



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

MEMOIRE

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie par
Audrey DUFILLON

**Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales
au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité**

Sous la direction de :

Alice BARRE-TESSIER

Orthophoniste en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)

Maëline SERAUT

Orthophoniste en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)

Chargée d'enseignement au Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie de Toulouse

Membres du jury : Anne JACQUESSON et Elodie PALLAS

JUIN 2022

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie Alice Barre-Tessier et Maëline Seraut, mes encadrantes, pour leur investissement dans ce travail, leurs conseils, mais aussi la confiance et le soutien qu'elles m'ont accordés tout au long de cette année.

Je remercie les membres du jury pour l'intérêt que vous portez à ce mémoire.

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire. Je remercie particulièrement :

- Les parents qui ont participé au programme, pour m'avoir fait confiance et pour leurs retours constructifs.
- La direction du CAMSP pour avoir accepté que j'y réalise cette étude, mais aussi l'ensemble du personnel pour m'avoir si bien accueillie.
- Les personnes qui ont vérifié les questionnaires et le programme et particulièrement Manon Gilabel, Marie-Laure Vantalou, Mélanie Mulero et le Docteur Aline Genevois.
- Coralie Matheus, pour m'avoir aidée à adapter son travail.
- Mes amis et mes parents qui ont été les testeurs du programme, pour s'être prêtés au jeu et avoir si bien joué leurs rôles.

Je remercie mes maîtres de stage, leurs patients et toutes les autres rencontres avec qui j'ai échangé, qui ont contribué à la construction de mon identité professionnelle tout au long de mes études.

Merci à mes amies de promotion, pour avoir partagé ces cinq années d'études avec moi et tant d'autres choses.

Enfin, je remercie mes proches, ma famille et mes amis, pour leur soutien tout au long de mes études.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	5
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
I – INTRODUCTION.....	7
II – CONTEXTE THEORIQUE	8
1. L’oralité et ses troubles	8
1.1. Le développement de l’oralité alimentaire	8
1.2. Les troubles de l’oralité	9
1.3. Impact sur la sphère familiale	11
2. L’intervention dans le cadre des troubles de l’oralité alimentaire	12
2.1. L’intervention orthophonique	12
2.2. L’intensité de l’intervention	13
2.3. Les sollicitations oro-faciales	14
3. L’intervention précoce et la place de la famille dans la prise en soin	17
3.1. L’intervention précoce indirecte.....	17
3.2. Les principes de l’Education Thérapeutique du Patient	19
3.3. Les groupes de parents dans le cadre des troubles de l’oralité alimentaire	20
III – PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	22
1. Contexte	22
2. Problématique.....	23
3. Hypothèses.....	23
IV – METHODE	24
1. Population cible.....	24
1.1. Critères d’inclusion	24
1.2. Recrutement.....	24
2. Questionnaire et sondage préalables	24
2.1. Elaboration du questionnaire	24
2.2. Relectures et vérifications	25
2.3. Diffusion du questionnaire	26
2.4. Sondage de la direction du CAMSP	26
3. Elaboration de l’outil conducteur de séances et de ses annexes	26
3.1. Présentation de la démarche	26
3.2. Ressources.....	27
3.3. Contenu et objectifs du conducteur de séances	29
3.4. Relectures et vérifications	30

4.	Expérimentation du programme	30
4.1.	Différents temps envisagés.....	30
4.2.	Prise de rendez-vous.....	30
4.3.	Critères de jugement des hypothèses de durée et de nombre de participants	30
5.	Questionnaire post-programme	31
5.1.	Elaboration du questionnaire	31
5.2.	Relectures et vérifications	31
5.3.	Diffusion du questionnaire	31
V –	RESULTATS.....	32
1.	Questionnaire et sondage préalables	32
2.	Elaboration de l’outil conducteur de séances et de ses annexes	37
3.	Expérimentation du programme	38
3.1.	Participants.....	38
3.2.	Durée des différentes sessions	38
3.3.	Observations.....	39
4.	Questionnaire post-expérimentation	40
VI –	DISCUSSION	43
1.	Validation des hypothèses au regard des critères de jugement	43
2.	Observations, limites et biais.....	45
2.1.	Justification de l’utilité du programme	45
2.2.	Motivation des participants.....	46
2.3.	Observations sur les participants.....	47
2.4.	Observation sur les modalités du programme.....	47
2.5.	Observations sur le contenu du programme et ses outils.....	49
2.6.	Présentation des résultats	49
2.7.	Nouveaux critères de faisabilité.....	50
3.	Apports et perspectives futures	50
VII –	CONCLUSION	52
VIII –	BIBLIOGRAPHIE.....	53
IX –	ANNEXES.....	61

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

<u>Figure 1.</u> Pensez-vous qu'un programme pour les parents sur les sollicitations oro-faciales pourrait vous être utile ?	22
<u>Figure 2.</u> Connaissez-vous les troubles de l'oralité alimentaire ?	32
<u>Figure 3.</u> Etes-vous à l'aise pour toucher votre enfant à ces parties du corps ?.....	33
<u>Figure 4.</u> A quelle fréquence, en moyenne, pratiquez-vous les sollicitations oro-faciales ?.....	33
<u>Figure 5.</u> Quels types de sollicitations proposez-vous ?	34
<u>Figure 6.</u> A quels moments proposez-vous des sollicitations oro-faciales ?.....	34
<u>Figure 7.</u> Lorsque vous réalisez un massage du visage (hors de la bouche), comment votre enfant réagit-il ?.....	35
<u>Figure 8.</u> Si votre enfant réagit de façon négative (ex : il pleure, s'agite...), que faites-vous ?.....	35
<u>Figure 9.</u> Quel contenu souhaitez-vous y trouver ?	36
<u>Figure 10.</u> Suite au programme, êtes-vous plus à l'aise pour toucher l'intérieur de la bouche de votre enfant ?	41
<u>Figure 11.</u> Pensez-vous avoir bénéficié de conseils pour vous adapter à votre enfant ?.....	41

TABLEAUX

<u>Tableau 1.</u> Intérêts et limites des documents utilisés	27
<u>Tableau 2.</u> Durée des sessions du programme	39

LISTE DES ABREVIATIONS

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

SA : Semaines d'Aménorrhée

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

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TAP : Troubles Alimentaires Pédiatriques

TOA : Troubles de l'Oralité Alimentaire

I – INTRODUCTION

L'oralité alimentaire se définit comme toute activité de la sphère orale (Abadie, 2004). Au cours de son développement depuis la petite enfance, des difficultés peuvent survenir et causer des Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA). Il en existe différentes manifestations intriquées qui peuvent être regroupées selon leur expression organique, gnoso-praxique, sensorielle ou comportementale (Bandelier, 2015). Ces problématiques ont un impact sur la sphère familiale et peuvent engendrer des tensions, notamment lors des repas (Overland, 2011).

Dès lors, une évaluation et une intervention pluridisciplinaires sont préconisées. Des axes d'intervention orthophonique sont définis selon le profil et les besoins de l'enfant et de ses parents. Parmi les méthodes existantes, la réalisation de Sollicitations Oro-Faciales (SOF), adaptées à l'enfant, est recommandée. Les SOF peuvent être réalisées quotidiennement par les parents.

Une littérature de plus en plus étoffée (Barello et al., 2012) préconise une intervention indirecte, c'est-à-dire impliquant les parents. Ceux-ci peuvent en effet réaliser quotidiennement des SOF, il y a d'ailleurs une demande croissante de leur part en ce sens. De plus, elle correspond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et aux objectifs des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) qui ont pour mission « la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap » (Haute Autorité de Santé, 2014 : 5). Pour la mettre en place, il est possible de s'inspirer des objectifs et des méthodes pédagogiques de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Elle peut être appliquée individuellement ou sous forme de séances de groupe de parents.

En 2020, Matheus étudiait la faisabilité d'un atelier sur les SOF à destination des professionnels d'une pouponnière/SSR (Soins de Suite et Réadaptation) pédiatrique. Nous nous sommes alors questionnés sur la transposition de ce principe aux parents d'un CAMSP. Dans ce contexte, ce mémoire a pour objectif de questionner la faisabilité d'un programme de partenariat parental sur les Sollicitations Oro-Faciales (SOF) de type massages au sein d'un CAMSP.

Pour ce faire, nous présenterons tout d'abord le cadre théorique dans lequel s'inscrit ce travail. Nous débuterons par une présentation de l'oralité et ses troubles. Une réflexion sur l'intervention dans le cadre des TOA, au cours de laquelle nous évoquerons les SOF, sera proposée ensuite. Enfin, nous nous focaliserons sur l'intervention précoce et la place de la famille. Dans un second temps, nous exposerons la démarche méthodologique employée en décrivant les étapes, puis nous présenterons les résultats obtenus. Pour finir, nous discuterons ces résultats que nous mettrons en lien avec nos hypothèses en analysant certains points et en adoptant un point de vue critique.

II – CONTEXTE THEORIQUE

1. L'oralité et ses troubles

Le terme oralité est issu du lexique psychanalytique et désigne toute activité se rapportant à la sphère orale (Abadie, 2004; Couly, 2015). D'après Abadie (2004), il s'agit d'une notion au carrefour de plusieurs fonctions sensorielles, motrices, psychosociales et affectives. De plus, l'oralité est très liée aux aspects psychiques que sont le plaisir et le déplaisir. On peut ainsi relever qu'il existe deux types d'oralité : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. Elles ont toutes deux la même localisation neuroanatomique et se développent conjointement (cf.annexe 1) (Thibault, 2017).

1.1. Le développement de l'oralité alimentaire

Au cours de la vie, on considère que le développement du comportement alimentaire suit celui du développement neurologique, sensori-moteur et psychoaffectif. La déglutition passe d'un mécanisme résultant de réflexes archaïques à des actes volontaires qui deviendront automatiques (Puech & Vergeau, 2004; Senez, 2020).

1.1.1. L'oralité primaire

Les premières activités orales apparaissent dès la vie intra-utérine, autour de sept semaines d'aménorrhée (SA), et ont une fonction sensorielle (Couly, 2015; Senez, 2020). En effet, lorsque la tête se redresse grâce à un tonus suffisant, une activité main-bouche préalable à la succion émerge par un phénomène appelé réflexe de Hooker. La langue sort pour toucher la main au contact de la bouche (Chapuis-Vandenbogaerde & Gatignol, 2021; Couly, 2015; Haddad, 2008; Thibault, 2017). La main et la bouche sont douées de nombreux récepteurs et occupent des régions du cortex proches, comme le montre l'homonculus de Penfield & Rasmussen (1951), qui représente l'attribution des zones dans le cerveau aux régions du corps sur les plans sensoriel et moteur (Grusse Dagneaux, 2021). Peu à peu, la sensorialité s'aigüise grâce à l'apparition des papilles gustatives et la motricité permet des mouvements antéro-postérieurs de la langue vers la 12^{ème} SA qui offrent une première expérience olfactive, gustative, thermique et tactile (Couly, 2015; Senez, 2020). D'après Golse & Guinot (2004), les cinq sens se développent in-utéro en suivant l'ordre du toucher, puis de l'odorat et de la gustation, de l'audition et, pour terminer, de la vue. A ce stade, le fœtus a donc déjà acquis plusieurs de ces sens.

Le fœtus déglutit grâce à l'activité du tronc cérébral à partir de la 15^e SA, par un mécanisme de succion et de déglutition (Leroy-Malherbe, 2014 dans Chapuis-Vandenbogaerde & Gatignol, 2021; Thibault, 2017) et peut ainsi déglutir 500 à 1000 cm³ de liquide amniotique (Couly et al., 2009 dans Chapuis-Vandenbogaerde & Gatignol, 2021; Couly, 2015).

La déglutition s'organise ainsi petit à petit pour atteindre une organisation selon les trois temps oral, pharyngien et œsophagien autour de 34 SA (Chapuis-Vandenbogaerde & Gatignol, 2021). On considère que l'organisation de la succion, de la déglutition et de la ventilation est effective entre 32 et 37 SA (Haddad & Marlier, 2015).

A la naissance, on peut observer des réflexes archaïques très présents qui soutiennent le développement de l'oralité (Couly, 2015; Senez, 2020; Thibault, 2017).

Après sa naissance, le nouveau-né attribue à l'oralité sa fonction nutritive (Couly, 2015) et ingère ainsi le lait maternel par un mécanisme de succion (Senez, 2020). La succion nutritive est en lien avec les réflexes archaïques et fait intervenir toutes les composantes oro-bucco-faciales afin d'organiser la succion, la déglutition et la respiration (Couly, 2015; Senez, 2020; Thibault, 2017). Au-delà de leur fonction nutritive, ces instants de prise alimentaire permettent la construction de la vie psycho-affective du nouveau-né. En effet, durant les premières semaines de vie, le lien du nouveau-né avec sa mère est très intense (Senez, 2020). Un rythme se met également en place chez le nourrisson, grâce aux prises alimentaires répétées au cours de la journée (Thibault, 2017).

1.1.2. L'oralité secondaire

L'oralité secondaire émerge dès le second trimestre de vie du nourrisson (Couly, 2015). Sur le plan neuroanatomique, cette évolution correspond à une corticalisation de la commande motrice, du tronc cérébral au cortex frontal moteur. Cela se traduit par le passage d'une activité automatique à une activité volontaire (Couly, 2015; Senez, 2020; Thibault, 2017). Le passage de l'oralité primaire à l'oralité secondaire est progressif et ces deux modalités co-existent de l'âge de quatre mois à un an (Senez, 2020; Thibault, 2017). Elle permet au nourrisson d'aller vers une autonomie alimentaire et s'inscrit dans un rythme de faim et de satiété (Couly, 2015). En effet, elle est marquée par une nouvelle stratégie de déglutition et une diversification alimentaire s'accompagnant du passage à la cuillère, puis de la mise en place de la mastication avec l'apparition de dents (cf. annexe 2) (Thibault, 2017).

1.2. Les troubles de l'oralité

Les étapes de développement de l'oralité peuvent connaître des bouleversements, comme par exemple, lorsqu'un événement neurologique ou un traumatisme survient lors du développement de l'oralité de l'enfant. (Abadie, 2004; Senez, 2020)

1.2.1. Définition et terminologie

Bandelier (2015) estime que des difficultés alimentaires sont à l'origine de 25 à 45% des consultations en pédiatrie jusqu'à trois ans. De plus, 80% des enfants porteurs de handicap sont susceptibles de connaître des difficultés alimentaires au cours de leur développement.

En 2019, un comité pluridisciplinaire d'experts de l'oralité chez l'enfant établit un consensus international de définition des troubles alimentaires pédiatriques. C'est ainsi le terme *Pediatric Feeding Disorders*, ou *Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP)* en français, qui désigne les troubles de l'oralité alimentaire sur la scène internationale (Goday et al., 2019).

Les TAP se définissent comme une alimentation orale inappropriée au regard de l'âge durant au moins deux semaines et en lien avec au moins une problématique d'ordre médical, nutritionnel, psychosocial ou concernant les compétences d'alimentation (Goday et al., 2019).

Dans ce mémoire, nous faisons le choix d'utiliser les termes *Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA)*, en raison de la récence de la terminologie des TAP. En effet, on parle encore couramment de TOA, en accord avec la *Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)* qui mentionne le terme « oralité » (*Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)*, 2022).

Plusieurs auteurs s'attachent à en décrire les étiologies, créant différentes classifications possibles. Les principales sont organisées selon le mode d'apparition, la sévérité et la durée ou la cause des troubles (Cascales & Olives, 2016). Toutes les étiologies des TOA sont bien souvent intriquées, si bien qu'il est difficile de discerner les causes et les conséquences des difficultés (Robail et al., 2017). De plus, il n'existe pas toujours d'étiologie connue lorsque des TOA s'expriment. Dès lors, il convient de tenir compte des manifestations des troubles.

1.2.2. Les manifestations cliniques des troubles de l'oralité alimentaire

Bandelier (2015), tout comme Robail et al. (2017), catégorise les TOA selon leur aspect organique, gnoso-praxique, sensoriel ou comportemental, qui sont bien souvent liées les unes aux autres.

Les manifestations organiques sont d'ordre médical et peuvent être en lien avec une pathologie organique ou neurologique (Bandelier, 2015). Les deux causes médicales principales à l'origine de manifestations organiques des TOA sont respiratoires et gastrointestinales (Manno et al., 2005). Ces difficultés se retrouvent également fréquemment dans les cas de naissance prématurée, car l'organisation de la succion, la déglutition et la ventilation n'est souvent pas effective avant 32 SA (Haddad, 2008; Haddad & Marlier, 2015; Manno et al., 2005). Un trouble du tonus de la sphère oro-faciale peut aussi intervenir comme dans le cadre du syndrome de Prader Willi (Barbier, 2004) ou encore de la Trisomie 21 (Rives, 2019). Ces difficultés s'expriment principalement par des vomissements, un Reflux Gastro-Œsophagien (RGO) ou des intolérances alimentaires (Bandelier, 2015; Senez, 2020).

Le type d'expression gnoso-praxique peut être associé à des difficultés d'organisation et de coordination de schémas moteurs volontaires alimentation (Bandelier, 2015). L'alimentation entérale peut causer des difficultés de cet ordre par le manque d'expériences orales (Flottes, 2008; Puech & Vergeau, 2004). Nous pouvons alors observer la mise en place de mécanismes de compensation inappropriés, comme la morsure de la cuillère en bouche, une trop grande ouverture de la mâchoire, des mouvements de la tête anormaux, la succion de morceaux au lieu de leur mastication ou une protrusion de la langue (Halimi, 2021; Overland, 2011).

Bandelier (2015) décrit les manifestations sensorielles. Dans les cas de troubles de la sensorialité, on parle de troubles de l'intégration neurosensorielle (Barbier, 2014; Vivier, 2013), qui correspondent à des difficultés ayant un impact au quotidien à percevoir, moduler, interpréter ou s'auto-réguler en réponse aux stimuli sensoriels (Miller et al., 2007, dans Camarata et al., 2020; Miller et al., 2017). Les symptômes sont variés, affectant les émotions, la motricité, les interactions sociales ou le fonctionnement global (Miller et al., 2017). Il existe trois profils (Vivier 2013) que sont l'hyper-réactivité sensorielle, l'hypo-réactivité sensorielle et la recherche sensorielle par l'autostimulation. Lors du repas, l'enfant doit traiter plusieurs stimuli simultanés tactiles, visuels, olfactifs, voire vestibulaires (Barbier, 2004, 2014). Les manifestations de ces troubles sensoriels peuvent être du dégoût, des nausées, des vomissements, une sélectivité alimentaire ou un défaut d'adaptation des quantités (Overland, 2011; Robail et al., 2017; Senez, 2020). Nous pouvons notamment les observer dans le cadre de troubles du spectre de l'autisme (Randell et al., 2019).

Les TOA peuvent exprimer un aspect comportemental caractérisé par l'opposition, le refus de manger, la sélectivité alimentaire, des difficultés à changer de consistance, des difficultés à passer à la cuillère ou encore un temps de prise de repas inapproprié. Les comportements tels que le refus sont l'expression d'un mécanisme de protection contre les sensations désagréables procurées par les aliments en bouche ou un traumatisme, comme des soins invasifs antérieurs ou une fausse route (Bandelier, 2015; Barbier, 2004; Overland, 2001, 2011; Toomey, 2010). A terme, la vie psycho-affective de l'enfant peut également être affectée (Cascales et al., 2014; Robail et al., 2017). Cette expression peut être très présente dans le cadre de troubles du spectre de l'autisme (Randell et al., 2019).

1.3. Impact sur la sphère familiale

L'acte de manger a une utilité qui va au-delà de la fonction purement nutritionnelle (Couly, 2015). Il s'agit également d'un acte social. En effet, l'entourage accompagne l'enfant dans son développement oral, avec sa culture, et lui sert de modèle (Abadie, 2004; Toomey, 2010). L'acte de manger s'inscrit

donc dans un comportement communautaire et culturel (Toomey, 2010). Cela se traduit par les caractéristiques de la nourriture par exemple, qui diffèrent d'une culture à l'autre (Flottes, 2008). En outre, la prise des repas en famille, à table, avec ses routines renforcent à la fois cette dimension communautaire et les rythmes physiologiques (Toomey, 2010).

Ainsi, la relation avec l'autre au moment du repas débute d'abord dans les moments de tétée, où la mère et l'enfant partagent un moment privilégié. Pour les parents, le repas est un moment complexe, durant lequel il convient de s'ajuster aux réactions de leur enfant (Robail et al., 2017).

De plus, l'enfant peut agir sur son entourage par le biais de son alimentation, car s'il mange, il fait plaisir à l'autre (Abadie, 2004; Toomey, 2010). A l'inverse, les difficultés alimentaires créent des situations d'anxiété pour les parents, car l'alimentation est une activité essentielle à la vie (Abadie, 2004; Robail et al., 2017; Sharp et al., 2017; Toomey, 2010).

Des réactions néfastes de la part des parents peuvent émerger face au refus de leur enfant, la plus citée étant le forçage alimentaire. Ce dernier traduit souvent une discordance entre le vécu de l'enfant et celui de ses parents (Robail et al., 2017). Un cercle vicieux s'installe, l'enfant ne mange pas, ce qui inquiète les parents et qui inquiète à son tour l'enfant sur ce qui se rapporte à l'alimentation (Abadie, 2004; Barbier, 2010; Robail et al., 2017; Senez, 2010; Sharp et al., 2017). Les repas ont alors lieu dans un climat de tension pour la famille toute entière (Overland, 2001).

En effet, la situation de troubles de l'oralité peut être difficile pour les parents, car ils peuvent avoir un sentiment d'incompétence ou bien avoir des attentes qu'il convient de prendre en compte (Barbier, 2014).

2. L'intervention dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire

La prise en charge des TOA permet de sécuriser l'alimentation pour l'enfant et de retrouver une certaine sérénité dans la famille (Bandelier, 2015; Puech & Vergeau, 2004).

2.1. L'intervention orthophonique

Ces troubles sont au carrefour de plusieurs disciplines professionnelles (Abadie, 2004; Goday et al., 2019; Visentin, 2021). Ils doivent donc faire l'objet d'une évaluation et d'une intervention pluridisciplinaires (Bandelier, 2015; Overland, 2001; Robail et al., 2017; Sharp et al., 2017; Visentin, 2021).

L'évaluation orthophonique doit prendre en compte le développement moteur, la qualité des interactions au cours du nourrissage et la qualité des prises alimentaires (Overland, 2001, 2011; Puech & Vergeau, 2004). Pour ce faire, une observation de prise alimentaire peut être réalisée (Barbier, 2014; Touzet et Nyame, 2018 dans Chapuis-Vandenbogaerde & Gatignol, 2021). L'anamnèse apporte

également des indications sur les caractéristiques de l'enfant et de son trouble, mais également sur les conduites des parents (Barbier, 2014). Des outils existent, tels que des questionnaires à destination des parents (Sanchez et al., 2015), comme l'échelle d'alimentation HME (Hôpital de Montréal pour Enfants).

Les grands axes d'intervention sont dressés selon le profil de l'enfant. Les axes principaux sont le rétablissement d'une alimentation sécurisée, un travail sensoriel et un travail oro-moteur (Barbier, 2004), comme dans l'approche de *TalkTools*[®] (Halimi, 2021; Overland, 2011) ou la *Sequential Approach to Feeding*[®] (*SOS Approach to Feeding | Feeding Disorders in Children*). Dans le cadre de troubles sensoriels, par exemple, on réalise un travail de désensibilisation en jouant sur les aspects visuel, olfactif, proprioceptif, vestibulaire et tactile (Barbier, 2014). Pour cela, l'enfant peut assister ou participer à l'élaboration des repas, faire des jeux symboliques comme la dinette, toucher des textures différentes, bénéficier de modifications de l'installation à table ou encore bénéficier de massages (Barbier, 2014). Un travail moteur est aussi profitable dans ces cas, mais a surtout pour objectif de tonifier et mobiliser, par des exercices de fermeture de la bouche, de placement de la langue, de mouvements latéraux de la langue ou de voile du palais (Barbier, 2014).

En règle générale, l'accompagnement parental est privilégié dans l'intervention (Bandelier, 2015; Barbier, 2004; Puech & Vergeau, 2004; Sharp et al., 2017). On sait qu'une consultation permet parfois de rassurer les parents, de les assurer de leurs compétences et de désamorcer une situation. En effet, les parents se sentent souvent démunis et font face à des sentiments d'échec, de culpabilité ou encore d'incompétence, c'est pourquoi il est important d'en tenir compte (Robail et al., 2017).

2.2. L'intensité de l'intervention

L'intervention orthophonique cible donc plusieurs aspects. Dès lors, il convient d'en déterminer les modalités idéales, notamment en termes d'intensité.

Pour ce faire, Warren et al. (2007) définissent en quoi consiste l'intensité. Il en ressort que l'efficacité de l'intervention dépend des méthodes et des outils utilisés, du nombre de répétitions d'un même exercice durant une séance, de la fréquence des sessions et de l'intervalle de temps entre les séances. Les objectifs de l'intervention déterminent ces paramètres. Toutefois, d'autres facteurs influencent l'efficacité, comme l'environnement, le milieu socio-culturel, la motivation du patient et de son entourage ou l'implication des parents. Chez l'enfant, il semblerait que les modalités les plus recommandées dans la littérature soient de brèves routines répétées plusieurs fois par jour. (Baker, 2012)

Les programmes d'implication des parents comme Hanen® (*It Takes Two To Talk – Hanen Program for Parents of Children with Language delays*) ou PACT (*Parents And Children Together*) (Bowen, 2000) préconisent une intervention écologique et quotidienne.

D'après une revue de la littérature réalisée par Sharp et al. (2017), une intervention intensive, journalière, est indiquée dans le traitement des TOA. Dans l'approche de *TalkTools*®, il est préconisé de réaliser les exercices quatre à cinq fois de suite, deux à trois fois par jour (Halimi, 2021). Plus généralement, en ce qui concerne les Sollicitations Oro-Faciales (SOF), qui peuvent être réalisées dans le cadre de TOA, les auteurs préconisent de les réaliser plusieurs fois par jour, tous les jours pour obtenir des résultats (Barbier, 2004; Flottes, 2008; Grusse Dagneaux, 2021; Senez, 2010, 2020).

2.3. Les sollicitations oro-faciales

Les SOF peuvent être proposées dans le cadre de TOA. L'orthophoniste peut en réaliser en séance et montrer aux parents comment faire avec leur enfant. D'autres aidants, comme les aidants professionnels peuvent également les proposer (Matheus, 2020).

2.3.1. Les sollicitations tactiles

Les SOF consistent en diverses sollicitations, et notamment en des massages. En 2013, Vivier parlait de « toucher thérapeutique ». Depuis 2016, le terme massage peut être employé, quelle que soit la profession de la personne qui le pratique (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016).

Le toucher est thérapeutique par définition (Grusse Dagneaux, 2021; Lange, 2021). Il constitue un paramètre relationnel et un support de communication non verbale (Lange, 2021).

En orthophonie, le toucher thérapeutique est de plus en plus intégré dans les pratiques (Grusse Dagneaux, 2021; Roch & Piron, 2008). Les objectifs sont la stimulation du tonus, de la mobilité, de la proprioception, de la somesthésie, la stimulation sensorielle, la détente, le soutien de la communication et la rééducation des fonctions oro-faciales (Vivier, 2013).

Concernant l'oralité, le toucher est à la fois un outil et un objectif (Grusse Dagneaux, 2021). Les sollicitations tactiles sont alors utilisées en soutien aux expériences psychomotrices et ont pour conséquence d'agir sur la sensibilité et la motricité, mais également sur la sensation de plaisir et de proprioception de la zone orale (Halimi, 2021; Thibault, 2017). En effet, le système moteur et le système sensoriel sont liés entre eux (Halimi, 2021).

Pour obtenir un effet, les sollicitations tactiles doivent être répétées, pluriquotidiennes et progressives (Barbier, 2004; Flottes, 2008; Grusse Dagneaux, 2021; Senez, 2010, 2020). Les massages

peuvent être associés à un aspect routinier ludique (Barbier, 2004). Pour cela, on peut chanter une comptine, utiliser des marionnettes ou verbaliser ce qui est fait (Barbier, 2004; Grusse Dagneaux, 2021; Puech & Vergeau, 2004; Senez, 2020). Néanmoins, Mercier (2004) met en garde contre une surutilisation de ceux-ci, qu'elle préconise d'appliquer seulement lorsque c'est possible et sans être trop envahissants. Le patient doit en effet y consentir, avoir une bonne installation et des règles d'hygiène doivent être respectées (Lange, 2021; Vivier, 2013).

Ainsi, il est important que l'entourage de l'enfant puisse se saisir des SOF, car le thérapeute seul ne peut les effectuer de façon pluriquotidienne. Les parents doivent donc prendre conscience de leur intérêt. Pour cela, il est possible de leur proposer de faire l'expérience du ressenti de leur enfant en les amenant à prendre conscience de leur propre sensibilité (Barbier, 2004; Senez, 2020). Le principe d'habituation peut être expliqué par des analogies, comme un parfum que l'on sent de moins en moins avec le temps (Senez, 2020). De plus, il convient de leur montrer le toucher adapté dans la paume de la main, avant de l'appliquer dans leur propre bouche (Senez, 2020). Le geste est vérifié et les parents bénéficient de conseils régulièrement, ce qui permet de s'assurer que les massages sont réalisés de façon adaptée à leur enfant (De Roeck, 2018; Senez, 2020).

Il existe plusieurs types de gestes pour produire des massages, selon si l'on utilise toute la main ou la pulpe de doigts, la pression exercée ou encore le mouvement réalisé. Il sont à adapter en fonction des effets recherchés (Vivier, 2013). Vivier (2013) donne également des recommandations telles que réaliser les massages du visage de l'intérieur vers l'extérieur du visage et du haut vers le bas, stimuler un muscle à la fois, toujours travailler en symétrie et privilégier un toucher franc.

2.3.2. Le travail sensoriel

Concernant les troubles de la sensibilité et de la sensorialité, l'objectif est de normaliser ces dernières. Cette normalisation est appelée l'habituation dans le cas d'hypersensibilité (Barbier, 2004, 2014; Senez, 2010; Vivier, 2013) ou la sensibilisation sensorielle pour les enfants hyposensibles (Vivier, 2013). La normalisation peut se faire grâce à des stimulations auditives, visuelles, olfactives et tactiles (Barbier, 2014; Vivier, 2013). Dans les cas d'hyposensibilité, l'objectif est de donner les stimulations suffisamment intenses, fréquentes et longue dont l'enfant a besoin pour réagir. A l'inverse, dans les cas d'hypersensibilité, l'objectif est d'aider l'enfant à accepter les stimulations petit à petit, en augmentant l'amplitude à mesure que la réaction se normalise (Barbier, 2014). Ces objectifs sont ceux poursuivis par la thérapie d'intégration neurosensorielle Ayres® (Randell et al., 2019).

Le travail du sens tactile se fait principalement par la manipulation de textures alimentaires ou non alimentaires dont les particularités dépendent du profil de l'enfant (Vivier, 2013), mais également par des stimulations tactiles des mains et de la sphère oro-bucco-faciale (Barbier, 2014; Grusse Dagneaux,

2021). En effet, on sait que la main et la bouche sont étroitement liées sur les plans moteur, sensoriel et neuroanatomique (Couly, 2015; Grusse Dagneaux, 2021; Penfield & Rasmussen, 1951). Il apparaît donc utile de prendre en compte les mains dans les SOF. Des massages, tels que ceux basés sur l'acupression, peuvent ainsi être appliqués (Grusse Dagneaux, 2021).

Senez (2020), propose un protocole de désensibilisation de l'hypernauséux, inspiré de la méthode de désensibilisation de la main de Barber L. M. (1984) (De Roeck, 2018). Il suit un enchaînement de trois allers-retours rapides et appuyés sur chacune des gencives et le palais, avant de terminer par un appui sur la pointe de la langue. Il est préconisé de réaliser cette séquence huit fois par jour, tous les jours, durant sept mois, en augmentant progressivement l'amplitude et en s'arrêtant avant le seuil de tolérance de l'enfant. La survenue de nausées signifie que le geste est trop léger, trop lent ou trop ample. D'après De Roeck (2018), ce protocole n'est pas réalisable par tous les parents, car la durée et la fréquence sont souvent réduites et des pauses peuvent avoir lieu. De plus, les enfants ne sont pas tous gardés par la personne qui connaît les SOF. Cependant, une évolution positive de l'alimentation peut être notée en termes de diversité de textures, de quantités et de durée des repas.

Des stimulations profondes et des vibrations peuvent également être utilisées pour réduire les réactions aux stimuli tactiles. Le protocole Wilbarger est basé sur l'utilisation de pressions profondes précédées de l'utilisation d'une brosse sur le corps toutes les deux heures, pendant deux semaines (Barbier, 2014; Vivier, 2013).

2.3.3. Le travail moteur

Afin de traiter les troubles du tonus et de la motricité, il est recommandé de réaliser un travail oro-moteur (Overland, 2001, 2011), de faire de la contre-résistance et de travailler l'expressivité faciale (Vivier, 2013). Nous pouvons également utiliser le tapping, des pressions, des vibrations et jouer sur la vitesse de la stimulation (Manno et al., 2005).

En cas de difficultés de succion, comme dans les cas de prématurité, des stimulations sont préconisées. L'objectif est de permettre au nouveau-né de poursuivre son développement en lui offrant les sollicitations, notamment tactiles et olfactives, dont il a besoin (Haddad & Marlier, 2015). Des sollicitations avant les repas montrent une efficacité lors de la prise alimentaire (Manno et al., 2005). M. le Metayer préconise des séances hors des repas, de courte durée et une approche progressive de la bouche (Vivier, 2013).

De bonnes compétences linguales préalables sont nécessaires à toute intervention pour des difficultés de mastication. En effet, la musculature linguale doit permettre l'absence de protrusion et des mouvements linguaux latéraux nécessaires à la préparation du bolus alimentaire. Ces compétences sont travaillées par des pressions de l'index sur l'avant du plancher buccal entraînant la

rétraction de la langue dans la cavité buccale et des stimulations des côtés de la langue, entraînant un mouvement lingual latéral (Manno et al., 2005; Vivier, 2013). Le travail de la mastication est effectué grâce à des propositions d'aliment mi-solide, amené par le bas afin de privilégier une flexion de la tête qui protège les voies aériennes et placé entre la gencive et la langue (Vivier, 2013). Un soutien mandibulaire peut aider l'enfant à contrôler le degré d'ouverture de la mâchoire (Manno et al., 2005). Des outils comme des anneaux de mastication peuvent également être utilisés afin de développer la mastication lorsqu'elle est déjà en place (Vivier, 2013).

3. L'intervention précoce et la place de la famille dans la prise en soin

Dans le cadre d'un handicap chez l'enfant, il convient de mener une intervention précoce et d'impliquer les parents, afin de leur permettre d'agir et de décider pour leur enfant.

3.1. L'intervention précoce indirecte

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ont un rôle important dans la précocité du dépistage et de l'intervention pluridisciplinaire auprès de l'enfant de zéro à six ans. En effet, ces services sont des établissements médico-sociaux spécialisés dans un type de handicap ou non. Ils ont pour vocation d'accueillir les enfants jusqu'à l'âge de six ans, porteurs d'un handicap ou à risque d'en développer un. Leurs missions sont de mener des actions de prévention, de dépistage précoce, de soins, d'accompagnement familial, de soutien social et éducatif et d'information auprès de partenaires. (Haute Autorité de Santé, 2014)

La prise en charge précoce implique, nous l'avons vu, inévitablement les parents (Eyoun, 2010). Les méthodes d'implication des parents dans la prise en charge ont vu le jour dans les années 70 au Québec grâce à des programmes d'intervention (de Place, 2018). Autrefois les parents étaient placés dans une position de spectateurs de la prise en soin de leur enfant. Pourtant ils passent plus de temps auprès de lui et le connaissent mieux que l'orthophoniste (Lowry, 2021). De plus, former les parents et encourager leurs initiatives est primordial pour qu'ils puissent se sentir compétents dans leur rôle de parents et plus autonomes (Barbier, 2004; Bowen, 2000; de Place, 2018; Lowry, 2021; Thibault, 2017). L'intervention est plus efficace en comparaison avec celle effectuée lors de séances uniquement (Montfort et Juarez (2000) cité dans de Place, 2018). En outre, les parents expriment aujourd'hui un besoin d'implication par l'intervention indirecte, comme en témoigne un étoffement de la littérature sur le sujet (Barello et al., 2012).

Malgré la diversité des termes utilisés par les différents auteurs, on relève qu'il existe trois façons d'impliquer les parents dans la prise en charge (Bo, 2000 cité dans de Place, 2018; Périchon & Gonod, 2021).

En 2021, Périchon & Gonod réalisent une revue de la littérature sur le sujet et décrivent sous trois termes ces types de relations : « guidance », « accompagnement » et « partenariat » (cf. annexe 3). Ils désignent des pratiques complémentaires qui diffèrent entre elles par la façon dont l'entourage de l'enfant prend part à la prise en soin :

- La guidance parentale consiste en l'administration de conseils, un apprentissage et une transmission de savoirs. Les échanges sont informels et minimaux, en fin de séance par exemple.
- Lorsqu'on parle d'accompagnement parental, le thérapeute décide des objectifs et incite les parents à prendre part activement à la prise en soin. L'orthophoniste est alors un modèle que le parent tente de reproduire au quotidien.
- Enfin, dans les cas de partenariat parental, l'intervention repose sur la collaboration et la co-construction d'un projet avec les parents, ce qui favorise une prise en charge globale et écologique de l'enfant.

En pratique, l'intervention auprès de l'enfant s'apparente plutôt à de l'accompagnement parental ou à un partenariat qu'à de la guidance (Barbier, 2010; Crunelle, 2010; Eyoum, 2010; Rives, 2019). En effet, les parents ont leur rôle à jouer dans la prise en charge, c'est pourquoi il convient de les valoriser, ils sont spécialistes de leur enfant (Eyoum, 2010). Toutefois, il faut garder à l'idée que le parent n'est pas le thérapeute, il est accompagné, formé et écouté dans une démarche thérapeutique (Barbier, 2004; Puech & Vergeau, 2004).

Les programmes comme Hanen® (*It Takes Two To Talk – Hanen Program for Parents of Children with Language delays*) ou PACT (Bowen, 2000) sont des programmes dans lesquels les parents sont acteurs de la prise en charge de leur enfant. Lowry (2017, 2021) parle de "parent-implemented intervention" pour désigner les pratiques de coaching de parents qui ont un objectif d'intervention écologique auprès de l'enfant. Il souligne les compétences d'enseignement des parents, leur place privilégiée auprès de leur enfant au quotidien, leurs facilités à interagir avec leur enfant et leur connaissance de leur enfant (Lowry, 2017). Il exprime également le rôle que les parents peuvent prendre dans la prise en charge. Pour cela, il cite le fait de déterminer des objectifs avec l'orthophoniste, de décrire le quotidien, ses changements, les progrès observés et d'appliquer des stratégies apprises (Lowry, 2017). La méthode Hanen® est une intervention qui concerne la communication chez l'enfant et repose sur quatre phases qui peuvent inspirer toute intervention. Premièrement, un temps de réflexion du parent est engagé sur la mise en place au quotidien des stratégies déjà abordées, puis la présentation d'une nouvelle stratégie avec des démonstrations a lieu et le parent la pratique par la suite. Enfin, le thérapeute incite le parent à tirer des conclusions par lui-même (Toby, 2015). Ainsi, les études qui ont observé les programmes Hanen® montrent que les

parents sont au moins aussi efficaces que les orthophonistes pour aider leur enfant (Roberts, M., & Kaiser, A. (2011) cité dans Lowry, 2021).

Pour cela, il est possible de s'appuyer sur des outils tels que des questionnaires, des vidéos, des ressources informatives, des programmes d'intervention, des ateliers de groupe, des groupes de parole ou encore la transmission d'exercices (Rives, 2019). Parmi les outils, l'utilisation du vidéo feedback permet de garder une trace objective qui supplée les souvenirs (Toby, 2015). Il s'agit d'une façon d'aider le parent à modifier un comportement (Martin, 2000).

Il est préconisé de veiller à ne pas utiliser un vocabulaire trop complexe, car cela place le parent dans une posture d'élève vis-à-vis du professionnel (Crunelle, 2010). De plus, il convient d'encourager la prise d'autonomie et d'initiatives de la part des parents afin de les accompagner selon leurs choix et leurs habitudes (Barbier, 2004). Dans certains cas, comme dans la méthode Hanen®, nous préférons poser des questions pour guider la réflexion du parent plutôt que lui faire un retour direct (Toby, 2015). En outre, multiplier les supports peut s'avérer utile pour donner des explications aux parents, afin qu'ils puissent se saisir de ce que l'orthophoniste apporte (Toby, 2015). D'après la méthode Hanen®, les éléments qui font fonctionner le coaching parental sont 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.

Cette dernière forme de relation entre thérapeute et parent s'inscrit dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), puisqu'elle correspond à une démarche centrée sur le patient, avec comme partenaires ses parents (Haute Autorité de Santé, 2015). Dans ce cadre, une intervention basée sur les principes de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) peut être proposée.

3.2. Les principes de l'Éducation Thérapeutique du Patient

Dans un contexte d'augmentation des besoins d'interventions et du coût engendré, l'ETP est une solution et s'applique à divers contextes pathologiques, dont les TOA. Cette pratique implique une relation de partenariat (Eymard, 2018).

Selon le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (1998 : 12), « L'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. Elle contribue également à réduire les coûts des soins de longue durée pour les patients et la société. »

L'ETP s'inscrit dans une démarche centrée sur le patient, conformément aux recommandations de la HAS (Agence Régionale de Santé d'Occitanie, 2022; Haute Autorité de Santé, 2015). Elle s'adresse

au patient porteur d'une maladie chronique ou à un aidant. Un même patient peut bénéficier de plusieurs propositions d'ETP au cours de son parcours de soins, qu'il est libre d'accepter ou non. En somme, l'ETP repose sur les particularités du patient, sur son autonomie et sur les principes de décision partagée. Elle prend en compte les facteurs psychologiques et environnementaux (Haute Autorité de Santé, 2007).

L'ETP lui permet donc plus d'autonomie et un rôle plus important dans la gestion de ses difficultés au quotidien en lui conférant des compétences d'autosoin et d'adaptation. Les compétences d'autosoin visent à permettre au patient de surveiller ses symptômes et de prendre ses traitements en autonomie. Les compétences d'adaptation consistent à avoir une connaissance de soi plus affûtée pour pouvoir réagir en conséquence. Un programme d'ETP doit donc évaluer et développer ces deux types de compétences. L'ETP est proposée au patient et lui permet de décider conjointement avec les professionnels de santé de son traitement. S'il l'accepte, il pourra ainsi bénéficier d'un diagnostic éducatif, d'un programme d'ETP collectif ou individuel, puis d'une évaluation à la fin du programme. La proposition d'ETP peut être faite par tout professionnel de santé, mais la mise en œuvre de l'ETP est réalisée par un ou plusieurs professionnels formés à l'ETP (Haute Autorité de Santé, 2007).

Un programme d'ETP peut ainsi être proposé aux parents d'un patient (Derguy et al., 2018; Eymard, 2018). Il en existe pour diverses pathologies, dont les TOA, sans forcément qu'il ne soit axé sur une composante de l'intervention en particulier, comme les SOF (Mélot, 2018; Pereira de Moura, 2020).

Néanmoins, en orthophonie, l'ETP est encore peu développée, car elle nécessite un changement de point de vue et de positionnement en tant que professionnel (Brin-Henry & Lesage, 2018). De plus, les conditions de mise en place de programme d'ETP suivent des règles strictes qu'il n'est pas toujours aisé de respecter, car au-delà des conditions générales fixées par la HAS, il appartient à chaque Agence Régionale de Santé d'approuver un programme d'ETP (Agence Régionale de Santé d'Occitanie, 2022).

3.3. Les groupes de parents dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire

Comme l'expriment les différentes recommandations, l'implication des parents dans l'intervention auprès d'enfants présentant des troubles de l'oralité est primordiale. Des séances de groupe de parents peuvent alors avoir lieu, avec ou sans la présence des enfants. Ce dernier type d'intervention n'est pas répandu en exercice libéral, car la NGAP ne comporte pas ce type de séance. Cependant, nous pouvons observer de telles pratiques dans certaines structures (de Place, 2018).

En effet, la NGAP ne fait pas mention de séances de groupe dans le cadre des troubles de l'oralité. Nous pouvons toutefois noter que, concernant les séances de groupe en général, il est préconisé la

présence d'au moins un orthophoniste pour quatre participants (*Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)*, 2022).

Plusieurs auteurs ont décrit l'utilité des séances de groupe autour de l'oralité en présence des parents. Elles ont à la fois un objectif préventif et curatif (Robail et al., 2017). La présence de plusieurs parents au sein d'un même groupe leur permet de partager leurs expériences, de s'identifier, mais aussi de donner des conseils et prendre exemple les uns sur les autres (Robail et al., 2017). Selon Barbier (2004), rencontrer d'autres parents qui vivent une situation similaire permet d'avoir une vision plus globale sur les difficultés de son enfant et de s'appuyer sur les éléments apportés par les autres pour compléter leurs connaissances. Cela entraîne également souvent une déculpabilisation et un regain de confiance en soi (Robail et al., 2017).

Au cours des séances de groupe, il convient de garder en tête quelques recommandations. Par exemple, il est important de poser un cadre, en proposant des règles comme le respect des horaires, l'assiduité, l'écoute de l'autre et le non-jugement (Robail et al., 2017). Le lieu doit être accueillant et les parents doivent y trouver ce dont ils ont besoin (Robail et al., 2017). Les séances peuvent être décomposées en différentes séquences (Mélot, 2018; Robail et al., 2017). Par ailleurs, les démonstrations sont primordiales (Martin, 2000). Expliquer au parent ce qu'il faut faire sur l'enfant est moins efficace que lui montrer ce qu'il peut faire avec son enfant (Barbier, 2004). Enfin, lors de séances de groupe, l'objectif étant d'adopter une vision globale, les particularités de chaque enfant ne sont pas au centre de la séance, mais peuvent être abordées lors de temps dédiés si besoin (Barbier, 2004).

III – PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

1. Contexte

Le CAMSP reçoit des enfants de zéro à six ans aux profils variés. Certains de ces enfants peuvent présenter des TOA, s'inscrivant ou non dans des pathologies ou des problématiques plus globales comme des syndromes génétiques, un retard global de développement ou une prématurité. Le fait de réaliser une étude dans un CAMSP permet de bénéficier du cadre de l'établissement et de s'appuyer sur les échanges entre parents et professionnels, qui s'établissent grâce aux missions du CAMSP.

L'intervention indirecte précoce constitue un élément central du CAMSP. Dans la structure où nous avons mené notre étude, des consultations oralité sont proposées en présentiel et en distanciel, selon les besoins de l'enfant, de sa famille et de leurs possibilités de déplacement. Les SOF sont pratiquées en séance individuelles et en séances de groupe par les orthophonistes. Les parents y sont familiarisés par des démonstrations ainsi que des vidéos afin de les pratiquer seuls chez eux. Des échanges de vidéos entre les parents et les orthophonistes peuvent aussi avoir lieu afin de voir l'enfant en contexte écologique sur un temps de repas.

En définitive, la création d'un programme de partenariat parental sur les SOF semble s'inscrire dans cette dynamique. Nous avons questionné six parents d'enfants présentant des TOA, suivis en orthophonie dans un CAMSP de la région Occitanie, sur l'utilité d'un programme de partenariat parental. Le recrutement de ces répondants s'est fait en parallèle avec celui de notre étude, il s'agit donc des sujets recrutés pour celle-ci. Ainsi, tous les répondants estiment qu'un programme pour les parents sur les SOF pourrait leur être utile.

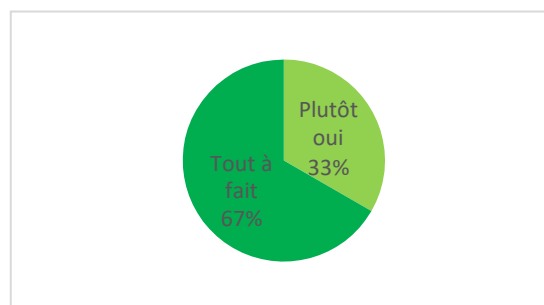


Figure 1. Pensez-vous qu'un programme pour les parents sur les sollicitations oro-faciales pourrait vous être utile ?

Ils auraient à la fois des connaissances théoriques et pratiques pour proposer des SOF à leur enfant. De plus, ils pourraient transmettre leurs connaissances à leur entourage, ce qui faciliterait la continuité des SOF quelle que soit la personne qui garde l'enfant. En effet, De Roeck (2018) conclut que se tenir à un protocole de massages pour les parents est difficile à cause de diverses contraintes auxquelles un tel programme pourrait répondre.

2. Problématique

Cette étude a pour objectif de questionner la faisabilité d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massages au sein d'un CAMSP de la région Occitanie. La problématique de cette étude est donc : *Dans quelles conditions la mise en place d'un programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales de type massages dans un CAMSP est-elle faisable ?*

3. Hypothèses

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

Hypothèse 1 : Le programme est faisable en termes de temps

Sous-hypothèse 1 : Le programme est faisable en termes de durée : 2h45

Sous-hypothèse 2 : Le programme est faisable en termes de créneaux horaires : sur un créneau qui convient à la fois aux parents et à l'administration du CAMSP

Hypothèses 2 : Le programme est faisable en termes de forme

Sous-hypothèse 1 : Le programme est faisable en termes de nombre de participants : 2 à 3 participants

Sous-hypothèse 2 : Le programme est faisable en termes de disponibilité des locaux : une salle adaptée permet d'accueillir le programme

Hypothèse 3 : Le programme est faisable en termes de contenu

Sous-hypothèse 1 : Le programme expose clairement aux participants l'intérêt des sollicitations oro-faciales

Sous-hypothèse 2 : Le programme permet aux participants de se sentir à l'aise pour pratiquer les sollicitations oro-faciales de type massages

Sous-hypothèse 3 : Le programme permet aux participants de bénéficier de conseils pour les adapter à leur enfant (fréquence, type de toucher, progression, durée, moments, réactions de l'enfant)

Sous-hypothèse 4 : Le programme permet aux participants de se sentir capables d'expliquer les sollicitations oro-faciales

IV – METHODE

L'objectif de ce mémoire est de vérifier la faisabilité d'un programme de partenariat parental en termes de temps, de forme et de contenu. Il est adressé aux parents ou aux membres de la famille qui côtoient l'enfant au quotidien.

1. Population cible

1.1. Critères d'inclusion

Nous avons fait le choix d'inclure tous les membres de la famille qui côtoient l'enfant au quotidien. En effet, les schémas familiaux étant très variables, il s'agit parfois d'autres personnes que les parents eux-mêmes (famille d'accueil, grands-parents, frère ou sœur...) qui gardent l'enfant ou l'amènent au CAMSP. Ainsi, le statut de l'interlocuteur privilégié pour chaque enfant du point de vue des professionnels de la structure est variable. Par souci de simplicité, nous avons choisi d'utiliser les termes « parents » pour désigner ces personnes, et « votre enfant » en s'adressant aux parents pour désigner l'enfant suivi dans la structure.

Les parents d'enfants suivis au CAMSP, et bénéficiant déjà d'un suivi orthophonique ponctuel ou régulier dans le cadre de TOA, peuvent donc participer à ce programme. Ils peuvent alors déjà être sensibilisés à ces troubles auparavant.

1.2. Recrutement

Une sélection des enfants ayant des TOA a été établie par les orthophonistes du CAMSP. Cette sélection s'est effectuée parmi les enfants ayant déjà un suivi orthophonique par le biais de séances individuelles ou de séances de groupe.

Nous avons alors proposé à leurs parents de participer au programme. Le recrutement a pu être fait par téléphone, ou bien de vive voix. Chacun d'entre eux a reçu des informations orales, puis une fiche explicative du projet s'ils l'acceptaient (cf.annexe 5). Le recrutement a alors été réalisé sur la base du volontariat des parents. Au total, nous avons ciblé six parents.

2. Questionnaire et sondage préalables

2.1. Elaboration du questionnaire

Les individus ayant accepté de participer à l'étude ont alors reçu l'accès à un questionnaire préalable anonyme (cf.annexe 6). Le questionnaire a été construit de façon à répondre aux hypothèses

de temps et de contenu. Une question concernant la pertinence d'un programme de partenariat parental a également été incluse, afin d'appuyer la justification de sa conception.

Ainsi, les participants ont été questionnés sur leurs disponibilités en termes de durée et de créneaux horaires. Le questionnaire a également été pensé de façon à donner des informations sur les habitudes des participants, en s'inspirant de la démarche de l'ETP, afin de relever les freins et les leviers et de déterminer le contenu.

Nous avons fait le choix de diffuser le questionnaire de façon informatisée par souci de simplicité et de lisibilité. Les questions peuvent ainsi apparaître une par une et, selon les réponses données par les répondants, toutes les questions ne sont pas présentées, ce qui allège la présentation générale du questionnaire. Par ailleurs, une version papier aurait contraint les parents à la rapporter au CAMSP après remplissage, alors que la version informatisée permet un envoi instantané des réponses. Enfin, l'interprétation des résultats est simplifiée par ce canal. La plateforme utilisée pour la diffusion du questionnaire est donc LimeSurvey.

Au total, le questionnaire contient une majorité de questions fermées, comme préconisé par de Singly (2012). Il se compose ainsi de 20 questions dont une question ouverte, 14 questions fermées et cinq échelles. La question ouverte est de type « réponse libre ». Les questions fermées sont composées de 13 questions à choix multiples et une question à réponse binaire « oui/non ». Neuf des questions fermées contiennent un choix supplémentaire « autre » avec la possibilité d'apporter une précision, comme le préconise de Singly (2012).

Le questionnaire est décomposé en trois parties :

- La première partie « Qui êtes-vous ? » contient une question qui permet de renseigner le statut du participant par rapport à l'enfant suivi au CAMSP dans le cadre de TOA.
- La seconde partie « Les sollicitations oro-faciales », contient 13 questions apportant des indications sur les connaissances concernant les SOF, l'aisance potentielle à les pratiquer, les habitudes de pratique des SOF et le sentiment de capacité à les expliquer à quelqu'un d'autre.
- La troisième partie « Organisation du programme » contient six questions dont une qui renseigne sur l'opinion des répondants à propos de la création du programme. Les autres questions renseignent sur les attentes quant au contenu, sur l'organisation temporelle du programme et sur la possibilité d'utiliser le smartphone personnel des participants au programme comme outil de vidéo.

2.2. Relectures et vérifications

Le questionnaire a été révisé par un panel de cinq personnes travaillant dans le CAMSP ou étant familières avec sa population. Nous avons donc fait appel à une orthophoniste ayant suivi plusieurs

formations sur l'oralité et ayant de l'expérience dans le domaine de la recherche, une psychologue, une psychomotricienne et deux kinésithérapeutes dont une bilingue en français-espagnol. Les remarques de ces personnes ont permis de réaliser des ajustements avant la diffusion du questionnaire.

2.3. Diffusion du questionnaire

Les parents ayant accepté de participer à l'étude ont donc reçu un lien renvoyant vers la page internet d'accueil du questionnaire qui contient un récapitulatif des informations concernant le projet, présenté au début de l'annexe 6. Ce lien a été transmis par l'application téléphone « WhatsApp » ou par e-mail selon le choix des parents. En effet, l'établissement met à disposition du personnel un smartphone avec l'application « WhatsApp » par laquelle il est possible de communiquer avec les parents avec leur accord. Pour des raisons de protection de données, nous avons utilisé ce smartphone. Les parents ont disposé de deux semaines pour remplir le questionnaire. Il était prévu un rappel au bout d'une semaine en cas de besoin. Certains parents n'ayant pas le français pour langue maternelle, les individus ont reçu la proposition de rester au téléphone avec nous lors du remplissage.

2.4. Sondage de la direction du CAMSP

Après interprétation des résultats du questionnaire, nous les avons transmis à la directrice et au directeur adjoint de l'établissement. Nous avons alors sollicité leur avis par le biais d'un sondage par e-mail à propos des contraintes temporelles et de forme de la structure, dans l'optique de répondre aux hypothèses de temps et de forme.

3. Elaboration de l'outil conducteur de séances et de ses annexes

3.1. Présentation de la démarche

L'outil de partenariat parental est un conducteur de séances (cf.annexe 7) construit à partir de données issues de la littérature, mais aussi des besoins et des contraintes identifiées grâce au questionnaire préalable (cf.annexe 6).

L'outil conducteur de séances est issu d'une formation dispensée par *AGO Ingénierie formation Toulouse*. Il permet de guider pas à pas le ou les intervenants lors des ateliers de groupe et des séances individuelles. Le programme et ses documents ont été conçus sur la base de l'atelier déjà réalisé dans le mémoire d'orthophonie de Matheus (2020). Il s'agissait d'adapter cet atelier destiné aux professionnels d'une pouponnière / SSR pédiatrique à des parents dont les enfants fréquentent un CAMSP.

3.2. Ressources

La conception de l'outil conducteur de séances est donc basée sur les données issues de la littérature présentées dans la partie I de ce mémoire, qui en ont déterminé le contenu. De surcroît, plusieurs documents, sélectionnés sur internet ont permis de déterminer la forme de l'outil. Ces documents viennent appuyer l'argumentation de l'utilité du programme, dont aucune ressource similaire n'a encore été recensée à notre connaissance. Les recherches ont été réalisées sur la base des mémoires d'orthophonie antérieurs, du site du groupe Miam-miam (*Genèse, objectifs, actions, projets du Groupe MIAM-MIAM*) et du site du centre Hanen® (*The Hanen Centre | Speech and Language Development for Children*). Les documents retenus sont ceux qui abordent les TOA avec des notions d'ETP ou qui s'adressent aux parents.

Le tableau ci-dessous présente ces documents selon leurs intérêts et leurs limites au regard du programme.

Tableau 1. Intérêts et limites des documents utilisés

Type de document	Titre, auteur et date de publication	Intérêts	Limites
Mémoire d'orthophonie	Matheus, C. (2020). <i>Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.</i>	Pensé de façon à s'apparenter à un programme d'ETP. Contient des éléments théoriques et pratiques. Guide les intervenants de l'atelier de façon détaillée. Balaye plusieurs notions expliquées clairement et accessibles. Propose un entraînement suffisant aux massages oro-faciaux.	Construit à destination des professionnels d'une structure. Concerne les enfants ayant une nutrition entérale. Concerne un autre type de structure. Les participants ne s'estiment pas tous capables d'expliquer les SOF à l'issue de l'atelier.
Mémoire d'orthophonie	Mélot, M. (2018). <i>Adaptation d'un programme d'intervention en orthophonie au domaine de l'oralité sous</i>	Programme de partenariat parental. Contient des éléments théoriques et pratiques.	Non spécifique aux SOF, mais concerne l'oralité alimentaire en général.

	<i>forme de groupes thérapeutiques de parents. [Mémoire d'orthophonie]. Lille.</i>	Construit à destination des parents. Les parents ont des missions à réaliser entre chaque session.	Guide peu les intervenants.
Mémoire d'orthophonie	Nouvel, Y. & Roche-Bataillon, C. (2019). <i>L'accompagnement parental dans le cadre des troubles de l'oralité : conception d'un guide à destination des parents. [Mémoire d'orthophonie]. Marseille.</i>	Se base sur la notion de partenariat parental. Balaye un grand nombre de notions très détaillées concernant les TOA. Donne des conseils pour créer un outil de partenariat parental sur les TOA.	Cahier des charges de constitution d'un guide et non un programme. Sur les TOA en général et non spécifiquement sur les SOF.
Livret et fiches pratiques	Leblanc, V., Bourgeois, C., Hardy, E., Lecoufle, A., & Ruffier, M. (2012). <i>Boîte à idée pour oralité malmenée du jeune enfant.</i> Nutrica.	Balaye un grand nombre de notions concernant les TOA, bien détaillées. Notion de progression et de progressivité. Insiste bien sur le fait d'aller au rythme de l'enfant. Propose des idées de sollicitations. Contient des éléments théoriques et pratiques.	A destination des professionnels de santé. Guide et non un programme. Sur les TOA en général et non spécifiquement sur les SOF. Peu de détails sur les massages.
Livret et fiches pratiques	Don, J. & Gaquiere, M. (2014). <i>De parents à parents. Les difficultés à s'alimenter chez l'enfant de 0 à 3 ans présentant un syndrome génétique.</i>	Conçu sur la base de conseils de parents et d'orthophonistes. Contient des éléments théoriques et pratiques. Balaye un grand nombre de notions concernant les TOA.	Guide et non un programme. Sur les TOA en général et non spécifiquement sur les SOF.

Livret et fiches pratiques	Alexandre, J. (2014). <i>Les troubles de l'oralité chez l'enfant de 3 ans et plus alimenté par gastrostomie.</i>	Balaye un grand nombre de notions concernant les TOA. Contient des éléments théoriques et pratiques. Propose des témoignages de parents.	Guide et non un programme. Sur les TOA en général et non spécifiquement sur les SOF. Concerne les enfants ayant une nutrition entérale.
Livret de fiches pratiques	Dazin. A., Demoulin. V., Denis. E., Duval. V., Guimber. D., Lecoufle. A., Van Malleghe. A. (2009). <i>Réunion d'information et de sensibilisation « Les troubles de l'oralité alimentaire ».</i> Livret de fiches pratiques. Groupe Miam-Miam	Contient des idées d'activités à proposer aux enfants présentant des TOA.	A destination des orthophonistes. Guide et non un programme. Sur les TOA en général et non spécifiquement sur les SOF. Peu de détails sur les massages.
Site internet	The Hanen Centre® : helping you help your children communicate	Se base sur la notion de partenariat parental. Les parents ont des missions à réaliser entre chaque séance. Concerne des séances individuelles et des séances de groupe. Utilise le videofeedback.	Non centré sur les TOA. Nécessite une formation particulière.

3.3. Contenu et objectifs du conducteur de séances

Le conducteur de séances est l'outil utilisé pour guider l'intervenant lors du déroulement du programme (cf.annexe 7). Il est pensé comme un conducteur de séance d'ETP et 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 façon à ce 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.

Les objectifs poursuivis par ce programme sont, pour les parents, de comprendre l'intérêt des SOF, de se sentir capable de les expliquer, de les pratiquer avec aisance et de façon adaptée à son enfant (durée, moments, réactions de l'enfant).

Le contenu du programme est également adapté en fonction de la durée et le nombre de séances déterminés à l'issue du questionnaire préalable aux participants (cf.annexe 6).

3.4. Relectures et vérifications

Le conducteur de séances et les documents annexes ont été vérifiés par un médecin d'un SSR pédiatrique ayant un diplôme universitaire d'ETP et deux orthophonistes ayant suivi plusieurs formations en oralité, dont une formée en ETP et ayant de l'expérience dans le domaine de la recherche. Leurs conseils ont permis de réaliser des ajustements sur le programme.

4. Expérimentation du programme

4.1. Différents temps envisagés

Le programme est pensé en plusieurs temps afin de pouvoir aborder plusieurs notions. Il est prévu une partie en groupe et une partie individuelle. Cela permet d'avoir des temps d'échange avec tous les parents et de bénéficier de la dynamique qui s'opère dans un groupe, mais aussi d'avoir un temps privilégié auprès de chaque participant.

4.2. Prise de rendez-vous

Le programme a été expérimenté par les sujets ayant répondu au questionnaire préalable. Les rendez-vous leur ont été transmis oralement par téléphone, par écrit via email ou SMS et par un SMS de rappel quelques jours avant chaque rendez-vous.

4.3. Critères de jugement des hypothèses de durée et de nombre de participants

Chaque session a été chronométrée à partir de l'accueil des participants jusqu'à ce que la dernière phrase du conducteur de séances (cf. annexe 7) soit énoncée. Cela permet de vérifier l'hypothèse de durée du programme, dans la mesure où la durée totale pour chaque participant n'excède pas 10 minutes d'écart aux 2heures45 prévues. Le nombre de participants, quant à lui, a été vérifié grâce à un émargement des participants à chaque atelier de groupe et doit être compris entre deux et trois pour valider l'hypothèse correspondante.

5. Questionnaire post-programme

5.1. Elaboration du questionnaire

A l'issue du programme, les participants ont reçu un second questionnaire, présenté comme un questionnaire de satisfaction, permettant d'évaluer la faisabilité de sa mise en place (cf. annexe 8). Les résultats permettent ainsi d'apporter des modifications au programme, afin qu'il puisse être reproduit dans le futur.

Il est composé 18 questions, dont quatre questions ouvertes, quatre questions fermées et 11 échelles, séparées en deux parties. Les questions ouvertes sont de type « réponse libre ». Les questions fermées sont des questions à choix multiples ou des questions à choix unique.

Le questionnaire est constitué de deux parties :

- La première partie « Les sollicitations oro-faciales », contient huit questions qui ont pour but de répondre à l'hypothèse de contenu, avec une première question permettant d'indiquer à quelles parties du programme les répondants étaient présents. Les répondants peuvent ensuite indiquer s'ils pensent avoir bénéficié d'explications, d'entraînements, de conseils, de démonstrations, si leur aisance à toucher l'intérieur de la bouche de leur enfant a évolué, si les supports utilisés étaient utiles et clairs et leur sentiment de capacité à expliquer les SOF à un autre parent.
- La seconde partie « Organisation du programme » contient 10 questions qui permettent de répondre aux hypothèses de temps et de forme. Elles permettent aux participants de donner leur avis sur le nombre de participants, le lieu, la modalité de la visioconférence ou de l'appel téléphonique, la durée du programme et les créneaux horaires. Les répondants peuvent s'exprimer librement dans la dernière question.

5.2. Relectures et vérifications

Le questionnaire a été vérifié par deux orthophonistes ayant déjà connaissance du programme, puisqu'elles ont participé aux retours faits sur l'outil conducteur de séances (cf. annexe 7). Leurs remarques ont permis de réaliser des ajustements avant la diffusion du questionnaire.

5.3. Diffusion du questionnaire

A l'issue de la séance individuelle du programme, les participants ont reçu un lien renvoyant vers la page internet d'accueil du questionnaire post-programme par le biais de l'application téléphone « WhatsApp » ou par e-mail selon le choix des participants. Le délai de réponse au questionnaire était de 10 jours, un rappel étant prévu au bout d'une semaine en cas de besoin.

V – RESULTATS

1. Questionnaire et sondage préalables

Parmi les six parents recrutés, tous ont répondu au questionnaire préalable (cf.annexes 4 et 6). L'un des individus a souhaité y répondre avec un accompagnement au téléphone. Les six participants ont renseigné le statut de mère de l'enfant suivi au CAMSP dans le cadre de TOA. Il est à noter que les répondants sont déjà sensibilisés à ces troubles et aux SOF par le biais de la prise en charge en orthophonie de leur enfant.

Concernant les connaissances des participantes sur les TOA, les résultats indiquent une tendance à des connaissances satisfaisantes de ces troubles. En effet, 16,67% ($n=1/6$) estiment connaître parfaitement ces troubles et 50% ($n=3/6$) estiment les connaître partiellement. En revanche, 33,33% ($n=2/6$) estiment avoir des connaissances insuffisantes.

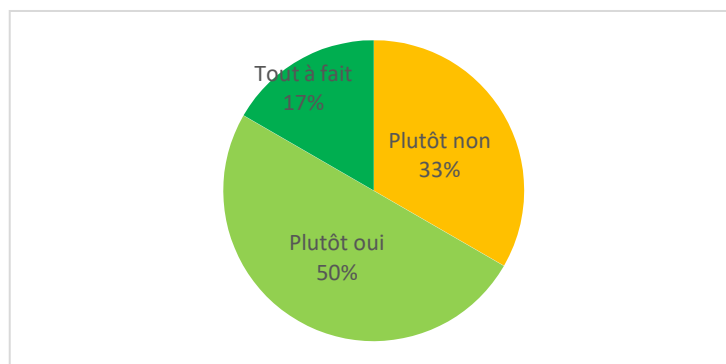


Figure 2. Connaissez-vous les troubles de l'oralité alimentaire ?

Toutes les participantes estiment que leur enfant a besoin de SOF. Ainsi, elles répondent à la proposition « Tout à fait » dans 83,33% ($n=5/6$) des cas et « Plutôt oui » à 16,67% ($n=1/6$).

Les participantes ont été questionnées quant à leur aisance à toucher leur enfant. 100% ($n=6/6$) d'entre elles se déclarent tout à fait à l'aise pour toucher leur enfant en règle générale. Pour toucher les mains de leur enfant, 83,33% ($n=5/6$) d'entre elles se déclarent tout à fait à l'aise et 16,67% ($n=1/6$) se déclarent plutôt à l'aise. Pour toucher le visage de leur enfant, 66,67% ($n=4/6$) d'entre elles se déclarent tout à fait à l'aise et 33,33% ($n=2/6$) se déclarent plutôt à l'aise. Pour toucher l'extérieur de la bouche de leur enfant, 50% ($n=3/6$) d'entre elles se déclarent tout à fait à l'aise, 33,33% ($n=2/6$) disent être plutôt à l'aise et 16,67% ($n=1/6$) estiment manquer d'aisance. Enfin, pour toucher l'intérieur de la bouche de leur enfant, 33,33% ($n=2/6$) d'entre elles se déclarent plutôt à l'aise, 33,33% ($n=2/6$) estiment qu'elles manquent d'aisance et 33,33% ($n=2/6$) indiquent ne pas être à l'aise du tout. Ainsi, on constate que l'aisance des parents diminue lorsqu'ils touchent des zones qui se rapprochent de la bouche de leur enfant.

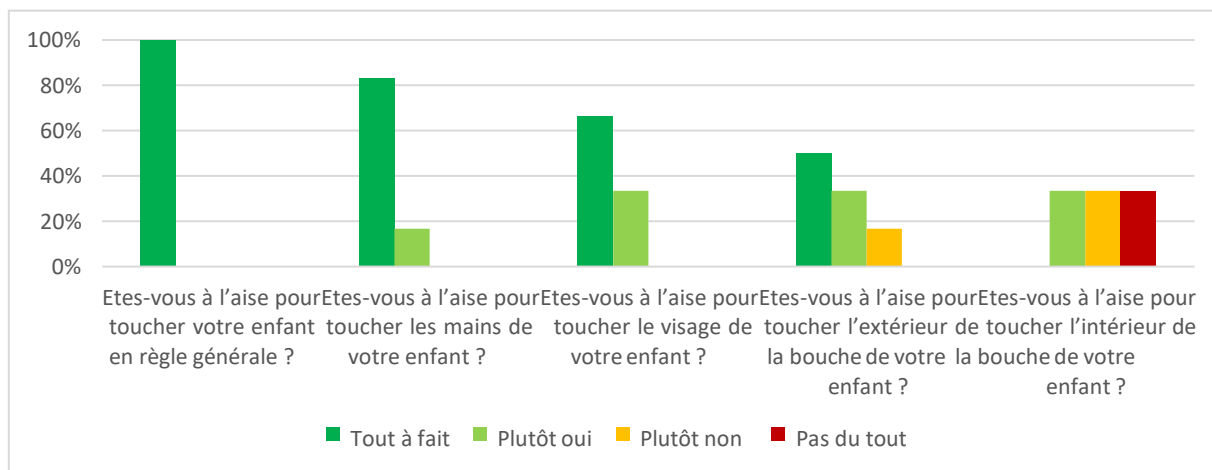


Figure 3. Etes-vous à l'aise pour toucher votre enfant à ces parties du corps ?

La fréquence à laquelle les SOF sont proposées est variable. 33,33% ($n=2/6$) des participantes déclarent proposer des SOF à leur enfant moins d'une fois par semaine. 33,33% ($n=2/6$) en réalisent de façon hebdomadaire, une ou plusieurs fois. 33,33% ($n=2/6$) en proposent de façon journalière, moins de sept fois.

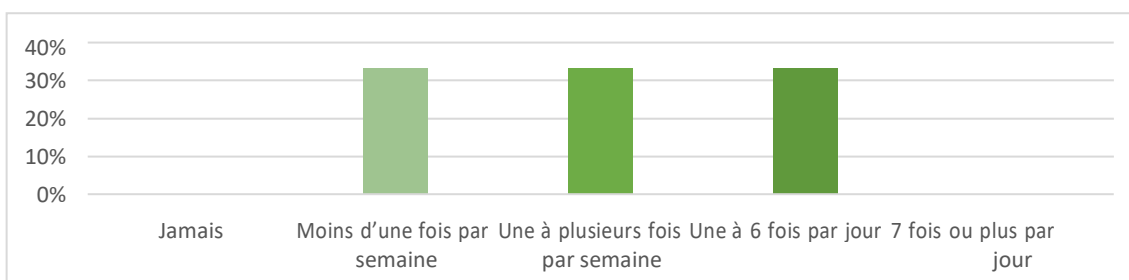


Figure 4. A quelle fréquence, en moyenne, pratiquez-vous les sollicitations oro-faciales ?

Les raisons évoquées par les participantes qui proposent des SOF moins d'une fois par semaine sont de manière égale le manque de connaissances, le manque de pratique, des oublis de leur part et le refus de leur enfant qu'on lui touche le visage.

Les types de SOF pratiquées sont variés. En effet, plusieurs types de stimulations sont rapportés dans les réponses à la question « Quels types de sollicitations proposez-vous ? ». Des massages du corps sont pratiqués dans 83,33% ($n=5/6$) des cas, ceux du visage sont exercés dans 66,67% ($n=4/6$) des cas, ceux autour de la bouche sont pratiqués à 33,33% ($n=2/6$) et ceux de l'intérieur de la bouche ne sont appliqués que dans 16,67% ($n=1/6$) des cas. On constate donc que des massages sont déjà établis pour plusieurs mères, mais que plus on se rapproche de l'intérieur de la bouche, moins ils sont exercés. Lors de leurs propositions alimentaires, les participantes proposent en majorité de sentir des aliments à 100% ($n=6/6$) et 83,33% ($n=5/6$) des participantes proposent également de toucher les aliments. Elles peuvent aussi proposer de goûter les aliments sur les lèvres à 66,67% ($n=4/6$). Une participante a également renseigné la réponse « autre » en indiquant qu'elle proposait une tétine pour mettre des fruits à l'intérieur. Enfin, la succion d'une tétine est utilisée dans 50%

($n=3/6$) des cas, les stimulations dans la bouche avec un objet sont pratiquées dans 33,33% ($n=2/6$) des cas et une participante a indiqué proposer autre chose, en précisant qu'il s'agit d'objets à mordre.

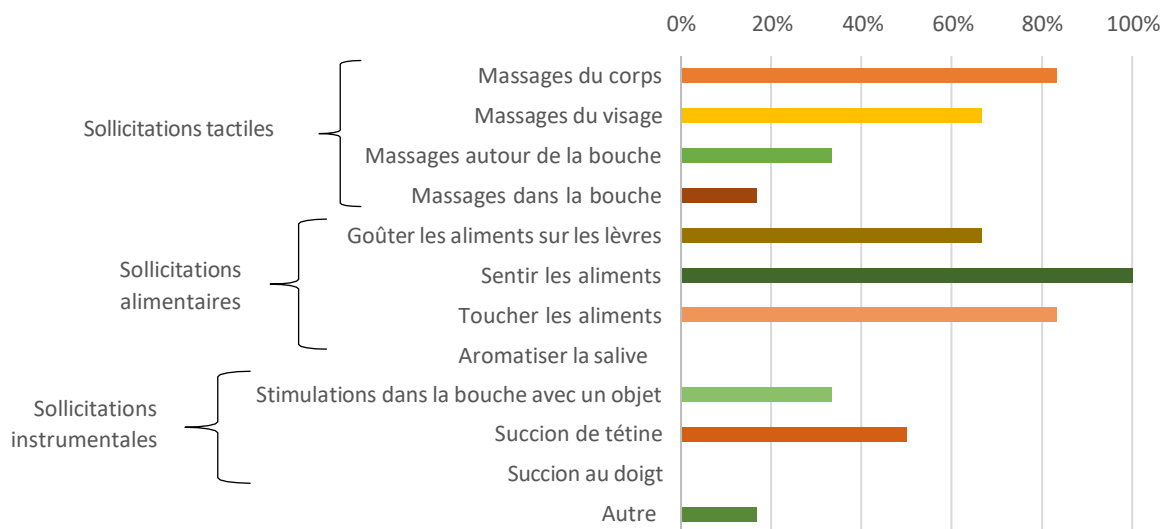


Figure 5. Quels types de sollicitations proposez-vous ?

Les moments privilégiés par les participantes pour proposer des SOF sont majoritairement les temps calmes (83,33% ; $n=5/6$), ensuite les moments de brossage de dents ou de soins de bouche (50% ; $n=3/6$), puis les moments de la toilette ou du bain (33,33% ; $n=2/6$) et enfin les moments du lever, du coucher et durant les repas (16,67% ; $n=1/6$). Une participante indique proposer des SOF à un autre moment, qu'elle précise être le temps du change.

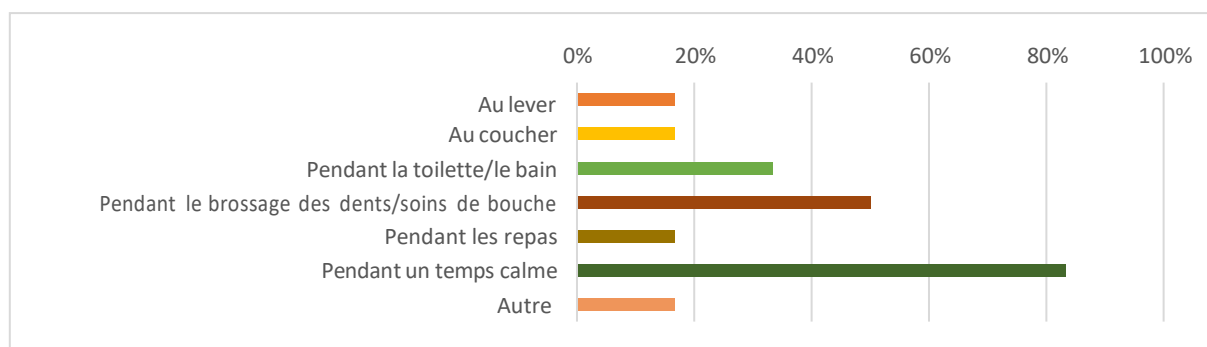


Figure 6. A quels moments proposez-vous des sollicitations oro-faciales ?

Les raisons indiquées concernant le choix de ces moments sont en premier lieu la meilleure disponibilité de l'enfant en termes de réceptivité, de concentration, de comportement calme et d'acceptation des SOF, en second lieu la meilleure disponibilité du parent en termes de temps, puis les objectifs visés lors de ces moments choisis, à savoir la détente de l'enfant et la possibilité de montrer l'exemple sur soi.

Nous avons ensuite questionné le temps consacré aux massages du visage (hors de la bouche) et à l'intérieur de la bouche. Un tiers des répondantes y consacrent moins de deux minutes (33,33% ; $n=2/6$) et deux tiers y consacrent entre deux et 10 minutes à la fois (66,67% ; $n=4/6$).

Les réactions des enfants rapportées lors d'un massage du visage, hors de la bouche, sont alors majoritairement des sourires et des regards adressés au parent à 80% ($n=4/5$), une fermeture buccale à 60% ($n=3/5$) et une agitation, la salivation et la sortie de la langue ou la tétée à 20% ($n=1/5$). Une répondante indique une autre réaction, qu'elle précise être « Elle rentre la langue quand j'essaie de la lui toucher et essaie de me mordre par jeu ».

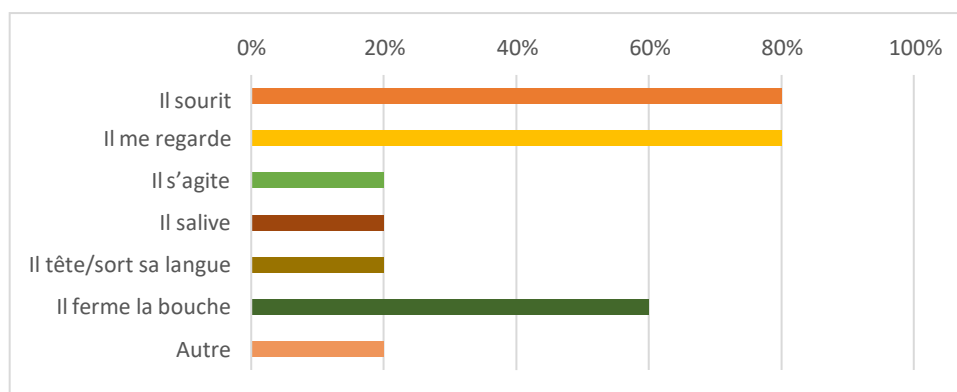


Figure 7. Lorsque vous réalisez un massage du visage (hors de la bouche), comment votre enfant réagit-il ?

Une seule répondante est concernée par la question des réactions de son enfant lors des massages à l'intérieur de la bouche. Elle rapporte l'observation de regards de son enfant vers elle, de grimaces, du détournement de son attention et de salivation.

Lorsqu'elles sont confrontées à une réaction négative de leur enfant comme des pleurs ou une agitation, les répondantes arrêtent la SOF en majorité, à 66,67% ($n=4/6$), proposent une autre SOF à 16,67% ($n=1/6$) ou proposent autre chose qu'elles précisent être « Je fais la stimulation sur un proche pour qu'il accepte la stimulation en imitation ».

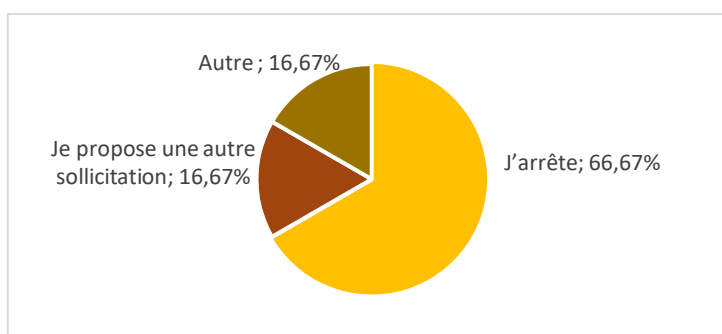


Figure 8. Si votre enfant réagit de façon négative (ex : il pleure, s'agite...), que faites-vous ?

Si les répondantes pratiquent toutes des SOF avec leur enfant, elles ne s'estiment pas toutes pour autant capables d'expliquer comment les pratiquer. En effet, seules 33,33% ($n=2/6$) disent s'en sentir plutôt capables. La moitié estime ne pas s'en sentir tout à fait capables (50% ; $n=3/6$) et 16,67% ($n=1/6$) disent ne pas s'en sentir capables du tout.

Les répondantes ont enfin été questionnées sur un programme de partenariat parental sur les SOF. Elles y trouveraient toutes une utilité (100% ; $n=6/6$).

En termes de contenu, leurs attentes apparaissent dans cet ordre : des conseils pour s'adapter à leur enfant, leur permettant d'utiliser le bon type de toucher, d'adapter la durée, de choisir des moments adaptés, ou encore de repérer les signes de fatigue (100% ; $n=6/6$), des démonstrations pour utiliser des guides ou des supports (par exemple des vidéos, des schémas ou des fiches) lorsqu'on fait des SOF (83,33% ; $n=5/6$), un entraînement pour être à l'aise pour faire des SOF à leur enfant (66,67% ; $n=4/6$) et des informations sur l'intérêt des SOF (50% ; $n=3/6$).

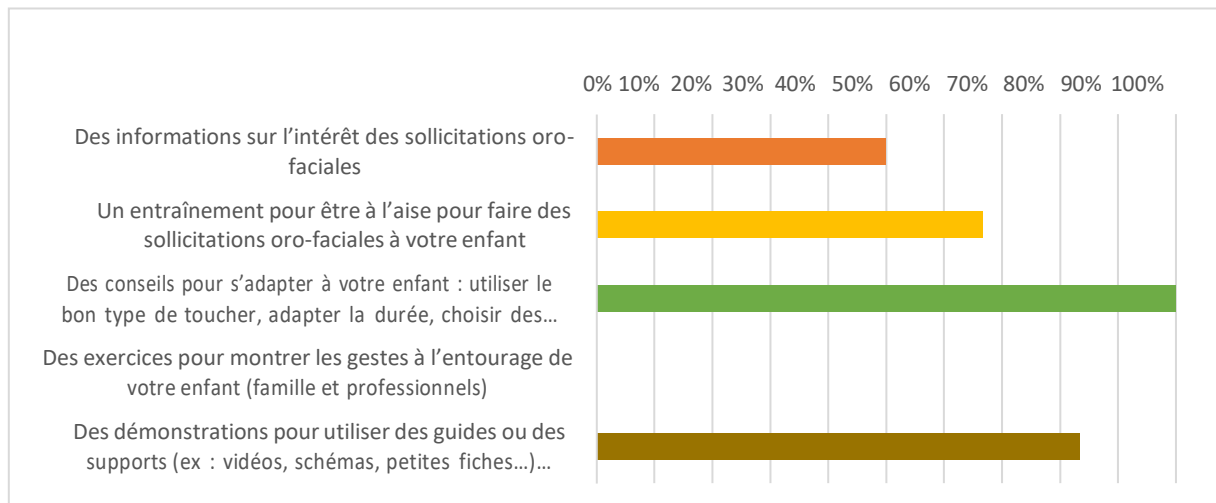


Figure 9. Quel contenu souhaitez-vous y trouver ?

Les parents ont tous indiqué la possibilité d'utiliser leur smartphone personnel pour la réalisation de courtes vidéos durant le programme (100% ; $n=6/6$).

La durée maximale de disponibilité des parents est en majorité une heure (66,67% ; $n=4/6$), ce qui correspond à la durée minimale proposée parmi les réponses possibles. Quant à la faisabilité de l'organisation des ateliers, les répondantes ont indiqué à égalité un ou deux ateliers de groupe pour une séance individuelle (50% ; $n=3/6$). Une répondante a indiqué qu'il lui semblait plus faisable de réaliser trois ateliers de groupe et une séance individuelle (16,67% ; $n=1/6$).

D'après les résultats du questionnaire, les créneaux horaires consacrés aux ateliers et aux séances qui permettent de réunir le plus de personnes sont le jeudi à 11 heures en majorité, puis ce même jour à midi.

Nous avons fait le choix de rappeler tous les participants, afin de confirmer leurs disponibilités, mais elles ne correspondaient pas aux réponses du questionnaire. Les parents évoquent leurs difficultés à organiser la garde de leur enfant et l'impossibilité de quitter leur travail. De plus, les disponibilités recueillies par téléphone sont très disparates et peu de parents sont disponibles en même temps. Nous avons alors divisé les participants en deux groupes. Le groupe A se compose de trois participants et se réunit le mardi de 11 heures à midi. Le groupe B, composé de deux participants, se réunit le mercredi de 17 heures à 18 heures. Pour chacun des groupes, l'atelier de groupe 1 et l'atelier de groupe 2 se tiennent à deux semaines d'intervalle. Le rendez-vous de la séance individuelle

est fixé avec chaque participant, selon ses disponibilités et a lieu au moins une semaine après l'atelier de groupe 2. Au vu de l'instabilité de la situation sanitaire et des difficultés pour les parents à se rendre disponibles, la séance individuelle aura lieu en visioconférence, ou bien par téléphone pour les parents n'ayant pas accès à internet.

Enfin, la direction du CAMSP a donné son accord quant aux dates et aux horaires qui leur ont été exposés et a indiqué que la salle de réunion de la structure est disponible pour accueillir le programme.

2. Elaboration de l'outil conducteur de séances et de ses annexes

Le contenu du programme a été établi grâce au questionnaire préalable (cf.annexe 6), ainsi qu'à diverses autres ressources, comme évoqué dans la partie IV – 3.2.

En mettant en relation les réponses au questionnaire préalable et les données de la littérature, il a semblé qu'un programme avec des ateliers de groupe et une séance individuelle serait plus adapté qu'un atelier de groupe unique.

Les objectifs des participants lors du programme sont de comprendre l'intérêt des SOF, de se sentir capable d'expliquer les SOF, de pratiquer les SOF avec aisance et de pratiquer les SOF de façon adaptée à son enfant (durée, moments, réactions de l'enfant).

Pour cela, nous avons fait en sorte de rendre le programme dynamique en prévoyant des temps de réflexion et d'expression, des analogies, des temps d'expérimentation et un temps d'auto-évaluation.

Nous avons également proposé différents formats et différents supports en incluant des informations orales, des informations visuelles et des gestes. En faisant cela, nous pensons avoir stimulé les mémoires auditive, visuelle, kinesthésique et épisodique des participants, afin que chacun puisse s'approprier les notions abordées. De plus, les parents peuvent rapporter des documents chez eux, ce qui permet de garder une trace du programme. Les documents peuvent également être envoyés par mail, pour les parents plus familiers avec les supports numériques.

Les notions majeures abordées durant le programme sont :

- Les différents types de SOF
- L'habituatation
- Les différents types de toucher
- La progressivité du massage
- Les gestes de massage
- La durée du massage

- L'importance de faire du massage un moment agréable
- L'adaptation aux réactions de son enfant

Par ailleurs, le programme est pensé de manière à respecter les contraintes liées à la situation sanitaire au mois de janvier 2022. Cela implique la mise à disposition de gel hydroalcoolique, une distanciation des participants de plus de deux mètres lorsqu'ils ne portent pas de masque et l'obligation de porter un masque chirurgical hors des temps de manipulation directe de la bouche.

3. Expérimentation du programme

Suite à la conception du conducteur de séance (cf. annexe 7), le programme a pu être expérimenté (cf. annexe 4). Il a été animé par une étudiante en dernière année d'orthophonie.

3.1. Participants

Une participante a dû être exclue de l'étude, du fait de l'impossibilité de se séparer de son enfant. Cinq participants ont donc pu bénéficier du programme. Cependant, une participante a été contrainte de manquer l'atelier de groupe 1, mais a tout de même pu participer au reste du programme. Une autre participante n'a pas pu assister à l'atelier de groupe 2 et a donc bénéficié d'une séance individuelle en présentiel pour compenser son absence. Seules trois participantes ont donc pu participer au programme complet, tel qu'il a été pensé en amont.

3.2. Durée des différentes sessions

Les ateliers de groupe et les séances individuelles ont été chronométrés afin de vérifier l'hypothèse de durée. Lors des ateliers de groupe, le chronomètre a été lancé à l'accueil des participants dans la salle et arrêté lorsque la dernière phrase du conducteur a été prononcée. Lors des séances individuelles la durée retenue correspond à la durée de la communication, à laquelle s'ajoute cinq minutes de visionnage de la vidéo envoyée par les participants en amont.

L'atelier de groupe 1 a duré 59 minutes pour le groupe A et 55 minutes pour le groupe B, ce qui donne une moyenne de 57 minutes. L'atelier de groupe 2 a duré 67 minutes pour le groupe A et 66 minutes pour le groupe B, ce qui donne une moyenne de 66 minutes et 30 secondes. Au total, les deux ateliers de groupe ont duré 126 minutes pour le groupe A et 121 minutes pour le groupe B, donc 123 minutes et 30 secondes en moyenne.

Il est à noter qu'un parent du groupe A n'était pas présent lors de l'atelier de groupe 1 et qu'un autre parent de ce même groupe n'était pas présent lors de l'atelier de groupe 2. Dans ce dernier cas, nous avons choisi de réaliser cette session sous forme de séance individuelle au CAMSP. Sa durée est

de 58 minutes. Par souci d'uniformité, nous choisissons de ne pas tenir compte de ces données dans les calculs de moyenne de durée, mais les relevons tout de même.

Un temps de préparation pour chaque atelier de groupe de 30 minutes et un temps de rangement de 10 minutes ont été nécessaires afin d'imprimer les documents, d'installer la salle et le matériel et de le ranger. Ces temps ne font pas partie du programme, mais sont à considérer dans le temps que l'intervenant doit consacrer aux ateliers de groupe.

Les séances individuelles ont duré 42 minutes, 35 minutes, 50 minutes, 44 minutes et 31 minutes. La moyenne de ces séances est donc de 40,4 minutes. Cependant, la personne pour qui la communication n'a duré que 31 minutes n'a pas envoyé de vidéo, donc il n'y a pas eu de temps de visionnage ni de temps d'échange à propos de cette vidéo.

Le tableau ci-dessous récapitule les durées de chaque session pour chaque participant.

Tableau 2. Durée des sessions du programme

Groupes de parents	Participants	Atelier 1	Atelier 2	Séance individuelle	Total
Groupe A	a	59 minutes	67 minutes	42 minutes	168 minutes
	b			35 minutes	161 minutes
	c			50 minutes	176 minutes
Groupe B	d	55 minutes	66 minutes	44 minutes	165 minutes
	e			31 minutes	152 minutes
Moyenne		57 minutes	66,5 minutes	40,4 minutes	164,4 minutes

3.3. Observations

De manière générale, sur l'outil du conducteur de séances (cf. annexe 7), il est à noter que les participants anticipent parfois ce qui peut être amené par l'intervenant ou prennent des initiatives. Par exemple, lors des ateliers de groupe, les participantes se sont présentées d'elles-mêmes. Cette situation n'est pas gênante, dans la mesure où l'intervenant peut rebondir sur ce qu'amènent les participants, ou bien dire que ce point sera abordé plus tard. Il est effectivement important de prendre en compte ce que chacun amène afin de préserver la bonne dynamique du groupe et un climat de confiance.

Concernant l'évaluation des acquis de compétences prévue par le programme, tous les participants ont répondu à un quiz, tous les participants ont réalisé tous les gestes proposés, tous les participants ont pratiqué les SOF avec leur enfant et une seule participante n'a pas expliqué les SOF à quelqu'un.

La situation sanitaire a entravé le déroulement des rendez-vous initialement prévus. En effet, les rendez-vous individuels ont été repoussés de trois semaines. Il s'est donc écoulé deux semaines entre chaque atelier de groupe et quatre semaines entre le dernier atelier de groupe et la séance individuelle pour chaque participant (cf. annexe 4).

Enfin, une participante n'a pas réalisé de vidéo avec son enfant pour la séance individuelle. Pour rappel, la séance individuelle est principalement axée sur le fait de commenter cette vidéo et la pratique des SOF dans le quotidien. La séance a tout de même eu lieu et l'échange a donc été centré sur les habitudes.

4. Questionnaire post-expérimentation

Les cinq participantes à l'expérimentation du programme ont eu accès au questionnaire post-expérimentation, présenté comme un questionnaire de satisfaction (cf. annexes 4 et 8). Toutes les participantes y ont répondu. Nous avons fait le choix de questionner les répondantes sur leur participation au programme, car, comme exposé dans la partie expérimentation du programme, seules trois participantes ont effectué la totalité du programme tel qu'il a été pensé, une participante a manqué l'atelier de groupe 1 et une participante a bénéficié d'un aménagement individuel de l'atelier de groupe 2.

D'après les réponses au questionnaire, l'intérêt des SOF a clairement été exposé lors du programme. En effet, 100% ($n=5/5$) des répondantes ont répondu « Tout à fait » à la question correspondante.

Les répondantes pensent s'être suffisamment entraînée pour être à l'aise pour faire des SOF à leur enfant. 20% ($n=1/5$) d'entre elles pensent s'être partiellement suffisamment entraînées et 80% ($n=4/5$) pensent s'être parfaitement entraînées.

Les participantes ont été questionnées sur l'évolution de leur aisance à toucher l'intérieur de la bouche de leur enfant suite au programme. Les résultats montrent une tendance à être plus à l'aise. Ainsi, 20% ($n=1/5$) ne s'estiment plutôt pas plus à l'aise qu'avant, 60% ($n=3/5$) s'estiment plutôt plus à l'aise et 20% ($n=1/5$) tout à fait à l'aise.

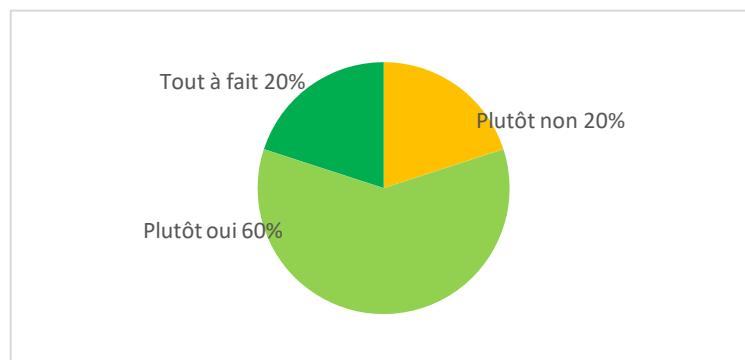


Figure 10. Suite au programme, êtes-vous plus à l'aise pour toucher l'intérieur de la bouche de votre enfant ?

A la série de questions concernant le sentiment d'avoir bénéficié de conseils pour s'adapter à leur enfant, les répondantes répondent majoritairement par l'affirmative. En effet, les répondantes estiment toutes avoir bénéficié de conseils leur permettant de connaître l'ordre de progression des massages OF (100% ; $n=5/5$). Concernant l'utilisation du bon type de toucher et la durée idéale d'un massage OF, les conseils ont été jugés partiellement suffisants à 20% ($n=1/5$) et tout à fait suffisants à 80% ($n=4/5$). Pour savoir à quelle fréquence pratiquer les SOF, ainsi que pour choisir des moments adaptés, les répondantes indiquent à 60% ($n=3/5$) avoir bénéficié de conseils de façon partielle et à 40% ($n=2/5$) avoir bénéficié de conseils de façon complète. Les conseils ont été jugés insuffisants à 20% ($n=1/5$), partiellement suffisants à 40% ($n=2/5$) et parfaitement suffisants à 40% ($n=2/5$) pour rendre le moment du massage OF ludique et amusant. Enfin, les répondantes indiquent avoir bénéficié de conseils de façon insuffisante à 20% ($n=1/5$), de façon partiellement suffisante à 60% ($n=3/5$) et de façon complète à 20% ($n=1/5$) pour savoir quoi faire lorsque leur enfant réagit de façon négative.

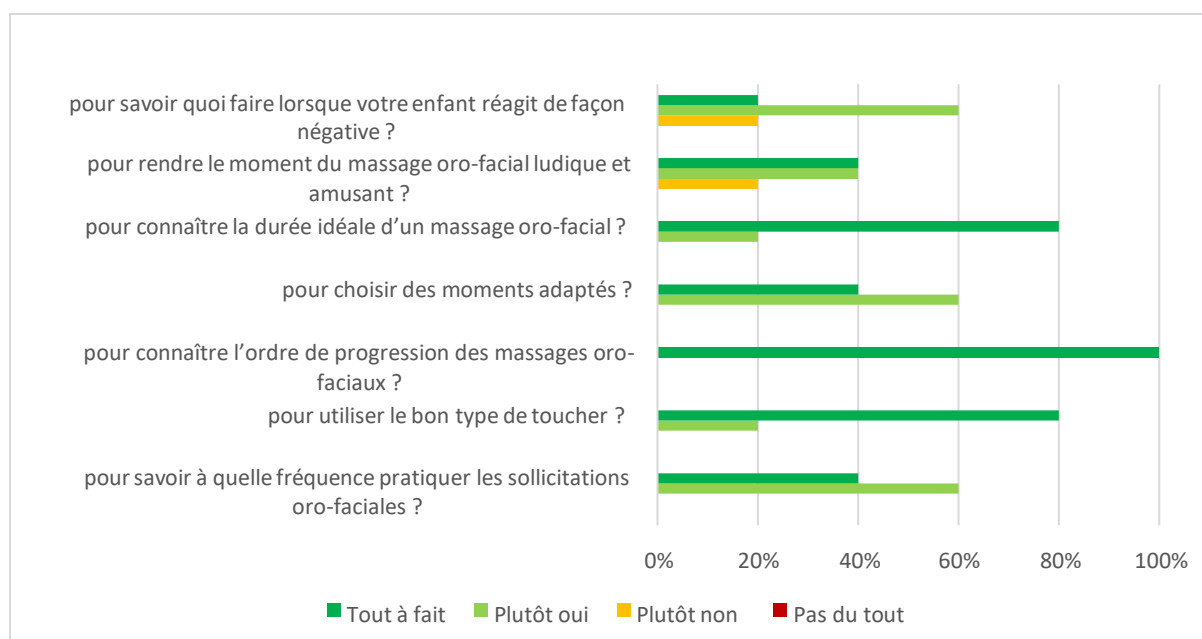


Figure 11. Pensez-vous avoir bénéficié de conseils pour vous adapter à votre enfant ?

Les démonstrations pour utiliser des guides ou des supports ont été jugées partiellement suffisantes à 40% ($n=2/5$) et tout à fait suffisantes à 60% ($n=3/5$).

Ces supports sont la maison des SOF (annexe 7.1), l'arbre décisionnel (annexe 7.3), la vidéo d'elle-même réalisée par chaque participante et le livret de la séquence de massages (annexe 7.2). La maison, l'arbre et la vidéo ont été jugés plutôt utiles et clairs à 40% ($n=2/5$) et parfaitement utiles et clairs à 60% ($n=3/5$). Le livret de la séquence de massages est jugé plutôt utile et clair à 20% ($n=1/5$) et parfaitement utile et clair à 80% ($n=4/5$).

Suite au programme, les répondantes s'estiment toutes désormais capables d'expliquer comment pratiquer les SOF à un autre parent. En effet, 60% d'entre elles ($n=4/5$) disent s'en sentir plutôt capables et 40% ($n=2/5$) s'en sentir tout à fait capables.

Les participantes ont ensuite été questionnées sur les modalités du programme. La majorité estime que le nombre de participants était idéal, mais 40% ($n=2/5$) trouvent ce nombre insuffisant. Elles déplorent toutes deux avoir été si peu nombreuse et auraient préféré trouver des groupes de 3 à 4 participants.

La salle utilisée lors des ateliers de groupe est jugée adaptée de manière générale : à 60% ($n=3/5$) plutôt adaptée et à 40% ($n=2/5$) tout à fait adaptée.

Concernant la modalité de la visioconférence ou de l'appel téléphonique lors de la séance individuelle, celle-ci est jugée tout à fait adaptée par la totalité des répondantes (100% ; $n=5/5$).

De même, toutes les répondantes trouvent la durée totale du programme idéale (100% ; $n=5/5$).

Pour terminer, les créneaux horaires et les jours des ateliers de groupe et des séances individuelles de chaque participante étaient plutôt adaptés à 40% ($n=2/5$) et tout à fait adaptés à 60% ($n=3/5$).

VI – DISCUSSION

1. Validation des hypothèses au regard des critères de jugement

L'objectif de cette étude étant de vérifier la faisabilité de la mise en place d'un atelier de partenariat parental sur les SOF dans un CAMSP, nous avons déterminé plusieurs critères de jugement. Nous établissons le seuil de validité d'une hypothèse à 80% ($n=4/5$) lorsqu'elle dépend d'un pourcentage. De plus, nous considérons que les réponses « tout à fait » et « plutôt oui » équivalent à une réponse positive. A l'issue de cette étude, nous pouvons procéder à la validation ou non des hypothèses de temps, de forme et de contenu posées.

Hypothèse 1 : Le programme est faisable en termes de temps

Sous-hypothèse 1 : Le programme est faisable en termes de durée : 2h45

Les critères choisis pour vérifier cette hypothèse sont la durée totale du programme pour chaque participant et leurs avis.

Les valeurs obtenues pour chaque participant sont comprises entre 2h56 et 2h32. Une participante a donc dépassé les 2h45 de plus de 10 minutes et une autre a diminué ce temps de plus de 10 minutes. Ceci ne permet pas de valider l'hypothèse.

Toutefois, la durée totale du programme a été qualifiée d'idéale par la totalité des participants (100% ; $n=5/5$). **La sous-hypothèse de temps 1 d'après laquelle le programme est faisable en 2h45 minutes est alors partiellement validée.**

Sous-hypothèse 2 : Le programme est faisable en termes de créneaux horaires : sur un créneau qui convient à la fois aux parents et à l'administration du CAMSP

Les critères choisis pour vérifier cette hypothèse sont les avis des participants et l'accord de l'administration du CAMSP.

Les créneaux horaires ont été établis suite aux réponses des participants. Ne pouvant se rendre disponibles en même temps, nous avons dû scinder l'échantillon en deux groupes. Les créneaux horaires ont alors été jugés adaptés par les participants à 100% ($n=5/5$). Par ailleurs, l'administration du CAMSP a donné son accord pour ces créneaux. **Ces éléments permettent de valider la sous-hypothèse de temps 2, selon laquelle le programme est faisable sur un créneau qui convient à la fois aux parents et à l'administration du CAMSP.**

Hypothèses 2 : Le programme est faisable en termes de forme

Sous-hypothèse 1 : Le programme est faisable en termes de nombre de participants : 2 à 3 par groupe

Le critère de nombre a été évalué grâce à un émargement réalisé en début de chaque atelier et par l'avis des participants à ce sujet.

Le nombre de participants a dû être divisé en deux groupes, respectivement composés de deux et trois membres. Ce nombre a été respecté pour chacun des ateliers de groupe, puisque deux personnes ont été présentes à chaque atelier. En revanche, les participants ont estimé que ce nombre leur convenait à seulement 60% ($n=3/5$). **La sous-hypothèse de forme 1, qui estime la faisabilité du programme par son nombre de participants à deux ou trois est donc partiellement validée.**

Sous-hypothèse 2 : Le programme est faisable en termes de disponibilité des locaux : une salle adaptée permet d'accueillir le programme

Les critères choisis pour valider cette hypothèse sont la mise à disposition d'une salle par la direction du CAMSP et les avis des participants.

La direction a accepté de mettre la salle de réunion à disposition pour le programme. Elle était disponible lors des créneaux dédiés et a été jugée adaptée par tous les participants (100% ; $n=5/5$). D'après ces éléments, **nous pouvons valider la sous-hypothèse de forme 2 selon laquelle une salle adaptée permet d'accueillir le programme.**

Hypothèse 3 : Le programme est faisable en termes de contenu

L'hypothèse de faisabilité de contenu est jugée selon les réponses au questionnaire post-expérimentation.

Sous-hypothèse 1 : Le programme expose clairement aux participants l'intérêt des sollicitations oro-faciales

La totalité des participants estiment que l'intérêt des SOF a clairement été exposé dans le programme (100% ; $n=5/5$). **Cela nous permet de valider la sous-hypothèse de contenu 1 selon laquelle le programme expose clairement aux participants l'intérêt des SOF.**

Sous-hypothèse 2 : Le programme permet aux participants de se sentir à l'aise pour pratiquer les sollicitations oro-faciales de type massages

Les participants jugent s'être suffisamment entraînés lors du programme pour être à l'aise avec leur enfant par la suite (100% ; $n=5/5$). De plus, malgré un résultat mitigé, suite au programme,

la plupart des participants est plus à l'aise pour toucher l'intérieur de la bouche de son enfant (80% ; $n=4/5$). **La sous-hypothèse de contenu 2, d'après laquelle le programme permet aux participants de se sentir à l'aise pour pratiquer les SOF de type massage, est ainsi validée.**

Sous-hypothèse 3 : Le programme permet aux participants de bénéficier de conseils pour les adapter à leur enfant (fréquence, type de toucher, progression, durée, moments, réactions de l'enfant)

Les participants jugent tous avoir bénéficié de conseils leur permettant d'adapter les massages oro-faciaux à leur enfant en termes de fréquence, de durée, de type de toucher, de progression et du choix de moments (100% ; $n=5/5$). En ce qui concerne les conseils pour s'adapter aux réactions de son enfant et pour rendre le moment des massages ludique et amusant, les résultats sont mitigés, bien que la majorité des participants estime en avoir bénéficié (80% ; $n=4/5$), permettant ainsi **la validation de la sous-hypothèse de contenu 3. Le programme permet donc aux participants de bénéficier de conseils pour les adapter à leur enfant (fréquence, type de toucher, progression, durée, moments, réactions de l'enfant).**

Sous-hypothèse 4 : Le programme permet aux participants de se sentir capables d'expliquer les sollicitations oro-faciales

Enfin, suite au programme, les participants se disent tous en mesure d'expliquer les SOF à un autre parent (100% ; $n=5/5$). **La sous-hypothèse de contenu 4, selon laquelle le programme permet aux participants de se sentir capables d'expliquer les SOF, est alors validée.**

2. Observations, limites et biais

Suite à cette étude, nous pouvons apporter des précisions sur certains éléments.

2.1. Justification de l'utilité du programme

Tout d'abord, l'utilité du programme est déterminée en partie grâce à l'avis de parents. Or, il s'agit des parents déjà recrutés pour participer à l'étude. Ils ont été invités à répondre à une question à propos de l'utilité d'un programme de partenariat parental sur les SOF, insérée dans le questionnaire préalable (cf.annexe 6). Tous les répondants ont répondu positivement à cette question. Nous pouvions nous attendre à cette réponse dans la mesure où ces personnes sont volontaires pour participer à l'étude et ont déjà donné leur accord lorsqu'elles ont rempli le questionnaire. Pour éviter ce biais, nous aurions pu sonder l'ensemble des parents d'enfants présentant des TOA suivis au CAMSP en amont du recrutement des participants à l'étude.

Toutefois, l'utilité du programme pour ces parents peut être appuyée par leurs réponses au questionnaire préalable à l'étude, quant à leurs habitudes. En effet, tous les répondants jugent que leur enfant a besoin de SOF, mais on constate que plus nous nous rapprochons de l'intérieur de la bouche de l'enfant, moins les massages sont exercés, en lien avec une diminution de l'aisance à toucher son enfant. De plus, la pratique des SOF en amont du programme est de fréquence et de durée variables selon les parents. Certains d'entre eux évoquent leur sentiment de manque de connaissances et d'entraînement, les oublis des SOF au quotidien et le refus de leur enfant qu'on lui touche le visage. En outre, les parents peuvent observer des réactions négatives de leur enfant et expriment tous l'envie de bénéficier de conseils pour s'adapter à leur enfant dans un programme. Enfin, en majorité, avant le programme, les répondants ne s'estiment pas capables d'expliquer les SOF à un tiers, ce qui peut contribuer à la discontinuité des SOF lorsque l'enfant n'est pas gardé par le parent qui sait les réaliser.

2.2. Motivation des participants

Par ailleurs, suite au questionnaire préalable, des changements ont pu s'opérer chez certains parents. En effet, répondre à ce questionnaire permet déjà de se poser des questions sur sa façon de faire, à l'image du diagnostic éducatif d'ETP.

Ainsi, il a été noté par une orthophoniste qu'un enfant, dont le parent avait répondu au questionnaire préalable, n'avait plus de TOA aussi marqués qu'avant. Si cette évolution est probablement due à l'intervention orthophonique déjà en cours, il faut tout de même considérer que la participation à l'étude a pu avoir un impact par la motivation. Dès lors, si des enfants ont évolué entre le recrutement et le programme et n'ont plus de TOA, il peut tout de même être intéressant de poursuivre le programme, dans la mesure où le parent est motivé et que l'orthophoniste qui suit l'enfant n'y voit pas d'inconvénient. Ici, le parent concerné était demandeur de ce programme. Aussi, dans la mesure où il s'agit d'une étude de faisabilité et non d'efficacité, cela ne pose pas de problème.

Un autre biais important à considérer dans cette étude est la motivation des participants. L'effet Hawthorne est un processus psychologique d'après lequel la motivation des participants à une étude a un effet sur ses résultats. En effet, les effets observés sont alors dus à cette motivation, plus qu'au protocole (Fischer-Lokou & Pinte, 2017). Dans notre étude, les participants se sont montrés particulièrement motivés par le fait d'apprendre et de voir leurs compétences et leurs comportements valorisés. Par conséquent, nous pouvons supposer que l'effet Hawthorne a impacté les résultats de l'étude. Cependant, il est important d'entretenir cette motivation et de valoriser les compétences des parents afin de se conformer au mieux à une démarche de partenariat parental (Périchon & Gonod, 2021). De surcroît, les parents participent sur la base du volontariat et sont donc motivés par le projet.

Cela reflète un besoin croissant de la part des parents de s'impliquer dans l'intervention, comme l'atteste la littérature de plus en plus fournie à ce sujet (Barello et al., 2012).

2.3. Observations sur les participants

Le faible nombre total de participants à l'étude est également à relever. En effet, six personnes ont été recrutées, mais seulement cinq ont été jusqu'au bout de l'étude, dont trois y ont participé telle qu'elle a été pensée. Ce nombre est suffisant pour une étude de faisabilité, dans la mesure où il s'agit d'une étude s'appuyant sur des données qualitatives. Nous pensons que cette situation reflète la réalité clinique, puisque les parents invités à participer à un programme peuvent également avoir des empêchements hors contexte d'une étude.

Concernant le profil des participants, les critères d'inclusion et d'exclusion sont peu définis. Nous pouvons justifier ce choix, car nous ne souhaitons pas limiter les profils de parents, afin de faire bénéficier de la proposition de participation au programme au plus de personnes possible, puisque, comme nous l'avons évoqué, les SOF peuvent être proposées pour divers profils d'enfants. Nous avons donc fait appel au sens clinique des orthophonistes, puis des médecins, qui suivent déjà les enfants, afin qu'elles déterminent lesquels pourraient, à leur sens, bénéficier de SOF. Nous pouvons penser qu'elles ont également sélectionné des parents qui pourraient être motivés par un programme de partenariat parental et qui pourraient s'investir dans ce projet. Cela constitue un biais de sélection majeur, qui reflète pourtant une réalité clinique : les programmes sont majoritairement proposés à des personnes motivées sélectionnées par leur thérapeute en fonction de leurs besoins.

Par ailleurs, les critères d'inclusion englobent tout membre de la famille de l'enfant. Toutefois, nous avons recruté uniquement des mères. Or, nous avons envisagé avoir plus de profils différents. La composition des groupes de parents est donc homogène, ce qui doit impacter la dynamique au sein des groupes. De plus, les questionnements soulevés seraient peut-être différents dans des groupes plus hétérogènes.

2.4. Observation sur les modalités du programme

En ce qui concerne la durée totale du programme, la moyenne est proche de la durée cible, cependant, la variabilité individuelle est grande. Ces différences de temps pourraient découler de la durée des séances individuelles du programme et semblent dépendre des besoins de feedback sur les habitudes des parents. Dès lors, il convient pour l'intervenant du programme de prévoir un créneau horaire suffisamment grand pour cette session. De plus, un temps de préparation, d'installation et de rangement est à prévoir avant et après chaque session, notamment pour les ateliers de groupe.

Par ailleurs, nous avons pensé faire un seul groupe de 4 à 6 participants en premier lieu. Or, les disponibilités données dans le questionnaire préalable n'ont pas été confirmées par téléphone et nous avons dû créer deux groupes de 2 à 3 participants. Cela correspond à des disponibilités en journée pour certains parents et en soirée pour d'autres, selon les modes de garde de leurs enfants et de leur travail. Le nombre de créneaux horaires à prévoir pour l'intervenant du programme a donc augmenté et le nombre de parents par atelier de groupe a été divisé par deux.

A l'issue du questionnaire préalable et au vu des disponibilités des parents, nous avons dû envisager l'option du distanciel. En effet, nous nous sommes questionnés sur la pertinence de réaliser tout ou partie du programme par visioconférence. Les avantages majeurs de cette modalité sont que les parents n'ont pas à se déplacer au CAMSP et qu'il est plus aisé pour eux de bloquer un créneau d'une heure, même sur leur temps de travail. En revanche, la convivialité et la qualité des ateliers sont réduites et certains parents n'ont pas le matériel nécessaire. Nous avons donc opté pour le présentiel lors des ateliers de groupe et la visioconférence a été adoptée lors des séances individuelles. Pour pallier le potentiel manque de matériel, nous avons également proposé aux participants l'option d'un appel téléphonique.

En outre, l'intervalle initialement prévu était de deux semaines entre les deux ateliers de groupe et d'une semaine entre l'atelier de groupe 2 et la séance individuelle. Mais ce dernier intervalle est trop court, car certains enfants en mode de garde alternée ne peuvent bénéficier de massages si cette semaine est celle où ils ne sont pas avec le parent qui participe au programme. Les parents ne peuvent donc pas s'entraîner et réaliser une vidéo sur un temps aussi court. De surcroît, la situation due à la Covid-19 a repoussé les dates des séances individuelles de deux semaines supplémentaires, laissant plus de temps de pratique aux parents. Il est à supposer que les échanges lors de la séance individuelle en ont été enrichis.

La question concernant le créneau horaire a également fait émerger des questionnements sur la garde de l'enfant, puisque le programme exige pour les participants de se rendre disponibles au CAMSP et en distanciel seuls. En effet, nombre des enfants accueillis en CAMSP ne sont pas socialisés (crèche, école, assistante maternelle) et sont gardés exclusivement par leurs parents. Une des solutions évoquées est de profiter d'un moment de rééducation de l'enfant au sein de la structure d'au moins une heure, en accord avec le professionnel concerné pour permettre au parent de se libérer. De plus, la séparation parent-enfant n'est pas possible dans certaines situations et est travaillée grâce à une action pluridisciplinaire. Cependant, lorsque ce travail est en cours et que la relation ne permet pas encore une séparation d'au minimum une heure, il est difficile voire impossible pour le parent de participer au programme. En outre, l'absence non programmée de deux participantes lors des ateliers de groupe évoque la difficulté à dégager plusieurs créneaux de disponibilité pour chaque parent. Ces absences peuvent être justifiées par la Covid-19 dans les cas de ces deux personnes. Néanmoins, il s'agit

de poser les conditions de présence sur l'ensemble des créneaux par un engagement moral, car, en pratique, l'absentéisme n'est pas rare lors de séances de groupe de parents.

2.5. Observations sur le contenu du programme et ses outils

Lors de la conception du programme, l'idée de créer des binômes de parents pour s'exercer à faire des SOF l'un sur l'autre a été évoquée. L'un des freins à cette idée est le fait d'imposer une proximité à des inconnus. De plus, la situation sanitaire en janvier 2022 impose des restrictions, telles que le respect de deux mètres de distanciation entre les participants lorsqu'ils ne portent pas de masque pour pouvoir faire les gestes, le port d'un masque le reste du temps ou encore la désinfection des mains et du matériel utilisé. Il a donc été admis que les manipulations seraient réalisées sur soi, devant un miroir.

L'outil conducteur de séances a permis une bonne prise en main grâce au fait qu'il est détaillé (cf. annexe 7). Néanmoins, il ne laisse pas beaucoup de place à l'imprévu, car le temps est compté. Cet aspect avait déjà été mis en lumière par le travail de Matheus (2020), dont cette étude s'est inspirée.

Par ailleurs, les parents peuvent avoir envie de discuter plus longuement que ce qui est prévu par le conducteur de séances, car la rencontre avec d'autres parents qui traversent des difficultés similaires a un effet libérateur (Robail et al., 2017). Certains parents ont raconté rester au CAMSP à la fin des ateliers de groupe pour continuer leur échange hors du cadre du programme. Par conséquent, il pourrait être intéressant de leur permettre de se rencontrer une première fois avant le programme ou de prévoir plus de temps d'échanges au cours du programme.

En outre, le programme se voulant accessible et compréhensible par le plus grand nombre, certains termes ont été simplifiés. Ceux qu'il nous était difficile de modifier ont été vulgarisés. De plus, nous avons fait en sorte que les difficultés d'accès à l'écrit ne soient pas un frein et que personne ne soit obligé de préciser ses difficultés en n'obligeant pas les participants à écrire, ni à lire. En ce qui concerne les questionnaires, il était possible de les remplir avec de l'aide.

Nous avons également pensé à multiplier les canaux d'apprentissage (épisode, auditif, visuel, kinesthésique) en faisant jouer les ressentis personnels, en faisant des démonstrations, en donnant des informations orales et en réalisant des actions. De plus, les parents ont pu rapporter des documents chez eux, ce qui permet de garder une trace de l'atelier. Les documents ont également pu être envoyés par mail, pour les parents plus familiers avec le numérique.

2.6. Présentation des résultats

Par souci de rigueur, les résultats du questionnaire post-programme (cf. annexe 8) ont été présentés sous forme de synthèse. Cependant, trois parents ont assisté à la totalité du programme tel

qu'il a été pensé, un parent a manqué l'atelier de groupe 1 et un parent a bénéficié d'un aménagement de l'atelier de groupe 2. Nous aurions pu nous attendre à des différences de résultats selon ces trois situations. Or, à priori, aucun changement d'opinion ne semble lié aux modalités du programme. La satisfaction semble plutôt dépendre des individus et de leurs particularités. Il serait toutefois intéressant d'étudier ce point en corrélation avec les résultats obtenus au cours d'une étude d'efficacité.

2.7. Nouveaux critères de faisabilité

De nouveaux critères de faisabilité ont émergé au cours de l'étude.

Premièrement, les guides et les supports à destination des participants ne sont pas inclus dans les hypothèses. Néanmoins, il nous a semblé pertinent d'inclure une question sur les démonstrations d'utilisation et l'utilité et la clarté de ces derniers dans le questionnaire post-expérimentation (cf. annexe 8). Les répondants estiment avoir bénéficié de suffisamment de conseils pour pouvoir les prendre en main et jugent leur utilité et leur clarté satisfaisantes.

De plus, la séance individuelle à distance a pu faire l'objet d'un sondage de l'avis des participants. C'est pourquoi ils ont pu indiquer leur ressenti sur cette modalité lors du questionnaire post-programme (cf. annexe 8) et ont tous indiqué en être satisfaits.

Enfin, le délai entre chaque session du programme aurait aussi pu être inclus dans l'hypothèse 1 de temps et donc faire l'objet d'un questionnement au préalable auprès des parents. Le fait de les consulter en amont à ce sujet aurait permis de les inviter à juger le temps nécessaire pour chacun d'eux pour intégrer les nouvelles informations reçues et pour réaliser les différentes missions données à l'issue des deux ateliers de groupe.

3. Apports et perspectives futures

En définitive, au cours du programme, des éléments ont émergé, nous faisant prendre conscience de ses apports et perspectives pour l'avenir.

En effet, ce mémoire permet d'appuyer la nécessité et l'utilité d'un partenariat parental dans le cadre des TOA. En effet, les parents ont un rôle important à jouer, et peuvent stimuler leur enfant au quotidien. Ce travail pourrait servir d'appui, à l'instar de ceux de Drobniewski (2021) ou de Mélot (2018), pour faire évoluer la NGAP en faveur de la mention de partenariat parental, voire de groupes de partenariat parental.

Par ailleurs, ce programme se veut à la fois facile à prendre en main pour quiconque a reçu une formation dans le domaine de l'oralité. Toutefois, quelques précautions sont à prendre, car, au-delà de son utilité pour la validation des critères de faisabilité, le questionnaire préalable (cf. annexe 6) avait

également pour vocation de donner des informations complémentaires à propos des habitudes des parents. Ces données ont pu être reprises dans l'outil conducteur de séances (cf. annexe 7). Ce point permet de personnaliser le programme en fonction des participants et s'inspire du procédé du diagnostic éducatif de l'ETP. La réutilisation du programme devrait donc se faire avec précaution, de façon à l'adapter aux personnes concernées. Pour ce faire, un questionnaire préalable peut être utilisé à nouveau, ou bien un réel entretien, plus proche du diagnostic éducatif, peut être mis en place.

En effet, bien que l'ETP soit encore peu développée en orthophonie, elle tend à se démocratiser (Brin-Henry & Lesage, 2018). C'est pourquoi le programme pourrait en contenir plus d'éléments, voire servir d'appui pour réaliser un réel programme d'ETP sur les SOF. Ses modes d'évaluation pourraient cibler les acquis des compétences plus efficacement. En effet, il serait bon de les affiner afin de déterminer si les objectifs poursuivis sont objectivement valides.

De plus, dans la continuité des constats décrits par ce mémoire et à l'ère où les professionnels de santé ont de plus en plus recours à la visioconférence, il convient de s'interroger sur l'intérêt d'un programme à distance. En effet, celui réalisé dans cette étude semble montrer que cette modalité est pratique pour les parents. Le programme pourrait donc être adapté en totalité à cette modalité et servir dans l'optique d'une continuité des soins, malgré les contraintes sanitaires ou personnelles des patients et de leur entourage.

Enfin, si cette étude soutient qu'un programme de partenariat parental sur les SOF est faisable au sein d'un CAMSP de la région Occitanie, elle n'est que le commencement d'un travail à poursuivre. Cette étude ne concerne qu'un faible panel de parents et qu'un CAMSP. Il conviendrait donc de proposer ce programme dans plusieurs établissements, de façon à déterminer s'il est réalisable ailleurs, voire dans d'autres types de structures de soins de la petite enfance. Une étude de validité du contenu du programme serait en effet nécessaire par la suite. A terme, une étude d'efficacité permettrait de déterminer si un tel programme a un effet sur la population ciblée et si de réels progrès sont notés chez l'enfant porteur de TOA. Pour cela, des acquis de compétences pour les participants au programme plus précis permettraient de dégager des éléments d'efficacité du programme. Au vu du manque de littérature à propos des effets des SOF, ce travail constituerait un apport d'éléments supplémentaires.

VII – CONCLUSION

La proposition de SOF est préconisée dans le cadre de TOA. Elles sont efficaces lorsqu'elles sont proposées de façon pluriquotidienne. Un partenariat parental peut alors être mis en place lors de séances de groupe et de séances individuelles.

En 2020, Matheus partait de ce même constat pour créer un atelier sur les SOF de type massages à destination des professionnels d'une pouponnière/SSR pédiatrique et en déterminer les conditions de faisabilité. Dans la même démarche, nous avons questionné les conditions de faisabilité d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massages dans un CAMSP.

Après avoir déterminé l'utilité d'un tel programme, nous avons questionné les parents d'enfants ayant des TOA dans un CAMSP sur leurs préférences en termes de temps, de forme et de contenu et nous avons relevé les freins et les leviers qui ont pu alimenter la conception du programme. Un outil conducteur de séances a été élaboré à partir des réponses des parents et de ressources issues de la littérature. Cinq parents ont expérimenté le programme, composé de deux ateliers de groupe de parents et d'une séance individuelle. Enfin, nous avons recueilli l'avis des participants au programme afin de valider nos hypothèses.

L'hypothèse 1, selon laquelle le programme est faisable en termes de temps, est partiellement validée. La durée de 2h45 au total est effectivement respectée, mais une grande variabilité individuelle est à noter. Les participants estiment que la durée totale dont ils ont, chacun, pu bénéficier est idéale. De plus, les créneaux horaires retenus conviennent à la fois aux participants et à l'administration du CAMSP.

L'hypothèse 2, d'après laquelle le programme est faisable en termes de forme, est partiellement validée. D'une part, le nombre de deux à trois participants a été respecté, mais ne leur convient pas suffisamment. D'autre part, une salle adaptée et qui convient aux participants a pu être réservée.

L'hypothèse 3 qui postule que le programme est faisable en termes de contenu est également validé. En effet, d'après les parents, le programme expose clairement aux participants l'intérêt des SOF et permet à la fois aux participants de se sentir à l'aise pour pratiquer les SOF de type massage, de bénéficier de conseils pour les adapter à leur enfant et de se sentir capables de les expliquer à quelqu'un d'autre.

En définitive, la mise en place d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massages est faisable au sein d'un CAMSP, selon ces critères.

Par conséquent, d'autres critères de faisabilité pourraient être expérimentés et une étude de la validité du programme pourrait dès lors être engagée.

VIII – BIBLIOGRAPHIE

- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 57-70.
- Agence Régionale de Santé d'Occitanie. (2022). *Éducation thérapeutique du patient*.
<https://www.occitanie.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-4>
- Alexandre, J. (2014). *Les troubles de l'oralité chez l'enfant de 3 ans et plus alimenté par gastrostomie*.
- Baker, E. (2012). Optimal intervention intensity. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(5), 401-409. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.700323>
- Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : Pistes de prise en charge*. Ortho Édition.
- 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.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité.
Contraste, N° 39(1), 143-159.
- Barello, S., Graffigna, G., & Vegni, E. (2012). Patient Engagement as an Emerging Challenge for Healthcare Services : Mapping the Literature. *Nursing Research and Practice*, 2012, e905934.
<https://doi.org/10.1155/2012/905934>
- Bienvenue sur AGO Ingénierie formation Toulouse, institut pédagogique*. Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.ago-formation.fr/>
- Bowen, C. (2000). PACT : Collaboration avec les familles et les enseignants en rééducation phonologique. *Rééducation orthophonique*, 203, 11-17.

- Brin-Henry, F., & Lesage, E. (2018). Enjeux et freins à l'intégration de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans la pratique orthophonique. In *Prévention, dépistage, éducation thérapeutique du patient : Quelles spécificités en orthophonie ?* (p. 83-108). Ortho édition.
- Camarata, S., Miller, L. J., & Wallace, M. T. (2020). Evaluating Sensory Integration/Sensory Processing Treatment : Issues and Analysis. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, *14*, 556660.
<https://doi.org/10.3389/fnint.2020.556660>
- Cascales, T., & Olives, J.-P. (2016). « Tu vas manger ! ». Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : Du refus au forçage alimentaire. *Spirale*, *80*(4), 52-60.
- Cascales, T., Olives, J.-P., Bergeron, M., Chatagner, A., & Raynaud, J.-P. (2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : Classification, sémiologie et diagnostic. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *172*(9), 700-707.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.013>
- Chapuis-Vandenbogaerde, C., & Gatignol, P. (2021). *Troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et l'adulte*. deboeck supérieur.
- Couly, G. (2015). *Oralité du fœtus*. SAURAMPS Médical.
- Crunelle, D. (2010). La guidance parentale autour de l'enfant handicapé ou L'accompagnement orthophonique du jeune enfant déficitaire. *Rééducation orthophonique*, *242*, 7-15.
- Dazin, A., Demoulin, V., Denis, E., Duval, V., Guimber, D., Lecoufle, A., & Van Malleghem, A. (2009). *Réunion d'informations et de sensibilisation « Les troubles de l'oralité alimentaire »*. Livret de fiches pratiques. Groupe Miam-Miam.
- 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, Strasbourg, France.
- 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.

- Derguy, C., Poumeyreau, M., Pingault, S., & M'baïlara, K. (2018). Un programme d'éducation thérapeutique destiné à des parents d'enfant avec un TSA : Résultats préliminaires concernant l'efficacité du programme ETAP. *L'Encéphale*, 44(5), 421-428.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.07.004>
- de Singly, F. (2012). *Le questionnaire* (3e éd.). Armand Colin.
- Don, J., & Gaquiere, M. (2014). *De parents à parents. Les difficultés à s'alimenter chez l'enfant de 0 à 3 ans présentant un syndrome génétique*.
- Drobnewski, L. (2021). *Effet de l'intervention du programme de partenariat Familial Hanen®-Parler un jeu à deux- sur l'attention conjointe chez des enfants atteints de déficience intellectuelle sévère : Étude de cas multiples (Mémoire d'orthophonie)*. Faculté de médecine Toulouse Rangueil, Enseignement des techniques de réadaptation, Toulouse, France.
- Eymard, C. (2018). Des modèles aux pratiques en éducation thérapeutique du patient. In *Prévention, dépistage, éducation thérapeutique du patient : Quelles spécificités en orthophonie ?*
- Eyoum, I. (2010). L'accompagnement parents de l'enfant handicapé. *Rééducation orthophonique*, 242, 111-117.
- Fischer-Lokou, J., & Pinte, G. (2017). L'effet Hawthorne. *Cercle Psy, Hors série n°6*, 22-25.
- Flottes, N. (2008). *La prise en charge de l'oralité chez les enfants alimentés par gastrostomie : Proposition d'un protocole de stimulation (Mémoire d'orthophonie)*. Faculté de médecine Toulouse Rangueil, Enseignement des techniques de réadaptation, Toulouse, France.
- Genèse, objectifs, actions, projets du Groupe MIAM-MIAM. Consulté 22 mai 2022, à l'adresse <http://www.groupe-miam-miam.fr/>
- 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 and Nutrition*, 68(1), 124-129.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>

- Golse, B., & Guinot, M. (2004). La bouche et l'oralité. *Rééducation orthophonique*, 220, 23-30.
- Grusse Dagneaux, G. (2021). Troubles de l'oralité : Ma main au service de leur bouche. *Orthomagazine*, 156, 10-13.
- Haddad, M. (2008). Le rôle du toucher dans la prise en charge orthophonique du bébé prématuré en service de néonatalogie. *Rééducation orthophonique*, 236, 17-24.
- Haddad, M., & Marlier, L. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : Quand les sens s'en mêlent ! *Les entretiens d'orthophonie*. Les entretiens de Bichat.
- Halimi, R. (2021). Talk Tools, une approche sensori-motrice des soins. *Orthomagazine*, 156, 22-24.
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation*. 4(1), 39-43. <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0174-4>
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (Camps)*.
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*.
- It Takes Two To Talk – Hanen Program for Parents of Children with Language delays*. Consulté 12 juin 2021, à l'adresse <http://www.hanen.org/Programs/For-Parents/It-Takes-Two-to-Talk.aspx>
- Lange, V. (2021). Toucher relationnel, massage et rééducation orthophonique. *Orthomagazine*, 156, 25-26.
- Leblanc, V., Bourgeois, C., Hardy, E., Lecoufle, A., & Ruffier, M. (2012). *Boîte à idée pour oralité malmenée du jeune enfant*. Nutrica.
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 (2016).
- Lowry, L. (2017). *Parents' Role in Language Intervention*. <http://www.hanen.org/Helpful-Info/Articles/Parents%E2%80%99-role-in-language-intervention.aspx>

- Lowry, L. (2021). *When a Child Has a Language Delay, Research Shows That Parents Can Make a Big Difference!* <http://www.hanen.org/Helpful-Info/Articles/When-a-Child-Has-a-Language-Delay.aspx>
- Manno, C. J., Fox, C., Eicher, P. S., & Kerwin, M. E. (2005). Early oral-motor interventions for pediatric feeding problems : What, when and how. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2(3), 145-159. <https://doi.org/10.1037/h0100310>
- Martin, S. (2000). L'accompagnement familial : Formation des parents et des intervenants. *Rééducation orthophonique*, 203, 5-10.
- Matheus, C. (2020). *Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité (Mémoire d'orthophonie)*. Faculté de médecine Toulouse Rangueil, Enseignement des techniques de réadaptation, Toulouse, France.
- Mélot, M. (2018). *Adaptation d'un programme d'intervention en orthophonie au domaine de l'oralité sous forme de groupes thérapeutiques de parents (Mémoire d'orthophonie)*. Université de Lille, Faculté de Médecine, Département d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille.
- Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, 220, 33-46.
- Miller, L. J., Schoen, S. A., Mulligan, S., & Sullivan, J. (2017). Identification of Sensory Processing and Integration Symptom Clusters : A Preliminary Study. *Occupational Therapy International*, 2017, 2876080. <https://doi.org/10.1155/2017/2876080>
- Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)*. (2022).
- Nouvel, Y., & Roche-Bataillon, C. (2019). *L'accompagnement parental dans le cadre des troubles de l'oralité : Conception d'un guide à destination des parents (Mémoire d'orthophonie)*. Aix Marseille Université, Faculté de Médecine de Marseille, Centre de formation en Orthophonie, Marseille, France.

- Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. (1998). *Education thérapeutique du patient : Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S.* (EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev.2). Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345371>
- Overland, L. L. (2001). Food for Thought. *ADVANCE for Directors in Rehabilitation Magazine*.
- Overland, L. L. (2011). A Sensory-Motor Approach to Feeding. *ASHA Perspective: Swallowing (Dysphagia)*, 20, 60-64.
- Penfield, W., & Rasmussen, T. (1951). The Cerebral Cortex of Man : A Clinical Study of Localization of Function. *A.M.A. Archives of Ophthalmology*, 45(2), 237.
<https://doi.org/10.1001/archopht.1951.01700010242018>
- 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, Faculté de Médecine, Département d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille.
- Périchon, J., & Gonod, S. (2021). Le partenariat parental en orthophonie : Proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'orthophoniste*, 406, 18-23.
- Puech, M., & Vergeau, D. (2004). Dysoralité : Du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, 127-141.
- Randell, E., McNamara, R., Delport, S., Busse, M., Hastings, R. P., Gillespie, D., Williams-Thomas, R., Brookes-Howell, L., Romeo, R., Boadu, J., Ahuja, A. S., McKigney, A. M., Knapp, M., Smith, K., Thornton, J., & Warren, G. (2019). Sensory integration therapy versus usual care for sensory processing difficulties in autism spectrum disorder in children : Study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *Trials*, 20, 113. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3205-y>

- Rives, C. (2019). La Trisomie 21 (ou syndrome de Down) : Un essai de modélisation des axes d'une intervention orthophonique adaptée. *Rééducation orthophonique*, 280, 59-85.
- 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>
- Roch, J.-B., & Piron, A. (2008). Les techniques manuelles en orthophonie. *Rééducation orthophonique*, 236, 153-163.
- Sanchez, K., Spittle, A. J., Allinson, L., & Morgan, A. (2015). Parent questionnaires measuring feeding disorders in preschool children : A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(9), 798-807. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12748>
- 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, 85-94.
- Senez, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3e édition). deboeck supérieur.
- Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E., & McElhanon, B. (2017). 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>
- SOS Approach to Feeding | Feeding Disorders in Children*. SOS Approach to Feeding. Consulté 22 mai 2022, à l'adresse <https://sosapproachtofeeding.com/>
- The Hanen Centre | Speech and Language Development for Children*. Consulté 22 mai 2022, à l'adresse <http://www.hanen.org/CMSPages/PortalTemplate.aspx?aliaspath=%2fHome>
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant* (2e édition). Elsevier Masson.

- Toby, S. (2015). *Coaching Parents : Are We Ready?* <https://www.hanen.org/MyHanen/Resource-Centre/Articles/Program-Updates/Coaching-Parents-Are-We-Ready.aspx>
- Toomey, K. (2010). When Children Won't Eat : Understanding the « Why's » and How to Help. *Psychology*. <https://www.semanticscholar.org/paper/When-Children-Won't-Eat%3A-Understanding-the-%22Why's%22-Toomey/b9d881db468e5f5c69d58ab26ebf8dff46494316>
- Visentin, M. (2021). *Évaluation d'une plainte pour des difficultés alimentaires chez des enfants de 12 à 36 mois : Validation d'un carnet de liaison interdisciplinaire et première phase d'essai auprès de professionnels de santé (Mémoire d'orthophonie)*. Faculté de médecine Toulouse Rangueil, Enseignement des techniques de réadaptation, Toulouse, France.
- Vivier, J. (2013). *Troubles des Fonctions oro-faciales : Évaluation, prise en charge et toucher thérapeutique. Livret à destination des orthophonistes*.

ANNEXE 1 – La bouche carrefour anatomique du verbe et de l’aliment (Thibault, 2017)

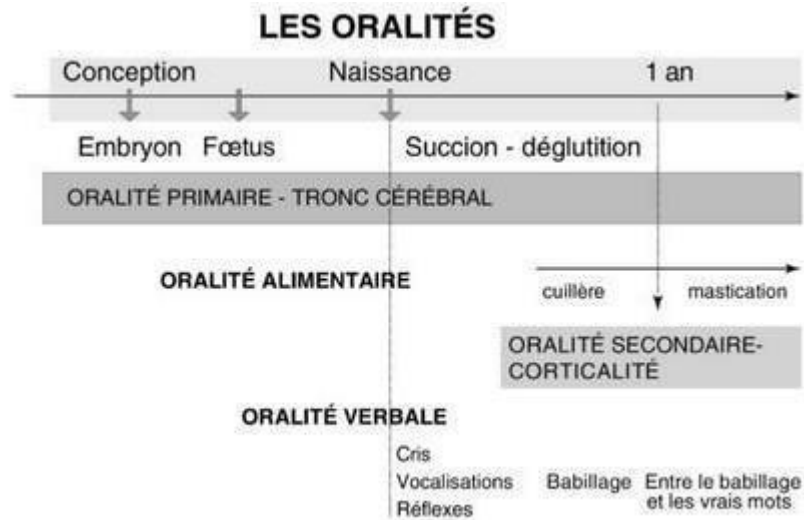


FIGURE 5.2. Oralité secondaire.

ANNEXE 2 – Evolution de la déglutition en fonction du développement neuro moteur (Puech & Vergeau, 2004)

Evolution / Développement

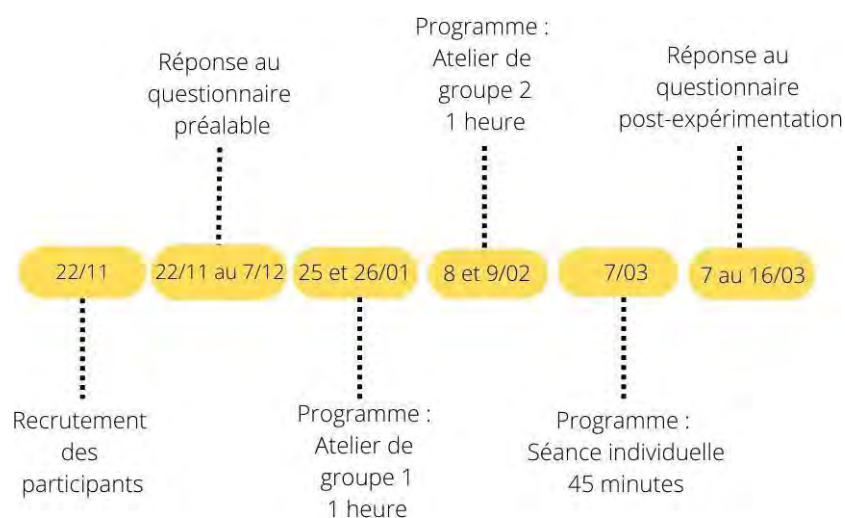
Réflexes archaïques \implies Actes volontaires \implies Automatismes
Cadre normal du développement de l’enfant de 0 à 2 ans

Âges Mois	Motricité Globale	Préhension	Temps de préparation	Temps de transport oral	Temps pharyngé	Progression
0-4	asym.+ flex tête médiane	Aspiration à la tétine : sein ou biberon		Suckling*	Succion-déglutition réflexe	Liquide
4-6	Tenu assis Contrôle de tête	Tétine+ débuts à la cuillère+ apprentissage de la boisson au verre	Malaxage	Sucking	Diminution du réflexe de succion-déglutition	Liquide + Semi-liquide
6-9	Rotation 4 pattes Debout	Tétine + cuillère + verre	Malaxage + début de mastication	Suckling** + début sucking	Début de dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + Mixé
9-12	Marche de côté	Cuillère + verre	Malaxage > mastication	Suckling > sucking		Mixé + Solide mou
12-18	Marche + Différents stades	Cuillère + verre	Malaxage < mastication	Suckling < sucking		Solide mou + Solide dur
18-24	Stades Sensori Moteurs	Cuillère + verre	Mastication Sucking		Succion et déglutition indépendantes	Solide dur

ANNEXE 3 – Revue de littérature retraçant l'évolution historique et terminologique du continuum guidance - accompagnement – partenariat (Périchon & Gonod, 2021)

	Guidance parentale	Accompagnement parental	Partenariat parental
Modalités	Relation verticale asymétrique	Relation horizontale symétrique	Relation horizontale bidirectionnelle
Participation des Parents	-	+	++
Marc E. Fey (1986)	Family-centered program	Family-allied program	Family-focused program
Marc Montfort (2010)	Guidance	Accompagnement	Partenariat
Agnès BO (2014)	Type I (Informations)	Type II (Collaboration)	Type III (Intervention)
Marie-Pascale POMEY (2015)	Paternalisme	Approche centrée	Partenariat - patient
Françoise Coquet (2017)	Guidance parentale	Accompagnement parental	Partenariat avec les parents
Davies, Marshall et al (2017)	Parent : assistant de RDV	Parent : exécutant des activités prescrites par le thérapeute	Parent : adaptateur de la communication et de l'interaction à la maison

ANNEXE 4 – Chronologie du projet



Année scolaire 2020-2021

MÉMOIRE D'ORTHOPHONIE AU CAMSP

AUDREY DUFILLON, ÉTUDIANTE EN ORTHOPHONIE À TOULOUSE
ALICE BARRE ET MAÉLINE SERAUT, ENCADRANTES, ORTHOPHONISTES

PROJET



Le projet consiste en une étude sur les conditions de mise en place d'un programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales.

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

Le programme est conçu et animé par l'étudiante au CAMSP.

PARTICIPANTS AU PROGRAMME



Parents d'enfants suivis au CAMSP dans le cadre de troubles de l'alimentation, sur la base du volontariat.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

- Comprendre l'intérêt des sollicitations oro-faciales dans le cadre des troubles de l'alimentation.
- 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.



Les sollicitations oro-faciales

sont les massages du corps du visage, de l'extérieur de la bouche et de l'intérieur de la bouche, les stimulations de la succion, de la mastication et les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment).

DÉROULÉ



Pour tout question, n'hésitez pas à me contacter
Email : audrey.dufillon@outlook.fr



ANNEXE 6 – 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, les stimulations à la succion, à la mastication et les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment). Elles concernent les enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire.

Le programme est conçu et 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 donc des ateliers de groupes de parents et des séances individuelles. 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 de l'oralité alimentaire ?

Sa mère Son père Sa grand-mère Son grand-père Sa famille d'accueil

Autre, précisez :

Partie II : Les sollicitations oro-faciales

2) Connaissez-vous les troubles de l'oralité alimentaire ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

3) 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, les stimulations à la succion, à la mastication et les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment).

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

4) a) Etes-vous à l'aise pour toucher votre enfant en règle générale ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

4) b) Etes-vous à l'aise pour toucher les mains de votre enfant ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

4) c) Etes-vous à l'aise pour toucher le visage de votre enfant ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

4) d) Etes-vous à l'aise pour toucher l'extérieur de la bouche de votre enfant ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

4) e) Etes-vous à l'aise pour toucher l'intérieur de la bouche de votre enfant ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

5) A quelle fréquence, en moyenne, pratiquez-vous 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, les stimulations à la succion, à la mastication et les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment).

Jamais Moins d'une fois par semaine Une à plusieurs fois par semaine

Une à 6 fois par jour 7 fois ou plus par jour

Si : « Jamais » ou « Moins d'une fois par semaine » à la question 5

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

Je ne sais pas ce que c'est	Je n'en vois pas l'utilité	Je ne sais pas comment faire
D'autres personnes le font déjà avec mon enfant		Je manque de pratique
Cela prend trop de temps	Je trouve cela intrusif	J'évite la situation
J'oublie de le faire	J'ai peur que mon enfant fasse des fausses routes/avale de travers	
Mon enfant refuse que je touche son visage		Autre, précisez :

Si : autre chose que jamais à la question 5

7) Quels types de sollicitations proposez-vous ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Massages du corps	Goûter les aliments sur les lèvres	Succion de tétine
Massages du visage	Sentir les aliments	Succion au doigt
Massages autour de la bouche	Toucher les aliments	Stimulations dans la bouche avec un objet
Massages dans la bouche	Aromatiser la salive	
Autre :		

Si : autre chose que jamais à la question 5

8) A quels moments proposez-vous des sollicitations oro-faciales ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Au lever	Au coucher	Pendant un temps calme
Pendant la toilette/le bain	Pendant le brossage des dents/soins de bouche	
Avant les repas	Après les repas	Pendant les repas
Autre :		

Si : autre chose que jamais à la question 5

9) Pourquoi choisissez-vous ces moments ?

Si : « Massages du visage », « Massages autour de la bouche » ou « Massages dans la bouche » à la question 7

10) 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

Si : « Massages du visage » ou « Massages autour de la bouche » à la question 7

11) Lorsque vous réalisez un massage du visage (hors de la bouche), comment votre enfant réagit-il ?
(Plusieurs réponses possibles)

Il sourit	Il babille/vocalise	Il me regarde	Il s'endort	Il pleure
Il s'agite	Il grimace	Il détourne son attention		Il salive
Il déglutit	Il tête/sort sa langue	Il ferme la bouche	Autre :	

Si : « Massages dans la bouche » à la question 7

12) Lorsque vous réalisez un massage à l'intérieur de la bouche, comment votre enfant réagit-il ?
(Plusieurs réponses possibles)

Il sourit	Il babille/vocalise	Il me regarde	Il s'endort	Il pleure
Il s'agite	Il grimace	Il détourne son attention		Il salive
Il déglutit	Il tête/sort sa langue	Il ferme la bouche	Autre :	

Si : « Massages du visage », « Massages autour de la bouche » ou « Massages dans la bouche » à la question 7

13) Si votre enfant réagit de façon négative (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 :	

14) Vous sentez-vous capable d'expliquer comment pratiquer les sollicitations oro-faciales ?

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

Partie III : Organisation du programme

15) Pensez-vous qu'un programme pour les parents sur les sollicitations oro-faciales pourrait vous être utile ?

Il consiste en des ateliers de groupe et des séances individuelles pour aider les parents dans la pratique des 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, les stimulations à la succion, à la mastication et les propositions alimentaires (avec ou sans ingestion d'aliment).

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

16) 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 :

17) Combien de temps par séance seriez-vous disponible ?

1 heure 1heure 15 1heure30 1heure45

18) Quelles modalités vous semblent les plus faisables ? (*Plusieurs réponses possibles*)

un atelier de groupe de 1h30 et 1 séance individuelle

deux ateliers de groupe de 1h à 1h30 chacun et 1 séance individuelle

trois ateliers de groupe de 1h chacun et 1 séance individuelle

19) 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					

Je ne suis pas disponible sur ces créneaux

Personne ne peut garder mon enfant

20) 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 bientôt pour pouvoir vous rencontrer. A bientôt !

Annexe 7.0 - Conducteur de séances

Programme de partenariat parental sur les SOF				
<p>Compétences d'adaptation : 1) Comprendre l'intérêt des SOF 2) Se sentir capable d'expliquer les SOF</p> <p>Compétences d'auto-soin : 3) Pratiquer le SOF avec aisance 4) Pratiquer les SOF de façon adaptée à son enfant (durée, moments, réactions de l'enfant)</p>	<p>Modos d'évaluation : 1) Répondre à un quiz sur les SOF 2) Avoir expliqué les SOF 3) Avoir pratiqué tous les gestes proposés 4) Avoir réalisé des SOF à son enfant</p>			
<p>Intervenant-e (s) : 1 à 2 intervenant-e (s)</p>	<p>Nombre de participants : 2 à 3 participants</p>	<p>Durée totale du programme : 2h45 en tout par participant - Ateliers de groupe 1 et 2 : 1heure chacun - Séance individuelle : 45minutes/participant</p>	<p>Modalités : - Ateliers de groupe 1 et 2 : en présentiel - Séance individuelle : en visio</p>	
<p>Matériel à prévoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objets sensoriels (fil chenille, décalcomanie, boa plume, perruque-fils, grosses lunettes de déguisement, fausses moustaches autocollantes) - Plumes - Brosse à picots - Tableau blanc ou paperboard - Stylos - Post-It - Patafix ou aimants - Colle 	<p>Conseils à l'intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Annexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 : La maison des SOF - 2 : Fiches massage « séquence suction » et « séquence cuillère » - 3 : Attre décisionnel (signes de confort/inconfort) - 4 : Fiche - 5 : Fiche personnelle - 6 : Quiz Kahoot sur ordinateur - 7 : Etiquettes de signes de confort et d'inconfort 	<p>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.</p>	<p>Abréviations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOF : sollicitation(s) oro-faciale(s) - OF : oro-facial(aux) - TOA : troubles de l'oralité alimentaire
<p>Légende : En gras dans le texte : consignes orales à donner aux participants → Conduites à tenir pour l'intervenant : ne pas dire d'oral 0:00 : repère temporel pour le déroulement de chaque étape.</p>				

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

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 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 16 MIN	faire le lien entre le programme et le quotidien	10 MIN 0:00	<p>→ Proposer du thé, du café, des biscuits</p> <p>→ <i>Donner une fiche personnelle à chaque participant, remplir les dates de chaque rendez-vous.</i></p> <p>→ <i>se présenter</i></p> <p>Je vous invite à vous présenter à votre tour et à parler de votre enfant. Vous pouvez expliquer rapidement quelles sont ses difficultés alimentaires.</p> <p>→ <i>S'adresser à chaque participant à tour de rôle. Poser des questions pour nourrir l'échange si besoin</i></p> <p>Que pensez-vous que cet atelier pourra changer à la maison ?</p> <p>Nous nous retrouvons aujourd'hui pour la partie expérimentale de mon projet de mémoire. Il s'agit des ateliers de groupe du programme sur les SOF et des séances individuelles. Nous allons ici réfléchir aux cas de vos enfants porteurs de TOA.</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> <ul style="list-style-type: none"> - d'abord nous allons réfléchir à pourquoi faire des massages, - puis nous verrons comment faire, - enfin, nous nous entraînerons à faire un massage très simple - avant de réfléchir à quand le faire <p>Pour rappel, nous nous reverrons également dans quelques jours pour le second atelier de groupe. Pour cet atelier il sera très important que vous ayez un smartphone qui vous</p>		Fiche personnelle
		1 MIN 0:10			

D'après Matheus, C (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. (Mémoire d'orthophonie). Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



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

		5 MIN 0-11	<p>permettre de vous filmer. Puis nous ferons des entretiens individuels en visio ou par téléphone et vous recevrez alors un questionnaire de satisfaction.</p> <p>Maintenant, je vais vous donner des accessoires que vous allez porter sur vous.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Donner à chaque participant un ou des objets et une pince à linge, en prendre également → Aider les participants à placer leurs accessoires sur eux de sorte que cela les gêne également → Afficher la flèche sur le tableau pour que tout le monde la voie. <p>Sur cette flèche, venez placer votre pince à l'endroit qui correspond à votre gêne avec ces accessoires. Par exemple si mon accessoire me gêne énormément, que j'ai très envie de m'en débarrasser, je mets la pince dans la zone rouge, s'il ne me gêne pas trop, je la mets dans la jaune et si je me sens bien avec cet accessoire je la mets dans la zone verte. Une fois votre pince placée, vous pouvez repartir vous asseoir. Je précise qu'il faut garder les accessoires sur vous jusqu'à ce que je vous dise de les enlever, nous allons les garder plusieurs minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Si les participants disent ne pas être gênés et qu'ils portent leurs accessoires de façon à ne pas être embêté, leur demander pourquoi, comment ils ont fait. Essayer de leur faire changer leur façon de porter leurs accessoires. Sinon, rajouter des accessoires en essayant de trouver ce qui pourrait gêner. → Si les participants disent ne pas être gênés et qu'ils portent pourtant bien leurs accessoires, leur demander ce que cela leur fait pour essayer de faire émerger la verbalisation de leurs sensations. Les aider à placer leur pince en conséquence. → Commenter la flèche en montrant en évidence le fait que chacun a des niveaux de tolérance différents. 		Accessoires sensoriels Flèche Pinces à linge
Connaissances sur les sollicitations oro-faciales 9 MIN	Rappeler ce que sont les troubles de l'oralité alimentaire	1 MIN 0-16	<p>Vos enfants sont suivis ici par une orthophoniste pour des TDA, 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Faire le lien avec ce que les participants ont amené au début de l'atelier, lorsqu'ils ont présenté leur enfant. 		
	Recenser les différents types de sollicitations oro-	8 MIN 0-17	<p>Dans ce cas, on peut préconiser de faire des SQI. Dans le questionnaire, vous avez pu exprimer ce que vous avez l'habitude de proposer à votre enfant et vous faites déjà des</p>		

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théo-rico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

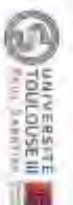
Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



<p>Compréhension des gestes de massage 19 MIN</p>	<p>Expérimenter la notion d'habitude</p>	<p>8 MIN 0,25</p> <p>Maintenant, nous allons regarder d'un peu plus près la pièce « massages » de la maison. Nous allons réfléchir à pourquoi les réaliser et comment faire. Pour cela, 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"> → Coller la boîte à outils sur la maison des SDF → Prendre la boîte à chaussures <p>Voici notre boîte à outils. Nous allons la remplir au fur et à mesure.</p>	<p>Types de sollicitation</p>	<p>Maison des SDF Post-it Style</p>
<p>Faciales que les parents peuvent faire</p>		<p>choses très bien. On va donc 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"> → Dessiner/afficher la maison des SDF vide. <p>Maintenant je vais vous laisser réfléchir ensemble à tout ce qui peut être fait 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. Écrivez une idée par post-it. Je vous laisse réfléchir ensemble pendant 5 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Coller les post-it dans la maison au fur et à mesure → Si les participants peinent à trouver des idées ou n'osent pas se lancer, donner un ou deux exemples → 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"> → Décrire la maison aux participants et rajouter les termes qui n'ont pas été évoqués. Vous avez construit la maison des SDF. Elle représente l'organisation des différences SDF que l'on peut proposer. <p>A votre avis, pourquoi est-ce que j'ai organisé les post-it de cette façon ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → Montrer sur la maison des SDF les différents groupes de post-it. Guider les participants vers la réponse : « quel est le lien entre ça et ça ? » <p>Chaque pièce correspond à un moyen que l'on peut utiliser pour les troubles de l'oralité. Dans chaque pièce, on peut faire différentes activités. Cette maison, c'est un peu comme une boîte à idées.</p> <p>C'est plutôt l'orthophoniste qui dir quelle sollicitation est la plus adaptée à votre enfant, mais vous pouvez toutes les essayer.</p>		

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



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>Connaitre les différents types de touchers et savoir les utiliser</p>	<p>7 MIN 0:33</p>	<p>Poches de gel</p>
		<p>Vous portez maintenant des accessoires depuis plusieurs minutes. Est-ce que vous pouvez revenir bouger ou pas votre pince pour indiquer votre niveau de gêne actuel avec ces accessoires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les participants bougent ou pas leur pince à linge. Le faire aussi. → En fonction de si les participants bougent leur pince à linge, demander : <p>Pourquoi vous n'avez pas bougée votre pince ?</p> <p>Dans quel sens avez-vous bougée votre pince ?</p> <p>Quand vous avez porté l'accessoire au début qu'avez-vous ressenti ? Et maintenant qu'est-ce que vous ressentez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → Inviter les participants à s'exprimer en les questionnant à tour de rôle. → S'exprimer aussi, de sorte à introduire la notion d'habitude. <p>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> <ul style="list-style-type: none"> → Montrer la progression sur la flèche en déplaçant une pince à linge dessus. <p>Mais pour votre enfant, on ne va pas laisser des objets sur lui pendant un long moment comme nous l'avons fait ici, mais 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 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.</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"> → Ajouter « souvent » dans la boîte à outils et mettre la flèche dans la boîte à chausures. <p>Vous pouvez retirer les accessoires.</p>	
			<p>Flèche</p>

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

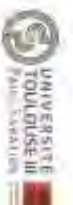


Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

		<p>Nous allons effectuer 2 types de toucher différents sur la poche. La poche est posée sur la table.</p> <p>Pour le 1er 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> <p>→ Lorsque le terme est énoncé, coller l'étiquette « toucher léger, effleuré » sur le tableau à côté de la maison.</p> <p>Donc on va appeler cela un toucher léger, effleuré.</p> <p>→ 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.</p> <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> <p>→ Lorsque le terme est énoncé, coller l'étiquette « toucher franc, appuyé » sur le tableau à côté de la maison.</p> <p>Donc on va appeler cela un toucher franc, appuyé.</p> <p>→ Distribuer 1 gant à chaque participant. Ils doivent utiliser ce gant pour faciliter la dissociation des sensations du doigt et du palais.</p> <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 vagues 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 1er toucher ?</p> <p>→ Aider à faire émerger des mots-clés : sensation diffuse, manque de précision, besoin d'annuler la sensation, désagréable, chatouilles...</p> <p>→ 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.</p> <p>Dans ce cas leur donner une plume et leur faire expérimentaler le toucher léger sur le dos de la main, puis sur les joues (ils manipulent la plume eux-mêmes). Refaire le protocole 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.</p> <p>→ Si les participants ont du mal à dissocier les sensations de leur doigt et de leur palais, leur proposer de faire le geste dans la bouche avec une brosse à picots.</p>	Toucher léger	Gants
		<p>Quelles étaient les sensations dans votre bouche lors du 2e toucher ?</p> <p>→ Plume</p>	Toucher franc	Brosse à picots

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

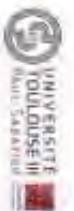
Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



	Comprendre qu'il faut prendre son temps	3 MIN 0-40	<p>Et quelles étaient les sensations dans votre bouche lors du 2e ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → Aider à faire émerger des mots-clés : sensation moins diffuse, plus structurante, précision... → 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.</p> <p>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.</p> <p>Vous remarquerez 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.</p> <p>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 ?</p> <p>Nous allons le rajouter dans notre boîte à outils.</p> <ul style="list-style-type: none"> → 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>Nous pouvons ajouter autre chose dans notre boîte à outils. Pour cela, nous allons parler de la course à pied. Quand j'ai commencé la course à pied, j'ai voulu courir une grande distance, j'avais un objectif et je pensais que je pouvais y arriver. Mais j'ai très vite été essouffée et j'ai dû m'arrêter tôt et terminer en marchant. J'en ai conclu que je ne pourrai pas faire un marathon d'emblée et que je devais procéder par étapes.</p> <p>Donc selon vous, comment faire quand on propose un massage OF à son enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → Laisser les participants réfléchir, faire le parallèle avec la course à pied et faire quelques propositions. → Coller l'étiquette « progressif, par étapes » dans la boîte à outils de la maison, lorsque le terme est évoqué et mettre la chaussure de sport dans la boîte à chaussures. <p>Pour votre enfant, c'est la même chose que pour la course à pied. Si on commence directement par faire un marathon, c'est trop difficile. D'ailleurs, lorsqu'on commence la course à pied, on n'obtient pas des résultats tout de suite, il faut s'accrocher, en faire régulièrement. 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</p>	Progressivité	
--	---	---------------	---	---------------	--

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



		<p>1 MIN 0-43</p>	<p>bras, puis on vient peu à peu jusqu'à la bouche pour ne pas surprendre votre enfant et lui proposer un massage agréable.</p> <p>→ Si les parents ne semblent pas très familiers avec l'idée de la course à pied, on peut éventuellement rajouter l'idée qu'on ne rentre pas tout d'un coup dans la mer, on y entre progressivement.</p> <p>Alors, récapitulons ce qu'on a dans notre boîte à outils.</p> <p>→ Sortir les éléments un par un de la boîte à chaussures et incliner les participants à redire les mots-clés. Révéler les mots-clés.</p> <p>On a cette fleche, qu'est-ce qu'elle signifie ? Elle veut 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 chaussure de sport, 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>		<p>Vignette « mains »</p>
<p>Intégration des massages dans son quotidien 10 MIN</p>	<p>Expérimenter un massage simple quotidien</p>	<p>5 MIN 0-44</p>	<p>Maintenant que nous avons vu comment réaliser des massages, nous allons en essayer un.</p> <p>→ Distribuer la vignette mains à chaque participant, puis revoir sur une vignette 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, vous pouvez le faire d'abord dans votre main à vous pour essayer et puis sur votre voisin-e pour vous entraîner.</p> <p>→ Les entourer à essayer sur soi s'ils le souhaitent</p> <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> <p>→ Donner de la colle aux participants et faire coller la vignette dans l'espace « atelier de groupe 1 »</p>		<p>Coller</p>
	<p>Intégrer les massages dans son quotidien</p>	<p>5 MIN 0-49</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>		

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

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>Closure de l'atelier et temps de régulation) 6 MIN</p>		<p>6 MIN 0:54 Régulier en fonction du temps restant 1:00</p>	<p>Avez-vous des questions ? → Laisser un temps pour que les participants partent de leurs craintes, les rassurer, répondre à leurs questions.</p> <p>L'atelier touche à sa fin. Je vous donne la maison des SQF : C'est un outil que vous pouvez utiliser comme une boîte à idées. Merci pour votre participation ! On se donne rendez-vous dans deux semaines pour le second atelier de groupe où on apprendra d'autres massages. D'ici-là, n'oubliez pas de faire votre mission, qui est de faire des massages des mains tous les jours, au moment que vous avez choisi. → Rappeler le jour et l'horaire du prochain atelier de groupe</p>		<p>Maison des SQF Imprimée</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. → Ajouter les chemins de la maison des SQF L'idée n'est pas de rajouter quelque chose à faire dans votre journée, mais simplement d'intégrer les massages QF à votre quotidien. A partir de ces 3 grands chemins, vous allez maintenant réfléchir ensemble aux situations de votre quotidien où vous pourriez faire des massages. 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>		

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

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					
	Se rappeler les notions clés vues précédemment	6 MIN 0-15			
	Faire le point sur les habitudes	10 MIN 0-04	<p>→ Proposer du thé, du café, des biscuits</p> <p>→ 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> <p>Nous nous retrouvons aujourd'hui pour le second atelier de groupe du programme sur les SOF.</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. Pour rappel, nous nous reverrons également dans quelques jours lors d'entretiens individuels et vous recevrez alors un questionnaire de satisfaction.</p> <p>→ Inclure un temps de présentations si des personnes étaient absentes lors du premier atelier</p> <p>Avant tout, vous vous souvenez que votre mission pour ces derniers jours était de faire des massages à votre enfant tous les jours.</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, recoder l'échange, gérer le temps. Demander ce que les parents ont fait, ce qui a été difficile...</i></p> <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 et à vous</p>		
					Ordinateur ou vidéoprojecteur

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

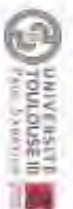


Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

Expérimentation des gestes de massage 38 MIN	Evaluer son aisance	<p>5 MIN 0-20</p> <p>connecter à Internet. Vous pouvez aller sur Kahoot.it. 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"> ➔ Aider les participants à se connecter sur Kahoot ➔ Lancer le quiz et commenter au fur et à mesure en remontant les éléments de la boîte à chaussures lorsque les notions sont abordées. <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 vu dans notre boîte à outils.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ 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"> ➔ Distribuer la fiche adéquate en fonction du niveau de développement/oral des enfants des participants (sék, succion 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 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"> ➔ 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 d'un coup les mêmes gestes. 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>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 dernière ligne, en dessous sera à remplir plus tard, lorsque vous aurez pu vous entraîner. 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"> ➔ 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 de la fiche, la poche de sel, la chaussure Fiches massages Stylus
Pratiquer les gestes	15 MIN 0-25	Maintenant que vous avez pu regarder tous les gestes, nous allons nous exercer. <p>Vous allez vous exercer à faire chaque geste sur vous-même devant le miroir.</p>	Miroirs Cartes	

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Étude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



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>Pouvoir proposer un massage adapté en durée</p>	<p>2 MIN 0-40</p> <p>5 MIN 0-42</p>	<p>→ Placer les miroirs et donner des gants.</p> <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. L'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 sûre 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> <p>→ 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.</p> <p>→ Répondre aux questions, poser des questions sur le ressenti, insister sur certains gestes (tapping, pressions profondes...), réajuster les gestes, conseiller de prendre son temps...</p> <p>Voilà, les 15 minutes sont écoulées. Vous avez pratiqué tous les gestes, alors vous pouvez maintenant compléter la 2e ligne « séance 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 avez 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> <p>→ Montrer la montre</p> <p>Il faut que ce soit un moment court. Voilà un nouvel outil à ajouter dans la boîte à outils.</p> <p>→ Coller l'étiquette « court » dans la boîte à outils de la maison et remettre la montre dans la boîte à chaussures.</p> <p>Ce moment doit être agréable, ludique et amusant. 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 dougou.</p> <p>→ Montrer le livre, coller l'étiquette « amusant » dans la boîte à outils de la maison et placer le livre dans la boîte à chaussures.</p> <p>Est-ce que vous connaissez des exemples de comptines ?</p>	<p>Court</p> <p>Ludique</p>	<p>Vidéoprojecteur</p> <p>Montre</p> <p>Livre pour enfant</p>
--	--	---	--	-----------------------------	---

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théo-ico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

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	<p>5 MIN 0-47</p> <p>→ Laisser les participants s'exprimer, les inviter à monter/chanter un exemple sur eux-mêmes → Si aucun parent n'en connaît, donner des exemples de comptines... donner un exemple, n° 1, 2, 3, nous irons aux bois n° par exemple. Choisissez 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 que vous avez choisie.</p> <p>→ Aider les participants à se filmer si besoin, aider à trouver une comptine. → Si les participants ne souhaitent pas chanter, les faire parler avec douceur, raconter ce qu'ils font, avoir un regard doux, être soutivant... Cette vidéo peut vous servir de support pour vous entraîner ou pour vous aider lorsque vous faites les massages à votre enfant.</p>	adaptation	Sac Etiquettes signes de confort/inconfort
	<p>4 MIN 0-52</p>	<p>→ Sortir le sac avec les étiquettes des signes de confort/inconfort Dans ce sac, il y a des étiquettes où sont notés des signes de confort ou d'inconfort. Vous allez en piocher un à tour de rôle, le lire et dire si c'est plutôt un signe de confort ou d'inconfort. → Au bout de 7 étiquettes piochées par participant, inviter les participants à donner des exemples de réactions de leurs enfants.</p> <p>Avez-vous des exemples de réactions de vos enfants à ajouter ? D'après vous ce serait plutôt un signe de confort ou d'inconfort ? Un autre exemple de signe d'inconfort, c'est le reflux nauséux. Si vous l'observez, c'est que c'est trop pour votre enfant. On essaie de ne pas du tout le déclencher. Quand votre enfant montre des signes de confort, comment vous sentez-vous ? Vous vous sentez bien, vous vous sentez sûrement à l'aise. 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. → Laisser quelques mots-clés émerger.</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</p>		

D'après Matheus, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

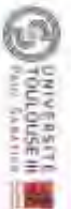


Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

<p>Clôture de l'atelier et régulation du temps 5MIN</p>		<p>1 MIN 0-5/6</p>	<p>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. 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 ? Quand il montre des signes d'inconfort est-ce que vous continuez d'avancer dans la séquence ? On fait de ce moment un moment agréable, sans forcer, on suit cet arbre décisionnel jusqu'à la fin de la séquence. → <i>Afficher l'ordre décisionnel, Reformuler, expliquer l'ordre.</i> 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 plus 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. → <i>Montrer la flèche de la boîte à chaussures</i> En fait, en réalisant les massages souvent vous devriez voir de moins en moins de signe d'inconfort. Nous allons revoir une fois ce qu'on a dans notre boîte à outils. → <i>Sortir les éléments un par un de la boîte à chaussures et incliner les participants à redire les mots-clés. Répéter les mots-clés.</i> On a cette flèche, pouvez-vous rappeler ce qu'elle signifie ? Elle veut 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 chaussette de sport, 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. On a ce livre, pouvez-vous rappeler ce qu'il signifie ? Cela veut dire que le moment doit être agréable, ludique, amusant.</p>		<p>Maison des SOI Imprimée Arbre décisionnel Imprimé</p>
--	--	--------------------------------------	--	--	--

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

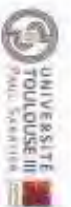


Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

	fonction du temps restant	1:00	<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 appuyer sur 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.</p> <p>Je vous donne une seconde mission : essayer d'expliquer les SOF à quelqu'un. Nous en discuterons ensemble la prochaine fois. 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'adresse. Merci à toutes pour votre participation !</p>		
--	---------------------------	------	--	--	--

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



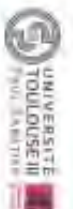
Ce document est la propriété d'AGO – AGO Ingénierie-Formation – 18 rue de Languedoc 31000 Toulouse www.ago-formation.fr contact@ago-formation.fr

Séance individuelle : en distanciel

Thèmes réussis / 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 SDF. 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 - enfin je vous donnerai un accès au questionnaire de satisfaction.		
	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 ? → 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	Faire un retour sur la façon de faire des participants grâce à la vidéo	15 MIN 0-05	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. → Regarder la vidéo une première fois en entier avant de commenter. → Si la vidéo 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 ? → 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 ? → Laisser les participants s'examiner, faire émerger des réponses. Encourager sans souligner les aspects négatifs de la vidéo. → Aider à faire émerger des solutions ou des idées d'amélioration		
		11 MIN	Avez-vous pu remarquer des changements dans l'attitude de votre enfant ?		

D'après Mathews, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



Explication des massages 8 MIN	Traiter un retour sur la façon de faire des participants au quotidien	0:21	<p>Comment réagit-il ? Lorsqu'il réagit de façon négative, que faites-vous ? Archiez-vous à trouver des moments pour faire des SOF 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> <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> <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	Expliquer les SOF	1 MIN 0:39 5 MIN 0:40 0:45	<p>La séance se termine, avant de nous quitter, je vous donne un accès à un questionnaire de satisfaction. C'est très important pour moi que vous le remplissiez, car cela me permettra d'améliorer le programme.</p> <p>Merci beaucoup pour votre participation !!</p>		

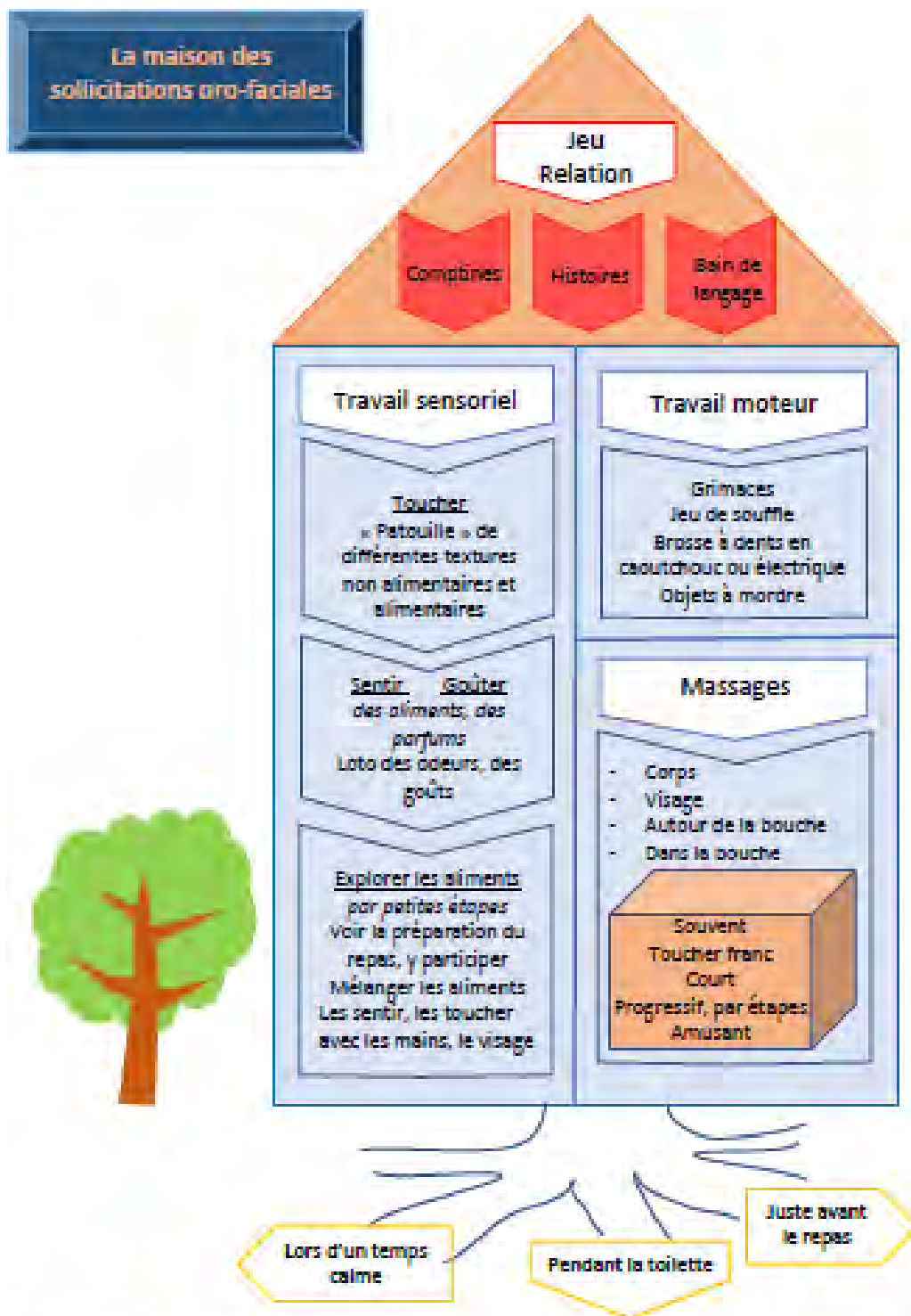
D'après Mathéus, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON

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 7.1 – La maison des SOF



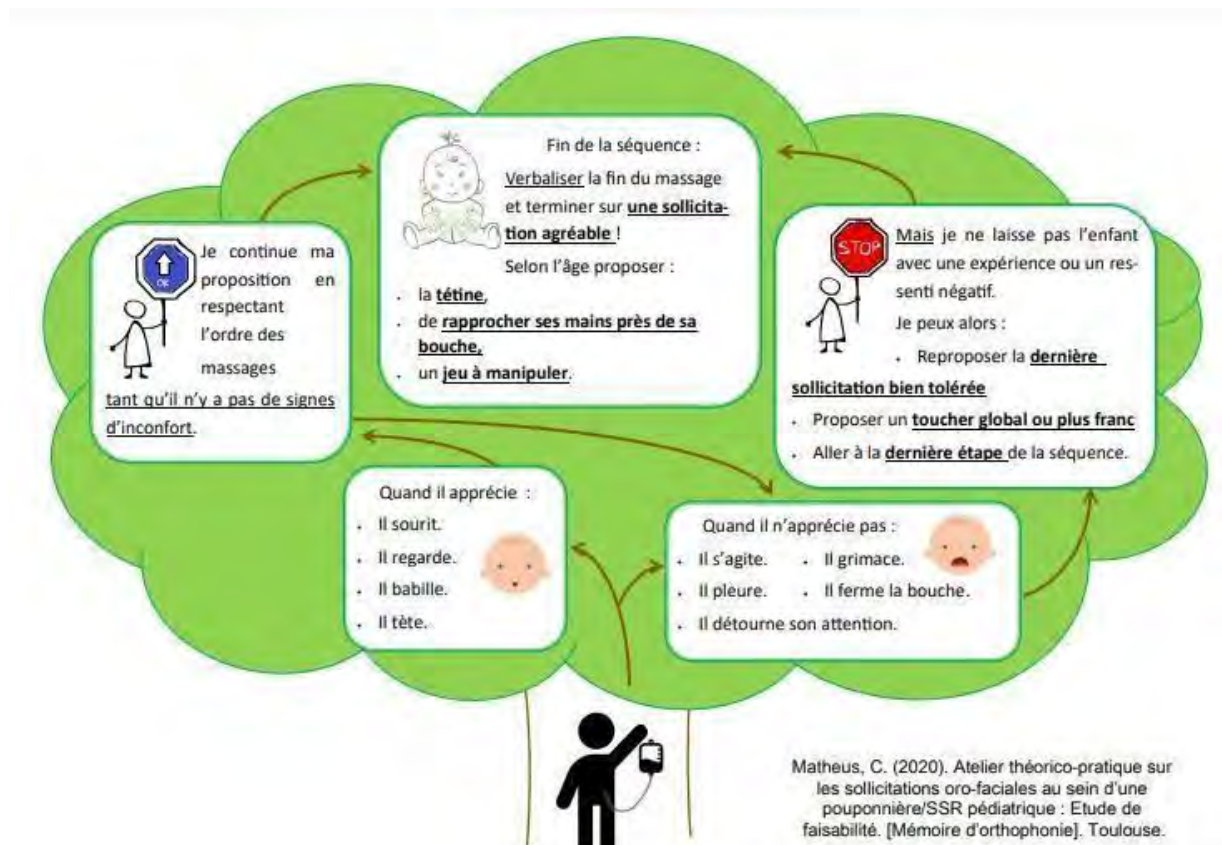
Librement inspiré de « La maison des sollicitations oro-faciales » de Mathieu, C. (2020)



Mémoire d'orthophonie – Université Paul Sabatier – Audrey DUFILLON



Annexe 7.3 - Arbre décisionnel (signes de confort/inconfort)



Annexe 7.4 – Flèche



Matheus, C. (2020). Atelier théorico-pratique sur les sollicitations oro-faciales au sein d'une pouponnière/SSR pédiatrique : Etude de faisabilité. [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse.

Annexe 7.5 – Fiche personnelle

PROGRAMME DE SOLLICITATIONS ORO-FACIALES

FICHE PERSONNELLE

Participant :

Atelier de groupe 1 :

Atelier de groupe 2 :

Séance individuelle :

Atelier de groupe 1 : Missions

Atelier de groupe 2 : Missions

Annexe 7.6 – 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 enfants qui ont des difficultés alimentaires**

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

- La tolérance
- Le réflexe nauséux
- **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 perruque

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**

Annexe 7.7 – Etiquettes de signes de confort et d'inconfort

Il sourit	Il me regarde	Il babille
Il tâte	Il pleure	Il s'agite
Il détourne son attention	Il grimace	Il ferme la bouche

ANNEXE 8 – Questionnaire post-expérimentation

Vous avez accès à ce questionnaire dans le cadre d'une étude sur la mise en place d'un programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales dans un CAMSP.

Le programme est conçu et animé par une étudiante en orthophonie, dans le cadre de son mémoire. Il consiste à aider les parents dans la réalisation de sollicitations oro-faciales au quotidien. Il comprend donc 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) A quelle partie du programme avez-vous été présente ?

L'atelier de groupe 1

L'atelier de groupe 2

Une séance individuelle

2) L'intérêt des sollicitations oro-faciales a-t-il clairement été exposée lors du programme ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

3) Pensez-vous vous être suffisamment entraînée pour être à l'aise pour faire des sollicitations oro-faciales à votre enfant ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

4) Suite au programme, êtes-vous plus à l'aise pour toucher l'intérieur de la bouche de votre enfant ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

5) Pensez-vous avoir bénéficié de conseils pour vous adapter à votre enfant :

5) a) pour savoir à quelle fréquence pratiquer les sollicitations oro-faciales ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

5) b) pour utiliser le bon type de toucher ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

5) c) pour connaître l'ordre de progression des massages oro-faciaux ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

5) d) pour choisir des moments adaptés ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

5) e) pour connaître la durée idéale d'un massage oro-facial ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

5) f) pour rendre le moment du massage oro-facial ludique et amusant ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

5) g) pour savoir quoi faire lorsque votre enfant réagit de façon négative ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

6) Pensez-vous avoir bénéficié de démonstrations pour utiliser des guides ou des supports (ex : vidéos, schémas, petites fiches...) ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

7) Concernant les supports :

7) a) La maison des sollicitations oro-faciales vous semble-t-elle utile et claire ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

7) b) L'arbre décisionnel vous semble-t-il utile et clair ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

7) c) La vidéo de vous réalisée lors des ateliers de groupe vous semble-t-elle utile et claire ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

7) d) Le livret de la séquence de massages vous semble-t-il utile et clair ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

8) Suite au programme, pourriez-vous expliquer comment pratiquer des sollicitations oro-faciales à un autre parent ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

Partie II : Organisation du programme

9) Lors des ateliers de groupe, le nombre de participants était :

Insuffisant Idéal TROP important

Si : « insuffisant » ou « trop important » à la question 9

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

Si : « insuffisant » ou « trop important » à la question 9

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

1 participant (pas de groupe) 3-4 participants 5-6 participants Plus de 6 participants

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

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

Si : « pas du tout » ou « plutôt non » à la question 11

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

14) Lors de votre séance individuelle, la modalité de la visio ou du téléphone était-elle adaptée ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

Si : « pas du tout » ou « plutôt non » à la question 13

15) Quels sont les défauts de la visio ou du téléphone d'après vous ?

16) La durée totale du programme était :

Insuffisante

Idéale

Trop importante

17) Les créneaux horaires et les jours des ateliers de groupe et de votre séance individuelle étaient adaptés ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

18) Avez-vous des remarques supplémentaires ou des suggestions ?

Je vous remercie pour votre participation au programme, en espérant qu'il vous aide au quotidien.

Pour toute question, je reste à votre disposition, ou bien vous pouvez vous tourner vers l'orthophoniste de votre enfant.

RESUME

Titre : Programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales au sein d'un CAMSP : étude de faisabilité

Résumé : Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent provoquer un sentiment d'incompétence chez le parent (Robail et al., 2017). Dès lors, il convient de le placer comme acteur de l'intervention auprès de son enfant dans une démarche de partenariat parental. Pour ce faire, il est possible de lui proposer de pratiquer des sollicitations oro-faciales (Vivier, 2013), apprises lors d'ateliers de groupe de parents et de séances individuelles. Il convient donc de vérifier la faisabilité d'un programme de partenariat parental sur les sollicitations oro-faciales dans un CAMSP. Nous avons recruté six parents d'enfants présentant de troubles de l'oralité alimentaires, suivis en orthophonie dans un CAMSP de la région Occitanie. Nous leur avons proposé de répondre à un questionnaire préalable à la mise en place du programme et avons sondé la direction de l'établissement à ce sujet. Un outil conducteur de séances a été élaboré et le programme, constitué de deux ateliers de groupe et d'une séance individuelle, a pu être expérimenté avec cinq des parents recrutés au départ. A l'issue du programme, les participants ont répondu à un questionnaire de satisfaction. Avec un seuil de validation établi à 80% ($n=4/5$), nous n'avons pas pu respecter une durée totale de 2h35 à 2h55 du fait d'une grande variabilité individuelle, qui convient néanmoins aux participants (100% ; $n=5/5$). En outre, les créneaux horaires retenus conviennent à la fois aux participants (100% ; $n=5/5$) et à l'administration du CAMSP. En termes de forme, un nombre de deux à trois participants ne s'avère pas suffisant (60% ; $n=3/5$), mais une salle adaptée (100% ; $n=5/5$) a pu être réservée. Enfin, le programme est faisable en termes de contenu. En effet, il expose clairement aux participants l'intérêt des SOF (100% ; $n=5/5$) et leur permet de se sentir à l'aise pour pratiquer les SOF de type massage (100% ; $n=5/5$). Les participants estiment qu'il permet également de bénéficier de conseils pour les adapter à leur enfant en termes de fréquence, de durée, de type de toucher, de progression et du choix de moments (100% ; $n=5/5$), pour s'adapter aux réactions de son enfant et pour rendre le moment des massages ludique et amusant (80% ; $n=4/5$). Enfin, il permet aux participants de se sentir capables d'expliquer les sollicitations oro-faciales à quelqu'un d'autre (100% ; $n=5/5$). En définitive, la mise en place d'un programme de partenariat parental sur les SOF de type massages est donc faisable au sein d'un CAMSP, selon ces critères. Par conséquent, d'autres critères de faisabilité pourraient être expérimentés et une étude de la validité du programme pourrait dès lors être engagée afin de poursuivre ce travail.

Mots-clefs : troubles alimentaire pédiatriques, troubles de l'oralité alimentaire, sollicitations oro-faciales, massages oro-faciaux, partenariat parental, CAMSP

ABSTRACT

Title : Parental partnership program on orofacial solicitations in a medico-social early action center : a feasibility study

Abstract : Oral feeding difficulties are responsible for an overwhelming feeling of uselessness for parents (Robail and al., 2017). Therefore, it is suitable to place them as actor of their own child rehabilitation as a part of a parental partnership. To do so, it is possible to offer single or parents group sessions where they can learn and practice orofacial solicitations (Vivier, 2013). For that reason, it is necessary to verify if a parental partnership program on orofacial solicitations is doable in a medico-social early action center. We have recruited a total of six parents with children presenting oral feeding difficulties, already being followed-up by a speech therapist within a medico-social early action center of the Occitanie region in France. We invited them to fill in a questionnaire prior to setting up the program and surveyed the management of the establishment about it. A tool to serve as a guideline was created and the program, made of two group workshops and an individual session, was tried out by five of the six parents recruited in the beginning. At the end of the program the participants were asked to complete a satisfaction survey in order to collect data for its feasibility. With a validation rate threshold of 80% ($n=4/5$), we have not been able to verify that the program is doable in 2h35 to 2h55, due to the individual variation. Furthermore, the time slots stated suited both the participants and the administration (100% ; $n=5/5$). Concerning the number of parents participating to the different group workshops, two or three participants at the same time is not enough (60% ; $n=3/5$). But, it was possible to book an appropriate room for the program (100% ; $n=5/5$). Finally, we were able to prove that the content of the program is relevant. Indeed, it exposed clearly to the parents the impact of the orofacial solicitations (100% ; $n=5/5$) and managed to gave them confidence in giving massages to their children (100% ; $n=5/5$). They received personal advice that enable to know how to practice orofacial solicitations in terms of frequency, de duration, de kind of touch, progression and picking the right time (100% ; $n=5/5$), to adapt them to their child's reaction and to make the moment playful (80% ; $n=4/5$). According to the criteria described, we can assess that a parental partnership program on massage type orofacial solicitations is doable within a medico-social early action center. In order to go further, other criteria of feasibility can be tested and a validation study of the program could be considered.

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

