



UNIVERSITE PAUL SABATIER - TOULOUSE III
FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE RANGUEIL
ENSEIGNEMENT DES TECHNIQUES DE READAPTATION

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste par

Laura HANDY

Étude de la validité d'un programme de partenariat parental sur les Sollicitations Oro-Faciales
de type massage au sein d'un CAMSP

Sous la direction de :

Maëline SERAUT

Orthophoniste en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)
Chargée d'enseignement au Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie de Toulouse

Alice BARRE-TESSIER

Orthophoniste en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)
Chargée d'enseignement au Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie de Toulouse

Membres du jury : Agnès THIBAUT et Anne JACQUESSON

JUIN 2023

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement mes encadrantes, Maëline Seraut et Alice Barre-Tessier, pour m'avoir accompagnée sur ce mémoire. Merci pour vos conseils, votre investissement et votre confiance. J'ai énormément appris à votre contact et ce projet m'a permis d'entrevoir quelle professionnelle je souhaite devenir.

Je remercie les membres du jury pour l'intérêt porté à ce travail.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire :

- Aux parents qui se sont portés volontaires pour participer au programme « Encore un massage »
- À l'équipe du CAMSP pour m'avoir permis de réaliser ce projet dans leurs locaux et pour avoir été si arrangeants
- Aux personnes ayant accepté de vérifier les outils de mon mémoire et en particulier Christophe Rives et Caroline Martineau
- À Audrey Duffillon, pour s'être montrée toujours disponible lorsque j'avais des interrogations
- À ma famille et mes amis pour m'avoir aidée à tester le programme

Merci à mes amies de promotion. Vous m'avez permis de rajeunir le temps d'une formation.

Un merci tout particulier à Pauline, ma partenaire de travail, d'escalade, et future associée. Merci pour ta précieuse amitié durant ces 5 années, sans toi ces études n'auraient pas été les mêmes.

Merci à mes proches, famille et amis, pour vos encouragements tout au long de mes études.

Merci à Charlotte, mon rayon de soleil, toi qui me rappelles chaque jour ce qui est vraiment important.

Enfin merci à Jeremy, pour ton soutien et ta patience. Tu m'as poussée à me lancer dans cette folle aventure et je ne le regrette pas!

TABLES DES MATIÈRES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION.....	6
CONTEXTE THÉORIQUE	7
Partie 1 : l'intérêt des SOF dans la prise en soin des Troubles Alimentaires Pédiatriques.....	7
1. Les Troubles Alimentaires Pédiatriques	7
1.1. Définitions et classifications actuelles.....	7
1.2. Impact des TAP sur la sphère familiale et sociale	8
2. La prise en soin des TAP.....	9
2.1. L'intervention interdisciplinaire	10
2.2. L'intérêt d'une prise en soin précoce	11
2.3. Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin des TAP.....	11
3. Les SOF	12
3.1. Définition et intérêt des SOF	12
3.2. Les objectifs des SOF	13
Partie 2 : Impliquer les parents dans la prise en soin orthophonique des TAP	18
1. Terminologie et définitions	18
2. Pourquoi impliquer les parents dans la prise en soin des TAP	20
2.1. Sous quelle forme se fait l'implication parentale?.....	21
2.2. Comment favoriser l'investissement des parents dans la prise en soin?	24
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	26
1. Contexte.....	26
2. Problématique et hypothèses.....	26
MÉTHODOLOGIE.....	28
1. La population cible	28
1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	28
1.2. Sélection et recrutement des participants	29
2. Le questionnaire préalable.....	29
2.1. Les échelles utilisées	29
2.2. Les objectifs du questionnaire.....	30
2.3. La mesure des variables	30
2.4. Validation du questionnaire	31
2.5. Test préalable.....	33
2.6. Diffusion du questionnaire.....	33
3. Modifications de l'outil conducteur d'atelier	33
3.1. Détails et justifications des modifications.....	33
3.2. Relecture et vérifications.....	36

4.	Expérimentation du programme	36
4.1.	Déroulement du programme	36
4.2.	Organisation du programme	36
5.	Le questionnaire postprogramme	36
5.1.	Les objectifs du questionnaire.....	37
5.2.	La mesure des variables	37
5.3.	Validation du questionnaire	38
5.4.	Test préalable.....	38
5.5.	Diffusion du questionnaire.....	38
6.	Récapitulatif des hypothèses, critères de jugement et mesures	38
RÉSULTATS		39
1.	Expérimentation du programme.....	39
2.	Comparaison des variables avant/après.....	39
2.1.	Le nombre de massages.....	40
2.2.	La compréhension de l'intérêt des SOF.....	41
2.3.	Le sentiment de capacité	43
2.4.	Le niveau d'acceptation des massages	44
3.	Maintien des résultats	44
4.	Autres mesures et analyse des corrélations	46
4.1.	Niveau d'anxiété et niveau d'agréabilité	46
4.2.	Analyse des corrélations	47
4.3.	Retours des participants sur le contenu du programme	49
DISCUSSION		52
1.	Validation des hypothèses	52
2.	Discussion des résultats	53
2.1.	Hypothèse principale : augmentation du nombre de massages oro-faciaux.....	53
2.2.	Hypothèse H2 : amélioration de la compréhension de l'intérêt des SOF	55
2.3.	Hypothèse H3 : augmentation du sentiment de capacité	55
2.4.	Hypothèse H4 : augmentation du niveau d'acceptation des massages oro-faciaux	55
2.5.	Analyses des corrélations	55
2.6.	Retours des participants sur le contenu et le format du programme	56
3.	Perspectives.....	57
CONCLUSION		60
BIBLIOGRAPHIE		61
ANNEXES		77

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1: Diagramme représentant la méthodologie du mémoire	28
Figure 2 : Diagramme représentant la construction du questionnaire préalable	32
Figure 3 : Test de Shapiro-Wilk (H1) et Figure 4 : Test de student pour des échantillons appariés (H1) ..	40
Figure 5 : Test de student pour des échantillons appariés (H1)	40
Figure 6 : Évolution du nombre de massages oro-faciaux (mesures préprogramme et postprogramme) .	41
Figure 7: Test de Shapiro-Wilk (H2) et Figure 8 : Test de student pour des échantillons appariés (H2) ...	41
Figure 9 : Évolution du score de compréhension de l'intérêt des SOF (mesures préprogramme et postprogramme)	42
Figure 10 : Évolution du sentiment de capacité par participant	43
Figure 11 : Évolution du niveau d'acceptation des massages oro-faciaux par participant	44
Figure 12 : Test de Shapiro-Wilk (maintien des résultats) Figure 13 : Test de Shapiro-Wilk (maintien des résultats)	45
Figure 14 : Évolution du nombre de massages oro-faciaux (mesures préprogramme et à distance)	45
Figure 15 : Évolution du nombre de massages oro-faciaux par participant	46
Figure 16 : Évolution du niveau d'anxiété par participant	46
Figure 17: Évolution du niveau d'agrément par participant	47
Figure 18: Corrélacion entre le nombre de massages et le sentiment de capacité avant le programme ...	48
Figure 19 : Corrélacion entre le nombre de massages et le sentiment de capacité après le programme ..	48
Figure 20 : Corrélacion entre le nombre de massages et le niveau d'acceptation du massage après le programme	48
Figure 21 : Corrélacion entre le niveau d'anxiété et le sentiment de capacité avant le programme	48
Figure 22 : Corrélacion entre le niveau d'agrément et le nombre de massages après le programme	49
Figure 23 : Corrélacion entre le niveau d'acceptation des massages et le sentiment de capacité après le programme	49
Figure 24 : Clarté des informations données pendant le programme	49
Figure 25 : Clarté de la Maison des SOF	49
Figure 26 : Clarté de la Fleur des réactions	49
Figure 27 : Clarté de l'arbre décisionnel	49
Figure 28 : Clarté du livret de la séquence de massages	49
Figure 29 : Le programme a-t-il répondu à vos attentes ?	50
Figure 30 : La salle des ateliers était-elle adaptée?	50
Figure 31: La modalité de la séance individuelle était-elle adaptée?	50
Figure 32 : Avis sur le nombre de participants sur l'ensemble des ateliers de groupe	50
Figure 33 : Durée totale du programme	51
Figure 34 : Durée de l'atelier de groupe 1	51
Figure 35 : Durée de l'atelier de groupe 2	51
Figure 36 : Durée de la séance individuelle	51

Liste des tableaux

Tableau 1: Détail de la séquence ajoutée à l'atelier 1 du programme	35
---	----

LISTE DES ABREVIATIONS

ARFID : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

SOF : Sollicitation(s) Oro-Faciale(s)

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TAP : Trouble(s) Alimentaire(s) Pédiatrique(s)

TOA : Trouble(s) de l'Oralité Alimentaire

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

INTRODUCTION

On parle de Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP) lorsque la prise orale des aliments et des liquides est perturbée par rapport à ce qui est attendu à l'âge de l'enfant et associée à des problèmes médicaux, un retentissement nutritionnel, un dysfonctionnement psychosocial, ou encore une altération des compétences en matière d'alimentation (Goday et al., 2019). Les manifestations des TAP sont nombreuses et les interactions pouvant exister entre les différents domaines impliqués peuvent rendre le diagnostic difficile (Burklow et al., 1998).

Le TAP ayant un impact à la fois sur la santé de l'enfant, son développement, mais également sur sa sphère familiale et sociale, une intervention précoce et interdisciplinaire est grandement préconisée.

Parmi les traitements préconisés dans le cadre des TAP, on retrouve les Sollicitations Oro-Faciales (SOF), utilisées dans un but tant préventif que thérapeutique (Lecoufle, 2012) pour permettre un investissement positif de la sphère orale et une amélioration de la force des muscles et de l'organisation de la motricité (Picaud, 2016). Les auteurs insistent sur l'intensité du traitement ainsi que sur l'approche adaptée et respectueuse avec laquelle les SOF doivent être réalisées. La pratique des SOF par les parents permettrait alors de contribuer à augmenter la fréquence du traitement et donnerait de bons résultats (Majoli et al., 2021).

En sachant que l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) ou encore les programmes d'intervention parentale permettent de favoriser l'implication des parents, nous pensons que la création d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massage et à destination de parents d'enfants porteurs de TAP est tout à fait pertinent.

En 2022, Duffillon étudiait la faisabilité d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massage au sein d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Nous avons décidé de poursuivre ce projet avec pour objectif principal de questionner la validité de ce programme au sein d'un autre CAMSP, en vérifiant notamment s'il permet d'augmenter le nombre de massages oro-faciaux réalisés par les parents.

CONTEXTE THÉORIQUE

Partie 1 : l'intérêt des SOF dans la prise en soin des Troubles Alimentaires Pédiatriques

1. Les Troubles Alimentaires Pédiatriques

1.1. Définitions et classifications actuelles

La terminologie actuelle concernant les difficultés d'alimentation de l'enfant est variée. Dans le domaine de la pédopsychiatrie, on peut nommer les Troubles des Conduites Alimentaires (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique) et les troubles de l'ingestion d'aliments (American Psychiatric Association et al., 2015). Dans le domaine de la pédiatrie, on parle de Troubles de l'Oralité Alimentaire, de troubles du comportement alimentaire, de Troubles Alimentaires Pédiatriques, ou encore des troubles de l'alimentation évitante/restrictive (ARFID) (American Psychiatric Association et al., 2015).

Quels que soient les termes utilisés, la plainte des parents reste souvent la même : « il ne mange pas ».

La définition la plus récente des TAP est proposée par Goday et al. (2019). Leur objectif est d'établir un consensus terminologique chez tous les professionnels de santé concernés et d'améliorer les pratiques cliniques et donc la prise en soin des enfants atteints de troubles alimentaires.

Dans ce consensus, Goday et al. (2019) définissent le TAP par une prise orale des aliments et des liquides perturbée par rapport à ce qui est attendu à l'âge de l'enfant, pendant au moins 2 semaines, et associée à au moins l'un des aspects suivants : des problèmes médicaux, un retentissement nutritionnel, un dysfonctionnement psychosocial, ou encore une altération des compétences en matière d'alimentation.

En outre, les critères diagnostiques détaillés du TAP qu'ils proposent (Annexe 1), permettent également d'évaluer les limitations fonctionnelles, et ce dans le but d'offrir des interventions adaptées qui contribuent à une amélioration de la qualité de vie.

Toujours afin d'élaborer une « conceptualisation commune et un cadre diagnostique pour les Troubles Alimentaires Pédiatriques », Sharp et al. (2022) proposent l'utilisation d'un dossier médical protocolisé permettant d'évaluer le patient dans quatre domaines (médical, nutrition, compétences alimentaires et psychosocial) et d'identifier les caractéristiques principales de son trouble alimentaire. Ils espèrent ainsi pouvoir fournir un outil clinique utile permettant d'apporter la rigueur méthodologique nécessaire à une meilleure évaluation des patients.

Alors que la plupart des anciennes classifications se basent généralement sur l'origine du trouble (Leblanc et al., 2012; Senez, 2020; Thibault, 2017), avec notamment en France une classification triadique (troubles de l'oralité d'origine organique, psychogène ou sensorielle) (Di Paco, 2020), les TAP sont aujourd'hui davantage « définis par les comportements observables qui se manifestent dans différents contextes sans présager des étiologies sous-jacentes » (Mottrie et al., 2022).

Ces comportements observables dans les TAP ont notamment été synthétisés par Grevesse et al., (2020), qui parlent de « signes d'alerte ». Nous les avons répertoriés dans l'annexe 2.

Burklow et al. (1998) expliquaient déjà qu'une classification se basant sur l'étiologie ne permet pas de « rendre compte de façon adéquate des étiologies mixtes des troubles alimentaires pédiatriques » car ces derniers « sont décrits en termes de catégories exclusives ». Ainsi, le fait de se baser sur l'expression du trouble permet de mettre en avant les interactions pouvant exister entre les différents facteurs des troubles alimentaires, et notamment entre les aspects biologiques et comportementaux.

Goday et al. (2019) soulignent également qu'il existe des interactions entre les différents domaines impliqués dans le trouble alimentaire (médical, nutritionnel, compétences alimentaires et psychosocial) et rapportent ainsi qu'une « une déficience dans l'un d'entre eux peut entraîner un dysfonctionnement dans n'importe lequel des autres ». Ainsi, le comportement d'évitement observé dans un TAP n'est pas forcément purement comportemental mais peut résulter d'un manque de compétence physiologique pour gérer l'alimentation ou bien peut être un moyen d'éviter un inconfort physique (Toomey & Ross, 2011).

Enfin, plusieurs auteurs soulignent le rôle de l'environnement et notamment de la famille dans les manifestations comportementales observées dans les TAP.

Pour Manikam et Perman (2000), un trouble alimentaire ayant une cause organique peut induire des comportements inadaptés de la part des parents (forçage, trop grande sélectivité, trop grandes quantités, menaces, chantage) amenant à faire du repas un moment conflictuel. Ramsay (2001) constate également que les stratégies mises en place par les parents pour arriver à faire augmenter les quantités prises ne font qu'alimenter la bataille engagée.

Levasseur (2017), dans sa lecture pyramidale des TOA (Annexe 3), explique que les « réponses plus ou moins ajustées des parents, souvent instables, voire contre-productives » face au refus de manger de leur enfant contribuent à créer une boucle sensorielle secondaire qui va « ancrer les réactions négatives de l'enfant et l'inscrire dans un TOA complexe ».

Nous avons choisi d'utiliser dans ce mémoire la terminologie faisant consensus dans la communauté scientifique, à savoir « le Trouble Alimentaire Pédiatrique » (Pediatric Feeding Disorder). Nous sommes toutefois consciente que la nomenclature orthophonique n'a pas encore intégré cette nouvelle terminologie et que le terme d'oralité alimentaire est encore très utilisé. En outre, « le Trouble Alimentaire Pédiatrique » exclut la population adulte, pour qui on parle toujours de Troubles de l'Oralité Alimentaire.

1.2. Impact des TAP sur la sphère familiale et sociale

Impact familial

Léo Kanner (1943) décrivait déjà dans son article princeps l'inquiétude et le désarroi des parents face à un enfant qui a des difficultés d'alimentation : « la principale chose qui m'inquiète c'est sa difficulté à s'alimenter [...], nous avons essayé tout ce qui est possible ».

En effet, les troubles alimentaires chez l'enfant se limitent rarement à l'enfant lui-même. Il s'agit également d'un problème familial qui constitue un véritable facteur de stress pour les parents (Manikam et Perman, 2000). Cela est compréhensible étant donné que nourrir son enfant est une composante essentielle et

quotidienne des soins parentaux (Thullen & Bonsall, 2017) et qu'elle constitue l'une des compétences essentielles d'un parent (Prudhon Havard et al., 2009).

Le même constat est fait par Simione et al. (2020), qui montrent que les parents ressentent de hauts niveaux de stress, d'une part à cause des conséquences potentielles des troubles alimentaires sur la santé, la nutrition, le poids de leur enfant, et d'autre part parce qu'ils peinent à concilier les besoins de leur enfant avec d'autres responsabilités personnelles, familiales et professionnelles.

Par ailleurs, un jeune enfant en proie à des troubles alimentaires va essentiellement les « exprimer de façon corporelle et comportementale » (Cascales & Olives, 2016), or Thullen & Bonsall (2017) ont montré dans leur étude qu'une rigidité, des refus ou des comportements perturbateurs de leur enfant pendant les repas étaient associés à du stress chez les parents interrogés.

Enfin, Ramsay (2001) alerte sur le fait que la perception erronée qu'ont les parents des comportements alimentaires de leur enfant (enfants « difficiles », « capricieux ») contribue à étendre le problème alimentaire dans la sphère relationnelle.

Impact social

Du fait des difficultés alimentaires de leur enfant, les repas à l'extérieur de la maison sont souvent difficiles à gérer pour les parents, qui peuvent subir le regard des autres sur leur gestion du comportement de leur enfant, des questions répétitives autour des problématiques de ce dernier, ou encore des remarques « éducatives » souvent désobligeantes (Di Paco, 2020).

Toutes ces difficultés vont conduire les parents à éviter les repas à l'extérieur et le cercle social de la famille peut s'en trouver limité (Prudhon Havard et al., 2009).

Les troubles alimentaires rendent également souvent difficiles pour le patient la participation à des activités sociales normales qui incluent les repas (Katzman Debra et al., 2016), ce qui peut aboutir à une limitation des activités de l'enfant. Simione et al. (2020) ont montré que la participation à l'école, aux sorties scolaires, aux invitations à jouer, ou encore aux fêtes d'anniversaire étaient impactées par les difficultés alimentaires de l'enfant.

2. La prise en soin des TAP

Comme expliqué précédemment, le TAP a un impact à la fois sur la santé de l'enfant, son développement, mais également sur sa sphère familiale et sociale. En outre, parce qu'il limite les activités ou restreint la participation des personnes touchées, on peut dire que le TAP entraîne un handicap (Goday et al., 2019). On comprend alors l'importance de la prise en soin de ce trouble, et ce au plus tôt.

Même s'il n'y a pas de recette de prise en soin des TAP et que pour chaque enfant, une analyse fine de la situation sera requise (Abadie et al., 2018), les auteurs s'accordent sur le fait qu'une intervention interdisciplinaire et précoce est conseillée.

2.1. L'intervention interdisciplinaire

De nombreux auteurs préconisent une évaluation et une prise en soin interdisciplinaire des TAP, notamment en raison de leur complexité (expressions diverses, variété des domaines impliqués) (Boudou & Lecoufle, 2015; Edwards et al., 2015; Grevesse et al., 2020; Ibañez et al., 2020; McComish et al., 2016; Morris et al., 2017).

On retrouve chez plusieurs auteurs les mêmes principaux professionnels impliqués dans cette prise en soin interdisciplinaire. Sont ainsi nommés le médecin/pédiatre (généraliste et/ou spécialisé), le diététicien, le psychologue, l'ergothérapeute et l'orthophoniste (Edwards et al., 2015; Ibañez et al., 2020; McComish et al., 2016; Morris et al., 2017; Sharp et al., 2016, 2022). Morris et al. (2017) détaille le rôle de chacun dans sa revue de littérature (Annexe 4).

Alors qu'en France on retrouve également le masseur kinésithérapeute et le psychomotricien (Jule, 2021), la littérature américaine mentionne l'analyste comportemental ou « Behavior Analyst » (Ibañez et al., 2020). En effet, les interventions comportementales restent les traitements les plus documentés et les plus soutenus sur le plan empirique (M. Volkert & C. Piazza, 2012; Morris et al., 2017; Sharp et al., 2016; Silverman, 2010).

L'intervention interdisciplinaire des troubles de l'alimentation chez les enfants favorise probablement les plans de traitement les plus sûrs, les plus complets et les plus efficaces (Silverman, 2010).

Des études ont notamment montré une diminution de la dépendance à la supplémentation orale et à la gastrostomie, des améliorations du comportement alimentaire et des réductions du stress parental à la suite d'une intervention interdisciplinaire (Kim et al., 2021; Patel et al., 2022; Sharp et al., 2016).

On trouve dans la littérature française des exemples concrets de prise en soin interdisciplinaire des TAP. Parmi eux, les observations repas et le groupe goûter au CAMSP Le Moulin Vert (préconisés après consultation médicale), sont encadrés par une puéricultrice et une orthophoniste. La complémentarité de ce binôme permet d'avoir une vision plus globale de l'enfant, du parent, et de leur problématique (Martin-Royer & Cazenave, 2014).

Cascales & Olives (2014) soulignent quant à eux l'intérêt de la complémentarité d'une approche pédiatrique académique et d'une approche psycho-éducative d'orientation psychodynamique. L'intervention simultanée du pédiatre et du psychologue permet notamment que les identifications multiples puissent être exploitables et les amènent à mutualiser leur savoir et à partager leurs points de vue.

Mais même si l'intervention interdisciplinaire est largement préconisée dans la prise en soin des TAP, il faudra veiller à ce qu'elle soit coordonnée (Bellis et al., 2009; Grevesse et al., 2020).

En outre, (Barbier, 2010) rappelle la nécessité de la cohérence des propos entre les différents intervenants ainsi que l'importance du respect du travail engagé par tous les membres de l'équipe afin de ne pas perdre les parents et ne pas ébranler leur confiance envers les professionnels.

2.2. L'intérêt d'une prise en soin précoce

25 à 40 % des consultations de pédiatrie concernent des difficultés alimentaires chez des enfants d'âge préscolaire (un à trois ans) (Mottrie et al., 2022) et pour 3 à 10 % de ces enfants, ces difficultés alimentaires précoces vont se pérenniser vers un trouble alimentaire parfois sévère (Goulet et coll. 2012).

Face à ce constat, de nombreux auteurs s'accordent sur le bien-fondé d'une intervention précoce afin d'empêcher des troubles d'alimentation plus sévères de se développer, de minimiser les répercussions sur la santé, le développement physique, psychique, sensorimoteur voire cognitif et relationnel de l'enfant, et de réduire la durée et l'intensité de l'intervention (Grevesse et al., 2020; Ibañez et al., 2020; Morris et al., 2017; Mottrie et al., 2022). En outre, la plasticité cérébrale, processus permettant au cerveau de se réorganiser en fonction des expériences et des interactions avec l'environnement, serait maximale jusqu'à l'âge de 2 ans (Dayan, 2015). Certains auteurs préconisent ainsi une rééducation précoce dès la première année de vie lorsqu'un déficit est établi (Hadders-Algra, 2014).

La précocité de l'intervention permet aussi d'accompagner les parents, afin d'une part, de leur redonner confiance dans leurs compétences, et d'autre part, de limiter les comportements inappropriés venant nourrir la cascade dysfonctionnelle observée quand les troubles sont tardivement reconnus (Levavasseur, 2017; Mottrie et al., 2022).

Lorsque les facteurs de risque de TAP sont nombreux et multifactoriels, des actions de prévention peuvent être mises en place (Lecoufle, 2012), auprès des enfants et des familles, mais aussi auprès des soignants (Abadie et al., 2018; Chaulet et al., 2004; Menier et al., 2014).

2.3. Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin des TAP

Comme le précisait Jule (2021) dans son mémoire d'orthophonie, « l'oralité » est un domaine majoritairement attribué aux orthophonistes si l'on se réfère aux textes officiels et aux formations initiales.

Selon la convention nationale des orthophonistes, le bilan et la rééducation de la déglutition et des fonctions oro-myofaciales et de l'oralité correspondent à des actes spécifiques (Journal Officiel, 2022).

L'orthophoniste procède tout d'abord à une analyse des signes d'appel pour orienter son bilan et sa prise en soin. Ces signes sont recueillis lors de l'anamnèse avec les parents et lors d'une évaluation clinique hors repas et pendant l'alimentation. Le temps de repas permet notamment d'observer les éléments cliniques en contexte et d'apprécier l'autonomie du patient et la posture des aidants (Prudhon Havard et al., 2009).

La prise en soin intervient sur le plan moteur, sensoriel, et ce en fonction de l'expression du trouble. L'orthophoniste peut également proposer des adaptations au niveau de l'alimentation, des installations et postures pour favoriser et sécuriser la prise alimentaire (Crunelle, 2012).

L'accompagnement parental prend également une place importante dans l'intervention orthophonique des TAP.

Dès lors qu'il existe des troubles des fonctions oro-faciales, l'orthophoniste peut aussi utiliser le toucher thérapeutique. Il a pour but de travailler sur le tonus, la mobilité ou la sensibilité, permettre le réinvestissement de l'entité corporelle, détendre, ou encore rééduquer les fonctions oro-faciales (Vivier, 2013).

3. Les SOF

3.1. Définition et intérêt des SOF

Les SOF sont utilisées dans un but tant préventif que thérapeutique dans la prise en soin TAP (Lecoufle, 2012).

Ces sollicitations correspondent aux procédés utilisés pour permettre à l'enfant « d'investir positivement sa sphère orale » et « améliorer la force des muscles utilisés pour [...] l'organisation de la motricité orale » (Picaud, 2016).

Les SOF comprennent donc les massages du corps, du visage, de l'extérieur et de l'intérieur de la bouche ainsi que d'autres sollicitations tactiles et/ou instrumentales, l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue, la stimulation de la succion et de la mastication, les stimulations olfactives et gustatives et les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment).

On trouve dans la littérature française comme à l'étranger l'utilisation du terme de « stimulation oro-faciale » ou « stimulation orale ». Cependant, ces stimulations ne devraient pas se limiter à l'application stricte d'un protocole où les gestes sont figés. Il est essentiel de savoir observer le bébé pour interpréter ses réactions et doser ce qu'il acceptera avec plaisir (Lecoufle, 2012). Nous nous attacherons donc à parler de sollicitations plutôt que de stimulations puisque l'enfant ne doit pas subir notre intervention, il doit en être acteur.

Les SOF doivent être pratiquées avec une approche respectueuse de l'enfant, dans le sens où il faut s'adapter à son rythme et à son niveau de confort/d'inconfort et privilégier avant tout l'échange, la relation (Guillerme, 2014; Haddad, 2017). Enfin on adoptera un toucher doux mais ferme ainsi qu'une approche progressive, la bouche étant sollicitée en dernier (Amblard, 2021; Guillerme, 2014; Haddad, 2017; Vivier, 2013).

Dans le cadre des TAP, les auteurs recommandent une intervention intensive (Kleinert, 2017; Sharp et al., 2016), et il est préconisé de réaliser les SOF régulièrement et même de façon pluriquotidienne pour qu'elles soient efficaces (Barbier, 2004; Haddad, 2017; Halimi, 2021; Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009; Senez, 2020; Weiz & Marin, 2021).

Nous avons choisi de présenter l'intérêt des SOF en fonction des objectifs qui peuvent être recherchés et à travers des contextes médicaux bien documentés dans la littérature.

Le terme de « Sollicitations Oro-Faciales » n'est pas toujours présent dans les études mentionnées mais nous l'associerons notamment aux thérapies/interventions oro-motrices, oro-myofonctionnelles ou encore oro-sensorimotrices.

3.2. Les objectifs des SOF

3.2.1. Prévenir les troubles alimentaires et favoriser l'autonomie alimentaire dans le cadre de différents contextes médicaux

La prématurité

Les enfants prématurés constituent un groupe vulnérable face aux troubles alimentaires, dans la mesure où des facteurs délétères pour l'investissement de la sphère orale se surajoutent au cours de leurs premiers instants de vie : la séparation précoce d'avec leur mère, une médicalisation importante en raison de l'urgence vitale (respirateur, intubation...), une alimentation entérale, un environnement sensoriel agressif (Guillerme, 2014). Une intervention orthophonique dans les unités néonatales, inscrite avant tout dans une visée préventive, s'avère ainsi nécessaire (Bellis et al., 2009).

De nombreuses études à travers le monde ont montré l'intérêt des thérapies oro-motrices sur les bébés prématurés, avec une réduction du temps de transition vers une alimentation orale complète, de la durée du séjour à l'hôpital, ainsi qu'une augmentation de l'efficacité de l'alimentation et la prise de poids (Chen et al., 2021; Dell'Orto, 2018; Lessen Knoll et al., 2019; Negi et al., 2022).

Un programme en particulier a été testé dans différents pays, le PIOMI (Premature Infant Oral Motor Intervention), ou Thérapie Oro-Motrice sur Enfant Prématuré. Il s'agit d'une intervention oro-motrice de 5 minutes impliquant 8 mouvements utilisant le petit doigt dans la bouche et autour de la bouche des prématurés à partir de 29 semaines d'âge post-menstruel. La thérapie prévoit des mouvements assistés pour activer la contraction musculaire et des mouvements contre résistance pour renforcer la zone péribuccale (Annexe 5). Cette intervention permet notamment d'améliorer les performances alimentaires des nouveau-nés prématurés, de réduire la durée de leur séjour à l'hôpital et d'augmenter leur poids (Thabet & Sayed, 2021). D'autres études montrent l'efficacité des techniques intégrant différents types de stimulations (olfactives, auditives, succion non nutritive), combinées ou non aux sollicitations tactiles (Dell'Orto, 2018; Haddad, 2017; Negi et al., 2022).

Le sevrage de la nutrition entérale

Certains enfants présentant une condition médicale nécessitant une nutrition artificielle précoce de plusieurs semaines voire plusieurs mois (nutrition parentérale ou nutrition entérale par sonde nasogastrique ou gastrostomie), peuvent développer un TAP (Leblanc, 2008).

Hoogewerf et al. (2017) ont montré que les enfants sous nutrition entérale pendant plus de 30 jours sont susceptibles de nécessiter une intervention pour pouvoir passer à une alimentation orale.

Cette intervention devrait pouvoir commencer le plus tôt possible, et même dès le début de la nutrition artificielle (avec ou sans alimentation orale), afin d'aider le patient à investir positivement sa zone orale (Leblanc, 2008). Pour les plus jeunes, il s'agira aussi de maintenir présents et efficaces les réflexes oraux et notamment la succion, dans l'optique d'une réalimentation dès que possible (Lecoufle, 2012).

Un groupe de travail multidisciplinaire a été formé en juin 2018 pour formuler des directives de pratique clinique fondées sur des preuves pour le sevrage de la nutrition entérale chez les enfants (Clouzeau et al., 2021).

Ce groupe de travail recommande notamment de proposer de la nourriture, et/ou de maintenir une activité orale, et/ou de réaliser des sollicitations orales non intrusives, en fonction des conditions cliniques de l'enfant, afin de favoriser l'acquisition ou le maintien des compétences orales sensorimotrices.

En outre, il suggère de réaliser des interventions psycho-comportementales et sensorimotrices pour favoriser le sevrage.

L'intervention sensorimotrice est en effet largement utilisée dans les programmes de sevrage (Gardiner et al., 2016) puisqu'elle va permettre l'abaissement du seuil de réactivité sensorielle entravant l'oralité du patient, ainsi que la sollicitation de gestes moteurs et oraux.

L'intervention sur la motricité orale vise à développer les compétences nécessaires à une alimentation autonome et avancée (suction efficace ou mastication mature). Ces compétences doivent être initiées tôt pour favoriser une durée plus courte de l'alimentation entérale (Edwards et al., 2015).

La prise en soin des freins buccaux restrictifs chez le nourrisson de moins d'un an

La présence de freins buccaux restrictifs chez le nourrisson peut causer des difficultés de succion, elles-mêmes souvent précurseurs d'un TAP et/ou d'un trouble myofonctionnel oro-facial (Amblard, 2021; Ferrés-Amat et al., 2017).

Dans ce cadre, la thérapie myofonctionnelle oro-faciale proposée par l'orthophoniste va permettre de favoriser un développement fonctionnel et morphologique harmonieux en agissant en prévention quand cela est possible, et de développer les aspects sensorimoteur et proprioceptif de la sphère buccale afin d'activer de nouveaux patterns neuromusculaires, notamment après une frénotomie (Mazeau & Prunet Delacour, 2021).

En outre l'association des thérapies oro-motrices et/ou myofonctionnelles à la freinectomie vont permettre une amélioration des symptômes à long terme (Baxter et al., 2020).

Merkel-Walsh (2020) considère que la thérapie myofonctionnelle oro-faciale exige un contrôle volontaire et un autocontrôle et préfère donc utiliser le terme de Rééducation Neuro-Musculaire (RNM) pour nommer les thérapies pré et postopératoires chez les nourrissons et les jeunes enfants. Ces thérapies comportent des stimulations bucco-faciales (réflexes oraux) et olfactives pour rééduquer la succion, des massages faciaux et intrabuccaux visant à réduire les tensions péri-buccales et intrabuccales, des stimulations instrumentales de la rotation de la langue et de la mastication et le maintien de la posture linguale pendant le sommeil (Amblard, 2021).

Dans leur revue de littérature, González Garrido et al. (2022) concluent que la thérapie myofonctionnelle associée à une chirurgie permet d'avoir de meilleurs résultats qu'une chirurgie seule. Des améliorations ont notamment été constatées au niveau de la douleur mammaire de la mère, de la prise de poids des bébés, de la durée de l'allaitement, de la mobilité de la langue ou encore de la force et l'endurance de la

succion. Ils précisent toutefois que des recherches complémentaires employant une méthodologie plus qualitative sont nécessaires pour renforcer ces résultats.

3.2.2. Augmenter ou abaisser le seuil de réactivité sensorielle

Lors du repas, l'enfant qui présente un trouble de l'intégration neurosensorielle est envahi par une multitude d'informations sensorielles qu'il est incapable d'organiser et il développe peu à peu des comportements inhabituels (Barbier, 2004). L'enfant hypersensible aura des difficultés à aller vers de nouveaux goûts, de nouvelles consistances, textures, températures ou encore à changer de mode d'alimentation. L'enfant hyposensible aura des difficultés à percevoir et à gérer la présence d'aliments dans la bouche, avec un risque de fausse-route (Boudou & Lecoufle, 2015).

Une exposition intensive aux stimuli permet à l'enfant hypersensible de les intégrer graduellement et à l'enfant hyposensible de répondre de façon adaptée à ses besoins sensoriels. Cette exposition peut concerner la vue, l'odorat ou encore le sens tactile (Barbier, 2004). Concernant les stimulations tactiles, des outils tels que le protocole de Wilbarger, les pressions et massages profonds, les outils vibratoires pourront être utilisés sur le corps et la bouche pour abaisser ou augmenter le seuil de réactivité sensorielle de l'enfant en fonction de son profil sensoriel. Il est recommandé de les répéter à plusieurs reprises dans la journée pour favoriser le processus d'habituation, en reculant au fur et à mesure que la réaction au stimulus tactile diminue (Barbier, 2014).

Leblanc & Ruffier-Bourdet (2009) ont décliné les hypersensibilités tactile et orale en 5 stades (Annexe 6). Elles proposent de mettre en place des sollicitations pluriquotidiennes pendant et en dehors du temps du repas, toujours en fonction du stade où se trouve l'enfant, dans le but de l'aider à investir positivement les zones hyper défendues. Des sollicitations au niveau tactile et corporel sont proposées dans un premier temps, et dans un second temps au niveau exo-buccal puis endo-buccal.

Senez (2020) utilise le terme de Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS) pour désigner une aversion alimentaire d'origine sensorielle qui devient handicapante. Elle propose comme traitement des dysoralités sensorielles un protocole de désensibilisation consistant en des massages intrabuccaux pluriquotidiens (8 fois par jour) et progressifs, et ce pendant 7 mois.

Même s'il n'existe aucune étude scientifique attestant de l'efficacité de cette désensibilisation, les résultats de de Roeck (2018) ouvrent la voie à des études plus solides qui permettraient d'objectiver l'efficacité de ce protocole.

Les difficultés alimentaires sont fréquentes chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique, avec une prévalence allant de 48% à 89%. Ces difficultés s'inscrivent généralement dans un contexte plus global de trouble de la modulation sensorielle (Cermak et al., 2010; Page et al., 2021; Prudhon Havard et al., 2009; Trewin et al., 2022).

Selon Prudhon Havard et al. (2009), l'approche d'intégration neurosensorielle de J. Ayres peut être utilisée afin d'augmenter ou de diminuer les perceptions sensorielles. Les particularités sensorielles sont traitées en sollicitant d'abord le corps, puis la sphère orale.

Les approches d'intégration sensorielle sont en effet recommandées dans un contexte de troubles du traitement sensoriel affectant l'alimentation, (Cermak et al., 2010; Chistol et al., 2018; Trewin et al., 2022), même si ces approches manquent encore de support empirique, comparé notamment aux approches comportementales (Addison et al., 2012; Kim et al., 2021; Peterson et al., 2016).

3.2.3. Améliorer le tonus et la motricité

On retrouve généralement des troubles du tonus musculaire chez des enfants présentant un retard dans les acquisitions motrices, atteints de troubles neurologiques acquis ou développementaux ou encore dans le cas de maladies neuro-dégénératives (Vivier, 2013).

Or on sait que les troubles du tonus et de la motricité affectant la sphère oro-faciale vont directement impacter les fonctions oro-faciales et donc l'alimentation (Crunelle, 2012).

Il apparaît que la prise en soin des troubles oro-faciaux par le toucher thérapeutique (endo-buccal et exo-buccal) permet une régression majeure des troubles du tonus et une amélioration de la motricité bucco-linguo-faciale (Vivier, 2013).

Nous nous sommes attachés ici à vérifier ces conclusions auprès de deux populations touchées par des troubles du tonus et de la motricité : les enfants porteurs de trisomie 21 et ceux atteints de paralysie cérébrale.

La trisomie 21

Les enfants porteurs de Trisomie 21 sont atteints d'un « syndrome bucco-facial » principalement caractérisé par une hypotonie musculaire affectant la langue, les lèvres et les joues (Hennequin et al., 2000). Cette hypotonie entraîne des difficultés de succion-déglutition, de mastication ainsi que des risques de fausse-route (Cooper-Brown et al., 2008; Rives, 2012; Ternisien, 2014).

Les thérapies oro-motrices sont indiquées dans le but d'encourager le bon développement des structures buccales et de la fonction masticatoire, en augmentant notamment la tonicité musculaire, en stabilisant la mandibule au repos et en libérant le mouvement mandibulaire (Faulks et al., 2008).

Elles peuvent comprendre des stimulations oro-faciales aux doigts de la zone labio-jugale et intrabuccale comprenant des massages, des exercices de « tapping », ou encore des exercices de contre-pression (notamment sur la langue). Des SOF instrumentales (chewy tubes, appareils à vibration) peuvent également être utilisées pour favoriser la mastication via un travail de la latéralisation de la langue et de soutien mandibulaire (Rives, 2012).

Plusieurs études ont montré les effets des thérapies oro-motrices, des thérapies oro-myofonctionnelles et du massage sur le tonus musculaire et la motricité avec une amélioration des fonctions oro-motrices et

notamment de la mastication et de la déglutition (Kumin et al., s. d.; Paleg et al., 2017; Pinheiro et al., 2018; Saccomanno et al., 2018).

La paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale est la cause la plus fréquente de handicap physique grave et de détérioration de la fonction motrice chez les enfants (Widman-Valencia et al., 2021).

Les troubles de la déglutition et de l'alimentation sont fréquents chez les enfants atteints de paralysie cérébrale, notamment à cause des troubles de la régulation tonique et de la coordination motrice affectant les effecteurs bucco-pharyngés (Crunelle, 2012; Widman-Valencia et al., 2021).

Plusieurs études montrent ainsi que solliciter la sphère bucco-faciale des enfants atteints d'une paralysie cérébrale permet une amélioration des fonctions oro-motrices et des compétences d'alimentation, avec de bons résultats observés sur la mastication, la fermeture des lèvres, le contrôle oral ainsi que sur la déglutition pharyngée avec une diminution des fausses-routes (Abd-Elmonem et al., 2021; Kaviyani Baghbadorani et al., 2014; Min et al., 2022; Sigán et al., 2013; Umay et al., 2019; Widman-Valencia et al., 2021).

Les traitements oro-moteurs proposés comportent des stimulations orales manuelles, des exercices favorisant des mouvements passifs et actifs assistés, ainsi que la stimulation sensorielle des muscles du visage et de la bouche, à l'aide de différentes textures et dispositifs thérapeutiques (Sigán et al., 2013; Widman-Valencia et al., 2021).

Les thérapies sensorimotrices comprennent le travail de mouvements cibles avec des stimuli alimentaires (Kaviyani Baghbadorani et al., 2014), des stimulations thermiques (froid), des pressions et des massages péri-oraux et intra-oraux ainsi que des exercices travaillant la mobilité des effecteurs ou des exercices fonctionnels (ex : succion à la paille) (Abd-Elmonem et al., 2021). Elles peuvent être couplées à une stimulation électrique des muscles masséters pour une potentialisation des effets (Umay et al., 2019).

Enfin, l'OMFT (Oral Motor Facilitation Technique) est une thérapie motrice orale complète visant à améliorer les fonctions oro-motrices et comprenant le travail du contrôle postural et de la respiration, des stimulations sensorielles, un travail moteur et des facilitations manuelles directes (Min et al., 2022).

3.2.4. Favoriser les interactions parents-enfants

Les interactions parents-enfants peuvent être malmenées lorsqu'il y a des difficultés alimentaires, puisque ces dernières sont souvent source de stress et que les tensions autour du repas impactent la sphère relationnelle.

Le massage infantile permet d'interagir intensément avec son enfant, d'avoir un contact visuel, tactile et une communication significative par le biais de canaux verbaux et non verbaux (Khuzaiyah et al., 2022).

Plusieurs études ont montré les bienfaits du massage infantile sur les interactions entre le parent et l'enfant (Khuzaiyah et al., 2022; Lee, 2006; Midtsund et al., 2019; Onozawa et al., 2001). Il peut également aider à faire baisser l'anxiété du parent (Feijó et al., 2006).

Les SOF pourraient donc avoir un impact positif sur des interactions mises à mal par le TAP et par le contexte médical anxiogène associé, d'autant que les auteurs préconisent de privilégier l'échange et la relation lorsqu'elles sont utilisées.

Une étude réalisée sur des enfants prématurés a montré que lorsqu'elles sont combinées à des massages infantiles, les SOF permettent d'améliorer les interactions parents-enfants (Jaywant et al., 2020).

Cependant, Clementoni & Paupy (2010) n'ont pas pu montrer que les stimulations oro-faciales améliorent les interactions entre le parent et l'enfant, notamment parce que ces stimulations demeurent un objet purement instrumental lorsqu'elles sont effectuées comme une contrainte, à un moment non choisi par le parent.

Nous pouvons conclure que des études robustes ont montré l'efficacité des SOF dans le cadre de la prématurité et elles sont également fortement recommandées quand il s'agit de sevrer une nutrition entérale.

Même si l'intérêt théorique des SOF dans le cadre des TAP est relayé par de nombreux auteurs et qu'elles sont largement intégrées dans la pratique clinique (Dharmaraj et al., 2023; Humbert & German, 2013; McComish et al., 2016; Sharp et al., 2016; van den Engel-Hoek et al., 2017), nous manquons de support empirique pour attester de leur efficacité et les auteurs préconisent donc de multiplier les études solides dans ce domaine (Dharmaraj et al., 2023; Kleinert, 2017; Morris et al., 2017).

Partie 2 : Impliquer les parents dans la prise en soin orthophonique des TAP

1. Terminologie et définitions

La famille représentant la principale source de force et de soutien de l'enfant, il est essentiel d'inclure les parents dans les interventions orthophoniques (Singer et al., 2022). En outre, en partageant les difficultés et compétences de l'enfant, ses évolutions dans le quotidien, ils aident l'orthophoniste à adapter son projet de soin (Jule, 2021).

Cette préconisation est largement retrouvée dans le cadre de l'intervention précoce, qui ne peut fonctionner sans l'implication des parents (Denni-Krichel, 2014; Thibault, 2017; Toffin & Alis-Salamanca, 2014; Trichet-Zbinden et al., 2010; Lecoufle, 2017; Bélargent, 2000).

La revue de littérature réalisée par Perichon & Gonnot (2021) permet de clarifier la terminologie utilisée lorsqu'on parle de la place des parents en orthophonie. Ils proposent ainsi une classification terminologique des pratiques professionnelles orthophoniques intégrant le parent, avec 3 approches : la guidance parentale, l'accompagnement parental, le partenariat parental.

La guidance parentale

Selon Périchon & Gonnot (2021), la guidance parentale permet de prodiguer des conseils à travers une relation verticale asymétrique où l'orthophoniste décide unilatéralement des axes et objectifs thérapeutiques et donne des directives aux parents.

Crunelle (2010) définit également la guidance comme des informations et conseils qu'il convient parfois de donner aux parents des enfants suivis. Elle parle de transmission de savoir de la part d'un expert.

La guidance peut également consister à expliquer et montrer la mise en œuvre de gestes techniques à l'efficacité confirmée, et ce de manière précise et claire, tout en tenant compte des possibilités réelles de la famille (Senez, 2010).

L'accompagnement parental

Pour certains auteurs, la relation entre les parents et l'orthophoniste ne se limite pas aux informations et aux conseils donnés par le professionnel de santé. En outre, la prise en soin est un processus qui se nourrit des rencontres avec la famille, et il convient de leur laisser le temps d'intégrer les difficultés de leur enfant (Lecoufle, 2017; Thibault, 2017).

L'accompagnement parental apparaît alors comme une approche appropriée, permettant de laisser la place à un espace d'écoute où l'empathie contribue au soutien et à la réhabilitation de la démarche parentale (Thibault, 2017). Arriver à intégrer que « tout parent est acceptable » est indispensable pour affranchir la famille de schémas préétablis et pour qu'elle puisse s'adapter aux difficultés de son enfant en toute autonomie (Kunz, 2015). Avec cette approche, l'orthophoniste favorise donc les liens parent-enfant et soutient et valorise la parentalité, en aidant notamment l'enfant à révéler ses potentialités et les parents à les repérer et à mettre en avant ses compétences (Antheunis et al., 2007; Crunelle, 2010; Jutard et al., 2019; Kunz, 2015; Lecoufle, 2017).

Pour Périchon & Gonnot (2021), l'accompagnement parental repose sur une relation de coopération asymétrique dans laquelle le thérapeute encourage la famille à s'impliquer selon les méthodes qu'il leur présente dans le but de renforcer leurs compétences parentales. Les objectifs sont définis par l'orthophoniste en tenant compte des caractéristiques, valeurs, préférences, et attentes du patient.

Le partenariat parental

Le partenariat parental est une approche complémentaire aux approches classiques d'accompagnement parental et de guidance parentale. Dans le cadre du partenariat parental, les objectifs et axes thérapeutiques sont définis cette fois-ci en collaboration avec les parents qui sont acteurs et co-décisionnaires du projet de soin de leur enfant. Ce partenariat repose sur l'alliance thérapeutique, soit une relation basée sur un engagement mutuel entre les deux parties (Périchon & Gonnot, 2021).

L'approche partenariale en santé permettrait d'améliorer la qualité du soin (Greene et al., 2018) et d'investir davantage le patient et son proche aidant dans la prise en soin (Coulter & Collins, 2011), avec un impact positif sur la durée des soins (Quiban, 2020).

En outre, le partenariat parental favoriserait l'engagement de la famille (Klatte et al., 2019) et permettrait ainsi d'améliorer les résultats de l'intervention (Haine-Schlagel & Walsh, 2016; Roberts & Kaiser, 2011; Sharp et al., 2016).

Enfin, selon l'étude de Werba & Brejon Lamartinière (2021), les orthophonistes exerçant en France partagent l'avis que développer l'approche de partenariat-patient/aidant enrichirait la pratique orthophonique actuelle et serait prometteuse.

Malgré le nombre croissant de publications prônant les effets du partenariat parental, il n'y a pas d'approche supérieure à l'autre quand il s'agit d'inclure le parent dans la prise en soin, il faut avant tout s'adapter à chaque famille et respecter leur choix quant à leur degré d'investissement (Haine-Schlagel & Walsh, 2016; Périchon & Gonnot, 2021).

2. Pourquoi impliquer les parents dans la prise en soin des TAP

Les parents jouent un rôle central dans tous les domaines de la vie d'un jeune enfant et ce sont eux qui sont les premiers impliqués lorsqu'il s'agit de nourrir leur enfant (Johnson et al., 2018).

En outre, nous avons pu établir que les TAP avaient un impact important sur la sphère familiale (cf. Contexte théorique - Impact des TAP sur la sphère familiale et sociale). Il semble donc tout à fait pertinent d'investir les parents dans la prise en soin des TAP, et on retrouve d'ailleurs l'implication des parents comme étant l'un des facteurs de réussite des interventions proposées (Kleinert, 2017).

Des études ont également montré qu'intégrer les parents dans les interventions donne de meilleurs résultats que s'ils ne sont pas impliqués, notamment parce que cela permet de maximiser l'intensité de l'intervention que l'enfant reçoit tout en favorisant la généralisation des effets dans son quotidien (de Place, 2018; Johnson et al., 2018; Kleinert, 2017; Sharp et al., 2014).

Certaines approches interventionnelles ne sont possibles qu'en établissant un partenariat avec les parents et en les formant, notamment parce que l'intensité du traitement est requise pour assurer son efficacité. C'est notamment le cas du protocole de désensibilisation de Catherine Senez, qui requiert une implication importante des parents et doit être accompagné d'un véritable travail pédagogique (Senez, 2020).

L'intervention parentale peut être aussi efficace que celle du professionnel, c'est ce que montre l'étude de Majoli et al. (2021) qui a adapté l'intervention oro-motrice sur les prématurés (PIOMI) afin qu'elle puisse être prodiguée par les parents.

Enfin, en plus d'assurer l'efficacité de la prise en soin, impliquer les parents permet de prévenir les dérives et comportements inadaptés durant les repas induits par les TAP (Barbier, 2010).

Malgré tout, les parents ne doivent pas prendre la place des professionnels et devenir des « rééducateurs au foyer ». Les impliquer signifie en réalité les aider à prendre ou reprendre leur place auprès de leur

enfant, les rendre plus efficaces auprès de lui en les faisant se sentir compétents dans les stimulations qu'ils peuvent lui proposer (Barbier, 2004; Cousin, 2010; de Place, 2018). Et ces stimulations, même si elles sont régulières, doivent rester brèves et agréables pour tous (de Place, 2018).

Enfin, il faut garder à l'esprit qu'augmenter les compétences parentales dans le domaine alimentaire ne peut se faire sans prendre en considération leur « style » de nourrissage, leurs habitudes alimentaires, le cadre des repas ainsi que la valeur qu'ils donnent à l'alimentation (Kerzner et al., 2015; Levavasseur, 2017). Il s'agit donc de porter également une attention toute particulière aux familles issues de cultures différentes afin, dans un premier temps, de comprendre, de reconnaître et d'honorer leurs habitudes alimentaires, pour ensuite faciliter leur adhésion au traitement (Kleinert, 2017; Ramsay, 2001).

2.1. Sous quelle forme se fait l'implication parentale?

2.1.1. En individuel

L'accompagnement du patient et de son entourage dans l'environnement est compris dans le référentiel de compétences des orthophonistes (Bulletin Officiel, 2013). Par ailleurs, nous savons que les parents sont des partenaires essentiels dans la prise en soin des TAP (cf. Contexte théorique - Pourquoi impliquer les parents dans la prise en soin des TAP).

L'orthophoniste va donc inviter les parents en séance et les impliquer dans la prise en soin en utilisant l'une des approches précédemment décrites (partenariat, accompagnement, ou guidance), ou bien en passant de l'une à l'autre en fonction du profil et des possibilités de la famille. La modalité individuelle va favoriser la participation des parents, en leur permettant d'expérimenter, d'investir et de reproduire à la maison les principes présentés en séance, mais va également leur permettre de partager avec l'orthophoniste leurs compétences et leur savoir-faire (Auzias & Le Menn, 2011).

L'orthophoniste pourra s'appuyer sur divers outils pour favoriser la compréhension des parents et renforcer leurs compétences, comme les livrets d'information, les guides, les fiches pratiques, ou encore l'utilisation de la vidéo feedback.

2.1.2. En groupe

Même si l'accompagnement individuel lors des séances reste le format le plus utilisé, un accompagnement parental en groupe est également possible. Cela permet notamment d'inscrire les troubles alimentaires de l'enfant dans une démarche plus globale et d'éviter de cibler uniquement ses difficultés (Barbier, 2004).

La prise en soin en groupe peut revêtir plusieurs formats, nous en avons donc fait un état des lieux à travers plusieurs exemples.

Les groupes thérapeutiques

Le groupe est un lieu qui peut accueillir l'expérience d'une vie émotionnelle troublée. En outre, l'inclusion du parent au groupe thérapeutique lui permet de partager avec les autres familles, de se reconnaître dans leurs propos, de ne plus être seul dans ses difficultés (Robail et al., 2017).

La prise en soin en groupe se fait encore peu en cabinet libéral, et a donc majoritairement lieu au sein des structures hospitalières et médico-sociales.

« Les P'tites Cuillères », groupe thérapeutique « parents-enfants » autour des troubles alimentaires précoces, a été créé en 2012 au sein de l'unité périnatalité et petite enfance (UPPE) du pôle femme-parent-enfant du CHU de Reims (Robail et al., 2017). Ce dispositif s'étend sur 12 semaines et propose un accompagnement thérapeutique à 4 enfants de 0 à 3 ans, accompagnés de leur(s) parent(s), dans le but de travailler la dimension relationnelle de l'alimentation, les interactions parents-enfants, la sensorialité et le plaisir oral. Il est encadré par une éducatrice, une infirmière, et une assistante sociale.

Le CAMSP Le Moulin Vert a mis en place un groupe goûter, visant à aider les enfants à s'approprier une nourriture qui les angoissait au préalable. Il est encadré par une puéricultrice et une orthophoniste et accueille une fois par mois pendant 1h30 des enfants âgés de 3 à 6 ans ayant des troubles alimentaires d'origines diverses. Les enfants réalisent une recette qu'ils dégustent avec les parents, seulement invités en fin de groupe (Martin-Royer & Cazenave, 2014).

Le SESSAD Trisomie 21 de Toulouse organise depuis 2015 des ateliers « Oralités », par groupe d'âge et en présence des familles. Ces ateliers, encadrés par une infirmière, une diététicienne et une orthophoniste, ont pour but de donner des explications sur le thème des oralités, de la diététique, de favoriser les échanges avec les parents sur l'alimentation au quotidien, de montrer des exercices sensorimoteurs, de partager des moments de découvertes sensorielles, de présenter du matériel ergonomique et d'observer les repas.

Enfin, il existe à ce jour plusieurs études cherchant à évaluer l'impact de la mise en place d'ateliers de groupe sur l'alimentation (Breilloux, 2021; Guesnon, 2019).

Les programmes d'intervention

L'intervention des parents se distingue de l'implication des parents, dans laquelle le parent joue un rôle secondaire pour soutenir l'intervention directe de l'orthophoniste. Dans l'intervention, ils en deviennent les principaux agents et apprennent à faciliter le développement d'une compétence au quotidien et dans des conditions naturelles (Girolametto, 2010).

Dans le cadre de ces programmes, les parents et l'orthophoniste deviennent partenaires et vont établir conjointement les objectifs de l'intervention (Auzias & Le Menn, 2011).

L'efficacité de ces programmes a surtout été vérifiée pour le langage et la communication. Plusieurs études ont ainsi montré qu'ils constituent une approche efficace de l'intervention précoce sur le langage pour les jeunes enfants souffrant de troubles du langage (Roberts & Kaiser, 2011). Le programme Hanen Au-delà des mots (More Than Words), véritable référence dans le domaine, met en avant plusieurs facteurs de réussite du coaching parental, applicables à tout domaine d'intervention : la discussion et le partage d'informations, la position d'observateur du thérapeute, l'apprentissage direct, les démonstrations, le fait

que le parent pratique lui-même avec un feedback de l'orthophoniste, l'auto-évaluation et la co-construction du projet thérapeutique (Dufillon, 2022).

Le seul programme d'intervention parentale sur les troubles alimentaires dont l'efficacité est étudiée est le plan pour la gestion des aversions alimentaires et la limitation de la variété (MEAL Plan). Il s'agit d'un programme de groupes de parents d'enfants atteints de TSA visant à leur apprendre à développer et à mettre en œuvre des interventions alimentaires basées sur le comportement (Sharp et al., 2014, 2019).

En France, les programmes d'intervention en orthophonie adaptés au domaine de l'oralité alimentaire s'adressant aux parents n'existent qu'à travers quelques études qui n'en ont pas encore montré l'efficacité (Mélot, 2018).

Enfin, les programmes d'intervention parentaux sont généralement menés sans la présence des enfants, ce qui rend plus complexe leur implémentation en cabinet libéral puisque la NGAP ne prévoit pas de séances sans la présence du patient.

L'éducation thérapeutique du patient

« L'éducation thérapeutique du patient a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique(...) Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (Haute Autorité de Santé, 2017).

À travers l'éducation thérapeutique, les soignants travaillent donc de façon à favoriser l'implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé. En aidant le patient à prendre soin de lui-même, on lui redonne du pouvoir (Sandrin-Berthon, 2009).

On retrouve donc à travers le processus d'éducation thérapeutique la notion de partenariat patient-soignant, œuvrant à la construction d'une alliance thérapeutique qui aboutit à plus d'autonomie pour le patient.

Malgré le fait que l'ETP apparaisse comme une solution pour la prise en soin des troubles de l'oralité (Guyon-Baratier, 2020), il n'existe à ce jour que très peu de documentation concernant des programmes d'ETP dans le cadre de l'intervention orthophonique en oralité alimentaire. En outre, nous n'avons pas connaissance de programme incluant une majorité de séances dont le public est uniquement le parent.

En 2018, le SSR pédiatrique André Bousquairol a développé un programme intensif et pluridisciplinaire de 2 semaines basé sur les principes de l'éducation thérapeutique, mais les séances à destination des parents uniquement se bornent aux témoignages, groupes de paroles et debriefs.

Le mémoire de Pereira de Moura (2020) contribue à l'élaboration d'un programme d'ETP rassemblant des groupes thérapeutiques d'enfants et groupes parentaux, ayant pour objectif d'enrichir les possibilités alimentaires des patients.

2.2. Comment favoriser l'investissement des parents dans la prise en soin?

Nous savons que faire intervenir les parents dans la prise en soin de l'enfant atteint de TAP donne de bons résultats. Cependant, les attentes des parents quant à leur rôle dans la prise en soin diffèrent souvent de celles de l'orthophoniste. Ainsi, la plupart des parents ne s'attendent pas à devoir intervenir et pense que leur enfant sera « réparé » par le thérapeute (Goodhue et al., 2010).

Il est donc primordial que le parent comprenne son rôle et ce en amont de la prise en soin. En outre, l'orthophoniste doit accepter que le parent puisse choisir son degré d'implication (Haïne-Schlagel & Walsh, 2016), ou bien le moment où il se sentira prêt à s'impliquer (Melvin et al., 2020).

L'engagement familial

Melvin et al. (2020) suggèrent que faciliter l'engagement global des familles dans l'intervention orthophonique précoce permettrait l'implication active des familles à l'intérieur et en dehors des séances. Leur étude a permis d'identifier 7 caractéristiques principales à l'engagement des familles (la famille est fiable et prête pour la thérapie, la famille a une relation ouverte et honnête avec l'orthophoniste, la famille participe activement et prend des initiatives, la famille travaille en partenariat pour planifier et fixer des objectifs ensemble, la famille voit et célèbre les progrès, la famille s'investit dans l'intervention à la maison, la famille comprend l'intervention et défend les intérêts de son enfant).

L'investissement de la famille à la maison est décrit comme le deuxième aspect le plus important selon les orthophonistes interrogés. Cependant, l'orthophoniste doit chercher à comprendre le fonctionnement des parents et respecter leur emploi du temps déjà rempli. Il ou elle veillera donc à les aider à mettre en œuvre l'intervention dans le cadre de leurs routines et activités quotidiennes existantes pour éviter qu'elle ne devienne une charge supplémentaire (Barbier, 2004; Goodhue et al., 2010; Melvin et al., 2020).

La motivation

Il paraît essentiel de susciter de la motivation chez les parents, notamment lorsqu'un investissement important est demandé.

Il existe plusieurs déterminants à la motivation. On sait que plus les retours sur les performances sont positifs, plus la perception des compétences est élevée et donc plus la motivation intrinsèque augmente. De même, plus la perception du sentiment d'autonomie est élevée lorsque nous recevons un message, plus la motivation est grande (Mageau & Vallerand, 2003; Vallerand, 1983; Vallerand & Reid, 1984, 1988). L'orthophoniste doit donc veiller à utiliser fréquemment ces déterminants motivationnels lors des interventions. Cela pourra passer par le soutien de l'autonomie des parents lorsque les messages sont délivrés, ou encore par un retour positif sur leurs compétences parentales. Le retour positif pourra également venir directement de leur enfant, via une réaction jugée positive par les parents lors d'une interaction (par exemple un sourire lors d'un massage).

Chercher à augmenter la motivation chez les parents est d'autant plus important que les conséquences motivationnelles, à savoir le plaisir, l'intérêt, le choix d'action, la persistance dans l'activité, la performance (Blanchard et al., 1998) vont influencer positivement sur l'intervention.

Deci & Ryan (2000, 2004) soulignent que plus la motivation est autodéterminée, et plus elle est favorable pour l'engagement et donc pour la performance d'apprentissage. Il est donc essentiel que les parents participant à des ateliers, groupes, ou programmes d'ETP le fassent volontairement, sans contrainte.

Cependant, la motivation ne joue pas seule sur l'action, la capacité est également nécessaire (Heider, 1958). En effet, en cas de faible capacité sur une activité, il n'y a pas de désir à la réaliser, et la poursuite d'ambitions trop élevées par rapport aux capacités engendre de l'anxiété (Csikszentmihalyi, 2008).

Il faut ainsi s'assurer que les parents disposent des capacités suffisantes pour atteindre les objectifs fixés, au risque de générer chez eux de l'anxiété. Si ce n'est pas le cas, alors c'est à l'orthophoniste de renforcer leurs compétences afin qu'ils se sentent capables d'intervenir dans la prise en soin.

Enfin, lorsqu'une personne est intéressée par un thème ou une activité, elle va davantage s'y impliquer (Schiefele, 1991). On peut donc supposer que les parents ayant compris l'intérêt de la thérapie pour leur enfant s'impliquent davantage.

L'intérêt des SOF dans le cadre des TAP est largement relayé par les auteurs, avec un accent mis sur l'intensité de l'intervention ainsi que sur l'approche adaptée et respectueuse avec lesquelles elles doivent être pratiquées.

L'orthophoniste est souvent en première ligne quand il s'agit de proposer ces SOF, mais la plupart du temps, la fréquence de l'intervention est inférieure à l'intensité préconisée par les auteurs.

Investir le parent dans la prise en soin permettrait alors de contribuer à augmenter l'intensité du traitement et donnerait de bons résultats.

L'implication des parents peut se faire sous différentes formes mais on sait que l'ETP ou encore les programmes d'intervention parentale permettent de renforcer le partenariat avec les parents et de construire une alliance thérapeutique. Cependant, il n'existe pas à notre connaissance de programmes d'intervention parentale ni de programme d'ETP incluant majoritairement les parents dans le cadre des troubles alimentaires pédiatriques.

Dans ce contexte, la création d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massage et à destination de parents d'enfants porteurs de TAP semble donc tout à fait pertinent.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

1. Contexte

En 2022, Audrey Dufillon a construit dans le cadre de son projet de mémoire un programme de partenariat parental autour des SOF de type massage en se basant notamment sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient. Son étude de faisabilité s'est déroulée au sein d'un CAMSP de la région Occitanie et a permis de conclure que la mise en place d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massage est faisable au sein d'un CAMSP, selon les critères choisis.

Nous avons décidé de poursuivre ce projet avec pour objectif principal de questionner la validité de ce programme de partenariat parental sur les SOF de type massage. Cette étude de validité se déroule au sein d'un autre CAMSP de la région Occitanie, ce afin de respecter au maximum le cadre dans lequel l'étude de faisabilité a été réalisée.

2. Problématique et hypothèses

Ce programme ayant pour principal objectif de guider les parents dans la réalisation de massages oro-faciaux adaptés à leur enfant, le critère de validité principal de notre étude est l'augmentation du nombre de massages oro-faciaux hebdomadaires réalisés par les parents sur leur enfant. La problématique de cette étude est donc la suivante : « Le programme permet-il d'augmenter le nombre de massages oro-faciaux réalisés par les parents? »

Afin de répondre à cette problématique, nous posons les hypothèses suivantes :

Hypothèse principale (H1) : Après le programme, on mesure une augmentation significative du nombre de massages oro-faciaux hebdomadaires pratiqués par les parents comparé à avant le programme.

Nous posons également des **hypothèses secondaires, explicatives de notre hypothèse principale** :

Hypothèse 2 (H2) : Après avoir suivi le programme, les parents comprennent mieux l'intérêt des SOF comparé à avant le programme.

Nous supposons en effet d'après les concepts motivationnels que les parents ayant compris l'intérêt de la thérapie pour leur enfant s'impliquent davantage (Schiefele, 1991).

Nous aurions aimé directement vérifier que les parents comprennent mieux l'intérêt des SOF pour leur enfant mais cela n'a pas été possible pour des raisons méthodologiques. En effet, n'ayant pas accès au dossier médical des enfants suivis, nous n'aurions pu vérifier la cohérence de leurs réponses avec les troubles de leur enfant.

Nous partirons donc du principe que si le parent a compris l'intérêt des SOF en général et qu'il parvient à faire le lien avec son enfant, alors c'est qu'il comprend l'intérêt des SOF pour son enfant.

Hypothèse 3 (H3) : Après avoir suivi le programme, les parents se sentent davantage capables de faire des massages oro-faciaux comparé à avant le programme.

Nous savons qu'en cas de faible capacité sur une activité, il n'y a pas de désir à accomplir cette dernière (Csikszentmihalyi, 2008). Nous supposons donc ici que si les parents se sentent davantage capables, ils seront motivés à réaliser plus de massages.

Hypothèse 4 (H4) : Après avoir suivi le programme, les parents pratiquent des massages oro-faciaux de façon plus adaptée comparé à avant le programme.

Nous savons que pratiquer des massages de façon adaptée permet de limiter l'expérience négative que pourrait ressentir l'enfant et favorise donc l'acceptation du massage, se traduisant par des réactions positives (sourires, babillages, etc.). Or un retour positif sur la performance est déterminant pour la motivation du parent (Mageau & Vallerand, 2003; Vallerand, 1983; Vallerand & Reid, 1984, 1988). Nous supposons donc ici que si l'enfant montre davantage de retours positifs (sourires, babillages, etc.), alors le parent sera motivé à réaliser plus de massages.

MÉTHODOLOGIE

Afin d'éprouver la validité du programme de partenariat parental sur les massages oro-faciaux, nous avons choisi une méthodologie en 4 étapes (cf. figure 1 ci-dessous).

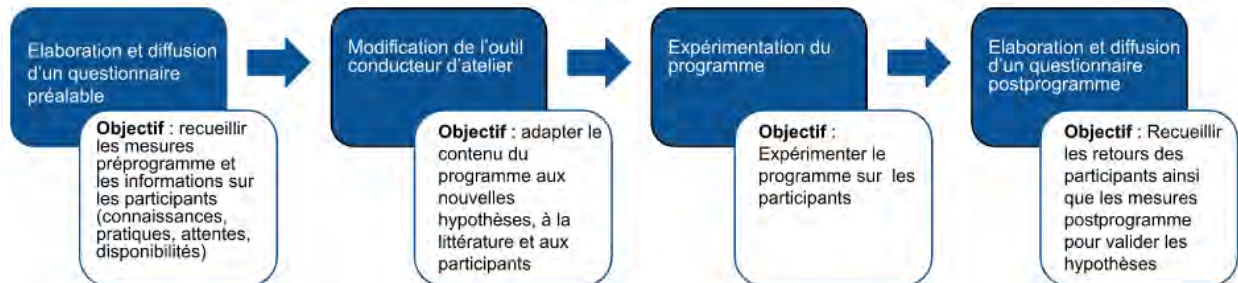


Figure 1: Diagramme représentant la méthodologie du mémoire

1. La population cible

1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Comme Dufillon (2022), nous avons fait le choix d'élargir la population cible à « tous les membres de la famille qui côtoient l'enfant au quotidien ». Nous utiliserons cependant le terme de « parent » par souci de simplification.

Critères d'inclusion

- Le parent a un enfant avec diagnostic orthophonique de TAP, d'expression motrice et/ou sensorielle. Un bilan orthophonique a été réalisé et :
 - L'enfant est actuellement suivi par le CAMSP
 - L'enfant a eu un suivi récent au CAMSP
 - L'enfant est en attente d'un suivi au CAMSP
- Le parent parle et comprend suffisamment le français pour communiquer avec l'intervenant et les autres participants
- Le parent est disponible à Toulouse jusqu'en mars 2023

Critères d'exclusion

- Le trouble alimentaire de l'enfant est exclusivement d'expression psycho-comportementale
- L'enfant est porteur d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Nous avons choisi d'écarter cette population car certaines difficultés comportementales peuvent compromettre la mise en place des massages oro-faciaux sur un temps aussi court. En outre, les signes d'acceptation et de refus chez les patients porteurs de TSA peuvent être différents et le travail de leur identification demande du temps. Nous savons aussi que l'hypersensibilité touchant les autres sens que le sens tactile (vue, ouïe) chez les patients porteurs de TSA peut impacter l'alimentation, mais les massages n'auront pas d'intérêt dans ce cas. Enfin, si le mémoire est poursuivi dans l'optique de valider l'efficacité du

programme, il sera certainement compliqué de déterminer des critères de jugement liés à l'alimentation avec cette population, notamment parce que des facteurs comportementaux entrent aussi en jeu.

- Le parent a des capacités motrices insuffisantes pour masser son enfant
- Le parent a un niveau intellectuel ne lui permettant pas de comprendre le contenu du programme

1.2. Sélection et recrutement des participants

Les participants au programme ont été recrutés sur la base du volontariat.

Une première réunion avec l'équipe pluridisciplinaire du CAMSP a permis de présenter le projet et de partager les critères d'inclusion et d'exclusion. À la suite de cette réunion, l'affiche de présentation du projet (Annexe 7) ainsi que la liste des critères d'inclusion et d'exclusion ont été envoyées à tous les membres de l'équipe, qui ont ensuite pu sélectionner des participants potentiels. Enfin, les parents répondant aux critères ont été contactés par les orthophonistes du CAMSP, qui leur ont proposé de participer au projet. 12 participants ont été contactés, tous étaient intéressés par le programme. 8 participants ont finalement accepté de participer au programme et ont rempli le questionnaire préalable. Les 4 autres ont décidé de ne pas participer pour des raisons d'organisation. 1 participante n'a finalement pas pu assister aux ateliers suite à un problème intercurrent. 7 participants ont réalisé l'ensemble du programme.

2. Le questionnaire préalable

Le questionnaire préalable (Annexe 8) est constitué de 32 questions : 1 question ouverte, 16 questions fermées (à choix multiples ou à choix unique) et 15 échelles. 10 questions sont conditionnelles.

L'utilisation d'une majorité de questions fermées est conforme aux préconisations de de Singly (2020). 7 des questions fermées contiennent un choix supplémentaire « autre » avec la possibilité d'apporter une précision, comme préconisé par de Singly (2020). Ce questionnaire est anonymisé et est administré au participant avant le début du programme.

2.1. Les échelles utilisées

Le nombre d'items

12 des 15 échelles utilisées sont inspirées de l'échelle de Likert. Elles comportent 5 items, incluant une position neutre. En effet, l'absence de position neutre diminuerait la fiabilité de l'échelle (Alwin & Krosnick, 1991). Nous avons choisi d'utiliser 3 échelles à 4 items afin de forcer le participant à se positionner sur ces questions, et ce en dépit des préconisations d'Alwin et Krosnick.

Les échelles

Les échelles de type Likert sont mixtes, numériques et verbales pour faciliter à la fois le traitement des données et la compréhension du participant.

Les 3 échelles à 4 items sont uniquement verbales, aucune donnée quantitative n'en sera tirée.

2.2. Les objectifs du questionnaire

Objectif 1 : Recueillir les mesures des variables avant l'expérimentation du programme. Les questions 3, 4, 5, 15, 16, 19, 24, et 26 servent cet objectif.

Objectif 2 : Recueillir des éléments qui seront mis en corrélation avec les mesures analysées pour enrichir l'analyse des résultats. Les questions 6, 7, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 22, 23, 25, 29 servent cet objectif.

Objectif 3 : Obtenir des informations sur les participants et leurs habitudes en termes de SOF, dans le but d'adapter le contenu du programme à leurs connaissances et à leurs pratiques. Les questions 1, 2, 8, 13, 14, 20, 21, 27, 28 servent cet objectif.

Objectif 4 : Obtenir des informations pour adapter le contenu du programme aux attentes des participants. La question 30 sert cet objectif.

Objectif 5 : Obtenir des informations pour adapter le programme en termes d'organisation (disponibilités des participants). Les questions 31 et 32 servent cet objectif.

2.3. La mesure des variables

Le questionnaire préalable permet de recueillir toutes les mesures préprogramme. Elles seront comparées aux mesures postprogramme, recueillies dans le questionnaire final.

2.3.1. Nombre de massages oro-faciaux

La variable est mesurée dans la question 19. Nous analyserons la corrélation entre cette variable et les 3 autres variables étudiées (questions 3, 4, 5, 15, 16, 24, 26). En effet, lorsque nous avons construit nos hypothèses, nous avons supposé qu'augmenter le sentiment de capacité des parents à masser leur enfant, améliorer leur compréhension de l'intérêt des SOF et augmenter le niveau d'acceptation des massages par l'enfant permettraient d'augmenter le nombre de massages réalisés par les parents (cf. Problématique et hypothèses). À défaut de vérifier les liens de cause à effet entre nos variables, ces analyses de corrélation nous permettront a minima d'observer si elles évoluent ensemble.

Enfin, le plaisir et la persistance dans l'activité étant des conséquences à la motivation (Blanchard et al., 1998), il sera intéressant d'analyser la corrélation entre le nombre de massages et le niveau d'agréabilité ressenti pendant les massages (question 22).

2.3.2. Compréhension de l'intérêt des SOF

La variable est mesurée dans les questions 3, 4, 5. Cette mesure est comparée à la réponse aux questions 6 et 7 (pourquoi votre enfant a-t-il besoin de SOF/n'a-t-il pas besoin de SOF), afin de voir si le parent fait le lien entre sa compréhension de l'intérêt des SOF en général et sa compréhension de l'intérêt des SOF pour son enfant.

2.3.3. Sentiment de capacité à faire des massages oro-faciaux

La variable est mesurée dans les questions 15 et 16. Csikszentmihalyi (2008) fait le lien entre faible sentiment de capacité et haut niveau d'anxiété, nous analyserons donc la corrélation de cette mesure avec le niveau d'anxiété (questions 17 et 18).

2.3.4. Niveau d'acceptation des massages oro-faciaux par l'enfant

La variable est mesurée dans les questions 24 et 26. Avant de répondre à ces questions, le participant doit sélectionner les réactions qu'il observe chez son enfant pendant un massage parmi une liste de comportements (questions 23 et 25).

Cette sélection présente plusieurs intérêts. Il est tout d'abord intéressant de voir s'il y a concordance entre la perception de l'acceptation du massage par le parent et les réactions de l'enfant véritablement observées. La liste des comportements observables peut également aider le parent à répondre plus justement à la question sur le niveau d'acceptation des massages. Par exemple, le fait d'indiquer que son enfant tourne la tête pendant un massage pourra éventuellement faire réfléchir le parent sur la signification de ce comportement par rapport au niveau d'acceptation du massage. Enfin, à l'issue du programme, les parents sont supposés être de meilleurs observateurs de leur enfant. Il est donc important de leur fournir des aides dans le questionnaire préalable afin qu'ils répondent le mieux possible à cette question et que les réponses avant et après le programme soient comparables.

Cette liste de comportements est inspirée de la grille d'observation du comportement sensorimoteur de Martinet et al. (2013) et de la grille d'observation comportementale du Nidcap (64 items pour notamment vérifier si les stimulations sont adaptées ou détecter une manifestation de stress) (Als, 2009).

Nous avons conservé un nombre d'items assez conséquent afin de couvrir un maximum de comportements observables (35 items), mais les items spécifiques aux nouveau-nés ont été supprimés (ex : membres en flexion, signes de dystimulation tels que les éternuements, les hoquets, les bâillements répétés, etc.). Enfin, nous avons adapté le vocabulaire aux parents.

Les items entrent dans 5 grandes catégories, à savoir les réactions physiologiques, l'attitude corporelle, l'attitude faciale, l'attitude visuelle et l'attitude vocale.

2.4. Validation du questionnaire

Nous avons procédé à la validation du questionnaire selon la validation a priori d'un outil de recueil d'information (De Ketele & Roegiers, 2016).

Ce questionnaire préalable n'est pas un outil d'évaluation mais un outil de recueil d'information directement administré au participant. La cotation/notation inter-juges n'intervenant pas ici, la vérification de la fiabilité n'est donc pas pertinente.

La vérification de l'homogénéité n'est quant à elle pas nécessaire puisque pour chaque variable, une seule mesure est effectuée.

Les points de vérification suivants ont ainsi été retenus.

2.4.1. Vérification de la pertinence des informations à recueillir

L'information est nécessaire : chaque question permet bien de répondre aux objectifs et est effectivement utilisée lors du dépouillement. Afin de faciliter l'analyse des données, il y a une question par variable et une variable par hypothèse.

L'information est suffisante : le questionnaire préalable permet de recueillir toutes les mesures préprogramme.

L'information est accessible : les questions interrogent les connaissances et l'expérience des participants, ces derniers ont donc directement accès aux données demandées.

2.4.2. Vérification de la validité

Validité de construction

Nous avons construit le questionnaire de manière cohérente en termes de succession des rubriques et des items, puisqu'on va des connaissances générales vers la pratique pour aboutir aux questions d'organisation. On va de l'abstrait vers le concret. En outre les 4 rubriques choisies sont bien identifiées et les questions intra-rubriques correspondent bien à la rubrique en question (cf. figure 2 ci-dessous).



Figure 2 : Diagramme représentant la construction du questionnaire préalable

Validité de communication

Nous avons dû nous assurer que tous les utilisateurs comprennent de la même façon l'information qui doit être recueillie. Pour cela, les termes spécifiques ont été définis et illustrés d'exemples quand cela était nécessaire. Nous avons porté une attention particulière sur la clarté de la formulation, en évitant notamment les négations. Les formulations ont été choisies afin de respecter un maximum de neutralité. Enfin, nous nous sommes assurée de la validité de communication via le mode de diffusion même du questionnaire (cf. 2.6 Diffusion du questionnaire).

2.5. Test préalable

Le questionnaire a été testé par 4 étudiantes en orthophonie afin d'éprouver la cohérence de sa construction et l'affichage des questions. 4 autres personnes n'ayant pas de connaissances dans le domaine de l'oralité l'ont également testé afin de vérifier la compréhension des questions et la clarté des termes employés. Il n'a cependant pas été testé par des personnes ne parlant pas bien le français.

Il a enfin été testé par une psychomotricienne travaillant en CAMSP, et connaissant donc bien la population cible. Les temps de réponse vont de 5 à 15 minutes.

2.6. Diffusion du questionnaire

Même si nous avons veillé à la clarté des formulations, les parents du CAMSP sont susceptibles de rencontrer des difficultés à remplir seuls ce type de questionnaire. En effet pour certains, le français n'est pas la langue maternelle. Or il est essentiel que la compréhension des questions ne vienne pas perturber le choix des réponses car cela fausserait les mesures. En outre, les parents étant supposément plus experts après avoir participé au programme, il est possible qu'ils répondent mieux à certaines questions dans le questionnaire final que dans le questionnaire préalable, ce qui viendrait constituer un biais de mesure. J'étais donc présente, en face à face ou bien par téléphone, lorsque les parents ont rempli le questionnaire, ce afin d'assurer une compréhension maximale des questions et des différents choix de réponses proposés.

Nous avons choisi de diffuser le questionnaire en ligne plutôt qu'en format papier. En effet, le format numérique facilite grandement le traitement des données. Le questionnaire en ligne permet également de ne faire apparaître que les questions pertinentes pour le participant, grâce à l'utilisation de questions conditionnelles. Par exemple, si le participant ne réalise pas de massages sur son enfant, les questions relatives à la pratique des massages n'apparaîtront pas. Cela permet de gagner en lisibilité et en temps. Le format numérique permet enfin de s'assurer qu'aucune question n'a été omise.

Le questionnaire a été diffusé via la plateforme EU Survey.

3. Modifications de l'outil conducteur d'atelier

3.1. Détails et justifications des modifications

Le programme est mené grâce à un outil conducteur d'atelier (Annexe 9.1) servant à guider l'intervenant lors des différentes séances du programme. Il décrit donc de façon précise les différentes séquences de chaque séance et recense les outils et le matériel nécessaires.

Cet outil est issu d'une formation dispensée par AGO Ingénierie formation Toulouse. L'outil a été conçu par Coralie Matheus (2020) dans son mémoire d'orthophonie, comme support d'un atelier ayant pour but de développer et d'harmoniser la pratique pluridisciplinaire des massages oro-faciaux au sein d'un SSR pédiatrique.

Il a ensuite été adapté pour des parents par Dufillon (2022) dans son mémoire d'orthophonie à partir de données issues de la littérature, mais aussi des besoins et des contraintes identifiées grâce à un questionnaire préalable.

L'outil conducteur d'atelier a été pensé comme un conducteur de séances d'ETP. Les différentes séances n'ont pas pour vocation immédiate d'être intégrées dans un programme d'ETP, mais cela reste possible. Dans cette optique, l'outil contient donc « les objectifs du programme, les moyens d'évaluation, le nombre de participants par session, le nombre d'intervenants et la liste du matériel. Chaque séance est ensuite détaillée, de sorte que l'intervenant ait toutes les indications nécessaires pour mener le programme. L'intervenant doit être formé dans le domaine de l'oralité et avoir des connaissances à jour afin de pouvoir conseiller les participants » (Dufillon, 2022).

Il faut bien noter que l'outil constitue un guide qui n'exempte pas l'intervenant de s'adapter à son public. Ainsi certaines séquences du conducteur d'atelier doivent être ajustées aux participants, notamment grâce aux réponses fournies dans le questionnaire préalable. Enfin, mis à part pour quelques consignes spécifiques, le conducteur d'atelier ne doit pas être simplement lu par l'intervenant. Ce dernier devra en effet adapter son langage (vocabulaire, tournure des phrases) aux participants, notamment si le français n'est pas leur langue maternelle. En outre, il doit s'ajuster aux questions et remarques des parents, ce qui permet de garder l'atelier interactif.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons apporté des modifications à l'outil afin d'éprouver les nouvelles hypothèses et de nous ajuster aux données de la littérature. Cependant, ces changements ne modifient pas les objectifs du programme définis par Dufillon (2022).

Afin d'éprouver l'hypothèse H2 « les parents comprennent mieux l'intérêt des SOF », des informations supplémentaires sur l'intérêt des SOF ont été rajoutées dans le contenu du premier atelier de groupe.

Afin d'éprouver l'hypothèse H4 « les parents pratiquent des SOF plus adaptées », il a fallu s'assurer que les parents étaient capables de coter le niveau d'acceptation des massages par leur enfant, ce qui revient à faire d'eux un observateur expert de leur enfant. Lecoufle (2012) parle « d'enfant acteur, qui peut, par son comportement et ses réactions, doser les sensations reçues ». Or cela implique que le parent puisse être capable d'identifier et d'analyser ces réactions. Un des piliers de l'accompagnement parental en orthophonie consiste d'ailleurs à faire des parents de meilleurs observateurs de leur enfant (Cousin, 2010; Crunelle, 2010).

Nous avons donc décidé de construire dans le cadre de ce projet un nouvel outil qui aiderait le parent à mieux observer son enfant et à coter le niveau d'acceptation du massage par ce dernier, nous l'avons nommé la Fleur des réactions (cf. Annexe 9.5).

La Fleur des réactions est inspirée de la Fleur de lait, outil d'évaluation de la progression des compétences de l'enfant prématuré en termes d'allaitement, adapté de la grille d'évaluation de Nyqvist (1999) par l'équipe de Valenciennes. Tout comme la Fleur de Lait, la Fleur des réactions :

- Comprend plusieurs pétales représentant chacun un item à observer
- Comporte les réactions à observer

- Comprend le score le plus bas au centre de la fleur, et le score le plus haut aux extrémités des pétales
- Constitue un support pour une observation plus fine de l'enfant par le parent
- Permet d'observer une progression dans le comportement de l'enfant

Après le massage, le parent doit colorier chaque pétale jusqu'au niveau d'acceptation qu'il aura identifié chez son enfant. Les exemples de réactions présents sur la Fleur constituent une aide pour estimer ce niveau d'acceptation. Ils ont été établis grâce aux grilles d'observation comportementales de Martinet et al. (2013) et du Nidcap (Als, 2009), déjà utilisées pour lister les comportements observables dans le questionnaire préalable.

Afin de s'assurer d'une compréhension maximale des outils, nous avons créé une version pictographique de la Fleur des réactions et de la Maison des SOF (cf. Annexes 9.2 et 9.5). En effet, certains parents maîtrisent suffisamment le français pour communiquer à l'oral mais rencontrent des difficultés à l'écrit. Ainsi, durant les ateliers, nous présentons aux participants les versions pictographiques, mais nous leur fournissons également la version écrite des outils.

Enfin, nous avons rajouté une séquence supplémentaire à l'atelier 1 du programme pour pouvoir y intégrer la Fleur des réactions. Cette séquence reprend également les principes de l'ETP. Pour cela, nous avons défini les compétences d'acquisition visées, les objectifs spécifiques, les techniques pédagogiques (méthodes et outils) ainsi que les instruments d'évaluation :

Durée	Compétence d'acquisition visée	Objectif spécifique	Technique pédagogique (méthodes, outils)	Instruments d'évaluation
10 min	Pratiquer les SOF de façon adaptée à son enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les réactions de son enfant - S'adapter aux réactions de son enfant 	Méthode interrogative, explicative : <ul style="list-style-type: none"> - Remue-méninges - Outil « La Fleur des réactions » - Vidéo illustrant les concepts présentés 	<ul style="list-style-type: none"> - Fleur à colorier pendant la séance sur la base d'une vidéo illustrant des concepts présentés - Fleur à colorier à la maison (sans que le massage soit filmé puis une fois avec un massage filmé pour contrôler le bon remplissage de la Fleur)

Tableau 1: Détail de la séquence ajoutée à l'atelier 1 du programme

Suite à l'ajout de ces différents éléments, nous avons dû remanier les autres séquences afin de conserver la même durée de séance. Ces remaniements concernent uniquement la forme des éléments traités, afin de ne pas modifier les objectifs pédagogiques de chaque séquence. Nous avons notamment remplacé la mise en situation permettant aux participants d'expérimenter l'habituation par des histoires permettant d'appréhender ce processus. Nous avons ainsi gagné du temps en conservant toutefois la participation active des parents.

3.2. Relecture et vérifications

En plus d'avoir été relu et vérifié par les deux encadrantes de ce mémoire, orthophonistes formées à l'oralité pédiatrique, l'outil conducteur de séances et ses annexes ont été relus par un orthophoniste considéré comme expert clinique dans le domaine de l'oralité pédiatrique mais ne connaissant pas le programme en question. Il a également été vérifié par une cadre de santé coordinatrice d'une Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient (UTEP).

4. Expérimentation du programme

4.1. Déroulement du programme

Le programme est constitué de 2 ateliers de groupe d'une heure chacun et d'une séance individuelle de 45 minutes. Il est faisable en termes de temps, de forme et de contenu (Duffillon, 2022).

Les ateliers de groupe permettent de créer une dynamique, via l'échange et le partage d'expérience entre les parents. La séance individuelle permet au participant de disposer d'un temps privilégié et complètement personnalisé pour aborder les particularités de son enfant et lui permettre de parler plus librement.

La séance individuelle était initialement prévue en visio ou par téléphone, mais les difficultés rencontrées avec le français par certains participants m'ont amenée à proposer aux parents de réaliser la séance en face à face, au CAMSP : 5 parents ont souhaité la faire en face à face et 2 parents ont souhaité conserver la modalité « visio ». Enfin, pour les séances individuelles en face à face, nous nous sommes ajustée sur les séances de rééducation de l'enfant, en accord avec les professionnels concernés, afin de faciliter l'organisation des parents.

4.2. Organisation du programme

Nous avons défini les créneaux horaires des séances selon les disponibilités fournies par les participants dans le questionnaire préalable ainsi que celles de la salle dédiée. Nous avons également fait en sorte que les groupes contiennent 3 personnes au minimum afin d'être en accord avec la conclusion de Duffillon selon laquelle le nombre de 2 participants était jugé insuffisant pour les ateliers de groupe (2022).

La salle utilisée pour les ateliers de groupe est la salle de réunion du CAMSP. D'autres ateliers parentaux se déroulent régulièrement dans cette salle ce qui a permis de confirmer qu'elle convenait en termes d'espace et de matériel.

5. Le questionnaire postprogramme

Le questionnaire postprogramme est constitué de 41 questions : 7 questions ouvertes, 18 questions fermées, à choix multiple ou à choix unique et 16 échelles. Comme pour le questionnaire préalable, l'utilisation d'une majorité de questions fermées a été favorisée.

5.1. Les objectifs du questionnaire

Objectif 1 : Recueillir les mesures des variables après l'expérimentation du programme. Les questions 1, 2, 3, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 16 servent cet objectif.

Objectif 2 : Recueillir des éléments qui seront mis en corrélation avec les mesures analysées pour enrichir l'analyse des résultats. Les questions 4, 5, 8, 9, 10, 14, 17 servent cet objectif.

Objectif 3 : Recueillir l'avis des participants quant au contenu (clarté du contenu, apports, suggestions). Les questions 18 à 25 servent cet objectif.

Objectif 4 : Recueillir l'avis des participants quant à l'organisation du programme (nombre de participants, locaux, durée, modalités, suggestions). Les questions 26 à 41 servent cet objectif.

5.2. La mesure des variables

5.2.1. Nombre de massages oro-faciaux

La variable est mesurée dans les questions 11 et 13, et comparée à la même mesure recueillie dans le questionnaire préalable. Comme pour les données préprogramme, nous analyserons la corrélation entre cette variable et les 3 autres variables étudiées (questions 1, 2, 3, 6, 7, 15, 16), ainsi qu'avec le niveau d'agrément ressenti pendant les massages (question 17).

5.2.2. Compréhension de l'intérêt des SOF

La variable est mesurée dans les questions 1, 2, 3 et est comparée à la même mesure recueillie dans le questionnaire préalable. Comme dans le questionnaire préalable, cette mesure est comparée à la réponse aux questions « pourquoi votre enfant a-t-il besoin de SOF/n'a-t-il pas besoin de SOF » (questions 5), afin de voir si le parent fait le lien entre sa compréhension de l'intérêt des SOF en général et sa compréhension de l'intérêt des SOF pour son enfant.

5.2.3. Sentiment de capacité à faire des massages oro-faciaux

La variable est mesurée dans les questions 6 et 7 et est comparée à la même mesure recueillie dans le questionnaire préalable. Comme pour les données préprogramme, nous analyserons la corrélation de cette mesure avec le niveau d'anxiété (questions 8 et 9).

5.2.4. Niveau d'acceptation des massages oro-faciaux par l'enfant

La variable est mesurée dans les questions 15 et 16. Le parent s'étant entraîné pendant le programme à identifier le niveau d'acceptation des massages oro-faciaux par son enfant, on considère qu'il est en mesure de répondre à ces questions sans l'aide de la liste des réactions proposée dans le questionnaire préalable.

5.3. Validation du questionnaire

Le questionnaire postprogramme a été construit sur le modèle du questionnaire préprogramme et remplit les mêmes critères de pertinence et de validité (cf. 2.4 Validation du questionnaire).

5.4. Test préalable

Le questionnaire a été testé par 4 étudiantes en orthophonie ayant également testé le programme afin d'éprouver la cohérence de sa construction et l'affichage des questions. Les temps de réponse vont de 5 à 10 minutes.

5.5. Diffusion du questionnaire

Nous avons choisi des modes de diffusion identiques à ceux utilisés pour le questionnaire préalable, et ce pour les mêmes raisons (cf. 2.6 Diffusion du questionnaire).

6. Récapitulatif des hypothèses, critères de jugement et mesures

Hypothèses	Critères de jugement	Mesures	Fréquence des mesures
H1 (Hypothèse principale)	Nombre de massages hebdomadaires réalisés par les parents	Recueil du nombre de massages	- 1 mesure préprogramme dans le questionnaire préalable - 1 mesure à 7 jours postprogramme dans le questionnaire final - 1 mesure à 1 mois et 7 jours postprogramme
H2	Score à 3 questions sur l'intérêt des SOF	3 QCM	- 1 mesure préprogramme dans le questionnaire préalable - 1 mesure à 7 jours postprogramme dans le questionnaire final
H3	- Sentiment de capacité massage visage - Sentiment de capacité massage bouche	Échelle de mesure de 0 à 4	- 1 mesure préprogramme dans le questionnaire préalable - 1 mesure à 7 jours postprogramme dans le questionnaire final
H4	- Niveau d'acceptation de l'enfant aux massages visage - Niveau d'acceptation de l'enfant aux massages bouche	Échelle de mesure de 0 à 4	- 1 mesure préprogramme dans le questionnaire préalable - 1 mesure à 7 jours postprogramme dans le questionnaire final

RÉSULTATS

1. Expérimentation du programme

Les 7 participants ont suivi l'intégralité du programme entre le 1/02/2023 et le 2/03/2023.

Les données analysées ont été recueillies via le questionnaire préprogramme puis via le questionnaire postprogramme 7 jours après la dernière séance. Tous les participants ont accepté d'être recontactés 1 mois après avoir rempli ce dernier questionnaire afin de partager un retour d'expérience. Cet échange (5 à 15 minutes en fonction des participants) s'est déroulé par téléphone ou en face à face au sein du CAMSP et m'a permis de récolter des informations pour vérifier le maintien des résultats.

Les participants ont été répartis en 2 groupes, en fonction de leurs disponibilités. La temporalité et les modalités pouvant être différentes pour chaque participant, nous avons établi une modélisation du parcours des participants afin d'identifier d'éventuels biais méthodologiques qui pourraient expliquer des différences de résultats entre les personnes (Annexe 11).

Particularités individuelles

3 participants ont été contraints de manquer le deuxième atelier de groupe mais ont souhaité rattraper la séance. N'étant pas disponibles en même temps, ils ont tous bénéficié d'une séance individuelle en face à face dans les locaux du CAMSP.

4 participants sur les 7 ont donc suivi le programme tel qu'il était initialement pensé.

Certains participants n'avaient pas réalisé la vidéo servant de support à la séance individuelle. Nous avons donc reporté d'une semaine la séance individuelle de E1MASS04, E1MASS05 et E1MASS07, et ce afin que le contenu de cette séance corresponde à la trame prévue.

E1MASS04 et E1MASS07 n'avaient pas réalisé la vidéo mais avaient quand même fait des massages. E1MASS05 n'ayant ni pratiqué les massages ni réalisé la vidéo, nous avons fait un point individuel pour comprendre pourquoi ce parent ne pratiquait pas et nous avons reporté la séance individuelle.

E1MASS08 n'avait pas non plus réalisé la vidéo ni pratiqué pour sa séance individuelle, mais n'avait pas la possibilité de reporter la séance. Nous avons donc utilisé la séance individuelle pour discuter du meilleur moment pour intégrer les massages dans son quotidien. En outre, son enfant nous a rejoint vers la fin de la séance et le participant a alors souhaité réaliser la séquence sur lui en ma présence.

2. Comparaison des variables avant/après

Nous avons réalisé des analyses statistiques avec le test de student pour comparer les variables quantitatives (nombre de massages, score). Ce test statistique ne s'appliquant pas aux variables ordinales (sentiment de capacité, niveau d'acceptation), nous avons décidé d'analyser ces dernières de façon descriptive.

2.1. Le nombre de massages

Analyse statistique

Nous avons utilisé le test de normalité de Shapiro-Wilk afin de vérifier que la distribution des données ne différait pas significativement d'une loi normale (cf. figure 3 ci-dessous). Le test de Shapiro-Wilk donne une probabilité de dépassement de 0.063, supérieure à 0.05. L'hypothèse de normalité est donc tolérée ici et nous pouvons procéder au test de student pour des échantillons appariés.

Test de normalité (Shapiro-Wilk)				Test t pour échantillons appariés							
		W	p	statistique	ddl	p	Différence moyenne	Différence d'erreur standard	Intervalle de confiance à 95%		Taille de l'effet
Nombre massages (1)	Nombre de massages (2)								Borne inf	Borne sup	
		0.819	0.063								
Nombre massages (1)	Nombre de massages (2)			-4.38	6.00	0.005	-5.71	1.30	-8.91	-2.52	d de Cohen -1.66

Note. $H_0: \mu_{Mesure 1} - Mesure 2 = 0$

Figure 3 : Test de Shapiro-Wilk (H1)

Figure 4 : Test de student pour des échantillons appariés (H1)

Ici la p-value=0.005 (cf. figure 4 ci-dessus). Elle est donc inférieure à 0.05 ce qui signifie qu'il existe bien une différence significative entre le nombre de massages réalisés par les parents après le programme comparé à avant le programme.

En outre, l'intervalle de confiance à 95% sur la différence des moyennes est [-8.91 ; -2.52]. Il ne contient pas la valeur 0, ce qui signifie que la différence nulle (l'effet nul) ne fait pas partie des effets plausibles, et donc la différence du nombre de massages est significative.

Les conditions de normalité étant tout juste validées avec le test de Shapiro-Wilk, nous avons souhaité utiliser également le test de Wilcoxon pour tester notre hypothèse (cf. figure 5 ci-dessous).

Test t pour échantillons appariés				Test t pour échantillons appariés							
		Statistique	p	Différence moyenne	Différence d'erreur standard	Intervalle de confiance à 95%		Taille de l'effet			
Nombre massages (1)	Nombre de massages (2)					Borne inf	Borne sup				
		0.00	0.022	-6.00	1.30	-9.50	-2.50	Corrélation entre rangs bisériés -1.00			

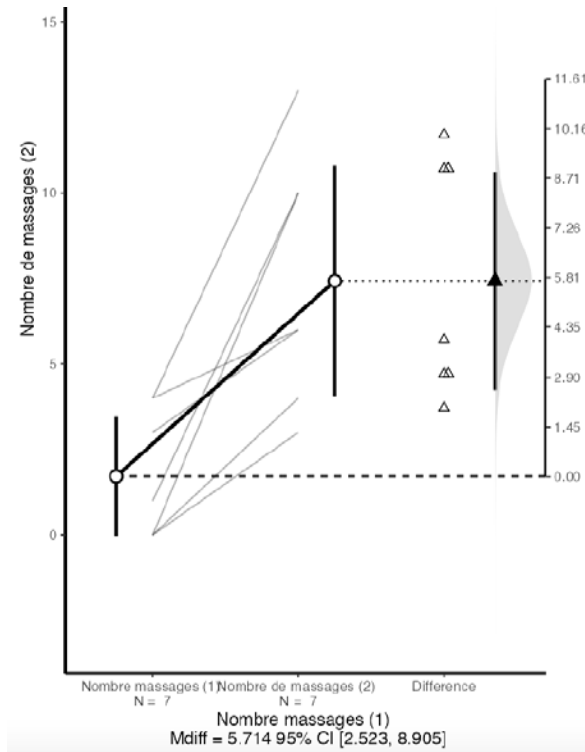
Note. $H_0: \mu_{Mesure 1} - Mesure 2 = 0$

Figure 5 : Test de student pour des échantillons appariés (H1)

Ici la p-value=0.022. Elle est donc inférieure à 0.05 ce qui signifie qu'il existe bien une différence significative entre le nombre de massages hebdomadaires réalisés par les parents après le programme comparé à avant le programme.

Les deux tests donnent donc le même résultat. On peut ainsi conclure qu'il y a une **augmentation significative du nombre de massages oro-faciaux hebdomadaires** pratiqués par les parents comparé à avant le programme.

Analyse descriptive



Nous avons observé l'évolution du nombre de massages hebdomadaires moyen ainsi que l'évolution du nombre de massages pour chaque participant (cf. figure 6 ci-contre).

Le nombre de massages hebdomadaires moyen a augmenté de 5,7 pour l'ensemble des participants.

On voit qu'il a augmenté pour 100% des participants ayant suivi le programme (augmentation minimale = 2 ; augmentation maximale = 10)

On observe également que 4 participants sur 7 suivent au moins la pente d'augmentation moyenne.

Figure 6 : Évolution du nombre de massages oro-faciaux (mesures préprogramme et postprogramme)

2.2. La compréhension de l'intérêt des SOF

Analyse statistique

Nous avons utilisé le test de normalité de Shapiro-Wilk afin de vérifier que la distribution des données ne différerait pas significativement d'une loi normale (cf figure 7 ci-dessous). Le test de Shapiro-Wilk donne une probabilité de dépassement de 0.720, supérieure à 0.05. L'hypothèse de normalité est donc tolérée ici et nous pouvons procéder au test de student pour des échantillons appariés.

Test de normalité (Shapiro-Wilk)			
	W	p	
Compréhension des SOF (1) - Compréhension des SOF (2)	0.949	0.720	

Note. Une valeur p faible suggère une violation de la condition de normalité

Test t pour échantillons appariés									
		statistique	ddl	p	Différence moyenne	Différence d'erreur standard	Intervalle de confiance à 95%		Taille de l'effet
							Borne inf	Borne sup	
Compréhension des SOF (1)	Compréhension des SOF (2)	-2.59	6.00	0.041	-2.14	0.829	-4.17	-0.115	d de Cohen -0.977

Note. H₁ : Mesure 1 - Mesure 2 ≠ 0

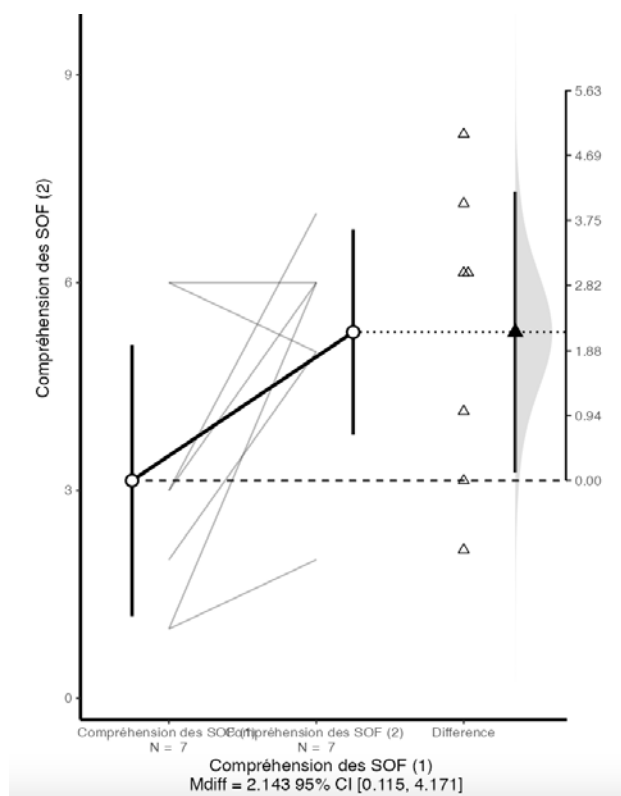
Figure 7 : Test de Shapiro-Wilk (H2)

Figure 8 : Test de student pour des échantillons appariés (H2)

Ici la p-value=0.041 (cf. figure 8 ci-dessus). Elle est donc inférieure à 0.05 ce qui signifie qu'**il existe bien une différence significative entre le score aux questions sur l'intérêt des SOF avant programme et le score après programme.**

En outre, l'intervalle de confiance à 95% sur la différence des moyennes est [-4.17 ; -0.115]. Il ne contient pas la valeur 0, ce qui signifie que la différence nulle (l'effet nul) ne fait pas partie des effets plausibles, et donc la différence entre les scores est significative.

Analyse descriptive



Nous avons observé l'évolution du score de compréhension moyen de l'intérêt des SOF (score sur 9) ainsi que l'évolution de ce score pour chaque participant (cf. figure 9 ci-contre). Le score moyen a augmenté de 2.14 points pour l'ensemble des participants. Le score a augmenté pour 5 participants. Il a stagné à 6/9 pour 1 participant. Il a diminué d'1 point pour 1 participant (de 6 à 5).

Figure 9 : Évolution du score de compréhension de l'intérêt des SOF (mesures préprogramme et postprogramme)

Nous avons souhaité mettre en relation ces variations avec l'évolution des réponses à la question « Pensez-vous que votre enfant a besoin de SOF, pourquoi », ce afin de voir si les parents font le lien entre les difficultés de leur enfant et le contenu du programme (cf. partie problématique et hypothèse).

Les parents ont donc tous répondu à la question « Pensez-vous que votre enfant a besoin de SOF, pourquoi » avant et après avoir suivi le programme. Nous avons analysé leurs réponses en identifiant la pertinence des termes avec le domaine des troubles alimentaires et/ou de l'oralité (cf. Annexe 12), puis nous avons observé l'évolution de ces réponses.

Que ce soit avant ou après avoir suivi le programme, 100% des parents pensent que leur enfant a besoin de SOF. Concernant l'évolution des justifications données par les parents :

3 participants sur 7 n'utilisent que des termes pertinents, avant et après le programme. Parmi eux, 2 personnes ont amélioré leur score de compréhension des SOF, 1 personne a obtenu le même score.

1 participant qui utilisait à la fois des termes pertinents et non pertinents avant le programme, n'utilise que des termes pertinents après le programme. Mais en parallèle, son score de compréhension des SOF a diminué d'1 point.

2 participants qui utilisaient uniquement des termes pertinents avant le programme utilisent des termes pertinents et non pertinents après le programme. Cependant, ces 2 personnes ont mieux répondu aux questions de compréhension des SOF après le programme.

Enfin, 1 participant qui utilisait uniquement des termes non pertinents avant le programme n'utilise que des termes pertinents après le programme. En parallèle, son score a augmenté de 5 points.

Face à ces observations, il est intéressant de noter que le participant ayant la plus grande augmentation de son score de compréhension est aussi celui dont les justifications ont le plus augmenté en pertinence.

Il semblerait également que pour 2 participants, le programme n'ait pas permis de faire le lien entre les concepts théoriques abordés et les problématiques de leur enfant, puisque malgré leur meilleure compréhension des concepts théoriques, ils utilisent moins de termes pertinents.

2.3. Le sentiment de capacité

Participants	Sentiment de capacité visage (1)	Sentiment de capacité visage (2)	Sentiment de capacité bouche (1)	Sentiment de capacité bouche (2)
E1MASS08	3	4	0	0
E1MASS07	2	4	2	3
E1MASS06	3	3	3	2
E1MASS05	3	3	2	2
E1MASS04	3	4	3	4
E1MASS03	1	4	1	4
E1MASS02	3	3	1	3
Moyenne	2,6	3,6	1,7	2,6

(1) : mesures préprogramme
(2) : mesures postprogramme

Figure 10 : Évolution du sentiment de capacité par participant

Le sentiment de capacité moyen à l'idée de masser le visage de leur enfant est passé de 2,6/4 à 3,6/4 pour l'ensemble des parents (cf. figure 10 ci-dessus).

Le sentiment de capacité moyen à l'idée de masser l'intérieur de la bouche de leur enfant est passé de 1,7/4 à 2,6/4 pour l'ensemble des parents (cf. figure 10 ci-dessus).

Si on regarde les variations individuelles du sentiment de capacité à masser le visage, on observe que le score a augmenté pour 4 participants et a stagné à 3 pour 3 participants.

On note également que 100% des participants se sentent très capables ou tout à fait capables de masser le visage de leur enfant après avoir suivi le programme.

Concernant le sentiment de capacité à masser dans la bouche, il a augmenté chez 4 participants, a stagné pour 2 participants et a diminué pour 1 participant.

On note enfin que 4 participants se sentent très capables ou tout à fait capables de masser l'intérieur de la bouche de leur enfant après avoir suivi le programme, 2 participants s'en sentent moyennement capables et 1 ne s'en sent pas du tout capable.

2.4. Le niveau d'acceptation des massages

Participants	Niveau d'acceptation visage (1)	Niveau d'acceptation visage (2)	Niveau d'acceptation bouche (1)	Niveau d'acceptation bouche (2)
E1MASS08	N/A	2	N/A	0
E1MASS07	3	4	N/A	2
E1MASS06	2	3	N/A	2
E1MASS05	N/A	3	N/A	1
E1MASS04	1	3	2	4
E1MASS03	N/A	3	N/A	2
E1MASS02	2	4	N/A	2
Moyenne	2,0	3,5	2,0	4,0

(1) : mesures préprogramme
(2) : mesures postprogramme

Figure 11 : Évolution du niveau d'acceptation des massages oro-faciaux par participant

Seuls les parents qui réalisaient des massages avant le programme ont pu indiquer le niveau d'acceptation des massages par leur enfant. Les scores des parents qui ne réalisaient pas de massages ne rentrent donc pas dans le calcul des scores moyens.

Le niveau d'acceptation moyen des massages du visage est passé de 2/4 à 3,5/4 pour les 4 parents concernés (cf. figure 11 ci-dessus).

Le niveau d'acceptation des massages à l'intérieur de la bouche est passé de 2/4 à 4/4 pour l'unique parent concerné (cf. figure 11 ci-dessus).

Si on regarde les variations individuelles du niveau d'acceptation des massages du visage, on observe que le score a augmenté pour tous les participants concernés.

On note également que pour 100% des participants, l'enfant accepte bien ou tout à fait le massage du visage à l'issue du programme.

Concernant l'intérieur de la bouche, le seul participant concerné est passé de 2/4 à 4/4.

À l'issue du programme, 1 enfant accepte tout à fait le massage dans la bouche, 4 enfants l'acceptent moyennement, 1 enfant l'accepte peu et 1 ne l'accepte pas du tout.

3. Maintien des résultats

Lorsque nous avons contacté nos participants pour la première fois, nous les avons informés qu'ils rempliraient un questionnaire préprogramme ainsi qu'un questionnaire postprogramme, et il n'était alors pas prévu de recueillir des mesures à distance du programme.

Cependant, nous avons décidé en cours de projet de tenter d'avoir quelques éléments quant au maintien des résultats. Les participants n'ayant au préalable pas signé pour remplir un 3e questionnaire, nous leur avons simplement demandé dans le questionnaire postprogramme s'ils acceptaient que nous les contactions 1 mois plus tard pour un rapide retour d'expérience. Cet échange nous a donc permis de

recueillir uniquement le nombre de massages réalisés, car nous n'avons pas souhaité procéder à un recueil de l'ensemble des mesures, plus fastidieux pour les participants.

Analyse statistique

Nous avons utilisé le test de normalité de Shapiro-Wilk afin de vérifier que la distribution des données ne différait pas significativement d'une loi normale (cf. figure 12 ci-dessous). Le test de Shapiro-Wilk donne une probabilité de dépassement de 0.982, supérieure à 0.05. L'hypothèse de normalité est donc tolérée ici et nous pouvons procéder au test de student pour des échantillons appariés.

Test de normalité (Shapiro-Wilk)			
		W	p
Nombre massages (1)	-	Nombre de massages (3)	0.986 0.982

Note. Une valeur p faible suggère une violation de la condition de normalité

Test t pour échantillons appariés					
		statistique	ddl	p	
Nombre massages (1)	Nombre de massages (3)	t de Student	-3.60	6.00	0.011

Note. H_a μ Mesure 1 - Mesure 2 ≠ 0

Figure 12 : Test de Shapiro-Wilk (maintien des résultats) Figure 13 : Test de Shapiro-Wilk (maintien des résultats)

Ici la p-value=0.011 (cf. figure 13 ci-dessus). Elle est donc inférieure à 0.05, ce qui signifie qu'il existe bien une différence significative entre le nombre de massages hebdomadaires réalisés par les parents 1 mois et une semaine après la fin du programme, comparé à avant le programme.

Analyse descriptive

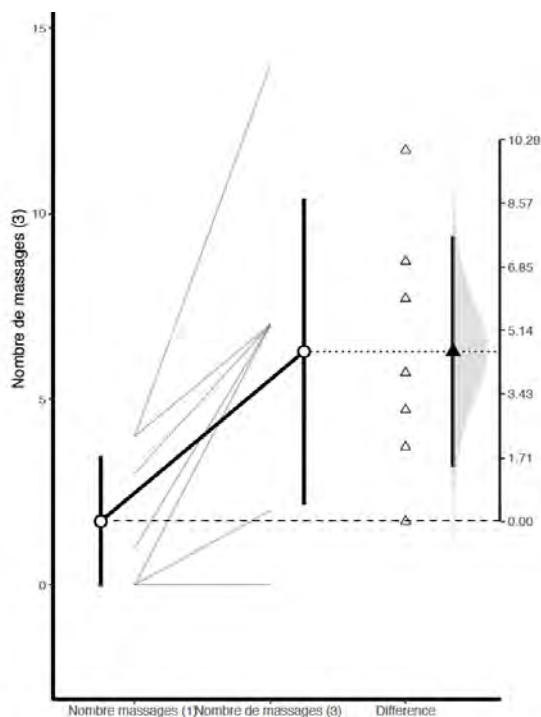


Figure 14 : Évolution du nombre de massages oro-faciaux (mesures préprogramme et à distance)

Nous avons observé l'évolution à long terme du nombre de massages hebdomadaires moyen ainsi que l'évolution du nombre de massages pour chaque participant (cf. figure 14 ci-contre).

Le nombre de massages hebdomadaires moyen a augmenté de 4,6 pour l'ensemble des participants.

On voit qu'il a augmenté pour 6 participants sur 7.

1 participant ne fait plus de massages 1 mois et 7 jours après avoir suivi le programme.

On observe également que 5 participants sur 7 suivent au moins la pente d'augmentation moyenne.

Détails des variations individuelles

Participants	Nombre de SOF (1)	Nombre de SOF (2)	Nombre de SOF (3)
E1MASS08	0	3	0
E1MASS07	3	6	7
E1MASS06	1	10	7
E1MASS05	0	4	2
E1MASS04	4	6	7
E1MASS03	0	10	7
E1MASS02	4	13	14
Moyenne	1,7	7,4	6,3

(1) : mesures préprogramme
(2) : mesures postprogramme

Figure 15 : Évolution du nombre de massages oro-faciaux par participant

On observe qu'1 mois et 7 jours après le programme, 3 participants sur 7 ont maintenu leur progression (cf. figure 15 ci-dessus).

2 participants font moins de massages que 7 jours après avoir suivi le programme, mais en font quotidiennement.

1 participant n'en fait plus que 2 fois par semaine (contre 4 fois 7 jours après le programme), mais n'en faisait pas du tout avant le programme.

1 participant ne fait plus de massages (contre 3 fois 7 jours après le programme), et n'en faisait pas non plus avant le programme.

4. Autres mesures et analyse des corrélations

4.1. Niveau d'anxiété et niveau d'agréabilité

Niveau d'anxiété

Participants	Anxiété massages visage (1)	Anxiété massages visage (2)	Anxiété massages bouche (1)	Anxiété massages bouche (2)
E1MASS08	2	0	2	0
E1MASS07	3	1	4	1
E1MASS06	0	0	1	0
E1MASS05	0	0	2	2
E1MASS04	0	0	0	0
E1MASS03	2	0	4	0
E1MASS02	0	0	2	0
Moyenne	1,0	0,1	2,1	0,4

(1) : mesures préprogramme
(2) : mesures postprogramme

Figure 16 : Évolution du niveau d'anxiété par participant

Avant le programme les parents se sentaient globalement « peu anxieux » de masser le visage de leur enfant avec tout de même des variabilités individuelles (De « pas du tout anxieux » à « très anxieux ») (cf. figure 16 ci-dessus). Après avoir suivi le programme, les parents se sentent en moyenne « pas du tout anxieux » à l'idée de réaliser des massages sur le visage de leur enfant. Seul 1 participant se sent « peu anxieux ».

Les participants se sentaient globalement moyennement anxieux à l'idée de masser l'intérieur de la bouche de leur enfant, avec encore une fois des variabilités individuelles (de « pas du tout anxieux » à « extrêmement anxieux »). Après le programme, les parents se sentent en moyenne « pas du tout anxieux », même si 1 participant se sent peu anxieux et 1 participant se sent moyennement anxieux.

Niveau d'agrément

Participants	Niveau agrément (1)	Niveau agrément (2)
E1MASS08	N/A	2
E1MASS07	2	3
E1MASS06	2	4
E1MASS05	N/A	3
E1MASS04	3	4
E1MASS03	N/A	3
E1MASS02	2	4
Moyenne	2,3	3,8

(1) : mesures préprogramme
(2) : mesures postprogramme

Figure 17: Évolution du niveau d'agrément par participant

Seuls les parents qui réalisaient des massages oro-faciaux avant le programme ont pu indiquer s'ils passaient un moment agréable lorsqu'ils réalisaient ces massages à leur enfant. Les scores des parents qui ne réalisaient pas de massages ne rentrent donc pas dans le calcul des scores moyens.

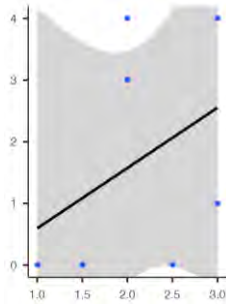
Le niveau d'agrément moyen des massages du visage est passé de 2,3/4 à 3,8/4 pour les 4 parents concernés (cf. figure 17 ci-dessus). On note également que 6 parents sur 7 passent un moment agréable (très agréable ou extrêmement agréable) lorsqu'ils massent le visage et/ou la bouche de leur enfant. 1 participant passe un moment moyennement agréable.

4.2. Analyse des corrélations

Nous avons donc procédé à des analyses de corrélation, qui, à défaut de vérifier les liens de cause à effet entre nos variables, nous permettra d'observer si elles évoluent ensemble (cf. Partie Méthodologie - La mesure des variables). Pour les mesures utilisant des données quantitatives (nombre de massages et score au questionnaire), nous avons utilisé la corrélation de Pearson.

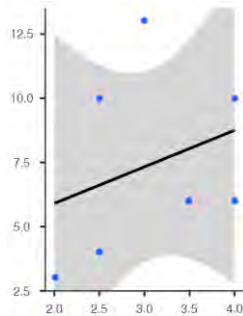
Pour les mesures impliquant des données ordinales (scores d'échelle), nous avons utilisé la corrélation de Spearman.

Dans notre échantillon, nous n'avons pas observé de corrélation entre le nombre de massages et la compréhension de l'intérêt des SOF, que ce soit avant ou après le programme.



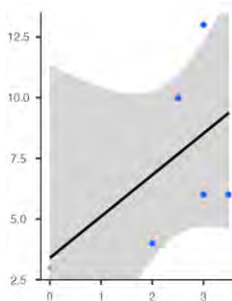
Le nuage de points ainsi que le coefficient de corrélation ($r = 0,476$) indiquent une **corrélation positive moyenne entre le nombre de massages et le sentiment de capacité** (mesures préprogramme) dans notre échantillon, avec un point plus éloigné que les autres de la ligne (cf. figure 18 ci-contre).

Figure 18 : Corrélation entre le nombre de massages et le sentiment de capacité avant le programme



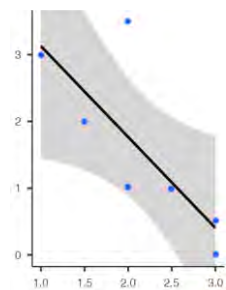
Le nuage de points ainsi que le coefficient de corrélation ($r = 0,435$) indiquent une **corrélation positive moyenne entre le nombre de massages et le sentiment de capacité** (mesures postprogramme) dans notre échantillon, avec un point plus éloigné que les autres de la ligne (cf. figure 19 ci-contre).

Figure 19 : Corrélation entre le nombre de massages et le sentiment de capacité après le programme



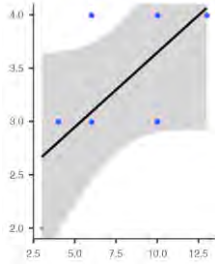
Le nuage de points ainsi que le coefficient de corrélation ($r = 0,509$) indiquent une **corrélation positive élevée entre le nombre de massages et le niveau d'acceptation du massage** (mesures postprogramme) dans notre échantillon, avec un point plus éloigné que les autres de la ligne (cf. figure 20 ci-contre). Le manque de données préprogramme pour la variable d'acceptation des massages nous empêche d'analyser la corrélation des données préprogramme.

Figure 20 : Corrélation entre le nombre de massages et le niveau d'acceptation du massage après le programme



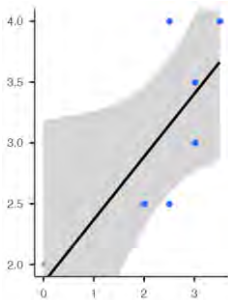
Le nuage de points ainsi que le coefficient de corrélation ($r = -0,817$) indiquent une **corrélation négative élevée et statistiquement significative ($p = 0,025$) entre le niveau d'anxiété et le sentiment de capacité** (mesures préprogramme) dans notre échantillon, avec toutefois un point plus éloigné que les autres de la ligne (cf. figure 21 ci-contre). Cependant, on ne retrouve pas de corrélation entre ces variables après le programme.

Figure 21 : Corrélation entre le niveau d'anxiété et le sentiment de capacité avant le programme



Le nuage de points ainsi que le coefficient de corrélation ($r = 0,707$) indiquent une **corrélation positive élevée entre le niveau d'agrément et le nombre de massages** (mesures postprogramme) dans notre échantillon, avec un point plus éloigné que les autres de la ligne (cf. figure 22 ci-contre). Le manque de données préprogramme pour la variable d'agrément des massages nous empêche d'analyser la corrélation des données préprogramme.

Figure 22 : Corrélation entre le niveau d'agrément et le nombre de massages après le programme



Il y a une **corrélation élevée et significativement positive ($r = 0,759$; $p \text{ value} = 0,048$) entre le niveau d'acceptation des massages par l'enfant et le sentiment de capacité du parent** (mesures postprogramme) (cf. figure 23 ci-contre). Le manque de données préprogramme pour la variable d'acceptation des massages nous empêche d'analyser la corrélation des données préprogramme.

Figure 23 : Corrélation entre le niveau d'acceptation des massages et le sentiment de capacité après le programme

4.3. Retours des participants sur le contenu du programme

Nous avons souhaité recueillir l'avis des participants concernant le contenu et le format du programme afin d'avoir des éléments complémentaires d'analyse de nos résultats mais également dans un souci d'amélioration du programme.

4.3.1. Retours des participants sur le contenu du programme

Clarté des outils



Figure 24 : Clarté des informations données pendant le programme



Figure 25 : Clarté de la Maison des SOF



Figure 26 : Clarté de la Fleur des réactions

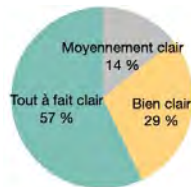


Figure 27 : Clarté de l'arbre décisionnel

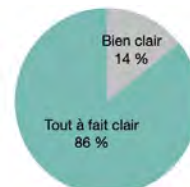


Figure 28 : Clarté du livret de la séquence de massages

Les informations données par l'intervenant sont tout à fait claires pour tous les participants (cf. figure 27). Nous observons également que les outils utilisés dans le programme sont clairs pour la majorité des participants (figures 25 à 28). En effet, un seul participant a trouvé 2 des outils présentés moyennement clairs (figures 26 et 27).

Apports du programme



Figure 29 : Le programme a-t-il répondu à vos attentes ?

Nous observons que le programme a répondu aux attentes de 6 participants sur 7 (cf. figure 29). Nous avons également demandé aux participants ce que leur avait apporté le programme. 4 participants ont relaté des apports pour eux-mêmes, à savoir moins d'appréhension, plus d'assurance, ou encore une augmentation des connaissances.

4 participants ont également rapporté des éléments d'efficacité : « ferme un peu plus la bouche », « bave moins », « fait des bisous, avant pas du tout », « acceptent alors qu'ils ne voulaient pas qu'on aille dans la bouche », « fait beaucoup de progrès au niveau alimentaire, goûte de plus en plus d'aliments nouveaux », « fait plus de grimaces, est plus expressif au niveau de son visage ».

4.3.2. Retours des participants sur le format du programme

Lieu et modalités



Figure 30 : La salle des ateliers était-elle adaptée ?

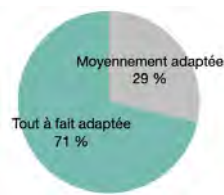


Figure 31: La modalité de la séance individuelle était-elle adaptée ?

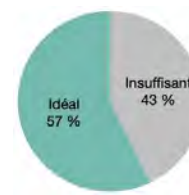


Figure 32 : Avis sur le nombre de participants sur l'ensemble des ateliers de groupe

Tous les participants pensent que la salle utilisée pour les ateliers est adaptée (cf. figure 30). 2 participants ont trouvé la modalité de la séance individuelle moyennement adaptée, en « visio » pour l'un, en « face à face » pour l'autre (cf. figure 31). Le nombre de participants a été jugé insuffisant pour 3 participants sur 7, avec pour principale remarque le souhait de vouloir échanger avec plus de parents

(figure 32). Selon ces 3 parents, le nombre idéal aurait été de 4, 5-6, ou encore 10 participants. Nous rappelons que sur la 1ère session, les groupes étaient respectivement composés de 3 et 4 participants, et sur la 2e session de 2 participants seulement, 3 parents n'ayant finalement pas pu se rendre disponible sur le créneau validé.

Durée

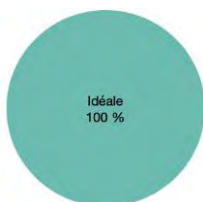


Figure 33 : Durée totale du programme



Figure 34 : Durée de l'atelier de groupe 1

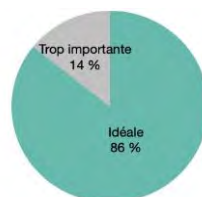


Figure 35 : Durée de l'atelier de groupe 2

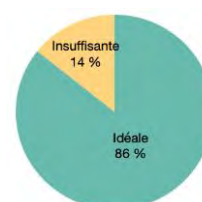


Figure 36 : Durée de la séance individuelle

La durée totale du programme est idéale pour 100% des participants (cf. figure 33).

La majorité des participants ont trouvé la durée de chaque séance idéale, avec quelques variations individuelles : 1 participant pense que la durée des 2 ateliers de groupe est trop importante, et 1 participant a trouvé au contraire que les durées de l'atelier de groupe 1 et de la séance individuelle étaient insuffisantes (figures 34 à 36).

DISCUSSION

1. Validation des hypothèses

Hypothèse principale (H1) : Après le programme, on mesure une augmentation significative du nombre de massages oro-faciaux hebdomadaires pratiqués par les parents comparé à avant le programme.

Règle de validation : l'hypothèse est validée si on observe une différence significative (utilisation de tests statistiques).

L'analyse statistique (cf. Partie Résultats - Le nombre de massages) nous permet de conclure que les parents réalisent davantage de massages oro-faciaux après avoir suivi le programme qu'avant le programme. **L'hypothèse H1 est donc validée.**

En outre, l'analyse statistique des données mesurées à distance du programme (1 mois et 7 jours après la fin du programme) nous permet de conclure que l'hypothèse principale est validée sur la durée.

Hypothèse 2 (H2) : Après avoir suivi le programme, les parents comprennent mieux l'intérêt des SOF comparé à avant le programme.

Règle de validation : l'hypothèse est validée si on observe une augmentation significative du score au questionnaire de compréhension de l'intérêt des SOF (utilisation de tests statistiques).

L'analyse statistique (cf. Partie Résultats - La compréhension de l'intérêt des SOF) nous permet conclure que les parents comprennent mieux l'intérêt des SOF après avoir suivi le programme qu'avant le programme. **L'hypothèse H2 est donc validée.**

Hypothèse 3 (H3) : Après avoir suivi le programme, les parents se sentent davantage capables de faire des massages oro-faciaux comparé à avant le programme.

Règle de validation : l'hypothèse est validée si les scores moyens sur l'échelle du sentiment de capacité des massages du visage et des massages dans la bouche augmentent d'un point.

Le sentiment de capacité moyen a augmenté d'1 point pour les massages du visage, mais de moins d'1 point pour les massages dans la bouche (cf. Partie Résultats - Le sentiment de capacité). **L'hypothèse H3 est donc partiellement validée.**

Hypothèse 4 (H4) : Après avoir suivi le programme, les parents pratiquent des massages oro-faciaux de façon plus adaptée comparé à avant le programme.

Règle de validation : l'hypothèse est validée si les scores moyens sur l'échelle d'acceptation des massages du visage et dans la bouche augmentent d'un point.

Le niveau d'acceptation moyen a augmenté de plus d'un point pour les massages du visage et pour les massages dans la bouche (cf. Partie Résultats - Le niveau d'acceptation des massages). **L'hypothèse H4 est donc validée.**

2. Discussion des résultats

Même si les résultats précédemment analysés sont prometteurs, la taille de notre échantillon nous impose de les interpréter avec prudence et nous ne pouvons notamment pas les généraliser.

2.1. Hypothèse principale : augmentation du nombre de massages oro-faciaux

Nous avons observé une augmentation statistiquement significative du nombre de massages hebdomadaires réalisés par les parents. 5 parents sur 7 réalisent au moins 1 massage par jour à leur enfant (4 participants en réalisent 1 par jour et 1 participant en réalise 2 par jour).

Il semble alors qu'un massage quotidien soit un nombre acceptable pour la majorité des parents et c'est également une fréquence qui commence à être intéressante d'un point de vue clinique. Nous pouvons ainsi supposer que si le co-parent parvient à s'impliquer, lorsque cela est possible, le nombre de massages quotidien pourrait passer à 2.

Nous constatons donc que les massages sont réalisés plus facilement lorsqu'ils sont compris dans la routine familiale : les 5 participants réalisant quotidiennement des massages disent les avoir intégrés dans leur routine, alors que ce n'est pas le cas pour les 2 participants qui en réalisent moins d'un par jour.

Nous avons tenté de comprendre pourquoi 2 participants n'étaient pas parvenus à intégrer les massages dans leur routine, en creusant notamment du côté de la motivation. Suis-je parvenue à actionner les bons leviers motivationnels pour ces 2 participants ?

Les principaux déterminants motivationnels utilisés dans ce programme sont les retours positifs, le soutien de l'autonomie du parent, et l'augmentation de son sentiment de capacité.

Il apparaît que ces 2 participants font partie des personnes pour lesquelles le sentiment de capacité global est le plus bas à la fin du programme et a le moins augmenté. Les niveaux d'acceptation des massages par leur enfant font également partie des plus bas. Ces résultats pourraient donc expliquer en partie la difficulté de ces parents à masser leur enfant, puisqu'ils ne se sentent pas assez capables de masser et qu'ils ont peu de retours positifs de la part de leur enfant. En outre, comme ils massent peu, le processus d'habitation ne s'actionne pas, les réactions de l'enfant ne s'améliorent pas, et ils ont donc moins envie de masser.

De plus, il semble que pour ces 2 participants, le programme n'ait pas permis de faire le lien entre les concepts théoriques abordés et les problématiques de leur enfant (cf. partie Résultats - La compréhension de l'intérêt des SOF).

Enfin, soutenir l'autonomie de ces 2 parents a également été difficile, en raison notamment d'un comportement plutôt passif tout au long du programme avec très peu de prises d'initiatives. Ces 2 participants font notamment partie des parents qui n'avaient pas filmé la vidéo pour la séance individuelle.

Nous nous sommes donc posé la question du caractère autodéterminé de leur motivation à participer au programme. On sait en effet que plus la motivation est autodéterminée, et plus elle est favorable pour l'engagement (Deci & Ryan, 2000, 2004). Or même si tous les parents participent volontairement au programme, combien d'entre eux se sentent poussés à participer par leur orthophoniste? Dans quelles conditions a été présenté le programme? A quel point le parent est-il gêné par les difficultés de son enfant? Si les parents se sentent obligés de participer, alors leur motivation n'est plus autodéterminée. Il serait donc intéressant de pouvoir identifier le type de motivation du parent (Périchon, 2023) et mesurer son degré de motivation en amont du programme.

On peut également penser que certains parents acceptent de participer au programme sans réaliser à quel point ils vont être acteurs. Or on sait que le partenariat peut ne pas être le format qui convient sur le moment, ou bien que certains parents ne sont pas mobilisables, et ce pour diverses raisons.

On pourrait alors envisager d'intégrer au programme un entretien initial plutôt que le questionnaire préalable, ce afin de mieux cerner les attentes du patients et l'impact du trouble sur le quotidien. En effet, même si le programme n'est pas imposé aux parents, la demande ne vient pas d'eux, or un bon partenariat parental préconise que nous partions de la demande du patient. Il serait également intéressant que cet entretien ait lieu au domicile du parent, avec la présence de l'enfant, afin d'avoir davantage de données écosystémiques et de commencer à identifier des facilitateurs et des obstacles à l'engagement du parent. En outre, un entretien individuel pensé ainsi correspond tout à fait aux principes de l'ETP dont s'inspire le programme.

Pour les parents difficilement mobilisables, la durée du programme et notamment le faible nombre de séances individuelles peut constituer un frein. On pourrait alors envisager dans la pratique, en dehors d'un contexte d'étude, de proposer un format plus souple et personnalisé avec des séances individuelles supplémentaires. Ces dernières pourraient être l'occasion de renforcer l'autodétermination du parent, ingrédient essentiel à son engagement dans le programme.

Nous avons modélisé le parcours des participants (Annexe 11) afin de voir si les résultats étaient liés aux modalités du programme. Nous observons que parmi les 3 participants ayant bénéficié du rattrapage individuel du 2e atelier de groupe, 2 participants réalisent plus de massages 1 mois après le programme. Parmi les 4 participants ayant réalisé les ateliers dans les conditions prévues, 3 réalisent plus de massages après le programme. En outre, une participante a bénéficié d'un point individuel supplémentaire car elle n'avait pas pu enregistrer sa vidéo pendant le 2e atelier de groupe. J'ai donc décidé de lui permettre d'avoir un maximum d'outils à sa disposition pour qu'elle puisse réaliser des massages quitte à déroger au design de l'étude, et nous avons donc pris 10 minutes pour qu'elle puisse se filmer. Malgré cela, cette participante obtient de moins bons résultats que la majorité des participants.

Il semble donc qu'à priori, le fait que les parents réalisent des massages ne dépend pas des modalités du programme.

2.2. Hypothèse H2 : amélioration de la compréhension de l'intérêt des SOF

Les résultats de notre deuxième hypothèse sont à prendre avec du recul.

Le questionnaire sur la compréhension de l'intérêt des SOF aurait en effet mérité d'être construit et validé en faisant appel à un panel d'experts.

De plus, comme discuté dans la partie « Problématique et Hypothèses », il serait plus adapté de mesurer la compréhension des parents de l'intérêt des SOF pour leur enfant plutôt que la compréhension de l'intérêt des SOF en général. On observe d'ailleurs que 2 participants ne font pas le lien entre leurs connaissances théoriques et la problématique de leur enfant.

2.3. Hypothèse H3 : augmentation du sentiment de capacité

L'analyse des résultats montre que le sentiment de capacité à masser la bouche a baissé pour un participant, alors qu'il dit se sentir plus capable de faire des massages lorsqu'on lui demande ce que le programme lui a apporté. Cela pose la question de la fiabilité de notre échelle et notamment des comparaisons avant/après. Il est en effet possible que la représentation qu'a le participant du massage oro-facial ait changé après avoir suivi le programme et que cela impacte l'évaluation de son sentiment de capacité à masser. En effet, si la personne considère le massage plus « technique » après avoir suivi le programme, alors on peut supposer qu'elle se sentira moins capable de la faire qu'avant. Faire visionner aux participants une courte vidéo d'un massage oro-facial avant de répondre à la question en amont du programme pourrait éventuellement permettre d'ajuster la représentation qu'ils en ont.

2.4. Hypothèse H4 : augmentation du niveau d'acceptation des massages oro-faciaux

Plusieurs participants ne réalisaient pas de massages oro-faciaux avant de suivre le programme. La mesure préprogramme pour la variable « acceptation des massages oro-faciaux » est donc incomplète, ce qui a limité l'exploitation de nos résultats.

Une des solutions pourrait être de filmer un massage réalisé par les parents avant le programme et de coter le niveau d'acceptation de l'enfant, en veillant à ce qu'il soit réalisé dans des conditions écologiques. Intégrer un entretien individuel au domicile du parent comme nous l'avons précédemment suggéré permettrait de répondre à cette problématique.

2.5. Analyses des corrélations

L'analyse des corrélations fait état de corrélations positives entre les variables de nos hypothèses H1, H3 et H4 (cf. Partie Résultats - Analyse des corrélations). Il conviendrait cependant de tester ces corrélations sur un échantillon plus grand. En effet, il faudrait en réalité 150 participants dans l'échantillon pour tester de façon fiable une corrélation, et même 250 pour une estimation stable (Schönbrodt & Perugini, 2013).

Il reste cependant intéressant de constater que ces résultats, même s'ils ne sont pas généralisables, sont en accord avec la littérature, à savoir que :

- Le nombre de massage est élevé quand le sentiment de capacité est élevé. On est dans un cercle vertueux : un sentiment de capacité élevé favorise la pratique et plus l'on pratique, plus le sentiment de capacité augmente (Csikszentmihalyi, 2008).
- Le nombre de massages est élevé quand les massages sont bien acceptés, en d'autres termes, la pratique est favorisée par les retours positifs (Mageau & Vallerand, 2003; Vallerand, 1983; Vallerand & Reid, 1984, 1988).
- Le niveau d'anxiété est faible quand le sentiment de capacité est élevé. Cela coïncide avec l'idée qu'un fort sentiment de capacité fait diminuer l'anxiété ou bien qu'un faible niveau d'anxiété favorise le sentiment de forte capacité (Csikszentmihalyi, 2008).
- L'agréabilité est importante quand le nombre de massages est élevé. Cela correspond à l'idée selon laquelle une pratique régulière et motivée favorise le plaisir, ou encore que le plaisir éprouvé dans la pratique favorise sa récurrence (Blanchard et al., 1998).

Nous avons également retrouvé une corrélation positive élevée et significative entre le niveau d'acceptation du massage par l'enfant et le sentiment de capacité du parent. Nous pouvons ainsi supposer que des signaux positifs envoyés par l'enfant au parent renforce son sentiment de capacité.

Ces résultats nous amènent donc à penser que nous actionnons certainement les bons leviers dans notre programme lorsque nous aidons le parent à s'adapter à son enfant et à renforcer son sentiment de capacité.

2.6. Retours des participants sur le contenu et le format du programme

2.6.1. Retours sur le contenu du programme

L'ensemble des informations et outils sont clairs pour la majorité des participants (cf. Partie Résultats - Retours des participants sur le contenu du programme). Il semble donc que les adaptations apportées au conducteur de séances par Audrey Duffillon et moi-même ainsi que la multiplicité des canaux utilisés (mémoire épisodique, auditif, visuel, kinesthésique) permettent une bonne compréhension de tous les participants.

Cependant, un participant ayant trouvé 2 des outils moyennement clairs, nous devons tout de même envisager que l'adaptation des outils avec des pictogrammes et notamment de la Fleur des réactions puisse ne pas suffire à optimiser leur compréhension. Nous rappelons également que ce nouvel outil n'a pas été validé via une procédure de validation. La Fleur des réactions pourrait donc faire l'objet d'une validation formelle si le projet est poursuivi, ce qui nous assurerait que ce n'est pas la façon dont il a été construit qui entrave sa compréhension. Enfin, le timing des ateliers de groupe étant très serré, il est possible que certains participants n'aient pas eu le temps de se saisir des outils en séance, sans oser le signifier, même si pour pallier ce problème, nous avons toujours proposé à chaque parent de revenir sur les différents outils lors de la séance individuelle.

La personne pour qui le programme a moyennement répondu aux attentes est la personne qui ne fait pas de massages 1 mois après la fin du programme. Nous avons relevé qu'elle souhaitait que son enfant bave moins, qu'il se laisse plus toucher la bouche et qu'il mange avec une cuillère. Nous observons que son

dernier souhait n'est pas en lien avec le contenu du programme et donc que cette attente aurait dans tous les cas difficilement pu être comblée. En outre, la personne n'ayant réalisé en tout que 3 massages oro-faciaux à son enfant, le processus d'habitation n'a pas pu être actionné et le travail proprioceptif et tonique qui aurait pu aider à réduire le bavage n'a pas pu être fait.

Il semble donc encore une fois essentiel de prendre un temps en amont du programme pour discuter des attentes du parent et définir ensemble des objectifs cohérents avec ces dernières ainsi qu'avec le contenu du programme.

Lorsque nous interrogeons les participants sur les apports du programme, plusieurs parents constatent des progrès de leur enfant. Même si nous ne pouvons vérifier que ces progrès sont en lien direct avec les massages oro-faciaux réalisés, il sera intéressant de les garder en tête pour fixer des critères d'efficacité si l'étude est poursuivie dans ce sens.

En outre, les parents associent ces progrès aux massages, ce qui les motive à continuer à en faire.

2.6.2. Retours sur le format du programme

2 participants ayant jugé la modalité de la séance individuelle « moyennement adaptée », il serait préférable de s'assurer en amont de la séance que la modalité proposée convient bien aux parents.

Il est enfin intéressant de constater que nous faisons le même constat qu'Audrey Duffillon l'année dernière, à savoir que même si la majorité des participants sont satisfaits par le format du programme en termes de durée et de modalités, plusieurs émettent une réserve quant au nombre de participants, jugé à chaque fois insuffisant pour environ 40% d'entre eux. J'ai tout comme elle dû composer avec les disponibilités des participants, ce qui m'a également obligée à créer 2 groupes de 3 et 4 personnes au lieu d'un groupe de 7 personnes. En outre, des annulations de dernière minute ont encore réduit ce chiffre déjà faible.

Cette situation semblant refléter une réalité clinique, nous pourrions donc envisager d'augmenter le nombre de participants initial en vue d'anticiper les éventuelles annulations. Il faudra cependant rester vigilant à la faisabilité des ateliers en termes de durée notamment. En effet, le remaniement du contenu de l'atelier 1 ainsi que le nombre de participants plus élevé que l'année dernière a déjà eu un impact sur la durée de la séance : il a duré 68 minutes pour le 1er groupe et 72 minutes pour le 2e groupe.

Concernant l'atelier 2 et les séances individuelles, nous avons relevé des durées similaires à celles de l'année dernière.

3. Perspectives

Les résultats de cette étude sont plutôt positifs mais il conviendrait de la réaliser sur un plus grand nombre de participants pour pouvoir conclure à la validité de ce programme avec les critères qui ont été choisis ici. Reproduire l'étude en parallèle au sein de plusieurs structures de soins de la petite enfance, pas forcément en CAMSP, serait une option pertinente pour atteindre un nombre de participants plus élevé. En outre, cela permettrait de tester le protocole avec différents intervenants et donc d'éliminer un biais.

Une autre possibilité pour la suite serait de faire valider le contenu du programme par un panel d'orthophonistes.

Nous pensons que consolider la validité du programme est un premier pas pour envisager à terme une étude d'efficacité qui viendrait contribuer à étoffer la littérature sur l'efficacité des SOF, comme le préconisent de nombreux auteurs.

Nous pensons également que le programme « Encore un massage » n'est qu'un point de départ à l'élaboration d'un programme plus vaste. C'est une base de travail qui pourrait tout à fait être adaptée pour aider les parents sur d'autres domaines tels que le travail sensoriel (exploration des aliments, travail autour du toucher, de l'odorat, etc.), le travail moteur ou encore les aides fonctionnelles pendant le repas. Nous pourrions ainsi envisager un programme complet sur les SOF qui serait composé :

- D'un module commun qui reprendrait notamment les informations sur les TAP, sur l'intérêt des SOF et sur l'identification des réactions de l'enfant
- De différents modules portant sur les domaines précédemment évoqués

Mais nous pourrions également élargir la population ciblée, les SOF pouvant tout à fait être préconisés pour des enfants atteints de troubles toniques et ou oro-myofonctionnels n'impactant pas l'alimentation.

Enfin, le programme « Encore un massage » ayant été construit sur les principes de l'éducation thérapeutique, nous pourrions envisager qu'il soit le module d'un programme d'ETP sur les SOF. Le format d'éducation thérapeutique intégrerait alors un diagnostic éducatif qui permettrait notamment d'interroger la motivation du parent, comme précédemment discuté.

Dans le cas où le projet se poursuit dans le sens d'une reproductibilité à grande échelle, il faudra cependant être vigilant à plusieurs points d'attention que nous avons relevés :

Motivation des participants

Il sera essentiel d'être vigilant à la motivation des participants en amont puis tout au long du programme. Comme précédemment proposé, un entretien préalable ainsi que des séances supplémentaires pourraient être une solution permettant de renforcer leur engagement.

Adaptation aux participants

Les participants au programme peuvent être issus de milieux et de cultures variés et n'ont pas toujours une très bonne maîtrise de la langue française, écrite et/ou orale.

Il est donc indispensable d'anticiper cette diversité, c'est ce que nous avons essayé de faire via les versions pictographiques de nos outils ainsi qu'en proposant des alternatives dans les cas où le rapport au corps pouvait poser problème (utilisation d'une poupée chiffon pour éviter de masser les autres ou soi-même, proposition de fournir la vidéo de la séquence massage). Il est toutefois possible que ces adaptations ne soient pas suffisantes, car on sait que la méconnaissance de l'autre peut amener l'orthophoniste comme le patient à déployer des mécanismes de défense qui nuisent à la relation thérapeutique, tels que la

recherche du même qui rassure, l'utilisation de stéréotypes, l'abandon préventif du dialogue. L'orthophoniste doit donc faire preuve de décentrage et d'humilité pour réfléchir aux impacts des représentations de chacun afin de favoriser une relation empreinte de confiance et de respect mutuels, gage de l'alliance thérapeutique (Antheunis, 2023).

Enfin, le format même du programme d'intervention ne doit pas nous faire perdre de vue la personnalisation du contenu à chaque participant, condition essentielle au partenariat-patient.

Tranche d'âge des patients

Le programme n'a pour l'instant pas été testé sur la population 0-6 mois, car c'est rarement la population observée en CAMSP. Nous savons cependant qu'intervenir de façon précoce est essentiel. Cette population n'est donc pas à écarter, bien au contraire, mais il faudra être vigilant à la disponibilité physique et émotionnelle des parents de nourrissons, notamment si ces derniers sont hospitalisés, en proposant notamment lorsque cela est possible des interventions sur les lieux de vie et de soin.

Faisabilité clinique

Nous avons observé qu'un tel programme demande énormément de flexibilité, au niveau des horaires ou encore des modalités. J'ai dû en effet faire face à plusieurs absences non prévues, que ce soit pour les ateliers de groupe ou les séances individuelles, et ces séances ont dû être reprogrammées. De plus, il est très compliqué de trouver des créneaux communs pour les ateliers de groupe. Je me demande donc à quel point un programme pensé tel quel est faisable dans la pratique clinique, sans être complètement chronophage. J'avoue avoir fait preuve d'une extrême souplesse afin de perdre le moins de participants possible pour mon projet de mémoire, mais un orthophoniste aura-t-il la possibilité de fournir un tel investissement ? Je pense toutefois qu'il faut garder en tête que même si le déploiement d'un tel projet est très prenant en termes d'organisation, on sait à quel point ce type de programmes peut renforcer le partenariat de soin, l'engagement des patients et donc l'efficacité des prises en soin.

CONCLUSION

L'objectif principal de ce mémoire était de questionner la validité d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massage au sein d'un CAMSP de la région Occitanie. Il s'agit d'un programme créé par Dufillon (2022) dans son mémoire d'orthophonie, sur la base d'un travail préliminaire de Matheus (2020), et dont la faisabilité a été éprouvée selon les critères choisis dans cette même étude.

Ce programme ayant pour objectif premier de guider les parents dans la réalisation de massages oro-faciaux adaptés à leur enfant, nous avons choisi de vérifier si la participation des parents au programme permettait d'augmenter le nombre de massages oro-faciaux hebdomadaires réalisés par les parents sur leur enfant. Nous savons en effet que l'efficacité des SOF dépend de leur fréquence.

Avant de procéder à l'expérimentation du programme, nous avons apporté des modifications aux outils utilisés dans le but de nous adapter à la population et aux données de la littérature.

7 parents ont participé au programme « Encore un massage », composé de 2 ateliers de groupe de parents et d'une séance individuelle.

Nous avons recueilli les mesures qui nous ont servi à valider nos hypothèses via 2 questionnaires, administrés respectivement avant et après le programme.

L'hypothèse principale, selon laquelle les parents réalisent plus de massages oro-faciaux hebdomadaires sur leur enfant après avoir participé au programme, est validée. En outre, on observe un maintien des résultats à distance du programme.

L'hypothèse H2, selon laquelle les parents comprennent mieux l'intérêt des SOF après avoir participé au programme, est validée.

L'hypothèse H3, selon laquelle les parents se sentent davantage capables de faire des massages oro-faciaux après avoir suivi le programme, est partiellement validée.

L'hypothèse H4, selon laquelle les parents pratiquent des massages oro-faciaux de façon plus adaptée après avoir suivi le programme, est validée.

Nous concluons ainsi à la validité du programme « Encore un massage » sur notre échantillon et selon les critères de validité choisis.

Nous préconisons donc de reproduire cette étude sur un plus grand nombre de participants afin d'en confirmer la validité, d'autant que des variations individuelles ont été relevées. Il conviendra donc de rester vigilant aux points d'attention relevés (validation des outils, motivation des participants, adaptation aux participants, tranche d'âge des patients et faisabilité clinique).

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie, V., Alvarez, L., Barbier, V., Boucais, N., Cazenave, A., Chalouhi, C., du Fraysseix, C., Guinot, M., Léon, A., Malécot, G., Ouss, L., Soulié, M., Thibault, C., Thouvenin, B., & Royer, A. (2018). Attention à mon oralité! TEMA.
- Abd-Elmonem, A. M., Saad-Eldien, S. S., & Abd El-Nabie, W. A. (2021). Effect of oral sensorimotor stimulation on oropharyngeal dysphagia in children with spastic cerebral palsy : A randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(6).
<https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06802-7>
- Addison, L. R., Piazza, C. C., Patel, M. R., Bachmeyer, M. H., Rivas, K. M., Milnes, S. M., & Oddo, J. (2012). A COMPARISON OF SENSORY INTEGRATIVE AND BEHAVIORAL THERAPIES AS TREATMENT FOR PEDIATRIC FEEDING DISORDERS. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(3), 455-471. <https://doi.org/10.1901/jaba.2012.45-455>
- Als, H. (2009). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) : New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2(3), 135-147. <https://doi.org/10.3233/NPM-2009-0061>
- Alwin, D. F., & Krosnick, J. A. (1991). The Reliability of Survey Attitude Measurement : The Influence of Question and Respondent Attributes. *Sociological Methods & Research*, 20(1), 139-181.
<https://doi.org/10.1177/0049124191020001005>
- Amblard, A.-S. (2021). Les freins buccaux restrictifs chez le nourrisson de 0 à 1 an. *Rééducation orthophonique*, 97-119.
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste : Le travail avec les outils Dialogoris 0/4 ans et Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste. *Contraste*, N° 26(1), 303-320. <https://doi.org/10.3917/cont.026.0303>
- Auzias, L., & Le Menn, M.-A. (2011). L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL DANS LA PRATIQUE CLINIQUE ORTHOPHONIQUE AU QUEBEC ET EN FRANCE [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lorraine.

- Barbier, I. (2004). Les troubles de l'oralité du tout-petit et le rôle de l'accompagnement parental. *Rééducation orthophonique*, 220, 143-155.
- Barbier, I. (2010). Une cuillerée pour Papa... Une cuillerée pour Maman.... Mais bébé, lui, ne mange pas.... Comment accompagner le refus alimentaire chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 242, 67-77.
- Baxter, R., Merkel-Walsh, R., Baxter, B. S., Lashley, A., & Rendell, N. R. (2020). Functional Improvements of Speech, Feeding, and Sleep After Lingual Frenectomy Tongue-Tie Release : A Prospective Cohort Study. *Clinical Pediatrics*, 59(9-10), 885-892.
<https://doi.org/10.1177/0009922820928055>
- Bélargent, C. (2000). Accompagnement familial et prise en charge précoce de l'enfant porteur de handicap. *Rééducation orthophonique*, 202, 26-44.
- Bellis, F., Buchs-Renner, I., & Vernet, M. (2009). De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Spirale*, n° 51(3), 55.
<https://doi.org/10.3917/spi.051.0055>
- Blanchard, C., Perreault, S., & Vallerand, R. J. (1998). Participation in team sport : A self-expansion perspective. *Journal of Sport Psychology*, 29, 289-302.
- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : Quand les sens s'en mêlent ! Les entretiens de Bichat 2015, 1-8.
- Breilloux, M. (2021). Élaboration d'un outil d'intervention couplée, orthophoniste et ergothérapeute, à destination d'enfants présentant un trouble alimentaire pédiatrique et d'intégration sensorielle [Mémoire d'orthophonie]. UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE.
- Bulletin Officiel. (2013). Certificat de capacité d'orthophoniste—Référentiel de compétences.
- Cascales, T., & Olives, J.-P. (2014). Les troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant. Intérêt d'une prise en charge coordonnée multidisciplinaire. *Nutrition & Pédiatrie*, 7(19).
- Cascales, T., & Olives, J.-P. (2016). « Tu vas manger ! ». Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : Du refus au forçage alimentaire: *Spirale*, N° 80(4), 52-60.
<https://doi.org/10.3917/spi.080.0052>

- Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food Selectivity and Sensory Sensitivity in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-246. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.032>
- Chaulet, S., Dura, M., & Paradis-Guennou, M. (2004). Place de la prise en charge orthophonique dans le traitement d'une jeune enfant présentant une dysoralité sévère à type d'anorexie, suite à une nutrition entérale prolongée. *Rééducation orthophonique*, 220, 157-167.
- Chen, D., Yang, Z., Chen, C., & Wang, P. (2021). Effect of Oral Motor Intervention on Oral Feeding in Preterm Infants : A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(5), 2318-2328. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00322
- Chistol, L. T., Bandini, L. G., Must, A., Phillips, S., Cermak, S. A., & Curtin, C. (2018). Sensory Sensitivity and Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2), 583-591. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3340-9>
- Clementoni, S., & Paupy, S. (2010). Effets d'un protocole de stimulations oro-faciales sur les fonctions orales du bébé prématuré et sur les activités interactives mère-enfant, de 1 à 7 mois d'âge corrigé [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lorraine.
- Clouzeau, H., Dipasquale, V., Rivard, L., Lecoeur, K., Lecoufle, A., Le Ru-Raguénès, V., Guimber, D., Leblanc, V., Malécot-Le Meur, G., Baeckeroot, S., Van Mallegheem, A., Loras-Duclaux, I., Rubio, A., Genevois-Peres, A., Dubedout, S., Bué-Chevalier, M., Bellaïche, M., Abadie, V., & Gottrand, F. (2021). Weaning children from prolonged enteral nutrition : A position paper. *European Journal of Clinical Nutrition*, 76(4), 505-515. <https://doi.org/10.1038/s41430-021-00992-5>
- Cooper-Brown, L., Copeland, S., Dailey, S., Downey, D., Petersen, M. C., Stimson, C., & Van Dyke, D. C. (2008). Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 147-157. <https://doi.org/10.1002/ddrr.19>
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). MAKING SHARED DECISION-MAKING A REALITY No decision about me, without me. The King's Fund.
- Cousin, S. (2010). Accompagnement parental en orthophonie au CAMSP. *Rééducation orthophonique*, 242, 59-94.

- Crunelle, D. (2010). La guidance parentale autour de l'enfant handicapé ou L'accompagnement orthophonique des parents du jeune enfant déficitaire. *Rééducation orthophonique*, 242, 7-16.
- Crunelle, D. (2012). Incidences des troubles toniques sur la prise en charge orthophonique de la personne paralysée cérébrale. *Rééducation orthophonique*, 250.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *Flow : The Psychology of Optimal Experience* (Harper Perennial).
- Dayan, J. (2015). Le bébé des neurosciences est-il un bébé nouveau ? *Spirale*, N° 76(4), 18.
<https://doi.org/10.3917/spi.076.0018>
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (2016). *Méthodologie du recueil d'informations—Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents* (5e édition). De Boeck.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « What » and « Why » of Goal Pursuits : Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). *Handbook of self-determination research*. University Rochester Press.
- Dell'Orto, V. (2018). Nouvelles méthodes de stimulation de l'oralité chez les enfants nés prématurément. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 31(2), 75-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2018.01.004>
- Denni-Krichel, N. (2014). Le partenariat parents / orthophoniste dans l'éducation langagière d'un enfant porteur d'une trisomie 21. *Revue suisse de pédagogie spécialisée*, 01/2014, 27-33.
- de Place, A. (2018). Implication des parents dans le travail mené en orthophonie avec leurs enfants : Un retour d'expérience: *Enfances & Psy*, N° 79(3), 111-117. <https://doi.org/10.3917/ep.079.0111>
- de Roeck, S. (2018). La prise en charge orthophonique de la dysoralité sensorielle de l'enfant tout-venant : Critères d'évaluation de l'efficacité des massages de désensibilisation [Mémoire d'orthophonie]. Université de Strasbourg. https://publication-theses.unistra.fr/public/memoires/2018/MED/2018_de_roeck_sarah.pdf
- de Singly, F. (2020). *Le questionnaire*. Armand Colin.
- Dharmaraj, R., Elmaoued, R., Alkhouri, R., Vohra, P., & Castillo, R. O. (2023). Evaluation and Management of Pediatric Feeding Disorder. *Gastrointestinal Disorders*, 5(1), 75-86.
<https://doi.org/10.3390/gidisord5010008>

- Di Paco, J. (2020). LES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE DE L'ENFANT : REVUE DE LA LITTERATURE [Thèse de médecine]. Université de Montpellier.
- Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité [Mémoire d'orthophonie].
- Edwards, S., Davis, A. M., Bruce, A., Mousa, H., Lyman, B., Cocjin, J., Dean, K., Ernst, L., Almadhoun, O., & Hyman, P. (2015). Caring for Tube-Fed Children : A Review of Management, Tube Weaning, and Emotional Considerations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(5), 616-622. <https://doi.org/10.1177/0148607115577449>
- Faulks, D., Mazille, M.-N., Collado, V., Veyrune, J.-L., & Hennequin, M. (2008). Masticatory dysfunction in persons with Down's syndrome. Part 2 : Management. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(11), 863-869. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01878.x>
- Feijó, L., Hernandez-Reif, M., Field, T., Burns, W., Valley-Gray, S., & Simco, E. (2006). Mothers' depressed mood and anxiety levels are reduced after massaging their preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 29(3), 476-480. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.02.003>
- Ferrés-Amat, E., Pastor-Vera, T., Rodriguez-Alessi, P., Ferrés-Amat, E., Mareque-Bueno, J., & Ferrés-Padró, E. (2017). The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona : A descriptive study. *The Prevalence of Ankyloglossia in 302 Newborns with Breastfeeding Problems and Sucking Difficulties in Barcelona: A Descriptive Study*, 4, 319-325. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.04.10>
- Gardiner, A. Y., Vuillermin, P. J., & Fuller, D. G. (2016). A descriptive comparison of approaches to paediatric tube weaning across five countries. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(2), 121-127. <https://doi.org/10.1080/17549507.2016.1193898>
- Girolametto, L. (2010). Services et programmes soutenant le développement du langage chez les jeunes enfants. In *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (sur internet) (2e édition)*.
- 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 : Consensus Definition and Conceptual*

- Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 68(1), 124-129.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- González Garrido, M. del P., Garcia-Munoz, C., Rodríguez-Huguet, M., Martin-Vega, F. J., Gonzalez-Medina, G., & Vinolo-Gil, M. J. (2022). Effectiveness of Myofunctional Therapy in Ankyloglossia : A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12347. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912347>
- Goodhue, R., Onslow, M., Quine, S., O'Brian, S., & Hearne, A. (2010). The Lidcombe Program of early stuttering intervention : Mothers' experiences. *Journal of Fluency Disorders*, 35(1), 70-84.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.02.002>
- Greene, J., Farley, D., Amy, C., & Hutcheson, K. (2018). How Patient Partners Influence Quality Improvement Efforts. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(4), 186-195. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.006>
- Grevesse, P., Van Wingham, J., Franck, L., Dassy, M., Cormann, N., Charlier, D., & Hermans, D. (2020). Le trouble alimentaire pédiatrique. Percentile : la revue des pédiatres, Vol. 25, no2, 12-15.
- Guesnon, M. (2019). Mise en place d'ateliers multi-sensoriels pour la prise en charge des troubles de l'oralité chez des enfants accueillis en IME [Mémoire d'orthophonie]. Université de Caen Normandie.
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique: Spirale, N° 72(4), 25-38.
<https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Guyon-Baratier, M. (2020). L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT ; UNE REponse AUX TROUBLES DE L'ORALITE ? [Mémoire d'orthophonie]. Aix Marseille Université.
- Haddad, M. (2017). Oralité et prématurité. *Rééducation orthophonique*, 271, 107-124.
- Hadders-Algra, M. (2014). Early Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy. *Frontiers in Neurology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fneur.2014.00185>
- Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2016). A Review of Parent Participation Engagement in Child and Family Mental Health Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 133-150.
<https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x>
- Halimi, R. (2021). Talk Tools, une approche sensori-motrice des soins. *Ortho magazine*, 22-24.

- Haute Autorité de Santé. (2017). Éducation thérapeutique du patient (ETP). https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley & Sons Inc.
<https://doi.org/10.1037/10628-000>
- Hennequin, M., Faulks, D., & Veyrune, J.-L. (2000). Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21. *Information Dentaire*, 26.
- Hoogewerf, M., ter Horst, H. J., Groen, H., Nieuwenhuis, T., Bos, A. F., & van Dijk, M. W. G. (2017). The prevalence of feeding problems in children formerly treated in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 37(5), 578-584. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.256>
- Humbert, I. A., & German, R. Z. (2013). New Directions for Understanding Neural Control in Swallowing : The Potential and Promise of Motor Learning. *Dysphagia*, 28(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1007/s00455-012-9432-y>
- Ibañez, V. F., Peterson, K. M., Crowley, J. G., Haney, S. D., Andersen, A. S., & Piazza, C. C. (2020). Pediatric Prevention. *Pediatric Clinics of North America*, 67(3), 451-467.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.003>
- Jaywant, S., Dandavate, P., & Kale, J. (2020). Premature infant oral motor intervention (PIOMI) with and without massage therapy on social emotional development in preterm infants. *The Indian Journal of Occupational Therapy*, 52(3), 95. https://doi.org/10.4103/ijoth.ijoth_13_20
- Johnson, C. R., Brown, K., Hyman, S. L., Brooks, M. M., Aponte, C., Levato, L., Schmidt, B., Evans, V., Huo, Z., Bendixen, R., Eng, H., Sax, T., & Smith, T. (2018). Parent Training for Feeding Problems in Children With Autism Spectrum Disorder : Initial Randomized Trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(2), 164-175. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy063>
- Journal Officiel. (2022). CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES ORTHOPHONISTES ET L'ASSURANCE MALADIE.
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Convention-OP-actualisee-avenant19.pdf>
- Jule, A. (2021). *La prise en soin paramédicale et psychologique des Troubles alimentaires pédiatriques : Réalisation d'un schéma pour faciliter l'orientation des pédiatres et des médecins généralistes [Mémoire d'orthophonie]*. Université de Nantes.

- Jutard, C., Mitanchez, D., & Consoli, A. (2019). Abord sensorimoteur précoce dans le syndrome de Prader Willi (SPW) : Intérêt au plan de l'oralité et du développement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(8), 361-367. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.07.005>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child*, 2, 217-250.
- Katzman Debra, Mawjee Karizma, & L. Norris Mark. (2016). Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants : Un nouveau trouble alimentaire du DSM-5. *Programme Canadien de Surveillance Pédiatrique*.
- Kaviyani Baghbadorani, M., Soleymani, Z., Dadgar, H., & Salehi, M. (2014). The Effect of Oral Sensorimotor Stimulations on Feeding Performance in Children with Spastic Cerebral Palsy. *Acta Medica Iranica*, 52(12), 899-904.
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Khuzaiyah, S., Adnani, Q. E. S., Chabibah, N., Khanifah, M., & Lee, K. Y. (2022). A qualitative study on mothers' experiences attending an online infant massage class : "It is funny! I feel close to my baby!" *BMC Nursing*, 21(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00952-9>
- Kim, A.-R., Kwon, J.-Y., Yi, S.-H., & Kim, E.-H. (2021). Sensory Based Feeding Intervention for Toddlers With Food Refusal : A Randomized Controlled Trial. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 45(5), 393-400. <https://doi.org/10.5535/arm.21076>
- Klatte, I. S., Harding, S., & Roulstone, S. (2019). Speech and language therapists' views on parents' engagement in Parent–Child Interaction Therapy (PCIT). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1460-6984.12459. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12459>
- Kleinert, J. (2017). Pediatric Feeding Disorders and Severe Developmental Disabilities. *Seminars in Speech and Language*, 38(02), 116-125. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1599109>
- Kumin, L., Chapman Von Hagel, K., & Chapman Bahr, D. (s. d.). An Effective Oral Motor Intervention Protocol for Infants and Toddlers with Low Muscle Tone. *Infant-Toddler Intervention : The Transdisciplinary Journal*, 11(3-4), 181-200.

- Kunz, L. (2015). L'accompagnement parental est-il efficace? *Rééducation orthophonique*, 261, 191-206.
- Leblanc, V. (2008). Nutrition artificielle et troubles de l'oralité alimentaire. *Archives de Pédiatrie*, 15, 842.
- Leblanc, V., & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : Tous les sens à l'appel. *Spirale*, n° 51(3), 47. <https://doi.org/10.3917/spi.051.0047>
- Lecoufle, A. (2012). Atrésie de l'œsophage : « oralité en période néonatale ». *Archives de Pédiatrie*, 19(9), 939-945. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.06.005>
- Lecoufle, A. (2017). Atrésie de l'œsophage : Une histoire d'oralité qui ne commence pas comme les autres. *Rééducation orthophonique*, 271, 29-42.
- Lee, H. K. (2006). The Effects of Infant Massage on Weight, Height, and Mother-Infant Interaction. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(8), 1331. <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.8.1331>
- Lessen, B. S., Morello, C. A., & Williams, L. J. (2015). Establishing Intervention Fidelity of an Oral Motor Intervention for Preterm Infants. *Neonatal Network*, 34(2), 72-82. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.34.2.72>
- Lessen Knoll, B. S., Daramas, T., & Drake, V. (2019). Randomized Controlled Trial of a Prefeeding Oral Motor Therapy and Its Effect on Feeding Improvement in a Thai NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(2), 176-188. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.01.003>
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit "tout-venant" ou "vulnérable. *Rééducation orthophonique*, 271, 151-169.
- M. Volkert, V., & C. Piazza, C. (2012). Pediatric Feeding Disorders. In *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*. Peter Sturmey and Michel Hersen.
- Mageau, G. A., & Vallerand, R. J. (2003). The coach-athlete relationship : A motivational model. *Journal of Sports Sciences*, 21(11), 883-904. <https://doi.org/10.1080/0264041031000140374>
- Majoli, M., De Angelis, L. C., Panella, M., Calevo, M. G., Serveli, S., Knoll, B. L., & Ramenghi, L. A. (2021). Parent-Administered Oral Stimulation in Preterm Infants : A Randomized, Controlled, Open-Label Pilot Study. *American Journal of Perinatology*, s-0041-1731452. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731452>
- Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34-46. <https://doi.org/10.1097/00004836-200001000-00007>

- Martinet, M., Borradori Tolsa, C., Rossi Jelidi, M., Bullinger, A., Perneger, T., & Pfister, R. E. (2013).
Élaboration et validation de contenu d'une grille d'observation du comportement sensorimoteur
du nouveau-né à l'usage du personnel soignant. *Archives de Pédiatrie*, 20(2), 137-145.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.11.008>
- Martin-Royer, A., & Cazenave, M.-F. (2014). Les observations repas et le groupe goûter. (Re)voir la vie
avec appétit: *Contraste*, N° 39(1), 327-340. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0327>
- Mazeau, C., & Prunet Delacour, A. (2021). L'ORTHOPHONISTE DANS LA PRISE EN SOIN DU BEBE
DE 0 A 6 MOIS PORTEUR D'UN FREIN DE LANGUE RESTRICTIF [Mémoire d'orthophonie]. Aix
Marseille Université.
- McComish, C., Brackett, K., Kelly, M., Hall, C., Wallace, S., & Powell, V. (2016). Interdisciplinary Feeding
Team : A Medical, Motor, Behavioral Approach to Complex Pediatric Feeding Problems. *MCN:
The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(4), 230-236.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000252>
- Mélot, M. (2018). Adaptation d'un programme d'intervention en orthophonie au domaine de l'oralité sous
forme de groupes thérapeutiques de parents. Université de Lille.
- Melvin, K., Meyer, C., & Scarinci, N. (2020). What does a family who is “engaged” in early intervention
look like? Perspectives of Australian speech-language pathologists. *International Journal of
Speech-Language Pathology*, 23(3), 236-246. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1784279>
- Menier, I., Dejonkheere, C., Baou, O., Moreno, M. E., Mattioni, V., & Madre, C. (2014). Prévention des
troubles de l'oralité en réanimation pédiatrique : Mise au point et expérience récente de l'hôpital
Robert Debré. *Réanimation*, 23(4), 445-454. <https://doi.org/10.1007/s13546-014-0905-x>
- Merkel-Walsh, R. (2020). Orofacial myofunctional therapy with children ages 0-4 and individuals with
special needs. *International Journal of Orofacial Myology and Myofunctional Therapy*, 46(1),
22-36. <https://doi.org/10.52010/ijom.2020.46.1.3>
- Midtsund, A., Litland, A., & Hjälmhult, E. (2019). Mothers' experiences learning and performing infant
massage—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), 489-498.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14634>

- Min, K., Seo, S., & Woo, H. (2022). Effect of oral motor facilitation technique on oral motor and feeding skills in children with cerebral palsy : A case study. *BMC Pediatrics*, 22(1), 626. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03674-8>
- Morris, N., Knight, R. M., Bruni, T., Sayers, L., & Drayton, A. (2017). Feeding Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 571-586. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.011>
- Mottrie, C., Moureau, A., Duret, I., & Delvenne, V. (2022). Troubles des conduites alimentaires et périnatalité. *Périnatalité*, 14(1), 34-40. <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0148>
- Negi, D., Swain, D., & Som, T. K. (2022). Effectiveness of multistimulation approach on feeding habits of low-birth-weight babies-A randomized control trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 15, 100159. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2022.100159>
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, C. (2001). Infant massage improves mother–infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63, 201-207.
- Page, S. D., Souders, M. C., Kral, T. V. E., Chao, A. M., & Pinto-Martin, J. (2021). Correlates of Feeding Difficulties Among Children with Autism Spectrum Disorder : A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(1), 255-274. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04947-4>
- Paleg, G., Romness, M., & Livingstone, R. (2017). Interventions to improve sensory and motor outcomes for young children with central hypotonia : A systematic review. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 11(1), 57-70. <https://doi.org/10.3233/PRM-170507>
- Patel, M. R., Patel, V. Y., Andersen, A. S., & Miles, A. (2022). Evaluating Outcome Measure Data for an Intensive Interdisciplinary Home-Based Pediatric Feeding Disorders Program. *Nutrients*, 14(21), 4602. <https://doi.org/10.3390/nu14214602>
- Pereira de Moura, C. (2020). Troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques : Élaboration d'un programme d'ETP sous forme de groupes thérapeutiques d'enfants et de groupes parentaux [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lille.

- Périchon, J. (2023). La prise en soin orthophonique des adolescents : Des parcours singliers et pluriels. *Rééducation orthophonique*, 293/294, 335-357.
- Périchon, J., & Gonnot, S. (2021). Le partenariat parental en orthophonie, proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'orthophoniste*, 406, 17-23.
- Peterson, K. M., Piazza, C. C., & Volkert, V. M. (2016). A comparison of a modified sequential oral sensory approach to an applied behavior-analytic approach in the treatment of food selectivity in children with autism spectrum disorder : M-SOS TREATMENT. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 49(3), 485-511. <https://doi.org/10.1002/jaba.332>
- Picaud, J.-C. (2016). Troubles de l'oralité. In *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie* (p. 365-369). Elsevier Masson.
- Pinheiro, D. L. da S. A., Alves, G. dos S., Fausto, F. M. M., Pessoa, L. S. de F., Silva, L. A. da, Pereira, S. M. de F., & Almeida, L. N. A. de. (2018). Efeitos da eletroestimulação associada ao treino mastigatório em pessoas com síndrome de down. *CoDAS*, 30(3). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017074>
- Prudhon Havard, E., Marjorie, C., & Tuffreau, R. (2009). Les troubles sensoriels : Impact sur les troubles alimentaires. *le Bulletin scientifique de l'arapi*, 23.
- Quiban, C. (2020). Addressing Needs of Hospitalized Patients With Autism : Partnership With Parents. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(1), 68-72. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000292>
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : Une nouvelle perspective. *Devenir*, 13(2), 11. <https://doi.org/10.3917/dev.012.0011>
- Rives, C. (2012). Les enjeux de la régulation du tonus dans la prise en charge des troubles spécifiques de l'oralité de la personne porteuse de trisomie 21. *Rééducation orthophonique*, 250, 37-50.
- Robail, S., Camburet, L., Pannier, S., Nguyen, G., & Rolland, A. C. (2017). Un groupe thérapeutique parents–enfants à destination des troubles précoces du comportement alimentaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(8), 487-499. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.09.004>

- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions : A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180-199.
[https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0055\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0055))
- Sacomanno, S., Martini, C., D'Alatri, L., Farina, S., & Grippaudo, C. (2018). Validity of a specific myofunctional therapy protocol in children with Down Syndrome. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 3, 243-246. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2018.19.03.14>
- Sandrin-Berthon, B. (2009). Éducation thérapeutique du patient : De quoi s'agit-il ? *Actualité et Dossier en Santé Publique (adsp)*, 66.
- Schiefele, U. (1991). Interest, Learning, and Motivation. *Educational Psychologist*, 26(3), 299-323.
https://doi.org/10.1207/s15326985ep2603&4_5
- Schönbrodt, F. D., & Perugini, M. (2013). At what sample size do correlations stabilize? *Journal of Research in Personality*, 47(5), 609-612. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.05.009>
- Senez, C. (2010). La guidance parentale sur le plan de la déglutition et de l'alimentation de l'enfant avec une nutrition entérale à domicile (NED). *Rééducation orthophonique*, 242, 85-93.
- Senez, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition (3e édition)*. De Boeck Supérieur.
- Sharp, W. G., Burrell, T. L., Berry, R. C., Stubbs, K. H., McCracken, C. E., Gillespie, S. E., & Scahill, L. (2019). The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education : A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Pediatrics*, 211, 185-192.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.046>
- Sharp, W. G., Burrell, T. L., & Jaquess, D. L. (2014). The Autism MEAL Plan : A parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism*, 18(6), 712-722.
<https://doi.org/10.1177/1362361313489190>
- Sharp, W. G., Silverman, A., Arvedson, J. C., Bandstra, N. F., Clawson, E., Berry, R. C., McElhanon, B. O., Kozlowski, A. M., Katz, M., Volkert, V. M., Goday, P. S., & Lukens, C. T. (2022). Toward Better Understanding of Pediatric Feeding Disorder : A Proposed Framework for Patient Characterization. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 75(3), 351-355.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003519>

- Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E., & McElhanon, B. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders : How Standard Is the Standard of Care? *The Journal of Pediatrics*, 181, 116-124.e4.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
- Sigan, S., Uzunhan, T., Aydinli, N., Eraslan, E., Ekici, B., & Çaliskan, M. (2013). Effects of oral motor therapy in children with cerebral palsy. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 16(3), 342.
<https://doi.org/10.4103/0972-2327.116923>
- Silverman, A. H. (2010). Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 160-165. <https://doi.org/10.1177/0884533610361609>
- Simione, M., Dartley, A. N., Cooper-Vince, C., Martin, V., Hartnick, C., Taveras, E. M., & Fiechtner, L. (2020). Family-centered Outcomes that Matter Most to Parents : A Pediatric Feeding Disorders Qualitative Study. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 71(2), 270-275.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002741>
- Singer, I., Klatte, I. S., de Vries, R., van der Lugt, R., & Gerrits, E. (2022). Using co-design to develop a tool for shared goal-setting with parents in speech and language therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(6), 1281-1303. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12753>
- Ternisien, J. (2014). La prise en charge précoce en orthophonie de l'enfant atteint de trisomie 21: *Contraste*, N° 39(1), 289-305. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0289>
- Thabet, A. M., & Sayed, Z. A. (2021). Effectiveness of the Premature Infant Oral Motor Intervention on Feeding Performance, Duration of Hospital Stay, and Weight of Preterm Neonates in Neonatal Intensive Care Unit : Results From a Randomized Controlled Trial. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 40(4), 257-265. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000475>
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant (2e édition)*. Elsevier Masson.
- Thullen, M., & Bonsall, A. (2017). Co-Parenting Quality, Parenting Stress, and Feeding Challenges in Families with a Child Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(3), 878-886. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2988-x>

- Toffin, C., & Alis-Salamanca, V. (2014). Le bébé sourd, sa famille et l'orthophoniste: *Contraste*, N° 39(1), 239-263. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0239>
- Trewin, A., Mailloux, Z., & Schaaf, R. C. (2022). Evaluation of MealSense© : A Sensory Integration–Based Feeding Support Program for Parents. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 7603345020. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.046987>
- Trichet-Zbinden, C., de Buys Roessingh, A., Herzog, G., Martinez, H., Oger, P., Delerive-Taieb, M.-F., Soupre, V., Picard, A., Vazquez, M.-P., Galliani, E., & Hohlfeld, J. (2010). Fentes labio-palatines : Guidance orthophonique au sein de l'équipe pluridisciplinaire. *Archives de Pédiatrie*, 17(6), 790-791. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70113-5](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70113-5)
- Umay, E., Gurcay, E., Ozturk, E. A., & Unlu Akyuz, E. (2019). Is sensory-level electrical stimulation effective in cerebral palsy children with dysphagia? A randomized controlled clinical trial. *Acta Neurologica Belgica*, 120(5), 1097-1105. <https://doi.org/10.1007/s13760-018-01071-6>
- Vallerand, R. J. (1983). The Effect of Differential Amounts of Positive Verbal Feedback on the Intrinsic Motivation of Male Hockey Players. *Journal of Sport Psychology*, 5(1), 100-107. <https://doi.org/10.1123/jsp.5.1.100>
- Vallerand, R. J., & Reid, G. (1984). On the Causal Effects of Perceived Competence on Intrinsic Motivation : A Test of Cognitive Evaluation Theory. *Journal of Sport Psychology*, 6(1), 94-102. <https://doi.org/10.1123/jsp.6.1.94>
- Vallerand, R. J., & Reid, G. (1988). On the relative effects of positive and negative verbal feedback on males' and females' intrinsic motivation. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 20(3), 239-250. <https://doi.org/10.1037/h0079930>
- van den Engel-Hoek, L., Harding, C., van Gerven, M., & Cockerill, H. (2017). Pediatric feeding and swallowing rehabilitation: An overview. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 10(2), 95-105. <https://doi.org/10.3233/PRM-170435>
- Vivier, J. (2013). Toucher thérapeutique et troubles des fonctions oro-faciales : Élaboration d'un livret d'information à destination des orthophonistes [Mémoire d'orthophonie]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00846212>

Weiz, J., & Marin, A. (2021). Prise en soins et accompagnement du bébé allaité ayant des troubles de succion : Regard croisé orthophoniste/consultante en lactation IBCLC, différences et complémentarité. *Rééducation orthophonique*, 287, 135-151.

Werba, I., & Brejon Lamartinière, N. (2021). Le partenariat-patient dans la pratique orthophonique en France : État des lieux et perspectives. *Glossa*, 130, 58-77.

Widman-Valencia, M. E., Gongora-Meza, L. F., Rubio-Zapata, H., Zapata-Vázquez, R. E., Lizama, E. V., Salomón, M. R., & Estrella-Castillo, D. (2021). Oral Motor Treatment Efficacy : Feeding and Swallowing Skills in Children with Cerebral Palsy. *Behavioural Neurology*, 2021, 1-6.
<https://doi.org/10.1155/2021/6299462>

ANNEXES

ANNEXE 1 - Critères diagnostiques proposés pour les troubles de l'alimentation chez l'enfant (Goday et al., 2019)

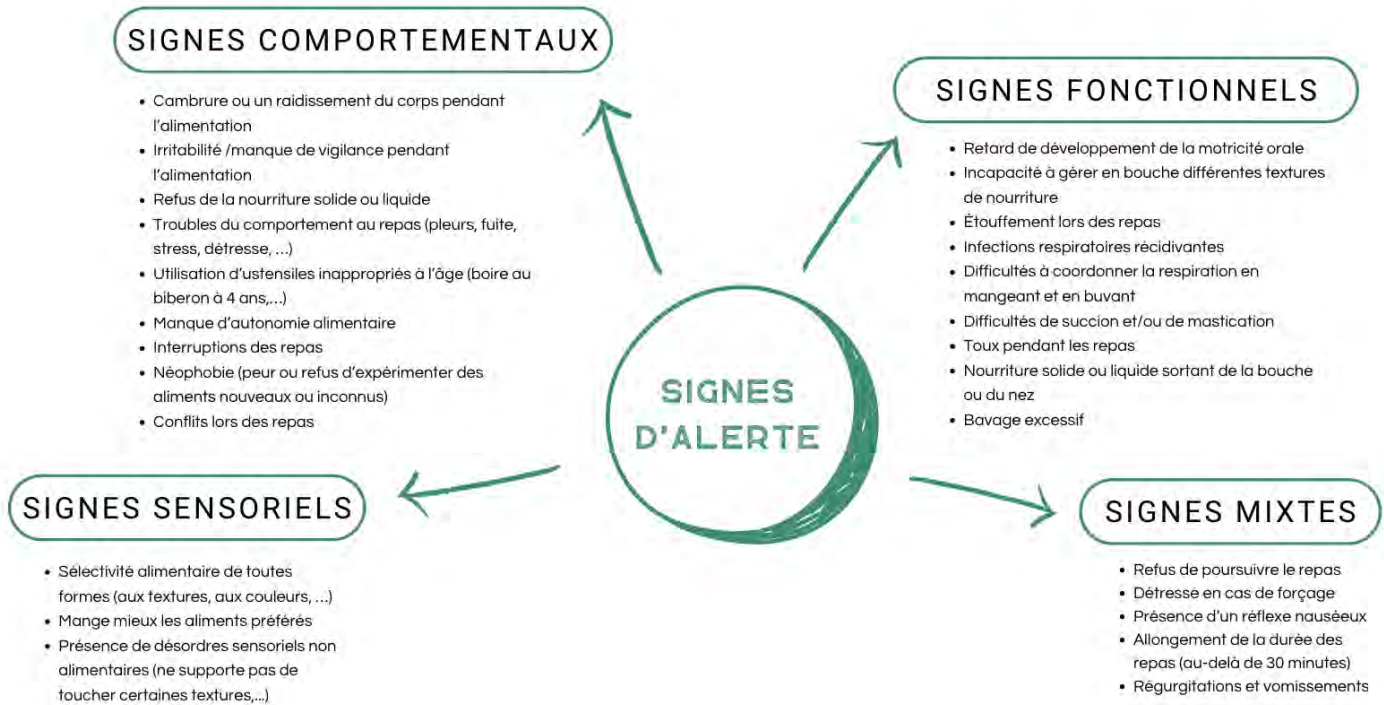
TABLE 1. Proposed diagnostic criteria for pediatric feeding disorder

A. A disturbance in oral intake of nutrients, inappropriate for age, lasting at least 2 weeks and associated with 1 or more of the following:

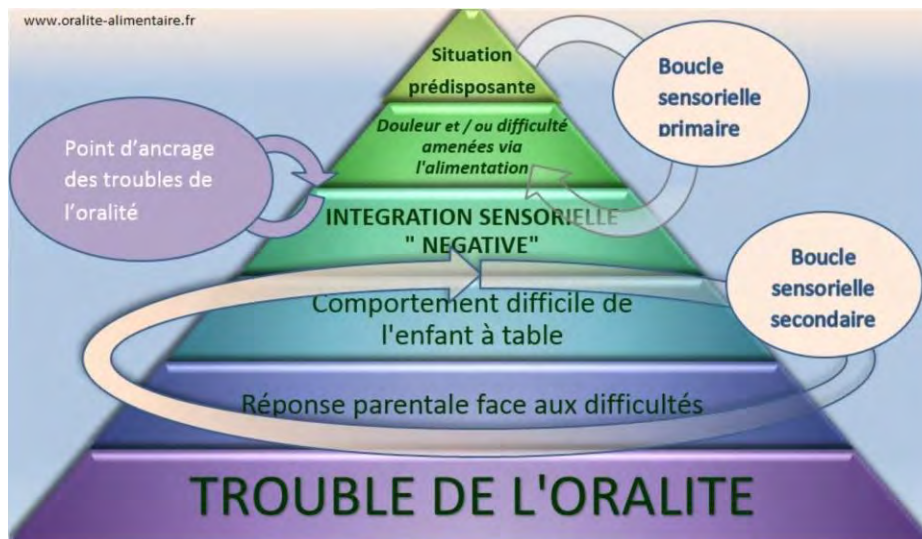
1. Medical dysfunction, as evidenced by any of the following^a:
 - a. Cardiorespiratory compromise during oral feeding
 - b. Aspiration or recurrent aspiration pneumonitis
2. Nutritional dysfunction, as evidenced by any of the following^b:
 - a. Malnutrition
 - b. Specific nutrient deficiency or significantly restricted intake of one or more nutrients resulting from decreased dietary diversity
 - c. Reliance on enteral feeds or oral supplements to sustain nutrition and/or hydration
3. Feeding skill dysfunction, as evidenced by any of the following^c:
 - a. Need for texture modification of liquid or food
 - b. Use of modified feeding position or equipment
 - c. Use of modified feeding strategies
4. Psychosocial dysfunction, as evidenced by any of the following^d:
 - a. Active or passive avoidance behaviors by child when feeding or being fed
 - b. Inappropriate caregiver management of child's feeding and/or nutrition needs
 - c. Disruption of social functioning within a feeding context
 - d. Disruption of caregiver-child relationship associated with feeding

B. Absence of the cognitive processes consistent with eating disorders and pattern of oral intake is not due to a lack of food or congruent with cultural norms.

ANNEXE 2 - Synthèses des signes observés dans les TAP (Grevesse et al., 2020)




ANNEXE 3 - Lecture pyramidale des TOA (Levasseur, 2017)



ANNEXE 4 - Rôle des membres de l'équipe interdisciplinaire (Morris et al., 2017)

Professional	Role
Physician (may include pediatrician, gastroenterologist, allergist, and so forth)	<ul style="list-style-type: none"> Monitors child's weight, addresses medical concerns
Psychologist	<ul style="list-style-type: none"> Assesses the function of problem behavior, parent training, develops and implements intervention protocols, and guides and assists other team members with implementation of behavioral interventions Development of treatment plans to address general behavior, sleep, and toileting concerns that may have impacted feeding
Speech and language pathologist	<p>Assesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Physiologic function, trunk support, structural deformities (presence of tracheomalacia), tracheostomy tube/vent dependence, tracheoesophageal fistula, subglottic stenosis, and so forth Hypersensitivity/hyposensitivity, jaw movements and symmetry, lip symmetry and closure, tongue symmetry and positioning, ankyloglossia, presence of normal or abnormal reflexes, tone of cheeks, shape of palate Head and trunk control, facial muscular tone, symmetry of facial and oral structures, lingual protrusion, lateralization, and coordination, palate elevation and symmetry, condition of teeth, mastication, hypersensitivity Cardiopulmonary changes, signs and symptoms of aspiration, gagging, expulsion, spitting up, nasal regurgitation, food refusal behaviors Feeding/swallowing intervention, altered textures of foods or thickened liquids, compensatory strategies, instrumental assessment, collaboration with other providers
Dietitian	<ul style="list-style-type: none"> Provide nutrition education, recommendations for calories goals, and guidance to team and family, monitor for weight loss, collect diet information from family
Occupational therapist	<ul style="list-style-type: none"> Evaluates oral sensory, oral motor, and positioning aspects of the child; this may include recommending certain processes or utensils that promote safer feeding or more successful self-feeding⁴⁰

ANNEXE 5 - Outil d'intervention pour la motricité orale des prématurés (Lessen et al., 2015)



8 Steps	Technique	Purpose	Frequency	Duration
Cheek C - Stretch	<ol style="list-style-type: none"> Place a finger inside the cheek, and one on the outer cheek. Slide and stretch front to back (toward the ear), then down, then back to front (C pattern). Repeat for other side. 	Improve range of motion and strength of cheeks, and improve lip seal.	2X each cheek	30 sec
Lip Roll	<ol style="list-style-type: none"> Place a finger on the inside and thumb on outside of upper lip. Move finger in horizontal direction while moving thumb in opposite direction (rolling lip between fingers). Do on the left side of lip, then repeat on right side (2 placements). Repeat on lower lip. 	Improve lip range of motion and seal.	1X each lip	30 sec
Lip Curl or Lip Stretch	<ol style="list-style-type: none"> Place a finger on outside of upper lip, and one on the inside. Gently compress lip, and stretch downward towards midline, moving across lips. Repeat on lower lip, stretching upward. <p>Or (if lips are too small to grab for Lip Curl, replace with this Lip Stretch:)</p> <ol style="list-style-type: none"> Lay finger across upper lip, slightly compressing tissue. Move tissue horizontally, stretching to one side, then the other. Repeat for bottom lip. 	Improve lip strength, range of motion, and seal.	1X each lip	30 sec
Gum Massage	<ol style="list-style-type: none"> Place finger on left side of the upper gum, with firm sustained pressure slowly move across the gum to the other side. Move down the lower gum (to continue a circle), with firm sustained pressure slowly move across to other side. 	Improve range of motion of tongue, stimulate swallow, and improve suck.	2X	30 sec
Lateral Borders of Tongue/ Cheek	<ol style="list-style-type: none"> Place finger at the level of the molar between the side blade of the tongue and the lower gum. Move the finger toward midline, pushing the tongue towards the midline. Then move the finger back and all the way into the cheek, stretching it. 	Improve tongue range of motion and strength.	1X each side	15 sec
Midblade of Tongue/ Palate	<ol style="list-style-type: none"> Place finger at center of the mouth, give sustained pressure into the hard palate for 3 seconds. Move the finger down to contact center blade of the tongue. Displace the tongue downward with a firm pressure. Move the finger back up to the center of the hard palate. 	Improved tongue range of motion and strength, and improve suck.	2X	30 sec
Elicit a Suck	<ol style="list-style-type: none"> Place finger at the midline, center of the pallet, gently stroke the palate to elicit a suck. 	Improve suck, and soft palate activation.	N/A	15 sec
Support for Non- Nutritive Sucking	<ol style="list-style-type: none"> Leave finger/pacifier in mouth (or place pacifier in mouth) and allow sucking. 	Improve suck, and soft palate activation.	N/A	2 min

© Brenda Lessen. Reprinted with permission. For copies/training contact blessen@iwu.edu

ANNEXE 6 - Stades d'hypersensitivité tactile et d'hypersensibilité orale (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009)

Stades d'hypersensitivité tactile

- Au stade 5, on constate une aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière. L'enfant évite ou refuse le toucher corporel, il explore peu ou pas les jouets. Une aversion pour le toucher de matières franches (bois, plastique, tissus...) est également observée ainsi que pour les matières/textures molles, aériennes (plumes, coton, pâte à modeler, peinture ; pâtes et riz cuit, fruits et légumes crus, épluchés). Il arrive que le toucher de ces matières et textures entraîne une nausée ;
- Au stade 4, le toucher du corps est possible ainsi que celui des matières franches. Par contre le toucher des matières/textures sèches (pâtes et riz crus, semoule, légumes et fruits crus non épluchés) est difficile ainsi que celui des matières/textures molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuits) et des matières, textures aériennes (plumes, coton, farine) ;
- Au stade 3, le toucher du corps est possible ainsi que celui des matières/textures franches et sèches. Ce qui reste difficile est le toucher des matières molles, non collantes au doigt (pâte à modeler) et des matières gélatineuses (pâtes et riz cuit al dente). Les matières et textures aériennes (coton, plume, farine) restent impossibles à toucher ;
- Au stade 2, le toucher du corps, des matières et textures franches, sèches, molles non collantes est possible. Par contre, persiste une aversion pour les matières/ textures collantes au doigt et aériennes ;
- Au stade 1, le toucher est possible jusqu'aux matières et textures molles collantes (peinture, compote, purée, yaourts) ;
- Enfin, au stade 0, l'enfant n'a plus d'appréhension tactile.

Stades d'hypersensibilité orale

- Au stade 5, l'enfant ne laisse aucun accès au visage, plus il y a de tentatives, plus il met en place des défenses ;
- Au stade 4, il est possible de toucher le menton et les joues mais les autres zones sont défendues ;
- Au stade 3, l'enfant nous laisse toucher les zones exo-buccales (joues, menton, lèvres) mais les zones endo-buccales sont encore défendues ;
- Au stade 2, le toucher des zones exo-buccales est possible. De petits massages sur les gencives et les joues en restant en antérieur sont réalisables ;
- Au stade 1, les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, partie antérieure du palais et la pointe de la langue ;
- Enfin, quand l'enfant arrive au stade 0, il est possible de solliciter toutes les zones endo et exo-buccales ainsi que les parties postérieures des gencives, de la langue et du palais.

ANNEXE 7 - Affiche de présentation du mémoire

MÉMOIRE D'ORTHOPHONIE AU CAMSP

Laura Handy, étudiante en orthophonie à Toulouse
Maëline Seraut et Alice Barre-Tessier, encadrantes, orthophonistes

PROJET

Le projet a pour objectif de valider un programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales (SOF), conçu par Audrey Dufillon dans son mémoire d'orthophonie en 2021-2022.

Le projet est porté par une étudiante en orthophonie à Toulouse, dans le cadre de son mémoire de fin d'études, encadré par Maëline Seraut et Alice Barre-Tessier, orthophonistes.

Le programme sera animé par l'étudiante au sein du CAMSP

massages (corps, visage, extérieur et intérieur de la bouche)

entraînement de la mobilité et du tonus (visage, bouche, langue)

Les SOF

stimulations olfactives et gustatives

stimulations tactiles instrumentales

propositions alimentaires

PARTICIPANTS AU PROGRAMME

Parents d'enfants suivis au CAMSP dans le cadre de troubles alimentaires pédiatriques, sur la base du volontariat

OBJECTIFS DU PROGRAMME

- Comprendre l'intérêt des sollicitations oro-faciales dans le cadre des troubles alimentaires pédiatriques
- Pratiquer les sollicitations oro-faciales avec aisance.
- Proposer des sollicitations oro-faciales adaptées à son enfant.
- Être en mesure d'expliquer les sollicitations oro-faciales aux autres personnes que côtoie l'enfant au quotidien. Des vidéos peuvent servir de support pour ces transmissions.

DÉROULÉ

NOVEMBRE-DECEMBRE

Recrutement des participants et distribution d'un premier questionnaire

JANVIER - FEVRIER

Programme :
- 2 séances de groupe
- 1 séance individuelle avec retour vidéo

FEVRIER - MARS

Distribution d'un second questionnaire et recueil des données

POUR TOUTE QUESTION, N'HÉSITEZ PAS À ME CONTACTER

EMAIL : LAURA.HANDY@UNIV-TLSE3.FR



ANNEXE 8 - Questionnaire préalable

Ce questionnaire vous a été distribué dans le cadre d'une étude sur la mise en place d'un programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales.

Les sollicitations oro-faciales sont :

- les massages du corps, du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche
- l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue
- les stimulations à la succion, à la mastication
- les stimulations tactiles à l'aide d'objets
- les stimulations olfactives et gustatives
- les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment)

Le programme est animé par une étudiante en orthophonie au CAMSP. Il consiste à aider les parents dans la réalisation de sollicitations oro-faciales au quotidien. Il comprendra deux ateliers de groupes de parents et une séance individuelle. Les enfants ne sont pas conviés.

Nous vous demandons d'y collaborer en répondant avec la plus grande précision possible. Vos réponses demeureront strictement confidentielles. Le traitement des informations sera anonyme.

Partie I : Qui êtes-vous ?

1) Qui êtes-vous pour l'enfant suivi pour des troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire) ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sa mère | <input type="checkbox"/> Son père |
| <input type="checkbox"/> Sa grand-mère | <input type="checkbox"/> Son grand-père |
| <input type="checkbox"/> Sa famille d'accueil | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

Partie II : Les sollicitations oro-faciales

2) Connaissez-vous les troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire) ?

- Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

3) Savez-vous dans quels cas les sollicitations oro-faciales peuvent être préconisées? (*Plusieurs réponses possibles*)

Les sollicitations oro-faciales sont :

- les massages du corps, du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche
- l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue
- les stimulations à la succion, à la mastication
- les stimulations tactiles à l'aide d'objets
- les stimulations olfactives et gustatives
- les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment)

- En cas de troubles alimentaires En cas de difficultés alimentaires En cas de prématurité
- En cas de troubles des apprentissages En cas de malformation de la zone bouche/visage
- Je ne sais pas

4) Savez-vous sur quels éléments peuvent agir les sollicitations oro-faciales (*Plusieurs réponses possibles*) ?

Les sollicitations oro-faciales sont :

- les massages du corps, du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche
- l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue
- les stimulations à la succion, à la mastication
- les stimulations tactiles à l'aide d'objets
- les stimulations olfactives et gustatives
- les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment)

- sur la force des muscles sur la détente des muscles sur la vitesse de lecture
 sur le sommeil sur la capacité à sentir son corps Je ne sais pas

5) Savez-vous quels éléments sont essentiels pour que les sollicitations oro-faciales aient un intérêt ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- les faire souvent les faire parfaitement les faire avec plaisir
 les faire en s'adaptant à son enfant les faire en chantant Je ne sais pas

6) Pensez-vous que votre enfant a besoin de sollicitations oro-faciales ?

Les sollicitations oro-faciales sont :

- les massages du corps, du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche
- l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue
- les stimulations à la succion, à la mastication
- les stimulations tactiles à l'aide d'objets
- les stimulations olfactives et gustatives
- les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment)

- Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

Si : « Pas du tout » ou « Plutôt non » à la question 6) a)

7a) Vous avez répondu « Pas du tout » ou « Plutôt non ». Pourquoi n'en a-t-il pas besoin?

.....

Si : « Plutôt oui » ou « Tout à fait » à la question 6) a)

7b) Vous avez répondu « Plutôt oui » ou « Tout à fait ». Pourquoi en a-t-il besoin?

.....

Êtes-vous à l'aise :

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 8) Pour toucher votre enfant en règle générale ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Pour toucher les mains de votre enfant? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Pour toucher le visage de votre enfant ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser un massage :

17) sur le visage ou l'extérieur de la bouche de votre enfant? 0 1 2 3 4

18) à l'intérieur de la bouche de votre enfant? 0 1 2 3 4

- 0 = pas du tout anxieux
- 1 = peu anxieux
- 2 = moyennement anxieux
- 3 = très anxieux
- 4 = extrêmement anxieux

19) A quelle fréquence, en moyenne, réalisez-vous des massages sur le visage (hors de la bouche) et/ou dans la bouche de votre enfant?

- Jamais
- Moins d'une fois par semaine
- Une à plusieurs fois par semaine (précisez) : 1 2 3 4 5 6
- Une à 6 fois par jour (précisez) : 1 2 3 4 5 6
- 7 fois ou plus par jour

Si : « Jamais » ou « Moins d'une fois par semaine » à la question 12

20) Vous avez répondu « Jamais » ou « Moins d'une fois par semaine », pourquoi ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Je ne sais pas comment faire
- Je n'en vois pas l'utilité
- Je manque de pratique
- D'autres personnes le font déjà avec mon enfant
- Je trouve cela intrusif
- Cela prend trop de temps
- J'oublie de le faire
- Mon enfant refuse que je touche son visage
- J'évite la situation
- Autre, précisez :

Si autre chose que « Jamais » à la question 12, les questions 14 à 18 vous concernent

21) Combien de temps un massage du visage (hors de la bouche) et dans la bouche vous demande-t-il ?

- Moins de 2 minutes
- 2 à 10 minutes
- 10 à 20 minutes
- Plus de 20 minutes

22) Passez-vous un moment agréable lorsque vous massez le visage, la bouche ou l'intérieur de la bouche de votre enfant ?

0 1 2 3 4

- 0 = pas du tout agréable
- 1 = peu agréable
- 2 = moyennement agréable
- 3 = très agréable
- 4 = extrêmement agréable

Si : « Massages du visage » ou « Massages autour de la bouche » à la question 8

23) En règle générale, lorsque vous réalisez un massage du visage (hors de la bouche), quelles réactions observez-vous chez votre enfant? (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Il a des haut le coeur | <input type="checkbox"/> Il régurgite/vomit |
| <input type="checkbox"/> Il a une respiration régulière | <input type="checkbox"/> Il a une respiration irrégulière |
| <input type="checkbox"/> Il tête/sort sa langue | <input type="checkbox"/> Il salive |
| <input type="checkbox"/> Il sursaute | <input type="checkbox"/> Il s'endort |
| <input type="checkbox"/> Il ne se laisse pas manipuler | <input type="checkbox"/> Il se laisse manipuler |
| <input type="checkbox"/> Il se détend | <input type="checkbox"/> Il s'agite/fait des mouvements perturbant le massage |
| <input type="checkbox"/> Il me repousse | <input type="checkbox"/> Il se tend/se crispe |
| <input type="checkbox"/> Il se cambre | <input type="checkbox"/> Il se tortille |
| <input type="checkbox"/> Il empêche l'accès à son visage/à sa bouche | <input type="checkbox"/> Il se laisse toucher le visage/la bouche |
| <input type="checkbox"/> Il tourne la tête | <input type="checkbox"/> Il ne bouge pas |
| <input type="checkbox"/> Il sourit | <input type="checkbox"/> Il fronce les sourcils |
| <input type="checkbox"/> Il a le visage détendu | <input type="checkbox"/> Il a le visage crispé |
| <input type="checkbox"/> Il grimace | <input type="checkbox"/> Il me regarde/me suit du regard |
| <input type="checkbox"/> Il détourne son regard | <input type="checkbox"/> Il regarde ailleurs/a le regard dans le vide |
| <input type="checkbox"/> Il a un regard inquiet/paniqué | <input type="checkbox"/> Il babille/vocalise/ « parle » avec moi |
| <input type="checkbox"/> Il rit | <input type="checkbox"/> Il râle |
| <input type="checkbox"/> Il gémit | <input type="checkbox"/> Il pleure |
| <input type="checkbox"/> Il crie/hurle | |

24) En règle générale, lorsque vous réalisez un massage du visage (hors de la bouche), votre enfant accepte-t-il le massage ?

0 1 2 3 4

0 = il n'accepte pas du tout

1 = il accepte peu

2 = il accepte moyennement

3 = Il accepte bien

4 = Il accepte tout à fait

Si : « Massages dans la bouche » à la question 8

25) En règle générale, lorsque vous réalisez un massage à l'intérieur de la bouche, quelles réactions observez-vous chez votre enfant? (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Il a des haut le coeur | <input type="checkbox"/> Il régurgite/vomit |
| <input type="checkbox"/> Il a une respiration régulière | <input type="checkbox"/> Il a une respiration irrégulière |
| <input type="checkbox"/> Il tête/sort sa langue | <input type="checkbox"/> Il salive |
| <input type="checkbox"/> Il sursaute | <input type="checkbox"/> Il s'endort |
| <input type="checkbox"/> Il ne se laisse pas manipuler | <input type="checkbox"/> Il se laisse manipuler |
| <input type="checkbox"/> Il se détend | <input type="checkbox"/> Il s'agite/fait des mouvements perturbant le massage |
| <input type="checkbox"/> Il me repousse | <input type="checkbox"/> Il se tend/se crispe |
| <input type="checkbox"/> Il se cambre | <input type="checkbox"/> Il se tortille |

- Il empêche l'accès à son visage/à sa bouche
- Il se laisse toucher le visage/la bouche
- Il tourne la tête
- Il ne bouge pas
- Il sourit
- Il fronce les sourcils
- Il a le visage détendu
- Il a le visage crispé
- Il grimace
- Il me regarde/me suit du regard
- Il détourne son regard
- Il regarde ailleurs/a le regard dans le vide
- Il a un regard inquiet/paniqué
- Il babille/vocalise/ « parle » avec moi
- Il rit
- Il râle
- Il gémit
- Il pleure
- Il crie/hurle

26) En règle générale, lorsque vous réalisez un massage à l'intérieur de la bouche, votre enfant accepte-t-il le massage?

0 1 2 3 4

- 0 = il n'accepte pas du tout
- 1 = il accepte peu
- 2 = il accepte moyennement
- 3 = il accepte bien
- 4 = il accepte tout à fait

27) Si votre enfant réagit de façon négative lorsque vous réalisez un massage sur le visage (hors de la bouche) et/ou à l'intérieur de la bouche de votre enfant (ex : il pleure, s'agite...), que faites-vous ?

S'il ne réagit pas de façon négative cochez « je ne suis pas concerné(e) »

- Je ne suis pas concerné(e)
- J'arrête
- Je continue
- Je propose une autre sollicitation
- Autre :...je m'arrête et quand elle se calme je recommence.....

28) Une autre personne de l'entourage de votre enfant (autre membre de la famille, nourrice,...) réalise-t-elle des massages sur le visage (hors de la bouche) et/ou à l'intérieur de la bouche de votre enfant?

- Jamais
- Moins d'une fois par semaine
- Une à plusieurs fois par semaine (précisez) : 1 2 3 4 5 6
- Une à 6 fois par jour (précisez) : 1 2 3 4 5 6
- 7 fois ou plus par jour

29) Vous sentez-vous capable d'expliquer comment réaliser un massage sur le visage (hors de la bouche) et à l'intérieur de la bouche de votre enfant ?

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Tout à fait

Partie III : Organisation du programme

30) Vous êtes volontaire pour participer à un programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales. Il consiste en deux ateliers de groupe et une séance individuelle pour aider les parents dans la pratique des sollicitations oro-faciales.

Quel contenu souhaitez-vous y trouver ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Des informations sur l'intérêt des sollicitations oro-faciales
- Un entraînement pour être à l'aise pour faire des sollicitations oro-faciales à votre enfant
- Des conseils pour s'adapter à votre enfant : utiliser le bon type de toucher, adapter la durée, choisir des moments adaptés, repérer les signes de fatigue...
- Des exercices pour montrer les gestes à l'entourage de votre enfant (famille et professionnels)
- Des démonstrations pour utiliser des guides ou des supports (ex : vidéos, schémas, petites fiches...) lorsqu'on fait des sollicitations oro-faciales
- Autre :

31) A quels moments de la semaine seriez-vous disponible pour participer à des ateliers de groupe de parents et à une séance individuelle ? (Seuls les parents sont invités à participer, les enfants ne sont pas conviés)

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
9H-10H					
10H- 11H					
11H-12H					
12H-13H					
13H-14H					
14H-15H					
15H-16H					
16H-17H					
17H-18H					
18H-19H					
19H-20H					

- Je ne suis pas disponible sur ces créneaux
- Personne ne peut garder mon enfant

32) Est-il possible d'utiliser votre smartphone personnel pour réaliser de courtes vidéos ?

- Oui
- Non, je n'ai pas de smartphone
- Autre :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Nous vous contacterons très prochainement pour pouvoir vous rencontrer. A bientôt !

ANNEXE 9 - Outil conducteur de séances et ses annexes

ANNEXE 9.1 - Conducteur de séances

Programme "Encore un massage"			
Compétences d'adaptation : 1) Assimiler l'intérêt des SOF 2) Expliquer les SOF Compétences d'auto-soin : 3) Pratiquer les SOF avec aisance 4) Pratiquer les SOF de façon adaptée à son enfant (durée, moments, réactions de l'enfant)		Modes d'évaluation : 1) Répondre à un questionnaire de connaissances sur les SOF 2) Avoir expliqué les SOF à une personne de l'entourage 3) Avoir pratiqué tous les gestes proposés et avoir évalué son aisance 4) Avoir réalisé des massages sur son enfant Avoir identifié à quel niveau son enfant accepte les massages	
Intervenant-e (s) : 1 à 2 intervenant-e (s)	Nombre de participants : 3 à 5 participants	Durée totale du programme : 2h45 en tout par participant - Ateliers de groupe 1 et 2 : 1 heure chacun - Séance individuelle : 45 minutes/participant	Modalités : - Ateliers de groupe 1 et 2 : en présentiel - Séance individuelle : en visio
Matériel à prévoir : - Plumes - Tableau blanc ou paperboard - Stylos, feutres surligneurs - Post-it - Patafix ou aimants - Colle - alliance - parfum - poupons, poupées - Poches de gel - Miroirs - Gants - Essuie-tout - Gel hydroalcoolique - Un ordinateur/Vidéo projecteur - Boîte à chaussures - Montre ou réveil - lampe - Livre pour enfant - Sac en tissu		Annexes : - 1 : La maison des SOF - 2 : les deux histoires illustrant l'habitation - 3 : Fiches massage « séquence succion » et « séquence cuillère » - 4 : La Fleur des réactions - 5 : Étiquettes de signes de confort et d'inconfort (tirées du questionnaire préalable) - 6 : Vidéo d'un massage - 7 : Arbre décisionnel (signes de confort/inconfort) - 8 : Fiche personnelle - 9 : Quiz Kahoot sur ordinateur - 10 : Fiche de suivi des massages	
Conseils à l'intervenant : - Tout le monde doit avoir eu la parole au moins une fois. - Ne pas hésiter à accueillir et discuter des particularités de chacun. - Mettre le gel hydroalcoolique et l'essuie-tout à disposition en permanence. - Si c'est possible, proposer aux personnes qui le souhaitent de pratiquer les gestes les unes sur les autres. - Les abréviations servent à fluidifier la lecture du conducteur, mais les termes doivent être dits.			

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

Légende : En gras dans le texte : consignes orales à donner aux participants ☒ Conduites à tenir pour l'animateur : ne pas dire à l'oral. 0:00 : repère temporel pour le déroulement de chaque étape.	Disposition de la salle : Une table centrale autour de laquelle sont placées des chaises : une par participant et une par intervenant, de façon à ce que tout le monde puisse se voir et voir le tableau facilement	Abréviations : - SOF : sollicitation(s) oro-faciale(s) - OF : oro-facial(aux) - TAP : troubles alimentaires pédiatriques
---	---	--

Atelier de groupe 1 : en présentiel					
Thèmes successifs / Séquences	Objectifs pédagogiques à chaque étape	Durée de chaque étape	Déroulement détaillé (Activités du formateur/activités des participants, consignes données)	Notions clés	Supports, outils pédagogiques (en annexe)
Introduction 12 MIN	Faire le lien entre le programme et le quotidien	10 MIN 0:00	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Proposer du thé, du café, des biscuits ☒ Donner une fiche personnelle à chaque participant, remplir les dates de chaque rendez-vous. ☒ se présenter <p>Je vous invite à vous présenter chacun à votre tour et à parler de votre enfant. Vous pouvez expliquer rapidement quelles sont ses difficultés alimentaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ S'adresser à chaque participant à tour de rôle. Poser des questions pour nourrir l'échange si besoin <p>Que pensez-vous que cet atelier pourra changer à la maison ?</p>		Fiche personnelle
		2 MIN 0:10	<p>Nous nous retrouvons aujourd'hui pour la partie expérimentale de mon projet de mémoire. Il s'agit des ateliers de groupe du programme "Encore un massage" et des séances individuelles.</p> <p>Nous allons ici réfléchir aux cas de vos enfants porteurs de TAP.</p> <p>Vous avez rempli un questionnaire il y a quelques semaines. Vous avez pu dire ce que vous espérez apprendre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vous aimeriez comprendre l'intérêt des SOF - Vous souhaitez vous entraîner pour être à l'aise pour faire des massages à votre enfant - Vous attendez aussi des conseils pour vous adapter à votre enfant : pour utiliser le bon type de toucher, adapter la durée, choisir les bons moments, savoir quand vous arrêter... - Et vous aimeriez pouvoir vous aider de vidéos, de schémas, de petites fiches... <p>L'atelier d'aujourd'hui va se dérouler en plusieurs étapes :</p>		

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

			<ul style="list-style-type: none"> - d'abord nous allons réfléchir à pourquoi faire des massages, - puis nous verrons comment faire, et nous nous entraînerons à faire un massage très simple - Nous réfléchissons ensuite à quand le faire - Enfin, nous nous entraînerons à identifier les réactions que peuvent avoir vos enfants pendant un massage <p>Pour rappel, nous nous reverrons également dans deux semaines pour le second atelier de groupe. Pour cet atelier il sera très important que vous ayez un smartphone qui vous permette de vous filmer. Puis nous ferons des entretiens individuels en visio ou par téléphone et vous recevrez alors un questionnaire de fin de programme.</p>		
Connaissances sur les sollicitations oro-faciales 10 MIN	Identifier ce que sont les troubles alimentaires pédiatriques	1 MIN 0:12	<p>Vos enfants sont suivis par une orthophoniste pour des TAP, des difficultés alimentaires. Cela peut être : que votre enfant ne mange pas en quantité suffisante, que les repas durent trop longtemps, qu'il a des nausées, des vomissements, qu'il ne prend pas plaisir à manger, que la zone de la bouche est trop sensible, qu'il refuse des aliments ou des textures ou bien qu'il a des difficultés à mastiquer ou à avaler, à déglutir. Ces difficultés peuvent avoir plusieurs causes. Il faut savoir que si un bébé, un enfant, a connu des sensations désagréables, douloureuses au niveau de la bouche, du visage, alors il aura de grandes chances d'avoir des difficultés alimentaires, car il va associer tout ce qui vient solliciter cette zone à ces expériences négatives. Les bébés hospitalisés, les prématurés sont dans ce cas. Dans d'autres cas, une malformation de la bouche, du visage peut causer des difficultés pour manger. Dans certains syndromes génétiques aussi, les muscles peuvent avoir du mal à fonctionner, peuvent avoir moins de tonus, moins de force.</p> <p><i>☑ Faire le lien avec ce que les participants ont amené au début de l'atelier, lorsqu'ils ont présenté leur enfant.</i></p>		

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.



Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY

Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

	Recenser les différents types de sollicitations oro-faciales faits sur son enfant	8 MIN 0:13	<p>Dans tous ces cas, on peut préconiser de faire des SOF. Dans le questionnaire, vous avez pu exprimer ce que vous avez l'habitude de proposer à votre enfant et vous faites déjà des choses très bien. Si vous ne proposez pas encore de SOF, pas d'inquiétude, on va aujourd'hui se donner des idées de toutes sortes de choses qu'on peut faire pour aider vos enfants à manger mieux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dessiner/Afficher la maison des SOF vide. <p>Maintenant je vais vous laisser réfléchir ensemble à tout ce qui peut être fait en termes de sollicitations oro-faciales pour que vos enfants mangent mieux. Pensez à ce que vous faites, chez vous, ce que les professionnels qui travaillent avec vos enfants font, pensez à ce qui vous semblerait bien. Pensez à des verbes d'actions, des outils que vous connaissez et des mots-clés. Ecrivez une idée par post-it. Je vous laisse réfléchir ensemble pendant 5 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coller les post-it dans la maison au fur et à mesure <input type="checkbox"/> Si les participants peinent à trouver des idées ou n'osent pas se lancer, donner un ou deux exemples <input type="checkbox"/> Arrêter les participants au bout de 5 minutes <p>On peut ranger vos propositions dans les pièces d'une maison, comme je l'ai fait.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Décrire la maison aux participants et rajouter les termes qui n'ont pas été évoqués. <p>Vous avez construit la maison des SOF. Elle représente l'organisation des différentes SOF que l'on peut proposer.</p> <p>A votre avis, pourquoi est-ce que j'ai organisé les post-it de cette façon ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Montrer sur la maison des SOF les différents groupes de post-it. Guider les participants vers la réponse : « quel est le lien entre ça et ça ? » <input type="checkbox"/> Mettre en avant l'intérêt des SOF <p>Chaque pièce correspond à un moyen que l'on peut utiliser pour les troubles alimentaires. Le travail sensoriel va permettre à terme d'accepter des expériences sensorielles jusque-là inacceptables. Le travail moteur va quant à lui, permettre de travailler directement sur le muscle, sur sa mobilité, sa force, son tonus. Donc dans chaque pièce, on peut faire différentes activités. Cette maison, c'est un peu comme une boîte à idées. C'est plutôt l'orthophoniste qui dit quelle sollicitation est la plus adaptée à votre enfant, mais vous pouvez toutes les essayer.</p>	Types de sollicitation	Maison des SOF Post-it Stylos
Compréhension des gestes de massage	Découvrir l'intérêt des massages	6 MIN 0:21	<p>Maintenant, nous allons regarder d'un peu plus près la pièce « massages » de la maison. Nous allons voir pourquoi les réaliser et nous allons réfléchir à comment les faire.</p>		

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

17 MIN	Découvrir la notion d'habitude	<p>Les massages oro-faciaux vont permettre de détendre et tonifier les muscles du visage, de la bouche. Parfois, on va tellement éviter de toucher la zone bouche-visage (face à des réactions négatives par ex) que l'enfant peut perdre conscience de cette partie du corps. Les massages vont alors aider à reprendre conscience de ces zones, à mieux les ressentir. Et puis par les massages on cherche surtout à recréer des sensations agréables sur cette zone qui a été souvent associée au déplaisir.</p> <p>Pour voir comment faire ces massages, nous allons fabriquer une boîte à outils avec tout ce qui peut nous aider pour que ce soit plus facile et plus agréable.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Coller la boîte à outils sur la maison des SOF</i> ☒ <i>Prendre la boîte à chaussures</i> <p>Voici notre boîte à outils. Nous allons la remplir au fur et à mesure.</p> <p>Pour commencer, je vais vous présenter deux histoires très courtes. Vous me direz ensuite quel est le point commun entre ces histoires.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Lire les deux histoires, en associant un objet à chaque histoire et interroger les participants sur le point commun. Faire ressortir les termes "s'habituer, souvent, à force de, sensations"</i> <p>En effet, lorsqu'on rencontre une nouvelle sensation, on la remarque énormément. Et petit à petit, on y fait moins attention. Souvenez-vous quand porter le masque est devenu obligatoire dans certains lieux. Au début c'était très contraignant et puis maintenant c'est plus facile. C'est ce qu'on appelle l'habitude.</p> <p>Alors pour votre enfant, c'est la même chose, on va pouvoir proposer des massages souvent pour qu'il s'y habitue, pour qu'il soit moins sensible.</p> <p>Au début, votre enfant aura certainement du mal à accepter de se laisser toucher, mais petit à petit cela deviendra comme un rituel, quelque chose qu'il acceptera de mieux en mieux. Faire cela souvent, cela lui permet non seulement de s'habituer aux massages, mais aussi au contact des aliments, de la brosse à dents, des objets... de tout ce qui va stimuler la bouche.</p> <p>C'est pour cela qu'on dit qu'il faut idéalement faire ces massages tous les jours et même plusieurs fois par jour.</p> <p>On va donc faire des massages le plus souvent possible, c'est notre premier outil. C'est en les faisant souvent qu'on pourra obtenir l'habitude.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Ajouter « souvent » dans la boîte à outils et mettre le parfum et l'alliance dans la boîte à chaussures.</i> 	Habituation	<p>Boîte à outils de la maison des SOF</p> <p>Boîte à chaussures</p> <p>Histoires projetées</p> <p>Parfum et alliance</p>
--------	--------------------------------	---	-------------	---

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

	Faire la différence entre les différents types de touchers et savoir les utiliser	7 MIN 0:27	<p>Pour notre second outil, nous allons essayer plusieurs types de touchers, plusieurs façons de toucher.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Sortir les poches de gel.</i> <p>Nous allons effectuer 2 types de toucher différents sur la poche. La poche est posée sur la table.</p> <p>Pour le 1e toucher, faites glisser votre doigt sur la poche, le toucher doit être léger et doux. Le gel s'affaisse à peine sous le doigt. Vous pouvez essayer. Selon vous, comment s'appelle ce type de toucher ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Lorsque le terme est énoncé, coller l'étiquette « toucher léger, effleuré » sur le tableau à côté de la maison.</i> <p>Donc on va appeler cela un toucher léger, effleuré.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Si le terme « caresse » est évoqué, expliquer qu'on préfère ne pas l'utiliser car il a une connotation émotionnelle et qu'on caresse plutôt avec toute la main.</i> <p>Le 2e toucher est plus appuyé, le doigt glisse plus difficilement sur la poche, le gel est écrasé, il s'éclaircit, mais on ne voit pas la table en dessous et le bout de l'ongle blanchit. Vous pouvez essayer aussi. Selon vous, comment s'appelle ce type de toucher ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Lorsque le terme est énoncé, coller l'étiquette « toucher franc, appuyé » sur le tableau à côté de la maison.</i> <p>Donc on va appeler cela un toucher franc, appuyé.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Distribuer 1 gant à chaque participant. Ils doivent utiliser ce gant pour faciliter la dissociation des sensations du doigt et du palais.</i> <p>Maintenant, vous allez le faire sur vous dans votre bouche avec un gant. Vous pouvez ôter votre masque.</p> <p>Faites d'abord un toucher léger dans votre bouche en allant du milieu du palais vers les vaguelettes derrière vos dents, puis une 2e fois, au même endroit mais avec un toucher franc.</p> <p>Quelles étaient les sensations dans votre bouche lors du 1e toucher ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Aider à faire émerger des mots-clés : sensation diffuse, manque de précision, besoin d'annuler la sensation, désagréable, chatouilles...</i> ☒ <i>Si des participants ne donnent pas les mots-clés attendus, ils peuvent avoir eu des difficultés à faire le bon geste ou bien avoir des difficultés à sentir sur leur palais. Dans ce cas, leur donner une plume et leur faire expérimenter le toucher léger sur le dos de la main, puis sur les joues (ils manipulent la plume eux-mêmes). Refaire le parallèle en disant que c'est ce type de stimulation qu'ils doivent ressentir dans sur leur palais et leur faire réessayer le geste dans la bouche.</i> 	Poches de gel Toucher léger Toucher franc Gants Plume	
--	---	-----------------------------	--	---	--

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

	Intégrer qu'il faut prendre son temps	<p>3 MIN 0:34</p>	<p>Et quelles étaient les sensations dans votre bouche lors du 2e ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Aider à faire émerger des mots-clés : sensation moins diffuse, plus structurante, précision... <input checked="" type="checkbox"/> Uniquement dans le cas où les participants questionnent sur le toucher extrabuccal, expliquer que les sensations sont similaires sur l'intérieur du coude et proposer de faire les mêmes expérimentations. <p>Dans la bouche, les petites stimulations sont ressenties plus fort et de manière plus diffuse que les stimulations franches. C'est la même chose pour votre enfant : s'il reçoit une stimulation légère, il pourra réagir plus fort que s'il reçoit une stimulation franche. Vous remarquez que pour vous, la bouche est déjà une zone très sensible, même si vous avez l'habitude de la stimuler plusieurs fois par jour, à chaque fois que vous mangez ou que vous buvez quelque chose. Donc quand vous ferez un massage à l'intérieur de la bouche de votre enfant, quel type de toucher vous choisirez pour qu'il soit le plus agréable possible ? Nous allons le rajouter dans notre boîte à outils.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Coller l'étiquette « toucher franc » dans la boîte à outils de la maison et mettre une poche de gel dans la boîte à chaussures. <p>Pour notre prochain outil, je vais donner des situations avec 2 propositions, à chaque fois, vous me direz ce qui est le moins désagréable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand on est dans le noir, allumer directement une lumière forte ou bien allumer d'abord une petite lampe puis quand les yeux se sont habitués, la lumière forte. - Mettre un réveil avec le volume qui augmente progressivement ou bien avec un volume sonore fort dès le départ ? - Entrer d'un coup dans un bain trop chaud ou entrer petit à petit ? <p>Donc selon vous, comment faire quand on propose un massage OF à son enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Laisser les participants réfléchir, faire le parallèle avec les propositions précédentes <input checked="" type="checkbox"/> Coller l'étiquette « progressif, par étapes » dans la boîte à outils de la maison lorsque le terme est évoqué et mettre la lampe dans la boîte à chaussures. <p>En effet pour votre enfant, c'est la même chose que dans les situations précédentes. On ne va donc pas commencer par faire des massages dans la bouche, ce n'est pas agréable. On commence d'abord par des zones éloignées du visage, les mains, les bras, puis on vient</p>	Progressivité	
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--	---------------	--

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

		<p>1 MIN 0:37</p>	<p>peu à peu jusqu'à la bouche pour ne pas surprendre votre enfant et lui proposer un massage agréable.</p> <p>Alors, récapitulons ce qu'on a dans notre boîte à outils.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Sortir les éléments un par un de la boîte à chaussures et inciter les participants à redire les mots-clés. Répéter les mots-clés.</i> <p>On a le parfum et l'alliance, qu'est-ce qu'ils signifient? Ils veulent dire qu'on doit faire les massages souvent pour avoir une habitude de votre enfant. On a cette poche de gel, qu'est-ce qu'elle signifie ? Cela veut dire qu'on utilise un toucher franc. On a cette lampe, qu'est-ce qu'elle signifie ? Cela veut dire qu'on fait les massages progressivement, par étapes.</p> <p>On complètera notre boîte à outils lors du deuxième atelier de groupe.</p>		Boîte à chaussure remplie
Intégration des massages dans son quotidien 9 MIN	Expérimenter un massage simple	<p>5 MIN 0:38</p>	<p>Maintenant que nous avons vu comment réaliser des massages nous allons en essayer un.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Distribuer la vignette mains à chaque participant puis montrer sur une vignette</i> <p>Sur cette vignette, vous avez le geste illustré, le mouvement « rond », c'est indiqué qu'il faut le faire avec le pouce, 5 fois. Ici, vous avez des indications. Cela sert à commencer les massages, pour la progression, comme on a vu qu'on allait progressivement, en commençant par les zones éloignées du visage. Travailler au niveau des mains permet aussi de déjà travailler la bouche, parce que ces deux parties du corps sont reliées dans le cerveau.</p> <p>Vous pouvez le faire d'abord dans votre main à vous pour essayer et puis sur votre voisin-e pour vous entraîner.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Les autoriser à essayer sur soi s'ils le souhaitent</i> <p>Maintenant, vous avez pu essayer un massage que vous pouvez faire à votre enfant d'ici le prochain atelier de groupe. Nous allons coller la vignette sur votre fiche personnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Donner de la colle aux participants et faire coller la vignette dans l'espace « atelier de groupe 1 »</i> 		Vignette « mains »
	Intégrer les massages dans son quotidien	<p>4 MIN 0:43</p>	<p>Maintenant, nous allons réfléchir à quand faire ces massages.</p> <p>Dans le questionnaire vous avez dit privilégier des moments où votre enfant est disponible, mais aussi où vous êtes, vous aussi, disponible pour votre enfant et vous avez raison, c'est important.</p> <p>Vous avez repéré 3 grandes situations : les temps calmes, lors des soins de bouche, de la toilette et les repas. D'ailleurs, faire un massage juste avant le repas permet de préparer la bouche de votre enfant à manger.</p>		Colle

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie] Toulouse.



Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY

Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

			<p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Ajouter les chemins de la maison des SOF</i></p> <p>L'idée n'est pas de rajouter quelque chose à faire dans votre journée, mais simplement d'intégrer les massages OF à votre quotidien.</p> <p>A partir de ces 3 grands chemins, vous allez maintenant réfléchir ensemble aux situations de votre quotidien où vous pourrez faire des massages.</p> <p>Parmi toutes les situations qui viennent d'être évoquées, choisissez-en une qui vous convient et notez-la sur votre fiche personnelle. C'est votre mission : vous devrez réaliser des massages avec votre enfant tous les jours au moment que vous venez de choisir d'ici le prochain atelier.</p>	
Observation des réactions de son enfant 9 MIN	Identifier les réactions de son enfant et s'y adapter	10 MIN 0:47	<p>Maintenant que nous avons vu comment et quand réaliser ces massages, nous allons aborder un point essentiel à se rappeler lorsqu'on réalise des massages, il s'agit de savoir bien observer son enfant. Cela peut paraître évident, et pourtant quand on est dans l'action, qu'on pense à notre geste, à faire le toucher adapté, il peut arriver de ne pas repérer les signaux que nous envoie notre enfant en réaction au massage, et c'est tout à fait compréhensible. Ces signaux peuvent être positifs comme négatifs, mais dans les deux cas, il sera important de les identifier car ces signaux, ce sont notre enfant qui nous dit "vas-y maman/papa, tu peux continuer" ou bien au contraire "stop, c'est trop pour moi. Nous allons donc noter ensemble au tableau quelles sont les réactions que vous pouvez observer chez votre enfant pendant un massage ou une autre sollicitation oro-faciale.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Placer les propositions dans la fleur préalablement dessinée au tableau</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>s'il manque des réactions, sortir les étiquettes et demander aux participants où ils les placeraient : les guider si besoin et les placer sur la fleur</i></p> <p>Vous avez identifié un grand nombre de réactions que vous pouvez observer chez vos enfants pendant un massage. Vous pouvez voir que je les ai placés sur différents pétales. Si vous deviez donner des noms à ces pétales, quels seraient-ils?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Guider les participants si besoin en soulignant les points communs des réactions propres à chaque pétale</i></p> <p>Enfin, si on observe la façon dont ont été placées les réactions sur chaque pétale. Qu'est-ce qu'on peut dire?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Guider les participants si besoin en soulignant les points communs des réactions des différentes pétales (d'abord chaque extrémité, puis chaque base...)</i></p> <p>Vous avez construit la fleur des réactions. Cette fleur vous aidera à observer le comportement de votre enfant pendant les massages pour identifier à quel point il accepte le massage.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Distribuer la Fleur des réactions annotée et vierge</i></p>	<p>Fleur dessinée au tableau</p> <p>Fiches Fleur des réactions</p> <p>Étiquettes de signes de confort/d'inconfort</p> <p>Vidéo massage bébé</p>

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

			<p>Je vous propose maintenant de regarder une courte vidéo afin de vous entraîner à la remplir. En fonction des réactions du bébé que vous allez observer sur la vidéo, vous allez colorier la fleur et dire à quel point ce bébé accepte le massage.</p> <p><input type="checkbox"/> Passer la vidéo. Interroger l'ensemble des participants sur le chiffre à colorier, pétale par pétale.</p> <p>Je vous propose donc pour le prochain atelier de vous entraîner à colorier cette fleur lors de massages ou d'autres sollicitations que vous avez l'habitude de réaliser sur votre enfant. Vous pouvez rajouter cette 2e mission sur votre fiche personnelle.</p>	
Clôture de l'atelier et temps de régulation 3 MIN		<p>3 MIN 0:57 Réguler en fonction du temps restant</p> <p>1:00</p>	<p>L'atelier touche à sa fin, avez-vous des questions sur les points qui ont été abordés aujourd'hui?</p> <p><input type="checkbox"/> Laisser un temps pour que les participants parlent de leurs craintes, les rassurer, répondre à leurs questions.</p> <p>Si vous n'avez plus de questions, je vous donne la maison des SOF. C'est un outil que vous pouvez utiliser comme une boîte à idées.</p> <p>Merci pour votre participation !</p> <p>On se donne rendez-vous dans deux semaines pour le second atelier de groupe où on apprendra d'autres massages.</p> <p>D'ici-là, n'oubliez pas de faire vos deux missions : le massage des mains tous les jours, au moment que vous avez choisi, ainsi que la Fleur des réactions à remplir.</p> <p><input type="checkbox"/> Distribuer plusieurs fiches par participant de la Fleur des réactions vierge</p> <p><input type="checkbox"/> Rappeler le jour et l'horaire du prochain atelier de groupe</p>	<p>Maison des SOF imprimée</p> <p>Fiches Fleur des réactions</p>

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

Atelier de groupe 2 : en présentiel					
Thèmes successifs / Séquences	Objectifs pédagogiques à chaque étape	Durée de chaque étape	Déroulement détaillé (Activités du formateur/activités des participants, consignes données)	Notions clés	Supports, outils pédagogiques (en annexe)
Introduction 20 MIN		4 MIN 0:00	<ul style="list-style-type: none"> ☑ Proposer du thé, du café, des biscuits ☑ Donner une fiche personnelle aux participants s'ils n'ont pas rapporté celle de la dernière fois, remplir les dates de chaque rendez-vous. <p>Nous nous retrouvons aujourd'hui pour le second atelier de groupe du programme "Encore un massage".</p> <p>L'atelier d'aujourd'hui va se dérouler en plusieurs étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'abord nous allons faire un quiz sur smartphone pour se rappeler ce que nous nous sommes dit la dernière fois, - puis nous nous entraînerons à faire de nouveaux gestes. Vous vous souvenez que la dernière fois, nous avons créé une boîte à outils. Nous allons essayer d'y penser lorsque nous nous entraînerons aujourd'hui. - enfin nous discuterons de la façon de s'adapter à votre enfant. <p>L'objectif principal aujourd'hui est que vous soyez à l'aise pour faire des massages.</p> <p>Pour rappel, nous nous reverrons également dans quelques jours lors d'entretiens individuels et vous recevrez ensuite un questionnaire de satisfaction.</p>		
	Faire le point sur ses habitudes	10 MIN 0:04	<ul style="list-style-type: none"> ☑ Inclure un temps de présentations si des personnes étaient absentes lors du premier atelier <p>Avant tout, vous vous souvenez que vos deux missions pour ces derniers jours était de faire des massages à votre enfant tous les jours, et d'essayer de dire à quel point il avait accepté le massage en vous aidant notamment de la fleur des réactions.</p> <p>Suite au premier atelier, avez-vous déjà pu remarquer des changements, avez-vous pu essayer de nouvelles choses ?</p> <p><i>Laisser les participants répondre, relancer, recadrer l'échange, gérer le temps. Demander ce que les parents ont fait, ce qui a été difficile...</i></p>		
	Se rappeler les notions clés vues précédemment	6 MIN 0:14	<p>Nous allons maintenant faire un jeu sous forme de quiz pour nous rappeler ce que nous nous sommes dit lors du premier atelier. Je vous invite à vous munir de votre smartphone</p>		Ordinateur ou Vidéoprojecteur

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

			<p>et à vous connecter à internet. Vous pouvez aller sur ahaslides.fr Maintenant, entrez ce code ou scannez le QR code pour accéder au quiz. Vous pouvez choisir un nom de joueur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Aider les participants à se connecter sur ahaslides <input checked="" type="checkbox"/> Lancer le quiz et commenter au fur et à mesure en remontrant les éléments de la boîte à chaussures lorsque les notions sont abordées. 		
Expérimentation des gestes de massage 37 MIN	Evaluer son aisance	5 MIN 0:20	<p>Maintenant qu'on a revu tout ce qu'on s'est dit la dernière fois, on essaie de penser à tout ce qu'on a déjà mis dans notre boîte à outils.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Mettre la boîte à chaussures en évidence <p>On va maintenant évaluer notre aisance à faire des gestes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Distribuer la fiche adéquate en fonction du niveau de développement oral des enfants des participants (seq_suction ou seq_cuillère). <p>Le but aujourd'hui est que vous soyez le plus à l'aise possible pour faire des massages. Dans le questionnaire vous avez déjà pu dire comment vous vous sentez globalement lorsque vous touchez votre enfant. Ici on va voir pour chaque geste, plus en détail, comment on se sent, sans penser à comment réagirait votre enfant. Essayez de vous imaginer faire ces gestes sur vous, parce que c'est ce que vous allez faire. Comment est-ce que vous pensez que vous vous sentirez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Dans le cas où les participants ont des fiches différentes, expliquer que chacun a une fiche adaptée à l'âge de son enfant et que ce ne sont pas tout à fait les mêmes gestes. <p>Sur ces fiches, vous reconnaissez le massage des mains que nous avons vu la dernière fois. Il y a d'autres gestes expliqués de la même façon.</p> <p>Pour commencer, vous allez situer votre aisance à faire chaque geste. Dans la ligne « aisance actuelle à faire ce geste », il faut simplement faire une croix au-dessus du bonhomme vert si vous pensez être à l'aise, jaune si vous pensez être moyennement à l'aise ou rouge si vous pensez ne pas être à l'aise du tout. Vous avez 3 minutes pour le faire.</p> <p>La deuxième ligne, en dessous sera à remplir plus tard, lorsque vous aurez pu vous entraîner.</p> <p>Je vous laisse regarder la feuille, et réfléchir. Si vous avez besoin, n'hésitez pas à me demander de l'aide.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Aider les participants si besoin, les laisser prendre connaissance des gestes. <p>Vous avez pu remarquer que les gestes sont dans un certain ordre, qui correspond à une idée d'aller progressivement vers la bouche.</p>	Gestes	Boîte à chaussures remplie du parfum et de l'alliance, de la poche de gel, de la lampe Fiches massages Stylos

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

	Pratiquer les gestes	15 MIN 0:25	<p>Maintenant que vous avez pu regarder tous les gestes, nous allons nous exercer. Vous allez vous exercer à faire chaque geste sur vous-même devant le miroir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Placer les miroirs et donner des gants. <p>Ici, je vous propose des gants, mais pensez que lorsque vous serez avec votre enfant vous n'en aurez pas. Donc vous pouvez choisir d'en utiliser ou non. J'en profite également pour vous conseiller de ne pas vous laver les mains avec un savon trop fort en odeur lorsque vous faites des massages à votre enfant.</p> <p>Sur chaque vignette il est expliqué comment faire le massage. Si vous ne comprenez pas quelque chose, ou si vous n'êtes pas sûr-e de vous, n'hésitez pas à me le dire.</p> <p>Vous pouvez enlever votre masque. Nous allons faire chaque geste dans l'ordre de la fiche ensemble pendant 15 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si tous les participants ont la même fiche, projeter les massages un par un et commenter. Si ce n'est pas le cas, laisser les participants découvrir les massages en autonomie en restant attentif à leurs gestes et leurs questionnements. <input type="checkbox"/> Proposer des poupons pour qu'ils puissent aussi réaliser les gestes sur quelqu'un <input checked="" type="checkbox"/> Répondre aux questions, poser des questions sur le ressenti, insister sur certains gestes (tapping, pressions profondes ...) réajuster les gestes, conseiller de prendre son temps... 		Miroirs Gants
	Pouvoir proposer un massage adapté en durée	2 MIN 0:40 4 MIN 0:42	<p>Voilà, les 15 minutes sont écoulées. Vous avez pratiqué tous les gestes, alors vous pouvez maintenant compléter la 2e ligne « aisance après pratique à faire le geste ».</p> <p>Lorsque vous avez fait les gestes à l'instant, cela a pris du temps, parce que vous aviez besoin d'apprendre, de découvrir les gestes. Mais dans votre quotidien, avec votre enfant, les massages ne doivent pas durer trop longtemps car ils peuvent être difficilement supportés. Il faut aussi que ce soit quelque chose qui ne vous prenne pas beaucoup de temps. Ils doivent donc durer 5 minutes maximum, mais s'ils durent quelques secondes c'est déjà très bien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Montrer la montre <p>Il faut que ce soit un moment court. Voilà un nouvel outil à ajouter dans la boîte à outils.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Coller l'étiquette « court » dans la boîte à outil de la maison et mettre la montre dans la boîte à chaussures. 		Vidéoprojecteur
				Court	Montre

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

	Savoir rendre le moment amusant		<p>Ce moment doit aussi être agréable, ludique et amusant. Dans le questionnaire, vous avez souvent dit qu'il fallait le faire avec plaisir. Mais peut-être qu'au début, ce ne sera pas forcément le cas pour vous, peut-être parce que vous appréhendez les réactions de votre enfant, et c'est tout à fait normal. Mais vous verrez qu'en essayant de rendre le moment amusant et agréable pour votre enfant, il y prendra du plaisir et vous finirez aussi par prendre du plaisir. Pour cela, on peut donc parler, chanter une comptine, raconter une histoire. Si c'est trop difficile, on peut aussi montrer l'exemple sur quelqu'un d'autre ou sur le doudou.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Montrer le livre, coller l'étiquette « amusant » dans la boîte à outils de la maison et placer le livre dans la boîte à chaussures.</i> <p>Est-ce que vous connaissez des exemples de comptines ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Laisser les participants s'exprimer, les inviter à montrer/chanter un exemple sur eux-mêmes</i> ☒ <i>Si aucun parent n'en connaît, donner des exemples de comptines : donner un exemple, « 1, 2, 3, nous irons aux bois » par exemple.</i> <p>Nous allons choisir une comptine à chanter pendant la séquence des gestes que l'on a appris aujourd'hui.</p> <p>Maintenant, vous pouvez prendre vos smartphones personnels. Je vous invite à vous filmer en faisant les massages sur vous et en chantant la comptine. On va le faire tous ensemble.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Aider les participants à se filmer si besoin.</i> ☒ <i>Si les participants ne souhaitent pas chanter, expliquer qu'on peut parler avec douceur, raconter ce qu'on fait, avoir un regard doux, être souriant...</i> <p>Cette vidéo peut vous servir de support pour vous entraîner ou pour vous aider lorsque vous faites les massages à votre enfant.</p> <p>Lorsque vous ferez des massages à votre enfant, il pourra réagir de différentes façons. Il pourra montrer qu'il se sent bien, qu'il accepte les massages ou bien montrer qu'il n'est pas à l'aise. Tout cela nous l'avons vu ensemble la dernière fois avec la Fleur des réactions. Quand votre enfant montre des signes de confort, comment vous sentez-vous ? Vous vous sentez bien, vous vous sentez sûrement à l'aise.</p>	Ludique	Livres pour enfant
		5 MIN 0:46			
		5 MIN 0:51			

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

	S'adapter en fonction des réactions de son enfant	1 MIN 0:56	<p>Et quand il montre des signes d'inconfort ou de refus, comment vous sentez-vous ? Vous êtes plutôt dans un ressenti négatif et ça peut vous mettre mal à l'aise.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Laisser quelques mots-clés émerger</i></p> <p>Dans le questionnaire, vous avez dit être moins à l'aise pour toucher la bouche ou dans la bouche de votre enfant. C'est peut-être parce que votre enfant n'apprécie pas. Quand votre enfant montre des signes d'inconfort, vous vous sentez mal à l'aise, votre enfant le ressent et on rentre dans un cercle vicieux. Mais avec tout ce qu'on a fait aujourd'hui, vous avez tous les outils pour savoir réagir face à cet inconfort et être plus à l'aise.</p> <p>Donc on va adapter le déroulé de la séquence de massages en fonction des réactions de votre enfant. Quand il montre des signes de confort, est-ce que vous continuez d'avancer dans la séquence ?</p> <p>Quand il montre des signes d'inconfort est-ce que vous continuez d'avancer dans la séquence ?</p> <p>On fait de ce moment un moment agréable, sans forcer, on suit cet arbre décisionnel jusqu'à la fin de la séquence.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Afficher l'arbre décisionnel. Reformuler, expliquer l'arbre.</i></p> <p>Certains jours, on peut faire beaucoup et d'autres jours, très peu. Cela ne veut pas dire que votre enfant régresse, c'est simplement que certains jours, c'est plus difficile pour lui. Lorsque les enfants sont malades, c'est plus difficile de réaliser des massages, on les propose en s'adaptant à leurs réactions. C'est pour continuer à faire les massages souvent. Comme cela, votre enfant continue à s'habituer au contact.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Montrer le parfum et l'alliance de la boîte à chaussures</i></p> <p>En fait, en réalisant les massages souvent vous devriez voir de moins en moins de signes d'inconfort.</p> <p>Nous allons revoir une fois ce qu'on a dans notre boîte à outils.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Sortir les éléments un par un de la boîte à chaussures et inciter les participants à redire les mots-clés. Répéter les mots-clés.</i></p> <p>On a ce parfum et cette alliance, pouvez-vous rappeler ce qu'ils signifient ? ils veulent dire qu'on doit faire les massages souvent pour avoir une habitude de votre enfant. On a cette poche de gel, pouvez-vous rappeler ce qu'elle signifie ? Cela veut dire qu'on utilise un toucher franc. On a cette lampe, pouvez-vous rappeler ce qu'elle signifie ? Cela veut dire qu'on fait les massages progressivement, par étapes. On a cette montre, pouvez-vous rappeler ce qu'elle signifie ? Cela veut dire que les massages sont faits sur un temps court.</p>	Adaptation	Arbre décisionnel des signes de confort/inconfort
--	---	---------------	---	------------	---

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

			On a ce livre, pouvez-vous rappeler ce qu'il signifie ? Cela veut dire que le moment doit être agréable, ludique, amusant.		
Clôture de l'atelier et régulation du temps 3MIN		3 MIN 0:57 <i>Réguler en fonction du temps restant</i>	<p>Maintenant, vous savez réaliser des massages. Je vous demande donc pour la prochaine fois de réaliser la séquence de massage avec votre enfant et de la filmer.</p> <p>☑ <i>Prévoir les modalités d'envoi de la vidéo avec les participants</i></p> <p>Vous avez jusqu'à notre rendez-vous individuel pour envoyer cette vidéo. Le but est qu'on puisse la visionner et en discuter ensemble. Vous pouvez vous aider de tous les documents dont vous disposez, y compris de la vidéo de vous réalisant la séquence de massages. J'ai bien conscience que c'est une vidéo réalisée à un instant t, elle n'a pas besoin d'être parfaite, c'est pour s'entraîner et pour rendre les massages encore plus faciles. Vous pouvez écrire cette mission sur votre fiche personnelle. Et même si vous ne filmez qu'un seul massage, n'hésitez pas à en réaliser plusieurs jusqu'à notre prochain rendez-vous, à chaque fois que vous y pensez et sur les temps que vous avez identifiés la fois dernière fois par exemple. Plus vous en ferez, plus vous serez à l'aise, et plus votre enfant les appréciera. Pensez aussi à colorier la fleur des réactions suite à chaque massage. Cela vous permettra de voir si votre enfant accepte de plus en plus les massages.</p> <p>Je vous donne une seconde mission pour la prochaine fois : essayer d'expliquer les massages à quelqu'un. Nous en discuterons ensemble lors de la séance individuelle. Vous pouvez l'écrire sur votre fiche également.</p> <p>L'atelier touche à sa fin. Avant de partir, je vous donne la maison des SOF si vous en revoulez un exemplaire et je vous donne l'arbre. Voici également des fiches supplémentaires de la fleur des réactions. Merci à tous pour votre participation !</p>		<p>Maison des SOF imprimée</p> <p>Arbre décisionnel imprimé</p> <p>Fiches Fleur des réactions</p>
		1:00			

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

Séance individuelle : en distanciel					
Thèmes successifs / Séquences	Objectifs pédagogiques à chaque étape	Durée de chaque étape	Déroulement détaillé (Activités du formateur/activités des participants, consignes données)	Notions clés	Supports, outils pédagogiques (en annexe)
Introduction 6 MIN		1 MIN 0:00	Nous nous retrouvons aujourd'hui pour la séance individuelle du programme sur les JOF. Nous sommes là pour parler de votre enfant : - dans un premier temps, nous allons revenir sur la vidéo que vous avez envoyée depuis le dernier atelier de groupe et nous la commenterons - nous discuterons ensuite de vos habitudes et je pourrai répondre à vos questions		
	Faire un point sur les habitudes	5 MIN 0:01	Suite au dernier atelier, qu'avez-vous pu faire ? Est-ce que cela a été difficile ? <input type="checkbox"/> Laisser les participants répondre, poser des questions sur le ressenti, recadrer l'échange. Les aspects abordés peuvent être de tout ordre, mais on peut orienter vers la mise en place, les réactions de l'enfant, le sentiment du parent...		
Retour d'expérimentation des massages 26 MIN	Identifier les facilités et les difficultés rencontrées pendant le massage	15 MIN 0:06	Nous allons maintenant visionner ensemble la vidéo que vous avez réalisée avec votre enfant. J'ai bien conscience que c'est une vidéo réalisée à un instant t, elle n'a pas besoin d'être parfaite. Elle nous sert juste de support pour améliorer encore le rituel et vous aider à rendre les massages encore plus faciles. <input type="checkbox"/> Regarder la vidéo une première fois en entier avant de commenter. <input type="checkbox"/> Si la visio n'est pas possible et que la séance est par téléphone, avoir visionné la vidéo en amont de la séance. Qu'est-ce qui vous a semblé facile ? <input type="checkbox"/> Souligner les aspects positifs de la vidéo (par exemple la mise en place, le positionnement, les gestes, l'adaptation aux réactions de l'enfant, la durée) Qu'est-ce qui a été plus difficile ? Est-ce que vous savez comment faire pour que ce soit plus simple pour vous et votre enfant ? <input type="checkbox"/> Laisser les participants s'exprimer, faire émerger des réponses. Encourager sans souligner les aspects négatifs de la vidéo. <input type="checkbox"/> Aider à faire émerger des solutions ou des idées d'amélioration		

D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

	Faire un retour sur l'intégration des massages dans le quotidien	11 MIN 0:21	<p>Si vous deviez colorier la fleur des réactions, à quel niveau diriez-vous que votre enfant accepte le massage lors de cette séquence?</p> <p>Avez-vous pu remarquer des changements dans l'attitude de votre enfant ? Comment réagit-il ? Lorsqu'il réagit de façon négative, que faites-vous ? Arrivez-vous à trouver des moments pour faire des massages tous les jours ? Que faites-vous pour y penser ?</p> <p>☐ Si les participants n'ont pas d'idée, inviter les participants à faire les massages au cours d'un rituel du quotidien de leur enfant (change, bain, brossage des dents...). On peut également donner l'exemple de coller des post-it à des endroits stratégiques de l'habitat. Mais chaque participant doit trouver un moyen qui lui convient.</p> <p>Combien de temps durent les massages ?</p> <p>Avez-vous des questions ?</p>		
Explication des massages 8 MIN	Expliquer les SOF	7 MIN 0:32	<p>Vous vous souvenez que nous avons dit que les massages doivent être faits de façon intensive. Cela peut parfois représenter une grande charge, c'est pourquoi il peut être intéressant que d'autres personnes puissent également réaliser des massages à votre enfant.</p> <p>Avez-vous essayé d'expliquer les SOF à quelqu'un d'autre ? De la famille, les personnes avec qui vous vivez, des personnes qui s'occupent de votre enfant par exemple.</p>		
		1 MIN 0:39	<p>Lorsque vous le ferez, vous pourrez utiliser tous les outils dont vous disposez. Quels sont les outils et les supports que vous avez à votre disposition ?</p>		
Clôture de la séance 5 MIN		5 MIN 0:40	<p>La séance se termine, dans 7 jours, je vous donnerai un accès à un questionnaire de fin de programme. Nous pourrions si vous le souhaitez, le remplir ensemble au téléphone, ou au CAMSP. Vos retours sont très importants pour moi, car cela me permettra d'améliorer le programme.</p> <p>Je vous demanderai des indications sur le nombre de massages que vous avez réalisés sur les 7 derniers jours, donc pensez bien à remplir la fiche de suivi des massages que je vous ai distribué la semaine dernière. Pensez-vous avoir besoin d'un pense-bête pour penser à remplir la fiche tous les jours? Cette fiche permettra aussi de voir si votre enfant accepte de mieux en mieux les massages.</p> <p>Merci beaucoup pour votre participation !</p>		
		0:45			

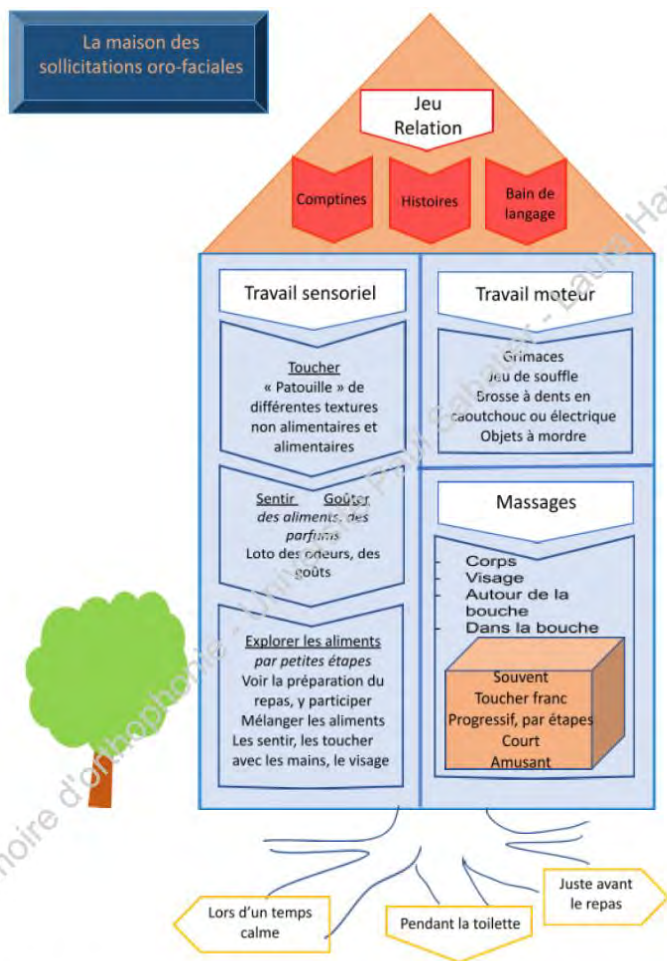
D'après Dufillon, A. (2022). Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

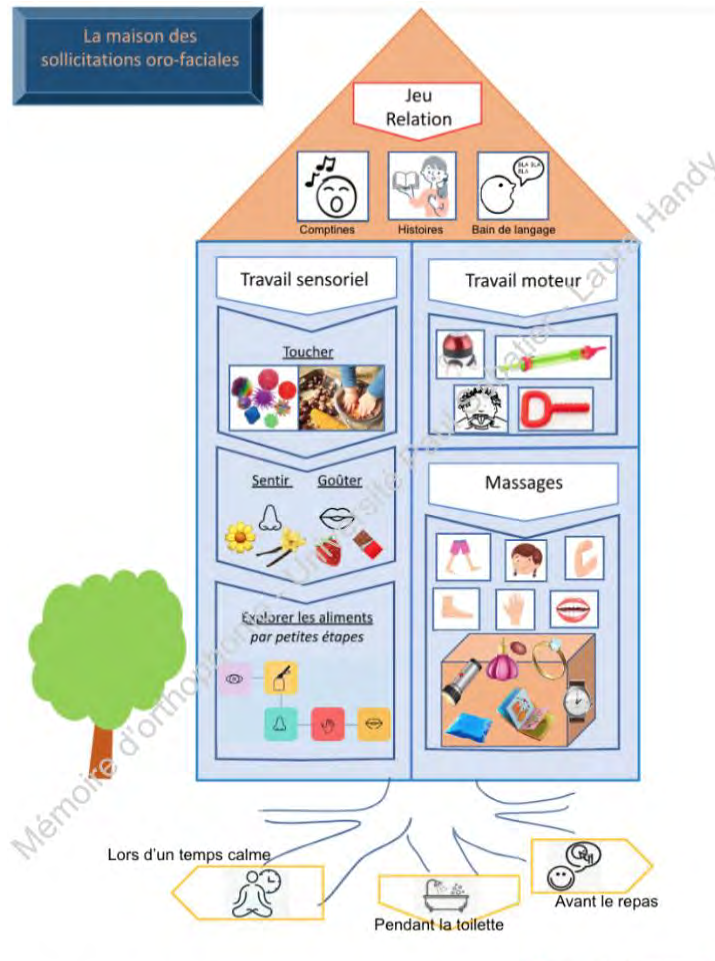
ANNEXE 9.2 - La Maison des SOF (version écrite et version pictographique)



Source : « La maison des sollicitations oro-faciales » de Dufillon, A. (2022)



Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY



Librement inspiré de « La maison des sollicitations oro-faciales » de Dufillon, A. (2022)



Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY

ANNEXE 9.3 - Histoires illustrant l'habituat

L'alliance















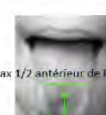

Texte lu : Sarah et Yohan viennent de se marier, mais Yohan, qui n'avait jamais porté de bague, ne supporte pas son alliance et n'arrête pas de l'enlever. Cela énerve beaucoup Sarah qui prend rendez-vous pour aller la faire réajuster. En attendant le rendez-vous, Yohan décide de garder l'alliance à son doigt malgré sa gêne pour faire plaisir à Sarah. Le jour du rendez-vous arrive mais Yohan est stupéfait car il ne sent plus la bague.

Le parfum



Texte lu : Julie est enchantée car elle a reçu son parfum préféré pour son anniversaire ; elle l'adore et le porte déjà depuis plusieurs années. Cependant au bout de quelques semaines, elle ne le sent plus. Alors elle en met davantage et cela fonctionne, elle le sent à nouveau. Mais au bout de quelques jours, ça recommence, elle ne le sent plus. Très déçue, elle se rend à la boutique de parfums pour se plaindre de sa qualité.

ANNEXE 9.4 - Fiches massage « séquence succion » et « séquence cuillère »

<p>FICHE EXPLICATIVE DES GESTES DE MESSAGES ORO-FACIAUX</p> <p><i>Succion (S) → 8/8 (moy)</i></p> 			
<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>MAINS</p> <p>Rond</p>  <p>Pouces x5</p> <p><u>Progression</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>BRAS - EPAULES</p>  <p>Paume X2-3</p> <p><u>Détente globale / Progression</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>VISAGE</p>  <p>Index X2</p> <p><u>Habitude</u></p>	
<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>SOURCILS</p>  <p>Pouces X2</p> <p><u>Habitude</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>AILES DU NEZ</p>  <p>Index X2</p> <p><u>Habitude</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>JOUES</p>  <p>5sec</p> <p><u>Tonifier / Fermeture buccale</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>JOUES</p>  <p>Index X3</p> <p><u>Relâchement</u></p>
<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>LEVRE SUP</p>  <p>Pce - Idx X2</p> <p><u>Relâchement / Prévenir les rétractions</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>POINTS CARDINAUX</p>  <p>Index 3 sec/point</p> <p><u>Stimuler la succion / Habitude</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>GENCIVES</p>  <p>Index ou Annulaire X2/point</p> <p><u>Habitude</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>INTERIEUR DES JOUES</p>  <p>Index 3sec/côté</p> <p><u>Tonifier</u></p>
<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>LANGUE</p>  <p>Annulaire X1</p> <p><u>Stimuler la succion / Creuser la langue</u></p>	<p>Alaisance <u>actuelle</u> à faire ce geste. ● ● ● ● ●</p> <p>Alaisance <u>après pratique</u> à faire ce geste.</p> <p>PROPOSITION GUSTATIVE</p>  <p>Index ou Annulaire X2</p> <p><u>Stimulation la déglutition / Habitude au goût</u></p>		

FICHE EXPLICATIVE DES GESTES DE MASSAGES ORO-FACIAUX

Quelle que soit l'âge de l'enfant

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
MAINS	Rond	<ul style="list-style-type: none"> 2 mains en même temps (si possible) Massage en rond appuyé/franc 		
				
Pouces	x5	Progression		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
BRAS - EPAULES		<ul style="list-style-type: none"> D et G en même temps Partir des mains et remonter vers les épaules Toucher franc, avec toute sa main 		
				
Paume	X2-3	Détente globale / Progression		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
TÊTE - VISAGE		<ul style="list-style-type: none"> Avec toute sa main D et G en même temps Exercer des touchers francs sur la tête et le visage Possibilité de faire des mouvements circulaires amples sur les tempes 		
				
Paume	5 sec	Habitude		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
AILES DU NEZ	Franc	<ul style="list-style-type: none"> Pulpe des doigts D et G en même temps Appuyés/francs Massages en rond ou lisses Entre les yeux puis descendre vers les ailes du nez, les pommettes jusqu'aux oreilles 		
				
Index	X2	Habitude		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
JOUES	Tapping Vers la bouche	<ul style="list-style-type: none"> Bout d'index, 1 seul doigt à la fois D et G successivement Toucher franc et rythmé Du lobe de l'oreille vers la bouche : vers les lèvres supérieures puis vers le menton. +/- soutien mandibulaire 		
				
Index	5sec/côté	Tonifier / Fermeture buccale		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
JOUES	Vers l'avant	<ul style="list-style-type: none"> Pulpe des doigts D et G en même temps Lignes appuyées Des oreilles vers les commissures Ramener les joues vers l'avant (bisou) Relâcher doucement 		
				
Index - pouce	X3	Habitude		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
LEVRE SUP	Franc	<ul style="list-style-type: none"> Pulpe des doigts D et G en même temps Lignes appuyées Du philtrum vers les commissures des lèvres Attention à hydrater les lèvres 		
				
Pce - Idx	X2	Relâchement / Prévenir les rétractions		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
INTERIEUR DES JOUES	Tirer	<ul style="list-style-type: none"> Index D et G séparément Contre résistance : Tirer moyennement la joue quand l'enfant veut fermer la bouche Bouche ouverte ou fermée Sans écarter trop la joue 		
				
Index	3sec/côté	Tonifier		


Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
GENCIVES	Vite Franc	<ul style="list-style-type: none"> Pulpe du doigt 4 gencives (supérieures) : du centre vers le fond du freinant sur l'arcite À chaque proposition, augmenter progressivement l'amplitude selon tolérance Sur la compagne : 1,2,3 nous avons au bout : 4,5,6 caillou des coisens... Maintenir la tête ou le menton si besoin La bouche ne doit pas obligatoirement être ouverte pour effectuer le geste D'après les massages de SENEZ (2015) 		
				
Index ou Annulaire	X2	Habitude		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
PALAIS	Vite Franc	<ul style="list-style-type: none"> Pulpe du doigt Appui franc et rapide À chaque proposition, augmenter progressivement l'amplitude selon tolérance Même puis côtés Sur la compagne : ...7,8,9 ... Maintenir la tête ou le menton si besoin La bouche ne doit pas obligatoirement être ouverte pour réaliser ce geste D'après les massages de SENEZ (2015) 		
				
Index ou Annulaire	X1-2	Habitude		

Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
LANGUE	Franc	<ul style="list-style-type: none"> Pointe du doigt Appuyer 2 fois rapidement sur la pointe de la langue Pas plus forte que la 1/3 antérieure Sur la compagne : ... dans main panier neuf La langue ne doit pas forcément être tirée / sortie de la bouche pour faire le mouvement Maintenir la tête ou le menton si besoin D'après les massages de SENEZ (2015) 		
				
Index	X2	Habitude		

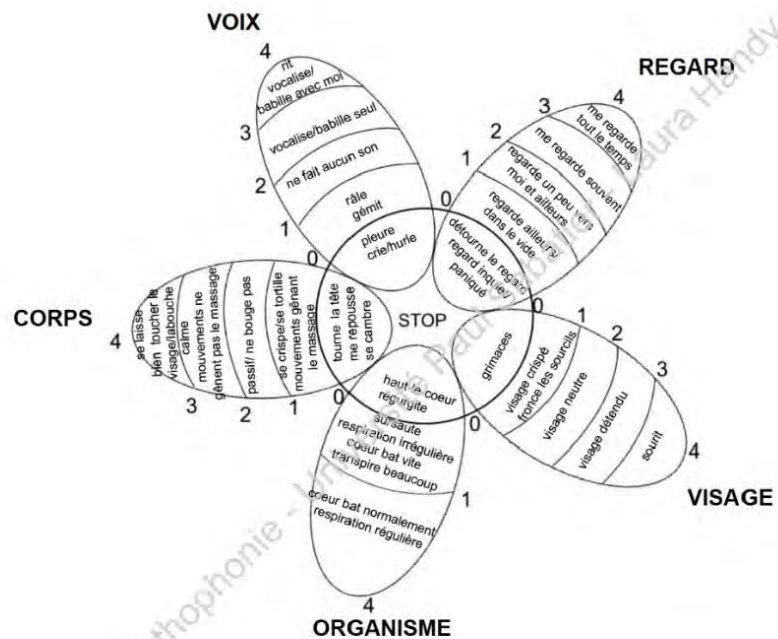
Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Aisance actuelle à faire ce geste.		●	●	●
Aisance après pratique à faire ce geste.				
PROPOSITION GUSTATIVE		<ul style="list-style-type: none"> Tremper doigt dans l'aliment Ôter la goutte/le surplus Faire sentir Déposer sur les lèvres ou la langue 		
				
Index ou Annulaire	X2	Stimulation la déglutition / Habitude au goût		

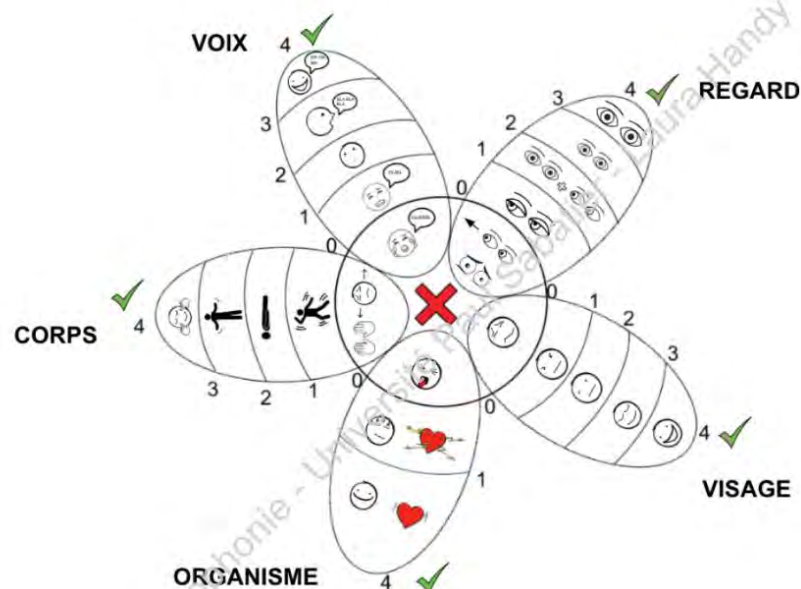
Mathieu, C. (2020). Astuces thérapeutiques pour les orthophonistes en soins de suite d'une pneumonie/SSR pédiatrique. Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

ANNEXE 9.5 - La Fleur des réactions (version écrite et version pictographique)

LA FLEUR DES RÉACTIONS



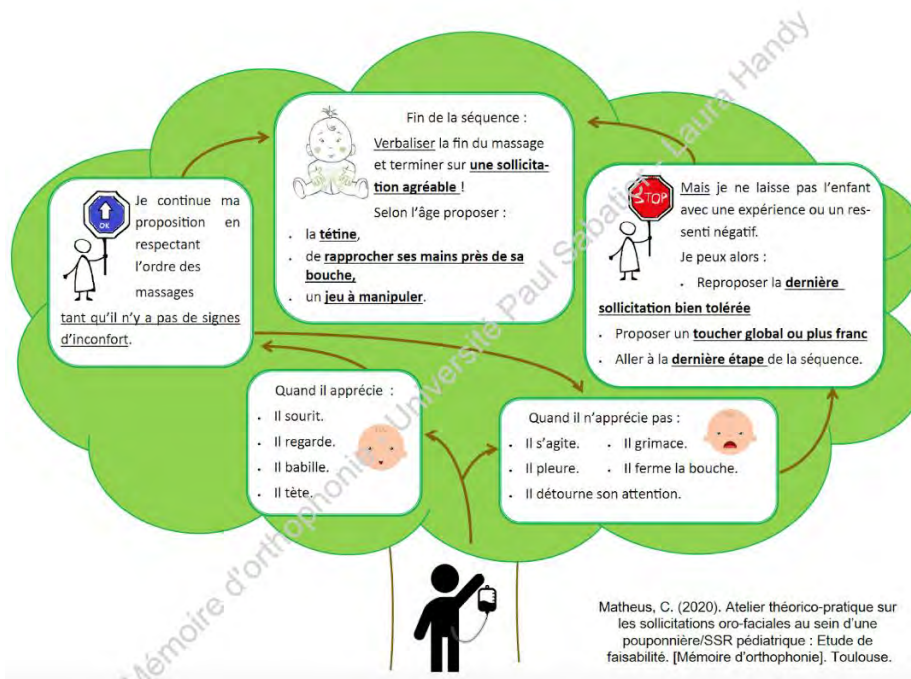
LA FLEUR DES RÉACTIONS



ANNEXE 9.6 - Étiquettes de signes de confort et d'inconfort

Il a des haut le coeur	Il régurgite/vomit	Il a une respiration régulière
Il a une respiration irrégulière	il transpire beaucoup	coeur bat normalement
coeur bat vite	Il sursaute	Il fait des mouvements ne gênant pas le massage
Il se laisse bien toucher le visage/la bouche	Il est passif/ne bouge pas	il est calme
Il se tortille/fait des mouvements gênant le massage	Il me repousse	Il se crispe
Il se cambre	Il tourne la tête	Il a le visage crispé
Il sourit	Il grimace	visage neutre
Il a le visage détendu	Il fronce les sourcils	Il a un regard inquiet/paniqué
Il regarde un peu vers moi et ailleurs	Il me regarde souvent	Il me regarde tout le temps
Il détourne le regard	Il regarde ailleurs/dans le vide	il ne fait aucun son
Il babille/vocalise avec moi	Il rit	Il râle
Il babille/vocalise seul	Il gémit	Il crie/hurle
Il pleure		

ANNEXE 9.7 - Arbre décisionnel



ANNEXE 9.8 - Fiche personnelle

MISSION POSSIBLE

PROGRAMME "ENCORE UN MESSAGE"



FICHE PERSONNELLE

Participant :
Atelier de groupe 1 :
Atelier de groupe 2 :
Séance individuelle :
Atelier de groupe 1 : Missions
Atelier de groupe 2 : Missions

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY

ANNEXE 9.9 - Quiz Kahoot sur ordinateur

Quiz
Retour sur l'atelier de groupe 1

Question 1 : Nous avons toutes et tous des goûts alimentaires différents

- **Vrai**
- Faux

Question 2 : Les sollicitations oro-faciales concernent...

- ... les adultes qui aiment les biscuits
- ... les enfants qui mangent très bien
- **... les enfants qui ont des troubles de l'oralité alimentaire**
- **... les nouveaux-nés hospitalisés**

Question 3 : Quel est l'effet recherché lorsqu'on fait des massages souvent ?

- La tolérance
- Le réflexe nauséeux
- **L'habituation**

Question 4 : Qu'est-ce que l'habituation ?

- **Le fait d'accepter petit à petit une stimulation**
- La répétition
- Le fait de vouloir se débarrasser d'un élément gênant
- Le fait de porter une alliance

Question 5 : Quel type de toucher utiliser lorsqu'on fait des massages dans la bouche

- Léger, effleuré
- **Franc, appuyé**

Question 6 : Pour faire un massage, ...

- ... on commence par la bouche
- **... on va par étapes, progressivement**

Question 7 : Quels sont les 3 grands moments idéaux pour faire un massage ?

- Lorsque mon enfant joue, lorsqu'il pleure et la nuit
- **Lors de temps calmes, lors de la toilette et juste avant les repas**

Question 8 : Pendant un massage, si mon enfant gémit, se tortille, tourne la tête?

- C'est qu'il accepte le massage
- **C'est qu'il n'accepte pas le massage**
- Il n'a pas d'avis sur la question

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Laura HANDY

ANNEXE 9.10 - Fiche de suivi des massages

FICHE DE SUIVI DES MESSAGES

Jour 1	
Acceptation des massages par votre enfant (cochez et entourez le chiffre) :	
<input type="checkbox"/> Message 1 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 4 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 2 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 5 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 3 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 6 : 0 1 2 3 4
Jour 2	
Acceptation des massages par votre enfant (cochez et entourez le chiffre) :	
<input type="checkbox"/> Message 1 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 4 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 2 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 5 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 3 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 6 : 0 1 2 3 4
Jour 3	
Acceptation des massages par votre enfant (cochez et entourez le chiffre) :	
<input type="checkbox"/> Message 1 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 4 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 2 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 5 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 3 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 6 : 0 1 2 3 4
Jour 4	
Acceptation des massages par votre enfant (cochez et entourez le chiffre) :	
<input type="checkbox"/> Message 1 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 4 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 2 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 5 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 3 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 6 : 0 1 2 3 4
Jour 5	
Acceptation des massages par votre enfant (cochez et entourez le chiffre) :	
<input type="checkbox"/> Message 1 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 4 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 2 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 5 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 3 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 6 : 0 1 2 3 4
Jour 6	
Acceptation des massages par votre enfant (cochez et entourez le chiffre) :	
<input type="checkbox"/> Message 1 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 4 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 2 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 5 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 3 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 6 : 0 1 2 3 4
Jour 7	
Acceptation des massages par votre enfant (cochez et entourez le chiffre) :	
<input type="checkbox"/> Message 1 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 4 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 2 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 5 : 0 1 2 3 4
<input type="checkbox"/> Message 3 : 0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Message 6 : 0 1 2 3 4

ANNEXE 10 - Questionnaire postprogramme

Ce questionnaire vous a été distribué dans le cadre d'une étude sur la mise en place du programme « Encore un massage », programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales de type massage.

Le programme « Encore un massage » est animé par une étudiante en orthophonie au CAMSP. Il consiste à aider les parents dans la réalisation de massages au quotidien. Il comprend deux ateliers de groupes de parents et une séance individuelle.

Nous vous demandons d'y collaborer en répondant avec la plus grande précision possible. Vos réponses demeureront strictement confidentielles. Le traitement des informations sera anonyme.

Partie I : Les sollicitations oro-faciales

1) Savez-vous dans quels cas les sollicitations oro-faciales peuvent être préconisées? (*Plusieurs réponses possibles*)

Les sollicitations oro-faciales sont :

- les massages du corps, du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche
- l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue
- les stimulations à la succion, à la mastication
- les stimulations tactiles à l'aide d'objets
- les stimulations olfactives et gustatives
- les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment)

- En cas de troubles alimentaires En cas de difficultés alimentaires En cas de prématurité
- En cas de troubles des apprentissages En cas de malformation de la sphère oro-bucco-faciale
- Je ne sais pas

2) Savez-vous sur quels éléments peuvent agir les sollicitations oro-faciales (*Plusieurs réponses possibles*) ?

Les sollicitations oro-faciales sont :

- les massages du corps, du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche
- l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue
- les stimulations à la succion, à la mastication
- les stimulations tactiles à l'aide d'objets
- les stimulations olfactives et gustatives
- les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment)

- sur la force des muscles sur la détente des muscles sur la vitesse de lecture
- sur le sommeil sur la capacité à sentir son corps Je ne sais pas

3) Savez-vous quels éléments sont essentiels pour que les sollicitations oro-faciales aient un intérêt ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Les sollicitations oro-faciales sont :

- les massages du corps, du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche
- l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue
- les stimulations à la succion, à la mastication
- les stimulations tactiles à l'aide d'objets
- les stimulations olfactives et gustatives
- les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment)

- les faire souvent les faire parfaitement les faire avec plaisir

les faire en s'adaptant à son enfant les faire en chantant Je ne sais pas

4) Pensez-vous que votre enfant a besoin de sollicitations oro-faciales ?

Les sollicitations oro-faciales sont :

- les massages du corps, du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche
- l'entraînement de la mobilité et du tonus des muscles du visage, de la bouche et de la langue
- les stimulations à la succion, à la mastication
- les stimulations tactiles à l'aide d'objets
- les stimulations olfactives et gustatives
- les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment)

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

Si : « Pas du tout » ou « Plutôt non » à la question 4) a)

5) a) Vous avez répondu « Pas du tout » ou « Plutôt non ». Pourquoi n'en a-t-il pas besoin?

.....

Si : « Plutôt oui » ou « Tout à fait » à la question 4) a)

5) b) Vous avez répondu « Plutôt oui » ou « Tout à fait ». Pourquoi en a-t-il besoin?

.....

Partie II : Les massages oro-faciaux

Vous sentez-vous capables à l'idée de réaliser un massage :

6) sur le visage ou l'extérieur de la bouche de votre enfant? 0 1 2 3 4

7) à l'intérieur de la bouche de votre enfant? 0 1 2 3 4

- 0 = pas du tout capable
1 = peu capable
2 = moyennement capable
3 = très capable
4 = extrêmement capable

Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser un massage :

8) sur le visage ou l'extérieur de la bouche de votre enfant? 0 1 2 3 4

9) à l'intérieur de la bouche de votre enfant? 0 1 2 3 4

- 0 = pas du tout anxieux
1 = peu anxieux
2 = moyennement anxieux
3 = très anxieux
4 = extrêmement anxieux

10) Quels types de massages réalisez-vous sur votre enfant ?

massages sur le visage et/ou l'extérieur de la bouche ?

massages à l'intérieur de la bouche?

11) Sur les 7 derniers jours, combien de massages avez-vous réalisé sur le visage (hors de la bouche) et/ou dans la bouche de votre enfant? (*Vous pouvez vous reporter à la fiche de suivi de massage que vous avez remplie*)

Aucun

Au moins 1(Pécisez) :

12) Avez-vous expliqué les massages à une personne de votre entourage?

13) Sur les 7 derniers jours, combien de massages cette personne a-t-elle réalisé sur le visage (hors de la bouche) et/ou dans la bouche de votre enfant?

Aucun

Au moins 1(Pécisez) :

Si : Aucun à la question 11

14) Vous avez répondu « aucun », pourquoi ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Je ne sais pas comment faire

Je n'en vois pas l'utilité

Je manque de pratique

D'autres personnes le font déjà avec mon enfant

Je trouve cela intrusif

Cela prend trop de temps

J'oublie de le faire

Mon enfant refuse que je touche son visage

J'évite la situation

Autre, précisez :

15) Lorsque vous réalisez un massage du visage (hors de la bouche), votre enfant accepte-t-il le massage ?

0

1

2

3

4

0 = il n'accepte pas du tout

1 = il accepte peu

2 = il accepte moyennement

3 = Il accepte bien

4 = Il accepte tout à fait

16) Lorsque vous réalisez un massage à l'intérieur de la bouche, votre enfant accepte-t-il le massage?

0

1

2

3

4

0 = il n'accepte pas du tout

1 = il accepte peu

2 = il accepte moyennement

3 = Il accepte bien

4 = Il accepte tout à fait

17) Passez-vous un moment agréable lorsque vous massez le visage, la bouche ou l'intérieur de la bouche de votre enfant ?

0 1 2 3 4

0 = pas du tout agréable
1 = peu agréable
2 = moyennement agréable
3 = très agréable
4 = extrêmement agréable

Partie III : Contenu du programme

18) Les informations données pendant le programme vous ont-elles semblé claires?

0 1 2 3 4

0 = pas du tout claires
1 = peu claires
2 = moyennement claires
3 = bien claires
4 = tout à fait claires

Concernant les supports :

19) La maison des sollicitations oro-faciales vous semble-t-elle claire ?

0 1 2 3 4

0 = pas du tout claires
1 = peu claires
2 = moyennement claires
3 = bien claires
4 = tout à fait claires

20) La Fleur des réactions vous semble-t-elle claire ?

0 1 2 3 4

0 = pas du tout claires
1 = peu claires
2 = moyennement claires
3 = bien claires
4 = tout à fait claires

21) L'arbre décisionnel vous semble-t-il clair ?

0 1 2 3 4

0 = pas du tout claires
1 = peu claires
2 = moyennement claires
3 = bien claires
4 = tout à fait claires

22) Le livret de la séquence de massages vous semble-t-il clair ?

0 1 2 3 4

0 = pas du tout claires
1 = peu claires
2 = moyennement claires
3 = bien claires
4 = tout à fait claires

23) Le programme « Encore un massage » a-t-il répondu à vos attentes?

0 1 2 3 4

0 = pas du tout répondu
1 = un peu répondu
2 = moyennement répondu
3 = bien répondu
4 = Tout à fait répondu

24) Que vous a apporté le programme « Encore un massage »?

.....

25) Avez-vous des suggestions pour améliorer le contenu du programme « Encore un massage »?

.....

Partie IV : Organisation du programme

26) A quelle partie du programme avez-vous été présent(e) ?

- L'atelier de groupe 1
- L'atelier de groupe 2
- La séance individuelle
- La session de rattrapage individuelle de l'atelier 2

27) La séance individuelle a eu lieu :

- En visio ou par téléphone
- En face à face, au CAMSP

Vous avez répondu « en visio » ou « par téléphone » à la question 27

28) Lors de la séance individuelle, la modalité « visio/téléphone » était-elle adaptée?

0 1 2 3 4

- 1=*Pas du tout adaptée*
- 2=*Peu adaptée*
- 3=*Moyennement adaptée*
- 4=*Très adaptée*
- 5=*Tout à fait adaptée*

Vous avez répondu « en face à face » à la question 26

29) Lors de la séance individuelle, la modalité « face à face » était-elle adaptée?

0 1 2 3 4

- 1=*Pas du tout adaptée*
- 2=*Peu adaptée*
- 3=*Moyennement adaptée*
- 4=*Très adaptée*
- 5=*Tout à fait adaptée*

30) Sur l'ensemble des ateliers de groupe, le nombre de participants était :

Insuffisant Idéal Trop important

Si : « insuffisant » ou « trop important »

31) Qu'est-ce qui vous a gêné dans le nombre de participants ?

.....

32) Selon vous combien de participants par groupe aurait été préférable ?

.....

33) Lors des ateliers de groupe, la salle était-elle adaptée ?

0 1 2 3 4

- 0 = *pas du tout adaptée*
- 1 = *peu adaptée*
- 2 = *moyennement adaptée*
- 3 = *très adaptée*
- 4 = *Tout à fait adaptée*

Si : « pas du tout adaptée », « peu adaptée » ou moyennement adaptée »

34) Quels sont les défauts de la salle d'après vous ?

.....

35) La durée totale du programme était :

Insuffisante Idéale Trop importante

36) La durée de l'atelier de groupe 1 était :

Insuffisante Idéale Trop importante

37) La durée de l'atelier de groupe 2 était :

Insuffisante Idéale Trop importante

38) La durée de la séance individuelle était :

Insuffisante Idéale Trop importante

39) La durée de la session de rattrapage de l'atelier 2 était :

Insuffisante Idéale Trop importante

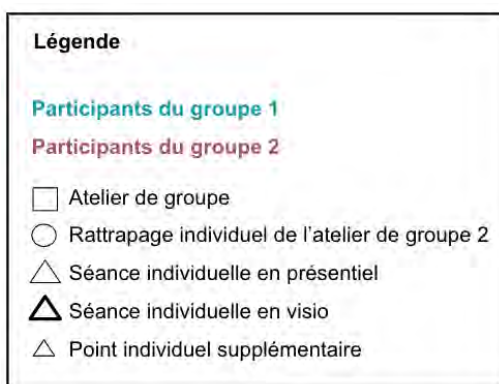
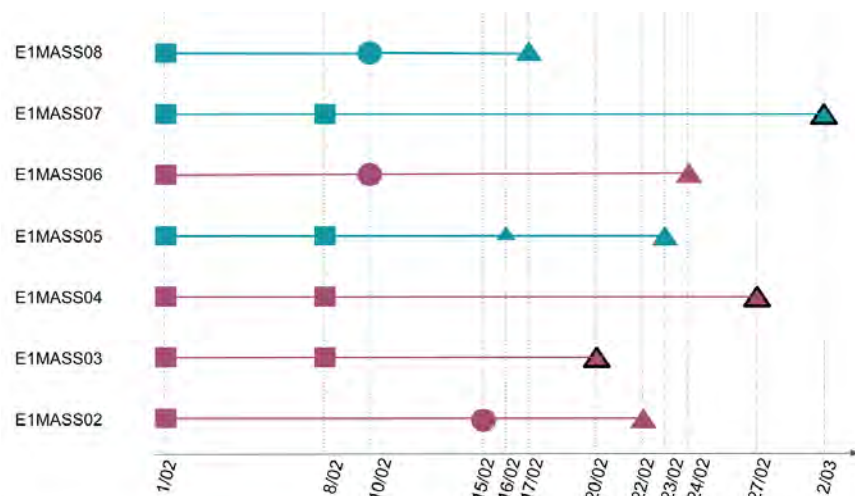
40) Avez-vous des remarques supplémentaires ou des suggestions sur l'organisation du programme ?

.....

41) Seriez-vous d'accord pour que je vous recontacte dans un mois pour avoir un retour d'expérience?

oui non

ANNEXE 11 - Modélisation du parcours des participants



ANNEXE 12 - Analyse des réponses des participants à la question « Pourquoi votre enfant a-t-il besoin de SOF? »

Participants	Justification de la réponse avant programme	Justification de la réponse avant programme	Variation brute du score de compréhension de l'intérêt des SOF
<u>E1MASS08</u>	Il bave beaucoup, il a la bouche ouverte	il ne sait pas bien mâcher, il mange avec les mains	+3
<u>E1MASS07</u>	Ma fille ne mange pas beaucoup par la bouche	Troubles alimentaires	+0
<u>E1MASS06</u>	Elle a eu une malformation. Des épisodes avec des difficultés à s'alimenter, des difficultés de mastication. Elle n'accepte pas qu'on lui touche le visage, le nez	pour l'acceptation à s'alimenter à cause de sa fente, mauvaises expériences, pour la mettre en confiance, pour l'aider à s'alimenter, pour l'entraîner à mastiquer, pour l'aider à ressentir des sensation	+3
<u>E1MASS05</u>	Quelques aliments qu'elle a du mal à mastiquer. Elle met beaucoup dans la bouche et a dû mal à se gérer à ce <u>niveau là</u> .	Pour la détendre , pour l'aider à la mastication	+4
<u>E1MASS04</u>	Elle a un retard de développement, elle a des difficultés à manger, avant elle avait des difficultés à boire aussi (déglutition), mâcher les choses c'est difficile pour elle et elle laisse les aliments longtemps dans sa bouche, on est obligé d'aller déplacer la nourriture dans la bouche pour la mettre sur les <u>côtés</u>	qd elle mange elle <u>mache</u> pas bien elle laisse <u>ds sa</u> bouche et elle prend du temps qd elle avale les choses, elle a besoin de renforcer ses muscles	+1
<u>E1MASS03</u>	car il a une rétrognathie importante , ainsi il ne sait pas gérer les quantités d'aliments dans sa bouche, il met plein de nourriture dans le fond de sa bouche avec ses doigts. problèmes de langages	malformation mâchoire , troubles alimentaire	-1
<u>E1MASS02</u>	Pour apprendre à marcher , à bien parler et il est un peu timide, pour relacher sa timidité	Pour les muscles, qu'il soit autonome (manger, bien mâcher, sortir la langue et <u>recupérer</u> les miettes autour de sa bouche)	+5

RÉSUMÉ

Titre : Étude de la validité d'un programme de partenariat parental sur les Sollicitations Oro-Faciales de type massage au sein d'un CAMSP.

Résumé : On sait que le trouble alimentaire d'un enfant génère du stress chez ses parents, qui se retrouvent désarmés face à une situation impactant les relations familiales (Manikam & Perman, 2000; Ramsay, 2001; Simione et al., 2020; Thullen & Bonsall, 2017). Il est donc pertinent d'investir les parents dans la prise en soin des troubles alimentaires pédiatriques, d'autant que cet investissement constitue un facteur de réussite des interventions préconisées (Kleinert, 2017). On peut ainsi leur proposer de pratiquer des SOF de type massage sur leur enfant, en veillant à ce qu'elles soient adaptées et à ce qu'elles restent agréables pour tous. Un programme de partenariat parental au sein d'un CAMSP est une solution adaptée pour leur apprendre à réaliser ces sollicitations. La faisabilité d'un tel programme ayant été démontrée (Duffillon, 2022), nous avons choisi d'éprouver sa validité au sein d'un autre CAMSP de la région Occitanie, en vérifiant notamment s'il permettait d'augmenter le nombre de massages oro-faciaux réalisés par les parents sur leur enfant. Nous avons recruté 8 participants qui ont tous répondu au questionnaire préalable nous permettant de recueillir nos mesures préprogramme et d'adapter le contenu du programme. 7 participants ont finalement participé à l'ensemble du programme composé de 2 ateliers de groupe et d'une séance individuelle. A l'issue du programme, les parents ont répondu à un questionnaire nous permettant de recueillir leurs remarques et suggestions ainsi que les mesures postprogramme.

La participation des parents au programme a permis d'augmenter de façon significative le nombre de massages oro-faciaux hebdomadaires réalisés sur leur enfant, et ce sur la durée. Ils comprennent également mieux l'intérêt des SOF et proposent des massages plus adaptés à leur enfant. Enfin, même s'ils se sentent davantage capables de masser leur enfant après le programme, le sentiment de capacité pour masser la bouche n'a pas suffisamment augmenté pour valider notre sous-hypothèse selon la règle de validation que nous avons choisie.

La faible taille de notre échantillon nous amène à préconiser de reproduire cette étude sur un plus grand nombre de participants afin d'en confirmer la validité. En outre les variabilités individuelles observées soulignent la nécessité de surveiller certains points de vigilance.

Mots-clés : Troubles Alimentaire Pédiatriques, Sollicitations Oro- Faciales, massages oro-faciaux, partenariat parental, CAMSP

Title : Validity study of a parental partnership program on massage-type oro-facial solicitations in a medico social early action center.

Abstract : We know that a child's feeding disorder generates stress for parents, who are helpless facing a situation that impacts family relationships (Manikam & Perman, 2000; Ramsay, 2001; Simione et al., 2020; Thullen & Bonsall, 2017). It is therefore relevant to invest parents in the treatment of pediatric feeding disorders, especially since this investment is a factor in the success of the recommended interventions (Kleinert, 2017). Therefore, they can be offered massage-type orofacial solicitations on their child, ensuring that they are appropriate and remain enjoyable for all. A parent partnership program within a medico-social early action center is a suitable solution to teach them to perform these solicitations. The feasibility of such a program having been demonstrated (Duffillon, 2022), then we chose to test its validity in another medico-social early action center in the Occitanie region, especially by verifying whether it made it possible to increase the number of orofacial massages performed by parents on their child. We recruited 8 participants who all answered the pre-program questionnaire allowing us to collect our pre-program measurements and to adapt the content of the program. 7 participants finally participated in the whole program composed of two group workshops and one individual session. At the end of the program, the parents answered a questionnaire allowing us to collect their remarks and suggestions as well as the post-program measures.

The parents' participation in the program significantly increased the number of weekly orofacial massages performed on their child over time. They also have a better understanding of the utility of oro-facial solicitations and offer more appropriate massages to their child. Finally, although they feel more able to massage their child after the program, the feeling of ability to massage the mouth did not increase enough to validate our sub-hypothesis according to the validation rule we chose.

The small size of our sample leads us to recommend replicating this study on a larger number of participants to confirm its validity. In addition, the individual variabilities observed highlight the need to monitor some points of vigilance.

Keywords : pediatric feeding disorder , orofacial solicitations, orofacial massage, parent partnership, medico-social early action center