



HAL
open science

Le rôle de l'orthophoniste en services de soins néonataux : revue de la portée

Ariane Crétois

► **To cite this version:**

Ariane Crétois. Le rôle de l'orthophoniste en services de soins néonataux : revue de la portée. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04791800

HAL Id: dumas-04791800

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04791800v1>

Submitted on 19 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE

Pour le

CERTIFICAT DE CAPACITÉ EN ORTHOPHONIE

Le rôle de l'orthophoniste en services de soins néonataux : revue de la portée.

par

Ariane CRÉTOIS

Présenté et soutenu publiquement le 13 juin 2024

Président : Madame Baron Leslie – Orthophoniste

Directeur de mémoire : Madame Derooy Aurélie – Orthophoniste chargée d'enseignement au
Département Universitaire d'Orthophonie de Bretagne

Co-Directeur de mémoire : Madame Csopaki Harmony – Orthophoniste exerçant en service
de soins néonataux

Membre du jury : SOYEZ-GAYOUT Aurél – Psychologue

REMERCIEMENTS

Je souhaite premièrement adresser mes remerciements à mes directrices de mémoire. Merci d'avoir cru en mon projet, merci de m'avoir soutenue dans toutes les directions qu'il a pu prendre. Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés. Je remercie Monsieur Guihard pour le temps qu'il m'a accordé, pour ses précieux conseils et pour sa disponibilité sans faille. Merci aux membres du jury pour votre lecture et votre implication dans ma formation.

Merci également à toutes mes maîtres de stage, qui m'ont accueillie au sein de leurs cabinets pour me transmettre leur façon d'être orthophoniste. En particulier, merci à Marion de m'avoir donné envie de me lancer dans cette aventure, au tout début. Merci à Aurore pour tout ce que tu m'as transmis, pour nos échanges et pour tous les beaux moments vécus ensemble.

Mes remerciements vont également à tous les patients qui m'ont acceptée dans leurs séances et qui m'ont fait confiance tout au long de mon cursus. Particulièrement, merci à Alix et à Christine : merci de m'avoir adoptée dans votre monde, plein de poésie et de beaux moments de vie.

Merci à Joseph, d'avoir cru en moi tout au long de ce travail, plus que quiconque. Merci pour tout le réconfort et la réassurance que tu m'as apportés. Tu le sais, mais merci pour tout.

Je remercie également ma famille, mes parents et mes grands-parents qui m'ont accompagnée pendant ces 5 années, qui ont cru en moi sans faiblir, toujours présents et d'un soutien indéfectible. Merci papa, merci maman. Surtout, merci à mon grand frère Alix, pour tes conseils toujours justes, pour cette pédagogie qui est innée chez toi. La vie a décidé de nous réunir dans la réalisation de nos travaux de fin d'étude, et je suis fière de ton parcours et de tout ce que tu as accompli.

Merci à mes camarades de promotion, toutes plus formidables et captivantes les unes que les autres. Vous serez toutes des orthophonistes en or. Merci à toi, Magali, mon binôme bien au-delà de ces études. Tu as illuminé ces cinq années avec nos rires, notre complicité, et notre entraide plus forte que tout. Sans toi, rien n'aurait été possible. Mais tu as été là, et l'aventure ne fait que commencer.

Merci à mes amis : PA, Esther, François, Blanche, Antoine pour votre bonne humeur toujours au rendez-vous.

Enfin, merci à Clément : tu t'es glissé dans ma vie au bon moment. Merci pour nos rires et notre complicité, qui ont adouci cette fin d'études. Merci pour l'amour que tu me portes.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Engagement de non-plagiat

Je soussignée Ariane CRÉTOIS déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Nantes

Le : 20/04/2024

Signature :



ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussignée Crétois Ariane dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à Nantes Université, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à caractériser le rôle de l'orthophoniste en services de soins néonataux selon la littérature scientifique, en dressant un état des lieux des mentions trouvées dans la recherche au moyen d'une revue de littérature (revue de la portée).

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- Informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- Obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- Préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- Informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- Respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- Préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à Nantes, le 04/05/2024

Signature de l'étudiant



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	2
1. La prématurité.....	2
1.1. Définition, incidence et causes de la prématurité.....	2
1.2. Suites et séquelles de la prématurité.....	2
2. Le nouveau-né prématuré au sein de l'Unité de Soins Intensifs Néonataux (USIN).....	4
2.1. Organisation des services de médecine néonatale en France.....	4
2.2. Le personnel en néonatalogie.....	5
2.3. L'USIN et les sollicitations sensorielles atypiques.....	5
2.4. L'alimentation du nouveau-né prématuré.....	6
3. L'oralité.....	9
3.1. Définition de l'oralité.....	9
3.2. L'oralité alimentaire primaire.....	9
3.3. L'oralité alimentaire secondaire.....	13
3.4. Les troubles alimentaires pédiatriques.....	14
4. Les soins du nouveau-né prématuré : soins de développement.....	17
4.1. Les soins du nouveau-né prématuré.....	17
4.2. Définition des soins de développement.....	17
4.3. Inclure les parents : les soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille (SCF) 18	
4.4. Justifier la mise en place des SCF.....	19
4.5. Les programmes de soins de développement existants.....	21
MÉTHODE.....	22
RÉSULTATS.....	25
1. Résultats de la recherche des articles et diagramme de flux.....	25
2. Description des études.....	26
3. Présentation des résultats : les rôles de l'orthophoniste en unité de soins néonataux mentionnés dans les études.....	27
3.1. Catégorisation des missions orthophoniques abordées dans les études.....	27
3.2. Tableau de présentation des résultats détaillés.....	28

DISCUSSION	42
1. Synthèse des principaux résultats.....	42
1.1. L’orthophoniste évalue les capacités oro-motrices et/ou d’alimentation.....	42
1.2. L’orthophoniste participe à la recherche scientifique et/ou mesure l’efficacité de ses interventions	43
1.3. L’orthophoniste soutient et entraîne les capacités d’alimentation.....	43
1.4. L’orthophoniste soutient, éduque et/ou accompagne les parents.....	44
1.5. L’orthophoniste exerce un rôle auprès des autres professionnels appartenant à l’équipe soignante	45
1.6. Informations complémentaires concernant le temps de présence de l’orthophoniste au sein de l’unité de soins	45
2. Limites, biais et atouts de ce travail	46
3. Apports et perspectives pour la recherche et la clinique	48
CONCLUSION	50
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXE I : Concepts et mots clefs utilisés pour l’élaboration des équations de recherche..	66
ANNEXE II : Équations de recherche	67
ANNEXE III : Liste d’items à respecter pour établir une revue de la portée respectant la méthodologie prisma	69
ANNEXE IV : Tableau de présentation des articles sélectionnés dans la revue de littérature	72

INTRODUCTION

L'orthophonie est une discipline récente, se développant depuis une centaine d'années, dont le champ de compétences est de plus en plus reconnu (Kremer & Lederlé, 2012). La pratique des orthophonistes évolue rapidement, au fil des avancées de la recherche en santé. Leur domaine de compétences s'est élargi, incluant aujourd'hui la prise en soins précoce de l'enfant prématuré ou hospitalisé en période néonatale (Viviers et al., 2019). La nécessaire présence des orthophonistes au sein des services de soins néonataux n'est plus discutée : elle est inscrite dans la loi, selon le Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques (2022). Pourtant, si en pratique les missions de l'orthophoniste dans ces structures sont variées, relativement peu de documents existent qui les synthétisent et les caractérisent. En effet, une étude préliminaire, non systématique, de la littérature grise a permis de constater que si le sujet de l'orthophoniste en néonatalogie y est abordé, peu de ces écrits reposent sur des travaux à forts niveaux de preuve. Aucune revue de la littérature systématique n'existe pour caractériser la place de l'orthophoniste en services de soins néonataux. Pour ce qui est de son rôle, aucun sondage à grande échelle n'a été réalisé concernant spécifiquement l'exercice orthophonique, et ayant pour objectif de dresser un état des lieux des pratiques sur le terrain. Des travaux de mémoire de fin d'études existent en France et à l'international, qui participent à définir et caractériser la place de l'orthophoniste dans les soins néonataux (Drewier, 2012 ; Schoeman & Kritzinger, 2017). Pour autant, peu ont pour objectif de caractériser le rôle de l'orthophoniste dans son entièreté, et aucun ne propose d'étude approfondie de la littérature scientifique sur le sujet. Ces travaux bénéficiant d'un niveau de preuve incalculable, ils ne peuvent pas constituer à eux seuls une source suffisante pour appuyer la place de l'orthophoniste en unité de soins néonataux. Ce travail s'ajoute à la lignée de ces écrits, en cherchant à apporter un élément supplémentaire caractérisant le développement de la pratique orthophonique dans les services hospitaliers néonataux. La question guidant cette étude est la suivante : quel est le rôle de l'orthophoniste en unité de soins néonataux, selon la littérature scientifique ? Afin d'y répondre, et d'investiguer la représentation de l'orthophoniste exerçant en services de soins néonataux dans la littérature scientifique, une revue de la portée a été réalisée.

Ce travail sera constitué en premier lieu d'une présentation du contexte dans lequel s'inscrit le soin orthophonique en service hospitalier néonatal. Dans cette partie seront définis les éléments clefs du sujet : la prématurité, l'importance des différents facteurs environnementaux pour le neurodéveloppement de l'enfant hospitalisé, l'oralité alimentaire, les troubles alimentaires pédiatriques, le fonctionnement des services de soins néonataux en

France et les soins de développement. Ensuite, la méthodologie de la revue de littérature sera abordée. Puis, les résultats seront présentés sous forme de tableau. Enfin, ces deux dernières parties seront discutées afin de présenter les biais et les limites de l'étude, de remettre dans leur contexte les résultats obtenus, et d'en donner des perspectives cliniques.

PARTIE THÉORIQUE

1. La prématurité

1.1. Définition, incidence et causes de la prématurité

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la prématurité comme la naissance d'un enfant vivant avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). En fonction de l'âge gestationnel, on distingue : la prématurité moyenne (ou tardive) pour les enfants nés entre la 32ème et la 37ème semaine ; la grande prématurité pour les enfants nés entre la 28ème et la 32ème semaine ; et la très grande prématurité pour les enfants nés à moins de 28 semaines (Organisation Mondiale de la Santé, 2023).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2022), la naissance peut être spontanément prématurée (dans 70% des cas selon l'Inserm, en 2023) ; ou elle peut être liée à des conditions médicales nécessitant un déclenchement précoce du travail ou une césarienne. Les causes pouvant mener à ces naissances prématurées sont variées, parmi elles : grossesses multiples, infections et maladies chroniques (diabète, hypertension).

Selon ces mêmes sources, le nombre d'enfants nés prématurément dans le monde est estimé à 15 millions de nourrissons par an. En France, les chercheurs de l'Inserm estiment qu'environ 55 000 enfants naissent prématurément chaque année (Inserm, 2022). Ce chiffre fait de la prématurité un véritable enjeu de santé publique entrant dans le champ d'action de nombreux professionnels de santé, dont l'orthophoniste, qui pourra agir auprès de l'enfant né prématurément à différents âges de sa vie.

1.2. Suites et séquelles de la prématurité

Une naissance prématurée peut provoquer des séquelles à court et à long termes. L'Organisation Mondiale de la Santé (2022) estime que la moitié des enfants nés avant 32 SA dans les pays à faible revenu décèdent par manque de moyens pour les soigner. En France, l'Inserm (2023) remarque que la prématurité est associée à un risque de décès plus élevé que les naissances à terme : elle serait la cause d'environ 2/3 des décès des enfants. Les progrès en médecine et notamment en soins intensifs périnataux (via l'utilisation de corticostéroïdes prénataux, surfactants exogènes, assistance ventilatoire non invasive) ont permis une augmentation de la survie des nourrissons naissant prématurément, en particulier ceux

extrêmement prématurés (Pierrat et al., 2021). Ainsi, toujours selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2022), le taux de survie des enfants nés prématurément est bien meilleur dans les pays à revenu élevé qu'ailleurs. Cependant, nombre de ces enfants grandissent en faisant tôt ou tard face à une situation de handicap : cela concerne 3% des enfants nés entre 32 et 34 SA, jusqu'à 88% des enfants nés à 24 SA selon les chiffres de l'Inserm obtenus suite à l'enquête Epipage 2 (Inserm & Ancel, 2015). En effet, en lien avec leur grande vulnérabilité (immaturité des systèmes nerveux central, pulmonaire, digestif et immunitaire, rénal, hépatique, et risque élevé d'atteinte oculaire), de multiples complications peuvent survenir en période néonatale chez les enfants nés prématurément. De nombreux auteurs, dont les chercheurs de l'Inserm, s'accordent sur la diversité des séquelles potentielles de la prématurité. Notons toutefois qu'il est difficile d'établir une relation de causalité certaine entre les différents troubles, la prématurité et les complications qu'elle a pu provoquer : tous les troubles cités ci-après sont le plus souvent d'origine multifactorielle. Toutefois, selon l'enquête Epipage 1, ces enfants sont plus à risque de développer : des troubles moteurs (comprenant l'infirmité motrice cérébrale), sensoriels (atteintes visuelles et auditives) et cognitifs (développement cognitif et intellectuel, troubles des apprentissages) que ceux nés à terme (Ancel, 2023). Pierrat et al. (2012) rapportent 30 à 40% de troubles de l'apprentissage chez les enfants nés prématurément, sous-tendus par des troubles des fonctions exécutives, du comportement, des difficultés à gérer les émotions. L'enquête Epipage 2 (menée à partir de 2011 en France) étudie la corrélation entre la sévérité de la prématurité et les séquelles chez les enfants de 5 ans : le degré de prématurité est corrélé à la prévalence des infirmités motrices cérébrales, à la survenue de difficultés comportementales, à la prévalence de trouble développemental de la coordination, à la nécessité de recours à une aide pour les enfants scolarisés en classe ordinaire. Le degré de prématurité est inversement corrélé au quotient intellectuel moyen. Plus spécifiquement par rapport au soin orthophonique : l'âge gestationnel est inversement corrélé à la nécessité d'y recourir. Pour autant, pour des enfants nés de 24 à 34 SA, la prévalence des difficultés menant à une consultation ou un suivi orthophonique est significativement plus importante que pour des enfants nés à terme (Pierrat et al., 2021).

Certaines de ces difficultés constituent des facteurs de risque de troubles alimentaires pédiatriques. Conjointement, il a été montré que les nouveau-nés prématurés sont à risque de développer des troubles de l'alimentation à long terme (moins bonnes performances pour manger, refus de repas, comportements inadaptés pendant le repas, moins bonnes compétences orales par rapport aux enfants nés à terme), c'est le cas même de ceux quittant les services hospitaliers sans avoir eu besoin d'une sonde d'alimentation (E. Ross, 2022). En

outre, le recours à une nutrition artificielle, les hospitalisations, les séjours en réanimation, et les chirurgies précoces affectent négativement le vécu corporel du bébé, la régulation de son appétit ainsi que le lien mère-enfant : ce qui peut altérer le comportement alimentaire (Abadie, 2017). Louis (2010) note toutefois qu'un enfant n'ayant pas connu de complications sévères lors de son hospitalisation néonatale a moins de risques de conserver des séquelles de sa prématurité. Ce constat justifie et motive toutes les actions de prévention et de soin permettant de limiter les complications sévères en période néonatale dans le cas des naissances prématurées. De même, les séquelles à long terme et les difficultés rencontrées par de nombreux enfants nés prématurément justifient d'optimiser le développement cérébral en plus d'assurer leur survie : s'ajoute en effet un enjeu de minimisation des handicaps et des altérations résultant d'un développement perturbé. En effet, selon Pierrat et al. (2021) environ 35% des enfants nés modérément à extrêmement prématurés présentent des handicaps légers non négligeables en grandissant. Cela entraîne le recours à des soins spéciaux ou des services éducatifs spécialisés : il s'agit donc d'un enjeu de santé publique.

2. Le nouveau-né prématuré au sein de l'Unité de Soins Intensifs Néonataux (USIN)

2.1. Organisation des services de médecine néonatale en France

En France, sont distinguées trois catégories de maternités définies par les spécificités des soins qui y sont dispensés au nouveau-né et à la mère. Les maternités de niveau 1 prennent en soin les femmes dont la grossesse ne présente aucun problème identifié, elles comportent une unité d'obstétrique. Les maternités de niveau 2A accueillent les enfants nés après 33 SA et pesant au moins 1500 grammes, elles se composent d'un service d'obstétrique et de néonatalogie. Les maternités de type 2B sont similaires mais disposent en plus d'une unité de soins intensifs. Dans les maternités de types 3, vient s'ajouter une unité de réanimation néonatale : elles peuvent accueillir à ce titre les grossesses pathologiques, multiples et les grands prématurés ou très petits poids de naissance (Casian, 2021). Ainsi, c'est la qualité de son adaptation à la vie extra-utérine qui détermine l'unité dans laquelle le nouveau-né va séjourner : ceux qui ont besoin de soins vitaux sont soignés en unité de réanimation néonatale ; ceux ayant besoin d'oxygène supplémentaire et dont l'état est instable (et souvent ceux nés à 28 semaines de grossesse ou moins) sont soignés en unité de soins intensifs néonataux ; et les prématurés stables ne nécessitant que des soins de puériculture sont admis en service de néonatalogie (Louis, 2010).

2.2. Le personnel en néonatalogie

L'équipe soignante est composée de nombreux acteurs : pédiatre, infirmière puéricultrice, auxiliaire de puériculture, aide-soignante, psychologue, médecins spécialisés (ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, gastropédiatre...) et paramédicaux (psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste). Ils travaillent avec d'autres professionnels : secrétaire médicale, assistante sociale (*L'hospitalisation et soins*, 2022).

Ces soignants assurent ensemble l'entièreté des soins nécessaires au développement optimal du nourrisson. Plus spécifiquement, en ce qui concerne l'alimentation du nouveau-né : il s'agit d'un enjeu majeur du soin conditionnant la durée du séjour dans le service de soins, dont le soutien constitue une des missions de l'orthophoniste exerçant en USIN. Chevalier (2019) souligne la nécessité pour tous les acteurs de soin exerçant auprès de l'enfant hospitalisé d'envisager le temps d'alimentation tout autant comme assurant un apport nutritionnel permettant la croissance staturo-pondérale ; que comme un moment clef de structuration du langage oral, des compétences socles de la communication, et du processus d'attachement. De ce fait, le temps d'alimentation est un temps de vie entrant dans le champ de compétences de nombreux professionnels de la santé (orthophoniste, mais aussi puériculteur, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, médecin, psychomotricien) qui doivent y porter une attention toute particulière et le soutenir.

2.3. L'USIN et les sollicitations sensorielles atypiques

Après sa naissance, du fait de son immaturité, le nourrisson prématuré peut avoir besoin d'être soigné dans une unité de soins intensifs néonataux (USIN). Selon son état de santé, peuvent être installés un moniteur cardio-respiratoire, un saturomètre, et/ou une assistance ventilatoire. S'en suivront des prélèvements sanguins, et dans certains hôpitaux, une radiographie pulmonaire afin de déterminer le besoin en oxygène supplémentaire (Louis, 2010). Ainsi, afin de répondre aux besoins vitaux des nourrissons, les USIN sont des lieux où évoluent soignants et machines nuit et jour, dans des contraintes de temps, de disponibilité et d'urgence. Le nouveau-né est alors exposé à de très nombreux stimuli et sollicitations atypiques qui sont en rupture avec le continuum biologique auquel son système sensoriel immature s'attend. En effet, les attentes sensorielles de l'enfant sont précises et s'inscrivent dans la continuité de sa vie in-utéro (lumière filtrée, bruits atténués par l'enveloppe corporelle maternelle, odeurs et voix maternelles, contact précoce avec le parent...). Parmi les dystimulations, appelées ainsi car inadaptées à la maturité du système de régulation du nouveau-né, sont compris : les manipulations excessives, la lumière artificielle et les bruits excessifs, les soins douloureux, les perturbations du sommeil, et la séparation d'avec les

parents (Rousseau et al., 2022). Or, le cerveau du nouveau-né prématuré est sensible aux stimuli environnementaux, surtout si la naissance survient à la fin du second ou au début du troisième trimestre de grossesse (Butler & Als, 2008). De plus, les expériences postnatales précoces sont mémorisées par le nouveau-né et peuvent modifier le fonctionnement des systèmes sensoriels (Kuhn et al., 2022). Ainsi, les facteurs de stress et de surcharge sensorielle rencontrés en USIN peuvent affecter le développement neurologique et sensoriel de l'enfant (Gómez-Cantarino et al., 2020). Rousseau et al. (2022) affirment même que les dystimulations peuvent être en partie à l'origine des difficultés neurodéveloppementales des enfants nés prématurément qui séjournent dans les services de néonatalogie. Enfin, tous ces auteurs s'accordent sur la nécessité d'assurer un continuum biologique respectant les attentes sensorielles de l'enfant afin de préserver son développement neurologique sensoriel.

De plus, le matériel utilisé pour assurer les soins quotidiens du nouveau-né (cathéter, système d'aide à la ventilation, sondes...) peut être invasif et empêcher les mouvements naturels et réflexes du nouveau-né prématuré, le privant ainsi d'auto-stimulations positives. De même, la séparation enfant-parent induite par l'hospitalisation de la mère et/ou de l'enfant est une privation de stimulations positives pour le bébé. Cette séparation précoce peut affecter la création du lien d'attachement entre la mère et son enfant, ce qui peut avoir des répercussions sur le développement émotionnel et psychique de l'enfant (Misycki et al., 2022).

2.4. L'alimentation du nouveau-né prématuré

a. L'allaitement maternel

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation optimal, pour l'enfant né à terme comme pour l'enfant né prématurément, car il présente de nombreux avantages (Gremmo-Féger, 2022). Premièrement, la composition du lait maternel est extrêmement riche et se modifie au cours du développement du nouveau-né pour s'adapter à ses besoins tout au long de sa croissance. De plus, l'alimentation avec du lait maternel est associée à de nombreux effets bénéfiques à court et à long terme chez l'enfant et donc à plus forte raison chez l'enfant prématuré : diminution de l'incidence des infections nosocomiales et des entérocolites, meilleure tolérance de l'alimentation entérale, amélioration du devenir neurodéveloppemental (meilleures performances psychomotrices, meilleures performances scolaires, et résultats aux tests d'intelligence significativement meilleurs) et moindre prévalence des ré-hospitalisations (Gremmo-Féger, 2022). Selon ce même auteur, ces effets bénéfiques de l'allaitement maternel augmentent avec la quantité de lait maternel administré à l'enfant par jour pendant l'hospitalisation, et avec la durée de l'allaitement. Ils sont à mettre en lien avec de nombreux facteurs : amélioration de la relation mère-enfant et du lien

d'attachement, diminution du niveau de stress maternel, composantes intrinsèques du lait maternel qui permettent une meilleure croissance cérébrale. Sizun et al. (2003) ajoutent qu'a été mesurée une meilleure stabilité physiologique pendant la mise au sein, comparativement à l'alimentation au biberon. À cette alimentation peut s'ajouter une supplémentation, à ajuster selon les besoins de chaque enfant et selon les propriétés du lait maternel proposé.

Toutefois, s'il est un objectif vers lequel de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il faut tendre, l'allaitement maternel peut constituer un réel défi pour les dyades mère-enfant prématuré. En effet, selon Sizun et al. (2003), ce mode d'alimentation comporte de nombreux écueils et obstacles potentiels qu'il ne faut pas minimiser : une situation de stress psychologique chez la mère est un facteur limitant pour l'allaitement (le stress maternel pouvant mener à un retard de mise en route de la lactation (Lau, 2001)) ; l'allaitement nécessite un stade d'éveil suffisant du nouveau-né, nécessite la coordination de la succion-déglutition-respiration (en général acquise à partir de 35 SA) ; et peut être entravé par de nombreuses contraintes liées à l'institution (moins de présence de la mère auprès de son nouveau-né, croyances et manque de disponibilité des soignants, recours à des protocoles rigides). L'allaitement maternel doit être considéré comme un processus développemental continu spécifique à chaque enfant, qui dépend de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques au nouveau-né, avec de fortes variations inter-individuelles. Certaines pratiques favorisent la mise en place de l'allaitement maternel. Elles doivent s'inscrire dans une stratégie globale et dans un programme structuré de soins de développement centrés sur la famille. Sizun et al. (2003) et Gremmo-Féger (2022) évoquent des stratégies recommandées pour augmenter la durée et la prévalence de l'allaitement maternel chez l'enfant prématuré. Premièrement, Gremmo-Féger (2022) met en avant le respect du rythme (bases physiologiques), des besoins et des compétences de chaque enfant lors de la transition sonde-sein. Gremmo-Féger (2022) et Sizun et al. (2003) y ajoutent la valorisation des compétences de l'enfant et des parents, l'information prénatale et post-natale des parents quant aux bienfaits de l'allaitement, et la prise en soins du stress et des besoins maternels et familiaux. Ces auteurs s'accordent sur le bénéfice que représente le soutien d'un professionnel spécialisé en allaitement. Sizun et al. (2003) ajoutent que l'accès des parents à leur enfant 24h/24 avec instauration de séances de peau à peau doit être favorisé, et les parents intégrés le plus précocement possible dans les soins. Gremmo-Féger (2022) conseille de favoriser l'expression du lait maternel au chevet de l'enfant au plus tôt possible après sa naissance, avec un matériel adapté et efficace, et de mettre en place une succion non-nutritive du sein après expression du lait. En accompagnant la mère dans sa compréhension des signaux

comportementaux de son enfant, il sera possible de l'inciter à mettre son bébé au sein sans restriction de fréquence ou de durée, simplement en suivant les besoins du nourrisson (Gremmo-Féger, 2022). Enfin, selon cet auteur, il est important de trouver pour chaque dyade des positions d'allaitement qui conviennent à l'enfant (posture enroulée, en flexion, soutenue) et à la mère (confort). L'accompagnement de l'allaitement figure parmi les missions de l'orthophoniste (Mathisen et al., 2012).

b. Les dispositifs d'aide à la prise alimentaire chez le nouveau-né

Différents dispositifs d'aide à l'alimentation, ou d'alimentation alternative existent. Ils peuvent être mis en place chez les enfants qui n'ont pas la possibilité d'être alimentés par allaitement au sein ou au biberon. Ils comprennent : l'alimentation à la tasse, le dispositif d'aide à la lactation au sein ou au doigt, l'alimentation à la seringue. Le choix du dispositif dépend des caractéristiques physiques de l'enfant (anatomie, éveil, tonus), de sa maturité et de ses capacités motrices (compétences de déglutition, stade de coordination succion-déglutition-respiration) ; mais aussi des possibilités pour la famille de se saisir du matériel (Karabayir et al., 2022).

Le dispositif d'aide à la lactation (DAL) au doigt consiste à nourrir l'enfant à l'aide d'un tube placé le long du doigt du parent. L'enfant tète le doigt pour que le lait maternel s'écoule. Le DAL au sein reprend la même méthode, à la différence que le tube est fixé sur le sein et que l'enfant tète le mamelon. L'alimentation à la seringue, bien qu'elle soit citée dans la littérature internationale, est encore peu décrite et étudiée (Alinezhad Shebilouysofla et al., 2022).

L'alimentation à la tasse est également un moyen alternatif d'alimentation utilisé pour les enfants ayant des difficultés de coordination entre la succion, la déglutition et la respiration. Par ce procédé, l'enfant doit laper le lait présenté à la tasse pour, dans un second temps, coordonner la déglutition et la respiration. Cependant, quelques études nuancent les apports de cette technique et affirment que ce mode d'alimentation ne peut pas être recommandé par défaut (Maggio et al., 2012). Il est en effet associé à un risque accru de pneumopathie et à une durée d'hospitalisation plus importante. Une fois l'enfant sorti du service de soins, l'alimentation à la tasse est associée à un plus faible taux d'allaitement maternel exclusif (Maggio et al., 2012).

c. L'alimentation artificielle : entérale et parentérale

Certains enfants ont besoin d'être nourris de façon artificielle car l'alimentation par voie orale n'est pas possible ou suffisante. Différents dispositifs existent afin d'assurer leur nutrition et leur hydratation : l'alimentation entérale peut être continue ou intermittente, orogastrique ou nasogastrique, nasojejunale, ou via gastrostomie. La nutrition parentérale peut être centrale ou

périphérique. Le choix de l'une ou l'autre, ou d'une alimentation mixte, dépend des conditions médicales de l'enfant, et des protocoles de chaque établissement. Selon Pérez-Navero et al. (2005), il est préférable d'avoir recours à la nutrition entérale par rapport à la nutrition parentérale chez les enfants en soins pédiatriques n'y présentant pas de contre-indication car l'alimentation entérale permet un apport énergétique adéquat tout en étant mieux tolérée.

Le choix du moment où les essais d'alimentation orale pourront avoir lieu dépend de différents paramètres qui seront à évaluer par les soignants : âge, tolérance à l'alimentation, état respiratoire (Maggio et al., 2012).

3. L'oralité

3.1. Définition de l'oralité

L'oralité est un terme issu de la psychanalyse, qui désigne l'ensemble des fonctions dévolues à la sphère orale : ventilation, olfaction, gustation, et plus particulièrement la parole, la communication et l'alimentation. Le terme oralité regroupe donc deux sous-notions : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale (Guillerme, 2014). Elles mettent en jeu les mêmes structures sensorielles, motrices, neuro-intégratives, hormonales, affectives et cognitives (Abadie & Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, 2018). L'oralité se développe au cours de la vie du fœtus, au rythme de la maturation du tronc cérébral qui assure les coordinations des fonctions vitales (rythme cardiaque, ventilation, déglutition, et leur coordination avec la succion) indispensables à l'autonomie alimentaire après la naissance (Chevalier, 2019). Le développement anatomique et physiologique du fœtus est guidé par des lois génétiques (régissant la croissance et la migration tissulaire), l'environnement dans lequel le fœtus évolue (selon l'environnement maternel, différentes afférences sensorielles parviendront au fœtus) ainsi que par l'activité motrice fœtale (qui régira le bon développement des structures de la face) (Abadie, 2018 ; Chevalier, 2019).

3.2. L'oralité alimentaire primaire

a. Développement sensoriel et maturation de l'oralité fœtale

Au cours de la vie fœtale, au gré des périodes critiques du développement et de la maturation neurologique, se développent les systèmes sensoriels. Dès la 24^{ème} SA, le fœtus produit une réponse corticale à une stimulation somesthésique. Est observée une réponse corticale dès la 25^{ème} SA pour la nociception ; dès la 30^{ème} SA pour la gustation ; de la 24^{ème} SA à la 27^{ème} SA pour l'audition ; et dès la 31^{ème} SA pour la vue (Kuhn et al., 2022). Le développement de ses systèmes sensoriels permet au fœtus puis surtout au nouveau-né

d'appréhender et de prendre conscience de l'environnement dans lequel il évolue. De 14 à 41 SA, le fœtus découvre de nouvelles odeurs, bruits, goûts selon l'environnement dans lequel sa maman évolue : cela constitue une réelle évolution gnoso-praxique (Chevalier, 2019). L'oralité alimentaire prend appui sur le développement des systèmes sensoriels.

La position fœtale adoptée par l'enfant in-utero favorise la proximité des mains, des pieds et de la bouche, générant de nombreux contacts tactiles propices au développement gnoso-praxique. La maturation du fœtus s'accompagne de l'apparition des réflexes archaïques. Ces derniers lui permettent d'investir sa sphère orale comme un lieu d'expérimentation, d'entraînement et de plaisir. Notamment, à partir de 15 SA, le réflexe de Hooker est observable : langue au palais, émergence de trains de succion mobilisant la langue et la mandibule vers l'avant lorsque la main approche, passe devant, ou entre dans la bouche (Chevalier, 2019). Dès la fin du premier trimestre de grossesse, la succion fœtale est active. La déglutition fœtale, quant à elle, est observable dès la 18^{ème} SA : le volume quotidien de liquide ingéré augmente progressivement. La déglutition fœtale joue un rôle dans la circulation du liquide amniotique, mais aussi dans les fonctions pulmonaire, intestinale et digestive (Abadie & Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, 2018). Ainsi, dans le milieu utérin, le fœtus s'entraîne à téter ses mains et ses pieds et à déglutir le liquide amniotique.

Le développement anatomique de la face fœtale (bourgeons de la face) est programmé génétiquement, selon des lois de migration et de croissance tissulaires. Dans le tronc cérébral, l'activité rythmique des nerfs crâniens est responsable de l'activité réflexe du nouveau-né de 0 à 3 mois. En parallèle, se développe progressivement le système sensori-moteur, au sein de l'aire sensorimotrice du cortex primaire. L'activité motrice fœtale, régie par les nerfs crâniens et le système sensorimoteur, est en partie responsable du bon développement des structures de la face (position et mouvements de la langue dans la bouche, forme du palais secondaire, croissance de la mandibule...) (Abadie & Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, 2018).

Au cours du développement classique, dès la 27-28^{ème} semaine d'âge gestationnel, la succion non-nutritive (donc n'impliquant ni déglutition, ni fermeture laryngée) est proche de celle du nouveau-né à terme. La succion nutritive implique la déglutition et la respiration : ces trois fonctions doivent être coordonnées dès la naissance de l'enfant pour permettre son autonomie alimentaire (Abadie & Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, 2018). Avant la naissance chez les enfants à terme, les fonctions oro-motrices et sensorielles impliquées dans la succion-déglutition sont matures : motricité oro-pharyngo-laryngée, toucher, olfaction et

goût (Abadie & Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, 2018). C'est en général entre la 30^{ème} et la 34^{ème} semaine d'aménorrhée que la triade succion-déglutition-respiration est mature et que ces trois fonctions se coordonnent (Chevalier, 2019). Cela permet à la plupart des nouveau-nés de se diriger vers une alimentation autonome efficace dès leur naissance.

b. Physiologie de la succion-déglutition chez le nouveau-né

Lorsqu'il naît à terme, le bébé possède des réflexes archaïques d'origine sous-corticale. Certains réflexes oraux permettent de rechercher la source nourricière (réflexe de Hooker, fouissement, points cardinaux, automatisme d'orientation de la langue) (Brecheteau, 2015). Le réflexe de fouissement se traduit par le déclenchement du réflexe de succion-déglutition lors de la stimulation des récepteurs sensoriels péribuccaux du nouveau-né. Ce réflexe est étayé par des afférences sensorielles multiples : gustative, olfactive, tactile, et par des stimuli neuro-hormonaux en provenance de l'hypothalamus et du système digestif (cycle faim-satiété) (Abadie & Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, 2018). D'autres réflexes archaïques visent la prise alimentaire (réflexes de succion, de contraction de l'orbiculaire des lèvres, et antagoniste d'ouverture et de fermeture de la bouche) (Brecheteau, 2015). Tous ces éléments permettent à la plupart des nouveau-nés d'adopter dès leur naissance une alimentation autonome et fonctionnelle. Cette alimentation est également dépendante d'autres processus physiologiques : stabilité du système cardio-respiratoire, intégrité des structures digestives, régulation des états de veille-sommeil, compétences motrices et gnosiques de la sphère oro-faciale (Bruwier et al., 2022).

La succion nutritive est permise par une étroite coordination des effecteurs oro-faciaux (mandibule, joues, lèvres, langue, voile du palais). Selon Chevalier (2019) et Geddes et al. (2008), la prise stable et hermétique du mamelon en bouche est sous-tendue par l'abaissement de la mâchoire (entraînant un abaissement lingual), et du palais mou du nouveau-né. La dépression intra-buccale ainsi créée permet l'expression du lait, qui s'écoule dans la bouche de l'enfant. La langue remonte ensuite, augmentant la pression en bouche : le lait se déplace sous le palais mou. Une fois la langue retournée à sa position haute de départ, le lait est éjecté vers le pharynx et déclenche une déglutition. La langue et la mâchoire décrivent donc un mouvement vertical au cours du cycle de succion-déglutition, tandis que le lait est exprimé par une alternance de pression-dépression en bouche. L'anatomie du nouveau-né facilite la succion-déglutition-respiration : le volume de la cavité buccale est réduit du fait de la place que prennent les téguments des joues et la langue, le larynx est situé haut et le voile du palais est proportionnellement long : en entrant en contact avec l'épiglotte lors de la déglutition, il

permet une protection des voies aériennes (Abadie & Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, 2018). Pendant les trois premiers mois de vie, la ventilation lors du temps alimentaire est exclusivement nasale afin de permettre une bonne occlusion labiale sur la tétine ou le mamelon (Chevalier, 2019).

Ensuite, au cours de la maturation du nouveau-né et grâce à ses expériences et entraînements, ses compétences orales vont évoluer : amélioration de la force et de la mobilité des effecteurs oro-faciaux permettant une augmentation du rythme, de la force et de l'endurance des trains de succion ; amélioration de la pression négative intra-buccale permettant l'expression du lait, et acquisition d'une posture en flexion (Bruwier et al., 2022).

c. Naissance et continuum avec la vie in-utero

La naissance représente une véritable rupture pour le nourrisson, qui rencontre un environnement totalement différent du milieu utérin connu jusqu'alors. Selon Chevalier (2019), instaurer un continuum sensoriel faciliterait la transition vers la vie extra-utérine. Pour cela, le colostrum et le lait maternel peuvent être utilisés, de par leurs propriétés communes avec le liquide amniotique.

Après la naissance, il sera important de favoriser une posture en flexion, au plus proche de la position fœtale. C'est ce regroupement qui permettra au nouveau-né de continuer ses routines gnosopraxiques autour de la sphère orale, spontanément mises en place au cours de la vie in-utero. Lors de l'alimentation, la posture enroulée (bassin rétroversé basculé, mains regroupées dans l'axe et proches du visage, appui sous les jambes et sous le rachis cervical) permettra au nouveau-né de se sentir contenu, ancré et en sécurité pour s'alimenter et profiter d'interactions riches construisant le lien social avec le parent (Chevalier, 2019). Ainsi, selon ces mêmes chercheurs, la proximité continue avec la mère directement après la naissance permet d'assurer une continuité de la présence humaine.

La naissance va également s'accompagner de l'apparition de l'alternance faim-satiété, qui est une sensation nouvelle pour le bébé. Elle va, avec les temps de repas répétitifs et ritualisés, constituer un nouveau rythme de vie pour le nouveau-né. Avant la naissance, son temps s'organisait en cycles veille-sommeil toutes les 4 heures. Après la naissance, le sommeil et les temps d'éveil vont s'allonger jusqu'à atteindre un rythme circadien (Chevalier, 2019).

d. La place du temps d'alimentation dans le développement

Pendant le temps du repas, ce sont les touchers du parent (pieds, mains, joues, contact du corps de l'enfant avec celui du parent), ses paroles, l'ajustement postural du dialogue tonico-émotionnel qui vont solliciter l'enfant et lui permettre de rester opérationnel tout au long de la tétée. Le temps d'alimentation a deux fonctions : il assure une prise nutritionnelle permettant

une croissance staturale-pondérale harmonieuse ; et il constitue un moment privilégié au cours duquel se structurent les processus d'attachement, le langage oral, et les compétences sociales de la communication (Chevalier, 2019). Si la prise alimentaire est perturbée, ce sont tous ces domaines de développement qui peuvent également être impactés. C'est la raison pour laquelle une surveillance et un regard pluridisciplinaires sont nécessaires en cas de difficultés dans la prise alimentaire.

3.3. L'oralité alimentaire secondaire

a. La diversification alimentaire

Autour de l'âge de 4 à 7 mois, la plupart des enfants vont entrer dans l'oralité secondaire : c'est la diversification alimentaire. Cette étape correspond au passage de l'alimentation lactée exclusive vers une prise alimentaire mixte de plus en plus solide, donnée à la cuiller. Le nourrisson découvre alors différentes manières de manger (jusqu'à-là, seule l'expérience gnosopraxique et sensorimotrice de la succion-déglutition du lait était connue). La cuiller marque l'apport d'aliments nouveaux, dont l'adulte fait varier la texture, l'odeur, le goût. C'est également le contexte social et l'environnement du repas qui seront de plus en plus diversifiés. Naturellement et progressivement, le parent offre ainsi un champ d'expériences gnosiques, praxiques et sensorimotrices de plus en plus large à l'enfant (Chevalier, 2019).

L'oralité secondaire correspond donc à une phase de corticalisation des réflexes et compétences oraux, associée à une modification du comportement alimentaire. L'évolution du comportement alimentaire est permise par des modifications anatomiques : avec la croissance de l'enfant et notamment du cou, le larynx descend, la cavité buccale et le cavum laissent proportionnellement plus d'espace à la langue, le voile du palais en se contractant vient fermer le nasopharynx (Abadie, 2018).

Cette transition est dépendante de la qualité des expériences et entraînements oro-moteurs qui l'ont précédée, elle-même dépendante de la qualité des stimulations offertes par l'environnement du nouveau-né (Chevalier, 2019). L'enfant passe donc d'un schème moteur se rapprochant de la succion lors des premières propositions à la cuiller, pour évoluer vers un contrôle plus fin et volontaire du bolus en bouche : il pourra mobiliser latéralement le bolus, le malaxer, puis le propulser vers les zones réflexogènes de la déglutition. Le contrôle de la fermeture des lèvres pour la rétention du bolus alimentaire sera acquis dans la première année de vie (Abadie, 2018).

En parallèle, les nombreuses déglutitions pendant le premier trimestre de vie, et les expériences orales (objets portés à la bouche) participent au recul du réflexe nauséux et à la diminution de la sensibilité tactile des extrémités (Chevalier, 2019). En effet, la bouche

acquiert une nouvelle fonction et devient un organe permettant à l'enfant d'explorer son environnement.

b. Le passage aux morceaux

Ensuite, les compétences masticatoires vont se développer au gré de la croissance dentaire de l'enfant, des opportunités proposées, de la répétition des expériences, et de ses capacités. Elles deviendront matures aux alentours des 6 ans de l'enfant. Celui-ci passe ainsi d'une période de malaxage à une mastication plus fonctionnelle impliquant des mouvements latéraux de langue et de diduction de la mâchoire (Chevalier, 2019). De la même manière, la langue va peu à peu se dissocier de la mâchoire et effectuer des mouvements hélicoïdaux permettant d'amener le bolus alimentaire sous les molaires, puis de le propulser au contact des zones réflexogènes de la déglutition (Abadie, 2018).

3.4. Les troubles alimentaires pédiatriques

a. Définition des troubles alimentaires pédiatriques

Le terme de trouble alimentaire pédiatrique (TAP) désigne les pathologies ou difficultés pouvant survenir lors du développement de l'oralité alimentaire de l'enfant. Selon Goday et al. (2019), en période néonatale, les TAP peuvent prendre différentes formes : lenteur pour boire ou succion inefficace (tétées durant plus de 30 minutes) ; réflexe nauséux massif (se manifestant par des vomissements, hauts le cœur) ; troubles de la déglutition en coordination avec la ventilation (perte de lait pendant les tétées) ; mauvaise clairance pharyngée ; accès de toux ou désaturations pendant l'alimentation ; fausses routes ; cyanose ou rejet brusque de la tétine avec signes d'étouffement (en lien avec des difficultés de reprise inspiratoire au cours de trains de succion) ; reflux nasal, troubles de la ventilation (obstruction nasale, stridor, bronchopneumopathie) ; agitation, refus, inconfort voire angoisse face à la prise alimentaire ; satiété précoce ; troubles de la vigilance (pauses, endormissements).

b. Facteurs favorisant le développement de troubles alimentaires pédiatriques

Selon Abadie (2017), « le développement harmonieux de l'oralité alimentaire chez le nourrisson, et son comportement alimentaire dépendent de nombreux facteurs : anatomiques, physiologiques, hormonaux, sensoriels, neurologiques, psychologiques... ». Les causes de troubles du comportement alimentaire chez le nouveau-né sont donc multiples et variées. En outre, le passage par une nutrition artificielle, les hospitalisations, séjours en réanimation, et chirurgies précoces affectent négativement le vécu corporel du bébé, la régulation de son appétit ainsi que le lien mère-enfant, ce qui peut impacter le comportement alimentaire (Abadie, 2017).

Manger étant dans un premier temps de nature réflexe pour le nouveau-né, c'est à partir de l'âge de deux mois chez la plupart des enfants (nés à terme) que l'alimentation commence à être volontaire. Cela soulève un point important : les aversions orales peuvent parfois ne pas être remarquées au moment de la sortie du service de soins si l'enfant est alors âgé de moins de 2 mois (E. Ross, 2022). Cela justifie les actions de prévention et de surveillance qui suivent la sortie de l'hôpital.

Manger nécessite d'avoir la capacité de maintenir sa stabilité physiologique (donc son rythme cardiaque, sa respiration, son oxygénation) tout en mettant en œuvre les compétences motrices et sensorielles propres à l'alimentation (E. Ross, 2022). Entre autres, deux grands types de facteurs peuvent compliquer la prise alimentaire du nourrisson né prématurément : l'immaturation neurologique et le matériel médical envahissant la sphère orale et corporelle (pourtant nécessaire à la survie du nouveau-né).

Le nouveau-né prématuré, du fait de l'interruption du processus de gestation, présente une maturation neurologique incomplète : cette immaturité neurologique couplée à la limitation des possibilités d'expérimentation et d'entraînement des schèmes moteurs, altèrent la mise en place des réflexes nécessaires à l'alimentation (E. Ross, 2022). Cela peut se traduire par des difficultés de coordination de la séquence succion / déglutition / respiration. Le mécanisme même de la déglutition peut également être immature, tout comme l'adaptation sensorimotrice et gnosique du nouveau-né : selon Chevalier (2019), les enfants qui n'ont pas vécu suffisamment d'expériences autour de leur oralité avant la naissance (et ce pour différentes raisons : prématurés, oralité immature, troubles neurologiques) pourront rencontrer plus de difficultés pour adapter leur succion nutritive aux différents supports proposés par l'adulte.

Par ailleurs, l'équipement médical nécessaire à la survie de l'enfant est parfois envahissant et entravant. Tous ces appareils : sonde nasogastrique ou sonde d'alimentation, sonde d'intubation, masque à pression positive continue dans les voies aériennes ; envahissent la sphère orale et entravent son exploration par le nouveau-né tout en générant des sollicitations peu agréables voire douloureuses (appelées dystimulations). En particulier, la nutrition par sonde prive l'enfant d'expériences sensori-motrices en lien avec l'alimentation (saveur, odeur, texture, température, schèmes moteurs associés, contexte temporel, social et affectif du repas). De même, elle limite l'exercice sensorimoteur de la sphère oro-faciale qui a normalement lieu lors du temps alimentaire. La sonde est source de dystimulations : douleur, gêne au moment de la pose ou du changement, elle exacerbe le réflexe nauséux et sa présence permanente altère la sensibilité de la zone orale. En outre, il arrive que le nouveau-né prématuré soit

nourri tout en ayant un soutien respiratoire, ce qui peut causer des inhalations de nourriture involontaires et désagréables (E. Ross, 2022).

c. Conséquences des troubles alimentaires pédiatriques

Les TAP ont des conséquences négatives à court et long termes. Parmi celles-ci, on peut relever : un risque accru d'inhalations (épisodes dystimulants pour le nouveau-né, et facteurs de risque d'infections respiratoires) ; un retardement de l'acquisition de l'autonomie alimentaire et donc une prolongation de l'hospitalisation ; des hyper ou hypo réactivités prolongées de la sphère orale (pouvant aller jusqu'à une aversion alimentaire) ; et à long terme des praxies alimentaires durablement affaiblies et un impact relationnel prolongé (Bruwier et al., 2022).

Ross (2022) ajoute que les nouveau-nés prématurés sont à risque de développer des troubles de l'alimentation à long terme : par rapport aux enfants nés à terme, on note de moins bonnes performances pour manger, des refus de repas, des comportements inadaptés pendant le repas, ou des moins bonnes compétences orales. L'auteur ajoute que ces risques restent présents même pour les nourrissons quittant les services hospitaliers sans avoir eu recours à une sonde d'alimentation.

d. Prévention des troubles alimentaires pédiatriques

La prévention autour de l'alimentation, l'importance de préserver le nouveau-né d'expériences dystimulantes et de favoriser les stimulations positives est abordée par Chevalier (2019). Selon ce chercheur, une altération des expériences de déglutition d'au moins 2 semaines en période néonatale participe au maintien d'une hyper-réactivité des voies sensorielles primitives au niveau oro-facial (espace péri- et intrabuccal) et au niveau des extrémités des membres. À moyen terme, le réflexe nauséux peut devenir invalidant et limiter l'ingestion d'aliments en morceaux lors de la diversification alimentaire.

Ainsi, nous avons vu que du fait de son immaturité et de toutes les difficultés que peut rencontrer le nouveau-né prématuré dans son chemin vers l'alimentation autonome et efficace, un soutien à l'alimentation est rendu nécessaire au sein de l'USIN afin de favoriser le bon développement de son oralité (E. Ross, 2022). Il faudra considérer chaque expérience orale, qu'elle soit alimentaire ou non, comme une occasion pour le nouveau-né de développer les compétences qui lui permettront à terme d'adopter des comportements alimentaires fonctionnels. L'orthophoniste joue un rôle dans cette sensibilisation de l'équipe soignante.

4. Les soins du nouveau-né prématuré : soins de développement

4.1. Les soins du nouveau-né prématuré

Le premier soin à apporter au nouveau-né prématuré est la prévention. Retarder la prématurité et limiter ses conséquences négatives consiste avant tout à effectuer un suivi de la mère avant la naissance, afin de favoriser les grossesses en bonne santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2023). Pour cela, l'OMS mène des campagnes de prévention sur l'alimentation et la nutrition ; la consommation de tabac, d'alcool, de substances psychoactives ; le recours à l'échographie et le suivi médical de chaque grossesse afin d'identifier les facteurs de risque de naissance prématurée. Malgré tout, en cas de risque d'accouchement prématuré, les stéroïdes prénatals et les traitements tocolytiques pour retarder le travail peuvent être proposés à la femme enceinte afin de protéger le prématuré contre de futures déficiences neurologiques, difficultés respiratoires et infections. De nouvelles recommandations sur les soins aux prématurés après la naissance ont été mises au point par l'OMS, parmi celles-ci : la méthode kangourou, la mise au sein précoce, l'utilisation de la pression positive continue et l'administration de caféine contre les problèmes respiratoires. S'y ajoutent des recommandations sur l'intégration de la famille aux soins : contact continu entre mère et enfant dès la naissance, éducation, conseil et soutien aux familles (Organisation Mondiale de la Santé, 2023).

4.2. Définition des soins de développement

Selon la Fondation européenne pour les soins aux nouveau-nés, les soins de soutien au développement regroupent l'ensemble des interventions complémentaires aux soins médicaux qui ont pour objectif de protéger et favoriser la croissance et le développement du nouveau-né, de diminuer ses niveaux de douleur et de stress, et de lui offrir des expériences sensorielles adaptées à son développement. Ils englobent les techniques comportementales de soutien (positionnement du bébé, soins de peau à peau, intégration des parents dans les soins et la prise de décision des soins de leur enfant) et le contrôle des stimuli externes (par exemple : limitation des intensités lumineuses et sonores ambiantes et exposition aux voix parentales, diminution des manipulations non nécessaires, favorisation du peau à peau) (European Foundation for the Care of Newborn Infants, 2021). Ainsi, les soins de développement vont se traduire concrètement par une recherche de l'optimisation à la fois du macro-environnement (éclairage, son) et du micro-environnement (posture, gestion de la douleur et manipulations minimales, préservation du sommeil). L'objectif est de recréer pour

le nouveau-né un milieu aussi similaire que possible à celui que représente l'utérus maternel (Gómez-Cantarino et al., 2020).

4.3. Inclure les parents : les soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille (SCF)

a. Définition des SCF

Une naissance prématurée est une épreuve pour les parents. Nombre d'entre eux font face à divers ressentis négatifs : stress post-traumatique, perte de rôle parental, désorganisation face au comportement anormal du bébé prématuré ; qui les mènent à éprouver des sentiments de culpabilité, de solitude, ou de perte de contrôle (Casper et al., 2012).

Les SCF désignent les soins de soutien au développement du nourrisson intégrant la famille comme partenaire de l'équipe de soins de l'enfant, dans une dynamique collaborative et co-décisionnaire respectant les connaissances, compétences et expériences de chacun (Sizun et al., 2022). Ils sont basés sur le postulat que le pronostic de santé est optimal lorsque les membres de la famille du patient jouent un rôle actif dans les soins (Gooding et al., 2011). Les parents ne sont plus de simples visiteurs : ils prennent un rôle actif.

b. Mise en place des SCF

Les SCF doivent répondre aux besoins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et de la famille (Sizun et al., 2003). Pour cela, ils prônent un aménagement architectural précis des services de soins et l'adaptation des pratiques. Les SCF, pour se mettre en place, nécessitent également de modifier l'organisation-même des soins afin de les centrer au maximum sur la famille. Une connaissance des besoins de chaque famille est rendue indispensable (besoin d'être intégré aux soins, de sentir l'enfant en sécurité, de proximité physique avec l'enfant, de recevoir des informations, d'être considéré comme contributeur au rétablissement de l'enfant (Gómez-Cantarino et al., 2020)). Reconnaître l'importance de la relation entre parents et soignants (alliance thérapeutique dans le soin) permettra des échanges libres, l'expression des besoins de chaque famille, et donc une meilleure adaptation des soignants à ceux-ci. La communication entre soignants sera également primordiale afin de favoriser la continuité et la cohérence des soins et du discours médical. Selon Casper et al. (2016), l'implication des parents nécessite que certaines conditions soient remplies pour être bénéfique et se faire sereinement. Les soins pouvant être impressionnants, les parents ont besoin d'un accompagnement mêlant soutien émotionnel, écoute (des préférences individuelles et du ressenti parental), autonomisation, environnement accueillant, apprentissage et information sur les soins, pour se sentir en confiance.

L'ESF (European Research Network on Early Developmental Care) a mis au point des principes qui guident les équipes soignantes vers une pratique respectant les SCF. Figurent parmi ces recommandations : accès parental gratuit sans limitation au chevet de l'enfant ; éducation parentale et soutien psychologique ; évaluation et gestion de la douleur du nouveau-né ; contrôle de l'environnement en surveillant les niveaux sonore et lumineux ; apport d'un soutien postural à l'enfant (flexion, facilitation du contact main-bouche et de l'activité motrice) ; promotion du peau à peau ; soutien à l'allaitement ; protection du sommeil (Roué et al., 2017). Ces principes sont respectés dans les programmes de SCF établis.

Pour s'inscrire concrètement dans cette démarche de soin, il est possible de proposer aux parents de participer au traitement de la douleur et de jouer un rôle dans la préservation du sommeil, ces deux axes étant fondamentaux pour le bon développement du nourrisson (Pierrat et al., 2012). Ils peuvent également participer aux soins quotidiens dont leur enfant a besoin, de façon guidée par les professionnels soignants puis de plus en plus autonome (soins de bouche, de peau, alimentation, change, bain, peau à peau). Ils apprendront à connaître et comprendre leur enfant, à le toucher et le réconforter (regard et observations des signaux émis) (European Foundation for the Care of Newborn Infants, 2021).

Selon Butler et al. (2008), l'implantation d'un programme de SCF dans un établissement nécessite un changement à la fois dans la formation des soignants et dans l'organisation concrète du service, mais aussi et surtout dans les rapports sociaux qui se jouent entre les différents acteurs du soin (personnel soignant à différents niveaux, parents, nourrissons...). Le rôle-même des soignants évolue pour s'inscrire de plus en plus dans une démarche de formation et d'accompagnement du parent (Gómez-Cantarino et al., 2020). Cela nécessite une formation continue des professionnels afin de développer et d'entretenir de nombreuses connaissances théoriques. Cela nécessite également d'inclure une pratique réflexive dans le quotidien du soignant. Dans certains programmes, un ou plusieurs professionnels spécialistes doivent être formés à l'observation néonatale et au tutorat pour guider le changement initié au sein de la structure (Ratynski et al., 2009). Ce professionnel peut être, entre autres, une orthophoniste.

4.4. Justifier la mise en place des SCF

a. Préserver le développement cérébral

Le développement du cerveau du fœtus puis du nouveau-né est régi par les inférences sensorielles qu'il reçoit. En particulier, les dernières semaines de vie in-utéro du fœtus constituent une période sensible du développement cérébral. Le cerveau est alors très sensible aux modifications globales d'environnement. Les anomalies de développement cérébral des

nouveau-nés prématurés semblent au moins en partie liées à ces premières semaines de vie dans un environnement différent du milieu utérin (Pierrat et al., 2012). Des expériences négatives peuvent affecter la santé de l'enfant à court et à long terme. Or, le nouveau-né prématuré est exposé de façon accrue à un environnement en inadéquation avec ses attentes sensorielles biologiques (soins douloureux, des interruptions de repos, sont des expériences négatives) (Klemming et al., 2021). Les SCF cherchent à réduire cet impact négatif.

b. La théorie de l'attachement, ou pourquoi intégrer la famille

La théorie de l'attachement est un concept fondé par Bowlby en 1969. L'attachement est défini comme un besoin primaire de l'être humain. Il a pour objectif de favoriser la proximité de l'enfant avec des adultes pouvant lui procurer sécurité et réconfort (qui sont les figures d'attachement). L'enfant naît avec une prédisposition innée à l'attachement, et c'est par la répétition des soins et des moments partagés avec la figure d'attachement que se tisse le lien d'attachement. Plus le système d'attachement est activé, plus l'enfant recherche le contact avec sa figure d'attachement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). L'activation du système d'attachement de l'enfant se traduit par des comportements tels que les cris et les pleurs (Misyski et al., 2022). Les comportements d'attachement sont donc déclenchés par différents facteurs (douleur, fatigue, inconfort, faim, stimulus stressant) et sont arrêtés par l'obtention de la proximité physique avec le parent (Guedeney et al., 2021). Ce lien d'attachement est primordial pour le développement futur de l'enfant. Si l'enfant se sent en sécurité et sait sa figure d'attachement à proximité ou disponible en cas de besoin, il pourra s'adonner à des activités de découverte et d'exploration qui sont nécessaires à son développement psychomoteur, cognitif et émotionnel, et ainsi gagner en autonomie personnelle. Une fois adulte, il sera plus à même de faire face aux événements de vie négatifs et de réguler ses émotions négatives (frustration, colère, tristesse...) (Guedeney et al., 2021). Ainsi, la construction d'un lien d'attachement sain et solide est un enjeu majeur qui aura des conséquences tout au long de la vie de l'enfant.

Or, selon Klemming et al. (2021), le processus d'attachement qui lie l'enfant à ses parents démarre dès la grossesse et peut être interrompu ou perturbé par la naissance prématurée (ou la maladie inattendue). Est en cause, entre autres, la séparation non naturelle générée par l'hospitalisation de l'enfant. Cette séparation peut également entraver la mise en place de l'allaitement maternel, pourtant très utile pour favoriser la proximité mère-enfant et le lien d'attachement (Misyski et al., 2022).

Pour inclure les parents dans la prise en soins des nouveau-nés prématurés, la théorie de l'attachement apporte un éclairage précieux. Elle permet, en plus de justifier la nécessaire

présence des parents auprès de leur enfant, de mieux comprendre les réactions parentales (agression, fuite, figement, retrait) qui peuvent être observées en service de néonatalogie. Mieux les comprendre aide les soignants à les accepter et à y faire face (Misyski et al., 2022). Cela souligne l'importance de sensibiliser les soignants aux enjeux de l'attachement afin qu'ils adoptent une attitude compréhensive, qui leur permettra de ménager et d'accompagner le parent tout en instaurant un climat de confiance.

c. Les bénéfices des SCF

Les soins prodigués par les parents peuvent jouer un rôle protecteur sur le développement cognitif, psychomoteur et socio-émotionnel des enfants prématurés (Misyski et al., 2022).

La plupart des soignants interrogés estiment que la prise en soins suivant les principes des SCF favorise la présence des parents auprès de leur enfant, améliore leur implication dans les soins et l'attachement à leur bébé ainsi que leur propre confiance dans leur rôle parental (Glorieux et al., 2012). De nombreuses études confirment ces avantages. En effet, en les mettant dans une posture active, les SCF aident les parents à faire face au stress que représente l'hospitalisation de leur enfant (Gooding et al., 2011). Cela permet également d'accroître leur sentiment de compétence parentale à la sortie de leur enfant (Roué et al., 2016). Dans les faits, selon Gómez-Cantarino et al. (2020), les mères soutenues par l'équipe soignante se montrent les plus impliquées dans les soins quotidiens et l'exercice de leur rôle maternel. En effet, il est reconnu que recevoir une information adaptée et bénéficier d'un temps accru de présence parentale permet aux mères de gagner en confiance face aux soins à prodiguer au nouveau-né prématuré. Le taux d'allaitement maternel est plus important dans les dyades dont la mère est intégrée comme partenaire de soin (Glorieux et al., 2012). Pour le nouveau-né, cela permet une meilleure adaptation à l'environnement extra-utérin, en témoignent la régulation des signes vitaux (fréquence cardiaque, respiratoire et température) et une meilleure prise de poids (Gómez-Cantarino et al., 2020). La présence et l'implication parentales dans les soins sont associées à une réduction de la durée du séjour en USIN, une meilleure construction du lien d'attachement, une diminution de la prévalence de certaines complications (respiratoires, oculaires) (Roué et al., 2017). De plus, la présence parentale, le peau à peau et le portage de l'enfant hospitalisé en USIN sont positivement corrélés au développement psychomoteur de l'enfant, à court et à long terme (Pineda et al., 2018). Tous ces éléments facilitent la transition vers le domicile.

4.5. Les programmes de soins de développement existants

Plusieurs programmes d'intervention précoce centrée sur le nourrisson et sa famille existent. Roué et al. (2016) font mention des programmes présentés ci-après. Le NIDCAP propose des

interventions de soutien guidées par une analyse fine du comportement de l'enfant. L'observation du nouveau-né permet de prendre connaissance de ses compétences et de ses seuils de désorganisation.

Le COPE (Creating opportunities for parent empowerment) consiste à offrir aux parents une formation indirecte (documents écrits et vidéos) dans le but de les aider à comprendre les réactions de leur enfant afin de le soutenir de façon optimale. Le Family Integrated Care cherche à offrir aux parents des moyens physiques (accès au parking, à une cuisine, à des tire-lait, des salles conviviales et de repos...) et des connaissances (formations aux soins), ainsi qu'un soutien psychologique (échanges entre parents) afin qu'ils puissent participer activement aux soins de leur enfant. Enfin, il existe des programmes centrés sur la connexion émotionnelle entre l'enfant et la mère, et notamment le Family Nurture Intervention qui prône un contact permanent entre la mère et l'enfant. D'autres initiatives existent également : parmi eux, la démarche IHAB (Initiative hôpital ami des bébés) est un label créé dans l'objectif de protéger, encourager, soutenir l'allaitement maternel (Pierrat et al., 2012). D'autre part, les soins de couple (visant la mère et son enfant nécessitant des soins néonataux) prônent une organisation des soins qui permet à la mère et à l'enfant d'être soignés ensemble, dans le même service et de manière ininterrompue de la naissance à la sortie de l'hôpital. L'objectif est de favoriser la création des liens d'attachement entre la mère et son enfant malgré les conditions particulières d'une hospitalisation précoce (Klemming et al., 2021). En plus de respecter les lois inscrites dans le premier paragraphe de l'article 9 de la convention des droits des enfants, établie par le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (United Nations International Children's Emergency Fund, 1990) ; les effets bénéfiques des soins de couple ont été démontrés à la fois pour la mère et pour l'enfant (Rousseau et al., 2022). Selon le GREEN (Groupe de réflexion et d'évaluation de l'environnement du nouveau-né de la Société Française de néonatalogie), leur mise en place dans le système de soin français est possible et bénéfique.

MÉTHODE

Afin de répondre à la question de recherche guidant ce travail, une revue de la littérature a été réalisée. La question centrale de cet écrit est formulée de façon large, et accepte une grande variété de réponses : une revue systématique de la portée est donc la forme de revue de la littérature la plus adaptée pour y répondre (Tricco et al., 2018). Ainsi, pour la réalisation de cette revue, la dernière version en date de la méthodologie PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) a été utilisée (Page et al., 2021). La consultation et l'adhésion aux normes PRISMA a permis d'adopter une méthodologie

rigoureuse dans cet écrit. Plus particulièrement, l'extension adaptée aux revues de la portée a servi de guide pour ce travail (Tricco et al., 2018). Toutefois, par manque de moyens, tous les principes de cette méthodologie n'ont pas pu être appliqués. Parmi les 22 éléments figurant sur la liste de contrôle établie par Tricco et al. (2018), 20 items ont été respectés (voir en Annexe III). Les deux points non respectés ne l'ont pas été parce qu'ils ne répondaient pas au format de cette étude (description du financement) et par manque de moyens (étude du niveau de preuve des articles).

Pour répondre à la question de recherche, aucun protocole de revue de la littérature ne préexistait. Le protocole suivi dans ce travail a donc été créé et observé pour la première fois dans cet écrit, mais n'a pas fait l'objet d'une publication préalable.

La première étape de ce travail a consisté à établir une équation de recherche. Pour cela, les concepts clés définissant le sujet de recherche ont été identifiés. Ils ont constitué les critères d'inclusion des articles dans l'étude. Les concepts ont directement été évoqués en langue anglaise afin de correspondre à toutes les bases de données (speech pathology, neonatal intensive care unit, preterm or small for gestation age infants). Ensuite, une recherche non exhaustive sur la base de données Pubmed a permis d'établir un gold set (ensemble d'articles similaires à ceux recherchés pour répondre à la question de recherche). Ce dernier a servi à identifier le vocabulaire utilisé par les auteurs, puis a permis de tester l'équation de recherche une fois celle-ci élaborée. Ensuite, un tableau de vocabulaire a été dressé, dans lequel sont listés, pour chaque concept-clé, les termes libres et les descripteurs MeSH correspondants (en vue d'une recherche sur les bases de données Pubmed et Cochrane Library). Ce tableau est fourni en Annexe I. Les descripteurs MeSH ont été trouvés sur les plateformes HeTOP puis MeSH database afin de s'assurer de leur traduction exacte. L'équation de recherche, une fois créée, a été testée sur le site Polyglot Search Translator (Clark et al., 2020). Ce logiciel a permis d'obtenir les équations de recherche adaptées syntaxiquement aux bases de données PubMed, Cochrane Library, et Scopus (recherches effectuées le 15/11/2023, voir en annexe II les équations de recherche utilisées). Pour la base de données Web Of Science, l'outil de recherche avancée a été utilisé (recherche effectuée le 29/11/2023 : voir l'équation de recherche en Annexe II). Aucun résultat n'a été obtenu sur les bases de données : Cochrane Library (recherche effectuée le 15/11/2023, voir équation de recherche en Annexe II), Lissa (recherche effectuée le 15/11/2023 en utilisant l'option de recherche avancée, voir en Annexe II). Les bases de données utilisées ont été sélectionnées, dans un souci d'accessibilité aux articles, parmi celles auxquelles Nantes Université est abonnée. Au vu du

petit nombre de résultats obtenu, aucun critère d'exclusion précisant la date, langue ou type d'étude n'a été appliqué.

Toutes les références exportées des bases de données ont été regroupées sur le site internet Rayyan (Ouzzani et al., 2016). Cette plateforme a facilité le tri des références en offrant une interface adaptée. Les doublons ont été examinés un à un et supprimés de la liste des références. Chacune des références restantes a ensuite été examinée et triée selon si elle semblait pertinente ou non pour répondre à la question de recherche. Ce tri a été effectué selon les données fournies dans le titre et le résumé, selon des critères d'inclusion et d'exclusion qui sont les suivants : l'article doit porter sur les nouveau-nés pendant leur période d'hospitalisation en service de médecine néonatale ou sur leur famille, l'article doit mentionner un ou plusieurs rôles de l'orthophoniste auprès du nourrisson, de ses proches ou au sein de l'équipe soignante. Ainsi, au total 95 articles ont été sélectionnés. Ensuite, ces références ont été recherchées sur les bases de données citées plus haut afin d'en récupérer les textes intégraux. Pour des raisons financières, n'ont été conservées que celles disponibles en libre accès ou consultables grâce aux abonnements de Nantes Université. Les textes n'étant pas rédigés en langue anglaise ou française ont été exclus. Pendant cette étape de sélection, les articles dont les textes intégraux ont pu être récupérés ont été lus afin de valider leur pertinence pour répondre à la question de recherche. Cela concerne les articles pour lesquels un doute subsistait quant à la population étudiée ou l'implication de l'orthophoniste dans le protocole de soin décrit.

Puisque seulement trois articles répondaient de manière assez complète à la question de recherche (dont un travail de fin d'études d'orthophonie d'une école américaine, ayant donc un niveau de preuve non calculable), le choix a été fait de conserver les 44 références obtenues et de les étudier dans leur intégralité. Il a été considéré qu'une revue de la littérature portant sur seulement trois articles aurait un intérêt moindre par rapport à ce travail. Cela sera abordé en discussion. Les 44 textes sélectionnés ont été lus une première fois. Cette première lecture a permis de faire émerger les principaux rôles de l'orthophoniste abordés dans chaque article. Concernant la récolte et le maniement des données issues des articles, les mentions de l'orthophoniste ont été regroupées par catégories à l'aide des connaissances de l'auteur. Les rôles n'entrant dans aucune catégorie préexistante ont été considérés comme constituant une nouvelle catégorie, et ainsi de suite. Les textes ont donc été regroupés de manière à établir, pour chaque mission de l'orthophoniste, une liste des références la mentionnant. Si un rôle était mentionné dans plusieurs articles, il a été associé à plusieurs références. De même, un article mentionnant plusieurs rôles a été associé à plusieurs catégories. Il a été décidé de ne

considérer comme attribués à l'orthophoniste que les rôles mentionnés directement comme étant du ressort de l'orthophoniste. Aucune inférence n'a été réalisée : tous les rôles impliquant des soignants ne mentionnant pas explicitement l'orthophoniste n'ont pas été comptabilisés. Les biais occasionnés par ce choix seront abordés en discussion. Une seconde lecture des 44 articles a permis de s'assurer qu'aucune mission n'a été mentionnée dans une étude sans être relevée dans ce travail. Au cours de cette deuxième lecture, un tableau de résultats a été créé, répertoriant pour chaque référence les données extraites : le titre, les noms des auteurs, la date de publication, le nom du journal et le pays concerné par l'étude et le cas échéant le pays de l'auteur principal ; les rôles de l'orthophoniste associés à des numéros faisant référence aux catégories mentionnées plus haut ; et pour chaque rôle, les détails spécifiés dans l'article (dans la mesure du possible, ces éléments ont été traduits au plus proche des propos des auteurs selon les connaissances de l'auteure de ce travail) ; ainsi que tout autre élément permettant de caractériser la place de l'orthophoniste dans l'USIN mais n'entrant dans aucune catégorie de rôle. Les résultats obtenus ont été répertoriés dans un tableau et synthétisés dans un texte après une analyse descriptive des études conservées (voir parties résultat et discussion). Par manque de disponibilité et de moyens humains, tout ce processus n'a été réalisé que par un seul examinateur : ce biais sera abordé en discussion. Ces étapes d'identification, sélection et inclusion sont décrites dans un diagramme de flux conformément à la méthode PRISMA (Page et al., 2021).

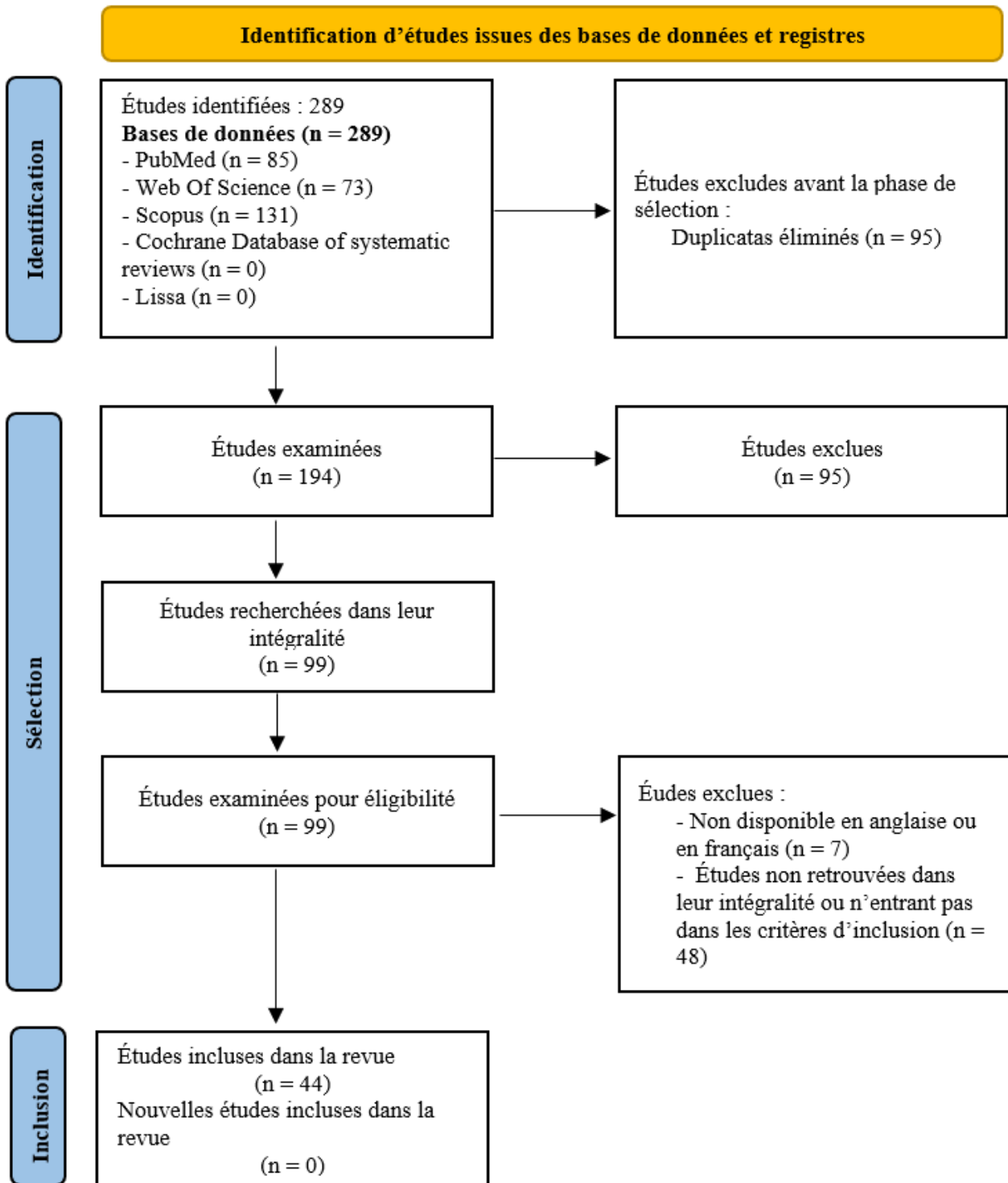
RÉSULTATS

1. Résultats de la recherche des articles et diagramme de flux

Dans cette revue de la littérature, 289 références ont été étudiées. Ces références provenaient exclusivement des bases de données interrogées entre le 15 et le 29 novembre 2023 (PubMed a fourni 85 résultats, Web Of Science a fourni 73 résultats, Scopus a fourni 131 résultats, Cochrane et Lissa n'ont fourni aucun résultat). Après le tri des doublons, 95 études ont été exclues. La lecture des titres et résumés des 194 études restantes a permis d'en conserver 99. À cette étape, 7 articles ont été exclus car non disponibles en langue française ou anglaise et 48 références ont été exclues par inaccessibilité à leurs textes intégraux via les abonnements de Nantes Université, ou par inadéquation avec les critères d'inclusion. Ainsi, suite à la recherche des textes intégraux et à l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, ce sont 44 références qui ont été obtenues. Les 44 articles retenus ont été lus en entier et intégrés dans l'étude. Ci-après est présenté le diagramme de flux retraçant ces différentes étapes.

Figure 1. Diagramme de flux PRISMA

Modèle provenant de Page et al., 2021



2. Description des études

Tous les articles étudiés ont été rédigés en langue anglaise. L'article le plus ancien a été publié en 1996, le plus récent en 2023. L'année médiane de publication est 2017 : 50% des articles ont donc été publiés il y a 6 ans ou moins. Considérant notre échantillon, autant

d'articles mentionnant l'orthophoniste en services de soins néonataux ont été publiés entre 1996 et 2017 (soit en 21 ans) qu'entre 2017 et 2023 (soit en 6 ans). Ainsi, le nombre de publications mentionnant l'orthophoniste en services de soins néonataux dans la recherche internationale a connu une large augmentation au cours des dernières années.

Tous les continents sont représentés au sein de la sélection d'articles. Cependant, il est à noter que certains continents sont largement plus présents que d'autres : l'Amérique du Nord fournit 18 articles (16 aux États-Unis, 2 au Canada), l'Asie fournit 10 articles (5 provenant d'Iran, 2 de Corée du Sud, 1 de Taïwan, 1 d'Inde et 1 de Turquie), l'Afrique fournit 8 articles (tous provenant d'Afrique du Sud), l'Amérique du Sud fournit 4 articles (Brésil). L'Océanie et l'Europe sont les continents les moins représentés, avec chacun 2 articles (2 d'Australie, 1 des Pays-Bas et 1 du Royaume-Uni).

Parmi la sélection, 40 articles ont été publiés dans des revues ou des journaux spécialisés. Deux autres études sont des travaux de recherche réalisés pour l'obtention de diplômes équivalents au certificat de capacité en orthophonie, ils peuvent être assimilés à des mémoires. Les caractéristiques des articles sélectionnés sont présentées dans un tableau, en Annexe IV.

3. Présentation des résultats : les rôles de l'orthophoniste en unité de soins néonataux mentionnés dans les études

3.1. Catégorisation des missions orthophoniques abordées dans les études

Au total, 24 catégories ont été créées. Chacune représente un rôle exercé par l'orthophoniste en unité de soins néonataux, mentionné dans les articles pris en compte dans la revue de littérature. Une numérotation des missions a été établie, de 1 à 24. Entre parenthèses, est indiqué le nombre d'articles faisant mention du rôle concerné.

- 1 : L'orthophoniste exerce un rôle auprès des autres professionnels appartenant à l'équipe soignante. (13)
- 2 : L'orthophoniste évalue les capacités oro-motrices et/ou d'alimentation. (30)
- 3 : L'orthophoniste évalue les interactions précoces et les capacités de communication. (3)
- 4 : L'orthophoniste évalue l'enfant (élément évalué non précisé). (3)
- 5 : L'orthophoniste soutient et entraîne les capacités d'alimentation. (25)
- 6 : L'orthophoniste soutient et accompagne l'allaitement maternel. (6)
- 7 : L'orthophoniste assure un suivi de l'enfant et de la famille pendant l'hospitalisation (sans précision sur la nature de l'intervention). (2)
- 8 : L'orthophoniste accompagne la mise en place et l'utilisation de l'alimentation artificielle à l'hôpital et au domicile. (4)

- 9 : L'orthophoniste contribue à l'aménagement de l'environnement du nouveau-né. (6)
- 10 : L'orthophoniste intervient sur le plan sensoriel auprès de l'enfant hospitalisé afin de favoriser son développement neurologique. (7)
- 11 : L'orthophoniste soutient les interactions précoces, la communication, et/ou le lien parent-enfant. (6)
- 12 : L'orthophoniste mène des actions indirectes favorisant un bon neurodéveloppement (positionnement et/ou handling, qui désigne les soins quotidiens du nouveau-né). (6)
- 13 : L'orthophoniste participe à la kinésithérapie respiratoire. (2)
- 14 : L'orthophoniste est impliquée dans la mise en place et l'application des soins de développement. (5)
- 15 : L'orthophoniste soutient, aide à l'éducation et/ou l'accompagnement des parents. (18)
- 16 : L'orthophoniste participe à l'éducation thérapeutique du patient. (2)
- 17 : L'orthophoniste contribue à préparer l'enfant et la famille pour la sortie d'hospitalisation, participe à la gestion des plannings de sortie et de transition vers le domicile, puis assure un suivi une fois l'enfant rentré à domicile. (5)
- 18 : L'orthophoniste participe aux échanges d'équipe au sujet des patients (discussions sur des cas cliniques, participation au questionnement diagnostic, adressage, questionnement éthique, gestion des plannings des sorties). (3)
- 19 : L'orthophoniste assure un rôle de consultant auprès des services de soins néonataux ne comptant pas d'orthophoniste, ou auprès des autres professionnels de soins. (4)
- 20 : L'orthophoniste doit veiller à fournir des soins les plus rentables possibles, de la meilleure qualité qui soit. (2)
- 21 : L'orthophoniste s'implique dans la formation (celle des étudiants, et sa propre formation continue). (4)
- 22 : L'orthophoniste participe à la recherche scientifique et/ou mesure l'efficacité de ses interventions. (26)
- 23 : L'orthophoniste est impliquée dans des actions de prévention et de sensibilisation. (8)
- 24 : L'orthophoniste intervient auprès d'enfants présentant des pathologies variées, et doit à ce titre se former dans les domaines correspondants. (9)

3.2. Tableau de présentation des résultats détaillés

Pour chaque article, les missions de l'orthophoniste ont été relevées et complétées par les détails apportés par chaque auteur. Les résultats sont présentés dans un tableau.

Tableau 1. Résultats de la revue de littérature

Les numéros en première colonne permettent l'identification des articles concernés, se référer à l'Annexe IV pour trouver les correspondances.

N°	Numéro correspondant au rôle de l'orthophoniste mentionné, et détails spécifiques à chaque article	Autre(s) élément(s) notable permettant de caractériser la place ou le rôle de l'orthophoniste
1 (Sturdivant, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste évalue les capacités oro-motrices et/ou d'alimentation. - 19 : L'orthophoniste joue un rôle de consultant auprès des services de néonatalogie ne comptant pas d'orthophoniste, ou auprès des autres professionnels de soins. - 15 : L'orthophoniste joue un rôle d'éducation auprès des parents. - 1 : L'orthophoniste joue un rôle d'éducation auprès des autres soignants de l'USIN. - 11 : L'orthophoniste nourrit la relation parent-enfant. - 22 : L'orthophoniste s'inscrit dans la recherche scientifique en intégrant des groupes d'auteurs cherchant à définir les pratiques de soins. - 24 : Les enfants porteurs de fentes labiale et/ou palatine, ou nés avec des syndromes génétiques sont adressés à l'orthophoniste pour une évaluation et une intervention. 	L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins. Elle est intégrée parmi les spécialistes néonataux (aux côtés des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes).
2 (Apalodimas et al., 2019)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste se rend disponible à la consultation pour les enfants requérant une évaluation poussée de leurs capacités d'alimentation. - 24 : L'orthophoniste intervient dans le protocole de soins prévu pour les enfants nés prématurément ou de petit poids de naissance, présentant une persistance du canal artériel. 	L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins.
3 (Bell & Alper, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste prépare l'enfant pour l'évaluation de la déglutition (par vidéo radioscopie). - 15 : L'orthophoniste explique aux parents l'intérêt de l'évaluation de la déglutition par vidéo-radioscopie et les accompagne lors de l'examen. - 5, 9, 12 : L'orthophoniste agit par des modifications environnementales (positionnement et environnement calme), des stimulations oro-motrices (stimulation de la succion non-nutritive et sollicitation des réflexes) et des modifications de la routine d'alimentation (positionnement et gestes de soutien, sélection des outils, modification de la viscosité du lait et modulation du rythme de la tétée). - 6 : L'orthophoniste travaille aux côtés d'une consultante en lactation, afin d'aider les dyades mère-enfant dans la mise en place de l'allaitement maternel. 	

4 (Krüger et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste évalue les capacités d'alimentation (à l'aide de l'échelle VFSS), participe à l'évaluation de la déglutition en vidéofluoroscopie (passation et analyse du test), et participe à évaluer la disponibilité de l'enfant pour commencer l'alimentation orale. - 5, 15 : L'intervention orthophonique prend la forme de guidances parentales et de stimulations orales* (<i>*terme employé par les auteurs</i>), dans le but d'améliorer la coordination des phases orale et pharyngée de la déglutition. - 24 : L'orthophoniste doit connaître les particularités de l'alimentation des enfants présentant une encéphalopathie ischémique hypoxique afin de les prendre en soins de façon adaptée. - 22 : L'orthophoniste participe à l'évaluation des nourrissons conformément au protocole de recherche de l'étude. 	L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins.
5 (Sassi et al., 2023)	<ul style="list-style-type: none"> - 5 : L'orthophoniste intervient pour accompagner le nouveau-né vers une alimentation orale exclusive, en réalisant des stimulations* alimentaires. - 2 : L'orthophoniste réalise une anamnèse, puis évalue les dysfonctions orales (organisation corporelle et comportementale, réflexes oraux, succion nutritive et non-nutritive, coordination succion-déglutition-respiration, réactivité sensorielle). L'évaluation orthophonique doit révéler une alimentation fonctionnelle, et l'enfant ne doit plus nécessiter d'intervention orthophonique pour qu'une sortie d'hospitalisation soit envisagée. - 24 : L'orthophoniste évalue les nouveau-nés prématurés et présentant un gastroschisis (malformation congénitale abdominale). - 22 : L'orthophoniste participe à l'évaluation des nourrissons dans le cadre du protocole de recherche. 	L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins.
6 (Medeiros et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste évalue les capacités oro-motrices et/ou d'alimentation. - 5 : L'intervention orthophonique consiste en un entraînement de la succion non nutritive au doigt ganté ou au sein vide. - 6 : À travers l'entraînement de la succion non nutritive au sein vide, l'orthophoniste cherche à faciliter la transition vers l'allaitement maternel. - 22 : L'orthophoniste réalise les protocoles d'évaluation et d'intervention étudiés dans l'article. 	
7 (Chang et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> - 22 : L'orthophoniste participe à la traduction de l'échelle d'évaluation des capacités d'alimentation du nourrisson prématuré (Premature Oral Feeding Readiness Assessment Scale). Le chercheur principal de l'étude est une orthophoniste. - 2 : L'orthophoniste administre l'échelle PIOFRAS traduite en chinois traditionnel, et évalue l'organisation comportementale, la posture orale, les réflexes oraux, et la succion non nutritive. 	
8 (Hoebe et al., 2023)	<ul style="list-style-type: none"> - 15 : L'orthophoniste est intégrée dans l'équipe paramédicale impliquée dans le soutien psychosocial fourni aux parents. 	
9 (Murphy et al.)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 : L'orthophoniste exerce un rôle auprès des autres professionnels appartenant à l'équipe soignante. - 2 : L'orthophoniste évalue les capacités de déglutition pour estimer si les essais alimentaires peuvent être commencés sans danger. 	- L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans

al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> - 5, 23 : L'orthophoniste soutient le développement de l'alimentation. Elle mène une action préventive face aux éventuelles difficultés d'alimentation avant leur survenue. Une fois les difficultés présentes, l'orthophoniste peut intervenir dans le cas d'aversion alimentaires et/ou de troubles de l'alimentation en lien avec des particularités sensorielles. - 11 : L'orthophoniste soutient les capacités de communication précoces. - 22 : L'orthophoniste participe à la recherche scientifique et/ou mesure l'efficacité de ses interventions. - 23 : L'orthophoniste prévient l'apparition de difficultés d'alimentation. 	<p>l'équipe de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'orthophoniste est une profession sous-représentée dans les services de soins néonataux.
10 (Alper & Manno, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste commence son évaluation en observant la dyade parent-enfant. Elle évalue les fonctions d'alimentation au sein comme au biberon, et de succion non-nutritive. Elle complète cette évaluation par l'observation du nouveau-né (anatomie, comportement). Elle repère les signes indiquant que l'enfant est prêt pour l'alimentation orale. - 5 : L'orthophoniste utilise des techniques pour favoriser l'alimentation au biberon, adapte le rythme de l'alimentation, la texture et la température du lait, et intervient dans le choix des outils les plus adaptés. - 3 : L'orthophoniste est spécialisée dans l'évaluation de la communication. - 11 : L'orthophoniste améliore la qualité de la communication de l'enfant et des soignants. - 8 : L'orthophoniste assure des visites à domicile afin d'aider les parents dans l'appropriation et l'installation de l'alimentation artificielle à domicile. - 17 : L'orthophoniste aide la transition vers le domicile en cas de nécessité d'une alimentation artificielle, et assure un suivi de l'enfant une fois rentré au domicile (surveillance de l'évolution en termes de croissance et de développement). 	<p>L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins : elle joue un rôle actif au sein de l'USIN.</p>
11 (Kamran et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste détermine la disponibilité de l'enfant pour commencer l'alimentation orale. Pour cela, elle utilise l'échelle PIOFRAS (Preterm Infant Oral Feeding Readiness Assessment Scale) qui prend en compte l'organisation comportementale, la posture orale, les réflexes oraux, la succion non-nutritive et l'âge corrigé de l'enfant né prématurément. Cette évaluation est croisée avec l'échelle EFS (Early Feeding Skills) qui comprend une évaluation avant l'alimentation (disponibilité de l'enfant) ; durant l'alimentation (capacité de maintien de l'engagement dans l'alimentation, de l'organisation et des capacités oro-motrices, de la coordination de la déglutition, et de la stabilité physiologique durant l'alimentation) ; et une évaluation post-alimentation. La qualité de l'alimentation orale a également été évaluée à l'aide de l'échelle Oral Feeding Quality qui prend en compte la succion, la coordination succion-déglutition-respiration, et la durée de la prise alimentaire. - 20 : Des directives cliniques doivent être éditées afin de guider l'intervention orthophonique dans le but de réduire le coût de l'hospitalisation pour la famille et le gouvernement. - 5 : La prise en soins orthophonique vise à accompagner les progrès vers l'alimentation orale, et à réduire la durée d'hospitalisation. Pour soutenir le développement des capacités d'alimentation des enfants nés prématurément sans autre condition médicale particulière, l'utilisation des indices cliniques fournis par l'observation de l'enfant pendant la prise alimentaire doit prévaloir par rapport à l'application de protocoles fixes. 	

<p>12 (Atay et al., 2023)</p>	<p>- 22 : L'orthophoniste réalise les évaluations du protocole de recherche. L'auteure principale de cet article est orthophoniste.</p> <p>- 22 : L'orthophoniste réalise les stimulations* oro-motrices et les évaluations prévues par le protocole de recherche. L'un des auteurs principaux de cet article est orthophoniste.</p> <p>- 5 : L'orthophoniste réalise le protocole de stimulations* oro-faciales une fois par jour, 5 fois par semaine. Il s'agit de stimulations oro-faciales des différents effecteurs faciaux (joues, lèvres, gencives, langue) sous forme de pressions et/ou massages et/ou induction d'une succion non-nutritive. L'orthophoniste améliore ainsi les capacités d'alimentation des nourrissons prématurés avant la transition de l'alimentation artificielle à l'alimentation orale.</p> <p>- 2 : L'orthophoniste évalue les capacités d'alimentation orale à l'aide d'une échelle (the OFS grading) ; et évalue la succion non-nutritive à l'aide de la NNS (non-nutritive sucking scoring system).</p> <p>- 1 : La présence de l'orthophoniste dans le service de soins a permis d'augmenter la sensibilisation des équipes de soins et de recherche.</p> <p>- 6 : Le taux d'allaitement maternel au sein du service a augmenté suite à l'implémentation d'un orthophoniste dans l'USIN.</p> <p>- 17 : L'orthophoniste exerçant dans les services de soins des pays industrialisés assure habituellement un suivi de l'enfant après sa sortie de l'hôpital.</p>	<p>L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins.</p> <p>L'orthophoniste est citée comme étant largement incluse dans l'organisation des USIN dans les pays développés. Dans cette étude, l'orthophoniste est pour la première fois impliquée dans une USIN en Turquie.</p>
<p>13 (Butera et al., 2023)</p>	<p>- 5 : La prise en soins orthophonique vise à améliorer le comportement alimentaire chez les enfants prématurés.</p>	<p>- L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins.</p> <p>- L'Académie américaine de pédiatrie recommande l'intervention orthophonique pendant le séjour de l'enfant en USIN.</p> <p>- En général, dans les USIN américaines, l'orthophoniste intervient dès 36 SA, dès l'apparition des difficultés d'alimentation ou de déglutition.</p> <p>- La moitié des enfants nés prématurément inclus dans l'étude ont bénéficié de soins</p>

		orthophoniques.
14 (Maguire et al., 2018)	<ul style="list-style-type: none"> - 22 : L'orthophoniste répond aux interviews des chercheurs (discussions ouvertes enregistrées). - 5 : L'orthophoniste intervient dans des situations où l'alimentation est difficile. - 24 : L'orthophoniste intervient auprès d'enfant présentant un syndrome d'abstinence néonatale et rencontrant des difficultés d'alimentation. 	
15 (Gupta et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> - 22 : L'auteur principal de l'article est orthophoniste. - 2 : Une évaluation orthophonique du comportement alimentaire est nécessaire à 40SA chez les enfants prématurés. L'évaluation porte sur : les réflexes oraux, les capacités oro-motrices (suction-déglutition, fermeture des lèvres, succion non nutritive, mouvements de la langue et du larynx), la sensibilité orale, et l'histoire alimentaire. 	
16 (Coutts et al., 2022)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 : L'orthophoniste joue un rôle dans l'éducation* des infirmiers. - 15 : L'orthophoniste éduque* les parents de façon individualisée (guidance et soutien). 	L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins néonataux.
17 (da Rosa Pereira et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste évalue les capacités d'alimentation orale. - 5 : L'orthophoniste réalise un protocole de stimulation* orale : caresses sur les joues, lèvres, gencives, langue et entraînement de la succion non nutritive. Cette intervention a permis d'améliorer les capacités alimentaires des nouveau-nés prématurés. - 22 : L'orthophoniste réalise l'évaluation et les stimulations* prévues dans le protocole de recherche. 	
18 (Younesian et al., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> - 5 : L'orthophoniste réalise un protocole de stimulation* orale : caresses sur les joues, lèvres, gencives, langue et entraînement de la succion non nutritive. Cette intervention a permis d'améliorer les capacités alimentaires des nouveau-nés prématurés. - 22 : L'orthophoniste réalise l'évaluation et les stimulations* prévues par le protocole de recherche. 	
19 (Welch et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - 17 : L'orthophoniste participe aux réunions pluridisciplinaires de l'équipe soignante de l'USIN afin d'échanger autour de situations cliniques (nouveau-nés présentant des situations médicales complexes). L'objectif est de faciliter la transition vers le domicile. 	L'orthophonie est citée comme une des « disciplines clefs » du service de soins néonataux.
20 (Mathisen et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - 2, 5, 3, 6, 15 : Une des conclusions de l'article est : « le rôle de l'orthophoniste en USIN inclut l'évaluation et l'intervention sur la communication, l'alimentation et la déglutition du nouveau-né prématuré, au moyen d'une approche centrée sur la famille ». - 2 : L'orthophoniste contribue à déterminer la disponibilité de l'enfant pour l'alimentation orale. L'évaluation orthophonique comprend une évaluation développementale, l'observation de la succion nutritive, de la succion non-nutritive et de la déglutition. Elle peut également proposer un examen instrumental de la déglutition. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant un membre de l'équipe de soins en USIN. - L'orthophoniste y est présente sur un temps variable,

- 5 : L'orthophoniste peut offrir un soutien de la mâchoire et des joues afin d'améliorer la stabilisation au sein. Elle peut également proposer des stimulations* péri-orales et faciales.
- 3 : L'orthophoniste détermine les statuts pré-linguistiques et de socio-communication de l'enfant.
- 15 : L'orthophoniste s'inscrit dans une approche centrée sur la famille en participant à l'élaboration du plan de développement du nouveau-né.
- 9 : L'orthophoniste fournit un environnement nourrissant et porteur pour l'enfant et sa famille.
- 21, 15 : L'orthophoniste doit suivre une formation continue dans le domaine de l'accompagnement parental (formation, mentorat, groupes de pairs).
- 1 : L'orthophoniste assure un rôle d'éducation et de collaboration auprès de l'équipe soignante.
- 22 : L'orthophoniste doit participer à la recherche afin d'accroître les preuves scientifiques servant de base pour la pratique orthophonique.
- 23, 12, 10 : L'orthophoniste prévient les séquelles de la prématurité, telles que les troubles du développement du langage écrit, en optimisant le développement neurologique de l'enfant par des actions indirectes (accompagnement parental) et des stimulations* sensorielles multimodales.
- 8 : L'orthophoniste accompagne le temps pré oral de la déglutition pendant le temps d'alimentation artificielle.
- 14 : L'orthophoniste promeut les soins Kangourou de la mère et du nourrisson.
- 6 : L'orthophoniste soutient et accompagne l'allaitement maternel.

mais toujours limité : de 0 à 7h avec une moyenne de 2h par semaine.

- L'orthophoniste est impliquée dans les soins seulement une fois l'enfant né prématurément médicalement stable.
- L'orthophoniste oriente vers d'autres professionnels si besoin.

- Plus de recherches sur la pratique orthophonique basée sur les soins centrés sur la famille sont nécessaires.

L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins.

21
(Buys & gerber, 2021)

- 1, 8 : L'orthophoniste éduque* les autres professionnels de l'unité de soins, et les parents, à propos de l'alimentation par sonde. Elle répond aux préoccupations de l'équipe de soins et des parents.
- 15, 8 : Le rôle de l'orthophoniste est de diminuer l'anxiété parentale autour de l'alimentation artificielle grâce à l'éducation*. Elle fournit des informations à propos de l'alimentation aux parents.
- 15, 23 : L'orthophoniste doit améliorer la connaissance parentale des risques de retard de développement liés à la prématurité afin de favoriser un diagnostic précoce des difficultés de langage et de parole.

22
(Isazadeh et al., 2022)

- 15 : L'orthophoniste montre aux parents comment évaluer l'alimentation et la déglutition de leur enfant. L'échelle « early feeding skills (EFS) » est utilisée pour évaluer la disponibilité pour l'alimentation, l'organisation et les capacités oro-motrices, la capacité de coordination de la déglutition, et la stabilité physiologique pendant l'alimentation.
- 2 : L'orthophoniste réalise l'évaluation de l'alimentation en même temps que la mère, de façon indépendante.
- 22 : L'orthophoniste réalise les évaluations de l'alimentation, et l'enseignement aux parents, conformément au protocole de recherche.

<p>23 (Pineda et al., 2019)</p>		<p>L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins. L'orthophoniste fait partie des thérapeutes néonataux (aux côtés des kinésithérapeutes et ergothérapeutes).</p>
<p>24 (Tanta & Langton, 2010)</p>	<p>- 5, 10, 12 : Des orthophonistes travaillent auprès de l'enfant dans le domaine de l'alimentation, sur le plan moteur et du positionnement, et sur le plan de l'intégration sensorimotrice et du développement. - 15 : L'orthophoniste intègre les parents dans sa prise en soins (propose de l'éducation parentale). - 1 : L'orthophoniste doit travailler avec les autres professionnels. Elle doit, pour cela, posséder de bonnes capacités collaboratives et pédagogiques.</p>	<p>L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins, travaillant au sein de l'USIN. Elle est présente relativement peu de temps au sein du service : selon ce sondage, en moyenne 6,4h par semaine.</p>
<p>25 (K. Ross et al., 2017)</p>	<p>- L'orthophoniste reçoit et intervient auprès d'enfants adressés principalement pour des difficultés d'alimentation ou de déglutition. Elle est la seule discipline (parmi les spécialistes néonataux : orthophonie, kinésithérapie et ergothérapie) à s'intéresser aux performances de déglutition des enfants nés prématurément. - 2, 5 : L'orthophoniste évalue les capacités oro-motrices et/ou d'alimentation. La moitié des enfants étudiés ont reçu une évaluation orthophonique. Parmi eux, seuls 10% n'ont pas eu besoin d'une intervention orthophonique suite à l'évaluation. - 1, 5, 15 : L'intervention orthophonique porte sur l'organisation comportementale, l'alimentation, la motricité orale, l'implication et l'information des parents et des soignants.</p>	<p>- L'orthophoniste est explicitement mentionnée comme incluse dans l'équipe de soins multidisciplinaire. - Il y a un temps plein d'orthophoniste pour l'unité de 75 lits. - La prise en soins orthophonique est généralement initiée à 36SA, ce qui coïncide avec le démarrage de l'alimentation orale pour la plupart des enfants prématurés.</p>
<p>26</p>	<p>- 24, 23 : L'orthophoniste doit identifier précocement les difficultés alimentaires des nouveau-nés présentant une</p>	

(Krüger et al., 2019)	<p>encéphalopathie ischémique hypoxique afin de prévenir les complications de la dysphagie oropharyngée, telles que les pneumopathies d'aspiration ou le décès.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste évalue l'alimentation à l'aide de l'échelle « preterm infant breastfeeding behavior scale ». - 2, 6 : L'orthophoniste collabore avec les autres professionnels afin de déterminer la possibilité d'initier l'alimentation orale. Elle participe aux décisions visant à améliorer la sécurité lors de l'allaitement maternel. - 22 : L'orthophoniste réalise l'évaluation de l'alimentation comme le prévoit le protocole de recherche. - 5 : Les résultats de cette étude soulignent la nécessité d'une évaluation et d'un traitement orthophoniques chez les enfants présentant une dysphagie oropharyngée et/ou des difficultés d'alimentation par allaitement maternel. 	
27 (Craig et al., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> - 6, 15, 14 : L'intervention orthophonique doit s'inscrire dans un modèle de soins de développement intégrés, neuroprotecteurs et centrés sur la famille. Le soutien à la famille doit démarrer dès la pose du diagnostic pouvant mener à une hospitalisation néonatale. Une consultation anténatale doit être proposée, ainsi qu'une consultation anticipative afin d'aborder l'allaitement et la lactation. L'orthophoniste offre un soutien psychosocial aux parents. 	<p>L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins, au titre de thérapeute néonatal.</p>
28 (Viviers et al., 2019)	<ul style="list-style-type: none"> - 2, 22 : L'orthophoniste évalue la déglutition des nouveau-nés à l'aide d'une radiocinématographie de la déglutition ; et à l'aide de l'échelle « neonatal feeding assessment scale ». Cette évaluation est réalisée dans le cadre du protocole de recherche scientifique. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins. - Le champ de compétences médicales de l'orthophoniste exerçant en USIN est en pleine expansion.
29 (Pike et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> - 5 : L'orthophoniste prend en charge la dysphagie oropharyngée. - 2, 22 : L'orthophoniste évalue la déglutition par visionnage de radiocinématographies de la déglutition des nouveau-nés. Cette évaluation est réalisée dans le cadre du protocole de recherche scientifique. 	
30 (Craig & Smith, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> - 1, 15, 12 : L'orthophoniste conseille les parents et l'équipe soignante à propos du positionnement et du handling. Elle apporte soutien, éducation* et encadrement à l'équipe soignante. - 2 : L'orthophoniste réalise une évaluation instrumentale des capacités motrices orales et des capacités d'alimentation. - 17 : L'orthophoniste assure un suivi de l'enfant après sa sortie du service de soins néonataux. Elle participe également à la préparation des plannings de sortie d'hospitalisation. - 19 : L'orthophoniste peut être sollicitée dans les services néonataux de niveau 1 affiliés à des services néonataux de plus haut niveau où elle exerce ; ou être sollicitée par les professionnels en tant qu'intervenante extérieure le cas échéant. - 14, 23 : L'orthophoniste favorise la mise en place de programmes de soins de développement, dans le but d'optimiser le 	<ul style="list-style-type: none"> - L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins. - Le comité de l'Académie américaine de pédiatrie recommande qu'au moins un professionnel avec une

	devenir neurodéveloppemental de l'enfant, et de prévenir les complications iatrogènes dans les services de soins néonataux de niveau 2. - 4 : L'orthophoniste évalue l'enfant (élément évalué non précisé). - 7 : L'orthophoniste assure un suivi de l'enfant et la famille pendant l'hospitalisation (sans précision sur la nature de l'intervention). - 20 : L'orthophoniste doit veiller à fournir des soins les plus rentables possibles, de la meilleure qualité qui soit.	expérience dans l'alimentation néonatale (tel que l'orthophoniste) exerce dans chaque USIN de niveau 3 et 4.
31 (Schoeman & Kritzinger, 2017)	- 2 : L'orthophoniste évalue et intervient auprès des enfants présentant un trouble de la déglutition (dysphagie). - 5 : L'orthophoniste doit renforcer les compétences d'alimentation orale, et la sécurité de la prise alimentaire chez les enfants prêts à démarrer une alimentation orale. - 15 : Un diagnostic précoce de la dysphagie permet une initiation précoce de la formation parentale. - 23 : La prise en soins de la dysphagie prévient l'apparition de pneumopathies, de retard de croissance, reflux gastro-œsophagiens, et de l'état de dénutrition et/ou déshydratation. - 22 : Les données des dossiers médicaux ont été collectées, conformément au protocole de recherche, par des orthophonistes.	
32 (Schoeman, 2016)	- 1 : L'orthophoniste met en place une sensibilisation de l'équipe soignante aux critères d'orientation pour une évaluation de la dysphagie (affiches et documents d'intervention). Elle soutient, forme et accompagne l'équipe de soins. - 2 : L'orthophoniste évalue la déglutition de l'enfant par une anamnèse poussée, une observation et un essai alimentaire. L'orthophoniste contribue à déterminer si l'enfant est prêt pour démarrer une alimentation orale. Elle aide à déterminer s'il est en capacité de passer un examen complémentaire de la déglutition, telle qu'une radiocinématographie de la déglutition. - 5 : L'orthophoniste est citée comme la principale professionnelle qualifiée pour prendre en soins la dysphagie. Elle a pour objectif de renforcer les compétences d'alimentation orale, et d'améliorer la sécurité lors de la prise alimentaire. - 15 : Un diagnostic précoce de la dysphagie permet une initiation précoce de la formation parentale. - 23 : La prise en soins de la dysphagie prévient l'apparition de pneumopathies, de retard de croissance, reflux gastro-œsophagiens, et de l'état de dénutrition et/ou déshydratation. - 22 : Les données des dossiers médicaux ont été collectées, conformément au protocole de recherche, par des orthophonistes.	
33 (Darcy Mahoney & Pinto-Martin, 2012)	- 23 : L'orthophoniste est impliquée dans des actions de prévention (prévention des troubles alimentaires / des troubles du langage). La proposition d'une prise en soins orthophonique pendant le séjour de l'enfant en USIN est essentielle pour maximiser ses capacités fonctionnelles par la suite.	L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins.

<p>34 (Pineda et al., 2019)</p>	<p>- 15 : L'orthophoniste éduque les parents sur le protocole d'exposition aux stimulations* sensorielles adaptées. L'objectif est de maximiser leur engagement dans les soins, et de leur permettre de se sentir compétents pour influencer positivement le développement de leur enfant.</p> <p>- 9, 10 : L'orthophoniste propose un aménagement de l'environnement sensoriel de l'enfant. Elle travaille avec les parents afin d'exposer l'enfant à un protocole de stimulations* sensorielles adaptées à son développement. Ce protocole comprend des stimulations* sensorielles tactiles (contact doux, massage, portage et peau à peau) ; auditives (exposition au langage, à la voix maternelle enregistrée et à la musique) ; olfactives (odeur de lait maternel et odeur maternelle) ; visuelles (lumière ambiante, interaction en face à face avec le parent) ; vestibulaires (balancement, transferts de positions) ; et kinesthésiques (mouvements libres, mouvements passifs et compression articulaire).</p> <p>L'orthophoniste évalue régulièrement l'enfant afin de déterminer s'il est dans de bonnes dispositions pour recevoir les stimulations*, quelles stimulations* lui sont le plus adaptées et à quelle fréquence/quantité.</p>	<p>L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant un membre important de l'équipe de soins néonatal.</p>
<p>35 (Allinson et al., 2017)</p>	<p>- 2 : L'orthophoniste évalue l'alimentation.</p> <p>- 7 : L'orthophoniste prodigue un large panel de thérapies du développement.</p>	<p>- L'orthophonie fait partie des disciplines les plus communes en USIN. Elle appartient à l'équipe paramédicale du neurodéveloppement. Ces spécialistes ont une place grandissante au sein des USIN.</p> <p>- L'orthophoniste est présente dans la plupart des USIN interrogées.</p>
<p>36 (Khodaghohi et al., 2018)</p>	<p>- 5, 10 : L'orthophoniste propose la succion non nutritive comme stimulation* pendant la nutrition artificielle. Elle propose également une stimulation* olfactive à base de lait maternel pendant l'alimentation artificielle. Elle a pour objectif d'améliorer les capacités d'alimentation et d'accélérer la transition vers une alimentation orale exclusive.</p> <p>- 22 : L'orthophoniste réalise les interventions conformément au protocole de recherche.</p>	
<p>37 (Asadollahpour et al., 2015)</p>	<p>- 5 : L'orthophoniste peut utiliser des techniques variées de stimulation* orale dans le but de faciliter l'alimentation orale chez les enfants prématurés. Elle peut proposer une succion non-nutritive pendant l'alimentation artificielle. Elle peut également proposer des stimulations* orales pré-alimentation (caresser les joues, gencives et la langue).</p> <p>- 22 : L'orthophoniste réalise les interventions conformément au protocole de recherche.</p>	<p>L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins.</p>
<p>38 (Kaspy et al.,</p>	<p>- 24 : L'orthophoniste est impliquée dans la prise en soins des enfants présentant des troubles aérodigestifs complexes.</p> <p>- 2 : L'orthophoniste diagnostique la dysphagie. Elle évalue la sécurité de l'alimentation et de la déglutition par des observations, des échelles et des examens complémentaires tels que la radiocinématographie de la déglutition. L'évaluation</p>	<p>L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans</p>

2022)	<p>porte sur les capacités motrices orales et sur l'alimentation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 : Une fois le diagnostic de dysphagie posé, l'orthophoniste fournit des recommandations afin de mettre en place des stratégies d'alimentation sécurisantes. Elle aide le nouveau-né à développer des capacités orales sécurisantes. 	l'équipe soignant les enfants présentant des troubles aérodigestifs complexes.
39 (Bauer et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 : L'orthophoniste réalise l'évaluation de la succion non-nutritive (force, rythme), des réflexes oraux et d'alimentation (coordination succion-déglutition-respiration). Cette évaluation est essentielle pour déterminer si l'enfant est prêt pour démarrer l'alimentation orale. - 22 : L'orthophoniste réalise les interventions conformément au protocole de recherche. 	
40 (Limpe ropoulos & Majnemer, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - 2, 6 : L'orthophoniste évalue et favorise la disponibilité de l'enfant pour l'alimentation au sein. - 5, 6 : L'orthophoniste propose des interventions développementales et oro-motrices. Elle propose des interventions ciblées sur la déglutition et l'alimentation en faveur de la mise au sein. - 15 : L'orthophoniste fournit un soutien parental. - 1 : L'orthophoniste est engagée dans l'éducation* de l'équipe de soins. - 21 : L'orthophoniste assure la formation des étudiants. Elle s'assure également de sa propre formation continue sur les troubles de l'alimentation, les soins de développement et les interventions neurodéveloppementales. - 9 : L'orthophoniste contribue à l'aménagement de l'environnement du nouveau-né. - 15, 12 : L'orthophoniste assiste les parents pour ajuster leur handling. - 19 : L'orthophoniste assure un rôle de consultant auprès des services de néonatalogie ne comptant pas d'orthophoniste, ou auprès des autres professionnels de soins. - 13 : L'orthophoniste participe à la kinésithérapie respiratoire. - 18 : L'orthophoniste participe aux échanges d'équipe au sujet des patients (discussions sur des cas cliniques, participation au questionnement diagnostic, adressage, questionnement éthique, planning des sorties). - 16 : L'orthophoniste participe à l'éducation thérapeutique du patient. - 4 : L'orthophoniste évalue l'enfant (élément évalué non précisé). - 10 : L'orthophoniste intervient sur le plan sensoriel auprès de l'enfant hospitalisé afin de favoriser son développement neurologique. L'intervention orthophonique comprend l'intégration sensorielle. - 14 : L'orthophoniste participe à la mise en place des soins de développement individualisés et des interventions développementales. - 24 : L'orthophoniste intervient auprès d'enfants présentant des pathologies telles qu'un trouble du système nerveux central, une prématurité, différents syndromes, troubles respiratoires, et troubles cardiaques. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins, en tant que spécialiste de la réadaptation. - Il est nécessaire d'investiguer plus largement l'efficacité de l'intervention orthophonique en USIN.
41 (Borges Nery et al.,	<ul style="list-style-type: none"> - 5 : L'orthophoniste soutient et entraîne les capacités d'alimentation. - 15 : L'orthophoniste fournit un accompagnement et un soutien parentaux. La participation de l'orthophoniste dans ce domaine s'accroît au fil des années. 	- L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans

2019)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 : L'orthophoniste est également engagée dans l'éducation* de l'équipe de soins. - 22 : L'orthophoniste augmente son implication dans la recherche, et prend notamment de plus en plus de rôles majeurs dans les études, tels que l'investigateur principal. - 21 : L'orthophoniste assure la formation des étudiants. Elle s'assure également de sa propre formation continue sur les troubles de l'alimentation, les soins de développement et les interventions neurodéveloppementales. - 19 : L'orthophoniste a un rôle de consultant auprès des services de néonatalogie ne comptant pas d'orthophoniste, ou auprès des autres professionnels de soins. - 18 : L'orthophoniste participe aux échanges d'équipe au sujet des patients (discussions sur des cas cliniques, participation au questionnement diagnostic, adressage, questionnement éthique, planning des sorties). - 13 : L'orthophoniste participe à la kinésithérapie respiratoire - 16 : L'orthophoniste participe à l'éducation thérapeutique du patient. - 12, 9 : L'orthophoniste assiste les parents pour ajuster leur handling. Elle réalise également des modifications environnementales. - 14 : L'orthophoniste participe à la mise en place des soins de développement individualisés et des interventions développementales. - 4 : L'orthophoniste évalue l'enfant (élément évalué non précisé). - 10 : L'intervention orthophonique cible l'intégration sensorielle. - 24 : L'orthophoniste intervient auprès d'enfants présentant des pathologies telles qu'un trouble du système nerveux central, une prématurité, différents syndromes, des troubles respiratoires, des troubles cardiaques, et des troubles orthopédiques. 	<p>l'équipe de soins, en tant que spécialiste de la réadaptation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle de l'orthophoniste s'élargit progressivement, le nombre moyen d'heures de présence de l'orthophoniste au sein des services de soins néonataux augmente.
42 (Drewier, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 : L'orthophoniste participe à l'éducation de l'équipe de soins à propos de son rôle dans l'USIN. Elle s'implique également dans la formation et l'éducation* des autres membres de l'équipe soignante afin de promouvoir une pratique fondée sur les preuves. - 2 : L'orthophoniste détermine, avec les autres professionnels, si l'enfant est prêt pour démarrer l'alimentation orale. Elle évalue le comportement alimentaire et la déglutition, ainsi que la succion nutritive et la succion non-nutritive. - 5, 23 : L'orthophoniste utilise diverses techniques dans le but d'améliorer les capacités motrices orales, la coordination succion-déglutition-respiration et les capacités d'alimentation. L'objectif est également d'améliorer la sécurité lors de l'alimentation (minimiser les risques de pénétration laryngée d'aliments et donc minimiser les conséquences négatives sur la santé que cela pourrait générer). - 5, 10 : L'intervention orthophonique comprend la promotion de stimulations* tactiles et kinesthésiques, telles que le peau à peau et la méthode kangourou ; mais aussi l'entraînement de la succion non-nutritive. - 8 : L'orthophoniste intervient pour accompagner le sevrage de l'alimentation artificielle. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'article mentionne explicitement l'orthophoniste comme étant incluse dans l'équipe de soins. - Il est fréquent que les grandes USIN aux Etats-Unis emploient une orthophoniste à temps plein. Mais dans les structures de plus petite envergure, l'orthophoniste répartit souvent son temps de travail sur plusieurs

- 15, 11, 17 : L'orthophoniste assure un rôle d'éducation* et de guidance auprès des parents (concernant la communication, l'attachement, et l'alimentation). Elle vise leur implication dans les soins, la diminution de leurs inquiétudes et l'augmentation de leur sentiment de compétence parentale. Pour cela, elle mène une action d'éducation* des parents, et leur permet de participer aux soins. Elle fournit également un soutien émotionnel aux parents pendant l'hospitalisation du nouveau-né et une fois le retour à domicile effectué.
- 21 : L'orthophoniste s'implique dans la formation (des étudiants et dans sa formation continue).
- 3 : L'orthophoniste évalue les interactions précoces et les capacités de communication.
- 11 : L'orthophoniste favorise les interactions prélinguistiques et comportementales appropriées afin de faciliter le développement de la communication.
- 23 : L'orthophoniste assure une mission de prévention des troubles du langage et de la parole. L'orthophoniste participe à l'information, à la sensibilisation et à l'éducation* publique.
- 17 : L'orthophoniste contribue à l'élaboration du planning de sortie des patients, prépare la transition vers le domicile et conseille les parents après la sortie de l'enfant du service de soin. L'orthophoniste met au point des programmes de formation et d'accompagnement post-hospitalisation pour les parents.
- 18 : L'orthophoniste participe aux échanges d'équipe au sujet des patients (discussions sur des cas cliniques, participation au questionnement diagnostic, adressage, questionnement éthique, planning des sorties).
- 9 : L'orthophoniste veille entre autres à ce que l'environnement sonore du nourrisson ne soit pas trop bruyant.

établissements.

- L'implication orthophonique au sein d'une USIN aide à réduire la mortalité infantile et à améliorer la qualité de vie des enfants survivants.

43
(Moon
et al.,
2017)

- 22 : L'orthophoniste participe à la mise en place du protocole de recherche : elle contribue à l'élaboration d'une échelle d'observation de l'alimentation, et participe à la vérification de la validité d'une échelle d'évaluation de la déglutition.
- 2 : L'orthophoniste évalue la déglutition en considérant différents items : succion non nutritive, succion nutritive, schéma de succion, trains de succion, stade de développement de la séquence succion-déglutition-respiration et régularité du rythme de succion. L'orthophoniste réalise également une évaluation de la déglutition par vidéofluoroscopie.

44
(Uhm
et al.,
2013)

- 22 : L'orthophoniste réalise l'évaluation de la déglutition conformément au protocole de recherche.
- 2 : L'orthophoniste réalise également une évaluation de la déglutition par vidéofluoroscopie afin de déterminer les difficultés de prise alimentaire, en observant : le schéma de succion, le réflexe de déglutition retardé, les degrés d'inversion épiglottique et de fermeture laryngée, la présence de résidus, la présence de pénétration, et la présence d'aspiration.

DISCUSSION

1. Synthèse des principaux résultats

Cinq rôles principaux se dégagent de l'analyse des résultats obtenus. Ce sont les cinq catégories ayant été mentionnées dans plus de dix études sur notre échantillon de 44 articles.

1.1. L'orthophoniste évalue les capacités oro-motrices et/ou d'alimentation

La mission orthophonique retrouvée le plus fréquemment dans les articles concerne l'évaluation du nouveau-né. Plus particulièrement, l'évaluation qui semble la plus courante est celle des capacités oro-motrices et/ou d'alimentation. La plupart des auteurs évoquent la nécessaire observation du comportement alimentaire et des capacités d'alimentation. Cette évaluation porte sur la succion nutritive, le schéma de succion, la force et le rythme de la succion, la déglutition, et la coordination de la séquence succion-déglutition-respiration (articles 44, 43, 42, 39, 35, 32, 30, 28, 25, 22, 20, 17, 15, 12, 11, 10, 6, 5, 4 et 2). Pour cela, dans les études 32, 15 et 5, l'orthophoniste démarre son évaluation par une anamnèse qui retrace l'histoire personnelle, médicale et alimentaire de l'enfant et de la famille. L'article 10 ajoute une observation de la dyade mère-enfant. Les articles 38, 30, 25, et 15 précisent que l'orthophoniste évalue les capacités motrices orales (succion-déglutition, fermeture des lèvres, succion non nutritive, mouvements de la langue et du larynx). Les articles 44, 39, 15, 11, 7 et 5 ajoutent l'observation des réflexes oraux d'alimentation. Quant aux articles 43, 42, 20, 12, 11, 10, 7 et 5, ils mentionnent une observation de la succion non-nutritive. Les études 15 et 5 évoquent également l'évaluation de la sensibilité orale. L'orthophoniste prête attention à la sécurité lors de la prise alimentaire, selon l'article 44. Pour cela, elle évalue la protection des voies aériennes, la présence de stases pharyngées ou de pénétrations. Afin de réaliser ces différents examens, l'orthophoniste utilise des échelles cliniques d'évaluation, telles que décrites dans les articles 38, 28 (neonatal feeding assessment scale), 26 (preterm infant breastfeeding behavior scale), 12 (OFS grading, non nutritive sucking scoring system), 11 (PIOFRAS + Early feeding skills + oral feeding quality) et 7 (PIOFRAS). Cette évaluation instrumentale peut être complétée par une radiocinématographie. Le recours à cet outil est mentionné dans les études 44, 43, 38, 32, 29, 4 et 3. Finalement, l'évaluation orthophonique contribue à déterminer la disponibilité de l'enfant pour démarrer l'alimentation orale sans danger, cette décision est prise par l'équipe médicale et appuyée par les observations et évaluations orthophoniques (articles 42, 40, 39, 32, 26, 20, 11, 10, 9, 4). L'article 5 soulève également un point essentiel : l'évaluation

orthophonique et surtout les compétences évaluées conditionnent la sortie d'hospitalisation et donc la durée du séjour de l'enfant en service de soins.

1.2. L'orthophoniste participe à la recherche scientifique et/ou mesure l'efficacité de ses interventions

Le second rôle de l'orthophoniste ayant le plus souvent été relevé parmi les articles de la revue de littérature concerne sa participation à la recherche scientifique et son inscription dans une démarche de pratique fondée sur les preuves, s'attachant à évaluer l'efficacité de ses interventions. Selon les articles 20, 14, 12, 9 et 1, l'orthophoniste participe à la recherche afin d'augmenter le niveau de preuve de l'intervention orthophonique dans les services de soins néonataux. Elle peut pour cela tenir le rôle de chercheur, ou plus modestement participer à la recherche en aidant ou en répondant aux investigateurs. Dans les études 32, 31, 15, 11 et 7, l'orthophoniste est l'investigateur principal de l'étude. L'article 41 confirme cette tendance à la hausse des responsabilités en précisant que l'orthophoniste voit son implication dans la recherche augmenter, et acquiert petit à petit des rôles de plus en plus importants. Parmi les articles dans lesquels l'orthophoniste participe au protocole de recherche, elle peut évaluer les compétences étudiées (articles 44, 29, 28, 26, 22, 18, 17, 12, 11, 7, 5, 4), et/ou réaliser l'intervention prévue (articles 39, 37, 36, 18, 17, 12). Dans les articles 43 et 7, elle participe à l'élaboration d'une échelle d'évaluation de la déglutition du nouveau-né prématuré.

1.3. L'orthophoniste soutient et entraîne les capacités d'alimentation

En troisième position, les articles mentionnent l'orthophoniste comme soutenant et entraînant les capacités d'alimentation. Dans ce domaine, l'intervention orthophonique vise à améliorer les capacités d'alimentation orale, et à faciliter le sevrage de l'alimentation artificielle (articles 42, 41, 35, 36, 32, 31, 29, 26, 25, 18, 17, 12, 11, 9, 5, 4). L'article 40 ajoute comme objectif la mise au sein du nouveau-né. Les articles 10 et 3 spécifient que l'orthophoniste utilise des techniques pour favoriser l'alimentation au biberon grâce à des modifications de la routine alimentaire : au besoin, elle module le rythme de l'alimentation, ajuste la texture et la température du lait, et intervient dans le choix des outils les plus adaptés.

Afin de soutenir l'alimentation, l'orthophoniste cherchera à améliorer les capacités motrices orales du nourrisson (articles 40, 25, 24, 14, 13). Les articles 42, 37, 36, 18, 17, 12, 6 et 3 précisent, en décrivant la sollicitation de la succion non-nutritive comme une technique oro-motrice à laquelle l'orthophoniste peut avoir recours, hors du temps alimentaire ou pendant l'alimentation artificielle. L'article 20 aborde une autre technique oro-motrice consistant à apporter un soutien moteur lors de la prise alimentaire (maintien de la mâchoire et des joues

du nourrisson) afin d'améliorer la stabilité de l'outil ou du sein en bouche. L'article 3 ajoute à cette liste la sollicitation des réflexes oraux. Enfin, l'article 4 précise l'objectif de l'intervention oro-motrice, qui est d'améliorer la coordination des différents effecteurs lors des phases orale et pharyngée de la déglutition.

L'utilisation de sollicitations sensorielles est également un moyen pour l'orthophoniste de soutenir le nouveau-né dans le développement de ses compétences alimentaires. Dans cette partie, le terme « sollicitations » sera préféré au terme « stimulation » (traduction littérale des propos des auteurs). L'article 42 mentionne l'utilisation de sollicitations tactiles et kinesthésiques (via la promotion de la méthode kangourou et donc du peau à peau). Les études 37, 20, 18, 17 et 12 évoquent l'utilisation de sollicitations tactiles péri-orales et orales pré-alimentaires sur les joues, lèvres, gencives, et sur la langue. Enfin, l'article 4 mentionne un autre outil important de l'orthophoniste dans son intervention de soutien à l'alimentation : l'accompagnement et l'implication parentale (sous forme de guidance, dans cette étude).

En parallèle de l'amélioration de la prise alimentaire, l'article 42 précise que l'intervention orthophonique a pour objectif d'améliorer la coordination succion-déglutition-respiration. Les articles 42, 38, 32 et 31 mentionnent que l'objectif de l'orthophoniste dans son intervention est de garantir la sécurité lors de la prise alimentaire (elle accompagne le nourrisson dans le développement de capacités orales sécurisantes). Enfin, l'objectif plus général de l'intervention orthophonique est mentionné dans l'étude 11 : réduire la durée d'hospitalisation.

1.4. L'orthophoniste soutient, éduque et/ou accompagne les parents

45% des articles inclus dans la revue de littérature mentionnent l'implication de l'orthophoniste dans l'accompagnement parental. Cet accompagnement prend différentes formes et vise divers objectifs. De nombreux auteurs mentionnent l'éducation parentale (terme issu de l'anglais « education », largement retrouvé dans les articles) : les parents sont formés et informés dans une approche individualisée et adaptée à leurs besoins et à ceux de leur enfant (articles 42, 34, 32, 31, 25, 24, 22, 21, 16, 4, 3 et 1). Les auteurs des articles 42, 40, 34 et 30 précisent que cet enseignement doit viser l'augmentation de l'implication parentale dans les soins. Maximiser l'engagement dans les soins peut, entre autres, passer par l'accompagnement et l'encouragement du handling et des techniques de positionnement. L'orthophoniste va en parallèle chercher à diminuer l'inquiétude parentale (42, 21), et à augmenter le sentiment de compétence parentale (42, 34). Les études 42, 41, 27 et 8 font mention de l'orthophoniste comme apportant un soutien émotionnel, psychosocial et global aux parents. L'article 27 précise en outre la temporalité de l'accompagnement : il doit

démarrer avant la naissance et se poursuivre après la sortie d'hospitalisation. Finalement, selon l'article 41, l'accompagnement parental est un rôle primordial de l'orthophoniste, qui tend à augmenter au fil des années.

1.5. L'orthophoniste exerce un rôle auprès des autres professionnels appartenant à l'équipe soignante

La grande majorité des articles abordant le rôle de l'orthophoniste auprès des autres professionnels de l'équipe de soins font mention d'éducation (terme issu de l'anglais « education »), de conseil et d'information : c'est le cas des articles 41, 40, 25, 24, 21, 20, 16, 9 et 1. L'article 42 précise que l'information fournie par l'orthophoniste aux soignants concerne son propre rôle dans l'USIN, ainsi que la promotion d'une pratique fondée sur les preuves. Les articles 32 et 12 abordent une notion de sensibilisation de l'équipe soignante, et notamment dans le premier, l'orthophoniste sensibilise les professionnels aux critères d'orientation pour une évaluation de la dysphagie. L'étude 30 évoque une information donnée par l'orthophoniste à propos du positionnement et du handling. Les articles 30 et 32 ajoutent à cet enjeu de formation une notion de soutien des autres soignants par l'orthophoniste (sans pour autant préciser la nature de ce soutien).

1.6. Informations complémentaires concernant le temps de présence de l'orthophoniste au sein de l'unité de soins

La mention de l'orthophoniste comme faisant partie de l'équipe de soins néonataux a été relevée dans 26 études (articles 42, 41, 40, 38, 37, 35, 34, 33, 30, 28, 27, 25, 24, 23, 21, 20, 19 (qui cite l'orthophonie comme une discipline clef de l'USIN), 16, 13, 12, 10, 9, 5, 4, 2 et 1). Cette donnée permet de caractériser la place de l'orthophoniste au sein de la structure de soins : elle est pleinement intégrée dans l'équipe de soins. Les articles 40 et 41 placent l'orthophoniste au sein des spécialistes de la réadaptation. Parallèlement, dans les études 27, 23, 21 et 1, l'orthophoniste est nommée parmi les thérapeutes spécialistes néonataux. L'article 35 la qualifie de spécialiste paramédicale du neurodéveloppement.

Plusieurs articles mentionnent le volume horaire de présence, avec toujours le même constat : l'orthophoniste passe relativement peu de temps au sein du service de soins néonataux. Dans l'article 24, c'est en moyenne 6,4h par semaine ; dans le 20, l'orthophoniste est présente sur un temps variable mais toujours limité (de 0 à 7h avec une moyenne de 2h par semaine) ; l'article 9 la présente comme sous-représentée ; finalement, l'étude 25 fait état d'un seul temps plein d'orthophoniste pour l'unité de 75 lits. Ce constat est retrouvé dans l'article 42 : il est fréquent que les grandes USIN aux Etats-Unis emploient une orthophoniste à temps plein,

mais dans les structures de plus petite envergure, l'orthophoniste répartit souvent son temps de travail sur plusieurs établissements. Pourtant, le nombre moyen d'heures de présence de l'orthophoniste au sein des services de soins néonataux augmente (étude 41). Tout comme le champ de compétences de l'orthophoniste, qui s'élargit progressivement (articles 41 et 28). Des recommandations officielles mentionnées dans les articles 30 et 13 vont en ce sens : le comité de l'Académie américaine de pédiatrie recommande qu'au moins un professionnel ayant une expérience dans l'alimentation néonatale (tel que l'orthophoniste) exerce dans chaque USIN de niveau 3 et 4. Cela se justifie car selon l'étude 42, l'implication orthophonique au sein d'une USIN contribue à réduire la mortalité infantile et à améliorer la qualité de vie des enfants survivants.

2. Limites, biais et atouts de ce travail

Après analyse des 44 articles, dans les résultats, il est apparu qu'aucun rôle de l'orthophoniste n'a été mentionné par chacune des études. Cela signifie qu'aucune référence n'offrait un panel exhaustif du rôle de l'orthophoniste dans ce cadre de soin. Ce constat justifie le choix qui a été fait de garder les 44 références, et démontre également l'intérêt de ce travail. Dans la littérature scientifique, le rôle de l'orthophoniste en services de soins néonataux a été très peu étudié en tant que tel, aucune revue de littérature sur le sujet n'existe, à la connaissance de l'auteure. La comparaison de ce travail avec la littérature internationale s'en trouve donc limitée. La littérature grise n'a pas été étudiée, par manque de moyens et de temps. Un texte détaillant les rôles de l'orthophoniste en USIN a été produit et référencé sur le site de l'ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) en 2004. Il ne s'appuie que sur des travaux antérieurs menés par l'ASHA et n'est pas spécifiquement axé sur la représentation de l'orthophoniste dans la recherche comme l'est ce travail (American Speech-Language-Hearing Association, 2004). Toutefois, les informations données par l'ASHA sont totalement en accord avec les résultats de ce mémoire, ce qui renforce leur validité. Les deux travaux s'accordent sur différents rôles : prévention, évaluation et intervention sur les troubles de la communication, de la cognition, de l'alimentation et de la déglutition ; soutien, éducation et implication parentale dans les soins ; actions de prévention (primaire, secondaire et sensibilisation publique) ; participation à la recherche et regard sur la qualité de soins ; gestion des plannings de sortie et de suivis post-hospitalisation ; formation et collaboration avec l'équipe soignante ; implication dans la formation initiale et continue.

Parmi les articles constituant la revue de la littérature, aucun n'est issu d'une recherche française, n'a été écrit en langue française ou par un auteur français. Cette revue de littérature ne peut donc pas prétendre décrire le rôle de l'orthophoniste dans les services de soins

néonataux français. Cela ne constitue pas un obstacle à la pertinence des résultats obtenus puisque cette revue de la littérature cherche à caractériser le rôle de l'orthophoniste dans la littérature (donc pas dans la clinique, ni dans une zone géographique précise). Cependant, il s'agit d'un élément notable qui traduit un probable manque de littérature scientifique française sur le sujet. Cependant, la littérature grise n'ayant pas été explorée dans cette étude, il est possible que de nombreuses données issues de publications françaises existent et soient parues sans avoir été prises en compte dans ce travail.

La méthodologie mise en œuvre dans cette étude a été la plus rigoureuse possible, selon les conditions qui étaient celles de l'auteure. Toutefois, le manque de temps et de moyens n'a pas permis d'étudier un plus grand nombre d'articles, ni d'interroger toutes les bases de données disponibles, ce qui aurait pu offrir un panel plus exhaustif du rôle de l'orthophoniste en USIN. Les équations de recherche ont été créées sans avis d'un expert, leur pertinence n'est donc pas garantie. Le manque d'expérience et de connaissances personnelles de l'auteure de ce travail n'a pas permis de mettre au point des équations de recherche assurément plus solides. Il est donc possible que certaines références n'aient pas été prises en compte dans la revue de littérature alors même qu'elles ont été publiées. Ensuite, le tri des références obtenues n'a été réalisé que par un seul examinateur, au lieu de deux tel qu'il est recommandé de le faire selon la méthodologie PRISMA (Liberati et al., 2009). Un double tri des articles aurait permis d'augmenter la reproductibilité de l'étude et donc sa valeur. Enfin, de nombreuses références ont été extraites des bases de données sans avoir été intégrées dans l'étude, par manque de moyens : il s'agit de tous les articles dont le texte intégral n'était pas disponible gratuitement, ou qui n'étaient pas rédigés en langue anglaise ou française. Il est probable que certains de ces articles auraient permis d'apporter des éléments de réponse supplémentaires à ceux évoqués dans ce travail. En outre, aucune donnée quantitative n'a été considérée dans cette étude (par manque de similarité dans les types de résultats obtenus, et car l'étude des données quantitatives n'était pas l'objectif de cet écrit). Par manque de moyens et au vu du grand nombre d'articles étudiés, les niveaux de preuve et la validité de chaque article n'ont pas été étudiés non plus. Il s'agit d'un élément important à noter, sans toutefois qu'il ne modère les résultats obtenus. En effet, l'objectif de ce travail était de relever les occurrences des différents rôles de l'orthophoniste en USIN dans la littérature scientifique, sans en préciser la pertinence ni l'efficacité. Cet aspect pourrait faire l'objet d'un autre travail. L'ensemble de ces imperfections méthodologiques ne permet pas d'inscrire cette revue parmi les revues systématiques de la littérature, au sens de la définition fournie par Liberati et al. (2009).

Concernant le recueil des résultats, certains choix réalisés par l'auteure peuvent être discutés. Premièrement, n'ont été considérées que les données explicitement écrites dans les articles, ne nécessitant donc aucune inférence de la part du lecteur. Par exemple, toutes les missions évoquées dans les études concernant l'équipe soignante n'ont pas été prises en compte, car le terme « équipe soignante » a été considéré comme trop vague pour désigner spécifiquement l'orthophoniste. Ce choix a été fait dans le but de limiter les déformations des dires des auteurs. Dans un souci de reproductibilité (minimisation des biais de jugement subjectif de l'examineur), cette même règle a été appliquée à tous les articles. Pourtant, il est évident que certaines informations ont de ce fait été omises. Par exemple, lorsque l'article mentionne l'orthophoniste comme incluse dans l'équipe de soins, il paraît naturel d'imaginer qu'elle participe aux échanges d'équipe : les études mentionnant l'orthophoniste comme un membre de l'équipe de soins auraient donc toutes pu figurer dans la catégorie 18.

De même, afin de limiter les inférences et avec elles toute déformation des propos de l'auteur, le choix a été fait de ne pas inclure dans la catégorie 8 les articles ne mentionnant pas explicitement l'alimentation artificielle. Pourtant, l'accompagnement vers l'alimentation orale qui est mentionné dans plusieurs articles correspond, sans que cela ne soit directement écrit, à un accompagnement au sevrage de l'alimentation artificielle. Ces articles auraient donc pu entrer dans la mission numéro 8. Il est à noter également que les sollicitations sensorielles (catégorie 10) peuvent faire partie de l'intervention orthophonique visant à améliorer la prise alimentaire orale (catégorie 5). Ainsi, il se peut que deux items appartenant aux catégories 10 et 5 se confondent implicitement dans l'article, mais que seule l'une des deux catégories ait été relevée, par manque de précisions apportées par l'auteur sur le but de l'utilisation des sollicitations sensorielles.

3. Apports et perspectives pour la recherche et la clinique

De nombreux articles n'ayant pas passé la phase de sélection de cette étude font référence à l'équipe soignante sans forcément en citer les membres. Ces articles n'ont pas été considérés dans ce travail car ne mentionnaient pas mot pour mot l'orthophoniste. Pour autant, une étude plus approfondie de cette littérature pourrait donner d'autres résultats. L'Académie américaine de pédiatrie recommande la présence d'au moins une orthophoniste au sein des unités de soin néonatal de niveau 3 ou 4 (American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017). Il apparaît donc que la présence de l'orthophoniste dans les services de soins néonataux n'est plus discutée dans de nombreux pays, où il paraît naturel qu'elle soit incluse dans l'équipe de soins même si son nom n'est pas mentionné directement (au même titre que le sont les infirmiers, puéricultrices, pédiatres). Ce

biais lié à la méthodologie de recherche employée pour cette revue de littérature a potentiellement mené à l'omission de nombreux articles. Ainsi, pour les travaux futurs, il sera intéressant de chercher à pallier cette approximation car l'orthophoniste s'inscrit de plus en plus comme un membre indispensable de l'équipe soignante en USIN, et pourra donc être de moins en moins citée indépendamment des autres professionnels. Finalement, les champs de compétences des différents soignants exerçant en unité de soins néonataux se croisent et se complètent. À ce titre, certaines interventions de l'orthophoniste peuvent également être celles d'autres professionnels, et inversement. Par exemple, l'orthophoniste et le kinésithérapeute peuvent être amenés à soutenir les nourrissons présentant des troubles de la déglutition, chacun apportant un regard différent en lien avec sa discipline, comme cela peut être constaté dans les travaux de nombreux auteurs (Allinson et al., 2017 ; Borges Nery et al., 2019 ; Limperopoulos & Majnemer, 2002 ; Pineda et al., 2019 ; K. Ross et al., 2017 ; Welch et al., 2017). Ce paramètre sera également à prendre en compte lors de futures recherches.

Le principal apport de ce travail est qu'il constitue un état des lieux des mentions des différents rôles de l'orthophoniste dans la littérature internationale, parmi les articles obtenus, avec les équations de recherche présentées, sur les bases de données interrogées. Cette étude n'a pas pour vocation d'être exhaustive par rapport à la pratique clinique, qu'elle ne reflète d'ailleurs qu'en partie et de façon très simpliste. En effet, certains protocoles de soin prouvent que des missions orthophoniques se retrouvent dans la pratique clinique, sans figurer parmi celles relevées dans cette revue de la portée. Par exemple, le protocole de soin d'un hôpital australien mentionne la fente labio-palatine comme entrant pleinement dans le champ de compétences orthophonique (Lowrey & Carr, 2021). Cette pathologie n'a été citée qu'une fois parmi celles relevées dans la catégorie 24 de ce travail. De même, le protocole de dépistage auditif en unité de néonatalogie, mis au point par le réseau méditerranéen de périnatalité, mentionne que les tests d'audition peuvent être effectués par l'orthophoniste (Roman et al., 2021). Il n'est retrouvé aucune mention de cette mission dans les articles étudiés par la revue de littérature. C'est pourquoi une future étude comparant les résultats obtenus dans cette étude aux pratiques de terrain pourrait être intéressante, afin d'investiguer l'adéquation entre la clinique et la recherche. De plus, les services de soins néonataux ne comptant pas d'orthophoniste dans leur équipe étant nombreux, il pourrait être intéressant d'étudier les moyens mis en place pour pallier cette absence dans différentes structures.

Ensuite, ce travail a traité tous les articles de la même manière, indépendamment du pays étudié dans l'article. Ainsi, il apporte une description du rôle de l'orthophoniste en service de soins néonataux à travers le monde. Bien que cela ait semblé plutôt homogène dans les

résultats présentés par cette étude (les articles évoquent des missions similaires quelle que soit la zone géographique étudiée), il pourrait être intéressant d'étudier les points communs et les différences entre les missions des orthophonistes de différents pays. Ici, il aurait pu être pertinent de considérer le même nombre d'articles pour chaque continent, afin que les résultats puissent être représentatifs.

En outre, un travail étudiant l'effet de la présence de l'orthophoniste au sein de l'USIN, sur la base de différents critères : durée de l'hospitalisation, durée de la transition vers l'alimentation orale, quantité de lait ingérée, satisfaction et recueil du ressenti parental... pourrait être intéressant à mener pour chacun des rôles mentionnés dans cette revue de littérature.

Finalement, pour aller plus loin, une dimension qu'il aurait été intéressant de caractériser pour définir la place de l'orthophoniste en USIN est : depuis combien de temps l'orthophoniste y joue-t-elle un rôle ? Les articles servant de base à ce travail ne traitaient pas de cette question, ainsi, elle reste en suspens pour une recherche future.

En clinique, comme il a été montré ici, l'orthophoniste peut être amenée à sensibiliser l'équipe soignante sur la diversité de son champ de compétences. Ce travail peut constituer un support afin d'aborder ces différents rôles, et la manière dont l'orthophoniste s'insère dans les USIN internationales selon la recherche.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de décrire le rôle de l'orthophoniste en service de soins néonataux, tel que mentionné dans la recherche internationale. À l'issue de la revue de la portée, 24 missions distinctes ont été délimitées, s'étendant de l'évaluation au suivi post-hospitalisation. Les cinq principales concernent l'évaluation des capacités oro-motrices et/ou d'alimentation ; le soutien et l'entraînement des capacités d'alimentation ; la participation à la recherche scientifique ; l'accompagnement, le soutien et la formation des parents et de l'équipe soignante. Cette revue a également permis de mettre en évidence une augmentation considérable du nombre d'articles mentionnant des rôles de l'orthophoniste dans les soins néonataux au cours des dernières années, tout en mettant en lumière un manque de littérature française sur ce sujet. Enfin, ce travail met en évidence que l'orthophoniste est pleinement intégrée et reconnue dans l'équipe de soins néonataux, tout en y restant sous-représentée. Pour la recherche, cet écrit ouvre à de nombreux questionnements pouvant faire l'objet de futurs travaux. En clinique, cette étude pourra servir de support pour l'information et la sensibilisation des équipes soignantes et du public quant au champ de compétences de l'orthophoniste en services de soins néonataux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abadie, V. (2017, mai 13). *Troubles du comportement alimentaire du nourrisson : Arbre décisionnel commenté des sociétés de pédiatrie*. Pas à pas en pédiatrie. <https://pap-pediatrie.fr/hepato-gastro/troubles-du-comportement-alimentaire-du-nourrisson>
- Abadie, V., & Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades. (2018). *Attention à mon oralité !* (3ème édition). TEMA.
- Alinezhad Shebilouysofla, P., Mostafa Gharebaghi, M., Sattarzadeh Jahdi, N., Abdoli Najmi, L., & Hakimi, S. (2022). Effect of cup, syringe, and finger feeding on time of oral feeding of preterm neonate's : A randomized controlled clinical trial. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 41, 52. <https://doi.org/10.1186/s41043-022-00336-4>
- Allinson, L. G., Doyle, L. W., Denehy, L., & Spittle, A. J. (2017). Survey of neurodevelopmental allied health teams in Australian and New Zealand neonatal nurseries : Staff profile and standardised neurobehavioural/neurological assessment. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(6), 578-584. <https://doi.org/10.1111/jpc.13484>
- Alper, B. S., & Manno, C. J. (1996). Dysphagia in Infants and Children with Oral-Motor Deficits : Assessment and Management. *Seminars in Speech and Language*, 17(4), 283-310. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1064105>
- American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists (Éds.). (2017). *Guidelines for perinatal care* (8ème édition). American Academy of Pediatrics ; The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Providing Services to Infants and Families in the NICU Environment*. <https://www.asha.org/policy/ks2004-00080/>

- Ancel, P.-Y. (2023, avril). *L'étude Eipage 1. L'étude Eipage 2 : étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels*. <https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite/241-1-etude-epipage-2>
- Apalodimas, L., Waller III, B. R., Philip, R., Crawford, J., Cunningham, J., & Sathanandam, S. (2019). A comprehensive program for preterm infants with patent ductus arteriosus. *Congenital Heart Disease, 14*(1), 90-94. <https://doi.org/10.1111/chd.12705>
- Asadollahpour, F., Yadegari, F., Soleimani, F., & Khalesi, N. (2015). The Effects of Non-Nutritive Sucking and Pre-Feeding Oral Stimulation on Time to Achieve Independent Oral Feeding for Preterm Infants. *Iranian Journal of Pediatrics, 25*(3). [https://doi.org/10.5812/ijp.25\(3\)2015.809](https://doi.org/10.5812/ijp.25(3)2015.809)
- Atay, F. Y., Ciftci, H. B., Sahin, O., Guran, O., Colak, D., Gok, N. R., Erdem, B. K., & Akin, I. M. (2023). Evaluation of the Effect of Oral Motor Stimulation Exercises on Feeding Skills in Premature Infants. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital, 57*(2), 189-194. <https://doi.org/10.14744/SEMB.2022.96562>
- Bauer, M. A., Prade, L. S., Keske-Soares, M., Haëffner, L. S. B., & Weinmann, A. R. M. (2008). The oral motor capacity and feeding performance of preterm newborns at the time of transition to oral feeding. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research = Revista Brasileira De Pesquisas Medicas E Biologicas, 41*(10), 904-907. <https://doi.org/10.1590/s0100-879x2008001000012>
- Bell, H. R., & Alper, B. S. (2007). Assessment and intervention for dysphagia in infants and children : Beyond the neonatal intensive care unit. *Seminars in Speech and Language, 28*(3), 213-222. <https://doi.org/10.1055/s-2007-984727>
- Borges Nery, P., Snider, L., Camelo Junior, J. S., Boychuck, Z., Khodary, F., Goldschleger, J., & Majnemer, A. (2019). The Role of Rehabilitation Specialists in Canadian

- NICUs : A 21st Century Perspective. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 39(1), 33-47. <https://doi.org/10.1080/01942638.2018.1490846>
- Brecheteau, C. (2015). *L'oralité en service de néonatalogie : Création d'une plaquette d'informations pour l'équipe soignante* [Mémoire d'orthophonie]. Université Paris VI Pierre et Marie Curie.
- Bruwier, S., Paques, V., Poot, I., Hesbois, F., François, A., Maton, P., & Langhendries, J.-P. (2022). Chapitre 16 : Stimulation de l'oralité. In J. Sizun, B. Guillois, C. Tscherning, P. Kuhn, & G. Thiriez, *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique* (2e édition). Lavoisier-Médecine sciences.
- Butera, C. D., Brown, S. E., Burnsed, J., Darring, J., Harper, A. D., Hendricks-Muñoz, K. D., Hyde, M., Kane, A. E., Miller, M. R., Stevenson, R. D., Spence, C. M., Thacker, L. R., & Dusing, S. C. (2023). Factors Influencing Receipt and Type of Therapy Services in the NICU. *Behavioral Sciences*, 13(6), Article 6. <https://doi.org/10.3390/bs13060481>
- Butler, S. C., & Als, H. (2008). Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. *Acta Paediatrica*, 97(9), 1173-1175. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00916.x>
- Buys, K., & Gerber, B. (2021). Maternal experiences of caring for preterm infants in a vulnerable South African population. *Health SA Gesondheid*, 26, 1549. <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1549>
- Casian, L. (2021, octobre 13). *Maternité de niveau 1, 2, 3 : Qu'est-ce que cela signifie ?* La Mutuelle Générale. <https://www.lamutuellegenerale.fr/blog/ma-sante/maternite-de-niveau-1-2-3-quest-ce-que-cela-signifie>

- Casper, C., Klemming, S., B. Westrup, Westrup, B., Kuhn, P., & P. Kuhn. (2016). *Les soins centrés sur l'enfant et sa famille et le modèle du couplet care scandinave : Un modèle applicable à la France ?* 8(3), 159-163. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0377-5>
- Casper, C., Raynal, F., Glorieux, I., Montjaux, N., Nathalie Montjaux, & Bloom, M.-C. (2012). Quels sont les obstacles à l'implication précoce des parents en néonatalogie ? *Devenir*, 24(1), 55-59. <https://doi.org/10.3917/dev.121.0055>
- Chang, Y.-J., Hao, G., Huang, J.-Y., Yang, S.-F., Huang, C.-C., & Chen, S.-C. (2021). Clinical Validation of the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale in Taiwan. *Journal of Pediatric Nursing*, 59, e84-e92. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.005>
- Chevalier, B. (2019). Chapitre 14 : L'oralité alimentaire. In E. Devouche & Provasi, *Le développement du bébé de la vie fœtale à la marche* (p. 219-234). Elsevier Masson.
- Clark, J. M., Sanders, S., Carter, M., Honeyman, D., Cleo, G., Auld, Y., Booth, D., Condron, P., Dalais, C., Bateup, S., Linthwaite, B., May, N., Munn, J., Ramsay, L., Rickett, K., Rutter, C., Smith, A., Sondergeld, P., Wallin, M., ... Beller, E. (2020). Improving the translation of search strategies using the Polyglot Search Translator : A randomized controlled trial. *Journal of the Medical Library Association*, 108(2). <https://doi.org/10.5195/jmla.2020.834>
- Coutts, K. A., Neille, J., & Louw, N. (2022). Feeding practices in public hospitals' neonatal intensive care units : An exploration into the ways in which COVID-19 affected the best practice in Gauteng. *The South African Journal of Communication Disorders*, 69(2), 921. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v69i2.921>
- Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(Suppl 1), S5-S8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>

- Craig, J. W., & Smith, C. R. (2020). Risk-adjusted/neuroprotective care services in the NICU: The elemental role of the neonatal therapist (OT, PT, SLP). *Journal of Perinatology*, 40(4), Article 4. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0597-1>
- Darcy Mahoney, A. E., & Pinto-Martin, J. (2012). State of the Science: The Association Between Perinatal Brain Injury and School Performance in Very-Low-Birth-Weight Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 12(1), 33-39. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2011.12.006>
- da Rosa Pereira, K., Levy, D. S., Procianoy, R. S., & Silveira, R. C. (2020). Impact of a pre-feeding oral stimulation program on first feed attempt in preterm infants: Double-blind controlled clinical trial. *PloS One*, 15(9), e0237915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237915>
- Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques, Code de la santé publique (2022). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668631>
- Drewier, J. (2012). *The speech-language pathologist's role in the neonatal intensive care unit* [Mémoire d'orthophonie].
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement: *Enfances & Psy*, N° 66(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2021). *Infant and family centred developmental care*. <https://www.efcni.org/health-topics/in-hospital/developmental-care/>
- Geddes, D. T., Kent, J. C., Mitoulas, L. R., & Hartmann, P. E. (2008). Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Human Development*, 84(7), 471-477. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.12.008>

- Glorieux, I., Nathalie Montjaux, Montjaux, N., Bloom, M.-C., & Casper, C. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : Le point de vue des parents. *Devenir*, 24(1), 45-53. <https://doi.org/10.3917/dev.121.0045>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Gómez-Cantarino, S., García-Valdivieso, I., Moncunill-Martínez, E., Yáñez-Araque, B., & Ugarte Gurrutxaga, M. I. (2020). Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7197. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197197>
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20-28. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004>
- Gremmo-Féger, G. (2022). Chapitre 6 : Allaitement maternel et développement neurologique de l'enfant prématuré. In J. Sizun, B. Guillois, C. Tscherning, P. Kuhn, & G. Thiriez, *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique* (2e édition). Lavoisier-Médecine sciences.
- Guedeney, N., Guedeney, A., & Tereno, S. (2021). *L'attachement, approche théorique* (5e éd). Elsevier-Masson.
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale*, 72(4), 25-38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>

- Gupta, G., Kaniyanoor venkatesan, V. kumar, Anitha, R., & Ninan, B. (2016). Feeding Performance in Preterm Infants and Full Term Infants at 40 Weeks Postmenstrual Age. *Journal of Nepal Paediatric Society*, 36, 136. <https://doi.org/10.3126/jnps.v36i2.14621>
- Hoeben, H., Alferink, M. T., van Kempen, A. A. M. W., van Goudoever, J. B., van Veenendaal, N. R., van der Schoor, S. R. D., & on behalf of the neoPARTNER Study Group. (2023). Collaborating to Improve Neonatal Care : ParentAI Participation on the NEonatal Ward—Study Protocol of the neoPARTNER Study. *Children*, 10(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/children10091482>
- Inserm. (2022). *Rapport Euro-Peristat : État des lieux de la santé périnatale en France par rapport aux autres pays européens*. <https://presse.inserm.fr/rapport-euro-peristat-etat-des-lieux-de-la-sante-perinatale-en-france-par-rapport-aux-autres-pays-europeens/65817/>
- Inserm. (2023, février 13). *Prématurité Des bébés qui arrivent trop tôt*. <https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>
- Inserm, & Ancel, P.-Y. (2015, janvier 28). *La survie des enfants grands prématurés en France s'améliore : Premiers résultats de l'étude EPIPAGE 2*. <https://presse.inserm.fr/la-survie-des-enfants-grands-prematures-en-france-sameliore-premiers-resultats-de-letude-epipage-2/17643/>
- Isazadeh, R., Moradi, N., Malakian, A., Naderifar, E., Dastoorpoor, M., & Knoll, B. L. (2022). Mothers' involvement in assessing feeding skills of premature infants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 155, 111069. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111069>
- Kamran, F., Khatoonabadi, A. R., Aghajanzadeh, M., Ebadi, A., Faryadras, Y., & Sagheb, S. (2020). Effectiveness of Cue-Based Feeding Versus Scheduled Feeding in Preterm

- Infants Using Comprehensive Feeding Assessment Scales : A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Pediatrics*, 30(6), Article 6. <https://doi.org/10.5812/ijp.107475>
- Karabayir, N., Mertturk Potak, E., Karaman, S., Sebirli, M. F., Istanbulu, M. B., Potak, M., & Teber, B. G. (2022). The Finger Feeding Method and Relactation. *Cureus*, 14(4), e24044. <https://doi.org/10.7759/cureus.24044>
- Kaspy, K. R., Burg, G., Garrison, A. P., Miller, C. K., Pentiuik, S., Smith, M. M., & Benscoter, D. (2022). The follow up of complex infants in an aerodigestive clinic. *Paediatric Respiratory Reviews*, 44, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2022.06.002>
- Khodaghali, Z., Zarifian, T., Soleimani, F., Khoshnood shariati, M., & Bakhshi, E. (2018). The Effect of Non-Nutritive Sucking and Maternal Milk Odor on the Independent Oral Feeding in Preterm Infants. *Iranian Journal of Child Neurology*, 12(4), 55-64.
- Klemming, S., Lilliesköld, S., & Westrup, B. (2021). Mother-Newborn Couplet Care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta Paediatrica*, 110(11), 2951-2957. <https://doi.org/10.1111/apa.15997>
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2012). *L'orthophonie en France: Vol. 7e éd.* (p. 7-35). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-orthophonie-en-france--9782130607717-p-7.htm>
- Krüger, E., Kritzinger, A., & Pottas, L. (2017). Breastfeeding and swallowing in a neonate with mild hypoxic-ischaemic encephalopathy. *The South African Journal of Communication Disorders*, 64(1), 209. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v64i1.209>
- Krüger, E., Kritzinger, A., & Pottas, L. (2019). Oropharyngeal Dysphagia in Breastfeeding Neonates with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy on Therapeutic Hypothermia. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 14(10), 718-723. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0048>

- Kuhn, P., Dillenseger, L., Langlet, C., Martenot, A., Rondel, J., Tscherning, C., & Koenig-Zores, C. (2022). Chapitre 8 : Environnement en unités de soins intensifs et soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. In J. Sizun, B. Guillois, C. Tscherning, P. Kuhn, & G. Thiriez, *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique* (2e édition, p. 53-60). Lavoisier-Médecine sciences.
- Lau, C. (2001). Effects of Stress on Lactation. *Pediatric clinics of North America*, 48, 221-234. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70296-0](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70296-0)
- L'hospitalisation et soins*. (2022, novembre). SOS Préma & bébés hospitalisés. <https://www.sosprema.com/la-prematurite/lhospitalisation-et-soins/>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Limperopoulos, C., & Majnemer, A. (2002). The Role of Rehabilitation Specialists in Canadian NICUs. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 22(1), 57-72. https://doi.org/10.1080/J006v22n01_05
- Louis, S. (2010). *Le grand livre du bébé prématuré* (2e édition). Editions du CHU Sainte-Justine ; Éditions Enfants Québec.
- Lowrey, S., & Carr, J. (2021). *Cleft Management in Neonates*. https://www.hnekidshealth.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/425746/Cleft_Management.pdf
- Maggio, L., Costa, S., Zecca, C., & Giordano, L. (2012). Methods of enteral feeding in preterm infants. *Early Human Development*, 88, S31-S33. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(12\)70011-7](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(12)70011-7)

- Maguire, D. J., Shaffer-Hudkins, E., Armstrong, K., & Clark, L. (2018). Feeding Infants with Neonatal Abstinence Syndrome : Finding the Sweet Spot. *Neonatal Network: NN*, 37(1), 11-18. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.37.1.11>
- Mathisen, B. A., Carey, L. B., & O'Brien, A. (2012). Incorporating speech-language pathology within Australian neonatal intensive care units. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(9), 823-827. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02549.x>
- Medeiros, A. M. C., Oliveira, A. R. M., Fernandes, A. M., Guardachoni, G. A. D. S., Aquino, J. P. de S. P. de, Rubinick, M. L., Zveibil, N. M., & Gabriel, T. C. F. (2011). Characterization of the transition technique from enteral tube feeding to breastfeeding in preterm newborns. *Jornal Da Sociedade Brasileira De Fonoaudiologia*, 23(1), 57-65. <https://doi.org/10.1590/s2179-64912011000100013>
- Misycki, V., Dubois de Bodinat, L., & Guédeney, N. (2022). Chapitre 4 : Impact de l'hospitalisation périnatale sur le lien parent-enfant : Apports de la théorie de l'attachement. In J. Sizun, B. Guillois, C. Tscherning, P. Kuhn, & G. Thiriez, *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique* (2e édition, p. 25-30). Lavoisier-Médecine sciences.
- Moon, C. W., Jung, H. geul, Cheon, H. J., Oh, S. M., Ki, Y. O., & Kwon, J.-Y. (2017). Verification of Reliability and Validity of the Feeding and Swallowing Scale for Premature Infants (FSSPI). *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(4), 631-637. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.4.631>
- Murphy, R., Harding, C., Aloysius, A., Sweeting, M., & Crossley, S.-L. (2021). Developments in allied health professionals' role in UK neonatal units : A speech and language therapy perspective. *Infant*, 17(4). https://www.infantjournal.co.uk/journal_article.html?id=7231

- Organisation Mondiale de la Santé. (2023, mai 10). *Naissances prématurées*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210.
<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pérez-Navero, J. L., Dorao Martínez-Romillo, P., López-Herce Cid, J., Ibarra de la Rosa, I., Pujol Jover, M., Hermana Tezanos, M. T., & Grupo de Trabajo de Nutrición de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. (2005). [Artificial nutrition in pediatric intensive care units]. *Anales De Pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 62(2), 105-112. <https://doi.org/10.1157/13071305>
- Pierrat, V., Marchand-Martin, L., Marret, S., Arnaud, C., Benhammou, V., Cambonie, G., Debillon, T., Dufourg, M.-N., Gire, C., Goffinet, F., Kaminski, M., Lapillonne, A., Morgan, A. S., Rozé, J.-C., Twilhaar, S., Charles, M.-A., & Ancel, P.-Y. (2021). Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm : EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ*, n741. <https://doi.org/10.1136/bmj.n741>
- Pierrat, V., Zaoui-Grattepanche, C., Rousseau, S., Rousseau, S., & Truffert, P. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : Le point de vue du bébé. *Devenir*, 24(1), 35-44. <https://doi.org/10.3917/dev.121.0035>
- Pike, C., Pike, M., Kritzinger, A., Krüger, E., & Viviers, M. (2016). Risk profiles of infants >32 weeks' gestational age with oropharyngeal and oesophageal dysphagia in neonatal

- care. *South African Journal of Child Health*, 10(2), 130-133.
<https://doi.org/10.7196/sajch.2016.v10i2.1051>
- Pineda, R., Bender, J., Hall, B., Shabosky, L., Annecca, A., & Smith, J. (2018). Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. *Early Human Development*, 117, 32-38.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.12.008>
- Pineda, R., DeGaetano, S., Kindra, M., Hand, T., Craig, J., Fernandez-Fernandez, A., & Collette, D. (2019). Neonatal therapy: A survey of current practice. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 12(3), 285-294. <https://doi.org/10.3233/PRM-180565>
- Pineda, R., Raney, M., & Smith, J. (2019). Supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE): Defining developmentally-appropriate sensory exposures for high-risk infants. *Early Human Development*, 133, 29-35.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.04.012>
- Ratynski, N., Jean Jouquan, J. Jouquan, Jouquan, J., & Sizun, J. (2009). NIDCAP et soins de développement: Quelle stratégie d'implantation? *Archives De Pédiatrie*, 16(6), 830-832. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(09\)74169-7](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(09)74169-7)
- Roman, S., Farinetti, A., Varoquier, M., & Maillotte, A.-M. (2021). *Protocole pédiatrique de dépistage auditif néonatal en maternité et unité de néonatalogie*.
<https://www.reseaperinatmed.fr/medias/Protocole-depistage-auditif-neonatal-2021-1675.pdf>
- Ross, E. (2022). Chapitre 17: Manger: Un processus neuro-développemental. In J. Sizun (Trad.), *Soins de développement en période néonatale: De la recherche à la pratique* (2e édition). Lavoisier-Médecine sciences.

- Ross, K., Heiny, E., Conner, S., Spener, P., & Pineda, R. (2017). Occupational therapy, physical therapy and speech-language pathology in the neonatal intensive care unit : Patterns of therapy usage in a level IV NICU. *Research in Developmental Disabilities*, 64, 108-117. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.03.009>
- Roué, J.-M., Kuhn, P., Lopez Maestro, M., Maastrup, R. A., Mitanchez, D., Westrup, B., & Sizun, J. (2017). Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 102(4), F364-F368. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312180>
- Roué, J.-M., Ratynski, N., Minguy, S., & Sizun, J. (2016). *Parents partenaires de décisions et de soins : Quel est l'intérêt des programmes formalisés de soins de développement ?* 8, 155-158. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0372-x>
- Rousseau, S., Haouari, N., & Mariette, S. (2022). Soins centrés sur l'enfant et sa famille : Le modèle du « couplet care » scandinave appliqué en unité de soins intensifs en France. Retentissement sur la présence des mères auprès de leur nouveau-né hospitalisé. *Périnatalité*, 4, 182-186. <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0157>
- Sassi, F. C., Ritto, A. P., Sassi, D. C., Ansuino, A. C., de Medeiros, G. C., Juste, F., Béfi-Lopes, D. M., & de Andrade, C. R. F. (2023). Characterization of feeding skills and clinical markers of preterm newborns with gastroschisis in a neonatal therapy unit. *CoDAS*, 35(5), e20220145. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232022145en>
- Schoeman, J. (2016). *Risks associated with suspected dysphagia in NICU-admitted infants in a South African public hospital : A retrospective study.* <https://repository.up.ac.za/handle/2263/60419>
- Schoeman, J., & Kritzinger, A. (2017). Risks associated with suspected dysphagia in infants admitted to a neonatal intensive care unit in a South African public hospital. *South*

- African Journal of Child Health*, 11(2), 75-79.
<https://doi.org/10.7196/SAJCH.2017.v11i2.1186>
- Sizun, J., Guillois, B., Tscherning, C., Kuhn, P., & Thiriez, G. (2022). *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique* (2e édition). Lavoisier-Médecine sciences.
- Sizun, J., Ratynski, N., Ratynski, N., Jay, N., & Gremmo-Féger, G. (2003). Allaitement maternel et prématurité : Intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. *Spirale*, 27(3), 15-22. <https://doi.org/10.3917/spi.027.0015>
- Sturdivant, C. (2013). A Collaborative Approach to Defining Neonatal Therapy. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 23-26. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.010>
- Tanta, K. J., & Langton, S. Y. (2010). NICU primer for occupational therapists : Therapeutic staffing trends in northwest neonatal intensive care units - Part II of II. *Journal of Occupational Therapy, Schools, and Early Intervention*, 3(3), 268-281. Scopus. <https://doi.org/10.1080/19411243.2010.514840>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) : Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Uhm, K. E., Yi, S.-H., Chang, H. J., Cheon, H. J., & Kwon, J.-Y. (2013). Videofluoroscopic Swallowing Study Findings in Full-Term and Preterm Infants With Dysphagia. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 37(2), 175. <https://doi.org/10.5535/arm.2013.37.2.175>

- United Nations International Children's Emergency Fund. (1990). *Convention on the Rights of the Child*. UNICEF. <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>
- Viviers, M., Kritzinger, A., & Graham, M. (2019). Reliability and validity of the neonatal feeding assessment scale (NFAS) for the early identification of dysphagia in moderate to late preterm neonates. *African Health Sciences*, *19*(3), 2718-2727. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i3.47>
- Welch, C. D., Check, J., & O'Shea, T. M. (2017). Improving care collaboration for NICU patients to decrease length of stay and readmission rate. *BMJ Open Quality*, *6*(2), e000130. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-000130>
- Younesian, S., Yadegari, F., & Soleimani, F. (2015). Impact of Oral Sensory Motor Stimulation on Feeding Performance, Length of Hospital Stay, and Weight Gain of Preterm Infants in NICU. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *17*(7), e13515. [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.13515](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.13515)

**ANNEXE I : CONCEPTS ET MOTS CLEFS UTILISÉS POUR L'ÉLABORATION
DES ÉQUATIONS DE RECHERCHE**

Concepts-clés	Orthophonie/ste	Unité de soins néonataux	Prématurité ou petit poids de naissance
Termes libres	Speech-language therapy Speech-language pathology Speech-language therapist Speech-language pathologist Speech pathologist Speech therapist SLT	Neonatal Intensive Care Unit Neonatal Intensive Care Units NICU Neonatal nursing Neonatal intensive care	Preterm infant Small for gestational age Premature newborn Premature infant
Descripteurs MeSH	Speech Therap*[Mesh] Therap*, Speech[Mesh] Speech-language patholog*[Mesh] Speech-language patholog*[Mesh] AND pathologist*[Mesh]	Intensive Care Unit*, Neonatal[Mesh] Newborn Intensive Care Unit*[Mesh] Neonatal Intensive Care Unit*[Mesh] NICU*[Mesh] Neonatal ICU*[Mesh] Newborn ICU*[Mesh] ICU*, Neonatal[Mesh] ICU*, Newborn[Mesh]	Infant*, premature[Mesh] Premature Infant*[Mesh] Preterm Infant*[Mesh] Infant*, Preterm[Mesh] Neonatal Prematurity[Mesh] Prematurity, Neonatal[Mesh] Infant*, Small for Gestational Age[Mesh]

ANNEXE II : ÉQUATIONS DE RECHERCHE

Web Of Science

(ALL=("Speech-language therapy") OR ALL=("Speech-language pathology") OR ALL=("Speech pathology") OR ALL=("Speech therapy")) AND (ALL=("Neonatal Intensive Care Unit") OR ALL=(NICU) OR ALL=("Neonatal nursing") OR ALL=("Newborn Intensive Care Unit") OR ALL=("Preterm infant") OR ALL=("Premature newborn") OR ALL=("Prematurity"))

⇒ 73 résultats le 29/11/2023

PubMed

("Speech-language therap*" [tiab] OR "Speech-language patholog*" [tiab] OR "Speech patholog*" [tiab] OR "Speech therap*" [tiab] OR SLT [tiab] OR "Speech Therap*" [Mesh] OR "Speech-language patholog*" [Mesh] OR ("Speech-language patholog*" [Mesh] AND pathologist* [Mesh])) AND (("Neonatal Intensive Care Unit*" [tiab] OR NICU [tiab] OR NICUs [tiab] OR "Neonatal nursing" [tiab] OR "Newborn Intensive Care Unit*" [Mesh] OR "Neonatal Intensive Care Unit*" [tiab] OR "Neonatal ICU*" [tiab] OR "Newborn ICU*" [tiab] OR "ICU*, Neonatal" [tiab] OR "ICU*, Newborn" [tiab] OR "neonatal intensive care" [tiab]) OR ("Preterm infant*" [tiab] OR "Small for gestational age" [tiab] OR "Premature newborn*" [tiab] OR "Premature infant*" [tiab] OR "Infant*, premature" [tiab] OR "Neonatal Prematurity" [tiab] OR "Prematurity, Neonatal" [tiab] OR "Premature Infant" [Mesh]))

⇒ 83 résultats le 14/11/2023

Scopus

(TITLE-ABS("Speech-language therap*") OR TITLE-ABS("Speech-language patholog*") OR TITLE-ABS("Speech patholog*") OR TITLE-ABS("Speech therap*") OR TITLE-ABS(SLT) OR INDEXTERMS("Speech Therap*") OR INDEXTERMS("Speech-language patholog*") OR (INDEXTERMS("Speech-language patholog*") AND INDEXTERMS(pathologist*))) AND ((TITLE-ABS("Neonatal Intensive Care Unit*") OR TITLE-ABS(NICU) OR TITLE-ABS(NICUs) OR TITLE-ABS("Neonatal nursing") OR INDEXTERMS("Newborn Intensive Care Unit*") OR TITLE-ABS("Neonatal Intensive Care Unit*") OR TITLE-ABS("Neonatal ICU*") OR TITLE-ABS("Newborn ICU*") OR TITLE-ABS("ICU*, Neonatal") OR TITLE-ABS("ICU*, Newborn") OR TITLE-ABS("neonatal intensive care")) OR (TITLE-ABS("Preterm infant*") OR TITLE-ABS("Small for gestational

age") OR TITLE-ABS("Premature newborn*") OR TITLE-ABS("Premature infant*") OR TITLE-ABS("Infant*, premature") OR TITLE-ABS("Neonatal Prematurity") OR TITLE-ABS("Prematurity, Neonatal") OR INDEXTERMS("Premature Infant"))

⇒ 131 résultats le 29/11/2023

Cochrane

((("Speech-language" NEXT therap*):ti,ab OR ("Speech-language" NEXT patholog*):ti,ab OR ("Speech" NEXT patholog*):ti,ab OR ("Speech" NEXT therap*):ti,ab OR SLT:ti,ab OR [mh ("Speech" NEXT Therap*)] OR [mh ("Speech-language" NEXT patholog*)] OR ([mh ("Speech-language" NEXT patholog*)] AND [mh pathologist*])) AND (((("Neonatal Intensive Care" NEXT Unit*):ti,ab OR NICU:ti,ab OR NICUs:ti,ab OR "Neonatal nursing":ti,ab OR [mh ("Newborn Intensive Care" NEXT Unit*)] OR ("Neonatal Intensive Care" NEXT Unit*):ti,ab OR ("Neonatal" NEXT ICU*):ti,ab OR ("Newborn" NEXT ICU*):ti,ab OR (ICU*, NEXT "Neonatal"):ti,ab OR (ICU*, NEXT "Newborn"):ti,ab OR "neonatal intensive care":ti,ab) OR ((("Preterm" NEXT infant*):ti,ab OR "Small for gestational age":ti,ab OR ("Premature" NEXT newborn*):ti,ab OR ("Premature" NEXT infant*):ti,ab OR (Infant*, NEXT "premature"):ti,ab OR "Neonatal Prematurity":ti,ab OR "Prematurity, Neonatal":ti,ab OR [mh "Premature Infant"])))

⇒ 0 résultat le 15/11/2023

Lissa

The screenshot shows the Lissa search interface. At the top left is the Lissa logo (Littérature Scientifique en Santé). To the right is a 'Se connecter' button and a 'J'aide LiSSa' button. Below the logo is a search bar with the text 'Où chercher ?'. The search criteria are: 'Titre, mots-clés et résumé' with the keyword 'orthophonie', followed by 'OU' and a plus-minus icon, then 'ET', another 'Titre, mots-clés et résumé' with the keyword 'prématuré', followed by 'OU' and a plus-minus icon, then 'soins intensifs néonataux', 'OU', 'unités de soins intensifs néo', and a plus-minus icon. Below the search criteria is an 'Ajouter une ligne' button. At the bottom of the search criteria is a 'Recherche simple' button with a checkmark and an 'x' icon. The search results section shows '0 ressource(s) trouvée(s)' and a message: 'La recherche ne fournit pas de résultat. Utiliser de préférence les mots clés MeSH. Voir la requête effectuée'. To the right of the message are 'Tri : pertinence' and 'Réponse(s) par page : 10'. At the bottom right is a 'Créer une alerte' button. Below the search results is a section for '- concept(s) identifié(s) :'. The first concept is '- Voir la requête effectuée : (orthophonie.tl OU orthophonie.mc) ET ((((((((prématuré.tl OU prématuré.mc) OU soins intensifs néonataux.tl) OU soins intensifs néonataux.mc) OU unités de soins intensifs néonataux.tl) OU unités de soins intensifs néonataux.mc) ET true.speps

(orthophonie.tl OU orthophonie.mc) ET ((((((((prématuré.tl OU prématuré.mc) OU soins intensifs néonataux.tl) OU soins intensifs néonataux.mc) OU unités de soins intensifs néonataux.tl) OU unités de soins intensifs néonataux.mc) ET true.speps

⇒ 0 résultat le 29/11/2023

**ANNEXE III : LISTE D'ITEMS À RESPECTER POUR ÉTABLIR UNE REVUE DE
LA PORTÉE RESPECTANT LA MÉTHODOLOGIE PRISMA**

Document issu des travaux de Tricco et al. (2018)

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	0
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	77
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	1
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	1
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	23
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	24
Information sources	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	23
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	23

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Selection of sources of evidence	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	23, 24
Data charting process	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	24, 25
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	25
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	X (inapproprié)
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	24, 25
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	25, 26
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	26, 27 et 72 à 76
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	X
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	29 à 41
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	28
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and	42 à 46

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		consider the relevance to key groups.	
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	46 à 48
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	48 à 50
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	X

ANNEXE IV : TABLEAU DE PRÉSENTATION DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS DANS LA REVUE DE LITTÉRATURE

N°	Titre de l'article	Date	Auteur(s)	Type d'article	Pays dans lequel a été réalisée l'étude
1	A Collaborative Approach to Defining Neonatal Therapy	2013	Sturdivant	Article de revue (Newborn and infant Nursing Reviews)	Etats-Unis L'étude porte sur les pratiques de professionnels internationaux
2	A comprehensive program for preterm infants with patent ductus arteriosus	2019	Apalodimas et al.	Article de revue (Congenital Heart Disease)	États-Unis
3	Assessment and intervention for dysphagia in infants and children: beyond the neonatal intensive care unit	2007	Bell & Alper	Article de journal (Seminars in speech and language)	États-Unis
4	Breastfeeding and swallowing in a neonate with mild hypoxic-ischaemic encephalopathy	2017	Krüger et al.	Article de journal (South African Journal of Communication Disorders)	Afrique du Sud
5	Characterization of feeding skills and clinical markers of preterm newborns with gastroschisis in a neonatal therapy unit	2023	Sassi et al.	Article de journal (Cogas : official journal of the sociedade brasileira de fonoaudiologia)	Brésil
6	Characterization of the transition technique from enteral tube feeding to breastfeeding in preterm newborns	2011	Medeiros et al.	Article de journal (Cogas : official journal of the sociedade brasileira de fonoaudiologia)	Brésil
7	Clinical Validation of the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale in Taiwan	2021	Chang et al.	Article de journal (Journal of Pediatric Nursing)	Taiwan
8	Collaborating to Improve Neonatal Care: Parental Participation on the Neonatal Ward—Study Protocol of the neoPARTNER Study	2023	Hoeben et al.	Article de Journal (Children)	Pays-Bas
9	Developments in allied health professionals' role in UK neonatal units: a speech and language therapy perspective	2021	Murphy et al.	Article de journal (Infant Journal)	Royaume-Uni
10	Dysphagia in Infants and Children with Oral-Motor Deficits: Assessment and Management	1996	Alper & Manno	Article de journal (Seminars in speech and language)	États-Unis

11	Effectiveness of Cue-Based Feeding Versus Scheduled Feeding in Preterm Infants Using Comprehensive Feeding Assessment Scales: A Randomized Clinical Trial	2020	Kamran et al.	Article de journal (Iranian Journal of Pediatrics)	Iran
12	Evaluation of the Effect of Oral Motor Stimulation Exercises on Feeding Skills in Premature Infants	2023	Atay et al.	Article de journal (The Medical Bulletin Of Sisli Etfal Hospital)	Turquie
13	Factors Influencing Receipt and Type of Therapy Services in the NICU	2023	Butera et al.	Article de journal (Behavioral sciences) : essai clinique longitudinal	États-Unis
14	Feeding Infants with Neonatal Abstinence Syndrome: Finding the Sweet Spot	2018	Maguire et al.	Article de journal (Neonatal Network)	États-Unis
15	Feeding Performance in Preterm Infants and Full Term Infants at 40 Weeks Postmenstrual Age	2016	Gupta et al.	Article de journal (Journal of Nepal Paediatric Society)	Inde
16	Feeding practices in public hospitals' neonatal intensive care units: An exploration into the ways in which COVID-19 affected the best practice in Gauteng	2022	Coutts et al.	Article de journal (South African Journal of Communication Disorders)	Afrique du Sud
17	Impact of a pre-feeding oral stimulation program on first feed attempt in preterm infants: Double-blind controlled clinical trial	2020	da Rosa Pereira et al.	Article de journal (Plos One) : essai clinique contrôlé en double aveugle	Brésil
18	Impact of Oral Sensory Motor Stimulation on Feeding Performance, Length of Hospital Stay, and Weight Gain of Preterm Infants in NICU	2015	Younesian et al.	Article de journal (Iranian Red Crescent Medical Journal)	Iran
19	Improving care collaboration for NICU patients to decrease length of stay and readmission rate	2017	Welch et al.	Article de revue (BMJ Open Quality)	États-Unis
20	Incorporating speech-language pathology within Australian neonatal intensive care units	2012	Mathisen et al.	Article de revue (Journal of Paediatrics and Child Health)	Australie
21	Maternal experiences of caring for preterm infants in a vulnerable South African population	2021	Buys & Gerber	Article de journal (Health SA Gesondheid)	Afrique du Sud
22	Mothers' involvement in assessing feeding skills of premature infants	2022	Isazadeh et al.	Article de journal (International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology) : étude transversale	Iran
23	Neonatal therapy: A survey of current practice	2019	Pineda et al.	Article de journal (Journal of	États-Unis

				Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach)	
24	NICU primer for occupational therapists: Therapeutic staffing trends in northwest neonatal intensive care units - Part II of II	2010	Tanta & Langton	Article de journal (Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention)	États-Unis
25	Occupational therapy, physical therapy and speech-language pathology in the neonatal intensive care unit: Patterns of therapy usage in a level IV NICU	2017	K. Ross et al.	Article de journal (Research in developmental disabilities)	États-Unis
26	Oropharyngeal Dysphagia in Breastfeeding Neonates with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy on Therapeutic Hypothermia	2019	Krüger et al.	Article de journal (Breastfeeding Medicine)	Afrique du Sud
27	Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby	2015	Craig et al.	Article de journal (Journal of Perinatology)	États-Unis
28	Reliability and validity of the neonatal feeding assessment scale (NFAS) for the early identification of dysphagia in moderate to late preterm neonates	2019	Viviers et al.	Article de journal (African Health Sciences) : conception intra-sujets ou mesures répétées	Afrique du Sud
29	Risk profiles of infants ≥ 32 weeks' gestational age with oropharyngeal and oesophageal dysphagia in neonatal care	2016	Pike et al.	Article de journal (South African Journal of Child Health)	Afrique du Sud
30	Risk-adjusted/neuroprotective care services in the NICU: the elemental role of the neonatal therapist (OT, PT, SLP)	2020	Craig & Smith	Article de journal (Journal of Perinatology)	États-Unis
31	Risks associated with suspected dysphagia in infants admitted to a neonatal intensive care unit in a South African public hospital	2017	Schoeman & Kritzinger	Article de journal (South African Journal of Child Health) : Revue rétrospective de dossiers médicaux.	Afrique du Sud
32	Risks associated with suspected dysphagia in NICU-admitted infants in a South African public hospital : a retrospective study	2016	Schoeman	Mémoire en vue de l'obtention du diplôme équivalent au certificat de capacité en orthophonie, en Afrique du Sud	Afrique du Sud
33	State of the Science: The Association Between Perinatal	2012	Darcy Mahoney & Pinto-	Article de revue (Newborn	États-Unis

	Brain Injury and School Performance in Very-Low-Birth-Weight Infants		Martin	& Infant Nursing Reviews)	
34	Supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE): Defining developmentally-appropriate sensory exposures for high-risk infants	2019	Pineda et al.	Article de journal (Early Human Development)	États-Unis
35	Survey of neurodevelopmental allied health teams in Australian and New Zealand neonatal nurseries: Staff profile and standardised neurobehavioural/neurological assessment	2017	Allinson et al.	Sondage transversal descriptif	Australie
36	The Effect of Non-Nutritive Sucking and Maternal Milk Odor on the Independent Oral Feeding in Preterm Infants	2018	Khodagholi et al.	Article de journal (Iranian Journal of Child Neurology)	Iran
37	The Effects of Non-Nutritive Sucking and Pre-Feeding Oral Stimulation on Time to Achieve Independent Oral Feeding for Preterm Infants	2015	Asadollahpour et al.	Article de journal (Iranian Journal of Child Neurology)	Iran
38	The follow up of complex infants in an aerodigestive clinic	2022	Kaspy et al.	Article de revue (Paediatric Respiratory Reviews)	États-Unis
39	The oral motor capacity and feeding performance of preterm newborns at the time of transition to oral feeding	2008	Bauer et al.	Article de journal (Brazilian Journal of Medical and Biological Research)	Brésil
40	The Role of Rehabilitation Specialists in Canadian NICUs	2002	Limperopoulos & Majnemer	Article de journal (Physical & Occupational Therapy In Pediatrics)	Canada
41	The Role of Rehabilitation Specialists in Canadian NICUs: A 21st Century Perspective	2019	Nery et al.	Article de journal (Physical & Occupational Therapy In Pediatrics)	Canada
42	The speech-language pathologist's role in the neonatal intensive care unit	2012	Dewier	Mémoire en vue de l'obtention du diplôme équivalent au certificat de capacité en orthophonie, aux États-Unis.	États-Unis
43	Verification of Reliability and Validity of the Feeding and Swallowing Scale for Premature Infants (FSSPI)	2017	Moon et al.		Corée du Sud
44	Videofluoroscopic Swallowing Study Findings in Full-Term and Preterm Infants With Dysphagia	2013	Uhm et al.		Corée du Sud

RÉSUMÉ

La prématurité et l'hospitalisation néonatale sont des enjeux de santé publique entrant dans le champ de compétences de l'orthophoniste. La place de l'orthophoniste en services de soins néonataux est de plus en plus reconnue et affirmée, mais l'ensemble des rôles qu'elle y tient reste encore peu caractérisé dans la littérature scientifique. L'objectif de ce travail est de répondre à la question : quel est le rôle de l'orthophoniste en unité de soins néonataux, selon la littérature scientifique ? Pour cela, différentes bases de données ont été sondées afin d'identifier et de sélectionner les articles présentant des éléments de réponse à la question de recherche. Finalement, ce sont 44 études qui ont été incluses dans la revue. Tout ce processus respecte la méthodologie PRISMA adaptée aux revues de la portée. Les résultats obtenus ont été synthétisés et discutés. Finalement, 24 missions de l'orthophoniste sont mises en évidence, dont les cinq les plus fréquemment rencontrées sont l'évaluation des capacités d'alimentation, le soutien des capacités d'alimentation, la participation à la recherche scientifique, l'accompagnement et l'information des parents et de l'équipe soignante. Les biais méthodologiques ont été exposés en discussion. Ils ouvrent à de nouvelles études scientifiques permettant de compléter les données présentées.

Mots-clés : prématurité, unités de soins néonataux, USIN, rôles orthophoniques, revue de la littérature

ABSTRACT

Prematurity and neonatal hospitalisation are public health issues that fall within the speech and language pathologist's (SLP) area of competences. The role of SLPs in neonatal units is increasingly recognised, but is still not well described in the scientific literature. This study aims to answer the following question: What is the role of SLPs in neonatal care units, according to the literature? To address this, several databases were explored, and articles containing relevant information were identified and selected. Ultimately, 44 references were included in the review, following the PRISMA methodology for scoping reviews. The results were summarised and discussed, and 24 roles of the SLP in neonatal care units were

identified. Among these, the five most commonly reported roles were: assessment of oromotor and feeding skills, feeding abilities training and support, involvement in scientific research, parental and care team training, education and support. Methodological biases were discussed, opening avenues for further scientific studies to complement the findings of this work.

Keywords : prematurity, neonatal care units, NICU, speech and language pathologist roles, scoping review
