

Université de Montréal

Intervention éducationnelle sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré afin de soutenir le développement de la sensibilité parentale

par Cynthia Alexandra Garcia Becerra

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières  
option expertise-conseil en soins infirmiers

Juin 2017

© Cynthia Alexandra Garcia Becerra, 2017

## Résumé

La sensibilité parentale est une composante fondamentale de la relation entre l'enfant et ses parents (Bell, 2008). Elle est définie comme la reconnaissance par les parents des signaux émis par leur enfant permettant une interprétation juste afin d'offrir une réponse adéquate et ce, dans un délai raisonnable (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Il a été démontré que les parents de nouveau-nés prématurés ont plus de difficulté à développer leur sensibilité parentale en raison des facteurs liés à l'environnement de l'unité néonatale (UN), aux parents et aux nouveau-nés prématurés (Amankwaa, Pickler et Boonmee, 2007). Une avenue intéressante pour soutenir la sensibilité parentale à l'UN s'avère être l'engagement des parents dans le développement oral du nouveau-né prématuré, plus particulièrement dans la stimulation orale de celui-ci afin de favoriser la transition de l'alimentation par gavages vers l'alimentation orale. Le but de ce projet de stage était de développer et de mettre à l'essai une intervention éducationnelle auprès de parents afin qu'ils s'engagent dans des interventions visant à soutenir le développement oral de leur nouveau-né prématuré avec l'objectif de favoriser le développement de leur sensibilité parentale. L'intervention a été basée sur le modèle de la relation parent-enfant de Bell (2008) selon lequel la sensibilité parentale se développe à travers cinq composantes : la découverte, l'engagement, la communication, la proximité physique et le contact affectif. L'intervention éducationnelle s'est déroulée auprès de cinq familles ayant un nouveau-né prématuré de moins de 32 semaines d'âge post- menstruel. Elle a consisté en trois rencontres individuelles avec les parents au chevet du nouveau-né prématuré à travers lesquelles ils ont développé leur sensibilité parentale et ce, selon leur perception évaluée à l'aide du questionnaire d'évaluation des retombées de l'intervention.

Ce projet souligne l'importance de privilégier les interventions infirmières visant à développer la sensibilité des parents auprès de leur nouveau-né prématuré à l'UN.

*Mots clés* : Nouveau-né prématuré, intervention éducationnelle, unité néonatale, sensibilité parentale, stimulation orale

## Abstract

The quality of the parent-child relationship is based, among other things, on parental sensitivity (Bell, 2008), which is defined as the parents' recognition of newborn signals that results in an adequate response, and within a reasonable period of time (Ainsworth, Blehar, Waters and Wall, 1978). Parents of preterm infants have shown to have greater difficulty in developing parental sensitivity due to factors related to the environment of the neonatal unit, parents and preterm infants (Amankwaa, Pickler and Boonmee, 2007). An interesting avenue to support the parental sensitivity in the neonatal unit is to involve parents in the oral development of preterm infants, more particularly in their oral stimulation, to promote the transition of feeding by gavage to oral feeding. The goal of this clinical project was to develop and implement an educational intervention to engage parents in interventions to support the oral development of their preterm infant in order to promote the development of their parental sensitivity. The intervention was based on the model of the parent-child relationship of Bell (2008), where parental sensitivity develops through five components: discovery, commitment, communication, physical proximity and emotional contact. The educational intervention took place with five families with preterm infants aged under 32 weeks of postmenstrual age. The intervention consisted of three individual meetings with parents at the bedside of their preterm infant through which seems to support the development of their parental sensitivity. This clinical project emphasizes the importance of focusing on nursing interventions aimed at developing parents' sensitivity to their preterm newborn.

*Keywords:* Preterm infant, educational intervention, neonatal unit, parental sensitivity, oral stimulation

## Table des matières

Résumé.....	ii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Remerciements.....	ix
Problématique .....	2
Objectifs de stage .....	5
Objectifs d'apprentissage.....	6
Article .....	1
Résumé.....	8
Introduction.....	10
Modèle d'évaluation et d'intervention sur la sensibilité parentale.....	13
Méthode .....	14
Milieu et recrutement des participants .....	14
Intervention éducationnelle sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré.....	16
Résultats.....	19
Recrutement et participants.....	19
Résultats aux questionnaires d'évaluation .....	20
Discussion.....	24
Retombées sur la sensibilité parentale .....	24

Retombées sur la satisfaction parentale.....	29
Analyse des journaux de bord.....	30
Limites.....	31
Assiduité des mères à compléter les journaux de bord.....	32
Participation des pères à l'intervention éducationnelle.....	33
Recommandations pour la pratique.....	34
Recommandations pour la recherche.....	37
Conclusion.....	38
Remerciements.....	39
Références.....	40
Discussion.....	46
Atteinte des objectifs de stage.....	47
Atteinte des objectifs d'apprentissage.....	49
Conclusion.....	51
Références.....	53
Annexe A : Adaptation du modèle de Bell 2008 dans le contexte de l'intervention.....	59
Annexe B: Formulaire d'information et de consentement du comité d'éthique.....	61
Annexe C: Lettre d'invitation à l'intervention éducationnelle destinée aux parents.....	66
Annexe D: Livret d'information donné aux parents durant l'intervention.....	68
Annexe E: Journal de bord donné aux parents durant l'intervention.....	72
Annexe F: Questionnaire d'évaluation de l'intervention.....	75

**Liste des tableaux**

Tableau 1. Interventions de stimulation orale enseignées aux parents.....	17
Tableau 2. Retombées de l'intervention sur la sensibilité et la satisfaction parentales .....	21

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée pendant l'élaboration de mon projet à la maîtrise.

Tout d'abord, je désire remercier ma directrice de maîtrise madame Marjolaine Héon inf., PhD de m'avoir soutenue et encouragée tout au long de mon parcours. Je suis reconnaissante pour sa rigueur, sa grande disponibilité et ses conseils à chacune des étapes de mon cheminement académique. J'aimerais remercier également ma codirectrice madame Marilyn Aita inf., PhD pour son intérêt, sa douceur et ses encouragements durant mes études. Elles m'ont transmis leurs connaissances et leur passion au moment opportun et m'ont aidée à me surpasser sur les plans personnels et académiques.

J'adresse également un grand merci à madame Audrey Larone-Juneau, inf., M.Sc., cadre-conseil de l'unité de néonatalogie, qui a été ma personne ressource dans le milieu clinique. Elle a contribué à la réalisation de ce projet par ses conseils et le partage de son expérience avec moi.

Je tiens à remercier la fondation Gustav Levinschi au sein du Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine et la Banque Toronto Dominion qui ont soutenu financièrement mes études à la maîtrise.

La réalisation de ce projet a été possible grâce à l'implication des parents et de leurs nouveau-nés prématurés qui ont accepté de participer à l'intervention. Merci mille fois aux parents pour leur ouverture, leur confiance et leur participation active.

Je remercie les membres de l'unité où l'intervention a eu lieu pour leur collaboration précieuse et leur ouverture à mon projet. Je remercie madame Brigitte Routier inf., assistante-chef, et monsieur Martin Reichherzer, inf. chef de l'unité de néonatalogie, pour avoir veillé à



ma conciliation travail-études, m'avoir écoutée et soutenue à plusieurs reprises.

Ce projet n'aurait pu être mené à bien sans la disponibilité et l'expertise offertes par madame Audrey Charpentier-Demers, ergothérapeute à l'unité néonatale. Un sincère merci aux consultantes en lactation, mesdames Mélissa Savaria et Isabelle Lévesque pour leurs précieux conseils au sujet de l'apprentissage de l'allaitement par les nouveau-nés prématurés.

Au terme de ce parcours, je remercie mes proches qui ont été présents pour moi autant dans les moments difficiles comme dans les joyeux. Je remercie du fond de mon cœur mes chères amies et mes sœurs : Marie-Sophie, Micha, Marcela, Djamina, Valeria, Erika et Mélanie pour leur soutien inestimable, leur écoute, leurs encouragements et pour avoir cru en moi malgré les difficultés.

Enfin, j'exprime toute ma gratitude envers mes parents, Yolanda et Fernando, qui m'ont soutenue moralement et m'ont offert leur confiance indéfectible dans mes choix; ils ont été une source d'inspiration et de motivation pour mener à terme ce projet.

## **Problématique**

Lors d'une naissance prématurée, les parents sont confrontés à une perte de contrôle et d'espoir, ainsi qu'à des sentiments de stress, de dépression et d'anxiété (Obeidat, Bond et Clark, 2009). De plus, lors de l'hospitalisation à l'UN, les parents de nouveau-nés prématurés doivent composer avec divers facteurs stressants comme l'environnement technologique, la condition médicale du nouveau-né et la perturbation du rôle parental (Al Maghaireh, Abdullah, Chan, Piaw et Alkawafha, 2016). Par conséquent, ils ont plus de difficulté à établir des interactions sensibles avec leur nouveau-né prématuré (Amankwaa et al., 2007). Une interaction parent-enfant sensible se traduit par la capacité du parent à reconnaître et à interpréter les comportements de son enfant et à apporter une réponse juste dans un délai raisonnable (Ainsworth et al., 1978). La prématurité contribue aux difficultés liées à l'établissement d'une sensibilité parentale étant donné que les nouveau-nés prématurés n'émettent pas de signaux clairs à leurs parents et ils répondent différemment aux stimuli environnementaux comparativement aux nouveau-nés à terme (Amankwaa et al., 2007). D'autre part, certaines caractéristiques liées aux parents, comme la fatigue, la souffrance et le stress, tendent à avoir un impact négatif sur la sensibilité parentale (Amankwaa et al., 2007), car dans de telles circonstances, les parents sont moins susceptibles de décoder les signes émis par leur nouveau-né prématuré. Par conséquent, le développement de la sensibilité parentale, qui est influencé par certains facteurs autant liés au nouveau-né qu'au parent (Amankwaa et al., 2007), représente un défi pour les parents des nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'UN.

En engageant les parents dans une intervention visant le développement oral du nouveau-né prématuré, il est souhaité de promouvoir le développement de la sensibilité parentale par leur engagement dans la relation avec celui-ci. Cet engagement se traduit par le sentiment de responsabilité du parent envers le développement de son nouveau-né, la sécurité

et la croissance de l'enfant et par sa capacité à lui offrir les meilleurs soins possibles (Bell, 2008).

L'apprentissage de l'alimentation orale représente un défi important pour le nouveau-né prématuré dû à son immaturité oromotrice (Lau, 2007). Les nouveau-nés prématurés présentent un réflexe de succion et de déglutition à partir de la 28<sup>e</sup> semaine de gestation (Pinelli et Symington, 2005). Toutefois, la coordination entre la succion, la déglutition et la respiration apparaît environ que vers 32-34 semaines et en général, les nouveau-nés de 32 semaines ou moins sont alimentés par une sonde de gavage (Pinelli et Symington, 2005). La maturité physiologique ainsi que le soutien au développement des compétences orales du nouveau-né prématuré avant 32 semaines d'âge post-menstruel<sup>1</sup>, notamment par la stimulation orale nutritive ou non nutritive, accélèrent l'atteinte de l'alimentation orale complète (Cunha, Barreiros, Goncalves et Figueiredo, 2009; Fucile, Gisel et Lau, 2002). La stimulation orale est définie comme la stimulation sensorielle des structures orales impliquées dans l'alimentation, soit par des techniques de succion nutritive ou non nutritive, dans le but de développer la fonction de succion et d'alimentation des nouveau-nés prématurés (Greene, O'Donnell et Walshe, 2013).

Lorsqu'introduites entre 24 et 33 semaines d'âge post-menstruel, les interventions de stimulation orale permettent au nouveau-né prématuré d'associer l'alimentation orale à une expérience positive, ce qui favorise un meilleur développement de ses compétences orales (Lau et Smith, 2012). De plus, elles facilitent la transition de l'alimentation par gavages vers l'alimentation par voie orale, diminuent la durée du séjour hospitalier et réduisent les complications alimentaires à long terme (Fucile et al., 2002; Lau et Smith, 2012; Pinelli et Symgton, 2005).

---

<sup>1</sup> L'âge post-menstruel est l'âge gestationnel additionné à l'âge chronologique du nouveau-né en semaines (Engle et Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, 2004)

Les différentes interventions de stimulation orale peuvent être implantées progressivement dans les UNs, selon les phases de développement oral du nouveau-né prématuré. Le parcours à travers cinq phases est nécessaire à l'atteinte de l'alimentation orale complète chez le nouveau-né prématuré : phase préorale, phase orale/non nutritive, phase d'alimentation nutritive minimale, phase nutritive modérée et phase nutritive complète (Premji, McNeil et Scotland, 2004).

Bien qu'il soit recommandé d'engager les parents dans chacune des phases visant l'apprentissage de l'alimentation orale du nouveau-né prématuré (NAAN, 2013), peu d'études ont porté sur ce sujet (Fucile et al., 2002; Jonsson et al., 2013). Or, les interventions éducationnelles sur l'apprentissage de l'alimentation orale (Brown et Pickler, 2013; Stevens, Gazza et Pickler, 2014), et plus particulièrement sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré (Harding, Frank, Van Someren, Hilari et Botting, 2014), semblent favoriser le développement de la sensibilité parentale. Cela s'explique par une meilleure communication avec leur enfant se traduisant par la compréhension des signes émis par celui-ci et une réponse adéquate.

Le but de ce projet de stage était de développer et de mettre à l'essai une intervention éducationnelle auprès de parents afin qu'ils s'engagent dans des interventions visant à soutenir le développement oral de leur nouveau-né prématuré avec l'objectif de favoriser le développement de leur sensibilité parentale. L'intervention éducationnelle sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré auprès de parents s'est appuyée sur le modèle de la relation parent-enfant de Bell (2008). Selon ce modèle, la sensibilité parentale se développe à travers l'expression de cinq composantes de la relation parent-enfant, soit la découverte, l'engagement, la proximité physique, la communication et le contact affectif. L'intervention a

ainsi ciblé quatre des cinq composantes du modèle de Bell (Annexe A). En effet, à travers l'enseignement des interventions de stimulation orale de la phase préorale et de la phase orale/non nutritive, les parents ont été invités à avoir une proximité physique avec leur nouveau-né, à le découvrir, à communiquer avec lui et à s'engager dans une relation avec leur nouveau-né.

### **Objectifs de stage**

Les objectifs de ce stage étaient :

1. Développer une intervention éducationnelle basée sur les résultats probants pour des parents ayant un nouveau-né prématuré âgé de moins de 32 semaines d'âge post-menstruel qui promeut leur engagement dans la stimulation orale de celui-ci, dans le but de favoriser le développement de leur sensibilité parentale.
2. Mettre à l'essai l'intervention éducationnelle basée sur les résultats probants auprès de parents ayant un nouveau-né prématuré âgé de moins de 32 semaines d'âge post-menstruel qui promeut leur engagement dans la stimulation orale de celui-ci, dans le but de favoriser le développement de leur sensibilité parentale.
3. Évaluer, à l'aide d'un questionnaire, les retombées de l'intervention éducationnelle auprès des parents en termes de sensibilité ainsi que de satisfaction parentales.
4. Émettre des recommandations pour la pratique et la recherche infirmière afin d'assurer la pérennité de l'intervention dans le milieu clinique.

## **Objectifs d'apprentissage**

Les objectifs d'apprentissage de l'étudiante-stagiaire étaient :

1. Développer ses compétences pour le développement et la mise à l'essai d'une intervention éducationnelle ainsi que ses habiletés pour intervenir auprès de parents où le développement de leur sensibilité parentale est compromis en raison d'un contexte de prématurité.
2. Développer ses compétences en pratique infirmière avancée, telles que la pratique directe, la recherche, le leadership, la collaboration et la guidance (Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014) notamment en lien avec l'élaboration et l'implantation de l'intervention éducationnelle.
3. Approfondir ses connaissances sur les interventions les plus efficaces qui favorisent le développement oral du nouveau-né prématuré et la sensibilité parentale à l'UN.
4. Développer de nouvelles habiletés pour la synthèse et l'analyse d'écrits scientifiques afin de dégager et d'implanter les interventions les plus efficaces visant à soutenir la sensibilité parentale et le développement oral du nouveau-né prématuré.

## **Article**



## **Intervention éducationnelle sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré afin de soutenir le développement de la sensibilité parentale**

Cynthia Garcia, inf., étudiante M. Sc., Marjolaine Héon, inf. Ph.D., Marilyn Aita, inf. Ph.D., Audrey Larone Juneau, inf. MSc. et France Dupuis, inf. PhD.

### **Résumé**

La sensibilité parentale est définie comme la capacité du parent à reconnaître les signaux émis par son enfant qui se traduit par une réponse adéquate dans un délai raisonnable (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall 1978). À l'unité néonatale (UN), les parents de nouveau-nés prématurés éprouvent des difficultés à développer leur sensibilité parentale (Amankwaa, Pickler et Boonmee, 2007) en raison de facteurs stressants liés à la naissance prématurée (Al Maghaireh, Abdullah, Chan, Piaw et Alkawafha, 2016) et de l'incapacité de nouveau-nés prématurés à émettre des signes facilement interprétables par les parents (Amankwaa et al., 2007). Les interventions de stimulation orale prodiguées au nouveau-né prématuré par les parents semblent favoriser la sensibilité parentale par une meilleure communication qui s'ensuit entre le parent et son enfant (Harding, Frank, Van Someren, Hilarie et Botting, 2014) et facilitent la transition de l'alimentation par gavages à l'alimentation par voie orale (Fucile, Gisel et Lau, 2002).

Dans le cadre d'un projet clinique, une intervention éducationnelle visant à engager des parents dans le développement oral de leur nouveau-né prématuré dans le but de favoriser leur sensibilité parentale a été développée et mise à l'essai dans une UN d'un centre hospitalier tertiaire. L'intervention éducationnelle s'est appuyée sur le modèle de Bell (2008) ayant pour cible la sensibilité parentale et elle a été offerte à cinq familles de nouveau-nés de moins de 32

semaines d'âge post-menstruel. Plus particulièrement, elle a comporté trois rencontres individuelles et interactives avec les parents où ils ont réalisé des interventions de stimulation orale auprès du nouveau-né. Les retombées de l'intervention montrent que les parents ont développé les cinq composantes de la relation parent-enfant du modèle de Bell (2008), soit la découverte, la communication, l'engagement, la proximité physique et le contact affectif.

Dans un contexte de naissance prématurée, il est essentiel de mettre en place des interventions infirmières tôt après la naissance afin de soutenir le développement de la sensibilité parentale à l'UN.

*Mots clés* : Nouveau-né prématuré, intervention éducationnelle, unité néonatale, stimulation orale, sensibilité parentale, parents

## Introduction

La naissance d'un nouveau-né prématuré est un évènement stressant et éprouvant pour les parents (Kaaresen, Ronning, Ulvund, et Dahl, 2006; Miles, Funk et Kasper, 1992). Lorsque leur nouveau-né est admis à l'UN, ils sont confrontés à des sentiments d'anxiété, de dépression et de frustration (Obeidat, Bond et Callister, 2009). Par ailleurs, l'établissement de la relation avec leur enfant est perturbé en raison de la séparation physique, de l'absence de contacts précoces et gratifiants ainsi que de l'environnement stressant de l'UN (Mulle-Nix, Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert et Ansermet, 2009; Obeidat et al., 2009).

La qualité de la relation parent-enfant se base, entre autres, sur la sensibilité parentale (Bell, 2008) qui est définie comme la reconnaissance par les parents des signaux émis par leur nouveau-né et qui se traduit par une réponse adéquate, et ce, dans un délai raisonnable (Ainsworth et al., 1978). Il a été montré que les parents de nouveau-nés prématurés ont plus de difficulté à développer leur sensibilité parentale (Amankwaa et al., 2007). En effet, le nouveau-né prématuré communique différemment de celui né à terme en raison de son immaturité (De Schuymer, De Groote, Desoete, et Roeyers, 2012) et les parents doivent composer avec le défi de décoder adéquatement ses besoins et ses comportements (Harrison, 1990). La sensibilité parentale améliore les interactions parent-enfant (Newnham, Milgrom et Skouteris, 2009), favorise le développement cognitif de l'enfant à long terme (Milgrom et al., 2013, Newnham et al., 2009) et diminue le stress chez les parents lors de l'hospitalisation (Kaaresen et al., 2006).

Selon le modèle de Bell (2008), la sensibilité parentale s'exprime à travers cinq composantes de la relation parent-enfant, soit la découverte, l'engagement, la proximité physique, la communication et le contact affectif. Afin de soutenir la sensibilité parentale à l'UN,

l'engagement des parents dans le développement oral du nouveau-né prématuré semble être un moyen pertinent (Harding et al., 2014; White et Parnell, 2013).

Au-delà de l'apport nutritionnel, l'alimentation favorise l'interaction parent-enfant et représente un moment idéal pour apprendre à communiquer avec le nouveau-né et à interpréter ses comportements (Shaker, 2013; Swift et Scholten, 2009; Thoyre, 2000). L'engagement des parents dans les différentes phases de l'alimentation du nouveau-né prématuré est important (White et Parnell, 2013), alors que Jonsson, Doorn et Vanden Berg (2013) soulignent aussi l'importance de soutenir les parents dans des interventions de stimulation orale comme la stimulation sensorimotrice ou la stimulation avec du lait maternel durant les gavages, dans le but de favoriser le développement oral du nouveau-né prématuré.

L'apprentissage de l'alimentation orale est l'un des principaux défis que le nouveau-né prématuré doit relever (Lau, 2007). En effet, les nouveau-nés prématurés de moins de 32 semaines de gestation ne présentent pas de réflexe de succion nutritive à la naissance (Delfosse Soullignac, Depoortere et Crunelle, 2006; Jones, 2012) et ils doivent apprendre à coordonner la succion, la déglutition et la respiration pour s'alimenter complètement par voie orale (Jones 2012). Un grand nombre de nouveau-nés prématurés présentent des difficultés lors de la transition de l'alimentation par gavage à celle par voie orale, ce qui retarde leur retour à domicile et compromet le rapprochement parent-enfant (Lau, 2007). Ainsi, les écrits font état de l'importance de soutenir les nouveau-nés prématurés dans leur développement oral par l'entremise d'interventions de stimulation comme la succion non nutritive (SNN) et la stimulation sensorimotrice (Averdson, Clark, Lazarus, Schooling et Frymark, 2010; Delfosse et al., 2006; Fucile et al., 2002; Lau et Smith, 2012; Pinelli et Symgton, 2005). Lorsqu'elles sont introduites à partir de l'âge de 26 semaines de gestation, ces interventions favorisent le

développement des compétences orales de nouveau-nés prématurés et facilitent l'alimentation orale (Fucile et al., 2002; Lau et Smith, 2012; Lyu et al., 2014, Yildiz, Arikan, Gozum, Tastekin et Budancamanak, 2011).

Toutefois, peu d'interventions pour engager les parents dans l'apprentissage de l'alimentation du nouveau-né prématuré sont réalisées dans les UNs (Jonsson et al., 2013), surtout pour ceux nés avant 30 semaines de gestation (Fucile et al., 2002). Or, il est suggéré que les parents de nouveau-nés prématurés s'engagent dans les interventions liées à l'alimentation afin de favoriser leur développement oral (NANN, 2013). Engager les parents dans les interventions visant le développement du nouveau-né prématuré, dont le développement oral (Harding et al., 2014), apporte non seulement des bienfaits pour les nouveau-nés prématurés (Browne et Talmi, 2005; Kaarsen et al., 2006; Melnyk et al., 2001; Nordhov, Kaarsen, Ronning, Ulvund et Dahl, 2010), mais également pour les parents, notamment au regard du développement de leur sensibilité parentale (Harding et al., 2014; Maguire, Bruil, Wit et Walther, 2007; Milgrom et al., 2013).

Ainsi, dans un contexte de prématurité, il devient primordial de promouvoir le développement de la sensibilité parentale dès la naissance du nouveau-né prématuré par le biais d'interventions infirmières. En effet, les infirmières travaillant dans les UNs ont une place privilégiée pour encourager les interactions entre les parents et leur nouveau-né prématuré et pour favoriser l'implication dans les soins visant le développement optimal de celui-ci. Inscrite dans une approche de soins centrés sur la famille, une intervention éducationnelle destinée aux parents sur la stimulation orale de leur nouveau-né prématuré s'avère alors pertinente pour soutenir à la fois le développement de leur sensibilité parentale et le développement des compétences orales de leur nouveau-né (Harding et al., 2014). Cette intervention éducationnelle vise plus

particulièrement le développement de quatre des cinq composantes de la sensibilité parentale du modèle de Bell (2008), soit la découverte, la proximité physique, la communication et l'engagement. Les parents seront ainsi encouragés à avoir une proximité physique avec leur nouveau-né, à le découvrir, à communiquer avec lui et à s'engager dans une relation avec leur nouveau-né. La composante du contact affectif a été exclue au départ étant donné que celle-ci paraissait moins susceptible à être développée durant l'intervention.

Le but de ce projet clinique en pratique infirmière avancée était de développer et de mettre à l'essai une intervention éducationnelle auprès de parents afin qu'ils s'engagent dans des interventions visant à soutenir le développement oral de leur nouveau-né prématuré avec l'objectif de favoriser le développement de leur sensibilité parentale.

### **Modèle d'évaluation et d'intervention sur la sensibilité parentale**

L'intervention s'appuie sur le modèle de Bell (2008) ayant pour cible la sensibilité parentale (Annexe A). Ce modèle a été créé pour permettre aux professionnels de la santé d'observer et d'évaluer la relation parent-enfant ainsi que de planifier des interventions appropriées pour favoriser l'interaction entre le parent et son enfant (Bell, 2008). Cinq composantes déterminent la sensibilité parentale au cœur de ce modèle (la découverte, l'engagement, la proximité physique, la communication et le contact affectif).

La *découverte* du nouveau-né se traduit par la curiosité et l'intérêt du parent envers celui-ci. Ainsi, les parents apprennent à découvrir leur nouveau-né par différentes stratégies dont la recherche d'information sur l'enfant. L'*engagement* fait appel à l'investissement physique et émotionnel du parent quant au développement, à la croissance et à la sécurité de son nouveau-né. Pour sa part, la *proximité physique* désigne la présence de contacts physiques entre le parent et son enfant. À travers les contacts précoces et répétés dès la naissance, les parents ont l'opportunité de découvrir

leur enfant et d'être plus sensibles aux comportements de celui-ci. La *communication* se manifeste par les interactions sensibles et cohérentes aux comportements de l'enfant. Enfin, le *contact affectif* fait référence à l'échange d'affects entre le parent et l'enfant et à la qualité de la régulation socioémotionnelle. Toutes ces composantes sont essentielles à l'initiation et au maintien de la relation parent-enfant et elles sont nécessaires au développement de la sensibilité parentale.

## Méthode

### Milieu et recrutement des participants

L'intervention éducationnelle a été proposée aux parents (mères et pères) ayant donné naissance à un nouveau-né de moins de 32 semaines d'âge post-menstruel séjournant à l'UN d'un centre hospitalier universitaire tertiaire mère-enfant de Montréal. Le choix de cette tranche d'âge est justifié par le fait que les interventions de stimulation orale, lorsque débutées avant l'introduction de l'alimentation orale qui survient généralement à l'âge de 32 semaines post-menstruel, favorisent le développement des compétences orales du nouveau-né prématuré (Fucile et al., 2002; Lyu et al., 2014). De plus, ces interventions permettent aux parents une meilleure compréhension des comportements et des signes de communication de leur nouveau-né prématuré (Harding et al., 2014) qui sont des composantes de la sensibilité parentale.

Dans un premier temps, l'âge post-menstruel des nouveau-nés prématurés éligibles à l'intervention était de 28 semaines et moins. Toutefois, ce critère a dû être modifié au cours de la mise en place de l'intervention en raison de la difficulté à recruter les nouveau-nés pendant la période de déménagement de l'UN qui a coïncidé avec la réalisation de l'intervention. Par conséquent, l'âge post-menstruel de nouveau-nés prématurés éligibles a été changé à 32 semaines et moins au milieu de la période d'intervention. L'approbation du comité d'éthique du centre

hospitalier a été obtenue avant le recrutement des participants puisque dans le cadre de ce projet clinique, les parents ont complété un questionnaire d'évaluation en vue de publication.

D'autres critères d'inclusion se basaient sur des études antérieures. Ainsi, les nouveau-nés prématurés éligibles à l'intervention : a) ne présentaient pas de complications comme une hémorragie intraventriculaire de type III et IV (Sarkar, Bhagat, Dechert, Schumacher et Donn, 2009), une entérocolite nécrosante ou autres complications qui amènent une instabilité clinique (Fucile et al., 2002), b) ne présentaient pas de malformations congénitales qui interfèrent avec l'alimentation orale comme une hernie diaphragmatique ou une fistule trachéo-oesophagienne (Brown et Pickler, 2013), c) étaient alimentés par gavages (Fucile et al., 2002), d) étaient stables au plan clinique selon l'équipe traitante (Lau et Smith, 2012) et e) avaient des parents qui pouvaient lire et comprendre la langue française. Les nouveau-nés issus d'une grossesse multiple ont été exclus dû au partage du temps requis pour l'engagement des parents auprès de leurs nouveau-nés prématurés.

Les parents éligibles ont été approchés par l'auteure principale qui est une infirmière experte en néonatalogie depuis sept ans. Cette dernière les rencontrait au chevet de leur nouveau-né avec l'accord de l'infirmière soignante et leur remettait une lettre d'invitation. Les parents ont été invités à participer à l'intervention à partir de la deuxième semaine de vie du nouveau-né. Ce délai choisi s'appuie sur le fait qu'à la naissance du nouveau-né prématuré, les parents sont confrontés à des sentiments négatifs (Alderson, Hawthorne et Killen, 2006; Obeidat et al., 2009), ils sont donc moins disposés à acquérir des nouvelles connaissances, d'où l'importance de proposer l'intervention après la première semaine suivant l'accouchement. Par la suite, si les parents acceptaient d'y participer, l'intervenante les informait des modalités du projet clinique. Les participants ont signé un formulaire de consentement avant de débiter l'intervention. Les deux parents étaient invités à participer à l'intervention, cependant celle-ci pouvait être réalisée avec l'un des deux selon leur disponibilité.



### **Intervention éducationnelle sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré**

L'intervention éducationnelle a été offerte sous forme de trois rencontres individuelles et interactives avec chacune des familles au chevet de leur nouveau-né prématuré. Diverses études ayant utilisé des sessions d'enseignement individuelles sur le développement du nouveau-né prématuré auprès de ses parents (Kaaresen et al., 2006; Nordhov et al., 2010) se sont avérées efficaces pour augmenter, entre autres, la sensibilité parentale (Milgrom et al., 2013). Les résultats d'une méta-analyse de 70 études visant à évaluer l'efficacité d'interventions pour améliorer l'attachement et la sensibilité des parents montrent que les interventions les plus efficaces utilisent un nombre approximatif de cinq séances et qu'elles sont orientées directement vers le comportement parental (Bakermans-Kranenburg, Ijzendoorn et Juffer, 2003). Ainsi, trois rencontres d'une durée de 45 minutes chacune au chevet du nouveau-né prématuré ont été réalisées avec les familles.

L'enseignement donné aux parents par l'infirmière concernait les interventions de stimulation orale relatives à la phase préorale et à la phase orale/non nutritive du développement oral du nouveau-né prématuré (voir tableau 1). Ainsi, avant d'atteindre l'alimentation orale complète, le nouveau-né prématuré doit développer ses compétences orales pour chacune des phases : préorale, orale/non nutritive et nutritive (phase d'alimentation orale minimale, modérée et complète; Premji, McNeil et Scotland, 2004). Dans le cadre de ce projet, il a été décidé de recruter les familles dont le nouveau-né se trouvait dans les deux premières phases de compétences orales, car les interventions à ces étapes sont simples et faciles à réaliser pour les parents et que l'enseignement de celles-ci peut facilement être fait par les infirmières.

Tableau 1 : Interventions de stimulation orale enseignées aux parents

PHASE PRÉORALE	PHASE ORALE / NON NUTRITIVE
<p>Ces interventions ont pour but de minimiser les stimulations négatives de la sphère orale et de promouvoir l'organisation comportementale du nouveau-né prématuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser un positionnement adéquat du nouveau-né principalement par la flexion et les mains à la bouche</li> <li>• Encourager les expériences positives autour du visage par les bisous et le contact soutenu de la bouche du nouveau-né prématuré avec les mains du parent (ex. hygiène de la bouche avec une compresse imbibée du lait maternel)</li> </ul>	<p>L'objectif de ces interventions est d'encourager les stimulations orales positives à l'aide de la succion non nutritive (SNN) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre les interventions de la phase préorale</li> <li>• Soutenir la SNN en offrant la tétine, un doigt ou le sein de la mère après une expression de lait maternel*</li> <li>• Offrir quelques gouttes de lait sur les lèvres du nouveau-né à l'aide d'une seringue ou de la tétine*</li> </ul> <p>* Ces interventions doivent être favorisées durant les moments de gavage du nouveau-né prématuré</p>

**Description de l'intervention éducationnelle.** Une méthode d'enseignement interactive avec l'intervenante et l'utilisation de différentes stratégies pédagogiques ont été privilégiées par celle-ci pour faire l'enseignement aux parents. Ainsi, une combinaison des méthodes d'apprentissage comme l'observation, la discussion et le matériel écrit semblait appropriée afin de répondre aux besoins des parents de nouveau-nés prématurés (Dusing, Murray, et Stern, 2008). En effet, lorsqu'ils sont impliqués dans les interventions visant le développement de leur nouveau-né prématuré, les parents ont besoin de démonstration des compétences de leur enfant à l'aide des observations et des explications sur les attentes du développement optimal ainsi que de soutien après l'intervention (Dusing et al., 2008). De ce fait, l'enseignement donné aux parents dans le cadre de cette intervention a été renforcé par de la documentation écrite, c'est-à-dire un livret portant sur la progression d'alimentation orale du nouveau-né prématuré et sur les interventions de stimulation orale que les parents pouvaient

mettre en place auprès de leur nouveau-né. De plus, la stimulation orale était montrée aux parents par le biais de démonstrations sur leur nouveau-né prématuré à son chevet et ce, en fonction de la réceptivité et du stade de développement oral de celui-ci. Les parents étaient invités à réaliser la stimulation orale devant l'intervenante et à la reproduire dans les jours suivant la rencontre. Afin d'offrir un soutien aux parents après la démonstration de la stimulation orale, un journal de bord leur a été remis dans le but qu'ils consignent les effets de l'intervention sur eux et sur leur nouveau-né.

*Première rencontre avec les parents.* Elle s'est déroulée au chevet du nouveau-né prématuré et pour une famille, elle a eu lieu dans une salle à l'extérieur de l'UN. Le but de cette rencontre était de familiariser les parents à l'intervention et d'augmenter leurs connaissances quant à la progression de l'alimentation orale de leur nouveau-né et plus particulièrement à la stimulation orale. De plus, les signes de stress et de stabilité pouvant être émis par leur nouveau-né prématuré ont été enseignés aux parents afin qu'ils puissent intervenir au moment opportun. Le livret portant sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré conçu par l'auteure principale devait être donné aux parents à la deuxième rencontre. Toutefois, après avoir prodigué l'intervention aux deux premières familles, il a été jugé pertinent de l'offrir dès la première rencontre aux familles suivantes. De cette façon, l'enseignement verbal au moment de la première rencontre était accompagné de matériel écrit ce qui a facilité le transfert des connaissances et a suscité l'intérêt des parents.

*Deuxième rencontre avec les parents.* Cette deuxième rencontre a aussi eu lieu au chevet du nouveau-né prématuré. Cette rencontre a été planifiée environ trois à quatre jours après la première rencontre et elle devait coïncider avec une période d'alimentation par gavage afin de stimuler le nouveau-né prématuré durant un moment d'alimentation. Un bref retour était fait avec les parents sur les notions apprises notamment sur les interventions de stimulation orale des

nouveau-nés à la phase préorale et orale/non nutritive. Ils étaient invités à observer les signes présentés par leur nouveau-né prématuré et à déterminer si une intervention de stimulation orale pouvait être réalisée à ce moment. Dans tous les cas, les parents ont eu l'opportunité de mettre en application la stimulation orale devant l'auteure principale. Un accompagnement et une rétroaction ainsi que des recommandations afin qu'ils poursuivent leurs apprentissages étaient fournis aux parents tout au long de la séance. Lors de cette rencontre, le journal de bord était remis aux parents.

*Troisième rencontre avec les parents.* Cette rencontre était planifiée environ une semaine après la deuxième rencontre au chevet du nouveau-né prématuré. Le but était de valider et de renforcer les apprentissages des parents quant à la stimulation orale ainsi que d'évaluer l'atteinte des objectifs de l'intervention. Pour ce faire, le journal de bord était révisé avec les parents s'ils l'avaient complété et une autre période de stimulation orale leur était offerte selon la disponibilité du nouveau-né et du parent. Les participants ont évalué les retombées de l'intervention sur la sensibilité et la satisfaction parentales à l'aide d'un questionnaire à échelle de Likert à cinq niveaux comportant 18 questions. Ce dernier a été développé par l'auteure principale en fonction des composantes de la sensibilité parentale visées par l'intervention. Le questionnaire complété par les parents était recueilli par l'infirmière ayant prodigué l'intervention une journée après la dernière rencontre.

## **Résultats**

### **Recrutement et participants**

Le recrutement des familles et la mise en place de l'intervention se sont déroulés sur une période de quatre mois, soit entre octobre 2016 et février 2017. Un nombre de huit familles ont été invitées à participer à l'intervention éducationnelle, cependant cinq familles ont reçu

l'ensemble de l'intervention. Une famille n'a pas pu participer à l'intervention, car le nouveau-né est décédé, une autre famille a refusé d'y participer en raison du transfert de leur nouveau-né dans un autre centre et une famille n'a pas précisé la raison de son refus.

Les nouveau-nés prématurés ayant participé à l'intervention avaient en moyenne 26+5 semaines de gestation à la naissance, variant entre 24+6 et 28+5 semaines d'âge gestationnel. Ils avaient entre neuf et 20 jours de vie au moment du début de l'intervention. Tous les nouveau-nés prématurés se trouvaient à la phase préorale du développement oral au moment du début de l'intervention. Lors de la deuxième rencontre, deux nouveau-nés étaient rendus à la phase orale/non nutritive, alors il a été possible de mettre en place des interventions propres à chacune de ces phases.

Pour trois familles, il s'agissait de leur premier enfant, alors que pour les deux autres familles, il s'agissait du deuxième et du troisième enfant. Pour les mères multipares, il s'agissait du premier enfant prématuré. Le principal diagnostic de ces nouveau-nés était la prématurité. Pour l'ensemble des familles, l'intervention a débuté à l'unité de soins intensifs néonataux et pour deux nouveau-nés, elle s'est poursuivie à l'unité de soins intermédiaires néonataux.

Bien que les deux parents aient été invités à participer à l'intervention éducationnelle, seulement un père a participé à l'ensemble des rencontres et a contribué à la complétion du journal de bord. Un père a participé à deux des trois rencontres et un autre était présent à une seule rencontre. Toutes les mères ont participé aux trois rencontres et elles ont rempli le questionnaire d'évaluation de l'intervention.

### **Résultats aux questionnaires d'évaluation**

Le tableau 2 présente les retombées de l'intervention éducationnelle sur la sensibilité et la satisfaction parentales selon la perception des parents évaluée à l'aide du questionnaire d'évaluation.

Tableau 2 : Retombées de l'intervention sur la sensibilité et la satisfaction parentales (n=5)

Énoncé	Totalement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Totalement en désaccord
1. L'intervention éducationnelle de stimulation orale m'a permis de mieux connaître mon bébé	5	-	-	-	-
2. L'intervention a favorisé mon engagement dans le développement oral de mon bébé	4	1	-	-	-
3. L'intervention m'a aidé à participer dans les soins de mon bébé	3	2	-	-	-
4. L'intervention a favorisé une proximité physique avec mon bébé	1	3	1	-	-
5. L'intervention a été un bon moyen pour apprendre à communiquer avec mon bébé	1	3	1	-	-
6. L'intervention m'a aidé à mieux comprendre les comportements émis par mon bébé	1	3	1	-	-
7. L'intervention m'a aidé à identifier les	4	1	-	-	-

moments opportuns pour réaliser des interventions de stimulation orale					
8. Les interventions ont été faciles à réaliser	2	3	-	-	-
9. Le livret a été utile	3	2	-	-	-
10. L'enseignement que j'ai reçu a répondu à mes attentes	4	1	-	-	-
11. Je vais poursuivre les interventions dans les jours à venir	4	-	1	-	-
12. En général, je suis satisfait de l'intervention	4	1	-	-	-
13. J'ai facilement acquis les connaissances sur le développement oral de mon bébé	3	1	-	1	-
14. Le nombre de rencontres de l'intervention a été approprié	4	1	-	-	-
15. La durée des rencontres de l'intervention a été appropriée	5	-	-	-	-
16. La tenue d'un journal de bord a été utile pour mon apprentissage et la réalisation des interventions	3	2	-	-	-

Toutes les mères ont affirmé que l'intervention éducationnelle sur la stimulation orale a favorisé leur engagement dans le développement oral de leur nouveau-né prématuré et elle leur a permis de mieux connaître leur nouveau-né. De plus, selon la plupart des mères, l'intervention les a aidées à participer dans les soins de leur enfant et à avoir une proximité

physique avec celui-ci.

La majorité des mères est d'accord que l'intervention éducationnelle a été un bon moyen pour apprendre à communiquer avec leur nouveau-né et à comprendre ses comportements. Seulement une mère a mentionné être neutre quant aux effets de l'intervention sur la proximité physique avec son nouveau-né et que l'intervention était un bon moyen pour apprendre à communiquer avec celui-ci et à mieux interpréter ses comportements. De plus, la totalité des mères ont déclaré que l'intervention éducationnelle les a outillées à identifier les moments opportuns pour procéder à la stimulation orale auprès de leur nouveau-né et que celle-ci était facile à réaliser. Les mères ont dit être satisfaites de l'ensemble de l'intervention et elles ont trouvé que le livret d'information et le journal de bord offerts avaient été utiles. Seulement une mère a indiqué être neutre quant à la poursuite de la stimulation orale dans les jours subséquents. La majorité des mères (n=4) ont dit avoir acquis facilement les connaissances sur le développement oral de leur nouveau-né.

D'autre part, toutes les mères ont rapporté des bienfaits pour elles-mêmes et pour leur nouveau-né dans leur journal de bord et dans le questionnaire d'évaluation de l'intervention éducationnelle. Ainsi, certaines d'entre elles ont commenté par écrit « avoir un sentiment d'accomplissement », « se sentir rassurée », « voir l'évolution de son nouveau-né au niveau de l'allaitement et être plus à l'aise avec l'allaitement » et « comprendre que son bébé a fait du progrès ». D'autres bienfaits mentionnés par les mères sont : « mieux comprendre les différentes phases orales d'un bébé prématuré » et « apprendre à connaître mon bébé, participer dans ses soins et connaître mieux ses réactions ». Une mère a affirmé avoir apprécié réussir la mise au sein non nutritive à 33 semaines d'âge post-menstruel. Quant aux bienfaits de l'intervention éducationnelle chez le nouveau-né prématuré mentionnés par les mères dans les



questionnaires d'évaluation, une a rapporté que celle-ci a permis à son bébé de goûter le lait maternel et que ce dernier aimait le goût. Une autre mère a évoqué que l'intervention avait permis à son bébé de mieux se préparer à l'alimentation à l'aide de l'apprentissage des expériences positives.

## Discussion

### Retombées sur la sensibilité parentale

Quatre des cinq composantes du modèle de Bell (2008) ayant pour cible la sensibilité parentale ont été visées par l'intervention éducationnelle: proximité physique, découverte, communication et engagement. La stimulation orale du nouveau-né prématuré requiert des contacts visuels et tactiles (Fucile et al., 2012), ce qui mène à une *proximité physique* entre le parent et son nouveau-né. Ensuite, les parents ont l'opportunité de *découvrir* leur nouveau-né par l'apprentissage des signaux reliés à la stimulation orale émis par celui-ci (Harding et al., 2014). D'ailleurs, il est recommandé que les interventions liées à l'apprentissage de l'alimentation orale du nouveau-né prématuré auprès de parents incluent un enseignement préalable des signes de stress et de stabilité de celui-ci (Thoyre, 2000). En augmentant les connaissances et les compétences des parents reliées au développement oral du nouveau-né notamment en lien avec la stimulation orale, la *communication* entre le parent et son enfant est améliorée. En effet, dans le cadre de cette intervention éducationnelle, il était souhaité que les parents apprennent à effectuer la stimulation orale au moment opportun selon les signes d'éveil et de stabilité de l'enfant (Harding et al., 2014). Enfin, l'implication parentale dans les interventions de stimulation orale du nouveau-né prématuré demande un *engagement* de la part des parents auprès de celui-ci et leur permet d'assumer de nouvelles responsabilités quant à son

développement oral optimal (Harding et al., 2014; Stevens, Gazza et Pickler, 2014).

L'intervention éducationnelle sur la stimulation orale semble avoir favorisé le développement de la sensibilité parentale par le déploiement des cinq composantes du modèle de Bell (2008). Quoique la composante du contact affectif exposée dans ce modèle n'ait pas été ciblée au départ, elle a pu tout de même être développée grâce à des échanges affectifs entre la mère et son nouveau-né. Par exemple, les mères ont profité des moments de stimulation orale pour répondre à un état d'agitation ou d'inconfort de leur nouveau-né et elles ont eu l'opportunité de le câliner et de lui donner des bisous.

Ensuite, toutes les mères ont pu apprendre à mieux connaître leur nouveau-né en participant à l'intervention éducationnelle sur la stimulation orale. Les parents ont appris à faire une stimulation orale à leur nouveau-né prématuré, mais aussi à déceler ses signes de stress et de stabilité ainsi que les moyens de retour au calme, soit par un encadrement avec les mains, une flexion des membres ou un emmaillotement. Durant la deuxième rencontre, les parents ont eu l'opportunité d'observer les signes émis par leur nouveau-né avant de débiter la stimulation orale et d'appliquer les moyens de retour au calme lorsque leur nouveau-né démontrait un ou plusieurs signes de stress. Bien que la majorité des parents aient mentionné connaître ces informations après l'enseignement fait lors de la première rencontre, il a été nécessaire de leur faire remarquer les signes de stress émis par leur nouveau-né comme les grimaces ou les extrémités en extension et d'intervenir en conséquence à la deuxième rencontre. L'intervention éducationnelle a permis aux parents de faire connaissance avec leur enfant et d'observer ses comportements et ses besoins, ce qui a favorisé la découverte de celui-ci (Bell, 2008).

D'autre part, les mères étaient d'accord que l'intervention éducationnelle a favorisé l'engagement dans le développement oral de leur nouveau-né prématuré et la participation dans ses soins. Elles ont mentionné méconnaître les moyens possibles pour s'engager dans le développement oral de leur nouveau-né ce qui a suscité leur intérêt et a favorisé l'investissement dans la stimulation orale de celui-ci. Par exemple, une mère note comme bienfait de l'intervention « avoir aidé son enfant à développer sa fonction orale » en constatant l'évolution de son enfant à travers les deux phases orales ainsi que la réceptivité de celui-ci à la stimulation orale. L'engagement des mères a également été observé par leur disponibilité et leur implication active dans l'intervention éducationnelle ainsi que par la réalisation des interventions de stimulation orale auprès de leur nouveau-né qu'elles ont consignées dans les journaux de bord.

L'intervention éducationnelle a suivi les recommandations de Craig (2015) stipulant que les parents devraient être soutenus afin qu'ils s'engagent dans les expériences orales positives de leur nouveau-né prématuré dans le but de favoriser un développement oral optimal. Par conséquent, il semble que l'intervention éducationnelle a contribué au développement de la composante « engagement » en lien avec l'investissement du parent dans le développement de l'enfant selon Bell (2008).

Aussi, selon les résultats obtenus par les mères participantes, il est possible de constater que l'intervention éducationnelle a favorisé une proximité physique entre la mère et son nouveau-né prématuré. Lors des deuxièmes rencontres avec chacune des familles, tous les nouveau-nés prématurés se trouvaient dans un incubateur, par conséquent, les mères étaient invitées à prendre leur nouveau-né en contact peau à peau avant de débiter la stimulation orale. Par la suite, l'alimentation par gavage était amorcée selon l'horaire établi par l'UN. Toutes les interventions de stimulation orale demandaient un rapprochement physique entre le parent et

son nouveau-né ainsi qu'un contact visuel soutenu. Toutefois, une mère a dit être neutre quant à la proximité physique engendrée entre elle et son nouveau-né par le biais de l'intervention éducationnelle. Cela pourrait être expliqué par le fait que cette mère réalisait déjà des activités où elle était proche physiquement de son nouveau-né ou qu'elle avait des attentes différentes liées à l'intervention éducationnelle. Il est possible tout de même d'affirmer que pour la majorité des mères la composante de proximité physique a pris une place importante tout au long de l'intervention éducationnelle.

Lors de l'évaluation de l'intervention, la majorité des mères ont affirmé que l'intervention éducationnelle avait été un bon moyen pour apprendre à communiquer avec leur nouveau-né, à décoder les comportements émis par celui-ci et à identifier le meilleur moment pour réaliser la stimulation orale. Ces résultats apparaissent conformes à ceux de l'étude de Harding et al., (2014) qui ont montré qu'une meilleure communication entre le parent et son nouveau-né prématuré s'ensuit lorsque la mère ou le père sont habiletés à comprendre les signaux émis par leur nouveau-né au cours d'une période de stimulation orale. Selon Bell (2008), la communication fait référence aux interactions efficaces entre le parent et son enfant, c'est-à-dire à l'adaptation du comportement du parent en fonction de celui de son enfant. En effet, les mères ont rapporté avoir appris à détecter le moment opportun pour une période de stimulation orale à l'émergence de signes de faim de leur nouveau-né prématuré. Ainsi, les mères dont leur nouveau-né prématuré se trouvait à la phase orale/non nutritive, où l'objectif consiste à encourager les stimulations orales positives à l'aide de la SNN, ont été capables de remarquer des signes de faim émis par celui-ci et ont réalisé une mise au sein non nutritive. En ce qui concerne les mères de nouveau-nés prématurés à la phase préorale, où le but est de minimiser les stimulations négatives de la sphère orale et de favoriser l'organisation comportementale du nouveau-né prématuré, elles ont démontré également être en mesure de

répondre à un besoin ou à un comportement de leur nouveau-né. Par exemple, une mère a mentionné avoir calmé son nouveau-né par le toucher et une autre mère a réalisé des soins de la bouche lorsque son nouveau-né était calme.

Les données obtenues par les mères participantes à l'intervention éducationnelle sont cohérentes avec les résultats rapportés par Soos et Hamman (2015) quant à l'engagement des parents dans l'apprentissage de l'alimentation orale de leur nouveau-né prématuré. Cela permet aux parents de s'impliquer davantage dans les soins de leur nouveau-né. De plus, ils apprennent à répondre adéquatement aux signaux reliés à l'alimentation orale tels que les signes de faim ou le réflexe de fuissement, ce qui facilite la transition des gavages vers l'alimentation orale.

Il est intéressant de souligner que les mères ont profité des rencontres individuelles avec l'auteure principale pour verbaliser leur expérience et leurs sentiments quant à l'accouchement et à l'organisation de la famille après la naissance de leur nouveau-né prématuré. Par conséquent, l'intervention individuelle qui permettait des échanges entre les mères et l'intervenante semble avoir apporté un soutien émotionnel aux participantes. En effet, une mère a mentionné dans le questionnaire d'évaluation qu'elle avait apprécié être écoutée et accompagnée dans cette nouvelle expérience. Une autre mère a mentionné que les échanges avec l'infirmière lui ont apporté du réconfort. Selon Amankwaa et al., (2007), les mères qui se sentent plus soutenues par leur entourage durant la période postpartum sont plus sensibles envers leur nouveau-né prématuré. Le soutien apporté aux mères peut provenir des membres de la famille ou d'un professionnel de la santé. De ce fait, le soutien apporté aux mères durant l'intervention a contribué au développement de la sensibilité maternelle auprès du nouveau-né à l'UN.

## **Retombées sur la satisfaction parentale**

Bien que toutes les mères aient répondu être satisfaites de l'ensemble de l'intervention éducationnelle, une mère a mentionné être neutre quant à la poursuite des interventions de stimulation orale dans les jours suivants la fin de l'intervention. Ceci est probablement occasionné par l'incapacité de constater rapidement les effets de la stimulation orale sur l'amélioration des compétences orales du nouveau-né prématuré. En effet, certaines études ont démontré qu'il nécessaire un délai de dix sessions de stimulation orale pour remarquer l'impact de la stimulation orale (Bache, Pizon, Jacobs, Vaillant et Lecomte, 2014; Rocha, Moreira, Pimenta, Ramos et Lucena, 2007). D'ailleurs, une autre mère a suggéré dans le questionnaire d'évaluation d'offrir une rencontre supplémentaire. En effet, une autre séance de stimulation orale aurait été appropriée pour offrir aux parents un accompagnement prolongé dans l'apprentissage de l'alimentation orale de leur nouveau-né prématuré et pour s'assurer d'une bonne acquisition des connaissances. Par ailleurs, toutes les mères ont évalué que le nombre de rencontres était adéquat.

Les participantes étaient encouragées à poursuivre la stimulation orale jusqu'à la phase orale/nutritive, où les nouveau-nés prématurés commencent à boire au sein ou au biberon. D'autre part, la difficulté quant à l'acquisition des connaissances sur le développement oral du nouveau-né prématuré notamment en lien avec l'apprentissage de l'allaitement a été soulevée par une des mères. En effet, il est rapporté que certains parents perçoivent l'apprentissage de l'alimentation orale comme un processus difficile en raison de facteurs tels que l'équipement médical, la nécessité d'être à l'affût des réponses physiologiques émises par leur nouveau-né et les compétences spécifiques requises pour répondre aux besoins de celui-ci (Stevens et al., 2014). De plus, toutes les mères participantes à l'intervention désiraient allaiter leur enfant à l'UN. L'apprentissage de l'allaitement par le nouveau-né prématuré peut être une expérience

éprouvante pour les mères compte tenu de l'immaturation du nouveau-né, ce qui requiert plus de temps que l'apprentissage au biberon (Bache et al., 2014). De ce fait, les professionnels de la santé travaillant dans les UNs doivent apporter du soutien aux plans émotionnel, pratique et informatif afin d'encourager la mise en place de l'allaitement (Ikonen, Paavilainen et Kaunonen, 2015).

### **Analyse des journaux de bord**

L'information consignée dans les journaux de bord a permis de cibler les interventions de stimulation orale à la phase préorale qui ont été appliquées par les mères pendant l'intervention: le contact peau à peau durant les gavages, les bisous et les soins de la bouche avec quelques gouttes de lait maternel. Les interventions appliquées au nouveau-né prématuré par les mères lors de la phase orale/non nutritive sont : la SNN avec la tétine et quelques gouttes de lait maternel durant les périodes de gavage et les mises au sein non nutritives. L'intervenante a observé que les deux mères qui ont tenté les premières mises au sein non nutritives avec leur nouveau-né ont démontré un peu de stress au moment de se positionner pour allaiter et de la prise du sein par le nouveau-né. Bien que ces mères aient mentionné avoir apprécié leur première expérience d'allaitement, une intervention éducationnelle sur la stimulation orale au sein pourrait être bonifiée par un enseignement préalable sur les notions de base de l'allaitement.

À la lumière des commentaires notés dans les journaux de bord, il est constaté que les mères ont intervenu entre quatre et 18 fois auprès du nouveau-né prématuré pour effectuer une intervention de stimulation orale et ce, à une fréquence variant entre deux fois par jour et à une fois à tous les deux ou trois jours. Cette fluctuation quant au nombre de fois que les mères ont réalisé l'intervention et la fréquence à laquelle elles sont intervenues peuvent être expliquées

par plusieurs raisons. D'abord, la présence des mères à l'UN et leur disponibilité sont sans doute des facteurs qui ont pu influencer l'engagement de celles-ci dans la stimulation orale de leur nouveau-né prématuré. Il est possible que d'autres facteurs, tels que la motivation des mères, la fatigue ou l'organisation des tâches familiales, ont pu infléchir l'engagement de celles-ci auprès de leur nouveau-né puisque que ces derniers ont été documentés comme étant des éléments susceptibles d'affecter la présence des parents à l'UN (Heinemann, Hellström et Hedberg, 2013).

Selon les journaux de bord complétés par les mères, la durée des interventions a varié entre deux et 15 minutes. Cette variation peut être expliquée par le fait que les interventions de stimulation orale proposées aux mères étaient différentes et leur durée d'application était déterminée principalement par les signes de stress et de stabilité du nouveau-né prématuré. Par exemple, une mère a rapporté avoir donné la tétine à son nouveau-né pendant deux minutes alors qu'une autre mère a mentionné l'avoir fait durant 15 minutes. De plus, il est intéressant de constater de par les journaux de bord que trois mères ont offert la SNN à l'aide d'une tétine lorsque leur nouveau-né prématuré était agité ou pleurait. Elles ont documenté comme effet de la SNN sur leur enfant, un comportement calme. En effet, la SNN est reconnue aussi comme un moyen de retour à la stabilité physiologique chez le nouveau-né prématuré (Foster, Psaila et Patterson, 2016). Ainsi, ces bienfaits de la SNN à l'aide de la tétine enseignées aux mères et utilisés par celles-ci s'ajoutent à ceux de la stimulation orale.

Les nouveau-nés prématurés semblent avoir bien réagi aux niveaux physiologique et moteur à la stimulation orale offerte par leur mère, selon leurs observations consignées dans les journaux de bord. Ainsi, les comportements du nouveau-né prématuré observés par les mères après la majorité des interventions de stimulation orale font référence à l'état de calme et au sommeil.



## Limites

### Assiduité des mères à compléter les journaux de bord

Le journal de bord est un outil de collecte de données qui permet de refléter l'expérience et les émotions des personnes ainsi que de valider les apprentissages de celles-ci lorsqu'il est complété adéquatement. La majorité des mères n'ont pas pu compléter leur journal de bord dans le délai demandé, soit à l'intérieur d'une semaine, alors il leur a été suggéré de le garder pendant une semaine de plus afin de les encourager à le compléter. Certains facteurs comme l'investissement du temps, le manque de motivation ou la fatigue sont associés au manque d'assiduité des participants à compléter le journal de bord (Snowden, 2015). Il est possible de déduire que les mères n'ayant pas ou très peu complété le journal de bord n'ont pas investi suffisamment de temps à cette tâche en raison de la fatigue entraînée par les déplacements entre l'hôpital et le domicile, le manque de motivation ou de satisfaction de leur implication ou le manque de compréhension des consignes. Lorsque les mères n'avaient pas rempli complètement le journal de bord à la dernière rencontre, les apprentissages ont alors été validés à travers la discussion avec l'auteure principale et une autre période de stimulation orale réalisée avec les parents.

D'autres méthodes de collecte de données ou une combinaison de celles-ci peuvent être envisageables lors de l'implantation d'une intervention auprès de parents. Par exemple, les journaux électroniques permettraient une plus grande flexibilité d'accès et la possibilité d'avoir d'autres fonctionnalités telles que des rappels automatiques (Hensel, 2014). Dans le même ordre d'idées, Honor (2010) souligne l'importance d'offrir du soutien aux participants durant la période de collecte de données en assurant des suivis téléphoniques ou en envoyant des rappels par courriel afin que le journal de bord soit complété adéquatement. Ces mesures peu coûteuses

pourraient être mises de l'avant dans un projet d'intervention utilisant cet outil.

### **Participation des pères à l'intervention éducationnelle**

Le taux de participation des pères à l'intervention éducationnelle a été faible malgré qu'ils aient été invités à y participer au même titre que les mères. Les raisons principales mentionnées par les mères quant à l'absence des pères étaient le retour au travail et l'occupation à d'autres tâches de la vie familiale. Ces résultats sont cohérents avec d'autres études visant l'implication des parents dans le développement du nouveau-né prématuré et ayant une participation réduite de leur part (Kaarsen et al., 2006; Nordhov et al., 2010). Ces auteurs rapportent que les pères ont participé, en moyenne, à la moitié des rencontres proposées par l'étude. La principale cause évoquée est la distribution des rôles au sein de la famille entraînant une diminution de l'implication des pères au chevet du nouveau-né prématuré.

En effet, plusieurs barrières à l'implication des pères durant le séjour à l'UN ont été identifiées dans les écrits (Feeley, Waitzer, Sherrard, Boisvert et Zelkowitz, 2012; Provenzi et Santoro, 2015; Sisson, Jones, Williams et Lachanudis, 2015). Ainsi, ils doivent composer avec d'autres tâches liées à la maison, aux enfants aînés et à leur travail (Feeley et al., 2012). Les pères sont confrontés à des sentiments de peur et d'impuissance et en même temps, ils veulent se montrer capables de protéger leur famille et subvenir aux besoins de leur conjointe (Sisson et al., 2015). Par conséquent, ils utilisent certaines stratégies de coping comme le refoulement de leurs propres sentiments et le retour précoce au travail afin de s'adapter à la situation (Provenzi et Santoro, 2015), ce qui les rend moins disponibles au chevet du nouveau-né prématuré.

C'est pourquoi, le personnel soignant devrait offrir aux pères la possibilité de choisir quand et comment ils veulent s'impliquer dans les soins de leur nouveau-né prématuré à l'UN

(Provenzi et Santoro, 2015). Les professionnels de la santé jouent un rôle primordial dans l'engagement des pères auprès de leur nouveau-né prématuré en encourageant les moments de proximité physique et d'interaction avec celui-ci (Feeley et al., 2012; Sisson et al., 2015). De plus, il est nécessaire que les pères puissent développer leur rôle paternel et non seulement qu'ils adoptent une attitude d'aide pour les mères (Provenzi et Santoro, 2015). Pour ce faire, les interventions éducationnelles sur le comportement du nouveau-né prématuré concises et de courte durée se sont avérées efficaces afin que les pères apprennent à découvrir et à communiquer avec leur enfant (Kadivar et Mozafarinia, 2013; Lee, Wang, Lin et Kao, 2012).

### **Recommandations pour la pratique**

Les modalités de l'intervention éducationnelle semblent avoir été pertinentes pour l'atteinte de son objectif qui consistait à favoriser le développement de la sensibilité parentale. De plus, les mères ont pu identifier d'autres bénéfices, tels qu'un soutien émotionnel et la stabilité physiologique de leur nouveau-né prématuré pendant l'intervention.

D'autre part, il ressort manifestement que le modèle de Bell (2008) a été utile pour appuyer l'intervention éducationnelle auprès de parents, car la cible principale de celui-ci est la sensibilité parentale. Tout comme cette intervention éducationnelle, les interventions visant le déploiement de la sensibilité parentale devraient permettre aux parents de découvrir leur nouveau-né prématuré à l'UN, de s'engager dans la relation parent-nouveau-né, d'apprendre à communiquer avec celui-ci et de favoriser une proximité physique ainsi que des contacts affectifs.

La nature individuelle et personnalisée de l'intervention semble avoir été efficace pour favoriser la sensibilité parentale à l'UN. En débutant l'intervention auprès de parents deux

semaines après la naissance prématurée, il était souhaité que ceux-ci aient l'opportunité de s'engager rapidement dans le développement de leur nouveau-né prématuré, d'apprendre à interpréter ses comportements et d'établir des interactions sensibles avec celui-ci. Plusieurs écrits montrent qu'encourager les interactions entre les parents et leur nouveau-né prématuré par le biais d'interventions individuelles, réalisées tôt après la naissance comme celles-ci à l'UN permet d'augmenter leur sensibilité parentale (Brown et Talmi, 2005; Maguire et al., 2007; Milgrom et al., 2013). Ainsi, Milgrom et al. (2013) ont démontré que lorsque les mères apprennent à décoder les signaux physiologiques et sociaux de leur nouveau-né prématuré et à trouver des moyens pour répondre adéquatement à ceux-ci, elles sont plus sensibles auprès de leur nouveau-né et donc elles répondent d'une manière plus appropriée aux indices positifs et négatifs de celui-ci. Les études de Maguire et al. (2007) et de Browne et Talmi, (2005), pour leur part, ont montré que les parents ayant reçu une intervention individualisée visant à augmenter leurs connaissances sur le développement général et le comportement de leur nouveau-né prématuré ont établi des interactions plus sensibles avec celui-ci. Par conséquent, il est primordial que l'équipe soignante à l'UN promeuve des interventions individualisées axées sur l'implication de parents dans les soins de développement du nouveau-né prématuré comme celle-ci sur la stimulation orale.

De plus, ces interventions doivent être adaptées aux familles et à leur style d'apprentissage. Ainsi, un élément facilitateur de la mise en place de l'intervention était de faire coïncider le soutien de l'infirmière avec une période de disponibilité de la dyade mère-nouveau- né prématuré. En effet, les rencontres individuelles avec les familles nécessitent beaucoup de flexibilité et de disponibilité de la part de l'intervenant. Ainsi, il est recommandé que les intervenants restent à l'affût des moments où les familles sont disponibles pour la stimulation orale et qu'ils s'adaptent le plus possible à leur horaire. D'autre part, les parents

devraient bénéficier des différentes méthodes d'enseignement afin de répondre à leur type d'apprentissage et à leurs capacités (Feeley et al., 2012). Diverses activités d'apprentissage incluant la discussion, les vidéos ou les brochures peuvent être offertes aux parents à l'UN (Feeley et al., 2011). D'ailleurs, la combinaison des différentes approches d'enseignement, telles que suggéré par cette intervention éducationnelle, a été efficace pour répondre aux besoins des parents et pour atteindre les objectifs établis (Dusing et al., 2008).

Dans un autre ordre d'idées, il est connu que les compétences orales de nouveau-nés prématurés progressent en fonction des maturations neurologique et physiologique de celui-ci (Ross et Browne, 2002). En conséquence, il est nécessaire que l'équipe soignante respecte la maturité et les compétences du nouveau-né prématuré plutôt que seulement l'âge post-menstruel avant de progresser avec des interventions de stimulation relevant de la prochaine phase orale. D'autre part, les parents ont besoin de soutien et d'enseignement à chacune des phases de l'apprentissage de l'alimentation orale du nouveau-né prématuré (White et Parnell, 2013) et par le fait même, ils devraient être accompagnés par le biais des interventions individualisées adaptées à la phase orale de celui-ci.

De par leur rôle auprès des familles, les infirmières sont bien placées pour encourager les interventions visant le développement de la sensibilité parentale ainsi que le développement oral optimal des nouveau-nés prématurés à l'UN. Ainsi, la formation des infirmières travaillant à l'UN dans le but de les sensibiliser à cette cause et de les soutenir dans la mise à jour de leurs compétences est fondamentale. De plus, l'intervention sur la stimulation orale favorise une interaction positive et agréable entre l'infirmière et le patient-famille, ce qui diffère des tâches techniques fréquemment effectuées à l'UN (Bache et al., 2014). Enfin, toute intervention portant sur le développement des nouveau-nés prématurés, notamment en lien avec l'apprentissage de l'alimentation orale auprès des parents et des professionnels doit

comprendre un volet sur les signes de stress et d'adaptation de celui-ci (Thoyre, 2000). De cette façon, les nouveau-nés prématurés sont stimulés au moment opportun, ce qui favorise leur développement général.

Somme toute, l'intervention éducationnelle sur la stimulation orale semble être conforme aux meilleures pratiques visant la sensibilité parentale et le développement oral des nouveau-nés prématurés. Pour cette raison, elle pourrait être reproduite auprès d'une clientèle et d'un contexte semblables dans le but d'obtenir des retombées positives sur ces variables.

### **Recommandations pour la recherche**

L'intervention éducationnelle sur la stimulation orale semble avoir apporté des bienfaits pour les mères quant au développement de leur sensibilité maternelle. Il serait intéressant d'évaluer à l'aide d'une étude à devis expérimental les effets de la même intervention sur la sensibilité des mères et des pères à l'aide d'outils fidèles et valides. Par ailleurs, la sensibilité parentale auprès du nouveau-né prématuré à l'UN se développe différemment chez les mères que les chez pères (Martel, 2012). Une étude comparative qui permettrait de mettre en lumière le lien entre le développement de la sensibilité chez les pères et chez les mères en lien avec l'apprentissage de l'alimentation orale du nouveau-né prématuré s'avère fort pertinente. Diverses variables chez les nouveau-nés prématurés pourraient être étudiées à la suite d'une intervention éducationnelle sur la stimulation orale destinée aux parents, par exemple, le temps de transition de l'alimentation par gavage vers l'alimentation orale ou le taux d'allaitement au moment du congé de l'UN.

Aussi, puisque la perception des parents en lien avec l'apprentissage de l'alimentation orale de leur nouveau-né prématuré à l'UN est peu étudiée (Jonsson et al.,

2013), une recherche qualitative portant sur l'expérience des parents à cet effet permettrait de mieux guider les professionnels dans la mise en place de ces interventions. D'ailleurs, puisque la majorité des études sur l'apprentissage de l'alimentation orale et plus particulièrement sur l'allaitement des nouveau-nés prématurés ciblent les mères, il est suggéré que le rôle des pères soit étudié davantage dans ce contexte, compte tenu du fait que ceux-ci jouent un rôle essentiel dans le soutien à l'allaitement à l'UN (Denoual, Dargentas, Roudaut, Balez et Sizun, 2016).

Enfin, peu d'études ont évalué la perception des infirmières quant à l'apprentissage de l'alimentation orale des nouveau-nés prématurés et plus particulièrement sur la stimulation orale. Une étude à devis qualitatif permettrait de mettre en lumière les perceptions du personnel infirmier dans ce domaine en vue d'implanter des interventions infirmières efficaces. Celles-ci viseraient à promouvoir davantage leur rôle dans l'accompagnement des familles pour optimiser le développement oral de nouveau-nés prématurés.

### **Conclusion**

Le développement de la sensibilité parentale est un défi pour les parents de nouveau-nés prématurés hospitalisés à l'UN en raison des facteurs liés à eux-mêmes, à leur nouveau-né et à l'environnement néonatal. L'intervention éducationnelle sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré semble avoir contribué au développement de la sensibilité parentale par l'apprentissage des signaux émis par celui-ci à travers les périodes de stimulation orale réalisées par les parents à leur nouveau-né. Cette intervention a permis aux parents développer les composantes nécessaires au développement de la sensibilité parentale : la découverte de leur enfant, la communication avec lui, l'engagement dans son développement, la proximité physique et les contacts affectifs avec celui-ci. Cette intervention de pratique infirmière

avancée comporte des retombées positives quant à la sensibilité et à la satisfaction des parents à l'UN. De plus, elle souligne l'importance de promouvoir des interventions individualisées et adaptées aux familles en néonatalogie.

### **Remerciements**

Les auteurs remercient tous les parents de nouveau-nés prématurés ayant participé à l'intervention éducationnelle et aux membres du personnel de l'UN du Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine qui ont contribué au déroulement du projet clinique.

Un grand merci à la Banque Toronto Dominion et à la fondation Gustav Levinschi pour leur soutien financier.



## Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Alderson, P., Hawthorne, J. et Killen, M. (2006). Parents' experiences of sharing neonatal information and decisions: consent, cost and risk. *Social Science & Medicine Journal*, 62(6), 1319-1329. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.035.
- Amankwaa, L.C., Pickler, R.H. et Boonmee, J. (2007). Maternal Responsiveness in Mothers of Preterm Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 25-30.
- Averdson, J., Clark, H., Lazarus, C., Schooling, T. et Frymark, T. (2010). Evidence-Based Systematic Review : Effects of Oral Motor Interventions on Feeding and Swallowing in Preterm Infants. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 321-340. doi 10.1044/1058-0360(2010/09-0067).
- Al Maghaireh, D. F., Abdullah, K. L., Chan, C. M., Piaw, C. Y. et Al Kawafha, M. M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2745-2756. doi: 10.1111/jocn.13259.
- Bache, M., Pizon, E., Jacobs, J., Vaillant, M. et Lecomte, A. (2014). Effects of pre-feeding oral stimulation on oral feeding in preterm infants: A randomized clinical trial. *Early Human Development*, 90, 125-129.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. et Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Bell, L. (2008). L'établissement de la relation parents-enfants : un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), 39-44.
- Brown, L. F. et Pickler, R. (2013). A guided feeding intervention for mothers of preterm infants: two case studies. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 18(2), 98-108. doi: 10.1111/jspn.12020.
- Browne, J. et Talmi, A. (2005). Family-Based Intervention to Enhance Infant-Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 667-677.

- Craig, J.W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S.L., Smith, J. et Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35, s5-s8. doi 10.1038/jp.2015.142
- Delfosse, M.J., Soulignac, B., Depoortere, M.H. et Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, 18, 23-35. doi 10.3917/dev.061.0023.
- Denoual, H., Dargentas, M., Roudaut, S., Balez, R. et Sizun, J. (2016). Father's role in supporting breastfeeding of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(6), e010470. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-010470.
- De Schuymer, L., De Groote, I., Desoete, A. et Roeyers, H. (2012). Gaze aversion during social interaction in preterm infants: A function of attention skills? *Infant Behavior and Development*, 35(1), 129-139.
- Dusing, S. C., Murray, T. et Stern, M. (2008). Parent preferences for motor development education in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Physical Therapy*, 20(4), 363- 368. doi: 10.1097/PEP.0b013e31818add5d.
- Feeley, N., Waitzer, E., Sherrard, K., Boisvert, L. et Zelkowitz, P. (2013). Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 521-530. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04231.x.
- Feeley, N., Zelkowitz, P., Westreich, R. et Dunkley, D. (2011). The evidence base for the cues program for mothers of very lowbirth weight infants: an innovative approach to reduce anxiety and support sensitive interaction. *Journal of Perinatal Education*, 20 (3), 142-153. doi: 10.1891/1058-1243.20.3.142.
- Foster, J. P., Psaila, K. et Patterson, T. (2016). Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10, CD001071. doi: 10.1002/14651858.CD001071.pub3.
- Fucile, S., Gisel, E. et Lau, C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 141(2), 230-236.
- Harding, C., Frank, L., Van Someren, V., Hilarie, K. et Botting, N. (2014). How does non nutritive sucking support infant feeding? *Infant Behavior Development*, 37 (4) doi: 10.1016/j.infbeh.2014.05.002.
- Harrison, M. J. (1990). A comparison of parental interactions with term and preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 13(3), 173-179.
- Heinemann, A.B., Hellström-Westas, L. et Hedberg Nyqvist, K. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica*, 102 (7), 695-702. Doi 10.1111/apa.12267.

- Hensel, D.J. (2014). The benefits of electronic diaries in understanding the experience of health. *Sexually Transmitted Infections*, 90 (5), 352-353. doi:10.1136/sextrans-2014-051544.
- Honor, N. (2010). Diaries as a method of data collection in research. *Paediatric Nursing*, 22 (7), 16-20. doi.org/10.7748/paed2010.09.22.7.16.c7948.
- Ikonen, R., Paavilainen, E. et Kaunonen, M. (2015). Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. *Advance Neonatal Care*, 15(6), 394-406. doi: 10.1097/ANC.0000000000000232.
- Jones, L. (2012). Oral Feeding Readiness in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 31 (3), 148-155. doi 10.1891/0730-0832.31.3.148.
- Jonsson, M., van Doorn, J., et Vanden Berg, J. (2013). Parents' perceptions of eating skills of pre-term vs full-term infants from birth to 3 years. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(6), 604-612. doi: 10.3109/17549507.2013.808699.
- Kaaresen, I., Ronning, J.A., Ulvund, S.E. et Dahl, L.B. (2006). A randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics*, 118(1), 9-20.
- Kadivar, M. et Mozafarinia, S. M. (2013). Supporting Fathers in a NICU: Effects of the HUG Your Baby Program on Fathers' Understanding of Preterm Infant Behavior. *Journal of Perinatal Education*, 22(2), 113-119. doi: 10.1891/1058-1243.22.2.113.
- Lau, C. (2007). Development of oral feeding skills in the preterm infant. *Archives de Pédiatrie*, 14 (1), S35-41.
- Lau, C., et Smith, E. O. (2012). Interventions to improve the oral feeding performance of preterm infants. *Acta Paediatric*, 101(7), 269-274. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02662.x.
- Lee, T.Y., Wang, M.M., Lin, K.C. et Kao, C.H. (2012). The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1085-1095. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06097.x.
- Lyu, T.C., Zhang, Y.X., Hu, X.J., Cao, Y., Ren, P. et Wang, Y.J. (2014). The effect of an early oral stimulation program on oral feeding of preterm infants. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 42-47. doi:10.1016/j.ijnss.2014.02.010.

- Maguire, C. M., Bruil, J., Wit, J. M. et Walther, F. J. (2007). Reading preterm infants' behavioral cues: an intervention study with parents of premature infants born <32 weeks. *Early Human Development*, 83(7), 419-424. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.03.004.
- Martel, M.J. (2012). L'établissement de la relation parents-enfants prématurés à l'unité néonatale. (Thèse de doctorat). Université de Sherbrooke. Repéré à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6245>.
- Melnyk, B.M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N.F., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., ...Sinkin, R. (2001). Improving Cognitive Development of Low-Birth-Weight Premature Infants With the COPE Program: A Pilot Study of the Benefit of Early NICU Intervention With Mothers. *Research in Nursing et Health*, 24 (5), 373-389.
- Miles, M. S., Funk, S. G. et Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing et Health*, 15(4), 261-269.
- Milgrom, J., Newnham, C., Martin, P.R., Anderson, P.J., Doyle, L.W., Hunt, R.W., ... Gemmill, A.W. (2013). Early communication in preterm infants following intervention in the NICU. *Early Human Development*, 89, 755-762.
- Muller Nix, C., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B. et Ansermet, F. (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherché. *La psychiatrie de l'enfant*, 52, 423-450.
- National Association of Neonatal Nurses. (2013). *Infant-Directed Oral Feeding for Premature and Critically Ill Hospitalized Infants*. Repéré à <http://apps.nann.org/store/product- details?productId=1416099#>
- Newnham, C. A., Milgrom, J., et Skouteris, H. (2009). Effectiveness of a modified Mother-Infant Transaction Program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior Development*, 32(1), 17-26. doi: 10.1016/j.infbeh.2008.09.004.
- Nordhov, S.M., Kaaresen, P.I., Ronning, J.A., Ulvund, S.E. et Dahl, L.B. (2010). A randomized study of the impact of a sensitizing intervention on the child-rearing attitudes of parents of low birth weight preterm infants. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51 (5), 385-391. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00805.x.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A. et Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29. doi: 10.1624/105812409X461199.
- Pinelli, J. et Symington, A.J. (2005). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants : Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4),1-35.

- Premji, S. S., McNeil, D. A. et Scotland, J. (2004). Regional neonatal oral feeding protocol: changing the ethos of feeding preterm infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18(4), 371-384.
- Provenzi, L. et Santoro, E. (2015). The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 1784-1794. doi: 10.1111/jocn.12828.
- Rocha, A.D., Moreira, M.E., Pimenta, H.P., Ramos, J.R. et Lucena, S.L. (2007). A randomized study of the efficacy of sensory-motor-oral stimulation and non-nutritive sucking in very low birthweight infant. *Early Human Development*, 83, 385-388.
- Ross, E. S. et Browne, J. V. (2002). Developmental progression of feeding skills: an approach to supporting feeding in preterm infants. *Seminar in Neonatology*, 7(6), 469-475. doi.org/10.1053/siny.2002.0152.
- Sarkar, S., Bhagat, I., Dechert, R., Schumacher, R.E. et Donn, S.M. (2009). Severe intraventricular hemorrhage in preterm infants: comparison of risk factors and short-term neonatal morbidities between grade 3 and grade 4 intraventricular hemorrhage. *American journal of perinatology*, 26 (6), 419-424. doi: 10.1055/s-0029-1214237.
- Shaker, C. S. (2013). Cue-based feeding in the NICU: using the infant's communication as a guide. *Neonatal Network*, 32(6), 404-408. doi: 10.1891/0730-0832.32.6.404.
- Sisson, H., Jones, C., Williams, R. et Lachanudis, L. (2015). Metaethnographic Synthesis of Fathers' Experiences of the Neonatal Intensive Care Unit Environment During Hospitalization of Their Premature Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(4), 471-480. doi: 10.1111/1552-6909.12662.
- Snowden, M. (2015). Use of diaries in research. *Nursing Standard*, 29 (44), 36-41.
- Stevens, E. E., Gazza, E. et Pickler, R. (2014). Parental experience learning to feed their preterm infants. *Advances in Neonatal Care*, 14(5), 354-361. doi: 10.1097/ANC.000000000000105.
- Swift, M.C. et Scholten, I. (2009). Not feeding, not coming home: parental experiences of infant feeding difficulties and family relationships in a neonatal unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (1-2), 249-58.
- Soos, A. et Hamman, A. (2015). Implementation of the NTrainer System into Clinical Practice Targeting Neurodevelopment of Pre-oral Skills and Parental Involvement. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 15, 46-48. doi.org/10.1053/j.nainr.2015.04.012.

Thoyre, S. M. (2000). Mothers' ideas about their role in feeding their high-risk infants. *Journal Obstetric Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 29(6), 613-624.

White, A. et Parnell, K. (2013). The Transition from tube to full oral feeding (breast of bottle)- A Cue-Based Developmental Approach. *Journal of Neonatal Nursing*, 19, 189-197.

Yildiz, A., Arikan, D., Gozum, S., Tastekin, A., et Budancamanak, I. (2011). The effect of the odor of breast milk on the time needed for transition from gavage to total oral feeding in preterm infants. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 265-273. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01410.x.

## **Discussion**

## **Atteinte des objectifs**

Cette section porte sur l'analyse réflexive des objectifs de ce projet de stage à la maîtrise en sciences infirmières. L'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage de l'étudiante-stagiaire ainsi que les compétences et les ressources mobilisées tout au long du stage sont décrites.

### **Atteinte des objectifs de stage**

Tous les objectifs de stage ont été atteints. Les différentes composantes de la sensibilité parentale du modèle de Bell (2008) ont permis d'élaborer l'intervention éducationnelle. Une communication personnelle avec Professeure Linda Bell de l'université de Sherbrooke a favorisé la compréhension de ce modèle et a stimulé la réflexion de l'étudiante-stagiaire sur l'articulation de l'intervention éducationnelle. Aussi, une recension des écrits sur le développement de la sensibilité parentale à l'UN ainsi que sur l'engagement des parents dans le développement du nouveau-né prématuré ont conduit au choix des meilleures interventions pouvant être mises en place auprès de parents. Les échanges avec l'équipe oro-motrice de l'UN du centre hospitalier où cette intervention a été mise à l'essai, ayant pour objectif d'améliorer les pratiques à ce sujet et étant composée, entre autres, d'une ergothérapeute et de trois infirmières consultantes en lactation, ont enrichi le développement de l'intervention éducationnelle. Celle-ci a été mise à l'essai auprès de cinq familles à la suite de l'approbation du comité d'éthique de l'hôpital et de l'acceptation de parents au projet (Annexe B).

Le personnel soignant a été informé de l'intervention à l'aide d'un résumé envoyé avant le début du recrutement. L'étudiante-stagiaire a expliqué en détail l'intervention au personnel et a répondu aux questions et aux commentaires de la part celui-ci. Par la suite, les parents



éligibles à l'intervention étaient approchés par l'étudiante-stagiaire à l'aide d'une lettre d'invitation en vue du recrutement (Annexe C). Une fois les parents acceptaient d'y participer, les premières rencontres individuelles étaient planifiées avec ceux-ci. La réalisation de l'intervention auprès de parents a combiné un volet éducatif comprenant un livret portant le développement oral du nouveau-né prématuré (Annexe D), un journal de bord pour les parents (Annexe E) et un volet pratique constitué de démonstrations et de la pratique des interventions de stimulation orale.

Les retombées de l'intervention éducationnelle ont été évaluées par les parents à la fin de celle-ci et à l'aide du questionnaire d'évaluation créé par l'étudiante-stagiaire (Annexe F). Ce dernier visait à évaluer l'atteinte des objectifs visés par l'intervention quant à la sensibilité parentale et à la satisfaction des parents. Ceux-ci ont eu l'opportunité de faire des commentaires et des suggestions dans le questionnaire d'évaluation, ce qui a permis d'analyser les retombées de l'intervention.

Des recommandations pour la pratique et pour la recherche ont pu émerger à la suite de la mise à l'essai de l'intervention. Plus particulièrement, ces recommandations pour améliorer la pratique infirmière ont été dégagées à l'aide des éléments d'évaluation documentés par les parents, de la réflexion de l'étudiante à la suite de lectures à ce sujet et des diverses discussions avec l'équipe.

Dans le but d'assurer la pérennité de l'intervention dans le milieu clinique, en collaboration avec d'autres professionnels, le livret qui a été créé dans le cadre de ce projet sera repris et complété avec toutes les phases orales du nouveau-né prématuré afin de le distribuer à tous les parents de l'UN. De plus, une brève présentation auprès de parents de l'UN portant sur les interventions de stimulation orale sera planifiée lors d'un café-causerie organisé par l'association Préma-Québec. L'objectif principal de cette présentation est d'augmenter les

connaissances des parents et de promouvoir leur implication dans les différentes phases du développement oral du nouveau-né prématuré.

Finalement, une activité de diffusion des résultats de l'intervention consacrée au personnel de l'unité sera animée par l'étudiante, dans le but de sensibiliser et de mettre à jour les connaissances des professionnels à ce sujet. Plus particulièrement, les membres de l'équipe seront informés des moyens faciles et pratiques pouvant être mis en place afin de favoriser la sensibilité parentale ainsi que la stimulation orale du nouveau-né prématuré à l'UN. Les infirmières seront encouragées à assurer une continuité des interventions par le biais des documents tels que le plan de travail infirmier et les bilans des notes infirmières.

### **Atteinte des objectifs d'apprentissage**

Les objectifs d'apprentissage ont été atteints également. Le développement et la mise à l'essai de l'intervention ont nécessité le déploiement de plusieurs compétences en pratique infirmière avancée. D'abord, l'étudiante-stagiaire a développé sa compétence de recherche en faisant une recension des écrits sur les interventions les plus efficaces qui favorisent le développement oral de nouveau-nés prématurés et la sensibilité parentale à l'UN. Les résultats des études recensées combinés à la consultation d'autres expertes, telles que la directrice et la co-directrice de l'étudiante, l'ergothérapeute et les consultantes en lactation de l'UN, ont permis de dégager les meilleures pratiques pouvant être adaptées dans le milieu clinique.

La soumission du projet au comité d'éthique de l'hôpital a aidé l'étudiante à comprendre les diverses étapes nécessaires à ce processus, à acquérir des nouvelles connaissances quant à l'éthique de la recherche et à les mettre en application avec rigueur. De plus, au terme de ce projet, l'étudiante connaît les ressources et les capacités à sa disposition pour implanter un projet d'intervention dans un milieu clinique. D'autre part, puisque toute

intervention clinique passe indiscutablement par la rigueur scientifique, par la capacité d'évaluation et de gestion ainsi que par la diffusion des résultats, la stagiaire a pu développer davantage ces habiletés à travers les étapes de la création et de l'implantation de l'intervention éducationnelle. Les retombées de l'intervention ont été diffusées à l'aide de la rédaction d'un article scientifique en vue de soumission et de la participation de l'étudiante-stagiaire aux activités scientifiques, dont le Colloque Alice-Girard et le congrès sur la recherche du centre hospitalier où l'intervention a été mise à l'essai. La compétence de leadership a été développée également par l'étudiante en coordonnant les différentes étapes du projet ainsi qu'en utilisant les ressources disponibles et efficaces pour surmonter les obstacles qui se sont présentés durant le parcours de la maîtrise.

Afin de mener à terme ce projet, la collaboration au sein de l'équipe interdisciplinaire a été essentielle. Un projet pilote auprès des infirmières sur le développement des compétences orales du nouveau-né prématuré a été mis en place à l'UN pendant l'élaboration de ce projet de maîtrise, par conséquent, l'étudiante a travaillé de pair avec l'ergothérapeute afin que l'enseignement destiné aux parents soit congruent avec celui offert aux infirmières. De plus, l'expertise des infirmières consultantes en lactation a été utile durant la mise à l'essai de l'intervention éducationnelle afin de répondre adéquatement aux besoins des familles. Il va sans dire que la collaboration des parents de nouveau-nés et du personnel infirmier a permis le bon déroulement de l'intervention, notamment en facilitant le recrutement et la tenue des rencontres individuelles. Par conséquent, la compétence de pratique directe a été développée grâce aux soins personnalisés dispensés aux familles tout au long de l'intervention. De plus, l'étudiante a agi en tant que coach, en guidant la pratique de la stimulation orale des participants et des infirmières. D'autre part, la disponibilité et la flexibilité de l'étudiante dans le but de faciliter l'organisation des rencontres avec les parents ainsi que les réponses données

aux questions du personnel ont favorisé le succès de l'intervention.

Finalement, la recherche et la lecture des articles scientifiques provenant des différentes bases de données en lien avec le domaine d'études ont permis à l'étudiante de développer ses habiletés en analyse et en synthèse des écrits et par le fait même, de repérer les interventions les plus efficaces et adaptables à la réalité du milieu clinique. D'ailleurs, une revue des écrits sur les interventions impliquant les parents dans le développement du nouveau-né prématuré est en cours de rédaction en vue de soumission à une revue néonatale.

### **Conclusion**

L'intervention éducationnelle sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré auprès des familles a eu des retombées positives, notamment en lien avec la sensibilité et la satisfaction parentales. Ainsi, l'analyse des écrits à ce sujet et les résultats de l'intervention ont conduit à l'émergence des recommandations pour la pratique et pour la recherche, dans le but de soutenir le processus de la sensibilité parentale et l'optimisation du développement oral des nouveau-nés prématurés. Plus particulièrement, ce projet d'intervention à la maîtrise souligne les bienfaits des interventions individualisées axées sur le développement du nouveau-né prématuré et des interactions parent-enfant sensibles en néonatalogie. Bien que certains aspects de l'engagement de parents dans le développement oral du nouveau-né prématuré doivent être étudiés davantage, il est possible de conclure que cette intervention éducationnelle demeure une avenue intéressante pour soutenir la sensibilité parentale à l'UN. Enfin, le succès de l'intervention a nécessité la mobilisation des compétences en pratique infirmière avancée à chacune des étapes de la réalisation de ce projet de maîtrise.

## Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Alderson, P., Hawthorne, J. et Killen, M. (2006). Parents' experiences of sharing neonatal information and decisions: consent, cost and risk. *Social Science & Medicine Journal*, 62(6), 1319-1329. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.035.
- Amankwaa, L.C., Pickler, R.H. et Boonmee, J. (2007). Maternal Responsiveness in Mothers of Preterm Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 25-30.
- Averdson, J., Clark, H., Lazarus, C., Schooling, T. et Frymark, T. (2010). Evidence-Based Systematic Review : Effects of Oral Motor Interventions on Feeding and Swallowing in Preterm Infants. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 321-340. doi 10.1044/1058-0360(2010/09-0067).
- Al Maghaireh, D. F., Abdullah, K. L., Chan, C. M., Piaw, C. Y. et Al Kawafha, M. M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2745-2756. doi: 10.1111/jocn.13259.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. et Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Bell, L. (2008). L'établissement de la relation parents-enfants : un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), 39- 44.
- Brown, L. F. et Pickler, R. (2013). A guided feeding intervention for mothers of preterm infants: two case studies. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 18(2), 98-108. doi: 10.1111/jspn.12020.
- Browne, J. et Talmi, A. (2005). Family-Based Intervention to Enhance Infant-Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 667-677.
- Cunha, M., Barreiros, J., Goncalves, I., et Figueiredo, H. (2009). Nutritive sucking pattern- from very low birth weight preterm to term newborn. *Early Human Development*, 85 (2), 125- 130. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2008.07.003.

- Delfosse, M.J., Soullignac, B., Depoortere, M.H. et Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, 18, 23-35. doi 10.3917/dev.061.0023.
- Denoual, H., Dargentas, M., Roudaut, S., Balez, R. et Sizun, J. (2016). Father's role in supporting breastfeeding of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(6), e010470. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-010470.
- De Schuymer, L., De Groote, I., Desoete, A. et Roeyers, H. (2012). Gaze aversion during social interaction in preterm infants: A function of attention skills? *Infant Behavior and Development*, 35(1), 129-139.
- Dusing, S. C., Murray, T. et Stern, M. (2008). Parent preferences for motor development education in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Physical Therapy*, 20(4), 363-368. doi: 10.1097/PEP.0b013e31818add5d.
- Feeley, N., Waitzer, E., Sherrard, K., Boisvert, L. et Zekowitz, P. (2013). Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 521-530. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04231.x.
- Feeley, N., Zekowitz, P., Westreich, R. et Dunkley, D. (2011). The evidence base for the cues program for mothers of very lowbirth weight infants: an innovative approach to reduce anxiety and support sensitive interaction. *Journal of Perinatal Education*, 20(3), 142-153. doi: 10.1891/1058-1243.20.3.142.
- Foster, J. P., Psaila, K. et Patterson, T. (2016). Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10, CD001071. doi: 10.1002/14651858.CD001071.pub3.
- Fucile, S., Gisel, E. et Lau, C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 141(2), 230-236.
- Greene, Z., O'Donnell, C.P.F. et Walshe, M. (2013). Oral stimulation techniques in preterm infants-International research challenges. *Journal of Neonatal Nursing*, 19, 168-174. doi: 10.1016/j.jnn.2013.03.005.
- Hamric, A. B., Hanson, C.M., Tracy, M.F. et O'Grady, E.T. (2014). *Advanced practice nursing : an integrative approach* (5th ed.). St. Louis, Missouri.: Saunders/Elsevier.
- Harding, C., Frank, L., Van Someren, V., Hilarie, K. et Botting, N. (2014). How does non nutritive sucking support infant feeding? *Infant Behavior Development*, 37 (4) doi: 10.1016/j.infbeh.2014.05.002.
- Harrison, M. J. (1990). A comparison of parental interactions with term and preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 13(3), 173-179.

- Heinemann, A.B., Hellström-Westas, L. et Hedberg Nyqvist, K. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatric*, 102 (7), 695-702. Doi 10.1111/apa.12267.
- Hensel, D.J. (2014). The benefits of electronic diaries in understanding the experience of health. *Sexually Transmitted Infections*, 90 (5), 352-353. doi:10.1136/sextrans-2014-051544.
- Honor, N. (2010). Diaries as a method of data collection in research. *Paediatric Nursing*, 22 (7), 16-20. doi.org/10.7748/paed2010.09.22.7.16.c7948.
- Ikonen, R., Paavilainen, E. et Kaunonen, M. (2015). Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. *Advance Neonatal Care*, 15(6), 394-406. doi: 10.1097/ANC.0000000000000232.
- Jones, L. (2012). Oral Feeding Readiness in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 31 (3), 148-155. doi 10.1891/0730-0832.31.3.148.
- Jonsson, M., van Doorn, J., et Vanden Berg, J. (2013). Parents' perceptions of eating skills of pre- term vs full-term infants from birth to 3 years. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(6), 604-612. doi: 10.3109/17549507.2013.808699.
- Kaaresen, I., Ronning, J.A., Ulvund, S.E. et Dahl, L.B. (2006). A randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics*, 118(1), 9-20.
- Kadivar, M. et Mozafarinia, S. M. (2013). Supporting Fathers in a NICU: Effects of the HUG Your Baby Program on Fathers' Understanding of Preterm Infant Behavior. *Journal of Perinatal Education*, 22(2), 113-119. doi: 10.1891/1058-1243.22.2.113.
- Lau, C. (2007). Development of oral feeding skills in the preterm infant. *Archives de Pédiatrie*, 14 (1), S35-41.
- Lau, C., et Smith, E. O. (2012). Interventions to improve the oral feeding performance of preterm infants. *Acta Paediatric*, 101(7), 269-274. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02662.x.
- Lee, T.Y., Wang, M.M., Lin, K.C. et Kao, C.H. (2012). The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1085-1095. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06097.x.
- Lyu, T.C., Zhang, Y.X., Hu, X.J., Cao, Y., Ren, P. et Wang, Y.J. (2014). The effect of an early oral stimulation program on oral feeding of preterm infants. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 42-47. doi:10.1016/j.ijnss.2014.02.010.

- Maguire, C. M., Bruil, J., Wit, J. M. et Walther, F. J. (2007). Reading preterm infants' behavioral cues: an intervention study with parents of premature infants born <32 weeks. *Early Human Development*, 83(7), 419-424. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.03.004.
- Martel, M.J. (2012). L'établissement de la relation parents-enfants prématurés à l'unité néonatale. (Thèse de doctorat). Université de Sherbrooke. Repéré à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6245>.
- Melnyk, B.M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N.F., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., ...Sinkin, R. (2001). Improving Cognitive Development of Low-Birth-Weight Premature Infants With the COPE Program: A Pilot Study of the Benefit of Early NICU Intervention With Mothers. *Research in Nursing et Health*, 24 (5), 373-389.
- Miles, M. S., Funk, S. G. et Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing et Health*, 15(4), 261-269.
- Milgrom, J., Newnham, C., Martin, P.R., Anderson, P.J., Doyle, L.W., Hunt, R.W., ... Gemmill, A.W. (2013). Early communication in preterm infants following intervention in the NICU. *Early Human Development*, 89, 755-762.
- Muller Nix, C., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B. et Ansermet, F. (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche. *La psychiatrie de l'enfant*, 52, 423-450.
- National Association of Neonatal Nurses. (2013). *Infant-Directed Oral Feeding for Premature and Critically Ill Hospitalized Infants*. Repéré à <http://apps.nann.org/store/product-details?productId=1416099#>
- Newnham, C. A., Milgrom, J., et Skouteris, H. (2009). Effectiveness of a modified Mother-Infant Transaction Program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior Development*, 32(1), 17-26. doi: 10.1016/j.infbeh.2008.09.004.
- Nordhov, S.M., Kaaresen, P.I., Ronning, J.A., Ulvund, S.E. et Dahl, L.B. (2010). A randomized study of the impact of a sensitizing intervention on the child-rearing attitudes of parents of low birth weight preterm infants. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51 (5), 385- 391. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00805.x.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A. et Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23- 29. doi: 10.1624/105812409X461199.
- Pinelli, J. et Symington, A.J. (2005). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants : Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4),1-35.



- Premji, S. S., McNeil, D. A. et Scotland, J. (2004). Regional neonatal oral feeding protocol: changing the ethos of feeding preterm infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18(4), 371-384.
- Provenzi, L. et Santoro, E. (2015). The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 1784-1794. doi: 10.1111/jocn.12828.
- Ross, E. S. et Browne, J. V. (2002). Developmental progression of feeding skills: an approach to supporting feeding in preterm infants. *Seminar in Neonatology*, 7(6), 469-475. doi.org/10.1053/siny.2002.0152.
- Sarkar, S., Bhagat, I., Dechert, R., Schumacher, R.E. et Donn, S.M. (2009). Severe intraventricular hemorrhage in preterm infants: comparison of risk factors and short-term neonatal morbidities between grade 3 and grade 4 intraventricular hemorrhage. *American journal of perinatology*, 26 (6), 419-424. doi: 10.1055/s-0029-1214237.
- Shaker, C. S. (2013). Cue-based feeding in the NICU: using the infant's communication as a guide. *Neonatal Network*, 32(6), 404-408. doi: 10.1891/0730-0832.32.6.404.
- Sisson, H., Jones, C., Williams, R. et Lachanudis, L. (2015). Metaethnographic Synthesis of Fathers' Experiences of the Neonatal Intensive Care Unit Environment During Hospitalization of Their Premature Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(4), 471-480. doi: 10.1111/1552-6909.12662.
- Snowden, M. (2015). Use of diaries in research. *Nursing Standard*, 29 (44), 36-41.
- Stevens, E. E., Gazza, E. et Pickler, R. (2014). Parental experience learning to feed their preterm infants. *Advances in Neonatal Care*, 14(5), 354-361. doi: 10.1097/ANC.000000000000105.
- Swift, M.C. et Scholten, I. (2009). Not feeding, not coming home: parental experiences of infant feeding difficulties and family relationships in a neonatal unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (1-2), 249-58.
- Soos, A. et Hamman, A. (2015). Implementation of the NTrainer System into Clinical Practice Targeting Neurodevelopment of Pre-oral Skills and Parental Involvement. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 15, 46-48. doi.org/10.1053/j.nainr.2015.04.012.
- Thoyre, S. M. (2000). Mothers' ideas about their role in feeding their high-risk infants. *Journal Obstetric Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 29(6), 613-624.
- White, A. et Parnell, K. (2013). The Transition from tube to full oral feeding (breast of bottle)- A Cue-Based Developmental Approach. *Journal of Neonatal Nursing*, 19, 189-197.

Yildiz, A., Arikan, D., Gozum, S., Tastekin, A., et Budancamanak, I. (2011). The effect of the odor of breast milk on the time needed for transition from gavage to total oral feeding in preterm infants. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 265-273. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01410.x.

## **Annexe A**

Adaptation du modèle d'évaluation et d'intervention sur la sensibilité maternelle de Bell (2008) dans le contexte d'une intervention de stimulation orale à l'UN

Adaptation du modèle d'évaluation et d'intervention sur la sensibilité maternelle de Bell (2008) dans le contexte d'une intervention de stimulation orale à l'UN



## **Annexe B**

Formulaire d'information et de consentement du comité d'éthique



**CHU Sainte-Justine**  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

*Pour l'amour des enfants*

Université   
de Montréal

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE

14 DÉC. 2016

#2017-1327

CHU SAINTE-JUSTINE

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### **Intervention éducationnelle sur la stimulation orale du nouveau-né prématuré afin de soutenir le développement de la sensibilité parentale**

#### ➤ **Nom des chercheurs**

- Cynthia Garcia, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal.
- Sylvie Le May, chercheuse, Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Marjolaine Héon, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Marilyn Aita, chercheuse, Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Audrey Larone-Juneau, cadre conseil en sciences infirmières, direction des soins infirmiers, CHU Sainte-Justine, Université de Montréal.

#### ➤ **Financement du projet**

Ce projet de stage à la maîtrise est financé par les fonds personnels de l'étudiante.

#### ➤ **Invitation à participer à un projet de recherche**

- L'unité néonatale du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine participe à des projets de recherche dans le but d'améliorer les soins offerts aux nouveau-nés prématurés. Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à un projet de stage de maîtrise. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé(s) à ce que vous et votre nouveau-né participiez à cette intervention. Il est important de bien comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions. Prenez le temps nécessaire pour prendre votre décision.

## ➤ **Quelle est la nature de cette recherche?**

- Les nouveau-nés prématurés doivent apprendre à s'alimenter complètement par la bouche. Pour ce faire, ils doivent coordonner les actions de téter, avaler et respirer en même temps. Afin d'aider le nouveau-né prématuré à se préparer à l'alimentation orale, certains gestes spécifiques permettant la stimulation orale peuvent être faits auprès de celui-ci. Des études scientifiques ont montré que la stimulation orale favorise les capacités de nouveau-nés à boire au sein et au biberon. Les parents peuvent participer dans l'apprentissage de l'alimentation orale de leur bébé en effectuant ces gestes de stimulation orale. De plus, l'implication de parents dans ces interventions favorise aussi la sensibilité parentale, qui est la reconnaissance des signes émis par le bébé et la capacité à répondre adéquatement à ceux-ci, car ils apprennent à découvrir et à communiquer avec leur nouveau-né.

## ➤ **Objectifs du projet de stage**

Nous vous invitons, vous et votre nouveau-né, à participer à un projet de maîtrise qui vise à mettre à l'essai une intervention éducationnelle permettant d'engager les parents dans le développement oral de leur nouveau-né prématuré, dans le but de favoriser le développement de leur sensibilité parentale.

Le projet vise à recruter 5 familles de nouveau-nés prématurés âgés de moins de 32 semaines d'âge post-menstruel.

## ➤ **Comment se déroulera le projet ?**

L'intervention éducationnelle qui sera offerte aux parents se déroulera sous forme de trois rencontres individuelles et interactives d'une durée de 45 minutes chacune. La première rencontre aura lieu dans un local à l'extérieur de l'unité néonatale, alors que la deuxième et la troisième seront réalisées au chevet du nouveau-né. Lors de ces rencontres, vous apprendrez et pratiquerez auprès de votre bébé divers gestes de stimulation orale qui consistent à favoriser les expériences positives autour de sa bouche et à encourager la succion non nutritive. Vous serez invité(s) à consigner les interventions réalisées dans un journal de bord qui vous sera remis et qui sera revu avec Cynthia Garcia, étudiante à la maîtrise, lors de la dernière rencontre. Enfin, un questionnaire vous sera remis à la troisième rencontre afin d'évaluer l'ensemble de l'intervention éducationnelle.

- **Accès au dossier médical du participant :** L'étudiante à la maîtrise consultera le dossier médical de votre nouveau-né pour obtenir les informations pertinentes à ce projet de stage (Ex. âge gestationnel, poids à la naissance, condition médicale).

## ➤ **Quels sont les avantages et bénéfices?**

Avantages pour les parents et nouveau-nés: Cette intervention éducationnelle pourrait vous permettre de développer votre sensibilité parentale auprès de votre bébé dès les premiers jours de vie. De plus, elle a le potentiel de le préparer à s'alimenter par la

bouche lorsqu'il sera prêt.

➤ **Quels sont les inconvénients et les risques?**

Il n'y a pas de risque connu relié à la participation à ce projet. Cependant, le temps que vous consacrerez aux rencontres et à compléter le journal de bord et le questionnaire peut être un inconvénient de votre participation. Pour minimiser ces inconvénients, les rencontres auront lieu à des moments qui vous conviennent et le journal de bord et le questionnaire sont faciles à remplir.

➤ **Dans quels cas peut-on me retirer de la recherche ou prématurément?**

La stagiaire pourrait vous retirer, votre nouveau-né et vous, du projet de stage elle ou l'équipe traitante (médecin ou infirmière) jugent que votre nouveau-né prématuré est trop instable pour recevoir les gestes de stimulation orale.

➤ **Comment la confidentialité est-elle assurée?**

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Votre identité sera protégée en remplaçant votre nom par un code de recherche. Seule l'équipe de recherche aura accès au lien entre le code et votre nom. Afin de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, les organismes suivants pourraient consulter votre dossier de recherche et votre dossier médical :

- des organismes de réglementation gouvernementaux ;
- le Comité d'éthique de la recherche du CHU Ste-Justine ou une personne mandatée par celui-ci.

Ils adhèrent tous à une politique de confidentialité.

Si les résultats généraux de ce projet de recherche sont publiés ou présentés lors de conférences scientifiques, votre nom et vos autres renseignements personnels ne seront pas utilisés.

Les données de recherche seront conservées pendant un minimum de 7 ans de façon sécuritaire sous la responsabilité du chercheur principal.

➤ **Liberté de participation**

Votre participation et celle de votre nouveau-né à cette intervention est libre et volontaires. Toute nouvelle connaissance susceptible de remettre en question votre décision de participer vous sera communiquée. Vous pouvez vous retirer, avec votre nouveau-né, de ce projet de maîtrise en tout temps. Quelle que soit votre décision, cela n'affectera pas la qualité des services des soins qui vous sont offerts.

➤ **En cas de questions ou de difficultés, avec qui communiquer ?**

Pour plus d'information concernant ce projet, contactez Mme Marjolaine Héon professeure adjointe à l'Université de Montréal



- Pour tout renseignement sur vos droits et ceux de votre nouveau-né à titre de participants à ce projet de stage, vous pouvez contacter le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine

## ➤ Consentement

On m'a expliqué la nature et le déroulement de l'intervention éducationnelle. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Après réflexion, j'accepte que moi et mon nouveau-né participions à cette intervention éducationnelle. J'autorise l'étudiante à la maîtrise à consulter le dossier médical de mon nouveau-né pour obtenir les informations pertinentes à ce projet.

\_\_\_\_\_  
Nom du nouveau-né  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom du parent, tuteur  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Consentement (signature)

\_\_\_\_\_  
Date

J'ai expliqué au parent tous les aspects pertinents de ce projet de stage à la maîtrise et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne qui a obtenu

\_\_\_\_\_  
Signature  
Date le consentement (Lettres moulées)

## **Annexe C**

Lettre d'invitation à l'intervention éducationnelle destinée aux parents

**Lettre d'invitation pour participer à une intervention éducationnelle sur la  
stimulation orale de votre nouveau-né prématuré à l'unité néonatale**

Dans le cadre de mon projet de stage à la maîtrise, j'ai développé une intervention éducationnelle destinée aux parents portant sur la stimulation orale de leur nouveau-né prématuré. Elle consiste en trois rencontres d'une durée de 45 minutes au chevet du nouveau-né durant lesquelles vous apprendrez à vous engager dans le développement oral de celui-ci à l'aide d'interventions spécifiques. L'intervention a pour but de soutenir votre sensibilité parentale à l'unité néonatale et d'améliorer les compétences orales de votre nouveau-né prématuré en vue de favoriser l'alimentation orale. Votre participation est volontaire.

L'intervention pourra débuter avant la 32<sup>e</sup> semaine d'âge post-menstruel de votre enfant.

Aimeriez-vous que je communique avec vous afin de vous donner plus d'informations?

Oui, j'aimerais avoir plus d'informations

Non, merci

Si oui, de quelle manière puis-je communiquer avec

vous? Téléphone

#tél :

Au chevet de mon

enfant À quel moment :

Par

courriel

Courriel :

Merci,

Cynthia Garcia, infirmière

clinicienne Étudiante à la maîtrise

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

## **Annexe D**

Livret d'information donné aux parents durant l'intervention éducationnelle

l'information incluse dans ce livret est tirée du site web Mieux Agir au quotidien: <http://developpementenfant.ca/wp/faciliter/>  
 élaboré par:  
 Perrine Peckre, Catherine Chaput, Audrey Charpentier Demers, ergothérapeutes au CHU Sainte-Justine  
 Anne-Marie Léonard, ergothérapeute au CHU de Québec  
 révisé par:  
 Julie Gosselin, professeur en ergothérapie à l'Université de Montréal et Dr. Thuy Mai Luu, pédiatre au CHU Sainte-Justine  
 date de la dernière révision: 2015

ce livret a été créé par Cynthia García, infirmière clinicienne et étudiante à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, sous la supervision de Professeure Marjolaine Héon, Professeure Marilyn Alta et Madame Audrey Larone-Juneau

personne ressource à contacter en cas de questions: Cynthia García



## DÉVELOPPEMENT ORAL DE MON BÉBÉ PRÉMATURÉ

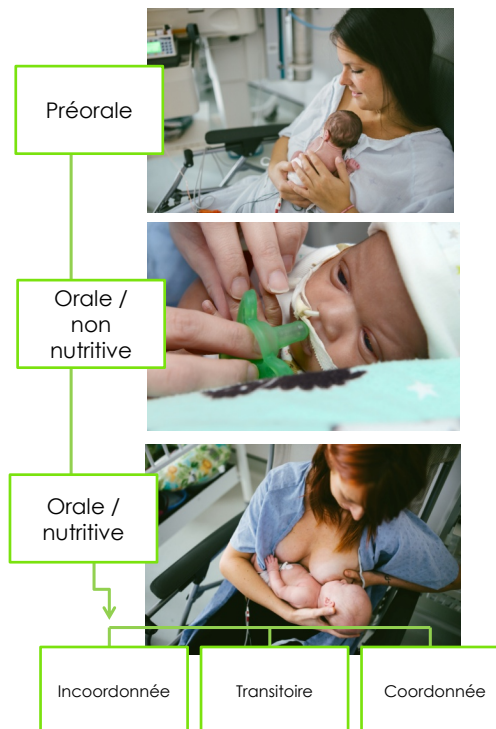
### Trajectoire d'alimentation orale de votre bébé à l'unité néonatale

**Les bébés prématurés doivent apprendre à coordonner les actions de léter, avaler et respirer pour s'alimenter complètement par la bouche.**

Pour ce faire, votre bébé doit parcourir différentes étapes. À chaque phase, il doit développer ses compétences orales avant de passer à la prochaine. Vous pouvez l'aider à progresser à travers ces étapes!

Lors de l'apprentissage de l'alimentation orale, vous avez un rôle privilégié à jouer auprès de votre bébé. C'est un moment idéal pour apprendre à communiquer avec lui et à comprendre ses comportements.

**Vous pouvez vous impliquer à chacune des phases de l'apprentissage de l'alimentation orale de votre bébé**



## Phase Préorale du bébé prématuré

Si votre bébé est malade ou qu'il n'est pas encore prêt à téter, il est alimenté par gavage. On insère un tube par son nez ou sa bouche jusqu'à son estomac afin de le nourrir. Durant les moments de gavages, vous pouvez aider votre bébé à se préparer à boire au sein ou au biberon :

- Prenez votre bébé en contact peau à peau. Il va être stimulé et rassuré par votre chaleur, votre odeur et le son de votre voix. Votre bébé associe le moment d'alimentation à un moment agréable
- S'il est dans vos bras, enveloppez-le et serrez-le sur vous, il apprendra à replier ses jambes et ses bras, comme il était dans votre ventre
- Encouragez votre bébé à rapprocher ses mains de sa bouche. Cela va lui permettre d'explorer et de prendre conscience de sa bouche
- Vous pouvez faire des stimulations positives autour de sa bouche (donner des bisous, faire les soins de sa bouche avec une petite compresse imbibée de lait maternel). Vidéo disponible sur les soins de bouche: <http://developpementenfant.ca/wp/faciliter-l'alimentation-de-mon-enfant/le-gavage-plus-agreable-avec-papa-et-maman/>
- Le lait maternel est le meilleur lait pour votre bébé prématuré. Débutez ou poursuivez votre expression de lait maternel à l'aide du tire-lait



## Phase Orale/Non Nutritive du bébé prématuré

Votre bébé commence à être plus stable et plus mature. Il n'est pas encore prêt à boire du lait, mais il commence à avoir envie de sucer sa suce, ses mains, les doigts de ses parents ou le sein. Cela s'appelle de la « succion non nutritive ».

La succion non-nutritive est un moyen pour votre bébé de se consoler et se calmer. Elle renforce les muscles de sa bouche et aide à se préparer à boire au sein ou au biberon.

Au début, la succion non nutritive est faible, de courte durée et bébé peut avoir de la difficulté à retenir la suce dans sa bouche.

Voici différentes façons de pratiquer la succion non-nutritive avec votre bébé :

- Avec l'accord de l'équipe médicale qui s'occupe de votre famille, vous pouvez commencer les « mises au sein non nutritives ».

Pour effectuer une mise au sein non-nutritive, maman doit d'abord exprimer complètement le lait de ses seins. Tout de suite après, bébé peut être mis au sein s'il est éveillé et réceptif.

Ainsi, il commence à explorer le sein, à lécher, à ouvrir la bouche et se pratique à téter sur le sein sans avaler de lait.



- Vous pouvez aussi offrir « la suce trempée dans le lait » pendant que votre bébé reçoit son gavage. Demandez à votre infirmière qu'elle prépare une petite quantité de lait tiède, et trempez la suce dans le lait avant de l'offrir à votre bébé



- Idéalement, favorisez la succion non nutritive durant les moments de gavage. Ainsi, votre bébé associe le moment où son estomac se remplit à l'action de téter, et ce, pendant un moment agréable avec papa et maman. Bientôt, il sera capable de démontrer des signes de faim

- Vous pouvez continuer les actions de la phase préorale

---

**Avec la maturation de votre bébé et la constance de ces interventions, il développera une succion plus forte et plus soutenue qui est nécessaire à la transition vers la phase orale.**

Lorsque vous offrez le sein ou la suce à votre bébé, assurez-vous de stimuler son réflexe de points cardinaux. Ce réflexe encourage l'ouverture de la bouche, favorise une bonne prise du sein ou de la suce et démontre un intérêt du bébé à téter. Le réflexe de points cardinaux consiste à stimuler les coins de la bouche du bébé avec le sein ou la suce. Il tournera alors la tête en direction de la stimulation et ouvrira sa bouche de façon spontanée.

Assurez-vous de pratiquer ces actions lorsque votre bébé est éveillé et commence à démontrer signes de faim.

---



### Comment reconnaître les signes de faim de votre bébé ?

- Bébé est éveillé avant son gavage
- Cherche à téter ses mains, la suce ou le sein de maman
- Bouge sa tête comme s'il cherchait le sein de maman
- Ouvre sa bouche
- Cherche à lécher

## **Annexe E**

Journal de bord donné aux parents durant l'intervention éducationnelle



## Journal de Bord

Personne ressource à contacter en cas de questions: Cynthia Garcia, infirmière, étudiante à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Courriel:  
cynthia.alexandra.garcia.becerra@umontreal.ca

Appartient à la famille:

---

## Aide-mémoire pour les parents

Interventions que vous pouvez réaliser selon les phases du développement oral de votre bébé:

- *Phase préorale:*

- ✓ Prenez votre bébé en contact peau à peau, surtout durant les moments de gavage
- ✓ Encouragez votre bébé à rapprocher ses mains de sa bouche
- ✓ Favorisez les expériences positives autour du visage (donner des bisous, faire les soins de la bouche avec une compresse imbibée de lait)

- *Phase orale/nonnutritive:*

- ✓ Continuez les interventions de la phase préorale
- ✓ Offrez la suce durant les gavage, à l'éveil
- ✓ Commencez les mises au sein non nutritives avec l'accord de l'équipe soignante
- ✓ Offrez la « suce trempée dans le lait »

N'oubliez pas de respecter les signes de stress et de stabilité émis par votre bébé avant de réaliser l'intervention de stimulation orale.

- *Signes de stress:*

- ✓ Pauses respiratoires
- ✓ Respiration plus rapide
- ✓ Changement de coloration de la peau
- ✓ Pellets tremblements
- ✓ Mouvements d'extension (bras, jambes, doigts en éventail)
- ✓ Grimaces
- ✓ Somnolence

- *Signes de stabilité:*

- ✓ Signes vitaux stables (rythme cardiaque et respiratoire)
- ✓ Belle coloration de la peau
- ✓ Mouvements de flexion (bras et jambes à la bouche)
- ✓ Sommeil profond



## **Annexe F**

Questionnaire d'évaluation de l'intervention

Instruction : encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre perception

Légende : 1 : Totalemment en désaccord 2 : En désaccord 3: Neutre 4: D'accord 5 : Totalemment d'accord

<i>Énoncé</i>	<i>Échelle</i>				
<b>Questions sur la sensibilité parentale</b>					
L'intervention éducationnelle de stimulation orale m'a permis de mieux connaître mon nouveau-né prématuré	1	2	3	4	5
L'intervention éducationnelle de stimulation orale a favorisé mon engagement dans le développement oral de mon nouveau-né prématuré	1	2	3	4	5
L'intervention éducationnelle de stimulation orale a favorisé ma participation dans les soins de mon nouveau-né prématuré	1	2	3	4	5
L'intervention éducationnelle de stimulation orale a favorisé une proximité physique avec mon nouveau-né prématuré	1	2	3	4	5
L'intervention éducationnelle de stimulation orale a été un bon moyen pour apprendre à communiquer avec mon nouveau-né prématuré	1	2	3	4	5
L'intervention éducationnelle de stimulation orale m'a aidé à mieux décoder les comportements émis par mon nouveau-né prématuré					
L'intervention éducationnelle de stimulation orale m'a aidé à identifier les moments opportuns pour réaliser des interventions de stimulation orale	1	2	3	4	5
L'intervention de stimulation orale m'a apporté des bienfaits Si oui, lesquels :	1	2	3	4	5

L'intervention de stimulation a apporté des bienfaits à mon nouveau-né prématuré Si oui, lesquels :	1	2	3	4	5
<b>Questions sur la satisfaction parentale</b>					
Les interventions de stimulation orale ont été faciles à réaliser	1	2	3	4	5
Le livret sur le développement oral du nouveau-né prématuré et sur les interventions de stimulation orale à la phase préorale et orale/non nutritive a été utile	1	2	3	4	5
L'enseignement que j'ai reçu a répondu à mes attentes	1	2	3	4	5
Je vais poursuivre les interventions de stimulation orale dans les semaines (jours?) à venir	1	2	3	4	5
En général, je suis satisfait de l'intervention éducationnelle sur la stimulation orale	1	2	3	4	5
J'ai acquis facilement les connaissances sur le développement oral de mon nouveau-né	1	2	3	4	5
Le nombre de rencontres de l'intervention éducationnelle a été approprié	1	2	3	4	5
La durée des rencontres de l'intervention éducationnelle a été appropriée	1	2	3	4	5
La tenue d'un journal de bord a été utile pour mon apprentissage et la réalisation des interventions?	1	2	3	4	5

**Qu'avez-vous apprécié le plus de l'intervention éducationnelle?**

**Auriez-vous des commentaires pour améliorer l'intervention éducationnelle auprès d'autres familles?**