

FORMATION SOFFI

Alimentation du nouveau-né vulnérable

09 et 10 novembre 2023, centre de formation NIDCAP, BREST

Cette formation est centrée sur le nouveau-né prématuré ou hospitalisé à la naissance dans une unité de réanimation néonatale ou de néonatalogie.

I. Impact de l'hospitalisation et des pathologies médicales sur l'oralité.

Différentes pathologies peuvent entraîner des troubles de l'oralité : degré de prématurité, troubles respiratoires, cardiopathie congénitale, entérocolite, anomalies ORL, chromosomiques, troubles neurologiques.

Différentes études montrent l'impact de ces pathologies à long terme sur l'alimentation de ces enfants

II. Homéostasie et développement cérébral.

Pour le nouveau-né prématuré, le premier enjeu est de réussir à maintenir une régulation interne malgré des sollicitations importantes. Il va devoir ensuite réussir le challenge de l'alimentation, influencée par les facteurs environnementaux (bruit, lumière) et par les soignants eux même. Tout ceci dans un contexte de croissance cérébrale nécessitant des expériences positives pour activer les bons groupes synaptiques.

III. Développement de l'oralité.

Une alimentation par voie orale nécessite une coordination succion/déglutition/respiration, qui mature avec l'âge.

La succion non nutritive est une étape non négligeable vers une succion mature.

Une succion nutritive nécessite l'association de deux composantes : une compression (permettant l'expression du lait) et une aspiration.

Une succion mature n'est pas nécessaire pour le succès d'une tétée mais elle permet une meilleure efficacité et endurance.

Cette maturation se poursuit dans les premiers mois de vie.

Les compétences orales sont en lien avec la maturation et sont influencées par les expériences.

Le développement de l'oralité nécessite donc une approche globale, centrée sur les parents (premiers partenaires de soins) et intégrant l'environnement (et non uniquement centrée sur l'oralité).

IV. Alimentation et famille (théorie de l'attachement)

Un bébé s'attache à la personne qui répond à ses besoins. C'est un processus long. Au contraire, une maman a besoin d'être proche de son bébé et de s'en occuper dans les premiers jours suivant la naissance pour que se mette en place le « bonding-caregiving ». Il est donc indispensable d'intégrer les parents le plus rapidement possible dans les soins à leur enfant.

Nourrir un enfant : « to feed » / « to nourish »

« To feed » : donner à manger, fournir des nutriments, enrichir le lait

« To nourish » : soutenir et encourager, favoriser le développement, partager des moments structurant le lien

Lors d'un repas, la relation parent/enfant permet au bébé de soutenir son développement et aux parents de soutenir leurs compétences. Les parents se sentent acteur et font quelque chose pour leur enfant hospitalisé.

Notre attention lors de l'alimentation ne doit pas être portée uniquement sur le volume ingéré. Il est important de soutenir le développement des compétences et la confiance des parents afin d'établir une base solide pour le retour à la maison et le développement des compétences ultérieures.

V. Un outil général : la théorie synactive, analyse comportementale

Base des soins de développement (philosophie de soins basée sur un ensemble de stratégies environnementales et comportementales visant à un développement harmonieux du nouveau-né prématuré), la théorie synactive permet de « lire » le nouveau-né.

Elle décrit les signaux de communication du bébé en fonction de 5 sous-systèmes (végétatif, moteur, veille/sommeil, attention, autorégulation). La connaissance de ces signes permet aux soignants et aux parents d'adapter leur comportement lors du repas aux compétences et besoins de l'enfant.

VI. Approche BROSS (basée sur la théorie synactive)

« Baby Regulated Organisation of Subsystem end Sucking » (organisation régulée des sous-systèmes et de la succion chez le bébé) décrit les différents paliers du développement de la succion/déglutition/respiration.

- Stabilité lors des soins de routine
- Stabilité lorsque l'enfant est porté
- Stabilité lorsque l'enfant est porté avec une succion non nutritive
- Stade continu : succion continue sans respiration. Le soignant doit intervenir
- Stade alternant : alternance succion/respiration
- Stade intermittent : intégration de la respiration pendant la succion
- Stade coordonné : modèle de succion mature et coordonnée, enfant éveillé
- Stade intégré : intégration de l'interaction sociale pendant le repas, l'enfant réclame

La reconnaissance de ces stades (et leur traçabilité dans le dossier de l'enfant) permet d'évaluer le développement de l'oralité du nouveau-né plus que les quantités ingérées.

VII. La méthode SOFFI

“Supporting Oral Feeding in Fragil Infants”

La régulation interne est le premier objectif. Les soins de développement aident à maintenir cette homéostasie avec la présence d'un co-régulateur (soignant ou parents). L'algorithme SOFFI permet au co-régulateur une prise de conscience et une réactivité en fonction du comportement de l'enfant. Cette méthode diminue également les différences de pratiques dans la prise en charge de l'alimentation.

L'alimentation est donc soutenue en utilisant les signaux de communication biologique et comportementale de l'enfant afin d'adapter les décisions et pratiques. La qualité de l'alimentation devient une priorité par rapport aux quantités ingérées. Les compétences du nouveau-né se développent dans le plaisir et au rythme de l'enfant.

VIII. Aspects pratiques

- Repérer les comportements indiquant que le bébé est prêt à boire : phase d'éveil
- Repérer les stratégies d'autorégulation : le bébé est-il capable de maintenir sa stabilité en plus du challenge de l'alimentation ?
- Discuter des stratégies de soutien : soutenir l'enfant dans son autorégulation (adaptation de l'environnement, succion non nutritive, enveloppement, alimentation en semi-demande...)

IX. Aspects techniques

- Discuter des stratégies pour soutenir la transition d'une alimentation sur sonde vers une alimentation orale :
 - Différences sein / biberon (moins de désaturations au sein, activité musculaire différente)
 - Interventions lors du repas : évaluer l'efficacité du repas et la nécessité d'un soutien supplémentaire (changement de position, ralentir le débit du biberon, réguler le rythme)
- Discuter des bénéfices d'adapter le rythme du repas : généralement, l'enfant conduit le rythme du repas. S'il n'en est pas capable, une aide peut être proposée. Soit accorder des pauses de façon préventive, soit accorder des pauses en réaction.
- Envisager un plan d'alimentation sur 2-3 jours : permet de soutenir une prise en charge centrée sur les compétences de l'enfant en limitant le nombre de soignants s'occupant de l'enfant, en favorisant une cohérence (même stratégie écrite par le soignant en accord avec les parents). Prévoir une évaluation (indicateurs de qualité : désaturations, bradycardies, fausses routes lors des repas, et de quantité : vision de la progression des quantités bues sur la durée du plan) et adapter le plan d'alimentation si besoin.