



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Année 2020-2021

MEMOIRE

En vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

Présenté par

Flore BLANDIN

**Étude de l'efficacité des massages de désensibilisation
dans le cadre de difficultés d'allaitement**

Directrice du mémoire : Madame Carole Hervé, consultante en lactation IBCLC

Co-directrice : Madame Mathilde Boccaro, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Elisa Maréchal, orthophoniste

Madame Bianca Pigoreau, orthophoniste



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Année 2020-2021

MEMOIRE

En vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

Présenté par

Flore BLANDIN

**Étude de l'efficacité des massages de désensibilisation
dans le cadre de difficultés d'allaitement**

Directrice du mémoire : Madame Carole Hervé, consultante en lactation IBCLC

Co-directrice : Madame Mathilde Boccara, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Elisa Maréchal, orthophoniste

Madame Bianca Pigoreau, orthophoniste

Remerciements

Je remercie tout d'abord mes directrices de mémoire, Carole Hervé et Mathilde Boccara, grâce à qui j'ai pu travailler sur un sujet qui me passionne. Leurs conseils avisés et leurs encouragements m'ont portée durant ces deux années. Je souhaite également les remercier pour leur disponibilité. Elles ont su répondre à mes interrogations en toute bienveillance.

Je remercie les mères qui ont accepté de participer à cette étude en répondant au questionnaire. Grâce à elles, ce mémoire a pu aboutir.

Je remercie également Elisa Maréchal et Bianca Pigoreau, membres de mon jury, qui ont accepté de lire et d'évaluer mon mémoire.

Je tiens à remercier toutes les maîtres de stage qui, durant ces cinq années, m'ont accueillie et fait confiance. Je les remercie pour les connaissances théoriques et l'expérience professionnelle qu'elles ont pu m'apporter.

Enfin, je remercie sincèrement mes proches pour leur soutien indéfectible.

Table des matières

Introduction	1
Problématique	2
I. L'oralité	2
1. L'oralité, qu'est-ce que c'est ?.....	2
2. La genèse de l'oralité	2
3. De l'oralité primaire à l'oralité secondaire	4
II. Les troubles de l'oralité.....	4
1. L'étiologie des troubles de l'oralité alimentaire.....	4
2. La dysoralité sensorielle.....	5
3. Les signes cliniques des troubles de l'oralité alimentaire.....	6
III. L'allaitement et les troubles de l'oralité.....	7
1. L'allaitement	7
2. L'impact des troubles de l'oralité sur l'allaitement.....	8
IV. La prise en soins des troubles de l'oralité alimentaire	9
1. La prise en soins orthophonique	9
2. La prise en soins par le consultant en lactation IBCLC.....	11
V. Les hypothèses de l'étude	12
1. L'hypothèse principale.....	13
2. Les hypothèses secondaires.....	13
Méthode	14
I. Les participants à l'étude	14
II. Le matériel	14
1. Le questionnaire.....	14
2. Les tests statistiques	15
Résultats	16
I. Les caractéristiques de la population.....	16
1. L'âge des enfants	16
2. L'alimentation	16
3. La diversification alimentaire	17
II. Les difficultés d'alimentation.....	18
1. L'âge d'apparition des difficultés	18
2. Les manifestations des difficultés.....	18

3.	Les habitudes de succion.....	19
4.	La diversification alimentaire	20
III.	La prise en soins par les massages de désensibilisation	20
1.	Les raisons ayant motivé les massages.....	20
2.	La réalisation des massages.....	21
3.	L'évolution des troubles.....	22
Discussion	.....	25
I.	Rappel des résultats et vérification des hypothèses	25
II.	Les limites de l'étude.....	27
1.	Les difficultés alimentaires ou troubles de l'oralité alimentaire ?	27
2.	La population.....	28
3.	Le format du questionnaire.....	28
4.	La subjectivité des réponses	29
III.	Les perspectives de recherche.....	30
IV.	Les implications en orthophonie.....	30
Conclusion	.....	32
Bibliographie	.....	33
Annexes	.....	36
Annexe 1 : Les massages de désensibilisation	.....	36
Annexe 2 : Questionnaire	.....	37
Annexe 3 : Mail d'information	.....	53
Annexe 4 : Résultats du questionnaire	.....	54
Annexe 5 : Figures et graphiques annexées	.....	62
Annexe 6 : Sommaire des figures et tableaux	.....	63

Introduction

Nourrir l'enfant, y prendre du plaisir et chercher à lui en donner, est la première manifestation d'amour des parents pour leur enfant. Pour l'être humain manger est beaucoup plus que se nourrir et la fonction alimentaire humaine poursuit une triple finalité, nutritive, hédonique et symbolique, qui assure simultanément la survie, le destin affectif et l'intégration des mangeurs à la communauté humaine

(Le Barzic, 2006)

Cette citation illustre parfaitement l'importance de l'alimentation dans la vie d'un individu, alors que se jouent des fonctions tout aussi vitales que sociales. Une étude (INSEE, 2012) a d'ailleurs montré que les Français consacraient en moyenne deux heures et vingt-deux minutes par jour à leur alimentation en 2010. Ce temps est en augmentation puisqu'il était de deux heures et neuf minutes en 1986.

En soulignant ainsi la place fondamentale de l'alimentation, il est facile de comprendre l'impact que peuvent avoir les difficultés alimentaires sur la santé du sujet, d'un point de vue physique et psychologique mais aussi les conséquences de ces difficultés sur son environnement social et familial. Dans ce cadre, il est impératif que les troubles de l'oralité alimentaire soient pris en charge par des professionnels formés, le plus précocement possible. C'est pourquoi, nous avons souhaité étudier l'efficacité des massages de désensibilisation sur les difficultés d'alimentation afin de mesurer le bénéfice de cette pratique, et plus précisément chez les enfants allaités. Le choix de porter notre étude sur cette population en particulier s'est imposé d'une part car c'est un domaine peu étudié en orthophonie et d'autre part il s'agit d'un sujet qui nous attire au vu de notre expérience personnelle.

La première partie de notre travail visera à apporter des éléments théoriques sur l'oralité, son développement typique et les troubles qui en découlent. Nous présenterons également l'allaitement maternel et la façon dont il peut être impacté par les troubles de l'oralité. Ensuite, nous présenterons quelques pistes de prise en charge des troubles de l'oralité. Enfin, nous clôturerons cette partie par la présentation de la problématique et des hypothèses. Dans une seconde partie, nous décrirons notre étude, la méthode employée pour répondre aux hypothèses et les résultats obtenus. Nous terminerons par la discussion de ces résultats en exposant les limites de notre travail, les perspectives de recherche et les implications en orthophonie.

Problématique

I. L'oralité

1. L'oralité, qu'est-ce que c'est ?

Le terme « oralité » regroupe l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation (suction, mastication, déglutition), la ventilation, l'expression (communication et langage) ainsi que les explorations sensorielles (toucher, olfaction et gustation) (Abadie, 2004b). Ces fonctions orales ont un rôle primordial dans le développement physique et psychique de l'enfant puisqu'elles impliquent des fonctions aussi importantes que variées telles que « les fonctions sensori-motrices fœtales, l'adaptation à la vie extra-utérine, la fondation du lien mère-enfant, l'adaptation de l'enfant à ses besoins nutritionnels, son organisation psychosociale et sa construction cognitive, relationnelle et culturelle » (Abadie, 2004b).

C'est grâce à la fonction orale que l'enfant se nourrit, grandit et qu'il découvre son environnement : en mettant à la bouche, il explore les caractéristiques physiques des objets (forme, texture, goût...). L'oralité permet aussi à l'enfant d'interagir avec le monde qui l'entoure par les fonctions expressives dont il est doté, à savoir l'expression et le langage. Il apparaît alors pertinent de distinguer deux formes d'oralité : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. Dans ce mémoire, nous nous intéresserons à l'oralité alimentaire.

2. La genèse de l'oralité

L'oralité alimentaire, contrairement à l'oralité verbale qui n'apparaît qu'après la naissance de l'enfant, est très précoce puisque « c'est au niveau de la sphère orale que l'on constate les premières séquences motrices du corps en développement » (Thibault, 2004). Le développement de l'oralité et de ses organes commence dès le début de la gestation et se poursuit après la naissance.

L'oralité débute in utero, dès la fécondation. Au cours des six premières semaines du développement embryonnaire, la face (la bouche, la langue et le visage) se forme (Couly, 2017) à partir des bourgeons faciaux primitifs et la cavité orale primitive ou stomadum (future bouche) apparaît (Abadie, 2004b).

L'odorat et le goût sont matures à partir de la 11^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et se développeront très vite au cours de la vie intra-utérine grâce aux phéromones émises par la mère et au liquide amniotique absorbé par le fœtus. Après la naissance, les phéromones

3. De l'oralité primaire à l'oralité secondaire

Dès la naissance, la succion et la déglutition nutritionnelle, entraînées par l'ingestion de liquide amniotique pendant la gestation, constituent des séquences globales intégrées et indissociables : c'est l'oralité primaire (Couly, 2017). Cette oralité est régie par des structures neurologiques sous-corticales ce qui lui confère des propriétés à la fois réflexes, involontaires et automatiques.

L'oralité primaire, avec la poussée des dents et le passage à l'alimentation à la cuillère, évolue. La succion se transforme peu à peu en mastication et les mouvements buccaux se complexifient (Abadie, 2004b). Vers six mois, l'oralité alimentaire de l'enfant devient praxique et volontaire et dépend du cortex frontal moteur (Couly, 2010). La mastication et la déglutition constituent alors deux séquences distinctes : c'est l'oralité secondaire (Couly, 2017).

II. Les troubles de l'oralité

Entre la naissance et deux ans, la vitesse de croissance de l'enfant est la plus rapide de toute sa vie post-natale (Abadie, 2004b) d'où la nécessité de maintenir un apport alimentaire suffisant. Le dysfonctionnement d'une ou plusieurs fonctions orales est susceptible de provoquer l'apparition de troubles de l'oralité pouvant engendrer de lourdes conséquences sur le développement et la croissance de l'enfant.

Le terme « trouble de l'oralité » ou « dysoralité » regroupe l'ensemble des difficultés liées à la sphère orale, qu'elles soient alimentaires ou verbales. La majorité de ces difficultés concernent l'alimentation par voie orale, on parle alors de « troubles de l'oralité alimentaire » (TOA). Il est préférable de parler de TOA plutôt que de troubles du comportement alimentaire ce qui permet « d'élargir le signifiant de l'alimentation d'une part vers l'intérieur soit l'ensemble du corps de l'enfant et d'autre part vers l'extérieur vers le corps maternel et l'environnement » (Abadie, 2004a). En d'autres termes, le trouble du comportement alimentaire incombe à l'enfant, sur le plan organique ou psychologique tandis que le trouble de l'oralité alimentaire n'est pas exclusivement centré sur l'enfant mais peut être lié à un environnement « défavorable » à la prise alimentaire comme un cadre bruyant, une position inadaptée ou un parent trop anxieux par exemple.

1. L'étiologie des troubles de l'oralité alimentaire

La littérature comporte de très nombreuses classifications des troubles de l'oralité alimentaire mais aucune ne fait consensus parmi les auteurs. Catherine Senez propose une classification axée sur l'origine des troubles de l'oralité alimentaire (Senez et Martinet, 2020).

1) Les causes non-neurologiques

- Les atteintes organiques telles que les cardiopathies, les atteintes pulmonaires ou les malformations congénitales (en particulier les atteintes de l'appareil digestif).
- La prématurité : lorsque l'enfant naît avant 34 SA, sa succion n'est pas suffisamment efficace pour lui permettre de s'alimenter seul.
- Les fentes vélo-palatines syndromiques qui induisent des difficultés de succion.

2) Les causes neurologiques

L'encéphalopathie est une atteinte non-inflammatoire de l'encéphale (Brin et al., 2014).

- Les encéphalopathies congénitales peuvent être anténatales, c'est-à-dire intervenir pendant la vie intra-utérine (atteinte infectieuse ou cause génétique) ou bien néo et périnatales et donc apparaître au moment de la naissance ou dans les premiers jours de vie (prématurité ou traumatismes obstétricaux par exemple).
- Les encéphalopathies acquises ne sont pas présentes à la naissance mais surviennent au cours de la vie de l'individu. Elles peuvent avoir des origines variées telles qu'une anoxie, un cas de maltraitance (syndrome de l'enfant secoué), un accident (domestique ou accident de la voie publique), une tumeur, une méningite ou des atteintes dégénératives.

2. La dysoralité sensorielle

Les organes du goût et de l'odorat sont composés de divers récepteurs, classés en deux catégories selon leur rôle. Les chimiorécepteurs servent à identifier les différentes saveurs (sucré, salé, acide, amer et umami). Le rôle des mécanorécepteurs est de reconnaître les aliments selon leur forme, leur texture, leur consistance ou leur température (Senez et Martinet, 2020). L'aversion alimentaire d'origine sensorielle (AAOS) est décrite par Catherine Senez comme une hyper-réactivité de ces récepteurs et se manifeste par un refus voire un rejet de l'aliment. Ce trouble alimentaire touche environ 25 % des enfants à développement normal et jusqu'à 80 % des enfants ou adultes avec atteinte neurologique, autisme ou nutrition artificielle prolongée après la naissance. Lorsque l'AAOS est exacerbée et handicapante, le terme de « dysoralité sensorielle » est alors utilisé (Senez et Martinet, 2020).

Dans la littérature américaine, Irene Chatoor parle de « Sensory Food Aversion » traduction anglo-saxonne du terme français « aversion alimentaire d'origine sensorielle » utilisé par Catherine Senez (Chatoor, 2009). La nourriture est perçue par l'enfant comme aversive avec, le plus souvent, des difficultés sensorielles associées.

3. Les signes cliniques des troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire apparaissent souvent vers le sixième mois, lors de la diversification mais peuvent survenir bien plus tôt, dès les premières semaines de vie (Chatoor, 2009), que l'enfant soit nourri au sein ou au biberon. Les troubles se manifestent sous différentes formes que l'on peut organiser en quatre catégories (Bandelier, 2015) :

Signes médicaux :

- Des amygdales **hypertrophiées**,
- Des **infections** bronchiques et/ou ORL,
- Des **réurgitations**, des **vomissements**,
- Un **reflux gastro-œsophagien (RGO)**,
- Des **allergies** ou **intolérances** alimentaires,
- Une nutrition **artificielle**

Signes comportementaux :

- Un **temps** de tétée ou de repas allongé. Plusieurs études ont montré que la durée moyenne d'une tétée chez des nourrissons allaités sans difficulté de succion n'excédait pas quinze minutes (Lucas et al., 1979), (Howie et al., 1981). Chez les nouveau-nés nourris au biberon, il est de dix minutes, contre quatre à cinq minutes pour les nourrissons plus expérimentés (Senez et Martinet, 2020).
- Des problèmes de **comportement** et **lenteur** lors des repas (évitement, colères...),
- Un **refus** de morceaux, de **nouveaux** aliments ou de nouvelles textures,
- Un **manque d'appétit**,
- Une **anxiété** exacerbée au moment des repas,
- Une **peur d'avaler** ou peur de **l'étouffement**,
- Une **hyper sélectivité** des aliments (selon leur température, texture ou couleur)
- Un **désarroi** parental.

Signes gnoso-praxiques :

- Des **difficultés voire une inefficacité de succion**,
- Des difficultés lors du passage à la **cuillère**,
- Des **fausses-routes** ou une toux à l'alimentation,
- Des difficultés d'acquisition de la **mastication**,
- Une **hypotonie** oro-faciale
- Un **bavage**.

Signes sensoriels :

- Une **hypersensibilité tactile** : l'enfant ne supporte pas d'avoir les mains sales, n'aime pas marcher pieds nus en particulier dans l'herbe ou dans le sable, n'accepte pas le brossage des dents, le lavage du visage, le mouchage...
- Une **hypersensibilité oro-faciale** se manifeste par un évitement du contact main/bouche, des haut-le-cœur voire des nausées lorsque l'on approche des objets ou des aliments de la bouche de l'enfant ou lorsqu'il sent certaines odeurs,
- Une **hyposensibilité oro-faciale** apparaît chez certains enfants, qui vont alors tout porter à la bouche, « se gaver » d'aliments ou d'objets, beaucoup mordiller,
- Un **réflexe nauséeux**. Ce réflexe physiologique est normal et intervient en réaction à un stimulus nociceptif. Chez certains individus, ce réflexe peut être exacerbé et se déclenche en l'absence de stimulus nociceptif : c'est l'**hyper-nauséeux** (Senez, 2004).

DÉFINITION

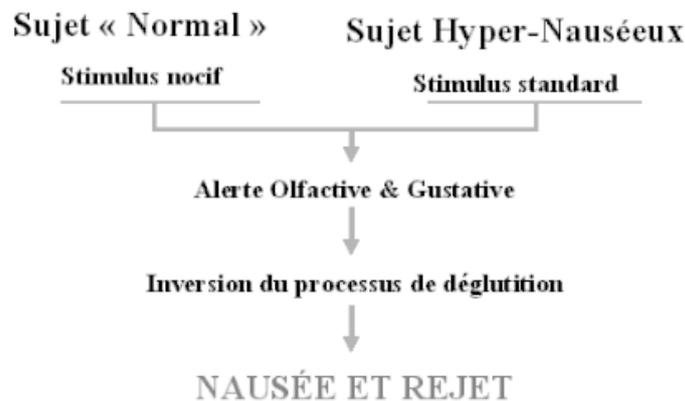


Figure 2 : Schéma extrait de la revue Rééducation Orthophonique, n°220, p 98 (Senez, 2004)

III. L'allaitement et les troubles de l'oralité

1. L'allaitement

Durant le troisième trimestre de la grossesse et jusqu'à quelques jours après l'accouchement, les seins de la mère produisent du colostrum, le premier lait maternel. Il s'agit d'un liquide jaunâtre très riche en protéines et en anticorps, indispensable au nouveau-né après sa naissance (Institute of Colostrum Research, s. d.). Petit à petit, la composition du lait maternel va se modifier, on parle de lait de transition puis de lait mature. Ce lait sera tout aussi important à la croissance de l'enfant puisqu'il contient tout ce dont le bébé a besoin pour se

développer. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017) et certaines sociétés savantes telles que l'American Academy of Pediatrics (American Academy of Pediatrics, 2005) et la Société Française de Pédiatrie (Turck, 2013) recommandent une alimentation exclusive au lait maternel jusqu'aux six mois de l'enfant. Par la suite, l'allaitement maternel peut être poursuivi en complément d'une alimentation solide au moins pendant la première année de l'enfant et au-delà si cela est possible.

Ces préconisations en termes d'alimentation s'expliquent par la composition du lait maternel qui peut fournir à l'enfant l'ensemble des besoins alimentaires nécessaires à sa croissance. Ce lait contient de nombreux anticorps favorisant le développement des défenses immunitaires de l'enfant et des enzymes qui permettent une meilleure maturation intestinale. Il protège aussi le bébé contre les réactions allergiques. Sa composition en lipides et en graisses fait que ce lait est mieux absorbé et mieux digéré que le lait artificiel ou le lait de vache (Turck, 2013). Selon Pamela A. Kliethermes, l'allaitement aurait aussi une influence à long terme sur le neurodéveloppement de l'enfant (Kliethermes et al., 1999).

Les bénéfices de l'allaitement se retrouvent également chez la mère. Il a été montré que l'allaitement maternel favorise l'involution utérine et permet de diminuer les saignements post-partum. Les chercheurs ont également relevé une diminution des risques de cancer du sein et de l'ovaire (American Academy of Pediatrics, 2005) chez les mères allaitantes. De plus, l'allaitement permet une diminution de la charge mentale due à la logistique inhérente à la préparation des biberons du bébé (Kliethermes et al., 1999). Enfin, le bénéfice psychologique de l'allaitement est important pour la mère puisqu'au-delà du lien privilégié qui se crée entre eux lorsqu'elle allaite, elle sait qu'elle donne à son enfant la meilleure alimentation possible.

Malgré les études publiées montrant les bénéfices de l'allaitement maternel, sa prévalence en France n'a pas évolué depuis le milieu des années 2000 (La Leche League, 2013), et reste parmi les plus faibles d'Europe. En 2003, 63 % des enfants français étaient allaités à la sortie de la maternité tandis qu'ailleurs en Europe, la prévalence variait de 40 % en Irlande à 95 % en Finlande et dans les pays scandinaves (Turck, 2013). Mais ces chiffres ne concernent que l'allaitement maternel à la naissance et dans les premiers jours de vie. En 2013, 40 % des enfants âgés de 11 semaines étaient toujours allaités et les chiffres chutaient à 30 % à 4 mois.

2. L'impact des troubles de l'oralité sur l'allaitement

Une étude a montré que des enfants avec TOA avaient un schéma de succion différent de celui des enfants tout-venants, et ce, dès les premières semaines de vie (Jacobi et al., 2003).

Ces différences se manifestent sous deux formes lors de l'allaitement :

- Un **nombre excessif de suctions** au cours de la prise alimentaire (plus de cent suctions supplémentaires par tétée) et donc un **allongement du temps de repas**.
- Un **refus de succion** du sein conduisant à une alimentation au biberon. Le refus d'alimentation au sein serait dû à une hypersensorialité du bébé aux irrégularités anatomiques du mamelon.

Les troubles de l'oralité présents chez un enfant ont un impact négatif sur les parents et en particulier sur la mère allaitante et la relation qu'elle crée avec lui. Le repas, considéré comme un moment privilégié avec l'enfant, devient difficile. Le parent peut manifester de l'angoisse, se sentir rejeté, empreint de culpabilité de ne pas réussir à nourrir correctement son enfant (Thibault, 2004).

Afin de réduire les troubles de l'oralité et leurs répercussions sur la vie de l'individu, une prise en charge est nécessaire. Dans ce cadre, différentes approches et techniques de rééducations existent.

IV. La prise en soins des troubles de l'oralité alimentaire

La prise en soins des troubles de l'oralité alimentaire implique différents professionnels de santé qui travaillent conjointement autour de l'enfant.

Le consultant en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) et l'orthophoniste ont à leur disposition différents outils complémentaires et peuvent travailler conjointement pour une efficacité optimale de la rééducation.

Le champ de compétences du masseur-kinésithérapeute inclut la rééducation de la mobilité faciale, de la mastication et de la déglutition à travers des massages, des activités de posture et de stimulation sensorielle (Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, 1996)

Le médecin gastro-entérologue peut aussi être un partenaire important si l'enfant présente un trouble de l'oralité dans un contexte de pathologie digestive. Il sera amené à échanger avec les autres professionnels dont l'orthophoniste afin d'ajuster au mieux la prise en soins aux besoins de cet enfant.

1. La prise en soins orthophonique

Au préalable à toute prise en soins, l'orthophoniste réalise un « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » (coté AMO 34) qui constitue un état des lieux des capacités et

difficultés que présente l'enfant. Ce bilan va permettre d'orienter la prise en soins. Il se compose d'une anamnèse, d'une observation clinique et d'une évaluation clinique fonctionnelle.

1) Les massages de désensibilisation

Le protocole de rééducation des troubles de l'oralité alimentaire élaboré par Catherine Senez est inspiré du principe de « desensitization » de la main. Il s'agit de massages qui se pratiquent depuis plusieurs dizaines d'années, sur des patients devenus hypersensibles à la suite de chirurgie ou traumatisme (Barber, 1983). L'hypersensibilité engendre des conduites d'évitement chez le sujet qui va chercher à fuir certains stimuli, les frottements par exemple. Dans les troubles de l'oralité, cette hypersensibilité existe au niveau oral et se manifeste notamment par l'hypernauséeux ce qui est problématique lors de l'alimentation.

Le protocole de Catherine Senez (présenté en annexe 1) est basé sur le processus d'habituation qui permet, au fil des stimulations, de faire régresser les comportements d'évitement. La rééducation se fait par des massages orthophoniques de désensibilisation en stimulant de façon répétée une zone, ici buccale, pour réduire la réponse nerveuse et ainsi diminuer la sensibilité. Pour être efficace, les massages doivent être réalisés selon plusieurs critères importants :

- Le geste est très rapide et très appuyé, leur amplitude est progressive et augmente chaque semaine, à mesure que le processus d'habituation progresse chez le patient. Le seuil de tolérance de l'enfant, manifesté par le déclenchement du nauséeux, ne doit pas être atteint pour autant : en cas de manifestation du réflexe nauséeux, il est important de calmer l'enfant, et reprendre immédiatement le massage en corrigeant le geste afin que l'enfant ne reste pas sur une mauvaise expérience du traitement.
- Il doit y avoir trois passages aller-retour par zone (dans l'ordre : gencive supérieure, gencive inférieure, région apicale et médiane du palais).
- Les massages doivent être réalisés chaque jour sans exception, à raison de sept à huit fois par jour et pendant sept mois afin que disparaisse l'hypersensibilité.
- Il est conseillé de faire de ces massages un temps de jeu pour l'enfant, avec des comptines par exemple, afin de détourner son attention et ainsi diminuer sa réactivité.

Ce protocole de désensibilisation peut être utilisé par les orthophonistes dans leurs prises en soins, mais aussi par tout professionnel formé à cette pratique.

2) L'accompagnement parental

L'accompagnement parental, décrit comme un partenariat basé sur l'écoute active dans une relation en triangulation entre le(s) parent(s), l'enfant et l'orthophoniste, fait partie du champ de compétences des orthophonistes. Dans ce cadre, l'adhésion des parents au projet de soins de leur enfant et l'instauration d'un climat de confiance entre les trois parties sont primordiales (Lopez, 2010). En effet, le protocole de désensibilisation proposé est dense et demande de la rigueur puisque l'efficacité de la rééducation repose essentiellement sur l'investissement des parents dans l'exécution des massages au quotidien.

La rééducation se déroule sur environ sept mois durant lesquels l'orthophoniste rencontre les parents et l'enfant toutes les semaines dans un premier temps puis tous les quinze jours à un mois lorsque les massages sont maîtrisés. L'initiation aux massages se fait par les parents, sur eux-mêmes : ils prennent ainsi conscience de leur propre sensibilité et constatent ce que l'enfant ressentira lors des massages. L'orthophoniste s'assure à chaque séance que les gestes sont correctement exécutés et demande au(x) parent(s) de réaliser le massage sur sa propre main à chaque séance afin de l'ajuster si besoin. Ces séances deviennent également un moment privilégié pour les échanges : les parents peuvent faire part de leurs questionnements. S'ils manifestent du découragement, du fait de l'absence de progression ou de la longueur du protocole, il est important que l'orthophoniste rappelle les enjeux et qu'il les encourage à poursuivre.

2. La prise en soins par le consultant en lactation IBCLC

Le consultant en lactation IBCLC est un professionnel spécialisé en allaitement maternel et lactation humaine. Ses connaissances spécifiques et son expertise clinique lui permettent d'accompagner les mères, de les écouter et de les aider à mener au mieux leur projet d'allaitement (International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), 2018). Différents moyens sont mis en œuvre par l'IBCLC pour favoriser un allaitement optimal, ou le restaurer si cela est nécessaire.

Durant l'entretien, l'IBCLC rassemble un maximum d'informations concernant l'enfant, ses antécédents et l'allaitement de façon plus générale (habitudes, souhaits...). En parallèle, il observe attentivement l'interaction de la mère avec son enfant lors d'une conduite d'allaitement et notamment l'accordage des positions. Le transfert de lait est un élément important à objectiver qui repose sur deux processus : l'expulsion du lait due au réflexe d'éjection et la succion active par le nourrisson. Si la succion du nourrisson ne semble pas efficace, l'IBCLC évalue ses réflexes archaïques : s'ils sont corrects, il peut poursuivre son investigation, dans le cas contraire, la consultation d'un médecin spécialisé est nécessaire afin

d'identifier une éventuelle cause neurologique. A partir des informations obtenues et observées, l'IBCLC peut établir un plan d'allaitement personnalisé, adapté à la dyade mère/enfant et en accord avec le projet souhaité. Pour cela, il prodigue des conseils à la mère et lui fournit de la documentation sur les thèmes et difficultés qui ont été évoquées durant la séance.

L'origine d'un mauvais transfert de lait est rarement une incapacité anatomique ou physiologique de la mère à produire du lait (hors hypoplasie mammaire, chirurgie mammaire ou pathologies endocrinienne). L'insuffisance de lait est le plus souvent due à une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces ou peu nombreuses pouvant être le signe précoce d'un TOA) conduisant à une diminution du transfert de lait et de la sécrétion lactée. L'IBCLC propose alors des pistes pour corriger les éventuels problèmes identifiés et apporte son soutien pour restaurer la confiance de la mère dans ses compétences et capacités. En complément de ses recommandations, le consultant peut avoir recours à plusieurs approches qui faciliteront la prise du sein par le nourrisson :

- Le peau à peau, à pratiquer le plus souvent possible notamment dans le cadre de la prise en soins des prématurés ou nouveau-nés fragiles (Senez et Martinet, 2020).
- L'approche du Biological Nurturing® ou allaitement instinctif (Colson et al., 2008). C'est une méthode d'observation des comportements innés maternels et néonataux qui surviennent dans un environnement propice à la sécrétion d'ocytocine, hormone favorisant la confiance en soi, l'empathie et le lien social notamment (Martin-Du Pan, 2012). Le bien-être maternel qui découle de cette production hormonale et les échanges créés au cours de l'allaitement, en particulier le regard, permettent à la mère de s'approprier son allaitement et favorisent la sécrétion lactée. Les positions optimales qui découlent de cette interaction permettent une prise de sein efficace par le nourrisson. En outre, le stade du sommeil léger constitue la meilleure opportunité pour permettre à un nouveau-né de téter lorsqu'il est à la bonne adresse (Colson, 2010)
- La prise du sein asymétrique : l'alternance soutenue des seins au cours de la tétée vise à stimuler la sécrétion lactée maternelle et ainsi favoriser le transfert de lait.
- La position de la main de Dancer : elle permet à la mère, d'une seule main, de soutenir la mandibule de son enfant tout en compressant le sein pour faciliter le transfert du lait.

V. Les hypothèses de l'étude

Le protocole de massages de désensibilisation élaboré par Catherine Senez est majoritairement utilisé par des orthophonistes, mais tout professionnel formé à cette technique peut y avoir recours dans sa pratique. Bien que ce protocole repose sur de solides bases

théoriques, aucune publication scientifique n'atteste de son efficacité dans le cadre de difficultés alimentaires chez les enfants allaités.

Face à ce constat, nous avons orienté notre travail afin de répondre à la problématique suivante : **Les massages de désensibilisation ont-ils un impact sur les difficultés d'alimentation chez les enfants allaités ?**

1. L'hypothèse principale

Les massages ont un impact sur les difficultés d'alimentation, permettant une poursuite de l'allaitement.

2. Les hypothèses secondaires

Hypothèse secondaire 1 : Les massages permettent d'améliorer certaines suctions inefficaces (molles, désorganisées ou douloureuses pour la mère).

Hypothèse secondaire 2 : Les massages permettent de réduire un réflexe nauséux trop important chez un enfant allaité.

Hypothèse secondaire 3 : Les massages permettent de replacer les durées des tétées dans la norme.

Méthode

I. Les participants à l'étude

Pour cette étude, nous avons réalisé un questionnaire en ligne à l'attention des mères ayant rencontré Carole Hervé, consultante en lactation IBCLC et directrice de ce mémoire, pour des difficultés d'allaitement et ayant réalisé le protocole de massages de désensibilisation dans le cadre de la prise en soins.

Les enfants inclus dans cette étude devaient impérativement :

- Avoir été soumis aux massages de désensibilisation (protocole en cours ou terminé),
- Être allaités, exclusivement ou non, (ou l'avoir été lors de la réalisation du protocole)
- Présenter des difficultés à s'alimenter.

II. Le matériel

1. Le questionnaire

Le questionnaire élaboré pour cette étude est disponible en annexe 2. Il se compose de cinquante-huit questions, ouvertes et fermées, réparties en sept parties :

- Partie A : A propos de votre enfant qui contient des informations générales telles que l'âge de l'enfant, son sexe, le terme ou l'âge d'apparition des difficultés d'alimentation
- Partie B : Mode d'alimentation qui porte sur l'alimentation,
- Partie C : Les difficultés alimentaires qui décrit les difficultés, leurs manifestations, leur fréquence et les habitudes de succion de l'enfant,
- Partie D : La diversification (si concerné) qui porte sur le déroulement d'un repas, les textures, l'installation, les quantités etc.
- Partie E : Les massages qui contient des questions sur le déroulement des massages, la fréquence de réalisation, leur aspect invasif ou non et le ressenti de la mère sur ces massages,
- Partie F : L'évolution de l'enfant qui porte sur l'efficacité et le temps des tétées après le protocole de massages ainsi que sur l'évolution constatée,
- Partie G : Quelque chose à ajouter qui permet aux mères de compléter le questionnaire avec les éléments qu'elles jugent pertinents.

Ce questionnaire a été conçu selon un ordre chronologique, en suivant le développement de l'enfant et sa progression dans la prise en soins de ses difficultés d'alimentation (difficultés, massages, évolution). Les questions ont été pensées et organisées en étroite collaboration avec Carole Hervé afin de répondre au mieux à nos hypothèses.

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme LimeSurvey. Afin de respecter les principes de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en matière de protection des données, ce questionnaire est anonyme et aucune donnée personnelle n'a été recueillie. Ouvert en ligne du 30 mars 2020 au 10 février 2021, il a été diffusé par courriel par Carole Hervé à ses clientes, accompagné d'un mail d'information présenté en annexe 3. Ce choix de diffusion a permis de conserver l'anonymat des participantes, tout en contrôlant scrupuleusement les critères d'inclusion de l'étude.

2. Les tests statistiques

Dans cette étude, nous chercherons à répondre aux hypothèses en comparant le comportement des enfants allaités avant et après le protocole de massages de désensibilisation.

Dans cet objectif, deux tests statistiques sont effectués.

Le test t de Student est effectué pour comparer deux moyennes et déterminer, en cas de non-égalité des moyennes, si la différence qui existe est significative ou non. Un résultat avec une p value inférieure à 0,05 signifie qu'il existe une différence significative entre ces deux moyennes (noté « * »).

Le test du Chi-deux a pour objectif de mettre en évidence s'il existe ou non une corrélation entre 2 variables, ici la durée des sessions de massages et l'amélioration de l'efficacité des tétées. Dans cette étude, il est réalisé au risque $\alpha = 5\%$.

Résultats

Dans cette partie, nous présenterons et analyserons les résultats issus du questionnaire en ligne, dans le but de répondre à nos différentes hypothèses. Le détail des résultats quantitatifs est fourni en annexe 4.

I. Les caractéristiques de la population

Notre population initiale comprenait 25 enfants dont les mères ont répondu à la totalité du questionnaire. Après exclusion d'une réponse ne répondant pas aux critères d'inclusion (les massages n'ont pas été réalisés), notre échantillon comprend 24 enfants. Les réponses incomplètes ont été exclues des résultats. La partie sur la diversification a été complétée par 7 mamans concernées.

1. L'âge des enfants

Notre échantillon se compose de 24 enfants (17 filles et 7 garçons) dont la moyenne d'âge est de 4,4 mois (médiane : 2-3 mois ; écart-type : 3,97). Leur répartition est représentée sur la figure 3.

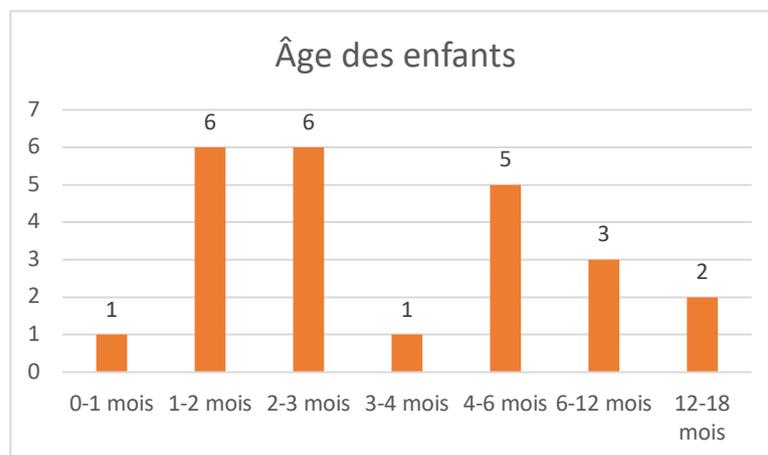


Figure 3 : Répartition des enfants en fonction de leur âge

2. L'alimentation

Les modes d'alimentation des enfants sont variés mais tous étaient nourris au lait maternel, au moins partiellement, au début du protocole de désensibilisation. La répartition et le détail de l'alimentation sont fournis dans le tableau 1.

Mode d'alimentation	Effectif
Allaitement maternel exclusif au sein	12
Tire-allaitement (lait maternel exclusif recueilli et donné autrement : biberon, tasse, DAL, sonde d'alimentation nasogastrique, autre)	2
Allaitement mixte (au sein + tire-allaitement)	1
Allaitement maternel + aliments solides (diversification)	5
Allaitement mixte + aliments solides (diversification)	2
Préparation pour nourrissons	1
Lait 2ème âge + aliments solides (diversification)	1

Tableau 1 : Mode d'alimentation des enfants

3. La diversification alimentaire

Cette partie du questionnaire concerne 7 enfants.

La diversification alimentaire est définie comme le passage d'une alimentation lactée à une alimentation solide en complément de l'allaitement. La figure 4 représente la répartition des enfants en fonction de l'âge auquel ils ont commencé leur diversification (moyenne : 5,28 mois). La majorité des enfants de notre étude (57 %) a été diversifiée à partir de 6 mois, comme recommandé par l'OMS (OMS, 2017) et l'American Academy of Pediatrics (American Academy of Pediatrics, 2005).

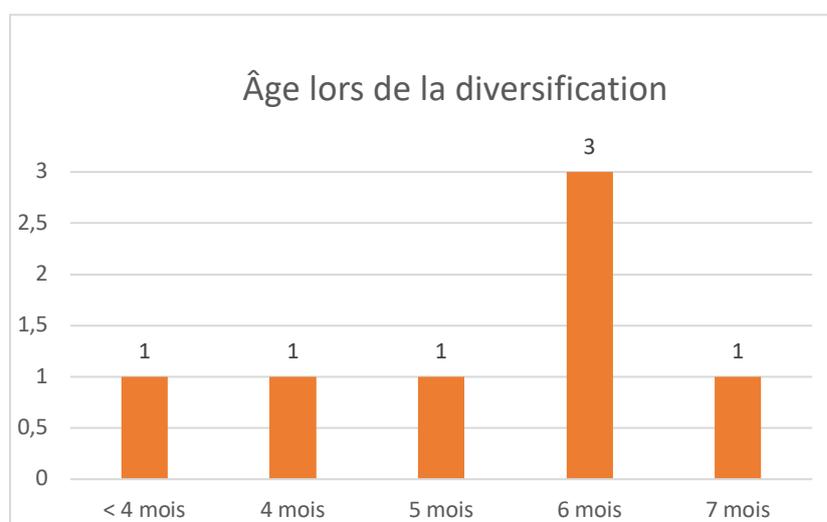


Figure 4 : Répartition des enfants en fonction de leur âge lors de la diversification alimentaire

II. Les difficultés d'alimentation

1. L'âge d'apparition des difficultés

Pour la majorité des enfants inclus dans cette étude (83 %), les difficultés se sont manifestées au cours du premier mois de vie (moyenne : 1 mois). Pour un seul de ces enfants, les difficultés alimentaires sont apparues lors de la diversification. La figure 5 représente la répartition des enfants selon l'âge d'apparition de leurs difficultés d'alimentation.

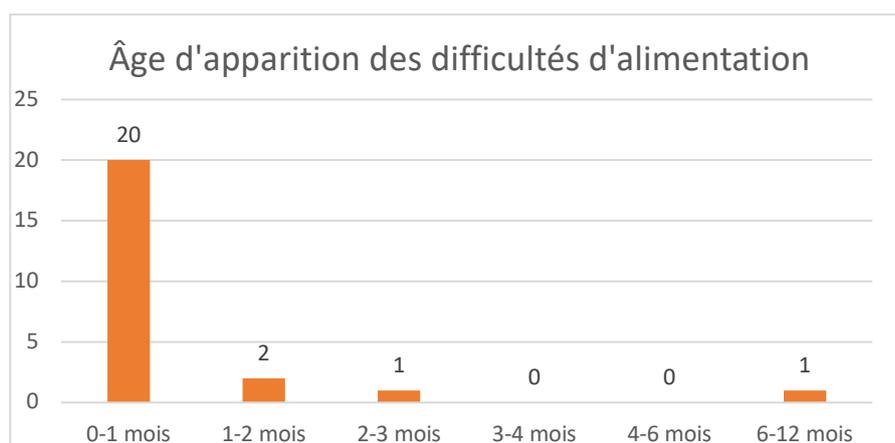


Figure 5 : Répartition en fonction de l'âge d'apparition des difficultés alimentaires

2. Les manifestations des difficultés

Les difficultés alimentaires se manifestent chez ces enfants de différentes façons. Le tableau 2 indique les difficultés d'alimentation rencontrées dans la population d'étude en termes d'effectif et de pourcentage. 58 % des enfants de l'étude présentent des difficultés de succion et 54 % une agitation pendant l'allaitement. Presque un enfant sur trois manifeste des régurgitations, tandis qu'un quart montrait des fausses-routes et/ou un RGO. Deux mères ont répondu « autres » à cette question. La première a expliqué ne pas avoir relevé de signes de difficultés alimentaires mais avoir pris part à cette étude dans le cadre de douleurs lors de la mise au sein. La seconde a signalé la présence d'une allergie alimentaire chez son enfant qui expliquait la présence de RGO au cours de ses premiers mois de vie.

Difficultés décrites	Effectif	Pourcentage
Difficultés de succion	14	58 %
Agitation pendant les tétées	13	54 %
Régurgitations	9	38 %
Fausses-routes	7	29 %
Reflux gastro-œsophagien (RGO)	7	29 %
Bavage	6	25 %
Refus de téter	6	25 %
Réflexe nauséeux	5	21 %
Toux	4	17 %
Lenteurs pendant les repas	2	8 %
Autres	1	4 %
Vomissements	0	0 %

Tableau 2 : Difficultés d'alimentation rencontrées

3. Les habitudes de succion

Parmi les 24 enfants de notre population d'étude, 12 ont une ou plusieurs habitudes de succion (50 %) représentées par la figure 6.

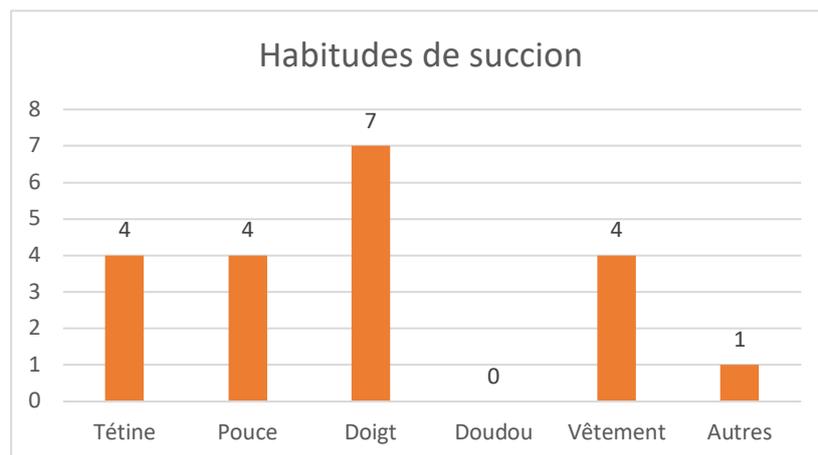


Figure 6 : Répartition des habitudes de succion selon les préférences

4. La diversification alimentaire

La diversification alimentaire a été rapportée comme difficile pour 5 enfants sur les 7 concernés par cette partie (71 %). La figure 7 représente les textures alimentaires correspondant le mieux aux enfants de l'échantillon.

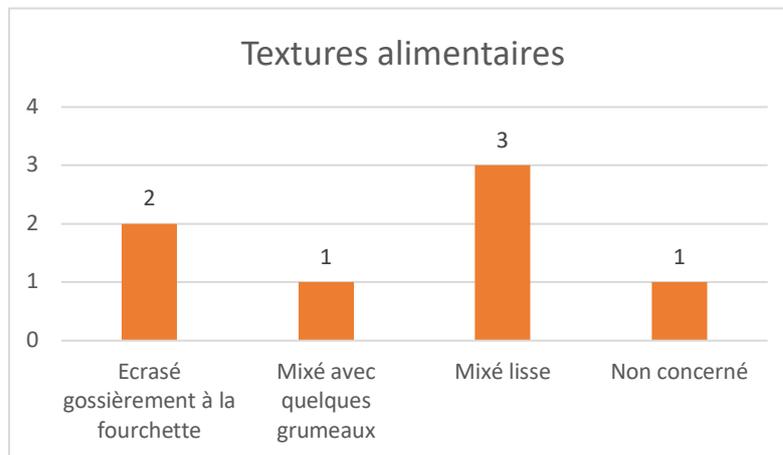


Figure 7 : Répartition des textures alimentaires des enfants selon leurs préférences

Parmi les manifestations de difficultés alimentaires relevées par Elisa Bandelier (Bandelier, 2015) en repas solides, différents signes ont été retrouvés dans notre population : des nausées/haut-le-cœur au cours des repas chez 57 % des enfants (figure 8 présentée en annexe 5), des grimaces aux changements de goût pour 86 % d'entre eux (figure 9, annexe 5) et lors de l'ingestion d'aliments froids pour 57 % (figure 10, annexe 5) ainsi qu'une préférence pour les aliments sucrés chez 57 % (figure 11, annexe 5). Les enfants peuvent également éprouver des difficultés à l'ingestion de certaines textures particulières ce qui est le cas pour 43 % (figure 12, annexe 5) ou se montrer réticents face aux nouveaux aliments qui leur sont présentés : 43 % de notre population manifeste cette réticence (figure 13, annexe 5).

III. La prise en soins par les massages de désensibilisation

1. Les raisons ayant motivé les massages

Les mères ont réalisé le protocole de massages sur leur enfant pour diverses raisons. Ces motivations sont détaillées dans le tableau 3. Plusieurs réponses étaient possibles à cette question. Deux participantes ont répondu « autre(s) raison(s) » à cette question. L'une d'elle a expliqué avoir suivi le protocole de de sensibilisation pour faire reculer le réflexe nauséux de son enfant, tandis que l'autre a réalisé les massages suite à des difficultés d'alimentation lors de la diversification.

Motivation à effectuer les massages	Effectif	Pourcentage
Améliorer la succion :	17	70,83 %
- Régler une succion douloureuse	14	58,33 %
- Rééduquer une succion molle, inefficace ou désorganisée	3	12,5 %
Aider le bébé à mieux gérer le débit de lait	4	16,67 %
Encourager la mobilité linguale après frénectomie	7	29,17 %
Encourager la mobilité linguale en l'absence de frénectomie	6	25,00 %
Autre(s) raison(s)	2	8,33 %

Tableau 3 : Raisons ayant motivé la réalisation des massages chez les enfants

2. La réalisation des massages

Les massages ont été réalisés par les mères entre 2 et 8 fois par jour avec une moyenne de 5,33 fois par jour (figure 14) et entre 5 et 7 jours par semaine, avec une moyenne à 6,67 jours par semaine (figure 15). 71% des participantes ont indiqué ne pas avoir fait de pause dans le protocole de massages (n = 17).

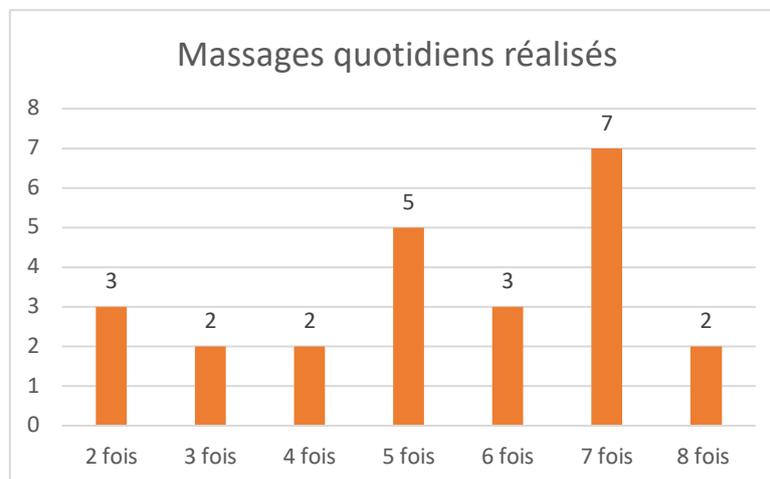


Figure 14 : Répartition du nombre de massages quotidiens réalisés

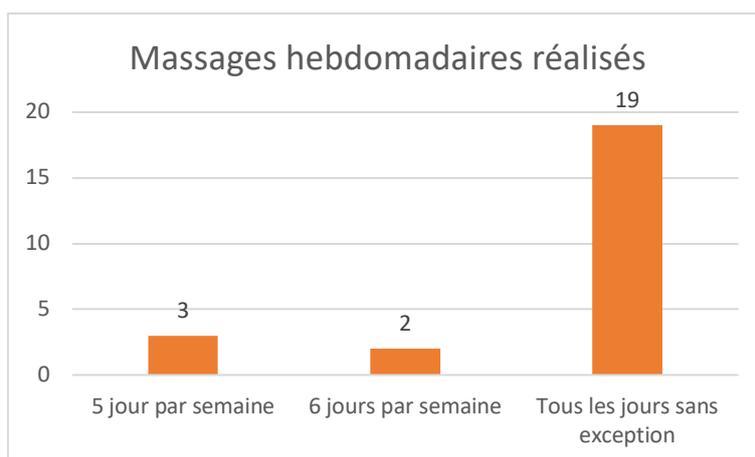


Figure 15 : Répartition du nombre de massages hebdomadaires réalisés

La durée des sessions de massages varie de moins de 30 secondes à 2 minutes avec une moyenne d'environ 37 secondes.

3. L'évolution des troubles

La durée des tétées avant et après le protocole de désensibilisation a été recueillie dans le questionnaire. Pour 50 % des enfants (n = 12), la durée des tétées avant les massages était dans la norme (inférieure à 15 minutes, (Lucas et al., 1979), (Howie et al., 1981)) et le reste après le protocole. Ces enfants ont été exclus de l'analyse concernant l'évolution des troubles.

Concernant les 50 % d'enfants qui dépassaient les 15 minutes de tétées avant les massages (n = 12), les statistiques sont fournies dans le tableau 4. Le test t de Student a été utilisé pour comparer la moyenne des durées des tétées avant et après le protocole. Il existe une diminution significative de la durée après les massages de désensibilisation ($p \text{ value} = 0,027 < 0,05$).

	Avant les massages	Après les massages
Durée moyenne	22,5 minutes	16,25 minutes*
Médiane	17,5	15
Évolution après les massages		
- Diminution de la durée		7
- Augmentation de la durée		1
- Pas de changement		4

Tableau 4 : Statistiques des tétées, avant et après le protocole de désensibilisation

A la question « Avez-vous constaté une quelconque évolution grâce au protocole de massages ? », 62,5 % des participantes (n = 15) ont répondu « Oui ». Des précisions concernant cette évolution ont été demandées en question ouverte et les réponses figurent dans le tableau 5. Seules les réponses positives à l'évolution ont été prises en compte dans ce tableau.

Évolution(s) constatée(s) grâce aux massages	Effectif	Pourcentage
Amélioration de la succion	12	80 %
- Succion moins douloureuse	5	33,3 %
- Succion plus efficace et organisée	7	46,7 %
Meilleure ouverture buccale	3	20 %
Allaitement facilité et plus agréable	2	13,3 %
Prise de biberon possible	2	13,3 %
Augmentation des prises alimentaires	1	6,7 %

Tableau 5 : Évolution constatée suite aux massages

A la question « Diriez-vous que les tétées sont devenues plus efficaces à l'issue des massages ? », 45,8 % de la population (n = 11) a répondu « Oui », une meilleure efficacité de tétée étant la conséquence directe d'une meilleure succion.

Le test du Chi-deux a permis de mettre en évidence la corrélation qui existe entre la durée des sessions de massages et l'amélioration de l'efficacité des tétées ce qui signifie que plus les massages durent, plus l'efficacité des tétées est améliorée. La figure 16 représente l'efficacité des tétées et donc de la succion, après les massages en fonction de la durée des massages effectués. Pour des massages de 30 secondes, la courbe orange (représentant « pas d'évolution de l'efficacité des tétées ») est au-dessus de la courbe jaune. 9 mères n'ont pas constaté d'évolution de l'efficacité des tétés tandis que 2 ont rapporté une amélioration. L'augmentation de la durée des massages provoque une inversion des courbes : le nombre de réponses positives à l'évolution est plus important que le nombre de réponses négatives (« pas d'évolution »). L'écart entre les 2 réponses se creuse quand la durée des massages dépasse la minute.

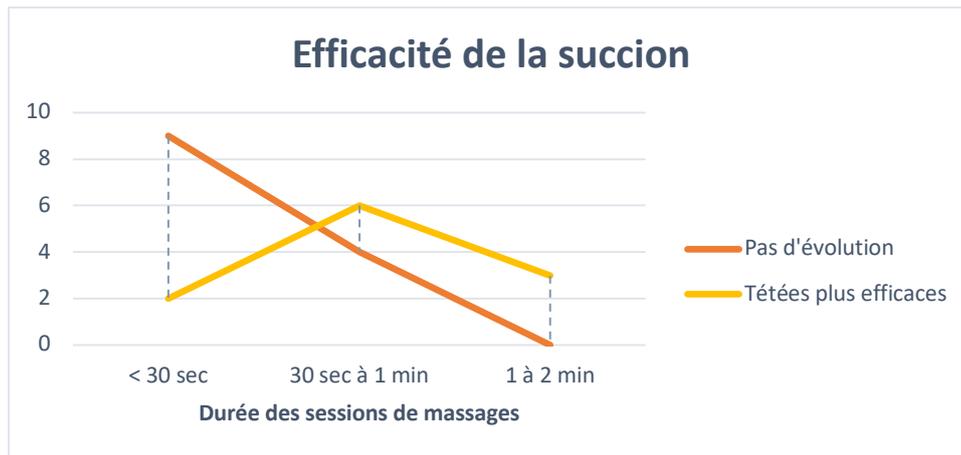


Figure 16 : Évolution de l'efficacité de la succion en fonction de la durée des massages

Pour 87,5% des mères, l'allaitement a pu être poursuivi pendant et après le protocole de massages (n = 21). 3 mères ont dû mettre fin à leur allaitement pour des raisons médicales ou anatomiques :

- La première a eu une infection des mamelons ne lui permettant pas de continuer à allaiter son enfant
- La seconde n'a pas pu poursuivre son allaitement car son enfant refusait le sein en raison d'un frein de langue trop court qui a pu être opéré. Malgré l'opération et les massages, l'alimentation au sein est restée très difficile.
- La dernière a dû arrêter d'allaiter pour la même raison que la précédente mais son enfant n'a pas été opéré. Les massages ont permis de détendre le frein de langue trop court et d'obtenir une meilleure mobilité linguale mais pas suffisamment pour poursuivre l'allaitement.

Ces trois mères ont donc changé le mode d'alimentation de leur enfant pour une alimentation au biberon avec tire-allaitement (lait maternel recueilli au sein et donné autrement à l'enfant : biberon, tasse...).

Discussion

Dans cette partie, nous répondrons d'abord aux différentes hypothèses émises. Ensuite, nous dégagerons les limites que présente notre étude pour enfin développer certaines pistes de recherche possibles dans la continuité de ce mémoire. Pour finir, nous exposerons les implications orthophoniques qui découlent de notre travail.

L'objectif de cette étude est de déterminer si le protocole de désensibilisation a un impact sur les difficultés d'alimentation chez les enfants allaités. Dans le but de définir le plus précisément possible cet impact des massages sur les difficultés alimentaires, nous avons émis trois hypothèses secondaires :

- Hypothèse secondaire 1 : Les massages permettent d'améliorer certaines suctions inefficaces (molles, désorganisées ou douloureuses pour la mère).
- Hypothèse secondaire 2 : Les massages permettent de réduire un réflexe nauséux trop important chez un enfant allaité.
- Hypothèse secondaire 3 : Les massages permettent de replacer les durées des tétées dans la norme.

I. Rappel des résultats et vérification des hypothèses

La question « Avez-vous constaté une quelconque évolution grâce au protocole de massages ? » a obtenu 62,5 % de réponses positives et les commentaires qualitatifs rapportés par les mères ont permis de préciser cette réponse. Dans les remarques, 80 % d'entre elles ont déclaré que la succion était devenue meilleure (tableau 5). Le test du Chi-deux réalisé pour étudier l'évolution de la succion en fonction de la durée des massages a permis de mettre en évidence la corrélation qui existe entre l'efficacité de succion et la durée des massages. La figure 17 montre que plus les massages durent (au-delà de 30 secondes) et plus la succion devient efficace chez les enfants. Les commentaires qualitatifs et le test statistique permettent donc d'affirmer que l'hypothèse secondaire 1 selon laquelle les massages permettent d'améliorer certaines suctions inefficaces (molles, désorganisées ou douloureuses pour la mère) est validée.

Au début du questionnaire, cinq mères ont spontanément parlé du réflexe nauséux trop important de leur enfant, mais une seule l'a évoqué par la suite comme raison motivant la réalisation du protocole de massages. Si cette dernière a constaté une évolution grâce aux massages de désensibilisation, cette unique donnée ne peut pas constituer une preuve

suffisante de l'efficacité des massages dans la réduction d'un réflexe nauséux trop important chez un enfant allaité. Un échantillon plus grand serait nécessaire pour objectiver cette efficacité sur le réflexe nauséux. L'hypothèse secondaire 2 est donc rejetée.

Ensuite, l'analyse des résultats a montré que 50 % des enfants étaient dans la norme en termes de durée de tétées (durée inférieure à 15 minutes, (Lucas et al., 1979), (Howie et al., 1981)) à la fois avant et après les massages. Nous avons donc choisi de nous concentrer sur les enfants qui étaient en dehors de cette norme et dont la durée dépassait les 15 minutes, afin d'objectiver une amélioration grâce aux massages. Pour cela, nous avons réalisé une comparaison des moyennes de la durée des tétées avant et après les massages à l'aide du test t de Student qui permet de montrer qu'il existe une différence significative. En effet, la moyenne de la durée des tétées a diminué, passant de 22,5 minutes à 16,25 minutes. Ainsi, si la moyenne n'était pas encore normalisée car toujours supérieure à 15 minutes, la diminution n'en était pas moins significative. Les résultats semblent donc en faveur de l'hypothèse secondaire 3 selon laquelle les massages permettent de replacer les durées des tétées dans la norme, sans la valider complètement. Notre questionnaire ne nous indique pas depuis combien de temps les massages sont réalisés lorsque les mères ont répondu. Une poursuite de ces massages a peut-être permis de diminuer encore la durée de tétées et la replacer dans la norme ce qui aurait validé notre hypothèse secondaire 3.

Pour répondre à notre hypothèse principale qui était que les massages ont un impact sur les difficultés d'alimentation, permettant une poursuite de l'allaitement, différents critères sont à prendre en compte :

- La poursuite de l'allaitement durant le protocole de massages et au-delà pour 87,5% des mères
- La durée des tétées revenue presque dans la norme
- Les commentaires positifs notés par les mères et portant sur les améliorations constatées grâce aux massages
- La meilleure efficacité de succion rapportée suite aux massages.

Ce dernier point nous semble essentiel dans l'évaluation de l'efficacité du protocole de massages puisqu'il impacte directement l'alimentation de l'enfant. En effet, la seule analyse de critères quantitatifs (durée des tétées) ne suffit pas puisque le temps passé par un enfant au sein ne se caractérise pas uniquement par un temps d'alimentation. Il constitue aussi un moment privilégié entre l'enfant et sa mère, un temps où leur relation se développe au travers des contacts en peau à peau, des regards et du langage qui est adressé par la mère à son enfant. Le plaisir relationnel qui incombe à une tétée reste une donnée importante qui n'est pas chiffrable mais qui a pu ressortir dans les commentaires des mères. Au regard des

différents critères relevés ci-dessus, nous pouvons conclure qu'il existe effectivement un impact positif des massages de désensibilisation sur les difficultés d'alimentation chez les enfants allaités.

Si l'une des hypothèses émises n'a pas pu être vérifiée du fait d'un échantillon trop restreint de participants concernés par les réflexes nauséeux dans notre étude, trois d'entre elles ont pu être validées. Pour autant, l'analyse des résultats nous a permis de prendre conscience de l'existence de certaines limites dans notre étude. Nous allons donc les développer et tenter d'apporter des solutions qui permettrait de réduire ces limites.

II. Les limites de l'étude

1. Les difficultés alimentaires ou troubles de l'oralité alimentaire ?

Les enfants inclus dans cette étude sont décrits comme ayant des difficultés alimentaires. Il est impossible de parler explicitement de troubles de l'oralité alimentaire puisque le questionnaire ne comportait aucune question sur un diagnostic de TOA. Malgré tout, les manifestations des difficultés alimentaires que présentent ces enfants sont semblables aux signes cliniques des TOA décrits par Elisa Bandelier (Bandelier, 2015) ce qui peut conduire à soupçonner ce trouble chez les enfants de notre étude, même en l'absence de diagnostic avéré. En effet, différents signes ont été relevés dans le questionnaire :

- Signes **médicaux** : régurgitations (38 %), RGO (29 %),
- Signes **comportementaux** : agitation pendant les tétées (54 %), refus de téter (25 %), lenteur (8 %)
- Signes **gnoso-praxiques** : difficultés de succion (58 %), fausses-routes (29 %), bavage (25 %), toux (17 %)
- Signes **sensoriels** : réflexe nauséeux (21 %).

D'autres signes comportementaux rappelant ceux évoqués dans les troubles de l'oralité alimentaire (Bandelier, 2015) sont également retrouvés chez les enfants de notre population d'étude, ceux-ci plus spécifiques à la diversification alimentaire. Des grimaces aux changements de goûts ont été rapportées chez 86 % des enfants de la population, ainsi que des grimaces à l'ingestion d'aliments froids (57 %), une préférence pour les aliments sucrés (57 %) et dans de moindres cas des difficultés avec certaines textures (43 %) ou une réticence aux nouveaux aliments (43 %). De façon générale, 71 % de ces enfants ont manifesté des difficultés lors du passage à la cuillère.

2. La population

Même s'il a été ouvert durant plusieurs mois, notre questionnaire n'a obtenu que vingt-cinq réponses dont une ayant dû être exclue car elle ne répondait pas aux critères d'inclusion prédéfinis. En effet, le questionnaire n'a été diffusé que par Carole Hervé, dans le but de contrôler au maximum le respect des critères d'inclusion. Le fait que seules, des dyades reçues en consultation par Carole Hervé soient incluses dans l'étude réduit largement la taille et probablement la représentativité de la population. Notre analyse à partir de vingt-quatre réponses ne possède pas le poids statistique suffisant pour certifier que le protocole de désensibilisation s'avère efficace dans le cadre de difficultés d'alimentation chez les enfants allaités.

3. Le format du questionnaire

Certaines parties du questionnaire élaboré comportaient des questions ouvertes, difficiles à analyser. Il apparaît que les réponses apportées ne sont pas toujours conformes aux réponses attendues car trop brèves, pas assez précises voire en contradiction avec d'autres réponses. En effet, à la question ouverte « comment se manifestent les difficultés alimentaires de votre enfant ? » au début du questionnaire, une mère évoque le réflexe nauséeux de son enfant. Plus tard, lors des questions portant précisément sur les difficultés, à la question « votre enfant a-t-il rencontré d'autres difficultés parmi celles listées ci-après ? », la réponse « réflexe nauséeux » n'a pas été cochée ce qui n'a pas permis d'inclure cet enfant comme présentant un réflexe nauséeux dans notre analyse quantitative. Ces difficultés d'analyse auraient pu être évitées en réduisant le nombre de questions ouvertes au profit de questions fermées, en permettant tout de même aux participantes d'ajouter un commentaire si elles en ressentent le besoin.

Aussi, comme nous l'avons déjà évoqué dans la première partie de ce travail, l'angoisse des parents peut être très souvent présente dans le cadre de difficultés ou troubles alimentaires. Si l'efficacité du protocole sur le comportement alimentaire de l'enfant a pu être démontrée, il semblerait, au vu des commentaires des mères, que leurs angoisses aient diminué avec l'évolution des difficultés, qui elles-mêmes diminuaient. Une analyse plus fine du stress maternel, à travers des questions quantitatives intégrées au questionnaire, aurait permis d'appuyer nos propos concernant l'efficacité du protocole de massages.

Ensuite, certaines questions fermées comportent des réponses peu précises qui rendent l'analyse statistique plus difficile à réaliser. C'est le cas de la question portant sur la durée des tétées : les réponses proposées contiennent des intervalles de 5 minutes mais également la réponse « > 30 minutes ». Dans ce cadre-là, une précision sur la durée aurait permis un calcul

plus fiable de la moyenne et donc une analyse statistique plus précise. Nous avons choisi de considérer la réponse « > 30 minutes » comme un intervalle de 30 à 35 minutes, soit 5 minutes, comme les autres réponses (moyenne : 32,5 minutes), pour permettre une analyse quantitative de la réponse donnée.

Enfin, pour quelques questions, certaines propositions de réponses manquaient. C'est le cas en particulier de la question « Qu'est-ce qui a motivé les massages ? ». Afin de répondre à l'hypothèse secondaire 2, une proposition de réponse portant sur le réflexe nauséeux telle que « réduire un réflexe nauséeux trop important » aurait été pertinente. En effet, la question ouverte « si vous avez répondu autre(s) raison(s), veuillez préciser votre réponse » n'a amené qu'une unique réponse sur le réflexe nauséeux alors que cinq mères l'avaient relevé en début de questionnaire. Il est possible que le réflexe nauséeux n'ait pas motivé les massages mais peut-être n'ont-elles simplement pas songé à l'évoquer à ce stade du questionnaire. Une proposition comprenant le réflexe nauséeux aurait permis d'obtenir une réponse fiable à propos de l'impact du réflexe nauséeux dans le choix de la réalisation des massages.

Malgré la présence des quelques limites méthodologiques précédemment citées et liées au questionnaire, nous avons constaté que la possibilité pour les mères de répondre aux nombreuses questions ouvertes s'avérait très riche. Cela leur a permis de suggérer des réponses auxquelles nous n'avions pas pensé ou de rapporter des faits que nous n'attendions pas et pour autant très précieux pour notre analyse. Si certaines ont pu être discrètes dans leurs commentaires, d'autres au contraire, ont été plus prolixes. Bien que le format des questions ouvertes soit plus difficile à analyser statistiquement, c'est à travers ces réponses que nous avons pu déterminer précisément la façon dont se manifestaient les difficultés ou dans quel sens les mères constataient des améliorations des difficultés après les massages.

4. La subjectivité des réponses

De façon générale, un biais de subjectivité existait dans notre questionnaire puisqu'aucune donnée quantitative n'a été prise en compte de manière précise.

D'abord, dans la question concernant la durée des tétées, les temps sont calculés subjectivement par les mères : aucun protocole strict de mesure du temps de tétées n'a été établi ni demandé dans le cadre de cette question. Les mères répondaient donc approximativement. Une analyse quantitative des durées avant et après les massages de désensibilisation, encadrée par un protocole strict serait intéressante afin d'objectiver les résultats obtenus dans notre étude. En outre, la durée optimale d'une tétée reste un critère subjectif car deux mères peuvent relever des durées de tétées équivalentes et avoir un ressenti différent ; l'une pourrait trouver la tétée longue et l'autre la trouver normale.

Ensuite, la question portant sur le nombre de massages quotidiens réalisés gagnerait à être précisée. Une seule réponse était possible, les mères ont donc dû fournir une moyenne dans le cas où le nombre de massages effectués variait au fil des jours. Une étude comportant une analyse plus fine des massages pourrait être envisagée en demandant aux participantes un suivi quotidien du nombre de massages réalisés, grâce à un tableau par exemple.

Pour finir, concernant les réponses plus qualitatives, aucune rigueur particulière n'était exigée et la question pouvait manquer de précision sur ce point. Par exemple, à propos des difficultés présentées par les enfants, les mères ont répondu de manière subjective. Certaines mères ont pu rapporter une difficulté dès lors que leur enfant le manifestait une fois tandis que d'autres ne le notaient que lorsque ce signe revenait régulièrement lors des repas : la fréquence des signes observés n'a pas été interrogée dans notre questionnaire.

III. Les perspectives de recherche

Il serait très intéressant de réaliser une étude de plus grande envergure en tenant compte des limites méthodologiques relevées précédemment. En effet, étendre cette même étude à une plus grande population permettrait une analyse statistique plus robuste dans le but d'obtenir des résultats plus fiables.

De plus, notre étude montre que les massages de désensibilisation ont un impact positif sur les difficultés d'alimentation chez les enfants allaités en l'absence de diagnostic de TOA. Sachant cela, nous pouvons supposer que l'impact, peut-être dans une moindre mesure, serait positif également chez des enfants allaités avec des TOA avérés. Dans le prolongement de notre mémoire, il serait pertinent qu'une étude soit menée sur ce sujet, après un diagnostic de TOA, afin d'affirmer ou d'infirmer notre supposition.

IV. Les implications en orthophonie

Les mères ayant répondu au questionnaire semblaient inquiètes voire parfois désemparées par les difficultés de leur enfant. Il est important pour nous, en tant que professionnels de santé de prendre en charge leur enfant au plus vite, en particulier dans le cadre de difficultés alimentaires auxquelles s'ajoute souvent l'angoisse grandissante des parents. Bien que le poids statistique de notre travail puisse être interrogé, il en ressort une amélioration de l'alimentation grâce aux massages et cela se ressent aussi dans les commentaires des mères qui affirment qu'après quelques jours ou quelques semaines de massages, leurs enfants se nourrissaient mieux et plus sereinement.

Notre travail nous aura permis d'approfondir nos connaissances dans le domaine de l'oralité alimentaire et de ses troubles, chez les enfants allaités en particulier. En effet, si des heures de cours sur l'allaitement maternel sont dispensées dans l'Unité d'Enseignement (UE) « 5.4 Troubles de l'oralité » au centre de formation en orthophonie de Poitiers depuis 2016, un approfondissement reste intéressant. Le lien possible entre l'allaitement maternel et les troubles de l'oralité est évoqué lors de ces cours, pour autant, les connaissances théoriques assimilées au cours de la réalisation de ce mémoire constitueront une ressource précieuse pour notre exercice professionnel puisque les tout-petits que nous recevrons en consultation seront susceptibles d'être allaités. La prise en compte de leur mode d'alimentation dans le cadre de difficultés telles que les troubles de l'oralité alimentaire est nécessaire.

Ensuite, notre étude ayant permis d'objectiver l'efficacité des massages dans le cadre de difficultés d'alimentation chez des enfants allaités, le protocole de désensibilisation pourrait être plus systématiquement proposé aux parents pour ce type de prise en soins, en complément de l'accompagnement parental. Dans ce cadre, un travail conjoint de l'orthophoniste, professionnel spécialiste de l'oralité formé aux massages de Catherine Senez, et du consultant IBCLC, spécialiste de l'allaitement maternel, serait profitable au patient au regard des outils complémentaires et des connaissances dont dispose chacun de ces professionnels.

Dans notre pratique de l'orthophonie, nous souhaitons d'ailleurs utiliser ces massages dans les prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire. Malgré l'étude que nous avons réalisée dans le cadre de ce mémoire et la théorie assimilée durant les mois de travail, nous mesurons la nécessité de nous former auprès de Catherine Senez à ce protocole à la fois rigoureux et très technique. Cette formation aurait pour objectif de nous fournir une base solide pour mener à bien notre travail et accompagner au mieux les parents dans la réalisation des massages qui constitueront le fondement de notre prise en soins des troubles de l'oralité alimentaire.

Pour finir, l'analyse qualitative des réponses du questionnaire nous a permis de nous familiariser avec l'anamnèse, en particulier en lien avec les troubles de l'oralité alimentaire. Cette étape du processus de soins nous semble primordiale puisqu'elle constitue l'un des piliers de la prise en charge orthophonique. L'anamnèse permet au professionnel de créer une relation thérapeutique avec son patient et sa famille à travers un échange, mais aussi d'obtenir les informations nécessaires au diagnostic et à une prise en soins adaptée et au plus proche des besoins.

Conclusion

Les troubles de l'oralité alimentaire constituent des difficultés souvent handicapantes et dont les effets dans la vie d'un individu peuvent être désastreux, invitant parfois angoisse et désorganisation dans le quotidien familial. Si leur prise en soins par les orthophonistes est récente, elle n'en est pas moins primordiale. En effet, la rééducation des troubles de l'oralité est entrée dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des orthophonistes en 2017, lors de la parution de l'Avenant 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'Assurance Maladie. Depuis leur intégration à la NGAP, les troubles de l'oralité tendent à se faire connaître, favorisant ainsi la prise en soins des patients atteints de ces troubles.

Dans ce mémoire, nous avons mis en évidence l'impact que peut avoir le protocole de désensibilisation sur les difficultés d'alimentation des enfants allaités et nous avons cherché à identifier les différents effets des massages sur l'allaitement. Puisque ce protocole semble avoir un effet positif sur les enfants de notre étude, nous souhaitons encourager les professionnels à pratiquer ces massages dans leurs rééducations.

Ce mémoire constitue les prémices d'un travail dans un domaine encore très peu exploré. Aucune étude n'avait été réalisée sur l'efficacité des massages chez les enfants allaités ou les bénéfices obtenus dans une telle prise en soins des difficultés d'alimentation. Une étude de plus grande envergure en termes de population d'étude et qui tiendrait compte des biais méthodologiques soulevés permettrait l'obtention de résultats plus fiables statistiquement.

Bibliographie

Articles de recherche

American Academy of Pediatrics. (2005). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2491>

Barber, L. M. (1983). Desensitization of the traumatized hand. *Rehabilitation of the Hand*, 493-502.

Colson, S. (2010). What Happens to Breastfeeding When Mothers Lie Back? Clinical Applications of Biological Nurturing. *Clinical Lactation*, 1(1), 11-14. <https://doi.org/10.1891/215805310807011864>

Colson, S., Meek, J. H., & Hawdon, J. M. (2008). Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development*, 84(7), 441-449. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.12.003>

Howie, P. W., Houston, M. J., Cook, A., Smart, L., McArdle, T., & McNeilly, A. S. (1981). How long should a breast feed last? *Early Human Development*, 5(1), 71-77. [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(81\)90072-4](https://doi.org/10.1016/0378-3782(81)90072-4)

Jacobi, C., Agras, W. S., Bryson, S., & Hammer, L. D. (2003). Behavioral Validation, Precursors, and Concomitants of Picky Eating in Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 76-84. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00013>

Kliethermes, P. A., Cross, M. L., Lanese, M. G., Johnson, K. M., & Simon, S. D. (1999). Transitioning Preterm Infants With Nasogastric Tube Supplementation : Increased Likelihood of Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 28(3), 264-273. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1999.tb01991.x>

Lucas, A., Lucas, P. J., & Baum, J. D. (1979). Pattern of milk flow in breast-fed infants. *Lancet (London, England)*, 2(8133), 57-58. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(79\)90116-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(79)90116-8)

Martin-Du Pan, R. C. (2012). L'ocytocine : Hormone de l'amour, de la confiance et du lien conjugal et social. *Revue Médicale Suisse*, 8, 627-630.

Turck, D. (2013). Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 20, S29-S48. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(13\)72251-6](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)72251-6)

Articles de revue

Abadie, V. (2004a). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603-605. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>

Abadie, V. (2004b). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation Orthophonique*, 220, 55-68.

Chatoor, I. (2009). Sensory Food Aversions in Infants and Toddlers. *Zero to Three*, 6.

Couly, G. (2017). L'oralité foetale, fondement du langage. *Rééducation Orthophonique*, 271, 13-27.

Lopez, N. (2010). A propos de la guidance parentale en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce. *Rééducation Orthophonique*, 242, 18-26.

Senez, C. (2004). Hyper nauséeux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation Orthophonique*, 220, 91-102.

Thibault, C. (2004). Editorial. *Rééducation Orthophonique*, 220, 5-9.

Ouvrages

Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : Pistes de prise en charge*. Ortho Édition.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., et Masy, V. (2014). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Édition.

Couly, G. (2010). *Les oralités humaines. Avaler et crier. Le geste et son sens*. Doin.

Senez, C., et Martinet, M. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3e éd.). De Boeck Supérieur.

Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*. Elsevier Masson.

Sources tirées d'internet

INSEE. (2012). *Le temps de l'alimentation en France*. Consulté le 9 avril 2021, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281016>

Institute of Colostrum Research. (s. d.). *About ICR & Colostrum*. Consulté le 8 janvier 2021, à l'adresse <https://www.colostrumresearch.org/>

International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE). (2018). Compétences cliniques des IBCLC. *IBLCE*. Consulté le 22 janvier 2021, à l'adresse <https://iblce.org/french-2/>

La Leche League. (2013). *Les chiffres de l'allaitement en France d'après les certificats de santé*. Consulté le 24 août 2020, à l'adresse <https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1825-les-derniers-chiffres-de-l-allaitement-en-france>

OMS. (2017). *OMS | 10 faits sur l'allaitement maternel*. WHO; World Health Organization. Consulté le 13 novembre 2020, à l'adresse <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>

Autres ressources

Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, 96-879 (1996). Consulté le 20 janvier 2021, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006700329/1996-10-09/>

Le Barzic, M. (2006). *Le plaisir oral est-il nutritionnellement correct ? Le plaisir, ami ou ennemi de notre alimentation ?* [Colloque]. Colloque IFN Institut Français pour la Nutrition, Paris.

Annexes

Annexe 1 : Les massages de désensibilisation

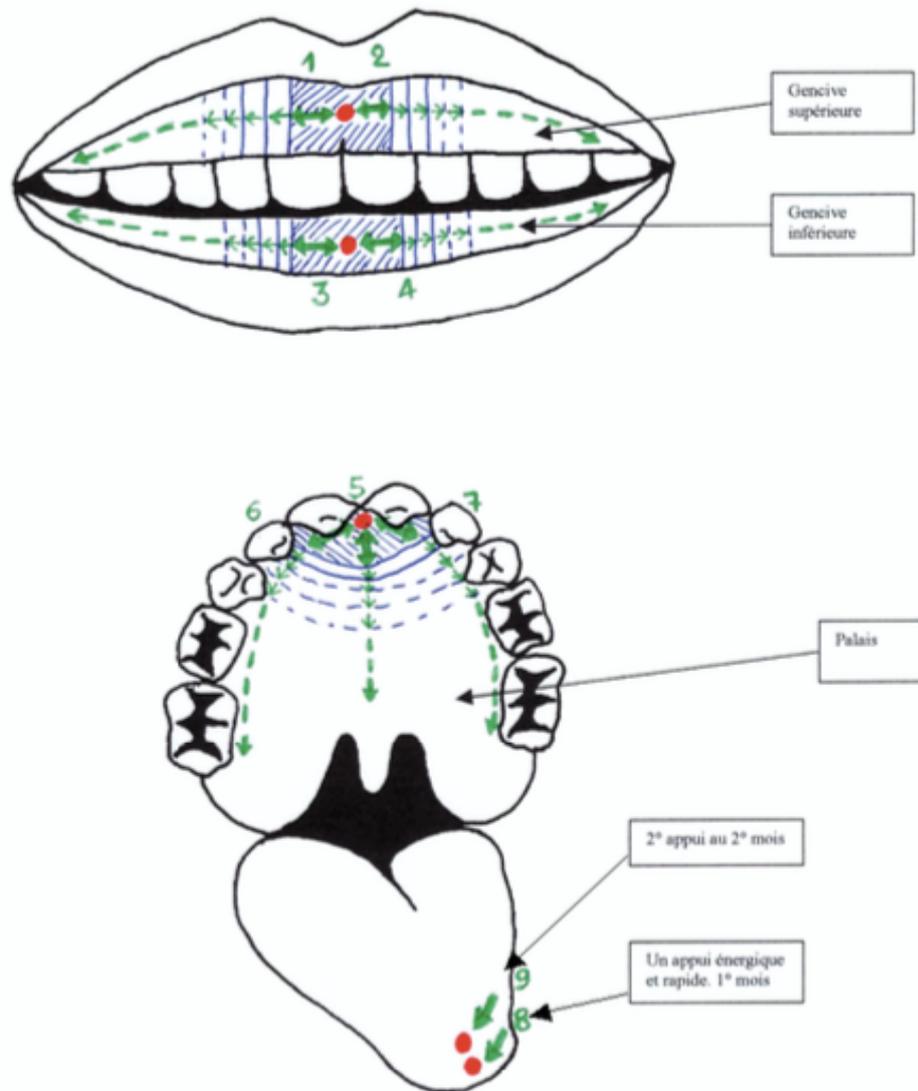


Figure : Les massages de désensibilisation de l'hyper nauséux.

Les points rouges indiquent les points de repère d'où partent et reviennent les 3 passages aller-retour.
Les flèches  indiquent les 3 aller-retour
Les chiffres verts donnent l'ordre dans lequel les massages sont faits.
La zone hachurée en bleu indique l'amplitude du mouvement la première semaine
Les traits bleus indiquent l'amplitude à atteindre chaque semaine.
Le pointillé vert indique le trajet et l'amplitude des massages au cours du traitement.

Schéma extrait de la revue Rééducation Orthophonique, n°220, p 103 (Senez, 2004)

Annexe 2 : Questionnaire



Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un mémoire de fin d'études d'orthophonie. Merci d'être aussi précis que possible dans vos réponses.

Partie A: A propos de votre enfant

A1. Quel est le sexe de votre enfant ?

Garçon

Fille

A2. Quel âge a votre enfant ?

0-1 mois

1-2 mois

2-3 mois

3-4 mois

4-6 mois

6-12 mois

12-18 mois

A3. A quel terme avez-vous accouché ?

Réponse en SA (semaines d'aménorrhée)

< 28 SA

28 - 32 SA + 6 jours

33 - 36 SA + 6 jours

37 - 39 SA

39 - 41 SA

A4. A quel âge les difficultés sont-elles apparues ?

0-1 mois

1-2 mois

2-3 mois

3-4 mois

4-6 mois

6-12 mois

12-18 mois



A5. Pourriez-vous les décrire ?

Quelles sont les difficultés constatées ? Comment se manifestent-elles ?

A6. Quel âge avait votre enfant lors de la première consultation ?

- 0-1 mois
- 1-2 mois
- 2-3 mois
- 3-4 mois
- 4-6 mois
- 6-12 mois
- 12-18 mois

Partie B: Mode d'alimentation

B1. Quelle est l'alimentation de votre enfant ?

Allaitement maternel exclusif au sein

Tire-allaitement (lait maternel exclusif recueilli au sein et donné autrement : biberon, tasse, DAL (petit tuyau fixé sur le mamelon ou sur le doigt et qui trempe dans un flacon contenant du lait, le bébé siphonne le lait en tétant), sonde d'alimentation naso-gastrique, autre)

Préparation pour nourrissons

Allaitement mixte (lait maternel + préparation pour nourrissons)

Allaitement maternel + aliments solides (diversification)

Allaitement mixte + aliments solides (diversification)

Autre, laquelle ?



B2. Comment qualifieriez-vous l'appétit général de votre enfant ?

Mauvais

Moyen

Bon

Partie C: Les difficultés alimentaires

C1. Comment se manifestent les difficultés alimentaires de votre enfant ?

Vous pouvez évoquer la durée des repas, la fatigue de votre enfant, ses manifestations de refus, la présence d'un réflexe nauséeux très prononcé, autres...

C2. A quel(s) moment(s) de la journée les difficultés étaient-elles les plus présentes ?

A aucun moment en particulier

Entre 8h et 14h

Entre 14h et 20h

Entre 20h et 2h

Entre 2h et 8h

C3. Comment qualifieriez-vous les capacités de succion nutritive de votre enfant au début de l'alimentation orale (biberon/allaitement...) ?

Bonnes

Mauvaises

Constantes

Inconstantes



C4. Combien de temps en moyenne durait une tétée avant les massages ?

- Moins de 5 minutes
- Entre 5 et 10 minutes
- Entre 10 et 15 minutes
- Entre 15 et 20 minutes
- Entre 20 et 25 minutes
- Entre 25 et 30 minutes
- Plus de 30 minutes

C5. Votre enfant a-t-il rencontré d'autres difficultés parmi celles listées ci-après ?

- Reflux gastro-oesophagien (RGO)
- Vomissements
- Difficultés de succion
- Réflexes nauséeux
- Bavage
- Lenteur pendant les repas
- Régurgitations
- Toux
- Fausses routes
- Agitations pendant les tétées
- Refus de téter
- Autres

C6. Si vous avez répondu "Autres" à la question précédente, veuillez préciser :



C7. Votre enfant a-t-il été pris en soins par un orthophoniste pour ses difficultés alimentaires ?

Si vous avez répondu "Oui", merci de préciser la fréquence (nombre de séances par semaine/par mois) en commentaire.

Non

Oui

C8. Votre enfant avait-il ou a-t-il une habitude de succion ?

Tétine

Pouce

Doigt

Doudou

Vêtement

Autres

Non

C9. Comment se passaient les repas ?

Très bien

Bien

Avec quelques difficultés

Difficilement



Partie D: La diversification alimentaire

Cette partie du questionnaire est valable si votre enfant est diversifié. Si ce n'est pas le cas, merci de répondre "Non concerné".

D1. Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez commencé la diversification alimentaire ?

- < 4 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7 mois
- 8 mois
- 9 mois
- 10 mois
- 11 mois
- 12 mois
- > 12 mois
- Non concerné

D2. Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a commencé à consommer des aliments solides en quantité (plus de 150 g par repas) ?

- < 4 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7 mois
- 8 mois
- 9 mois
- 10 mois
- 11 mois
- 12 mois
- > 12 mois
- Non concerné



D3. Comment s'est passé le passage de l'alimentation lactée (allaitement ou biberon) à la diversification ?	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Difficilement	<input type="checkbox"/>
	Toujours difficilement	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>
D4. Aviez-vous demandé/reçu des conseils de votre médecin concernant la diversification ?	Non	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>
D5. Des nausées / haut-le-coeur surviennent-ils pendant les repas ?	Jamais	<input type="checkbox"/>
	Parfois	<input type="checkbox"/>
	Souvent	<input type="checkbox"/>
	Toujours	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>
D6. Observez-vous des grimaces aux changements de goût ?	Jamais	<input type="checkbox"/>
	Parfois	<input type="checkbox"/>
	Souvent	<input type="checkbox"/>
	Toujours	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>
D7. Observez-vous des grimaces lors de l'ingestion d'aliments froids ?	Jamais	<input type="checkbox"/>
	Parfois	<input type="checkbox"/>
	Souvent	<input type="checkbox"/>
	Toujours	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>



D8. Observez-vous une préférence pour les aliments sucrés ?	Jamais	<input type="checkbox"/>
	Parfois	<input type="checkbox"/>
	Souvent	<input type="checkbox"/>
	Toujours	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>
D9. Observez-vous des toux avec des textures granuleuses (exclusivement) ?	Jamais	<input type="checkbox"/>
	Parfois	<input type="checkbox"/>
	Souvent	<input type="checkbox"/>
	Toujours	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>
D10. Comment définissez-vous la texture alimentaire qui conviendrait le mieux à votre enfant ?	Ecrasé grossièrement à la fourchette	<input type="checkbox"/>
	Mixé avec quelques grumeaux	<input type="checkbox"/>
	Mixé lisse (en pommade)	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>
D11. Votre enfant a-t-il des difficultés* avec certaines textures ?	Jamais	<input type="checkbox"/>
	Parfois	<input type="checkbox"/>
	Souvent	<input type="checkbox"/>
	Toujours	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>
<small>* On parle de difficultés de façon générale : alimentaires mais aussi sensorielles (contact, toucher...).</small>		
D12. Votre enfant montre-t-il des réticences à certaines couleurs d'aliments lors des repas ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
	Non concerné	<input type="checkbox"/>



D13. Votre enfant est-il réticent si vous lui présentez de nouveaux aliments ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours
- Non concerné

D14. Avez-vous des techniques en cas de refus de la part de votre enfant au cours des repas ?

D15. Comment votre enfant est-il installé au moment du repas ?

Vous pouvez évoquer le type d'assise (chaise haute, canapé, genoux...), la position dans laquelle il se trouve, s'il est seul ou avec d'autres personnes, etc.

D16. Diriez-vous que votre enfant prend plaisir à s'alimenter ?

- Oui, toujours
- Oui, parfois
- Non, pas souvent
- Non, jamais
- Non concerné

D17. Comment qualifiez-vous le brossage des dents ?

- Facile
- Difficile
- Impossible
- Non concerné



D18. Combien de temps en moyenne durent les repas ?

- Moins de 5 minutes
- Entre 5 et 10 minutes
- Entre 10 et 15 minutes
- Entre 15 et 20 minutes
- Entre 20 et 25 minutes
- Entre 25 et 30 minutes
- Plus de 30 minutes
- Non concerné

Partie E: Les massages

E1. Votre enfant a-t-il bénéficié de soins de développement* ?

** « Les soins de développement sont un regroupement de différentes stratégies comportementales et environnementales dont l'objectif est de favoriser le développement optimal de l'enfant né avant terme, par une réduction du stress induit par l'environnement et par une meilleure intégration des parents dans sa prise en charge. » LS. Franck et G. Lavhonn (NIDCAP)*

- Oui
- Non

E2. Votre enfant avait-il bénéficié de sollicitations péri/intra buccales préalablement aux massages ?

- Péri-buccales (autour de la bouche)
- Intra-buccales (dans la bouche, succion non-nutritive par exemple)
- Non

E3. Qui effectuait ces sollicitations ?

- Orthophoniste
- Infirmier
- Puéricultrice
- Auxiliaire puéricultrice
- Vous-même
- Autre
- Non concerné



E4. Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente, veuillez préciser votre réponse.

E5. Qu'est-ce qui a motivé les massages ?

- Réduquer une succion molle, inefficace
- Régler une succion douloureuse
- Améliorer une succion désorganisée
- Aider votre bébé à mieux gérer le débit du lait (dans le contexte d'un réflexe d'éjection fort ou au biberon)
- Encourager une meilleure mobilité linguale après une frénectomie linguale (intervention sur son frein de langue)
- Encourager une meilleure mobilité linguale en l'absence de frénectomie
- Autre(s) raison(s)

E6. Si vous avez répondu "Autre(s) raison(s)" à la question précédente, veuillez préciser votre réponse.



E7. Combien de fois les massages sont/ont-ils été réalisés quotidiennement ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- > 10

E8. Combien de jours par semaine les massages sont/ont-ils été réalisés ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Tous les jours sans exception

E9. Y-a-t'il eu des pauses pendant le protocole ?

- Oui
- Non

E10. Si oui, pendant quelle durée et pour quel motif ?



E11. Combien de temps dure chaque session de massages en moyenne ?

< 30 secondes

30 secondes à 1 minute

1 à 2 minutes

> 2 minutes

E12. Comment qualifieriez-vous le ressenti de votre enfant vis-à-vis des massages ?

Bien toléré

Mal toléré

E13. Avez-vous vécu les exercices comme invasifs ?

Oui

Non

E14. Si oui, quelles stratégies vous ont aidé à mieux les vivre ? Quelles stratégies ont aidé votre enfant à mieux les accepter ?

E15. La difficulté à réaliser les massages vous a-t-elle amené à abandonner cette approche ?

Oui

Non



E16. Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez considéré les difficultés comme résolues ?

0-1 mois

1-2 mois

2-3 mois

3-4 mois

4-6 mois

6-12 mois

12-18 mois

Non applicable car traitement en cours

Non applicable car échec de l'approche

Partie F: L'évolution

F1. Avez-vous constaté une quelconque évolution grâce au protocole de massages ?

Oui

Non

F2. Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, veuillez préciser votre réponse. Merci d'être aussi précis que possible.

F3. Combien de temps, en moyenne, dure une tétée depuis que vous avez pratiqué les massages ?

Moins de 5 minutes

Entre 5 et 10 minutes

Entre 10 et 15 minutes

Entre 15 et 20 minutes

Entre 20 et 25 minutes

Entre 25 et 30 minutes

Plus de 30 minutes



F4. Diriez-vous que les tétés sont devenues plus efficaces à l'issue des massages ?

Oui

Non

F5. L'allaitement a-t'il pu se poursuivre pendant le protocole de massages de désensibilisation ?

Oui

Non, expliquez pourquoi

F6. L'allaitement a-t'il pu se poursuivre après le protocole de massages de désensibilisation ?

Oui

Non, expliquez pourquoi

Partie G: Quelque chose à ajouter ?

G1. Si vous avez des commentaires, suggestions ou remarques, veuillez les noter ici :



**Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire.
Votre collaboration sera précieuse pour la suite de mon travail !**

Annexe 3 : Mail d'information

Bonjour,

Je suis étudiante en 4^e année d'orthophonie au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Poitiers et je réalise mon mémoire de fin d'études sur **l'étude de l'efficacité des massages orthophoniques de désensibilisation dans le cadre de difficultés d'allaitement**, sous la direction de Carole Hervé (consultante en lactation IBCLC) et Mathilde Boccara (orthophoniste).

Le but de cette étude est de démontrer l'efficacité du protocole des massages orthophoniques de désensibilisation dans le cadre des difficultés d'allaitement afin de permettre la poursuite de l'allaitement et faciliter la transition vers une alimentation solide. L'étude va consister à mesurer l'évolution des difficultés alimentaires présentées lors de l'allaitement. Puisque vous avez pratiqué ces massages avec votre enfant, votre participation est précieuse. Pour cela, vous pouvez répondre à un questionnaire anonyme en ligne : <https://survey.appli.univ-poitiers.fr/946872?lang=fr>. Merci de répondre aussi honnêtement et précisément que possible.

Je reste à votre disposition pour toute demande ou information complémentaire. Vous pouvez me joindre à l'adresse suivante : flore.blandin@gmail.com.

Je vous remercie par avance pour votre participation qui sera essentielle pour la suite de mon étude,

Bien cordialement,

Flore Blandin

Annexe 4 : Résultats du questionnaire

Questions	A1 Quel est le sexe de votre enfant ?		A2 Quel âge a votre enfant ?						
	N								
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	Garçon	Fille	0-1 mois	1-2 mois	2-3 mois	3-4 mois	4-6 mois	6-12 mois	12-18 mois
Effectif	7	17	1	6	6	1	5	3	2
%	29,2%	70,8%	4,2%	25,0%	25,0%	4,2%	20,8%	12,5%	8,3%

Questions	A3 A quel terme avez-vous accouché ?		A4 A quel âge les difficultés sont-elles apparues ?					
	N							
N	24	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	37-39 SA	39-41 SA	0-1 mois	1-2 mois	2-3 mois	3-4 mois	4-6 mois	6-12 mois
Effectif	3	21	20	2	1	0	0	1
%	12,5%	87,5%	83,3%	8,3%	4,2%	0,0%	0,0%	4,2%

Questions	A6 Quel âge avait votre enfant lors de la première consultation ?					
N						
N	24	24	24	24	24	24
Réponse	0-1 mois	1-2 mois	2-3 mois	3-4 mois	4-6 mois	6-12 mois
Effectif	9	7	2	3	1	2
%	37,5%	29,2%	8,3%	12,5%	4,2%	8,3%

Questions	B1 Quelle est l'alimentation de votre enfant ?						
N							
N	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	AME	Tire-allaitement	AMix	AM + DIV	AMix + DIV	PN	Lait 2e âge + DIV
Effectif	16	2	1	1	2	1	1
%	66,7%	8,3%	4,2%	4,2%	8,3%	4,2%	4,2%

Questions	B2 Comment qualifieriez-vous l'appétit général de votre enfant ?			C2 A quel(s) moment(s) de la journée les difficultés étaient-elles les plus présentes ? (Plusieurs réponses possibles)					
	N	24	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	Bon	Moyen	Mauvais	Aucun en particulier	Entre 8h et 14h	Entre 14h et 20h	Entre 20h et 2h	Entre 2h et 8h	
Effectif	17	6	1	14	4	6	3	2	
%	70,8%	25,0%	4,2%	58,3%	16,7%	25,0%	12,5%	8,3%	

Questions	C3 Comment qualifieriez-vous les capacités de succion nutritive de votre enfant au début de l'alimentation orale			C4 Combien de temps en moyenne durait une tétée avant les massages ?					
	N	24	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	Bonnes	Mauvaises	Ni bonnes ni mauvaises	Moins de 5 minutes	Entre 5 et 10 minutes	Entre 10 et 15 minutes	Entre 15 et 20 minutes	Plus de 30 minutes	
Effectif	12	11	1	4	5	3	8	4	
%	50,0%	45,8%	4,2%	16,7%	20,8%	12,5%	33,3%	16,7%	

Questions	C5 Votre enfant a-t-il rencontré d'autres difficultés parmi celles listées ci-après ? (Plusieurs réponses possibles)										
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	RGO	Difficultés de succion	Réflexe nauséeux	Bavage	Lenteur	Régurgitations	Toux	Fausses-routes	Agitations pendant les tétées	Refus de téter	Aucune
Effectif	7	14	5	6	2	9	4	7	13	6	1
%	29,2%	58,3%	20,8%	25,0%	8,3%	37,5%	16,7%	29,2%	54,2%	25,0%	4,2%

Questions	C7 Votre enfant a-t-il été pris en soins par un orthophoniste pour ses difficultés alimentaires ?		C8 Votre enfant avait-il ou a-t-il une habitude de succion ? (plusieurs réponses possibles)						
	N								
	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	Oui	Non	Tétine	Pouce	Doigt	Doudou	Vêtement	Autres	Non
Effectif	1	23	4	4	7	0	4	1	12
%	4,2%	95,8%	16,7%	16,7%	29,2%	0,0%	16,7%	4,2%	50,0%

Questions	C9 Comment se passaient les repas ?			D1 Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez commencé la diversification alimentaire ?				
	N							
	24	24	24	7	7	7	7	7
Réponse	Bien ou très bien	Avec quelques difficultés	Difficilement	< 4 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois
Effectif	12	3	9	1	1	1	3	1
%	50,0%	12,5%	37,5%	14,3%	14,3%	14,3%	42,9%	14,3%

Questions	D2 Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a commencé à consommer des aliments solides en quantité (plus de 150 g par repas) ?					D3 Comment s'est passé le passage de l'alimentation lactée à la diversification ?	
	N						
	7	7	7	7	7	7	7
Réponse	5 mois	7 mois	8 mois	<12 mois	Non concerné	Très bien	Difficilement
Effectif	1	1	1	1	3	2	5
%	14,3%	14,3%	14,3%	14,3%	42,9%	28,6%	71,4%

Questions	D4 Aviez-vous reçu des conseils de votre médecin concernant la diversification ?		D5 Des nausées / haut-le-cœur surviennent-ils pendant les repas ?			D6 Observez-vous des grimaces aux changements de goût ?		
	N							
N	7	7	7	7	7	8	8	8
Réponse	Oui	Non	Jamais	Parfois	Souvent	Jamais	Parfois	Souvent
Effectif	2	5	3	3	1	1	4	2
%	28,6%	71,4%	42,9%	42,9%	14,3%	12,5%	50,0%	25,0%

Questions	D7 Observez-vous des grimaces lors de l'ingestion d'aliments froids ?				D8 Observez-vous une préférence pour les aliments sucrés ?		
	N						
N	7	7	7	7	7	7	7
Réponse	Jamais	Parfois	Souvent	Non concerné	Jamais	Souvent	Toujours
Effectif	1	2	2	2	3	2	2
%	14,3%	28,6%	28,6%	28,6%	42,9%	28,6%	28,6%

Questions	D9 Observez-vous des toux avec des textures granuleuses (exclusivement) ?			D10 Comment définissez-vous la texture alimentaire qui conviendrait le mieux à votre enfant ?			
	N						
N	7	7	7	7	7	7	7
Réponse	Jamais	Parfois	Non concerné	Ecrasé grossièrement à la fourchette	Mixé avec quelques grumeaux	Mixé lisse (en pommade)	Non concerné
Effectif	4	1	2	2	1	3	1
%	57,1%	14,3%	28,6%	28,6%	14,3%	42,9%	14,3%

Questions	D11 Votre enfant a-t-il des difficultés avec certaines textures ?					D12 Votre enfant montre-t-il des réticences à certaines couleurs d'aliments lors des repas ?	
N	7	7	7	7	7	7	7
Réponse	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Non concerné	Non	Oui
Effectif	2	1	1	1	2	6	1
%	28,6%	14,3%	14,3%	14,3%	28,6%	85,7%	14,3%

Questions	D13 Votre enfant est-il réticent si vous lui présentez de nouveaux aliments ?			D16 Diriez-vous que votre enfant prend plaisir à s'alimenter ?			D17 Comment qualifieriez-vous le brossage des dents ?	
N	7	7	7	7	7	7	7	7
Réponse	Jamais	Parfois	Souvent	Non, pas souvent	Oui, parfois	Oui, toujours	Non	Oui
Effectif	4	2	1	2	2	3	5	2
%	57,1%	28,6%	14,3%	28,6%	28,6%	42,9%	71,4%	28,6%

Questions	D18 Combien de temps en moyenne durent les repas ?				
N	7	7	7	7	7
Réponse	Entre 10 et 15 minutes	Entre 15 et 20 minutes	Entre 20 et 25 minutes	Entre 25 et 30 minutes	Plus de 30 minutes
Effectif	1	2	2	1	1
%	14,3%	28,6%	28,6%	14,3%	14,3%

Questions	E1 Votre enfant a-t-il bénéficié de soins de développement ?		E2 Votre enfant avait-il bénéficié de sollicitations péri-intra buccales préalablement aux massages ?			E3 Qui effectuait ces sollicitations ?		
	N	24	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	Oui	Non	Intra-buccales	Péri et intra buccales	Non	Vous-même (la mère)	Autres	Non concerné
Effectif	4	20	4	1	19	4	1	19
%	16,7%	83,3%	16,7%	4,2%	79,2%	16,7%	4,2%	79,2%

Questions	E5 Qu'est-ce qui a motivé les massages ? (Plusieurs réponses possibles)				
N	24	24	24	24	24
Réponse	Réduire une succion molle, inefficace	Régler une succion douloureuse	Améliorer une succion désorganisée	Aider le bébé à mieux gérer le débit de lait	Encourager une meilleure mobilité linguale sans frenectomie
Effectif	2	14	1	4	6
%	8,3%	58,3%	4,2%	16,7%	25,0%

E5 Suite		E7 Combien de fois les massages sont-ils été réalisés quotidiennement ?						
24	24	24	24	24	24	24	24	24
Encourager une meilleure mobilité linguale après frenectomie	Autre(s) raison(s)	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	6 fois	7 fois	8 fois
7	3	3	2	2	5	3	7	2
29,2%	12,5%	12,5%	8,3%	8,3%	20,8%	12,5%	29,2%	8,3%

Questions	E8 Combien de jours par semaine les massages sont-ont-ils été réalisés ?			E9 Y-a-t'il eu des pauses pendant le protocole ?		E11 Combien de temps dure chaque session de massages en moyenne ?		
	N	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	5 jours par semaine	6 jours par semaine	Tous les jours	Oui	Non	<30 secondes	30 secondes à 1 minute	1 à 2 minutes
Effectif	3	2	19	7	17	11	10	3
%	12,5%	8,3%	79,2%	29,2%	70,8%	45,8%	41,7%	12,5%

Questions	E12 Comment qualifieriez-vous le ressenti de votre enfant vis-à-vis des massages ?		E13 Avez-vous vécu les exercices comme invasifs ?		E15 La difficulté à réaliser les massages vous a-t-elle amené à abandonner cette approche ?	
	N	24	24	24	24	24
Réponse	Bien tolérés	Mal tolérés	Oui	Non	Oui	Non
Effectif	23	1	3	21	3	21
%	95,8%	4,2%	12,5%	87,5%	12,5%	87,5%

Questions	E16 Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez considéré les difficultés comme résolues ?					
N	24	24	24	24	24	24
Réponse	1-2 mois	2-3 mois	4-6 mois	6-12 mois	Non applicable car traitement en cours	Non applicable car échec de l'approche
Effectif	4	3	1	2	12	2
%	16,7%	12,5%	4,2%	8,3%	50,0%	8,3%

Questions	F1 Avez-vous constaté une quelconque évolution grâce au protocole de massages ?		F3 Combien de temps, en moyenne, dure un tétée depuis que vous avez pratiqué les massages ?						
	N								
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Réponse	Oui	Non	<5 min	5 à 10 min	10 à 15 min	15 à 20 min	20 à 25 min	25 à 30 min	>30 min
Effectif	15	9	2	9	7	3	0	1	2
%	62,5%	37,5%	8,3%	37,5%	29,2%	12,5%	0,0%	4,2%	8,3%

Questions	F4 Diriez-vous que les tétées sont devenues plus efficaces à l'issue des massages ?		F5 L'allaitement a-t'il pu se poursuivre pendant le protocole de massages ?		F6 L'allaitement a-t'il pu se poursuivre après le protocole de massages ?	
	N					
N	24	24	24	24	24	24
Réponse	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Effectif	11	13	21	3	21	3
%	45,8%	54,2%	87,5%	12,5%	87,5%	12,5%

Annexe 5 : Figures et graphiques annexées

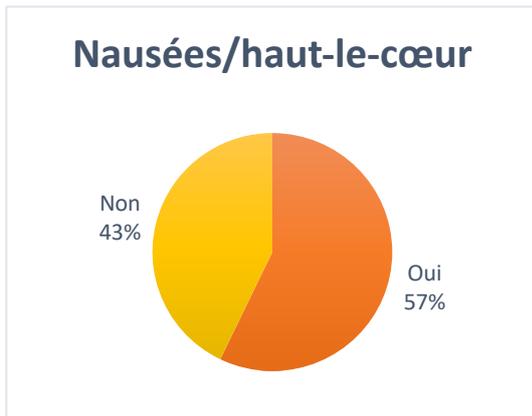


Figure 8 : Manifestations de nausées/haut-le-cœur

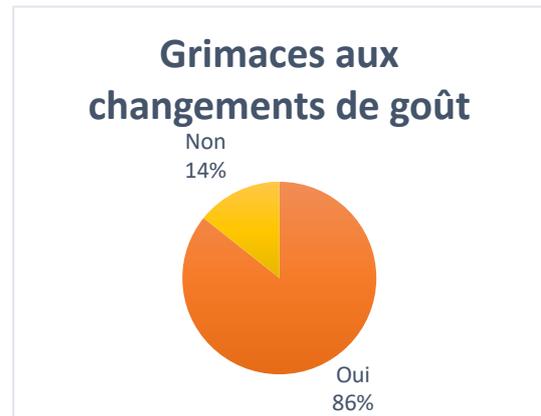


Figure 9 : Manifestation de grimaces aux changements de goût

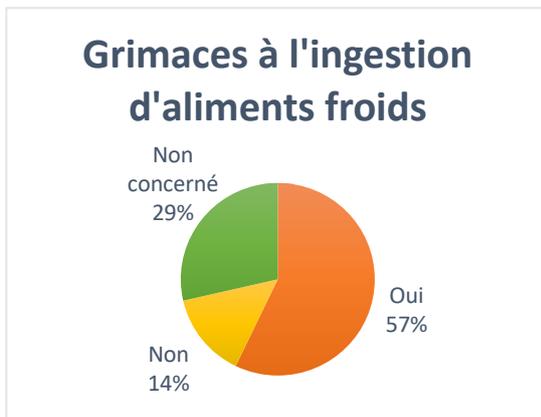


Figure 10 : Manifestation de grimaces à l'ingestion d'aliments froids



Figure 11 : Manifestation d'une préférence pour les aliments sucrés

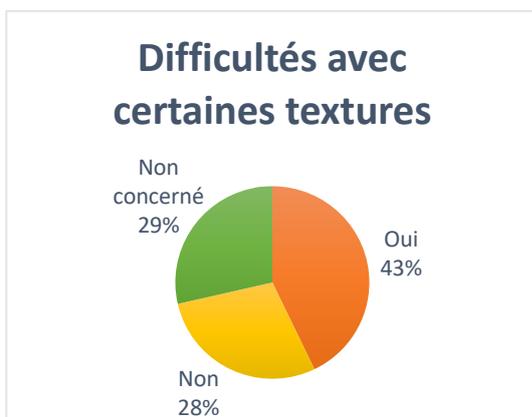


Figure 12 : Difficultés manifestées pour certaines textures

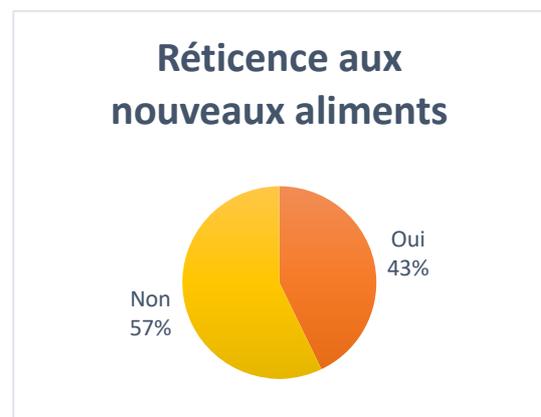


Figure 13 : Manifestation d'une réticence pour les aliments nouveaux

Annexe 6 : Sommaire des figures et tableaux

Figure 1 : Schéma extrait du livre *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant* (Thibault, 2017)

Figure 2 : Schéma extrait de la revue *Rééducation Orthophonique*, n°220, p. 98 (Senez, 2004)

Figure 3 : Répartition des enfants en fonction de leur âge

Figure 4 : Répartition des enfants en fonction de leur âge lors de la diversification alimentaire

Figure 5 : Répartition en fonction de l'âge d'apparition des difficultés alimentaires

Figure 6 : Répartition des habitudes de succion selon les préférences

Figure 7 : Répartition des textures alimentaires des enfants selon leurs préférences

Figure 8 : Manifestations de nausées/haut-le-cœur

Figure 9 : Manifestation de grimaces aux changements de goût

Figure 10 : Manifestation de grimaces à l'ingestion d'aliments froids

Figure 11 : Manifestation d'une préférence pour les aliments sucrés

Figure 12 : Difficultés manifestées pour certaines textures

Figure 13 : Manifestation d'une réticence pour les aliments nouveaux

Figure 14 : Répartition du nombre de massages quotidiens réalisés

Figure 15 : Répartition du nombre de massages hebdomadaires réalisés

Figure 16 : Évolution de l'efficacité de la succion en fonction de la durée des massages

Tableau 1 : Mode d'alimentation des enfants

Tableau 2 : Difficultés d'alimentation rencontrées

Tableau 3 : Raisons ayant motivés la réalisation des massages chez les enfants

Tableau 4 : Statistiques des tétées, avant et après le protocole de désensibilisation

Tableau 5 : Évolution constatée suite aux massages

Résumé

L'alimentation tient une place essentielle dans la vie d'un individu, tant d'un point de vue nutritionnel que social. Chez certains sujets, cette alimentation se trouve altérée, on parle de troubles de l'oralité alimentaire. Ces troubles apparaissent chez le jeune enfant, souvent lors de la diversification alimentaire, parfois plus tôt, qu'il soit allaité ou alimenté au biberon. Les répercussions sur le quotidien de l'individu sont alors conséquentes, en particulier chez l'enfant en pleine croissance. Une prise en soins précoce des difficultés d'alimentation est alors primordiale pour permettre à l'enfant de retrouver le plaisir de s'alimenter. Catherine Senez, orthophoniste, a développé un protocole de massages de désensibilisation, basé sur le processus d'habituation et visant à faire régresser les comportements d'évitement. Notre intérêt s'est porté sur l'étude de l'efficacité de ces massages dans la prise en soins des enfants allaités ayant des difficultés alimentaires. Nous avons diffusé, à des mères allaitantes un questionnaire visant à effectuer un état des lieux des difficultés alimentaires de leur enfant et une analyse des massages réalisés et de l'évolution constatée. Les résultats ont montré que 62,5 % des mères ont observé une évolution grâce au protocole de massages et la poursuite de l'allaitement a été possible pour 87,5 % de notre population.

Mots clés :

Oralité – troubles de l'oralité – allaitement – massages de désensibilisation – orthophonie