précoce"*. Cette dernière évoque aussi le fait de réaliser des actes préventifs précocement lorsque l'on sait que l'enfant à un risque de développer des troubles de l'oralité alimentaire : *"en réa quand on a un enfant qui doit bénéficier de soins techniques invasifs pour lui sauver la vie et qu'on sait que ça va lui causer des troubles de l'oralité, bien sûr qu'on va le sauver au détriment de son oralité, on mettra juste en place précocement des préventions"*. Dans les essentiels à retenir sur le trouble abordé dans ce mémoire, Léa, l'infirmière insiste sur le *"le temps accordé"* à l'enfant dans ses soins, elle prend *"le temps de donner"* de lui donner son repas. Elle pense aussi attribuer *"plus de temps"* à un nouveau-né quand elle a connaissance de ces troubles de l'oralité alimentaire que si elle ne sait pas.

Pour assurer *"la continuité des soins"* à long terme dans le cadre de la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire, la puéricultrice estime qu'il faut comptabiliser *"ce qui avait déjà été fait, ce qu'elles (les infirmières d'un autre service) avaient observé et ce que nous (les infirmière du service de néonatalogie) allons observés"* et *"communiqué"*. Elle estime que cela permettrait *"d'essayer de garder le même cap"*. Elle pense qu'une *"éducation thérapeutique"* des parents est légitime pour permettre de *"toujours faire de la même manière"* et contribuer en finalité à la prévention du trouble de l'oralité de l'enfant. Au contraire, l'infirmière pense que le *"NIDCAP"* contribue à la continuité de ses soins quotidiens. Pour elle, il faut *"l'avoir toujours en tête"*, *"faire sa journée en respectant le plus possible voilà ses règles"*. Elle estime que *"c'est un réflexe, en fait on (les soignantes de néonatalogie) ont travaillé comme ça"*. Enfaite, Hélène pense que la continuité de ses soins ce fait sur le long terme

en prenant compte de ce que les autres ont déjà fait et en assurant *“la formation des parents”* et, Léa suit le concept du *“NIDCAP”* intégrant les soins de soutien au développement au cours de sa journée pour permettre la continuité de la prévention des troubles de l'oralité alimentaire des enfants qu'elle s'occupe.

Par ailleurs, les deux professionnels ont une vision différente du NIDCAP, en effet, pour la puéricultrice, *“le NIDCAP c'est basé sur l'observation et justement la prise en soins vraiment lié à l'enfant, à ses besoins à lui”* et pour l'infirmière, *“c'est des choses qui nous permettent de, d'être, en tous cas d'essayer de prévenir tout ces troubles de l'oralité”*.

5.4. Les compétences de l'infirmière

Les professionnelles pensent qu'elles doivent avoir certaines compétences pour prévenir les troubles de l'oralité alimentaire en néonatalogie. Pour la première interviewée, *“aider cet enfant à avoir moins de troubles”* c'est *“essayer d'améliorer et éviter”, “réajuster”* ce qu'elle a fait. De plus, *“former”* les parents et *“les écouter”* font partie de ses compétences. Pour la deuxième personne, être *“vigilant”, “sensibiliser”* et *“essayer”* sont les mots qu'elles utilisent tout au long de son entretien pour parler de ses compétences axés sur la *“prévention”*. Dans le mot vigilance, elle pense que *“c'est d'essayer d'être toujours un peu vigilant, d'avoir les feux d'alerte un peu partout sur les bébés dont on s'occupe”*. Ses soins sont *“planifier”* et *“hiérarchiser différemment”*. Elle *“essaye”* de *“s'organiser”* et *“s'adapter”* dans les soins apportés à l'enfant, elle finit par me dire que dans mes pratiques *“tu prioriseras”* tes soins. Selon Hélène, apporter *“du questionnement”* sur ses pratiques professionnelles et pour Léa *“se remettre en question”* font partie de leur compétence permettant de prévenir les troubles de l'oralité alimentaire. Ce questionnement personnel ressort beaucoup dans les propos de l'IDE comme pour la question sur la première fois qu'elle a rencontré un enfant avec un trouble de l'oralité alimentaire, elle dit que *“c'est difficile de se dire non c'est sur j'en ai pas vu avant peut-être que j'en ai vu et qu'en fait je suis passé à côté, c'est possible”*. Cette dernière le montre aussi lorsqu'elle échange avec une collègue, elle a cette compétence de remise en question lorsqu'elle me dit *“il y a ça qui l'alerte elle, oui tiens c'est quelque chose auquel je n'aurais pas pensé”*.

6. La discussion

Après avoir pris connaissance du point de vue des auteurs par le biais de mes lectures et l'avis des professionnelles exerçant dans un service de néonatalogie. Il est temps à présent de mettre tous ses éléments en lien et d'y apporter mes pensées. Trois grandes idées sont ressorties de ces analyses.

6.1. Formation et expérience de l'infirmière : un premier pas dans la prise en soin

Les deux professionnelles interrogées ont suivi de nombreuses formations au cours de leur carrière comme les formations sur les troubles de l'oralité alimentaire, l'allaitement, les soins de développement pour l'une et les formations sur la gestion du malaise ou encore la réanimation en salle de naissance pour l'autre. En fait, elles participent aux formations nécessaires pour travailler dans le service où elles se trouvent. Cela permet une évolution de leurs pratiques professionnelles afin de toujours offrir le meilleur accompagnement possible aux nouveau-nés et son entourage. Je comprends que c'est important pour ces deux soignantes car elles insistent sur la nécessité de *"continuer à se former"* et Léa, l'infirmière, ajoute même qu'elle a *"toujours besoin de formations"*.

Pour moi, la formation des professionnels est la première étape dans la prise en soin de façon générale mais aussi dans les troubles de l'oralité alimentaire. J'estime qu'un professionnel bien formé va pouvoir mettre en application ce qu'il a appris et également les transmettre à ses collègues bien sûr mais aussi aux parents. Je suis donc tout à fait d'accord avec ce que les soignantes avancent. En effet, le fait de se former apporte un équilibre dans nos connaissances et nos compétences. Cela permet aussi de remettre en question nos pratiques qui ne cessent d'évaluer avec le temps de part les progrès de la médecine mais aussi de part nos erreurs. Les soignantes précisent d'ailleurs au cours de leurs entretiens cette *"remise en question"* quotidienne. De plus, la particularité de ce public fragile engendre une prise en soins complexe et minutieuse nécessite selon moi une remise à niveau des acquis des professionnels de santé. Dans le programme de formation des infirmiers, il n'y a pas d'unités d'enseignement qui prévoient de comprendre la prise en charge pédiatrique. Malgré cela, je vais travailler dans un service de néonatalogie après l'obtention de mon diplôme d'infirmière. Je possède une première expérience auprès des nourrissons, je pense que celle-ci m'a apporté ressources et connaissances pour débiter convenablement. J'espère pouvoir continuer à me former

grâce aux formations internes et avec mes futures collègues pour me perfectionner dans la prise en charge pédiatrique.

De plus, Les deux soignantes interviewées sont diplômées depuis plus de dix ans et elles ont exercé la majeure partie de leur profession dans des unités de soins pédiatriques. Cela fait qu'elles ont une expérience professionnelle et des connaissances dans le domaine de la puériculture relativement développées. Hélène et Léa s'accordent pour dire que la détection et les actions face au trouble de l'oralité alimentaire sont de meilleure qualité grâce cette expérience acquise.

Je suis d'accord avec les infirmières. J'estime que les expérimentations permettent, tout comme les formations, de comprendre les erreurs et les réussites dans le but d'apprendre et de remettre en question nos pratiques. Grâce à cela la formation continue parce qu'il est possible d'en sortir de nouveaux apprentissages et savoirs. L'IDE appuie mes propos lorsqu'elle évoque le fait que *“les pratiques changent”*, que *“ça évolue”* et qu'elle aussi *“évolue toujours”*. La formation et les expériences professionnelles se complètent et sont un premier pas dans les actes permettant de s'occuper d'un nouveau-né.

Par contre, je pense que malgré l'absence d'une formation de spécialisation en puériculture, il n'est pas impossible de travailler efficacement auprès des enfants. Il y a des similitudes dans la prise en soin d'un adulte et d'un nourrisson. J'estime que tout s'apprend notamment et qu'avec les expériences il est possible de développer une forme d'expertise dans la prise en soin. La formation sur le terrain avec les professionnelles de santé spécialisé est par contre essentielle pour ne pas prendre en soin de façon inadapté l'enfant et toutes ses particularités. L'infirmière avec laquelle je me suis entretenu me partage le fait que son expérience auprès des enfants lui permet aujourd'hui de ne pas bénéficier d'une formation de spécialisation en puériculture pour travailler à l'hôpital. Elle argumente avec ces deux phrases :

- *“ Est-ce qu'aujourd'hui j'estime qu'une formation puer me permettrait par exemple d'être, de mieux exercer mon métier à l'hôpital, je suis pas sur”.*
- *“J'ai toujours travaillé auprès des enfants fin y'a un moment où l'expérience je pense joue aussi beaucoup de choses”.*

Enfin, Hélène, la puéricultrice, évoque au cours de l'entretien *“son mémoire sur les troubles de l'oralité”* qu'elle a réalisé dans le cadre de la fin de son année d'école de puériculture. Ce travail

contribuerait à son expérience professionnelle et l'a instruite. Je partage le même avis. Je suis convaincue que le travail que je réalise en ce moment, ce mémoire, m'apporte beaucoup de réflexion sur ma projection en tant que future infirmière en néonatalogie. J'apprends beaucoup de choses et une fois ce travail clôturé je continuerais à en apprendre sur les troubles de l'oralité alimentaire. Finalement on ne peut pas être parfait car on ne peut pas tout connaître et savoir faire.

Je n'ai pas trouvé d'articles de recherches ou de livres mettant en relation formation et expérience professionnelle dans le prendre soins d'un nouveau-né en néonatalogie. Je ne peux donc pas comparer avec des écrits les propos avancés par la puéricultrice et l'infirmière.

6.2. Le rôle de l'infirmière dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire

La prévention est une partie importante du travail de l'infirmière. Cette mission est encadrée par des textes de loi mais pas seulement. Dans son processus de prévention, l'infirmière observe et analyse le comportement de l'enfant dans le but de découvrir ses besoins et mettre en œuvre des interventions les améliorant. Elle peut alors utiliser la méthode NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) dans sa démarche d'analyse et les soins de soutien au développement pour ces interventions (Martel & Milette, 2006). Au cours des entretiens avec les professionnels, elles évoquent régulièrement leurs compétences qui sont la "prévention", "essayer" et "éviter". Hélène ajoute la formation des parents grâce à "l'éducation thérapeutique" et Léa parle de "sensibiliser" les parents aux troubles de l'oralité alimentaire. En effet, comme le précise le code de déontologie et le code de la santé publique qui prévoit le rôle de l'infirmière, la prévention en fait partie (Profession infirmier : *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, 2019). Je pense qu'il est important de savoir prévenir pour perdre une prise en soin globale et de qualité. J'ai d'ailleurs pu l'observer par le biais de mon stage en néonatalogie mais aussi dans les services de soins adultes. Je pense que les troubles de l'oralité alimentaire doivent être prévenu le plus précocement possible, afin de ne pas les laisser s'installer et par conséquent causer des effets néfastes sur l'enfant et son entourage. C'est là où la prévention prend tout son sens. Les modes de prévention que l'infirmière peut mettre en place sont nombreux.

6.2.1. Une observation accrue de l'enfant

En effet, comme cité précédemment, je pense que l'observation des comportements du nouveau-né pour apprécier ses besoins fait partie intégrante du rôle de l'infirmière. Les auteurs et les professionnelles s'entendent sur le terme d'observation du nouveau-né pour prévenir les troubles de l'oralité alimentaire. Hélène évoque à plusieurs reprises ce même terme, tandis que Léa et la psychomotricienne du service de néonatalogie disent qu'il faut être "*vigilant*" au comportement du nourrisson. Cascales et al (2015) affirme que "plus on regarde avec attention, plus on découvre la richesse d'indices, de signes, d'éléments disparates, liés, non liés, cohérents, discordants, synchrones, asynchrones, partagés, détachés, rythmiques, arythmiques dont les échanges entre le bébé et son environnement sont porteurs" (p. 25). Selon moi, cette concordance me permet de comprendre que l'observation est un élément essentiel de notre bonne pratique professionnelle pour savoir prévenir les troubles de l'oralité alimentaire.

Il faut observer mais qu'est ce qu'il est possible d'observer pour cibler les besoins d'un nouveau-né dans un service de néonatalogie ? Les comportements des nouveaux-nés évoqués par les infirmières interviewés sont également abordés par des auteures et leurs avis se rejoignent. D'une part, elles disent que les comportements et les affects de ces derniers sont identifiables en les observant (Lamour & Barraco, 1999). D'autre part, l'infirmière parle des "*comportements qui peuvent paraître étranges*" chez un nouveau-né, comme des "*feux d'alerte*" attirant son attention. La puéricultrice insiste sur les "*comportements*" du nouveau-né pour permettre de détecter, prévenir et agir sur les troubles de l'oralité alimentaire. De plus, Martel & Milette (2006) ajoutent que ces comportements sont la manifestation du stress de nouveau-né à cause de surstimulations dans son environnement. La psychomotricienne notifie aussi la notion de stress mais en évoquant des "*dystimulations*" du nourrisson.

Dans mon cadre conceptuel et la retranscription des entretiens, il est possible de retrouver la philosophie de soins du "NIDCAP" qui signifie en français "Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de soins de Développement". L'infirmière puéricultrice définit le NIDCAP comme étant "*basé sur l'observation et justement la prise en soins vraiment lié à l'enfant, à ses besoins à lui*". Martel & Milette (2006), le définissent comme un moyen permettant d'observer le comportement d'un nouveau-né prématuré. Le but est de lui offrir des soins de développement individualisés répondant à ses besoins. J'estime que les deux définitions s'accordent.

Au contraire, l'infirmière définit le NIDCAP comme *“des choses qui nous permettent de, d'être, en tous cas d'essayer de prévenir tous ces troubles de l'oralité”*. D'après moi, elle n'a pas tort mais ce n'est pas seulement permettre des choses en place le NIDCAP. C'est avant tout comme Hélène, Marie-Josée Martel et Isabelle Milette de l'observation et de la compréhension des comportements du nouveau-né dans l'optique ensuite de mettre en place des stratégies d'amélioration.

En effet, je pense que pour comprendre les besoins d'un nourrisson, il est d'une grande importance de savoir observer. C'est donc un sens que je vais apprendre et continuer de développer tout au long de ma carrière professionnelle. Je ressens vraiment l'importance d'inclure cette méthode pour comprendre l'enfant dans son intégralité et ne rien oublier dans sa prise en charge. Je pense que le NIDCAP est la ressource dont j'aurais besoin pour me mettre d'assurer convenablement mon rôle de prévention dans mon futur poste. Il me permettra non seulement de faire face aux troubles de l'oralité alimentaire mais aussi d'assurer un développement harmonieux aux enfants que je prendrais en charge en réduisant leur stress. D'ailleurs l'IDE dit bien que c'est un réflexe pour elle, elle travaille comme ça dans ce service, elle respecte *“ses grands principes là”* au cours de sa journée. Enfin, selon moi, il n'y a pas que l'observation du comportement qui est cruciale mais aussi l'observation des scopes avec les paramètres vitaux permettent d'en apprendre beaucoup sur l'état intérieur de du nouveau-né. A présent, je pense qu'une question pour approfondir cela au cours des entretiens avec les professionnelles aurait été judicieux.

6.2.2. Prévenir les troubles de l'oralité alimentaire avec des interventions

Les professionnelles qui ont répondu aux questions sur ce travail évoquent des techniques qu'elles mettent en place pour *“essayer”* de prévenir les troubles de l'oralité alimentaire. Hélène sollicite l'enfant au moment de son repas, elle n'a pas donné d'exemples de ce qu'elle met en place pour assurer une prévention contre ce trouble. Par contre, Léa liste *“des petites astuces”* qui sont pour elle *“des stimulations positives”* du nourrisson. Elle donne pour exemple *“la petite compresse de lait”, “le peau à peau”, “les petits massages”, “les points cardinaux”, “donner le biberon en ballon de rugby”*. La psychomotricienne dit travailler autour de *“l'installation”* et la *“posture”* de l'enfant *“pendant les repas”* et du réinvestissement de la sphère buccale de l'enfant par des massages qui permettent aussi d'entretenir son oralité. En se référant au cadre théorique, L. Bruel-Marquez et al. (2013) ont été écrit que prévenir les troubles de l'oralité alimentaire c'était ciblé le réinvestissement

de la sphère oro-faciale de l'enfant par des stimulations positives. Elles donnent ensuite des exemples comme le peau à peau, le massage des points cardinaux, les gouttes de lait... Ce que disent les écrits et les entretiens se lient, ils évoquent les mêmes moyens de stimulation de l'oralité du nouveau-né.

Grâce à mon expérience dans un service de néonatalogie, j'ai pu observer toutes ces techniques de réinvestissement et de maintien de l'oralité. J'ai également pu les essayer avec les deux nourrissons cités dans ce mémoire. Les troubles de l'oralité alimentaire sont très fréquents dans le service de néonatalogie où j'ai pu effectuer mon stage et les professionnelles interrogées s'accordent à dire de même. C'est pourquoi, avoir connaissance sur les moyens de prévention existant contre ce type de trouble vont me permettre d'avoir des fondements et donc développer plus rapidement mon expertise sur ce sujet.

En relisant mon cadre théorique, je pense que les techniques de prévention citées plus haut intègrent les soins de soutien au développement du nouveau-né en néonatalogie. En effet, la définition la plus récente, de Aita & snider (2003), de ce concept évoque les interventions soignantes adaptées aux besoins de développement du nouveau-né.

De plus, le champ d'action prévoit d'agir sur l'enfant, son environnement et sa famille. Je pense que les actions proposées par les soignants pour limiter les troubles de l'oralité alimentaire s'inscrivent dans les soins de soutien de développement. En effet, les actions de prévention ciblant ce trouble inclut aussi l'enfant car les soins lui sont proposés directement, son environnement est adapté aussi et ses parents sont intégrés dans les soins. Il aurait été pertinent que ce que j'ai analysé soit approfondi en interrogeant les professionnels de santé et en réalisant de nouvelles lectures.

6.3. Parents, enfant et soignants : une relation triangulaire

Les professionnelles interrogées évoquent la présence des parents et la nécessité de les intégrer dans les soins et ainsi dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire. Pour Hélène, c'est un travail en collaboration "pour cet enfant avec les parents", ils sont "partenaires de soins". Léa estime qu'ils sont une "aide" grâce à leur "investissement" dans les soins et qu'elle devient alors "accessoire". La psychomotricienne me confie aussi intégrer les parents dans ses soins car ils permettent la continuité des soins. Cascales et al. (2015) pensent la même chose lorsqu'il dit que

l'enfant est à prendre en globalité avec ce qu'il l'entoure c'est-à-dire ses parents, qu'il faut intégrer aux soins et les rendre acteurs de la prise en charge de leur enfant. Je suis d'accord avec Hélène, la psychomotricienne et l'auteur. En effet, j'ai également pu observer au cours de mon stage le bénéfice de la présence des parents dans les soins. Les parents connaissent leur enfant, il le voit et s'en occupe tous les jours de ce fait ils savent reconnaître leurs comportements montrant du stress ou de l'adaptation à son environnement. Au contraire, je n'adhère pas au fait que Léa pense devenir accessoire auprès des parents. En effet, je pense que le professionnel garde un rôle de soutien et de guide. J'estime que le soignant devient plutôt une ressource pour les parents parce que les professionnels de santé et les parents se complètent dans la prise en soin du nouveau-né. J'ai ressenti l'importance de la nécessité de la présence parentale et leur investissement afin de pouvoir prévenir les troubles de l'oralité alimentaire quand j'ai demandé aux professionnels comment elles intégrer les parents et si elles y voyaient un bénéfice.

De plus, l'IPDE et l'IDE évoquent le travail en "collaboration" et en "pluriprofessionnalité". Au cours de mon stage, le travail en collaboration et multidisciplinarité a été une aide précieuse. En effet, si j'avais d'informations concernant la méthode pour changer le nouveau-né ou lui donner le biberon, je me référais aux auxiliaires de puériculture, concernant les soins techniques je me tournais vers les puéricultrices ou les infirmières, concernant les pathologies c'était les pédiatres et internes et pour finir sur l'oralité j'allais voir la psychomotricienne. C'est pareil pour le nouveau-né, il amène à rencontrer tous les professionnels pour lui assurer une prise en charge complètement et globale. Par ailleurs, j'ai trouvé cette notion omniprésente dans les lectures que j'ai effectué mais j'ai ressenti son importance au cours des entretiens avec les infirmières.

L'association des parents et de tous les professionnels dans la prise en charge d'un enfant en néonatalogie se résume à une relation triangulaire. En effet, Hélène met en avant cette relation en disant que *"l'enfant est au centre, les parents et les soignants sont autour ensemble"*. L'infirmière l'évoque elle aussi en expliquant que son *"but c'est qu'à la fin le trio puisse sortir dans les meilleures conditions possibles"*. Martel et Isabelle Milette (2006) expliquent que *"le NIDCAP renforce les relations entre les parents, les professionnels de la santé et le nouveau-né"* (p. 132). En effet, cette phrase montre bien l'importance de créer une relation triangulaire.

Au cours de mes trois années d'études, j'ai tout le temps entendu parler de cette relation qui unit le patient et le soignant. Mais grâce à ce travail et à mon stage, j'ai pu découvrir une autre relation, celle

qui lie les soignants, les parents et l'enfant. Il s'agit de la relation triangulaire. Je pense qu'on ne peut pas aider l'enfant si on est pas, tous les soignants, toutes professions confondus, en collaboration avec les parents. Ayant expérimenté cette relation, j'ai trouvé un réel confort et confiance dans les soins prodigués aux nouveau-nés et j'espère pouvoir travailler de cette façon dès ma première prise de poste en néonatalogie. Je pense aussi que cette relation permet de favoriser la continuité des soins.

6.4. De la question de départ à la question définitive

Pour pouvoir poursuivre ce travail sur les troubles de l'oralité alimentaire, je pense que ma question de départ doit être réajustée. En effet, après avoir réalisé des recherches, mené et analysé des entretiens avec des professionnelles du service de néonatalogie, ma vision sur cette question a changé. A l'origine, cette question était :

Chez le nouveau né présentant des troubles de l'oralité alimentaire, dans quelle mesure l'observation clinique de l'enfant permet l'ajustement du passage à l'alimentation par biberon ?

Mes recherches m'ont permis de comprendre que le rôle de l'infirmière auprès des enfants et de ses parents, est entre autres de faire de la prévention. J'ai aussi retenu que les troubles de l'oralité alimentaire devaient être pris en soins précocement et donc qu'il faut les prévenir pour les empêcher de s'installer. Pour cela, la méthode NIDCAP est selon moi et les auteurs, un moyen pour observer et évaluer les comportements du nouveau-né, doit être appliquée dans les pratiques professionnelles des soignants. De plus, j'ai appris qu'il était d'une importance considérable d'assurer la réduction des éléments environnementaux produisant des surstimulations pour le nourrisson dans le but de lui assurer un confort et une sécurité pour se développer harmonieusement. L'adoption des soins de soutien au développement dans la prise en soin d'un nouveau-né en néonatalogie me paraît alors nécessaire. Ce concept permet aussi d'intégrer les gestes pour investir à nouveau cette oralité perdue et la maintenir dans le temps. Dans l'implantation du NIDCAP et de ses soins spécifiques, la présence et l'investissement des parents vont de soi. Ils sont partenaires de soins et ressources. La prise en soin d'un nourrisson et prévenir les troubles de l'oralité alimentaire nécessitent tous ces éléments.

Dans les situations de départ, je cherchais à connaître le lien qui associe le rôle observateur de l'infirmière et la façon dont il est possible de mettre en place une alimentation par biberon. Les

résultats de ce travail ont mis en évidence que l'observation clinique est un élément du soin essentiel dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire. Observer suppose donc pour l'infirmière d'apprendre à regarder le nouveau-né, son comportement en utilisant l'échelle APIB du NIDCAP. Cela permet à l'infirmière de pouvoir décoder et repérer des signes d'alertes sur l'adaptation de l'enfant à son environnement. De plus, au cours de ma formation d'infirmière et de mes différents stages, j'ai déjà pu apprendre de quelle façon observer et mettre en pratique cette compétence auprès des adultes et des nourrissons. J'ai également découvert que je n'ai pas exploré la façon dont les professionnels de santé favorisent le passage à l'alimentation par biberon, j'estime que cette notion mérite d'être davantage exploré. Pour poursuivre ce travail j'aimerais donc prendre en compte ceci en associant l'implantation du NIDCAP et des soins de soutien au développement aux pratiques de soins de l'infirmière. Ma question définitive devient alors :

Dans quelle mesure l'infirmière peut intégrer le NIDCAP et les soins de soutien au développement à ses pratiques de soins pour permettre l'ajustement du passage à l'alimentation par biberon ?

7. Conclusion

J'ai toujours voulu prendre soin des enfants, leur apporter mon aide mais aussi apprendre à les comprendre. C'est pourquoi il m'a paru évident de proposer ce travail afin de clôturer ma formation d'infirmière et de poursuivre ma réflexion professionnelle.

Au début de ce mémoire, je souhaitais aborder le sujet de la transmission des émotions entre l'enfant et les parents. J'avais déjà rédigé les deux situations d'appel venant de mon stage du semestre quatre en unité de chirurgie ambulatoire.

Puis, j'ai réalisé mon stage du semestre cinq dans une unité de néonatalogie. Dans ce service, j'ai rencontré des difficultés dans la prise en soins de deux enfants, Nathan et Jérémie, qui présentaient des troubles de l'oralité. D'ailleurs, j'ai écrit une de mes analyses de pratiques professionnelles sur l'histoire de Nathan. C'est à ce moment que j'ai eu envie d'en savoir plus sur ce trouble et de faire des liens entre mes pratiques et ce trouble. En effet, ce sujet m'intéressait davantage que le précédent et j'avais déjà effectué de nombreuses recherches pour comprendre mes questionnements de mon analyse de pratique professionnelle. Je suis donc retourné vers ma référente de mémoire pour qu'elle m'autorise ce changement, étant donné que j'ai eu cette réflexion fin septembre. Elle a accepté et j'ai tout recommencer de zéro. Je ne me suis pas démotivée et j'ai très rapidement rattrapé le retard que j'avais pris. Mes questionnements sur les situations des enfants m'ont amené à me poser une première question de départ qui a été formulée au cours de mon passage en commission. Cette question était la suivante : Chez le nouveau né présentant des troubles de l'oralité alimentaire, dans quelle mesure l'observation clinique de l'enfant permet l'ajustement du passage à l'alimentation par biberon ? De plus, avant de partir de ce stage, je me suis entretenu avec la psychomotricienne pour lui poser des questions sur les troubles de l'oralité alimentaire. Ce fut l'une de mes premières démarches de recherches hormis quelques lectures déjà effectuées. J'ai réuni toutes mes lectures pour parvenir à finir mon cadre théorique en février.

Après cela, j'ai réalisé mes entretiens pendant mon premier stage de semestre 6 avec une infirmière puéricultrice que je connaissais de part mon stage en néonatalogie et une collègue à elle qui est infirmière. Pour cela, j'ai effectué une méthodologie et un guide d'entretien pour m'aider dans la réalisation de ce dernier. J'ai étudié ces entretiens à l'aide d'une analyse descriptive. Grâce à cela,

quatre éléments en sont majoritairement ressortis. Il s'agit des troubles de l'oralité alimentaire, le travail en collaboration, la prévention des troubles de l'oralité alimentaire et les compétences de l'infirmière.

Ensuite, j'ai confronté leurs propos avec ceux des auteurs et mon point de vue. Les principaux éléments de réflexion se sont portés sur la formation et l'expérience de l'infirmière comme étant à un premier pas dans la prise en soin, le rôle de l'infirmière dans la prévention des troubles de rôle alimentaire avec l'inclusion du NIDCAP et des soins de soutien au développement et la relation triangulaire qui uni les parents l'enfant et les soignants. Cette étape m'a permis le réajustement de la question de départ et d'en proposer une définitif : Dans quelle mesure l'infirmière peut intégrer le NIDCAP et les soins de soutien au développement à ses pratiques de soins pour permettre l'ajustement du passage à l'alimentation par biberon ?

Enfin, j'en arrive à cette conclusion qui vient boucler ce travail d'initiation à la démarche de recherche en soins infirmiers. J'ai beaucoup aimé réaliser ce travail de fin d'étude parce qu'il me permet de voir comment ma réflexion à évoluer grâce à cette formation. C'est une bonne expérience pour moi malgré le stress occasionné par cet exercice. Je suis contente de m'être écoutée et d'avoir changé de sujet car j'ai pris un réel plaisir à rédiger ces pages et à m'y investir.

Mes difficultés ont été d'associer les révisions des partiels du semestre de 5 et l'écriture de mon cadre théorique. Je pense que je me suis mise une précision importante sur ce travail. Il a également été complexe pour moi d'écrire mes pensées, et de faire en sorte que cela soit compréhensible. Notamment au niveau de ma discussion, beaucoup d'idées se mélangeaient dans ma tête.

A l'inverse, mes facilités ont été de réaliser les lectures, car j'aime lire ça me permet d'enrichir mes connaissances et de toujours développer ma réflexion. Mais aussi de trouver les professionnelles nécessaires pour me répondre. Je pense avoir eu assez de temps sur mon planning du semestre 6 pour me focaliser sur l'écriture du mémoire.

A partir de juillet prochain, sous condition d'avoir obtenu mon diplôme d'état d'infirmière, j'occuperai un poste d'infirmière dans le service de néonatalogie où j'ai effectué mon stage du semestre 5. Il est évident que ce travail de recherche ne m'a pas apporté toutes les notions nécessaires et importantes pour exercer mes fonctions dans cette unité. Cependant, j'en ai retenu une bonne partie, et c'est là, l'essentiel de ce travail.

Malgré cela, il persiste toujours en moi des appréhensions face à première prise de poste dans ce service si spécifique. En effet, je doute de mes capacités quant au fait de prendre en soins convenablement un nourrisson dans sa globalité. Mais comme j'ai toujours remarqué au cours de mes stages et aussi en réalisant cet exercice, c'est que le travail en équipe est important et que l'on collabore tous ensemble afin de s'entraider et d'apprendre des erreurs des uns et des autres. Je ne serais pas experte de mon poste dès ma première prise de poste, mais j'estime qu'on ne le devient jamais parce qu'on apprend tout au long de nos carrières et les pratiques changent, elles évoluent. Léa, l'infirmière, nous le dit bien d'ailleurs. Mais cela est un autre sujet qui peut faire l'objet d'un autre mémoire.

En conclusion, j'ai aimé faire grandir ce travail, j'ai mis neuf mois pour le faire, ça a été plus ou moins neuf mois de stress, de préoccupations et de remises en question pour aboutir à cette finalité. Alors, je suis fière d'avoir réalisé ce travail qui me semblait tellement loin et insurmontable au début de la formation. Je pense que j'en ressors extrêmement enrichi pour ma première prise de poste. En effet, je n'ai pas seulement appris sur le nouveau-né, la prise en soin en puériculture, la prévention et les troubles de l'oralité alimentaire mais aussi sur la façon dont mes futurs collègues travaillent et comment je vais être amenée à travailler.

Bibliographie

Bernard, V. (Octobre 2017). *Allaitement : les recommandations de l'OMS*.

<https://www.observatoire-sante.fr/allaitement-les-recommandations-de-loms/>

Lebel, V. & Aita, M. (2013). *Analyse du concept "soins du développement" selon la méthode basée sur les principes*. *Recherche en soins infirmiers*, 113, 34-42.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-2-page-34.htm>

Leblanc, V., Bourgeois, C., Hardy, E., Lecoufle, A. & Ruffier, M. (Juillet 2012). *Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant*. Nutricia Advanced Medical Nutrition.

Bustos, C. & Manero, C. (Septembre 2019). Donner sens à l'alimentation du prématuré nourri par sonde nasogastrique. *Soins pédiatrie-puériculture*, 310, 20-26.

Menguy, S. (2015). *L'enfant au cœur de la communication retrouvée*. [Mémoire de maîtrise non publiée]. Institut de formation du CHU de Rennes.

Louis, S. (2001). *Le grand livre du bébé prématuré : Du choc de la naissance à l'arrivée du bébé à la maison* (Vol. Tome 1). L'hôpital Sainte-Justine; Le magazine enfant Québec.

Meffrais, M-H. & Naccache, E. (2018). *Je réussis mon stage : pédiatrie, pédopsychiatrie, néonatalogie*. Lamarre.

Le Larousse (s. d.). Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/trouble/79999>

Le Larousse (s. d.). Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/biberon/9036>

Guillot, C. (2021). *Manuel très illustré d'allaitement* (3e éd.). Fi!

Organisation mondiale de la santé. (2018). *Naissances prématurées*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Pedinielli, J-L. & Fernandez, L. (2011). *L'observation clinique et l'étude de cas* (2e éd). Armand Colin.

Lamour, M. & Barraco, M. (1999). *L'observation du bébé : Méthodes et clinique*. Gaetan Morin éditeur europe.

Bellis, F., Buchs-Renner, I. & Vernet M. (Septembre 2009). De l'oralité heureuse à l'oralité difficile : Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. Dans D. Sandre (dir.), *Le bébé à l'hôpital* (Spirale n°51, pp. 55-61). Éditions érès.

Prieur, R. (Décembre 2014). Une oralité pas si instinctive ? Les bébés qui ne savent pas téter. Dans R. Prieur (dir.), *Douceurs et aléas de l'oralité du bébé* (Spirale n°72, pp. 19-20). Éditions érès.

Jaeb-Guillerme, C. (Décembre 2014). L'oralité troublée : regard orthophoniste. Dans R. Prieur (dir.), *Douceurs et aléas de l'oralité du bébé* (Spirale n°72, pp. 25-35). Éditions érès.

Jardy-Masson, C. (1999). *La puériculture pratique* (2e éd.). Masson.

Profession infirmier : *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. (2019). SEDI

Martel, M-J. & Milette, I. (2006). *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Hôpital Sainte-Justine.

Benchimol, P., Gruel, E., Guillier, P., Marc, M., Misguich, F., Moreira, A., Pensedent, A., Quillio, C., Bordes, G., Bustin, S., Clément, C., Delforge, N., Dieudonné, M-N., Doguet, V., Gilles, P. & Gouin, N. (2019). *Tout pour réussir ! DEP - Puéricultrice*. Éditions Foucher.

Leblanc, V. & Ruffier-Bourdet, M. (Septembre 2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. Dans D. Sandre (dir.), *Le bébé à l'hôpital* (Spirale n°51, pp. 48-54). Éditions érès.

Cascales, T., Olives, J-P. & Missonnier, S. (2015). *Les troubles alimentaires du bébé*. Éditions érès.

Cascales, T., Olives, J-P., Bergeron, M., Chatagner, A. & Raynaud, J-P. (2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : Classification, sémiologie et diagnostic. *Annales Médico-psychologiques* (vol. 172, pp. 700-707). Elsevier Masson.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448714002388>

Cascales, T. (Décembre 2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : Perspective psychanalytique et développementale. Dans R. Prieur (dir.), *Douceurs et aléas de l'oralité du bébé* (Spirale n°72, pp. 92-103). Éditions érès.

ANNEXE I : Le guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Maëlle, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI du CHU de Pontchaillou. Dans le cadre de la validation de mon diplôme, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur le thème des troubles de l'oralité alimentaire en néonatalogie. De ce fait, je dois effectuer des entretiens auprès de professionnels pour compléter ce travail. Afin de pouvoir utiliser les informations que vous me partagez je dois enregistrer cet entretien. Bien sûr votre anonymat sera préservé. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

- Pouvez-vous me décrire le service dans lequel vous travaillez ?
- Quel diplôme avez-vous pour travailler dans ce service ?
- Avez-vous des diplômes universitaires ou des formations complémentaires ? Vous sentez-vous suffisamment formé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service de néonatalogie ?
- A quelle fréquence rencontrez-vous des troubles de l'oralité alimentaire chez les nourrissons?
- La première fois que vous avez rencontré un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire en avez-vous connaissance ?
- Pensez-vous que votre expérience professionnelle vous permet de mieux détecter et agir sur les troubles de l'oralité alimentaire ? Si oui ou non pourquoi ?
*(relance à quoi êtes vous particulièrement attentive pour détecter ce type de problème ?
Pouvez-vous m'expliquer ce que vous faites et pourquoi ?)*
- Pensez vous que votre expérience professionnelle vous a fait évoluer dans la prise en soins des troubles de l'oralité ?
(relance sur évènement, formation, expériences, travaux internes...)

- Est-ce que votre prise en soin change lorsque vous êtes informé que l'enfant présente des troubles de l'oralité alimentaire ? Dans ce cas, que faites - vous de différent ?
- Y a t il au sein de votre service des ressources pour prévenir et traiter les troubles de l'oralité alimentaire ?
- Dans quelles mesures intégrez-vous les parents dans vos interventions face aux troubles de l'oralité alimentaire ? De quelle façon les intégrez-vous ? Vous y voyez des bénéfices ?
- Quelle place accordez-vous aux soins de développement et en partie au NIDCAP lorsque vous prenez soin d'un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire ?
- Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans la prise en soin de l'enfant avec ses troubles de l'oralité alimentaire ?

Cet entretien touche à sa fin. Avez-vous quelque chose à ajouter avant de clore cet entretien ? Si vous n'avez rien à ajouter je vais pouvoir clore l'interview. Vous m'avez apporté beaucoup d'informations. Je vous remercie pour votre implication dans ce projet.

ANNEXE II : La retranscription de l'entretien de l'infirmière puéricultrice (Hélène)

EIDE : Bonjour, je m'appelle Maëlle, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI du CHU de Pontchaillou. Pour la validation de mon diplôme, je fais un mémoire sur le thème des troubles de l'oralité alimentaire en néonatalogie. Je réalise donc des entretiens auprès de professionnels pour le compléter. Pour pouvoir retranscrire les entretiens je dois les enregistrer et bien sûr votre anonymat sera gardé. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

IPDE : *Bonjour Maëlle, non il n'y a pas de soucis tu peux enregistrer.*

EIDE : Pouvez-vous me décrire le service dans lequel vous travaillez ?

IPDE : *Le service de néonatalogie 3 où je travaille ... c'est un service où il y a surtout des soins courants et trois lits de soins intensifs. Mais aussi 21 lits et des chambres kangourou, c'est-à-dire que les mamans sont hospitalisées du côté mater dans la même chambre que leur bébé pour créer plus facilement le lien d'attachement par rapport à leur bébé qui peut être soit prématuré ou avoir un problème de santé.*

EIDE : Okai, et quel diplôme vous avez obtenu pour travailler dans ce service ?

IPDE : *Au départ, j'ai fait infirmière... J'ai pratiquement que travaillé auprès des enfants dans tous les services pédiatriques et un peu de néonatalogie. Et au bout de neuf ans, j'ai fait l'école de puéricultrice et depuis j'ai encore travaillé dans le Pool et de ... on va dire que ça fait trois, quatre ans que je suis en néonatalogie trois du coup.*

EIDE : D'accord et en parallèle est-ce que vous avez des diplômes universitaires ou des formations complémentaires ?

IPDE : *Alors je n'ai pas de diplôme universitaire mais j'ai des formations sur du coup les troubles de l'oralité, l'éducation thérapeutique en lien avec la nutrition entérale et les troubles alimentaires. Et après c'est... la formation allaitement, les formations soins de développement et tout ce qui est communication auprès des patients.*

EIDE : Et du coup vous vous sentez suffisamment formé ?

IPDE : *Oui... après je pense que c'est tout au long de notre profession où il faut vraiment être... continuer à être formé. Ma dernière formation c'était une nouvelle formation qui est sur la pluri... comment dire... pluriculturalité enfaite.*

EIDE : Oui d'accord. Et...

IPDE : *En fait, elle est super mais elle dure que trois jours malheureusement mais il faudrait que ça soit au moins une semaine mais on voit tout ce qui peut exister dans le monde et comprendre les cultures pour après mieux prendre en soins.*

EIDE : Super, ça a l'air intéressant. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service de néonatalogie ?

IPDE : *Depuis environ trois, quatre ans.*

EIDE : Ducoup on va vraiment rentrer dans le sujet de mon mémoire et la première question est... A quelle fréquence rencontrez-vous des troubles de l'oralité alimentaire chez les nourrissons ?

IPDE : *Chez les nourrissons en néonate, ça dépend, ça va être la plupart du temps quand c'est lié à un syndrome. Ce sont des enfants qui sont effectivement nés à terme, donc des nourrissons... Ça peut être tous les mois comme plusieurs fois par mois, ça dépend. Là... concrètement en un mois on a eu trois éducation thérapeutique.*

EIDE : Oui, ok et la première fois que vous avez rencontré un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire en aviez-vous connaissance ?

IPDE : *Oui mais c'était un enfant peut être un peu plus grand où alors il y avait aussi un nourrisson c'était lié à une cardiopathie importante en fait. Oui, c'était lié à la fatigue.*

EIDE : D'accord. Mais pensez-vous que votre expérience professionnelle vous permet de mieux détecter et agir sur les troubles de l'oralité alimentaire ? Si oui ou non pourquoi ?

IPDE : *Oui effectivement, alors c'est déjà... J'ai travaillé mon mémoire sur les troubles de l'oralité, c'était pas qu'alimentaire c'était aussi la communication puisque c'est un tout. Mais effectivement que ce soit dans un autre service avec de plus grand enfants ou des nourrissons on est amené tous les jours en fait à voir, à prendre en soin des enfants qui ont des troubles alimentaires quel qu'ils soient même anorexie mentale en fait et ça complique les choses pour les liens la communication. Donc dès que ça peut être pris en charge, dès la prématurité ou dès la naissance en fait c'est très très*

important. Nous on le fait effectivement sur l'hospitalisation mais après il y a les liens avec des orthophonistes, le CAMS pour la continuité de ces soins là en fait.

EIDE : Mais du coup à quoi êtes vous particulièrement attentif à quoi du coup quand vous cherchez à détecter ce type de problème ?

IPDE : *Ça va être sur le comportement en lien avec les repas, donc par rapport à... au terme, au comportement de l'enfant et... si on sait déjà qui a des signes liés à un syndrome c'est plus facile. C'est la séquence de par exemple de Pierre Robin où là de toute façon ça se voit visuellement que... que l'enfant va être en difficulté de part un problème on va dire physiologique déjà, une hypotonie et après c'est... c'est vraiment une observation de toutes, tous les professionnels notamment les parents aussi puisque c'est eux qui vont être amenés à donner les repas... les auxiliaires c'est important... c'est un travail d'équipe avec les psychomotriciennes... les médecins...*

EIDE : C'est tous les professionnels.

IPDE : *Oui c'est ça.*

EIDE : Ok parfait. Pensez vous que votre expérience professionnelle vous a fait évoluer dans la prise en soins des troubles de l'oralité ?

IPDE : *Oui complètement, je pense qu'il faut les prendre très très rapidement pour... pour essayer d'améliorer et éviter de... la continuité de ses troubles mais en plus de ça pour la construction de l'enfant en fait.*

EIDE : Oui, ok. Est-ce que votre prise en soin change lorsque vous êtes informé que l'enfant présente des troubles de l'oralité alimentaire ? Et dans ce cas...

IPDE : *Peut être qu'il y a plus d'observation de, de ma part mais aussi de tout le monde enfaite. Ça peut arriver que effectivement là, il n'y a pas... il y a 10, 15, 10-15 jours y'a eu un petit garçon qui est arrivé dans notre unité, notre maternité, on savait qu'il venait aussi pour des troubles de l'oralité et, ducoup on a bien communiqué avec la puéricultrice ducoup de la maternité pour savoir, il avait 17 jours, donc savoir ce qu'il, ce qui avait déjà été fait, ce qu'elles avaient observé et ce que nous allait observés et mettre on va dire des directives pour essayer de garder le même cap et, et aider cet enfant à avoir moins de troubles quoi.*

EIDE : D'accord, donc du coup la différence elle se joue sur l'observation quand on sait et qu'on ne sait pas, on est plus attentif ?

IPDE : *Ouais, c'est ça.*

EIDE : Y a t il au sein de votre service des ressources pour prévenir et traiter les troubles de l'oralité alimentaire ?

IPDE : *C'est tous les professionnels et... que ce soit auxiliaire, puéricultrice, les médecins, les infirmières mais aussi la psychomotricienne... Les parents aussi... Quelquefois ça échappe un peu, quand c'est les parents qui donnent à manger les repas et puis finalement on se retrouve avec du questionnement un peu tard mais c'est vraiment pluriprofessionnel quoi.*

EIDE : D'accord et dans quelles mesures intégrez-vous les parents dans vos interventions face aux troubles de l'oralité alimentaire ? De quelle façon les intégrez-vous ? Vous y voyez des bénéfices ?

IPDE : *En fait les parents ce sont ceux qui ont l'autorité parentale, c'est eux qui vont être la toute la vie de l'enfant donc c'est une évidence que c'est les partenaires de soins en fait. Notamment quand il y a des problèmes de santé et de troubles alimentaires c'est que c'est les parents qui vont donner à manger qui vont devoir observer même à la maison donc il faut qu'on les... qu'on les forme, qu'on les écoute aussi. Ils observent pleins de choses donc... les parents sont vraiment partenaires de soins et du coup on, c'est bien pour ça quand les... on préconise que les parents soient là au maximum pendant les repas et présent le maximum tout au long de l'hospitalisation et si on voit que l'enfant à toujours des troubles de l'oralité on continue vers un retour à domicile du coup avec une formation des parents sur les troubles de l'oralité, une éducation thérapeutique donc comme quoi on les intègre complètement auprès de l'enfant en fait. L'enfant est au centre, les parents et les soignants sont autour ensemble.*

EIDE : Donc il y a vraiment des bénéfices à les intégrer ?

IPDE : *Oui complètement parce qu'eux ils vont toujours faire de la même manière et du coup c'est important pour l'enfant.*

EIDE : D'accord et alors quelle place accordez-vous aux soins de développement surtout au NIDCAP lorsque vous prenez soin d'un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire ?

IPDE : *Le NIDCAP c'est basé sur l'observation et justement la prise en soins vraiment lié à l'enfant, à ses besoins à lui, que ça soit au niveau de, surtout lié à la prématurité mais si un enfant en fait il est*

pas du tout sollicité au moment des repas on sait bien qu'il va moins bien digérer mais aussi tout ce qui est succion déglutition respiration on le voit peut être moins se développer donc il risque d'avoir plus de troubles de l'oralité donc c'est complètement en lien avec, avec le, la prévention en fait.

EIDE : Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans la prise en soin de l'enfant avec ses troubles de l'oralité alimentaire ?

IPDE : *L'essentiel c'est de, de travailler tous en collaboration pour cet enfant avec les parents en fait. C'est vraiment la collaboration et forcément l'observation et observer aussi l'évolution positive ou négative pour pouvoir réajuster donc c'est vraiment le travail en collaboration qu'est important.*

EIDE : D'accord merci, bon cet entretien touche à sa fin. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

IPDE : *Non non c'est bon il me semble que j'ai tout dit.*

EIDE : Bien parfait. Je vous remercie pour toutes ces informations.

IPDE : *Derien c'est avec plaisir.*

ANNEXE III : La retranscription de l'entretien de l'infirmière (Léa)

EIDE : Bonjour, je m'appelle Maëlle, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI du CHU de Pontchaillou. Je réalise un mémoire sur le thème des troubles de l'oralité alimentaire en néonatalogie. Je dois donc faire des entretiens auprès de professionnels. Pour pouvoir retranscrire les entretiens je dois les enregistrer et votre anonymat sera gardé. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

IDE : *Bonjour, non non vraiment aucun souci vas-y je t'en prie.*

EIDE : Pouvez-vous me décrire le service dans lequel vous travaillez ?

IDE : *Moi je suis du SDR c'est à dire du service de remplacement donc enfaite je travaille sur les trois unités de néonatalogie donc aussi bien de la réanimation donc et, soit les très très grand préma ou les enfants à terme qu'on vraiment des soucis majeures à la naissance, les soins intensifs et les soins courants ducoup que tu connais de part ton stage. Donc, donc en gros ça va être, ça va être la prise en charge des bébés nés prématurément ou des bébés avec des pathologies à la naissance ou des naissances compliquées voilà en gros.*

EIDE : D'accord. Quel diplôme avez-vous pour travailler dans ce service ?

IDE : *Donc, moi je suis infirmière diplômée d'état, j'ai, donc j'ai commencé ma carrière à Paris, là bas donc j'ai travaillé en pédiatrie principalement en soins intensifs pédiatriques. Là bas ducoup j'ai fais un DU de pratique avancée en soins infirmiers pédiatrique et ducoup voilà depuis que je suis arrivée sur Rennes je suis toujours infirmière j'ai pas repassé de diplôme spécifique depuis que je suis arrivée à Rennes.*

EIDE : D'accord mais ducoup est-ce que vous avez des diplômes universitaires ou des formations complémentaires ?

IDE : *Donc oui, un diplôme universitaire de pratique avancée en soins infirmiers pédiatriques ducoup qui se fait, je sais pas s'il se fait toujours d'ailleurs, qui se faisait à l'époque en tout cas à Paris Descartes à l'université.*

EIDE : Super d'accord. Vous sentez-vous suffisamment formé actuellement pour t'occuper des enfants?

IDE : *Pour exercer mon métier, c'est difficile de dire qu'on est suffisamment formé parce qu'en fait on a toujours besoin de formation et puis on fait vraiment un métier où on a besoin je trouve de sans cesse remettre en question ses pratiques et en fait on continue toujours à se former. Alors on a des formations de moins en moins voilà avec le covid et tout là moins, on est, on a quand même des formations en continue c'est à dire moi quand je suis arrivée sur le CHU, quand je suis arrivée sur la néonate j'ai eu les formations gestion du malaise, la formation réanimation en salle de naissance, la formation de l'allaitement etcetera donc on n'est pas, on n'est pas tout seul fasse à ça. Est-ce qu'aujourd'hui fin est-ce qu'aujourd'hui j'estime qu'une formation puer me permettrait par exemple d'être, de mieux exercer mon métier à l'hôpital, je suis pas sûr.*

EIDE : D'accord, et...

IDE : *En dehors, oui évidemment parce que voilà une infirmière n'a pas du tout les compétences fin de tout ce qu'est les à côtés, la PMI, la crèche etcetera à l'hôpital là techniquement pour faire notre travail moi j'ai toujours travaillé auprès des enfants fin y'a un moment où l'expérience je pense joue aussi beaucoup de choses. Et puis la formation continue donc voilà moi non j'ai pas l'impression que ça m'apportera plus de choses de faire une formation puer pour travailler à l'hôpital.*

EIDE : Oui tu penses que ton expérience fait que tu as assez pour exercer.

IDE : *Voilà après je pense qu'au départ non c'est à dire que clairement les premières années je pense que ça aurait été un plus d'avoir été puer je pense on se pose des questions qu'on se pose pas en faite parce qu'on est moins, on est beaucoup moins informé en temps que simple infirmière entre guillemets fin je repenses par exemple à des choses sur l'allaitement etcetera qu'on faisait surtout en pédiatrie, en néonate t'es quand même beaucoup plus formé mais en pédiatrie beaucoup moins et voilà moi à Paris il y avait très peu de puer par exemple il y avait beaucoup d'infirmière très peu de puer, il y a quand même j'ai trucs où j'y repense et je me dis bas là non on était vraiment optimal par exemple. Avoir une formation puer ça aurait été intéressant. Là quand même on travaille avec énormément de puer donc il y a énormément de bonnes pratiques qui sont mises en place ducoup c'est plus facile enfaite d'acquérir les bons mais voilà je pense que s'il y a de bonnes choses de mises en place c'est parce qu'il y a des puer aussi voilà.*

EIDE : Oui d'accord

IDE : *Et ducoup voilà, moi maintenant ça fait 10 ans bon..*

EIDE : D'accord... Et depuis combien de temps travaillez-vous dans le service de néonatalogie?

IDE : *Ouais depuis 2016.*

EIDE : Ok ducoup on va commencer à un peu plus rentrer dans le sujet de mon mémoire et, à quelle fréquence rencontrez-vous des troubles de l'oralité alimentaire chez les nouveaux nés ?

IDE : *... C'est... C'est ... Je pense que c'est dans le... le lot des enfants qu'on s'occupe c'est quand même, c'est très, c'est très varié mais ça reste quand même quelque chose d'assez récurrent sur lequel on est quand même très souvent alerté. En réanimation typiquement il y a quand même, il y a beaucoup de bébés qu'on des problèmes respiratoires qui peuvent être gravissime et qui peuvent être très long on est quand même très souvent un peu inquiet autour de l'oralité chez ces bébés là. C'est des questions qui reviennent de façon, de façon récurrente et régulière. Qui ne sort pas derrière forcément avec des troubles de l'oralité mais vraiment c'est des choses sur lesquels on est vigilant et puis ici dans les services de néonat c'est quand même aussi assez je dirais que c'est quand même assez fréquent soit sur les gros parcours de prématurité soit sur une pathologie particulière mais ouais c'est quelque chose qu'on rencontre régulièrement ici.*

EIDE : Et la première fois que vous avez rencontré un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire vous saviez que cet enfant avait ce trouble là ou pas du tout ?

IDE : *Je pense que la première fois ducoup ça devait être plutôt quand je travaillais à Paris en pédiatrie... J'imagine que peut-être la toute première fois en faite si je ne le savais pas je l'ai pas vu parce qu'en faite on peut passer à côté on se dira il vomit ou quoi. Mais en tous cas c'est un vrai apprentissage de savoir le repérer et l'étiquetter entre guillemets où en tous cas être vigilant à ça parce que effectivement je pense que si on est pas du tout sensibilisé aux troubles de l'oralité on peut vraiment très mal donner un biberon par exemple et être complètement délétère pour l'enfant parce que, parce qu'on ne se rend pas compte mais qu'on cherche à forcer à peu ou voilà et ducoup ce qu'on prend pour il a pas envie ou il s'énerve en faite c'est complètement autre chose quoi.*

EIDE : D'accord.

IDE : *Donc probablement que la première fois je devais pas le savoir et que ducoup je voilà. Je pense que temps qu'on est pas formé où temps qu'on n'y a pas été sensibilisé c'est difficile de se dire non c'est sur j'en ai pas vu avant peut-être que j'en ai vu et qu'en fait je suis passé à côté, c'est possible.*

EIDE : Comme plusieurs personnes sûrement.

IDE : *Oui voilà c'est ça fin mais c'est important aussi de se le dire en fait je pense voilà il faut toujours se remettre en question aussi.*

EIDE : Oui, ça fait partie de notre métier.

IDE : *On est pas parfait, c'est vraiment à ça aussi que ça sert d'être sensibilisé à, au maximum de choses. C'est d'essayer d'être toujours un peu vigilant, d'avoir les feux d'alerte un peu partout sur les bébés dont on s'occupe.*

EIDE : Et ducoup qu'est ce que tu appelles feu d'alerte ?

IDE : *Et bien voilà ça va être au niveau, au niveau du comportement du bébé, ça va être l'éveil au moment de l'alimentation ou pas, l'attitude, le regard évidemment après l'attitude face à la prise de l'alimentation, un bébé qui s'arqueboute, un bébé qui te regarde pas quand tu lui donnes le biberon, un bébé fin ça va être plusieurs signaux au niveau du comportement évidemment un bébé qui régurgite ou qui régurgite pendant le biberon ou même un peu en dehors après on a des troubles de l'oralité qui peuvent aussi desfois être lié un peu à l'hospitalisme aussi donc voilà tout ça c'est, on a pas forcément un diagnostic fin moi en tous cas j'ai pas la prétention d'avoir un diagnostic clair sur ce qu'il se passe mais toujours d'avoir voilà un peu une vigilance sur, sur des comportements qui peuvent paraître étrange.*

EIDE : Mais ducoup vous pensez que votre expérience professionnelle d'aujourd'hui vous permet de mieux détecter et agir sur ...

IDE : *Par rapport à il y a quelques années, oui c'est sûr. L'expérience professionnelle et le fait de continuer à se former, de discuter avec les collègues aussi ça peut, quand je dis se former ça va être oui sur des formations continues qu'on peut avoir au CHU mais c'est aussi en dialoguant avec les collègues des différentes unités. Je sais que j'ai la chance de travailler sur les trois unités donc de rencontrer encore plus de monde et ducoup d'entendre plus de d'expériences différentes... donc c'est.. c'est à la fois mon expérience personnelle où voilà une fois que tu en as vu plusieurs des bébés*

qui avaient des troubles de l'oralité voilà tu reconnais un peu plus facilement les comportements c'est comme tout une fois qu'on a vu quelque chose c'est plus facile de dire que c'est ça mais aussi voilà ce dire voilà telle collègue elle parle de tel enfant qui est comme ci comme ça ou alors il y a ça qui l'alerte elle, oui tiens c'est quelque chose auquel je n'aurais pas pensé voilà.

EIDE : D'accord et d'ailleurs votre expérience professionnelle vous a fait évoluer dans la prise en soins des troubles de l'oralité ?

IDE : *Oui probablement, et puis notre prise, fin je pense qu'on évolue toujours en fait au cours de notre carrière, il y a des acquis, des choses auxquels on est plus sensible puis en fonction de là où on travaille. Je pense qu'en néonatal on est beaucoup plus sensible à ça qu'en pédiatrie fin moi en tous cas et est-ce que c'est aussi parce que c'était il y a 10 ans et que maintenant on est plus sensible en général je sais pas comment elles sont à l'heure actuelle en pédiatrie ça je pourrais pas te le dire mais en tous cas en néonatal oui j'ai l'impression qu'on est plus vigilant donc forcément ça évolue et puis... et puis les pratiques changent aussi. Là on a voilà on est quand même beaucoup aussi autour du NIDCAP autour de tout ça, c'est des choses qui nous permettent de, d'être, en tout cas d'essayer de prévenir tout ces troubles de l'oralité et voilà mettre une petite compresse de lait et au petit de 25 semaines quand on lui donne à manger en fait juste pour qu'il ait l'odeur et il y a des fois où il sorte la langue et ils font des petits choses et tout et voilà en fait ça c'est, ça peut paraître rien et c'est déjà de la prévention du trouble de l'oralité.*

EIDE : Est-ce que votre prise en soin change lorsque vous êtes informé que l'enfant présente des troubles de l'oralité alimentaire ? Et dans ce cas que faites - vous de différent ?

IDE : *Je pense que je vais si je sais qu'un enfant a un trouble de l'oralité le, le temps accordé à l'alimentation va être hiérarchisé différemment dans ma façon de planifier mes soins. C'est-à-dire si je sais qu'il a un trouble de l'oralité et que c'est compliqué et tout, faut que ce soit moi ou que ce soit l'AP on va essayer de s'organiser de façon à ce que la personne qui s'occupe de donner le repas de cet enfant là est le temps de le faire. Tu vois vraiment, il faut avoir le temps de donner à manger à tous les enfants on est bien d'accord mais il y a des enfants tu sais que je sais pas, lui il réclame, j'ai largement le temps de lui donner le biberon, de lui faire faire son rot, de le cocooner et de le recoucher avant de faire ça alors qu'eux chez un enfant qu'à un trouble de l'oralité tu préoriseras peut-être pas pareil. Peut-être que ça prendra pas plus de temps etcetera mais en tous cas oui je pense que je serais, je suis plus vigilante à, au temps qu'on va accorder au repas de cet enfant là.*

EIDE : Est-ce que vous savez s'il y a au sein du service des ressources pour prévenir et traiter les troubles de l'oralité alimentaire ?

IDE : *Alors prévenir du coup je pense qu'on le fait dans notre pratique de soin quotidienne et puis comment je te disais le NIDCAP je pense que ça nous donne des clés aussi ça nous aide après une fois qu'il y a ces troubles de mis en place fin que c'est étiqueter, souvent au niveau médical il y a quand même pas mal d'échanges et puis on a aussi l'intervention éventuellement de la psychomotricienne qui fait beaucoup de choses aussi autour de l'oralité, qui est très... dont à qui c'est un peu la spécialité d'ailleurs. En principe, si on a une question autour de l'oralité d'un enfant, il y a toujours un moment où on appelle Fanny la psychomotricienne en me disant je me demande bien ce qu'elle en pense. Donc oui j'aurais tendance en tous cas à... si j'avais une personne ressource vraiment... déjà toujours en parler avec mes collègues c'est vrai qu'on ne reste jamais tout seul voilà je trouve qu'ici les AP sont très ressources de ce genre de... elles ont vraiment fin elles sont... les puéricultrices aussi sont très bien mais pour le coup je trouve qu'il y a une vraie expérience chez la plupart des AP qui est vraiment ressources donc déjà pas ça souvent donc l'AP qui est la première ressource et puis oui la psychomotricienne oui, les filles du NIDCAP et la psychomotricienne et l'équipe médicale voilà.*

EIDE : Oui super. Et souvent les enfants sont accompagnés de leurs parents. Dans quelles mesures intégrez-vous les parents dans vos interventions face aux troubles de l'oralité alimentaire ? Comment vous les intégrez ? Et est-ce qu'il y a des bénéfices à intégrer les parents dans les soins ?

IDE : *C'est sûr, c'est sûr... De manière générale je... fin il y a toujours du bénéfice à intégrer les parents aux soins globalement... D'autant plus je pense sur un trouble de l'oralité parce qu'il y a aussi toujours un peu une notion d'affection qui se joue, il y a une affectivité autour de voilà autour du retour, autour de tout ça. Donc non, moi j'aurais tendance à être beaucoup plus rassuré par un bébé qui prend mieux son repas avec ses parents qu'avec nous par exemple ça voilà c'est parce que l'objectif quand même au bout d'un moment c'est qu'il rentre avec ses parents pas qu'il reste avec nous donc du coup ça c'est au contraire plus les parents ils vont être investis et plus ils vont être sensibilisés à ça et plus eux ils vont être guillemets savoir faire parce que des fois en fait c'est des voilà il y a des petites astuces un peu bête mais que si on connaît pas voilà ils vont dire avec moi il boit moins bien ils vont essayer de forcer et ça va être pire en fait donc plus on va laisser les intégrer tôt mieux ce sera et plus ils seront investis et présents et mieux c'est parce que tout est toujours un peu intriqué c'est-à-dire qu'un trouble de l'oralité c'est jamais complètement tout seul et puis voilà. Ça ne veut pas dire que si les parents sont là 24 sur 24 il n'y aurait pas de troubles de l'oralité mais ça aide. Ça aide toujours d'avoir les parents donc il faut toujours les intégrer au maximum. Pas les mettre en*

échec en disant voilà avec des comparatifs de quantité de dire alors là avec moi il a bu 30 avec vous il a bu 10 c'est vraiment nul quoi. Je pense que voilà il faut, c'est... quand on accompagne un enfant, on accompagne toujours ses parents et le but c'est qu'à la fin le trio puisse sortir dans les meilleures conditions possibles donc non non plus on intègre tôt les parents et mieux ils savent faire. Et puis eux ils sont là tous les jours. On a beau dire mais on ne les voit pas tous les jours les bébés. Donc le but c'est que ce soit vraiment eux nos ressources c'est qu'ils le connaissent en fait mieux que nous et qu'ils sachent dire non quand tu fais comme si souvent c'est ça et voilà que eux sache décoder leur bébé une fois qu'ils ont la grille de lecture après...

EIDE : C'est bon.

IDE : C'est ça, on est accessoire.

EIDE : Ducoup de quelle façon tu vas les intégrer dans la prévention des troubles de l'oralité ?

IDE : *Alors dans la prévention... dans la prévention des troubles... c'est-à-dire quand un trouble n'est pas encore installé pour éviter voilà justement ça va être voilà un petit peu tout, fin tout ce qui est stimulation autour du repas, expériences positives, le peau à peau aussi déjà de façon précoce. Si c'est un souhait d'allaitement ça va être des mises au sein précoces ça va être voilà et puis même si c'est pas un allaitement y'a pleins de... le bénéfice du peau à peau reste le même, ça va être pareil toujours essayer les petites gouttes de lait fin tout ce qu'on fait un petit peu aussi en recommandations NIDCAP faut les intégrer au repas, accompagner les parents voilà donner le biberon en ballon de rugby quand ils sont trop petit pour donner en classique voilà à partir du principe où c'est un peu compliqué donc ils vont pas le faire ça nous paraît évident parce qu'ici on le fait globalement mais... c'est pas fait partout il a des endroits où on hallucine un peu donc ducoup voilà c'est vraiment essayer de les intégrer un maximum et puis dès tout petit aussi les intégrer c'est-à-dire que c'est des grands prémas voilà les sensibiliser aussi à ça dès le départ. Éviter au maximum tout ce qui est trop traumatique autour de la sphère ORL si ce n'est pas strictement nécessaire.*

EIDE : D'accord.

IDE : *Je pense à la réanimation notamment mais on fait ce qu'on peut mais voilà c'est-à-dire que c'est... il faut que les parents, faut vraiment que les parents justement eux soit là pour avoir des stimulés positifs ça leurs apprend aussi les petits gestes, les petits massages, les points cardinaux voilà tout ces choses là qui sont des stimulations positives autour de l'oralité. Parce que c'est vrai que les bébés qui sont lourdement techniqués ils ont énormément de stimulés négatifs autour de cette*

sphère là. Donc plus ils sont portés plus ils ont des contacts positifs, mieux ça se passe derrière plus ça se décente. On voit vraiment la différence entre les enfants qui sont pas portés qui voilà dont les parents sont pas forcément beaucoup présents et ceux dont les parents sont là régulièrement, une fois qu'ils grandissent il y a vraiment des différences énormes. Notamment autour de l'oralité mais pas que.

EIDE : D'accord et vous me parlez beaucoup des soins de développement et en partie du NIDCAP et quel vous vous y accordez pour prendre en soin un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire ?

IDE : *Et bien on essaie de... d'accorder la place max.... la place la plus importante possible fin de vraiment essayer de l'avoir toujours en tête. Idéalement c'est de faire sa journée en respectant le plus possible voilà ses règles là voilà dans la mesure... Il faut toujours s'adapter, on va pas se mentir... il y a toujours des moments où on a pas le choix, il faut faire autrement, c'est toujours essayer de vraiment de rester dans ces grands principes là, de l'avoir toujours en tête. Mais c'est un réflexe en fait, on travaille comme ça. Ca nous paraît évident que c'est pas parce que c'est l'heure qu'il faut réveiller un bébé qui dort, que si là il dort et bien on lui changera sa couche au tour d'après, c'est que voilà si là il dort c'est pas maintenant qu'on va lui sa prise de sang si on peut. Parfois oui il faut faire la prise de sang avant neuf heures du matin parce que le docteur arrive à neuf heures et qu'il veut son résultat et que c'est de la réanimation et que voilà.*

EIDE : Quand il y a pas le choix.

IDE : *Voilà quand y a pas le choix et on essaie toujours dans ce cas là si je dois lui faire sa prise de sang je vais pas lui faire son tour en même temps en faite tout reste quand même toujours basé sur autour de ces grands principes là... Au possible.*

EIDE : Oui... Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans la prise en soin de l'enfant avec ses troubles de l'oralité alimentaire ? Ce qui est vraiment essentiel à retenir ?

IDE : *...La présence des parents pour le coup je pense que c'est quelque chose qui est, qui aide beaucoup. Le temps parce qu'une fois qu'un trouble de l'oralité est mis en place c'est, ça met du temps à ce résorbé et qu'il faut la vigilance, qu'il faut être vraiment vigilant à ça et puis la prise en charge pluridisciplinaire.*

EIDE : D'accord.

IPDE : *Voilà.*

EIDE : D'accord et bien ça va toucher à sa fin. Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter sur les troubles de l'oralité alimentaire?

IDE : *Et bien non écoute je sais pas si j'ai répondu à peu près ...*

EIDE : Si c'est parfait merci.

IDE : *Et bien écoute tant mieux. Mais c'est que comme j'en ai vu en pédiatrie chez des un peu plus grand ça ma.... ça reste le même genre de troubles...*

EIDE : Et bien dites moi en plus si vous voulez bien ducoup ?

IDE : *Chez les un peu plus grand... Fin après chez les un peu plus grand il y a une grosse mais une grosse prise en charge aussi fin une grosse part de psychologique en fait derrière. C'est-à-dire que souvent quand même il va y avoir des prises en charge qui ne sont pas uniquement, un peu mécanique alors voilà on parle quand de la présence des parents et tout et il y a déjà des choses qui se lient autour de l'affect et tout ça mais... chez les grands il y a grand une part de psychologie qui est importante et qui nécessite encore plus de spécialités c'est-à-dire je dirais que c'est parfois assez désarment tu vois quand tu connais pas trop tu te dis mais pourquoi il fait ça fin pourquoi il a six ans et il mange toujours de la bouillie et que quand même il mange des tuc et des trucs mais après quand même tu réfléchis tu... les gens t'expliquent qu'en faite s'il mange des tuc c'est parce que le tuc c'est dur mais qu'en faite ça fond dans la bouche donc la texture elle est voilà finalement elle est molle tout de suite donc c'est très rassurant voilà c'est des enfants à qui on va passer par le toucher c'est-à-dire il a un trouble de l'oralité pourquoi est-ce qu'elle lui fait toucher du sable... c'est sans rapport mais en faite si parce que tout se joue aussi au niveau de tous les sens c'est-à-dire le toucher etcetera donc il y a vraiment il a beaucoup de choses qui se font. Alors pour le coup je n'étais pas vraiment experte mais voilà je l'ai vu quelquefois. Alors c'est vraiment encore plus disciplinaire et encore plus désarment quand ils sont... c'est intéressant mais ...*

EIDE : D'accord, oui c'est...

IDE : *Mais c'est vraiment une prise en charge un peu psy en faite derrière. On est presque plus après sur de la psychiatrie que sur de la prise en charge purement médicale .*

EIDE : D'accord et c'est souvent... les troubles étaient déjà présents dans le plus jeune âge.

IDE : *Alors c'est pas forcément que des anciens prémas mais voilà il y a souvent un parcours alors soit ça vient comme c'est-à-dire que l'enfant a un trouble de l'oralité et derrière tu vois il y a l'école fin souvent il y a d'autres trucs ducoup qui s'ajoutent, qui se lient derrière soit il y a un parcours d'hospitalisation ou quelque chose qui fait qu'il y a un trouble de l'oralité mais parfois ça peut être un peu primaire c'est-à-dire l'enfant il a pas été à l'hôpital, il a pas été préma, y'a pas eu de trucs particuliers et en faite parfois c'est au moment de la diversification parfois on s'en rend qu'il y a un soucis ou alors même avant il y a un soucis qui est pas mécanique c'est-à-dire en principe ils ont checké un peu tout, la bouche, la langue, les trucs et tout va bien mais il boit pas, il a un truc autour de ça qui est un peu comme une maladie après comme l'anorexie ou comme voilà ça peut être comme un trouble... une sorte de vrai pathologie à elle toute seule en fait.*

EIDE : D'accord, parfait et bien si c'est bon pour vous.

IDE : *Si ça répond à tes questions c'est bon pour moi voilà.*

EIDE : C'est parfait merci beaucoup.

IDE : *Tant mieux, derrien.*

Au moment de se lever....

IDE : *Après en réa quand on a un enfant qui doit bénéficier de soins techniques invasifs pour lui sauver la vie et qu'on sait que ça va lui causer des troubles de l'oralité bien sûr qu'on va le sauver au détriment de son oralité, on mettra juste en place précocement des préventions comme j'ai pu t'expliquer avant.*

EIDE : D'accord super merci beaucoup.

ANNEXE IV : Le tableau d'analyse des entretiens

Thèmes	Sous-thèmes	Sous sous-thème	Verbatim
Les troubles de l'oralité alimentaire	La fréquence du trouble dans le service de néonatalogie		<ul style="list-style-type: none"> - <i>ça dépend (x2)</i> - <i>tous les mois</i> - <i>plusieurs fois par mois</i> - <i>tous les jours</i> - <i>c'est très, très varié</i> - <i>assez récurrent</i> - <i>assez fréquent</i> - <i>rencontre régulièrement</i>
	Les facteurs favorisant l'apparition du trouble		<ul style="list-style-type: none"> - <i>syndrome (x2)</i> - <i>fatigue</i> - <i>séquence par exemple Pierre Robin</i> - <i>problème on va dire physiologique</i> - <i>prématurité</i> - <i>problèmes respiratoires</i> - <i>gros parcours de prématurité</i> - <i>pathologie particulière</i> - <i>l'hospitalisme</i> - <i>tout ce qui est trop traumatique autour de la sphère ORL</i> - <i>lourdement techniqués</i> - <i>une grosse part de psychologique (x2)</i> - <i>un parcours</i> - <i>parcours d'hospitalisation</i> - <i>soins techniques invasifs</i> - <i>notion d'affection</i> - <i>l'affect</i> - <i>mal donner un biberon</i> - <i>forcer (x2)</i>
	Le comportement de l'enfant		<ul style="list-style-type: none"> - <i>comportements (x2)</i> - <i>n'a pas envie</i> - <i>s'énerve</i> - <i>comportements (x3)</i> - <i>comportements qui peuvent paraître étranges</i> - <i>l'éveil au moment de l'alimentation</i> - <i>le regard (x2)</i> - <i>l'attitude</i>

			<ul style="list-style-type: none"> - s'arqueboute - signaux - régurgite (x2)
Le travail en collaboration	La pluri-professionnalité		<ul style="list-style-type: none"> - orthophonistes - CAMS - auxiliaires (x2) - puéricultrice (x2) - c'est un travail d'équipe - psychomotricienne (x2) - médecins (x2) - tout le monde - tous les professionnels - infirmières - pluriprofessionnel - collaboration (x2)
			<ul style="list-style-type: none"> - discuter avec les collègues - dialoguant avec les collègues - rencontrer encore plus de monde - échanges - psychomotricienne (x4) - personne ressource - en parler avec mes collègue - ne reste jamais toute seule - AP sont très ressources (x 3) - les puer aussi sont très bien - filles de NIDCAP - équipe médicale - pluridisciplinaire - plus de spécialités
	Parents - enfant - soignants : une relation triangulaire	Présence des parents	<ul style="list-style-type: none"> - soient là aux maximum - présent le maximum - parents (x2)
Partenaires de soins		<ul style="list-style-type: none"> - investi (x2) - présents (x4) - là tous les jours - soit là - là régulièrement - avoir les parents 	
			<ul style="list-style-type: none"> - observation de toutes, tous les professionnels notamment les parents - on les intègre complètement - travailler tous en collaboration pour cet enfant avec les parents - observent plein de choses

			<p><i>partenaire de soins (x2)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>l'enfant est au centre, les parents et les soignants sont autour ensemble</i> - eux nos ressources - aide (x2) - savent faire - ils le connaissent - eux sachent décoder leur bébé - le but c'est qu'à la fin le trio puisse sortir dans les meilleures conditions possibles. - on est accessoires - les intégrer (x7) - accompagner (x3) - pas les mettre en échec - accorder la place la plus importante
<p>La prévention des troubles de l'oralité alimentaire</p>	<p>La formation de l'infirmière</p>	<p>Les formations initiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>infirmière</i> - <i>au bout de 9 ans, j'ai fait l'école de puér</i> - infirmière diplômée d'état
		<p>Les formations complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>pas de diplôme universitaires</i> - <i>formations sur du coup les troubles de l'oralité, l'éducation thérapeutique en lien avec la nutrition entérale et les troubles alimentaire</i> - <i>formation allaitement, les formations soins de développement et tout ce qui est communication auprès des patients</i> - DU de pratique avancée en soins infirmiers pédiatrique - formations gestion du malaise - formation réanimation en salle de naissance - formation de l'allaitement etcetera
		<p>La formation continue</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>continuer à être formé</i> - toujours besoin de formations - formation continue (x2) - continuer à se former (x2)
	<p>L'expérience de l'infirmière</p>	<p>Le parcours professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>pratiquement que travaillé auprès des enfants dans tous les services pédiatriques et un peu de néonatal... au bout de 9 ans</i> - <i>pool</i> - <i>depuis 3-4 ans que je suis en néonatal 3</i>

			<ul style="list-style-type: none"> - commencé ma carrière à Paris - travaillé en pédiatrie principalement en soins intensifs pédiatriques - SDR c'est-à-dire du service de remplacement... sur les trois unités de néonatalogie - depuis 2016 (en néonatalogie)
		<p>Permettre de mieux détecter et agir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>oui complètement</i> - <i>mémoire sur troubles de l'oralité</i> - par rapport à il y a quelques années, oui c'est sûr - est-ce qu'aujourd'hui j'estime qu'une formation puer me permettrait par exemple d'être, de mieux exercer mon métier à l'hôpital, je suis pas sur - toujours travaillé auprès des enfants fin y'a un moment où l'expérience je pense joue aussi beaucoup de choses
		<p>Permettre d'évoluer dans la prise en soin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>oui complètement</i> - oui probablement - on évolue toujours - il y a des acquis - en fonction de là où on travaille - expérience professionnelle - entendre plus d'expériences différentes - expérience personnelle - ça évolue - les pratiques changent
	<p>Les différentes techniques de prévention</p>	<p>L'observation de l'infirmière</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>observation (x2)</i> - <i>ce qu'elles avaient observé et ce que nous allons observés</i> - <i>Le NIDCAP c'est basé sur l'observation et justement la prise en soins vraiment lié à l'enfant, à ses besoins à lui.</i> - <i>observer (x2)</i>
		<p>La sollicitation et stimulation de l'oralité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>sollicité</i> - petite compresses de lait - l'odeur - petites astuces - stimulations - expériences positives - peau à peau (x2)

			<ul style="list-style-type: none"> - mises au sein - petites gouttes de lait - stimuli positifs - petits gestes - petits massages - points cardinaux - stimulations positives - stimuli - portés - contacts positifs - beaucoup de choses se font - donner le biberon en ballon de rugby
La temporalité	Prendre en soins précocement	<ul style="list-style-type: none"> - dès que ça peut être pris en charge, dès la prématurité ou dès la naissance - les prendres très très rapidement - tôt (x2) - précoce (x2) - en réa quand on a un enfant qui doit bénéficier de soins techniques invasifs pour lui sauver la vie et qu'on sait que ça va lui causer des troubles de l'oralité, bien sûr qu'on va le sauver au détriment de son oralité, on mettra juste en place précocement des préventions. 	
	Prendre le temps de prendre soins	<ul style="list-style-type: none"> - le temps accordé (x2) - temps de le faire - temps de donner - plus de temps - le temps 	
La continuité des soins		<ul style="list-style-type: none"> - continuité des soins - communiqué - ce qui avait déjà été fait, ce qu'elles avaient observé et ce que nous allons observés - essayer de garder le même cap - toujours faire de la même manière - éducation thérapeutique (x2) - les forme - formation des parents - NIDCAP (x3) - c'est des choses qui nous permettent de, d'être, en tous cas d'essayer de prévenir tout ces troubles de l'oralité - l'avoir toujours en tête (x2) - faire sa journée en respectant le plus possible voilà ses règles 	

			<ul style="list-style-type: none"> - rester dans ces grands principes - rester quand même toujours basé sur, autour de ces grands principes là - c'est un réflexe, en fait on travaille comme ça
Les compétences de l'infirmière			<ul style="list-style-type: none"> - <i>essayer d'améliorer</i> - <i>éviter</i> - <i>aider cet enfant à avoir moins de troubles</i> - <i>former (x2)</i> - <i>les écouter</i> - <i>réajuster</i> - <i>prévention</i> - <i>du questionnement</i> - vigilant (x7) - sensibilisé (x8) - savoir le repérer - étiqueter (x2) - avoir les feux d'alerte - éviter (x2) - essayer (x6) - prévenir - prévention (x2) - hiérarchiser différemment - planifier - s'organiser - tu prioriseras - s'adapter - on se pose des questions (x3) - se remettre en question (x2) - c'est difficile de se dire non c'est sur j'en ai pas vu avant peut-être que j'en ai vu et qu'en fait je suis passé à côté, c'est possible - il y a ça qui l'alerte elle, oui tiens c'est quelque chose auquel je n'aurais pas pensé

ANNEXE V : La retranscription de l'entretien avec la psychomotricienne

EIDE : Quel est ton parcours professionnel (formation et lieu d'exercice) ?

Psychomotricienne : *Psychomotricienne depuis 2013. Soins à domicile. Depuis 2014 travaille en néonatalogie.*

EIDE : Tu prends en soins les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire depuis le début de votre carrière ? La situation a-t-elle évolué ?

Psychomotricienne : *Depuis 2014, le trouble est toujours présent. Elle voit une évolution autour de prise en soin : prise en compte par les soignants de ce trouble.*

EIDE : Qu'est-ce que tu peux me dire sur ce trouble ?

Psychomotricienne : *Ce sont des difficultés alimentaires à prendre en globalité, ce sont aussi des dystimulations. Les nourrissons ne sont pas autonomes sur le plan alimentaire, en lien avec appropriation difficile de la bouche = pas d'investissement de la bouche.*

EIDE : Comment prends-tu ce trouble en soin ?

Psychomotricienne : *Individualisé, pour tous au début, être plus vigilant aux premiers signes et surtout sur l'histoire de l'enfant.*

EIDE : Comment intervients-tu auprès des enfants qui présentent ce trouble ?

Psychomotricienne : *Si les soignants constatent le trouble, ils la contactent pour savoir ce qu'ils peuvent faire avant son passage.*

EIDE : Comment constates-tu qu'un enfant a des troubles de l'oralité alimentaire ?

Psychomotricienne : *Il y a des interpellations comme les grands prématurés, les pathologies digestives, les atrésies de l'oesophage... et d'autres signes observables pendant les repas.*

EIDE : Quels matériels et techniques utilises-tu pour prendre en charge ce trouble ?

Psychomotricienne : *Pas de matériel spécifique mis à part le biberon et les cousins. Il faut travailler autour de l'installation : posture, bon appuis, sécurisé (tonique de l'enfant), les parents (ils doivent surveiller comment l'enfant boit, ses réactions..). Le sensoriel (massages) qu'il faut entretenir, le*

réinvestissement de la sphère ORL par des massages. Pour elle, pour être bien dans sa bouche il faut être bien dans son corps.

EIDE : Comment assures-tu le suivi d'un enfant ?

Psychomotricienne : *Métavision.*

EIDE : Comment assures-tu la continuité des soins des nourrissons présentant des troubles de l'oralité alimentaire ?

Psychomotricienne : *Le rôle des parents agit sur la façon dont ça évolue, ils agissent sur la continuité des soins notamment les massages. Le CAMSP (centre action médico-social précoce) suit les bébés nés à moins de 27 semaines d'aménorrhée et ceux présentant des troubles de l'oralité alimentaire dès leur sortie de l'hôpital. Il y a des orthophonistes qui les prennent en charge.*

Nom : Thépaut

Prénom : Maëlle

L'infirmière au coeur de la prise en soin du trouble de l'oralité alimentaire en néonatalogie

Throughout the story of Nathan and Jérémy, two newborns met during a neonatal internship, I asked myself to what extent clinical observation of the child allowed the transition to bottle feeding in children with eating disorders.

Then, in an attempt to respond to that, I focused my literature research on newborns, eating disorders, prevention, nursing role, and clinical observation.

Then I was asked to conduct neonatal interviews with a child care provider and a nurse. In the care of the infant, an essential place is attributed to the training and experience of the professionals, to the collaborative work as well as to the triangular relationship, parents-child-caregivers.

Finally, through research and interviews, I become aware of the strength of clinical observation in neonatology. Indeed, this is part of the nurse's preventive role, which is linked to the concept of the NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) and developmental care.

A travers l'histoire de Nathan et Jérémy, deux nouveaux-nés rencontrés lors d'un stage en néonatalogie, j'ai cherché à comprendre chez le nouveau né présentant des troubles de l'oralité alimentaire, dans quelle mesure l'observation clinique de l'enfant permet l'ajustement du passage à l'alimentation par biberon ?

Puis, pour tenter de répondre à cela, j'ai orienté mes recherches documentaires sur le nouveau-né, les troubles de l'oralité alimentaire, la prévention, le rôle infirmier et l'observation clinique.

Ensuite, j'ai été amené à diriger des entretiens en néonatalogie auprès d'une puéricultrice et d'une infirmière. Dans le prendre soin du nourrisson, une place essentielle est attribuée à la formation et à l'expérience des professionnels, au travail en collaboration ainsi qu'à la relation triangulaire, parents-enfant-soignants.

Enfin, grâce aux recherches et aux entretiens, je prends conscience de la force de l'observation clinique en néonatalogie. En effet, cela fait partie du rôle préventif de l'infirmière qui se relie au concept du NIDCAP (Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de soins de Développement) et des soins de soutien au développement.

Mots clés en Anglais : newborn, eating disorder, prevention, observation, to take care.

Mots clés en Français : nouveau-né, trouble alimentaire, prévention, observation, prendre soin.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - 2019/2022