



HAL
open science

Les troubles de l'oralité chez l'enfant autiste : comment “ nourrir ” la construction de soi ?

Guénola Juton

► **To cite this version:**

Guénola Juton. Les troubles de l'oralité chez l'enfant autiste : comment “ nourrir ” la construction de soi ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615596

HAL Id: dumas-01615596

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615596>

Submitted on 12 Oct 2017

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

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

Université Pierre et Marie Curie – Paris VI

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité



**Les troubles de l'oralité chez l'enfant autiste :
Comment « nourrir » la construction de soi ?**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de Psychomotricien par

Guénola Juton

Référents de mémoire :

Anja Kloeckner

Laetitia Velter

Session juin 2017

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à Anja Kloeckner pour la réflexion qu'elle m'a apportée cette année, sa disponibilité et la richesse de son savoir et de sa pratique,

Je remercie particulièrement Leatitia Velter qui m'a accompagnée avec intérêt dans la rédaction de ce mémoire et dans ma réflexion. Merci pour ses conseils et ses encouragements,

Merci à tous mes maîtres de stage, pour avoir partager avec passion leurs pratiques et leur savoir être, sources d'une grande inspiration dans ma future vie professionnelle,

Merci aux enseignants qui ont su me transmettre leur engouement pour ce métier,

Une pensée chaleureuse pour les enfants et le personnel de la pouponnière ; sans oublier l'équipe TEGA pour cette expérience unique partagée au Sénégal,

Merci à mes parents et à mes sœurs pour m'avoir encouragée au cours de mes études. Merci à Baptiste et Hugo qui ont grandi en même temps que je cheminai vers ce métier,

Merci à mes amis, d'ici ou là-bas, pour leur joie de vivre, leur folie et tous les bons moments partagés et à venir,

J'adresse mes derniers remerciements à Antoine pour avoir toujours cru en moi et en nous, pour sa patience et son écoute.

*« L'être vivant, tout au long de son parcours, est mu par l'oralité.
Tout ce que fait un être vivant avec sa bouche, sucer, manger, communiquer,
embrasser,... dès l'état d'embryon et jusqu'à son dernier souffle, met en œuvre des
enjeux d'oralité. La fonction orale est fondatrice de l'être »*

Véronique Abadie

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
A. CONTEXTE CLINIQUE.....	8
I. Présentation de l'institution.....	8
1. L'unité de jour.....	8
2. L'approche théorique.....	10
II. La psychomotricité à l'unité.....	11
1. Approche sensori-motrice.....	11
2. Ma place de stagiaire en psychomotricité.....	13
III. Le groupe oralité.....	13
1. Présentation du groupe.....	13
2. Déroulement du groupe	15
3. La question du groupe.....	17
B. LES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA).....	18
I. Présentation de l'autisme.....	18
1. Classifications.....	18
2. Les étiologies.....	20
3. Les troubles associés.....	20
II. Les TSA : une manière singulière d'habiter son corps.....	20
1. La conscience de soi.....	21
2. L'investissement corporel de l'enfant ayant un TSA.....	22
3. Un traitement de l'information sensorielle particulier.....	24
4. Les enveloppes corporelle et psychique : se faire exister.....	27
5. Une intégration particulière de l'image du corps.....	29

C. L'ORALITÉ.....	32
I. Qu'est-ce que l'oralité ?.....	32
1. Le développement de l'oralité.....	32
2. Liens entre l'oralité verbale, alimentaire et la respiration.....	34
3. Motricité bucco-faciale et motricité globale.....	35
II. Perspective globale de l'oralité.....	36
1. Oralité et individuation.....	36
2. Oralité et attachement.....	37
3. Oralité et exploration sensorielle.....	37
4. L'espace oral de A. Bullinger.....	38
5. Le repas.....	41
III. Les troubles de l'oralité :.....	42
1. Définition.....	42
2. Classification.....	43
3. Troubles de l'oralité et TSA.....	44
D. ÉTUDE DE CAS D'ALI.....	46
I. Présentation d'Ali.....	46
1. Son histoire.....	46
2. Son accompagnement à l'unité.....	46
II. La prise en soin d'Ali en psychomotricité.....	48
1. L'observation sensorimotrice d'Ali.....	48
2. Ali et le groupe oralité.....	49
3. Ma rencontre avec Ali et son évolution au sein du groupe oralité.....	51
E. ÉTUDE DE CAS DE SAMUEL.....	56
I. Présentation de Samuel.....	56
1. Son histoire.....	56
2. Son accompagnement à l'unité.....	56
II. Prise en soin en psychomotricité.....	57
1. Le bilan sensorimoteur de Samuel.....	57
2. Samuel et le groupe oralité.....	58
3. Ma rencontre avec Samuel et son évolution au sein du groupe oralité.....	59

F. DISCUSSION.....	66
I. Le traitement de l'information sensorielle en lien avec les troubles de l'oralité.....	66
1. Un équilibre sensori-tonique fragile.....	66
2. Les troubles de l'oralité et le traitement de l'information sensorielle.....	67
3. Perception et approche des flux sensoriels.....	71
II. Les troubles de l'oralité et la prise de conscience d'un corps propre.....	72
1. Une question d'angoisse?.....	72
2. Vers l'intégration d'une enveloppe corporelle.....	73
3. Vers un sentiment de contenance.....	75
4. Distinction de l'espace oral et de l'espace péri-oral.....	77
5. Une ébauche de l'axe corporel.....	78
III. De l'individuel dans le groupe.....	79
1. Le dispositif groupal.....	79
2. Les sens au service de la relation.....	81
3. Entre Imitation, expression et impression.....	81
4. Manger est un acte social.....	83
IV. La place de la psychomotricité dans la prise en soin des troubles de l'oralité.....	83
1. Une prise en soin globale.....	83
2. Un travail d'équipe.....	85
3. La relation avec les parents.....	86
4. Mon vécu personnel.....	87
CONCLUSION.....	88
BIBLIOGRAPHIE.....	89
ANNEXES.....	93

INTRODUCTION

Si l'autisme est connu de tous comme un trouble affectant la communication, les interactions sociales et le langage, il est moins fréquent de mettre l'accent sur d'autres difficultés telles que les troubles de l'oralité alimentaire. Pourtant, 90 % des personnes ayant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) auraient des difficultés en rapport avec l'alimentation¹.

Lors de mon stage en hôpital de jour, je rencontre Ali, une enfant autiste qui participe au groupe oralité. Lors de la première séance, elle se jette sur les épices présentées pour les sentir et les engouffre tant dans son nez qu'à l'intérieur de sa bouche. Elle étale les épices sur son corps et sur la table sans avoir conscience d'un corps propre et de ses limites. Je rencontre aussi Samuel. Jeune enfant autiste, il souffre d'irritabilités tactiles importantes et présente une sélectivité alimentaire sévère. De par ses troubles, le contact tactile et l'exploration de l'environnement sont limités.

Face à ces observations, je comprends rapidement que l'oralité ne peut se résumer à la bouche mais qu'elle engage tout l'être dans sa globalité. Les enjeux de l'oralité dans le développement psychomoteur de l'enfant sont à la croisée des fonctions somatiques, corporelles, symboliques et psycho-affectives. Ainsi, si l'oralité ne se résume pas à la bouche, la prise en soin des troubles de l'oralité ne devrait-elle pas en être de même ? Quelles résonances comprendre entre l'altération de la conscience de soi chez Ali et les troubles de l'oralité observés ? Comment Samuel peut-il appréhender les aliments alors que leurs particularités sensorielles sont sources de désorganisations pour lui ?

Finalement, face à ces questionnements, je souhaite répondre à la problématique suivante : **En quoi la prise en soin psychomotrice des troubles de l'oralité vient « nourrir » la construction de soi chez les enfants ayant un TSA?**

D'abord, je décrirai le cadre clinique de mon stage et du groupe oralité. J'aborderai ensuite les Troubles du Spectre Autistiques et la manière dont l'enfant ayant un TSA « habite son corps ». Je présenterai ce qu'est l'oralité, ses enjeux et les troubles rencontrés auprès des enfants ayant un TSA. L'ensemble de ces éléments théoriques enrichiront les présentations cliniques d' Ali et Samuel par la suite. Enfin, la discussion sera l'occasion de se questionner sur les troubles de l'oralité chez l'enfant autiste, en lien avec le traitement de l'information sensorielle et la construction d'un corps propre. J'interrogerai ensuite le dispositif groupal avant d'aborder la place de la psychomotricité dans la prise en soin des troubles de l'oralité.

1 Volkert, V. M., Vaz, P. C., 2010

A. CONTEXTE CLINIQUE

I. Présentation de l'institution

Je réalise mon stage au sein d'un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dépendant d'un hôpital de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP). C'est un service non lucratif et non sectorisé. Les enfants suivis à l'hôpital n'appartiennent pas à un périmètre géographique particulier. De ce fait, certains enfants ont des trajets conséquents pour se rendre au service. Cela est à considérer étant donné leur fatigabilité. Ce service hospitalier comporte une activité de consultation et de traitement externe ainsi que des consultations spécialisées pour des pathologies plus spécifiques, notamment concernant le diagnostic des TSA. De plus, il y a quatre unités d'hospitalisations à temps plein et trois unités d'hospitalisations de jour. Mon stage se déroule au sein de l'hôpital de jour accueillant des enfants présentant des Troubles du Spectre Autistique (TSA).

1. L'unité de jour

L'unité de jour accueille douze enfants âgés de trois à onze ans présentant des Troubles du Spectre Autistique (TSA). Elle a pour mission de répondre à la demande de soins ou de diagnostic émanant des familles et/ou d'autres institutions. L'hôpital de jour accueille et accompagne l'enfant ainsi que sa famille et a pour mission :

- l'évaluation et l'orientation thérapeutique des enfants suite à une période d'observation par l'équipe pluridisciplinaire,
- l'accompagnement prolongé et la prise en soin pluridisciplinaire de l'enfant en lien avec sa famille.

◆ L'équipe

L'équipe pluridisciplinaire intègre des personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs. L'équipe se compose : d'un médecin pédopsychiatre, d'un interne, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une psychomotricienne, de deux orthophonistes, de deux aides-soignants, de trois éducateurs et de deux enseignantes scolaires spécialisées. Un éducateur est référent pour chacun des enfants. Il participe aux synthèses de l'enfant et aux rencontres avec l'enfant. Par ailleurs, une convention réalisée avec l'éducation nationale permet aux enfants d'accéder aux apprentissages scolaires en fonction de leur niveau scolaire, de leurs besoins éducatifs et des priorités thérapeutiques. Les temps scolaires se déroulent avec les enseignantes spécialisées en petit groupe (trois enfants maximum) ou en individuel.

◆ Admission et accueil des enfants

Avant une admission, l'enfant et ses parents sont accueillis pour un premier entretien avec le pédopsychiatre. Ensuite, une période d'observation a lieu et se déroule sur trois semaines à temps complet. Il s'agit pour l'équipe de voir comment l'enfant se saisit des changements et d'observer son développement global et ses potentialités. Un compte-rendu écrit de chaque discipline de l'équipe pluridisciplinaire est réalisé. La possibilité d'une future admission est discutée en équipe et présentée aux parents qui décideront de l'admission ou non de leur enfant au sein de l'unité de jour.

Suite à l'admission, l'enfant intègre l'unité de jour à temps complet ou partiel, pour des soins pluridisciplinaires selon un projet thérapeutique individualisé. Les indications de prise en charge (psychomotricité, orthophonie...) et les emplois du temps sont réfléchis en équipe. Aussi, plusieurs synthèses annuelles coordonnent le projet de soin de l'enfant. Suite à ces réunions, le pédopsychiatre et l'éducateur référent de l'enfant rencontrent la famille et transmettent les éléments du compte-rendu. Ce temps d'échange assure une continuité et une cohérence du projet thérapeutique de l'enfant en lien avec sa famille. Par ailleurs, d'autres rencontres s'organisent entre les professionnels et les parents, notamment lors de la présentation d'un groupe thérapeutique ou lors des temps forts de l'unité de jour (moments festifs). Les éducateurs ont des échanges informels avec les parents lorsqu'ils accompagnent leur enfant à l'unité de soin. Néanmoins, la plupart des enfants prennent le taxi chaque jour, ce qui limite ces rencontres.

◆ Organisation spatio-temporelle de l'unité de jour

L'unité de jour est ouverte du lundi au vendredi et accueille les enfants en demi-pension. Les enfants ne sont pas accueillis durant le mois d'août et durant la deuxième semaine de chaque période des vacances scolaires.

Au sein de l'unité de jour, les enfants sont répartis selon deux groupes de six enfants en fonction de leur âge développemental et de leur autonomie, nommés : « les petits » et « les grands ». Chaque groupe a un espace dédié au sein de l'unité de jour et chaque enfant a un éducateur référent au sein de son groupe. Ces repères pour l'enfant facilitent l'accompagnement des temps de vie quotidienne et l'aménagement d'un espace adapté (mobilier adapté pour les petits, mise à disposition de jeux et livres en fonction de leur niveau développemental, etc.). Par ailleurs, les prises en soin thérapeutiques et éducatives en groupe sont réfléchies selon le projet de chaque enfant et non selon cette répartition. L'équipe met en place les ateliers suivants : tri et transvasement, encastrement, jeux de construction, bibliothèque, musique, piscine, cirque, activité sportive, jardin, atelier « bobo », tablettes, arts visuels, cahier photos, peinture et jeux d'eau. De même, certains temps réunissent l'ensemble des enfants tels que le groupe de parole ou l'atelier comptine.

D'un point de vue architectural, un long couloir dessert : le bureau du pédopsychiatre, deux espaces déterminés pour chaque groupe ainsi qu'une salle de repos et le réfectoire. La salle d'arts plastiques et la salle de réunion sont accessibles seulement depuis le réfectoire. Par ailleurs, les enfants bénéficient d'un grand espace extérieur qu'ils partagent régulièrement avec une autre unité de jour pour les enfants ayant des troubles des apprentissages avec des psychopathologies associées.

Quant au fonctionnement, chaque enfant a un emploi du temps personnalisé. Il est affiché près du porte-manteau de l'enfant dans la salle du groupe dont il dépend.

◆ Le repas à l'unité de jour

Le repas rythme la journée à l'unité et est important à considérer dans le projet de soin des enfants étant donné leurs difficultés à manger. Le repas se déroule dans le réfectoire. Les éducateurs et les aides-soignants mangent avec les enfants. Le groupe des plus jeunes mange un peu avant le second groupe afin de moduler les stimulations sonores et visuelles dans le réfectoire. C'est une grande salle séparée en deux par des panneaux. Ces derniers atténuent la résonance sonore et déterminent deux espaces distincts pour chaque groupe. Les plus jeunes mangent sur une seule table, installés dans un coin entouré par trois murs et un panneau. La table et certaines chaises sont adaptées à leur hauteur. Les grands mangent généralement à deux par table. Celles-ci sont assez hautes et rendent difficile une installation confortable et stable pour manger. Également, la forme du réfectoire oblige un espace de circulation, un espace vide derrière quelques tables des grands. Cette disposition peut être insécurisante pour certains enfants qui ne se sentiront pas assez contenus par l'espace du réfectoire.

2. L'approche théorique

A l'hôpital de jour, les enfants bénéficient d'un accompagnement global à visées thérapeutiques, éducatives et pédagogiques. Historiquement, l'institution se situe dans un courant de pensée psychanalytique. Aujourd'hui, la démarche thérapeutique est intégrative. L'institution adopte des moyens non spécifiques pour soutenir le développement de l'enfant en fonction de ses troubles et ses potentialités. Chaque discipline représentée par les membres de l'équipe tient une place égale (abord psycho-corporel, psychothérapeutique, éducatif...) selon des approches variées (cognitivo-comportementale, développementale, psychanalytique).

Selon l'argumentaire publié par la Haute Autorité de Santé (HAS), les prises en charges intégratives : « empruntent leurs moyens à différents courants théoriques et adaptent leur utilisation au contexte de l'enfant, aux souhaits de sa famille et aux

ressources des professionnels de différentes disciplines. Les interventions proposées dans le cadre de ces programmes sont multiples et variables.»²

II. La psychomotricité à l'unité

La psychomotricienne est présente à temps partiel à l'unité (0,75 etp) et tient un rôle central dans l'équipe. Ses prises en soin ont lieu dans les salles de psychomotricité situées au sous-sol et partagées avec les autres psychomotriciennes du service.

Chaque enfant admis pour une observation rencontre la psychomotricienne afin de réaliser un bilan sensori-moteur. Ensuite, une indication pour un suivi en psychomotricité est discutée et décidée en équipe pluridisciplinaire. Selon les besoins de l'enfant et les disponibilités de la psychomotricienne, l'indication prend la forme d'une prise en soin individuelle ou groupale au sein de l'unité ou en consultation extérieure (relais effectués avec les Centres Médicaux- Psychologiques (CMP), les cabinets libéraux).

En tant que membre de l'équipe, la psychomotricienne participe aux réunions de synthèse et aux réunions de fonctionnement de l'unité. Elle partage ses observations et contribue à la cohérence et à la globalité de la prise en soin de l'enfant. Elle réalise des observations au sein de l'unité lorsqu'une demande émerge. Elle n'est pas présente lors des temps de repas. Elle est en lien étroit avec les éducateurs afin d'apporter des aménagements relatifs aux temps de la vie quotidienne. La psychomotricienne partage des éléments nécessaires à la compréhension des manifestations sensorielles, toniques, corporelles de l'enfant en lien avec le vécu psychique de celui-ci. Ce regard spécifique tient une place importante dans l'équipe pluridisciplinaire.

1. Approche sensori-motrice

◆ Présentation

La psychomotricienne est formée à l'approche sensori-motrice de André Bullinger et s'y réfère quotidiennement dans ses prises en soin. Cette approche situe le développement global de l'enfant selon une perspective développementale et instrumentale. La notion de processus et l'intégration progressive des moyens sensori-moteurs s'appuient sur les dimensions physiques et humaines du milieu.³ L'approche instrumentale tente de comprendre « comment s'élaborent des systèmes sensori-moteurs (des outils) qui permettent de comprendre et d'agir sur le milieu. ». Selon l'approche sensori-motrice, la subjectivité se construit au fur et à mesure que le bébé accède à une

2 Site de la Haute Autorité de Santé : Recommandation de bonne pratique – Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (HAS et ANESM, Mars 2012).

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/argumentaire_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf

3 Bullinger A., Camaret E., Chadzynski D., et al., 2009,p. 3

représentation de son organisme, des objets et de l'espace afin d'accéder progressivement à la notion de corps.⁴ Cette activité psychique n'est permise que lorsqu'il y a un équilibre sensori-tonique chez l'enfant associant les variations des stimulations sensorielles aux états toniques de l'organisme. Pour A. Bullinger, le développement sensori-moteur se conçoit comme une suite d'étapes qui s'emboîtent, décrivant un axe de développement au cours duquel les différents espaces corporels se mettent en place : l'espace utérin, l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et finalement l'espace du corps. « A chaque étape correspondent des acquisitions et des élaborations sur différents plans : postural, organisation de l'espace et représentation du corps »⁵. La maîtrise de ces espaces corporels accompagnés des notions clés telles que l'équilibre sensori-tonique, le soubassement sensori-moteur des conduites, les flux sensoriels, le travail de représentation de l'activité psychique fondent cette approche. Je définirai plus précisément dans la partie théorique et dans la discussion les notions nécessaires à l'élaboration de ce travail de mémoire.

◆ Bilan sensori-moteur

Sur prescription du pédopsychiatre, la psychomotricienne s'appuie sur la passation du bilan sensori-moteur de l'enfant pour rédiger et transmettre ses observations à l'équipe. Selon le motif d'indication et les potentialités de l'enfant, certains items de tests standardisés peuvent être réalisés parallèlement (ex: M-ABC). Notons que le degré de sévérité des troubles permet rarement la passation de ces épreuves. Je ne décrirai pas le déroulement du bilan sensori-moteur ici mais souhaite offrir un éclairage quant à la démarche de celui-ci, en lien avec les prises en soin décrites dans ma partie clinique.

Le bilan sensori-moteur s'inscrit dans une démarche intégrative⁶, il « prend en compte la dimension relationnelle dans ses expressions toniques et posturales, associées à la dimension cognitive. »⁷ Il vise à décrire la « trajectoire de l'enfant mise en jeu dans la dynamique du bilan pour une meilleure compréhension de ses potentialités. »⁸ De cette manière, le bilan cherche à évaluer plusieurs domaines tels que les modalités sensori-motrices sur lesquelles l'enfant s'appuie pour évoluer, son développement postural, sa régulation tonique et ses capacités praxiques. Les mises en situation permettent de situer le niveau de compétences sensori-motrices et d'ajuster les propositions cliniques. Le bilan sensori-moteur est filmé et se déroule en présence des parents. De ce fait, « la dynamique d'évaluation dans cet espace d'échange, favorise le remaniement des représentations que chacun se fait de l'enfant, ainsi que l'élaboration d'un projet de soin »⁹.

4 Bullinger, A., Cohen, D., Kloeckner, A., et al., 2009

5 Kloeckner, A., 2011, p. 133

6 Bullinger A., Camaret E., Chadzynski D., et al., 2009, p.10

7 Ibid., p. 4

8 Kloeckner, A., 2011, p. 134

9 Bullinger A., Camaret E., Chadzynski D., et al., 2009, p.6

Dans une de mes études de cas, la présence des parents n'a pas été possible. Ainsi, nous utilisons le terme d'observation sensori-motrice lorsque les conditions de passation sont différentes du bilan sensori-moteur décrit par A. Bullinger.

2. Ma place de stagiaire en psychomotricité

Je suis présente un jour par semaine à l'unité. J'intègre l'équipe lors de la réunion de synthèse et participe au déroulement du groupe oralité en plus d'une prise en soin individuelle. Je me joins également au groupe de parole réunissant l'ensemble des enfants et des membres de l'équipe. Ce temps d'expression a lieu une fois par semaine et favorise la rencontre entre les enfants et le personnel. Il a pour but d'instaurer un dialogue en laissant circuler la parole aux enfants selon une participation active de leur part.

D'autre part, mes observations cliniques, liées à l'oralité et relatées dans ce mémoire sont issues des observations réalisées pendant le groupe oralité, pendant le repas mais aussi pendant le groupe de parole. La salle de psychomotricité et le bureau sont distincts de l'unité de jour, cela limite l'observation des temps informels. Je ne participe pas aux repas du midi avec les enfants, néanmoins, j'ai réalisé plusieurs observations sur ce temps au cours de l'année.

III. Le groupe oralité

1. Présentation du groupe

Le groupe est formé de quatre enfants ayant un TSA, accompagnés par cinq adultes de l'équipe soignante. Cette dernière se compose : de deux psychomotriciennes, d'une orthophoniste et de deux stagiaires en psychomotricité. Chaque thérapeute tient un rôle similaire durant la séance, sauf une psychomotricienne qui coordonne le groupe et les différents temps de la séance.

◆ Indications

L'indication pour ce groupe oralité est posée par le pédopsychiatre pour les enfants autistes qui présentent un retard de langage oral associé à des troubles de l'oralité (avidité, sélectivité alimentaire sévère, PICA¹⁰, etc.). L'anamnèse de l'enfant et les observations réalisées durant les temps de vie quotidienne permettent d'apprécier la nécessité d'une indication pour le groupe oralité. Notons que les parents rapportent généralement les aspects quantitatifs liés au repas et qu'ils sont en difficultés pour décrire les aspects qualitatifs de ce temps (durée des repas, sélectivité, déglutition..)¹¹.

10 Le syndrome PICA : c'est un trouble du comportement alimentaire se caractérisant par une envie irrépressible d'ingérer des éléments non nutritifs et non comestibles chez la personne atteinte.

11 Kloeckner, A., 2011

Plus précisément, l'exploration de la sphère orale au cours du bilan sensori-moteur met en évidence l'investissement de cet espace et les particularités de l'enfant liées à l'oralité. Chaque enfant du groupe montre un degré de sévérité différent en rapport avec ces troubles, constituant la dynamique d'un groupe hétérogène.

◆ Objectifs

Le groupe a pour objectif de soutenir le développement de l'activité de la bouche et de favoriser l'appropriation de l'espace oral, déterminante dans le développement psychomoteur de l'enfant. Il vise à faciliter les temps de repas pour l'enfant et l'équipe et à diminuer les difficultés de l'enfant autour de l'alimentation. Le groupe offre une prise en soin globale de l'enfant visant l'instrumentation de l'espace oral et une meilleure connaissance du corps de l'enfant. L'intervention se fait sur plusieurs niveaux :

- Travailler au niveau postural. Les éléments suivants sont pris en compte : la position assise avec un appui dans le dos, la hauteur de la table, la position des pieds au sol, la nécessité de la flexion de la nuque, le relâchement tonique. La mise en forme corporelle du corps décrite par A. Bullinger¹² fournit les éléments théoriques à cet accompagnement que je décrirai dans la partie théorique sur l'oralité.
- Se réapproprier la sphère orale. Les stimulations péri-orales et orales vont progressivement vers une désensibilisation de la sphère orale. L'objectif est de permettre aux enfants de ne plus être débordés par les stimulations autour de celle-ci. Il s'agit de développer la motricité de la langue et les praxies bucco-faciales.
- Développer l'aspect narratif et de plaisir liés à l'alimentation. Dans cette perspective, les temps de la séance se rapprochent de la chaîne des composants du repas qu'évoquent A. Bullinger¹³. Les éléments suivants décrivent cette succession d'événements : l'appétence et le recrutement tonique, la composante olfactive, la mise en forme posturale, la capture et l'exploration, la succion, la déglutition, la satiété et les aspects hédoniques et de détente.

Enfin, au delà d'un meilleur mode d'alimentation, la sollicitation du langage oral et des interactions au sein du groupe intègrent pleinement les objectifs de ce dernier.

◆ Cadre spatio-temporel

C'est un groupe ouvert se déroulant sur une année scolaire. La séance a lieu chaque lundi matin de 10h30 à 11h45 dans la salle de psychomotricité. Les conditions

¹² Bullinger, A., 2004

¹³ Ibid.

sensorielles et le repérage spatio-temporel aménagés au sein de la salle visent à limiter les réactions exacerbées des enfants TSA en lien avec leur sensibilité particulière. Il s'agit de réduire les stimulations sensorielles environnementales afin que l'enfant puisse se concentrer et être disponible sur l'activité en cours¹⁴. C'est une salle neutre (les murs sont blancs avec seulement une armoire, un banc et un espalier), divisée en deux espaces via un pare-vent : un espace au sol avec des tapis, coussins et couvertures et un espace à table, contre le mur, à la hauteur des enfants. Une lampe halogène nuance la luminosité. Notons que cette salle, située au sous-sol peut-être bruyante. Les pictogrammes utilisés offrent des repères temporels aux enfants et représentent les différents temps de la séance.

◆ Rencontres avec les parents

Trois rencontres avec les parents sont organisés au cours de l'année sur le temps du groupe (en novembre, en mars et en juin). Lors d'un premier temps d'échanges, les parents posent des questions, partagent les évolutions et les difficultés rencontrées à la maison. Des liens sont faits avec les éléments observés lors du groupe (aménagements, nouveautés, etc). Dans un second temps, les enfants rejoignent leur(s) parent(s) et l'équipe pour un temps de partage et d'exploration à table. Ces rencontres ont pour but de favoriser les liens entre les parents et les soignants, d'ajuster le projet de soin de l'enfant et surtout d'accompagner les parents et les enfants à mieux appréhender les temps de repas ensemble (importance de l'installation, ne pas forcer l'enfant à manger, idées de stimulations).

2. Déroulement du groupe :

Chaque semaine le groupe prend forme à la fin de la récréation en allant vers la salle de psychomotricité. Ce temps de transition offre une première prise de contact entre les membres du groupe et donne des éléments quant à la disponibilité de chacun. La séance se divise en trois temps : un premier temps de détente corporelle au sol aborde l'enfant dans sa globalité puis un deuxième temps à table vise à investir tous les sens, d'abord avec les mains puis progressivement au niveau de la sphère orale ; ce temps correspond à la majorité du temps de la séance. Pour terminer, la verbalisation et une comptine constituent le troisième temps. Afin de saisir le déroulement du groupe tel qu'il a été pensé, je décris ici les différents temps.

Le premier temps au tapis permet de se dire bonjour et de remarquer les présences ou les absences de chaque membre du groupe. Accompagnés d'un adulte, les enfants sont invités à s'installer confortablement pour initier un temps de détente.

14 Prudhon, E., 2011

Une chanson débute ce temps. La voix des adultes assure une enveloppe sonore¹⁵ contenant pour les enfants. Ce temps guide l'enfant vers un relâchement tonique et à une prise de conscience corporelle. Les postures d'enroulement, les pressions et les mobilisations passives générées par l'adulte soutiennent ce travail en privilégiant la mise en place de la respiration, souvent bloquée chez l'enfant ayant des troubles de l'oralité.¹⁶ Ce temps de détente se décrit comme un pré-requis pour le second temps à table. Effectivement, les échanges vécus instaurent une relation de confiance nécessaire lors des explorations à table. Au delà d'une meilleure disponibilité psychique et corporelle de l'enfant, la mise en forme du corps facilite l'installation lors du temps à table.

Dans un second temps, les enfants choisissent leur place à table. Il revient à l'adulte de veiller à leur installation afin de leur offrir les appuis corporels nécessaires à une bonne disponibilité et à leur exploration (pieds au sol, hauteur de la table, appuis dos). Un premier sous-temps réveille les sensations des mains puis de la sphère orale avec des objets non alimentaires puis le deuxième sous-temps invite l'exploration d'aliments plus spécifiquement au niveau de la sphère orale.

D'abord, l'exploration d'objets avec les mains aborde les différentes modalités sensorielles (voir, toucher, écouter le bruit..). Chaque enfant dose le gradient de sensibilité qui lui convient (du moins sensible au plus sensible). Puis, les praxies manuelles réalisées (pianotage, pyramide des mains, fermer/ ouvrir les mains...) amènent parallèlement les jeux de bouche en abordant la sphère oro-faciale. Le miroir est régulièrement utilisé lors des praxies bucco-faciales (tirer la langue, gonfler une joue, claquements avec la langue). La sensibilisation de la zone péri-orale averti et prépare aux sollicitations orales. Il peut s'agir de sollicitations tactiles tels que les stimulations péri-orales proposées par A. Bullinger¹⁷ ou d'une comptine gestuelle sur le visage¹⁸. L'enfant garde la possibilité d'accepter ou de refuser la sollicitation et nous oriente sur les possibles explorations orales. Il est placé en tant qu'acteur de son développement. Au cours de l'année, il s'agit d'aller plus rapidement vers les sollicitations orales en respectant toujours le rythme de l'enfant.

Ensuite, des aliments aux particularités sensorielles diverses sont proposées afin de faire vivre l'espace de la bouche. Il s'agit non seulement de regarder mais aussi de sentir, de toucher, d'écouter pour faire appel à la comodalité¹⁹ des sens souvent mise à mal chez les

15 Anzieu, D., 1985

16 Kloeckner, A., 2011

17 Stimulation péri-orale selon A. Bullinger : La stimulation tactile de l'adulte part du lobe de l'oreille pour glisser progressivement vers la commissure des lèvres respectant le gradient de sensibilité de cette zone du visage.

18 Comptine « Je fais le tour de ma maison(visage), bonjour papa (œil droit), bonjour maman (œil gauche), je descends les escalier (le nez), ding-ding (sur le bout du nez), je m'essuie les pieds (au dessus de la lèvre) et je rentre dans la maison (bouche) ».

enfants autistes.²⁰ En lien avec la respiration, l'enfant est invité à se servir de l'olfaction comme mode de prise de contact avec l'aliment. Les manipulations et les explorations diverses visent progressivement la mise en bouche. Lorsque les sollicitations orales sont possibles, l'adulte propose des situations sensori-motrices nouvelles qui surprennent à partir d'un aliment aimé (chocolat sur une brosse à dents). La capacité de familiarisation et la notion de gradient soutiennent l'exploration de nouvelles capacités orales au rythme de l'enfant (ex: praxies bucco-faciales). L'enfant a la possibilité de cracher. Il explore le passage entre le dedans et le dehors en étant acteur. Par ailleurs, des aliments frais sont régulièrement proposés afin de ramener l'enfant à une réalité alimentaire au-delà des caractéristiques tactiles, olfactives, gustatives et visuelles qui les caractérisent. À travers la mise en forme, les appuis et le relation de confiance, l'adulte accompagne l'enfant dans ses manipulations à dépasser ses irritabilités, ses conduites d'évitement ou son avidité.

Pour terminer, le dernier temps se déroule sur les tapis et se compose d'une comptine puis d'un temps de verbalisation. Tour à tour, chaque enfant se place dans le cerceau. C'est un moment privilégié pour raconter la séance de l'enfant devant le groupe : ce qu'il a fait, ce qui a été difficile, ce qu'il a aimé. L'enfant peut raconter lui-même s'il le souhaite. Ce temps narratif permet de mettre en mot le vécu de l'enfant avant de retourner en groupe à l'unité.

Un temps de transmission entre les thérapeutes se déroule après le groupe. Il s'agit d'échanger nos observations et nos questionnements afin d'adapter le contenu des séances à suivre et d'orienter nos axes de travail pour chaque enfant.

3. La question du groupe

Lors des premières séances et face à des enfants autistes très en difficulté, l'idée du groupe m'interroge. Les difficultés d'interactions et la non différenciation de soi et de l'autre chez ces enfants m'apparaissent tellement sévères que je me questionne sur l'intérêt du dispositif groupal. Étant autant d'adultes que d'enfants, nous faisons de l'individuel dans un groupe. Les duos enfant-adulte se mettent en place et nous veillons à alterner ceux-là afin de ne pas s'inscrire dans une immuabilité au cours de l'année. Progressivement, je remarque que le groupe prend sens pour chacun et offre une dynamique commune. Il est clair que le groupe favorise les échanges entre tous au-delà d'assurer une fonction contenante pour les enfants. En rapport avec l'alimentation et le temps de repas, le groupe assure un temps de partage, de plaisir et de relation à l'autre non négligeable dans le processus de subjectivation de l'enfant. En rapport avec ma problématique, je reviendrai sur cette question du groupe au cours de ma discussion.

19 Comodalité : Le système perceptif de la personne traite les informations sensorielles en coordonnant plusieurs entrées sensorielles (visuelles, tactiles, auditives, etc.). La comodalité des sens permet d'accéder à une perception globale et unifiée de l'objet, de la situation et de soi-même.

20 Kloeckner, A., 2011

B. LES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA)

I. Présentation de l'autisme

Selon, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Les Troubles du Spectre Autistique regroupent un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication et du langage, et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitifs. »²¹

Du grec « autos » qui signifie « soi-même », le terme « autisme » est proposé par Bleuler en 1911 pour décrire le symptôme de repli sur soi observé chez les adultes schizophrènes. Par la suite, ce sont les descriptions de Kanner et Asperger qui marqueront les débuts historiques de l'autisme chez l'enfant. Il faudra attendre 1980 pour que l'autisme en tant que syndrome obtienne une place centrale aux yeux de la communauté pédopsychiatrique. Sa description dans le Manuel Statistique des troubles Mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM III de l'APA) l'inscrit pour la première fois dans la catégorie des troubles globaux du développement (TGD).

1. Classifications

En 1994, dans le DSM IV, révision du DSM III, les TGD deviennent les « Troubles envahissants du développement » (TED) et la notion de psychose précoce est abandonnée. Les TED regroupent :

- le syndrome d'Asperger, caractérisé par une absence de retard d'apparition du langage et un niveau de fonctionnement global préservé,
- le syndrome de Rett est mis en évidence chez les jeunes fille selon une origine génétique précise. Les troubles surviennent suite à un développement normal de l'enfant,
- les troubles désintégratifs de l'enfance présentent une symptomatologie d'apparition tardive,
- les TED non spécifiés correspondent à l'autisme atypique et la catégorie des autres TED définis dans la Classification internationale des maladies, 10^{ème} édition (CIM 10),
- les troubles autistiques dans le DSM IV font références à « l'autisme infantile » décrit par Kanner et évoqué dans la catégorie des TED de la CIM 10²².

21 Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/fr/>

22 Maffre, T., Perrin, J., 2013

Par ailleurs, les deux classifications reprennent la triade de critères cliniques conduisant au diagnostic d'autisme. Elle se compose :

- des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques : des difficultés à nouer des relations avec les pairs avec une tendance à s'isoler, un manque d'utilisation de la communication non verbale, une mauvaise appréciation des signaux sociaux, toniques et émotionnels, un manque de réciprocité sociale et émotionnelle avec peu ou pas de gestes sociaux, interactifs ou d'imitation,
- des altérations qualitatives de la communication : un retard ou une absence totale du langage verbal, le « je » n'est pas utilisé, l'intonation peut-être étrange avec la présence d'écholalies, un usage stéréotypé ou répétitif du langage, etc.,
- un caractère restreint, répétitif, stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités²³: fascination pour des objets inhabituels (bouts de ficelle, etc.) et focalisation sur certaines particularités sensorielles de l'objet ; besoin de rituels avec une certaine immuabilité et des stéréotypies motrices ou gestuelles.

Également, l'expression précoce (avant trente mois) des comportements observés au cours du développement de l'enfant doit être constatée pour qu'un diagnostic d'autisme puisse être validé.

Aujourd'hui, la catégorie des TED décrite par la CIM 10 est d'actualité et est recommandée en tant que référence par la Haute Autorité de Santé (HAS) française²⁴. Une révision de celle-ci est en cours. Quant au DSM, l'arrivée de la cinquième édition en 2013 par l'APA évoque le terme de « Troubles du Spectre Autistique» (TSA) à la place des « Troubles Envahissants du Développement » (TED). Une approche dimensionnelle est privilégiée avec l'utilisation du terme de « spectre ». De plus, la triade se transforme en dyade accompagnée d'une échelle de sévérité des troubles observés concernant:

- les déficits sociaux et/ou de communication,
- les intérêts restreints et les comportements répétitifs.

Selon cette classification, le diagnostic doit préciser le fonctionnement intellectuel (avec ou sans retard intellectuel) ainsi que le développement langagier.

Au-delà des différentes classifications, il est important de rappeler la variété des tableaux cliniques, des trajectoires évolutives et des troubles associés qui rendent compte de la complexité de la problématique autistique.²⁵

23 American Psychiatric Association (APA), 2011, p.60

24 Maffre, T., Perrin, J., 2013

25 Ibid.

2. Les étiologies

L'autisme est un trouble neuro-développemental.²⁶Aucune cause unique n'explique les Troubles du Spectre Autistique (TSA) à l'heure actuelle. Les premières études défendent la présence de facteurs génétiques. Les données neurobiologiques montrent des particularités cérébrales chez la personne autiste mettant en évidence l'activation anormale de certaines zones cérébrales notamment lors d'interactions sociales, d'expression émotionnelle ou de tâches cognitives. Les approches neuropsychologiques se focalisent sur la cognition sociale²⁷ comme origine des troubles de l'interaction sociale. Quant aux théories psychodynamiques, elles émettent l'hypothèse d'une origine psychogène liée à un dysfonctionnement des interactions mère-enfant et à une altération du processus de séparation/ individuation.

La recherche scientifique sur l'autisme s'étend sur de nombreuses disciplines et rend compte par ses résultats de la complexité de la problématique autistique.

3. Les troubles associés

D'après T. Maffre et J. Perrin, psychomotriciens, les personnes avec un TSA ont une forte comorbidité avec la déficience mentale (50 à 70%). Aussi, une prévalence élevée est remarquée avec la phobie sociale (29%), les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (28%) et l'épilepsie (25%). Également, des troubles du sommeil sont fréquemment décrits ainsi que des troubles de l'alimentation que je décrirai ultérieurement.²⁸

Après avoir présenté les TSA à partir des classifications et des signes cliniques, je souhaite aborder l'autisme sous un regard psychomoteur.

II. Les TSA : une manière singulière d'habiter son corps

La lecture psychomotrice de l'autisme que je propose ici intègre plusieurs courants théoriques tels que la psychodynamique, l'approche développementale de A. Bullinger et quelques éléments de neurosciences. Afin d'introduire la problématique autistique, je souhaite préciser les notions de conscience de soi et d'habitation corporelle telles que les entends dans ce mémoire. Ensuite, je décrirai les particularités du traitement sensoriel chez l'enfant autiste et son investissement corporel. Enfin, je développerai les notions d'enveloppes corporelles et d'image du corps en lien avec la problématique autistique.

26 Maffre, T., Perrin, J., T., 2013, p.23

27 La cognition sociale : « elle consiste à comprendre les comportements d'autrui, à déchiffrer les intentions, désirs, croyances et autres aspects de l'expérience subjective de l'autre. » C'est la capacité à attribuer un sens et une interprétation aux comportements des autres. Maffre, T., Perrin, J., 2013, p.209

28 CF infra p. 20

1. La conscience de soi

La conscience de soi fait référence à « la capacité de compréhension et de connaissance de soi-même en tant qu'entité distincte et unique, indépendante des autres, constante et stable dans le temps, qui se développe progressivement, par étapes identifiées, depuis la petite enfance. »²⁹. A. R. Damasio, neuroscientifique, décrit la conscience noyau comme une « proto-conscience », dans « l'ici et maintenant »³⁰. Le premier sens du soi se situe dans le présent et émerge de la sensation induite par les stimuli auxquels est confronté sans cesse l'organisme. Ainsi, la conscience noyau, forme de soi éphémère, donne naissance au « Soi central » d'après lui. La seconde forme de conscience est qualifiée de « conscience étendue »³¹. Elle considère chez l'individu les données de son passé, de son environnement et du futur. Ici, la conscience accède à une forme de mémoire et d'anticipation. Elle permet que le sentiment de soi perdure à partir de la mémoire auto-biographique et des expériences individuelles. Cela contribue au « Soi autobiographique ».

D'après A R Damasio, c'est à partir de ces deux types de conscience s'étayant l'une sur l'autre que vont émerger le sentiment de soi chez l'individu. Or, si la conscience noyau est toujours préservée car nécessaire à la survie de l'individu; la conscience étendue peut être altérée selon lui. On peut imaginer dans ce sens que la personne autiste accède à un certain niveau de conscience de soi, relative à la conscience noyau. Toutefois, la question se pose sur la continuité de ce sentiment chez l'enfant autiste étant donné le défaut d'intégration des enveloppes corporelles et l'altération de leur image du corps. Effectivement, d'après E. Pireyre, « cette « continuité d'existence » selon D. Winnicott peut-être atteinte ou non acquise dans le cas de la pathologie autistique. »³² Or, le sentiment de soi se construit sur la base de la perception d'un corps propre, unifié et de ses limites. Pour D. Brun, l'habitation corporelle serait: « une manière de parvenir à garder un espace où pouvoir dire moi-je. Habiter son corps est un acte psychique appuyé sur du sensoriel qui participe de la construction identitaire.»³³ Ainsi, il est indispensable d'accompagner l'enfant autiste à vivre des expériences motrices et sensorielles variées et de faire de leur organisme, un lieu habité : le corps.

29 Brédart, S., Van der Linden, M., 2012,, p.20

30 Damasio, A. R., Larsonneur, C., 2001, p.31

31 Ibid., p. 231

32 Pireyre, E. W., 2011, p.55.

33 Brun, D., 2006, p.7.

2. L'investissement corporel de l'enfant ayant un TSA

◆ Particularités motrices

A propos du développement moteur, les données sont nombreuses et souvent contradictoires, illustrant la variabilité des profils cliniques et l'étendue des TSA. D. Caucale et R. Brunod précisent que les sujets ayant un TSA gardent « une motricité satisfaisante dans l'efficacité, mais diminuée dans la diversité et la qualité ». ³⁴ Je décris ici les particularités motrices les plus fréquentes chez l'enfant ayant un TSA.

Il est décrit des troubles des ajustements posturaux anticipés (APA), des réactions de protection, des asymétries (lors de la station debout mais aussi lors de la marche autonome). De plus, la posture est particulière avec une recherche de sensations fréquente, notamment lors de la marche (sur la pointe des pieds). Des troubles toniques sont repérés ainsi que des troubles de la régulation tonique passant d'un pôle tonique à un autre. Concernant le tonus de fond, « l'hypotonie et l'hyperlaxité ligamentaire sont fréquemment décrites chez les personnes TSA » ³⁵. On remarque également un recrutement tonique important lors du tonus d'action avec une augmentation de la fatigabilité chez l'enfant. Pour continuer, les sujets ayant un TSA présentent des troubles des mouvements intentionnels et complexes tels que les praxies et des troubles de la latéralité. J. Perrin explique la présence d'un déficit des compétences de motricité fine. Les difficultés de coordination bi-manuelle et d'habileté manuelle régulièrement observées chez les enfants TSA, ont des répercussions dans l'acquisition des gestes du quotidien en rendant difficile l'utilisation d'outils tels qu'un crayon ou qu'une cuillère par exemple. Enfin, les stéréotypies motrices observées chez les personnes avec TSA relèvent de l'ensemble des comportements répétitifs qui constituent le deuxième axe du diagnostic de l'autisme. Elles englobent « un ensemble de comportements moteurs très différents se caractérisant par des mouvements rythmés, répétitifs et sans but fonctionnel apparent. » ³⁶

◆ Un défaut d'intégration de l'axe corporel

Selon A. Bullinger, l'axe corporel met en lien les acquisitions posturales, les coordinations sensorimotrices et les notions spatiales grâce à l'intégration des différents espaces corporels (espace oral, du buste, du torse et la maîtrise du corps). « L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité. » ³⁷ Or, A. Bullinger ³⁸ mentionne un déficit d'intégration de l'axe corporel chez

34 Brunod, R., Caucal, D., 2010, p.69

35 Maffre, T., Perrin, J., 2013

36 Maffre, T., Perrin, J., 2013, p. 137

37 Bullinger, A., 2004, p. 143

38 Bullinger, A., 2015

l'enfant autiste qui se manifeste par des agrippements ou stéréotypies (oral, visuel, etc.). Je reprends ici les étapes de l'axe de développement proposé par A. Bullinger (Cf. Annexe 6) afin de comprendre l'investissement corporel particulier chez l'enfant autiste.

D'abord, l'espace oral, limite entre le dedans et le dehors, est le premier espace d'exploration pour l'enfant en plus de la fonction nutritive qu'il assure. L'espace oral sert de zone de transit et permet le passage d'un objet d'une main à une autre. La construction de cet espace nécessite de coordonner l'acte de mettre en bouche et le fait d'explorer. Chez l'enfant autiste, cette coordination est souvent défaillante. Le défaut d'intégration de l'espace oral entraîne par la suite des troubles alimentaires en plus d'impacter l'organisation gestuelle globale de l'enfant. Je développerai l'espace oral et sa construction en abordant l'oralité dans sa globalité.³⁹

L'étape suivante, relative à l'espace du buste, permet à l'enfant de se redresser progressivement. Les mouvements d'extension et de flexion du buste assurent la maîtrise de cet espace grâce à l'équilibration tonique et musculaire de l'avant du corps et de l'arrière, aboutissant à la création de l'arrière-fond. Cette nouvelle acquisition posturale module la coordination de la vision focale et périphérique du système visuel. Elle permet à l'enfant d'alterner son regard entre accrochage et exploration. Chez l'enfant autiste, A. Bullinger repère une dominance de l'aspect d'extension et la présence souvent d'un tonus pneumatique. Au niveau visuel, un agrippement persiste régulièrement, illustrant un défaut d'intériorisation de l'arrière fond.

En rapport avec l'espace du torse, les progrès de redressement et de rotation du buste rendent possible le passage d'une posture asymétrique à une autre. L'enfant croise l'axe médian traduisant l'unification des hémisphères droit et gauche avec l'espace oral. L'espace de préhension qui en découle rend possible les coordinations bi-manuelles. Chez l'enfant autiste, A. Bullinger décrit des difficultés à coordonner les espaces droit et gauche avec une fixation sur l'espace oral. De plus, la coordination des deux mains est souvent mise en péril. Ce manque de coordination renvoie à la notion de « clivage vertical⁴⁰ » de G. Haag décrivant des enfants qui semblent n'avoir qu'un hémicorps. Elle évoque le recours à la fusion entre l'hémicorps de l'enfant autiste et celui de l'adulte à ses côtés.

Pour terminer, la maîtrise du corps se finalise par l'investissement du bassin, nécessaire lors des coordinations entre le haut et le bas du corps. Cette coordination offre une première représentation de l'organisme dans son ensemble d'où émerge de nouvelles acquisitions chez l'enfant telles que la marche et la propreté. Chez l'enfant autiste,

39 CF infra p.38

40 Haag, G., 2006, p.41

l'intégration de la charnière entre le haut et le bas du corps et l'appropriation des membres inférieurs se font plus tardivement avec un défaut de régulation tonique du bas du corps.

Le défaut d'intégration de l'axe corporel chez l'enfant autiste explique le besoin d'appuis corporels et entrave la tenue d'un corps érigé. Par ailleurs, les possibilités instrumentales sont limitées.

3. Un traitement de l'information sensorielle particulier

Le défaut d'intégration sensorielle et le traitement archaïque des flux sensoriels altèrent la perception de ceux-là par la personne autiste, qui montre de ce fait des particularités sensorielles.

◆ Défaut d'intégration sensorielle

En 2013, la sortie du DSM -V associe des troubles du traitement de l'information sensorielle au sein des TSA et décrit une hyper ou hypo réactivité aux stimulations sensorielles ou un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement. Ces troubles sont intégrés au domaine des comportements répétitifs et restreints des critères diagnostiques. Suite aux travaux de J. Ayres, L. J. Miller⁴¹ propose en 2006 une nouvelle nomenclature à propos des troubles du traitement de l'information sensorielle (en anglais, *Sensory Processing Disorder, SPD*). Elle évoque trois troubles où les stimuli ne sont pas organisés en réponses appropriées : les troubles moteurs d'origine sensorielle, les troubles sensoriels discriminatifs et les troubles de la modulation sensorielle. Ces derniers étant les plus fréquemment rencontrés au sein de la pathologie autistique, je les décris ici.

Les troubles de la modulation sensorielle regroupent des réactions d'hypo-sensibilité et d'hyper-sensibilité face aux stimulations de l'environnement ainsi que des comportements de recherches sensorielles.⁴² Ces particularités illustrent la présence de seuils perceptifs variables chez les enfants avec TSA⁴³ et conduisent à des comportements d'hypo ou d'hyper réactivité aux stimulations, malgré l'absence de toute atteinte des organes sensoriels. On désigne l'hypo réactivité sensorielle lorsque l'enfant présente peu ou pas de réponse malgré les entrées sensorielles ou réagit plus lentement à celles-ci. On parle d'hyper réactivité lorsque la réponse de l'enfant est plus rapide, intense ou de plus longue durée. Ces particularités sensorielles « peuvent s'accompagner d'états émotionnels intenses »⁴⁴ manifestés par la peur, la colère, l'agressivité, la fuite, etc. De plus, O. Gorgy

41 Miller L. J. and al.,2007

42 Gorgy, O.,2016, p.165

43 Maffre, T., Perrin, J., 2013, p.185

44 Brunod, R., Caucau, D., 2010, p.63

rajoute que 31 % des enfants présentent une recherche sensorielle manifestée le plus souvent par des stéréotypies motrices et des auto-stimulations.

◆ Un traitement archaïque des flux

A. Bullinger écrit : « un flux est constitué par une source qui émet de manière continue et orientée un agent susceptible d'irriter une surface : le capteur sensoriel ». ⁴⁵ Il décrit les flux vestibulaires, tactiles, olfactifs, sonores, visuels auxquels l'organisme est sensible. Chez l'enfant autiste le traitement des flux sensoriels est privilégié par le système archaïque. L'enfant « tend à maximiser les effets des systèmes archaïques pour maintenir une mobilisation tonique plutôt que d'utiliser à des fins exploratoires ou manipulatoires les organes sensoriels. » ⁴⁶ De cette manière, les informations sensorielles sont traitées au niveau qualitatif (texture, température) selon une réponse tonico-émotionnelle de l'enfant (hyperextension et retrait). Le traitement spatial de l'information nécessaire à la fonction instrumentale de l'objet n'a pas lieu.

◆ Les particularités sensorielles chez le sujet ayant un TSA

T. Maffre et J. Perrin écrivent que : « Chez les enfants autistes, des particularités sensorielles sont fréquemment et précocement relevées par leur entourage sous l'angle de manifestations comportementales particulières » ⁴⁷. Je reprends ici les particularités les plus fréquentes chez l'enfant autiste au niveau visuel, auditif, tactile, olfactif et gustatif, vestibulaire et proprioceptif.

- La vision

De manière générale, les personnes avec autisme montrent une sensibilité accrue pour les informations visuelles (sources lumineuses, reflets du miroir, détails visuels, objets en mouvements, etc.). De ce fait, l'aspect visuel des aliments (couleur, forme) impacte fortement l'alimentation chez l'enfant autiste. Selon A. Bullinger, un regard de biais ou fuyant privilégie la vision périphérique au détriment de la vision focale. Ce défaut de coordination des deux systèmes rend difficile l'accroche et la poursuite visuelle.

- L'audition

Les réactions aux stimulations auditives sont fluctuantes chez la plupart des enfants ayant un TSA. L'enfant peut réagir démesurément à la suite d'un bruit habituel alors qu'il peut ne pas réagir à l'appel de son prénom ou à d'autres stimuli sonores. Aussi, la fascination pour les haut-parleurs (micro, radio) provoque une résonance proprioceptive source de contenance pour l'enfant autiste. De plus, « la chaîne habituelle de réponses à

45 Bullinger, A., 2004, p.25

46 Bullinger, A., Cohen, D., Kloeckner, A., et al., 2009, p.158

47 Maffre, T., Perrin, J., 2013, p.177

un flux auditif (mise en alerte du corps, orientation vers la localisation de la source sonore, conduites d'exploration) ne s'engage pas au-delà de la fonction d'alerte. »⁴⁸. De ce fait, un recrutement tonique a lieu (système archaïque) mais l'enfant ne peut localiser la source et est incapable de donner du sens à l'information sonore. Ce vécu peut-être source de désorganisation voire d'angoisse pour l'enfant. Lors du temps de repas notamment, les enfants sensibles au bruit peuvent être extrêmement dérangés par la situation voire même par leur propre mastication pour les plus sensibles.

- Le tact

« La perturbation des messages cutanés dans le sens d'une hypo ou surtout d'une hyperesthésie désagréable est fréquente chez les enfants autistes »⁴⁹ Les aspects qualitatifs des flux tactiles sont privilégiés, soit la texture, la température, la douleur. Ce traitement archaïque entraîne : soit un évitement (ou retrait), l'enfant refuse d'être touché ou de toucher, soit des mouvements de manipulations fines sollicitant la pulpe des doigts afin de maximiser les effets du système archaïque.

- L'olfaction et la gustation

Ces deux modalités sensorielles sont étroitement liées, c'est pourquoi j'ai choisi de les traiter ensemble. Chez les enfants avec un TSA et en lien avec un traitement archaïque des stimulations sensorielles, on observe une forte attraction pour les odeurs fortes (épices, marqueurs) ainsi que des conduites de flairage (objets, personnes, aliments). A contrario, du fait d'une hypersensibilité, certaines odeurs peuvent les incommoder entraînant un refus ou un évitement de l'aliment, de la pièce ou de la personne. Concernant le système gustatif, on note des particularités. Certains recherchent des aliments au goût très fort et épicé voire des produits non comestibles tandis que d'autres présentent une sélectivité alimentaire sur la base des saveurs (sucré, salé).

- Le vestibule

L'enfant ayant un TSA peut présenter une hypersensibilité aux stimulations de l'appareil vestibulaire entraînant une mise en retrait, une limitation des déplacements et une appréhension des mouvements rapides. A l'inverse, l'hyposensibilité vestibulaire se traduit par une recherche de ces sensations illustrée par une instabilité motrice, un attrait particulier pour les mouvements de balancement, de rotation, etc.

- La proprioception

« Chez les personnes avec TSA, les troubles de la perception proprioceptive sont fréquemment décrits. »⁵⁰ Or, la proprioception selon A. Bullinger résulte de la coordination

48 Bullinger, A., Cohen, D., Kloeckner, A., et al., 2009, p. 158

49 Brunod, R., Caucal, D., R., 2010, p. 44

50 Maffre, T., Perrin, J., 2013, p. 180

entre l'état et la position des parties du corps de l'enfant au niveau musculaire, articulaire et de l'ossature (sensibilité profonde) avec les flux sensoriels de l'environnement⁵¹. Ainsi, la proprioception contribue à la prise de conscience du corps dans l'espace. Chez l'enfant autiste, ce dernier cherche fréquemment à maximiser ses sensations internes (agitation, stéréotypies, etc.) afin d'assurer le maintien de l'enveloppe corporelle, que je vais décrire maintenant.

4. Les enveloppes corporelle et psychique : se faire exister

◆ Le « Moi-peau » de D. Anzieu

La peau constitue l'organe le plus étendu du corps humain ; elle forme une véritable limite corporelle, différenciant l'intérieur du corps de l'environnement extérieur. De plus, elle présente des qualités sensorielles riches liées au tactile, au thermique ou à l'algique. Le concept du Moi-Peau apporte un éclairage quant à l'altération des enveloppes corporelles et psychiques chez l'enfant autiste. Les présentations d'Ali et Samuel illustreront cette altération étant donné les irritabilités tactiles et le défaut d'intégration des orifices du corps repérés chez eux.

D. Anzieu définit le concept de Moi-Peau comme : « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »⁵² Pour lui, la vie psychique et les représentations se construisent à partir de l'expérience corporelle, notamment tactile. La peau assure en plus de ses rôles physiologiques et de protection, des fonctions déterminantes dans l'élaboration de contenants psychiques, dans l'intégration du Moi et dans la relation à l'autre. Il décrit huit fonctions : la maintenance, la contenance, la constance, l'individuation, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces sensorielles tactiles. Je décris ici les principales fonctions dont je parlerai dans la discussion.

La fonction de maintenance est proche du « holding »⁵³, elle rassemble l'état d'unité du bébé et assure une fonction de maintenance du psychisme. L'appui externe offert au bébé soutient la prise d'un appui interne, de son axe vers la verticalité. La fonction de contenance, se rapprochant du « handling »⁵⁴, contient le psychisme comme une enveloppe en marquant une limite entre le dedans et le dehors. Lors du temps de

51 Bullinger, A., 2004

52 Anzieu D., 1985, p.61

53 Le « holding » correspond au portage de la mère, à la façon dont elle soutient son enfant, tant physiquement que psychiquement. Winnicott D.W., 1958

54 Le « handling » se rapporte à la façon dont la mère prend soin de son enfant au quotidien nécessaire à la constitution des limites corporelles et de la personnalisation. Winnicott D.W., 1958

nourrissage, l'interaction entre le bébé et sa mère lui permet de ressentir une première contenance. La fonction d'individuation permet l'émergence du soi et du sentiment d'unicité de la personne. La fonction d'intersensorialité décrit la peau comme une surface reliante, de correspondance entre les sensations de diverses natures.

Le défaut de construction de la peau physique et psychique a des conséquences sur la construction du Moi et peut entraîner des vécus angoissants, notamment chez la personne autiste. De plus, l'investissement des orifices, dont la sphère orale, est fortement chargé en fantasmes, peurs et événements subjectifs et modèle en profondeur la structure psychique.⁵⁵ Selon E. Pyreire, leur importante réceptivité sensorielle, leurs particularités physiologiques, le fort investissement libidinal, et la fonction d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps que les orifices corporels assurent rendent difficile leur investissement chez l'enfant ayant un TSA.

◆ L'enveloppe corporelle de A. Bullinger

L'approche de A. Bullinger relative aux enveloppes corporelles et psychiques permet de saisir la relation entre la construction d'un corps propre et la relation avec l'environnement. Selon lui, la face interne et la face externe vont constituer les deux côtés de l'enveloppe corporelle pour l'enfant. La face interne est constituée par les modulations toniques de l'organisme et des composantes archaïques et émotionnelles des stimulations sensorielles. La deuxième face, externe, relève des interactions de l'enfant avec l'environnement. A travers le dialogue tonique surtout, l'impression du milieu humain donne un sens aux signaux perçus par le bébé. Finalement, ce dernier prend progressivement conscience des frontières de son corps jusqu'à arriver à une représentation stable dans le temps, se dégageant de l'action en cours. Le bébé accède à une première forme de contenance.

Chez l'enfant à risque autistique, les interactions avec autrui, notamment au niveau du dialogue tonique, permettent difficilement la mise en sens du vécu corporel pour l'enfant. Ainsi, les réponses qui lui sont offertes peuvent ne pas répondre à ses besoins, voire même être source de désorganisation. A. Bullinger explique que la constitution des frontières est souvent altérée avec la manifestation de conduites qui maximisent l'une ou l'autre composante de l'enveloppe corporelle. Selon lui : « Si c'est la face interne qui est privilégiée, pratiquement tous les muscles sont en cocontraction, l'enfant s'enferme dans une carapace tonique qui le tient. [...] »⁵⁶ Si c'est la face externe, la recherche de sensations tactiles archaïques en continu (mise en mouvement, stéréotypies) est nécessaire pour offrir une perception des limites corporelles et actualiser le sentiment d'enveloppe corporelle. Ces conduites ne nécessitent pas de représentations spatiales puisqu'elles

55 Pyreire, E. W., 2011, p.86

56 Bullinger, A., 2015, p. 96

n'existent pas en dehors de l'action elle-même (proto-représentation). Dans ce cas, « L'émotion créée suffit à donner, ici et maintenant, un sentiment d'unicité »⁵⁷.

5. Une intégration particulière de l'image du corps

Selon E. Pyreire, « l'image du corps se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés (système somesthésique et viscéral), elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore. »⁵⁸ Il décrit l'Image Composite du Corps (ICC) à partir de neuf composantes : la continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau dans l'image du corps, l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques.

En évoquant les sous-composantes de l'ICC détaillée par E. Pyreire, je souhaite apporter un éclairage relatif à l'altération de la représentation de soi chez l'enfant autiste et à la manière dont il s'approprie son corps. Je ne reprendrai pas la notion qu'est le sentiment de continuité d'existence car elle a déjà été évoquée, en lien avec la conscience de soi. Aussi, la peau comme composante a été détaillée à partir du concept du Moi-Peau de D. Anzieu et de l'enveloppe corporelle décrite par A. Bullinger.

- L'identité « trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents (...) alors le processus de subjectivation peut se développer en s'appuyant sur certains aspects de la sensorialité et du dialogue tonique. »⁵⁹ Ici, la sensorialité différencie le dedans du dehors, le soi, de l'autre et constitue un vecteur primordial de la construction et du maintien de l'identité. La subjectivation selon E. Pyreire est : « l'appropriation de ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre. »⁶⁰

Dans la pathologie autistique, cette limite est défaillante. E. Bick désigne l'identité adhésive, comme le premier niveau identificatoire. Le seul moyen de survivre est de se coller, d'adhérer à l'autre pour acquérir une identité, comme c'est encore le cas pour les enfants ayant un TSA.

- L'identité sexuée correspond au sentiment d'appartenance au genre masculin ou féminin. L'enfant autiste accède difficilement à une identité personnelle et encore moins à une identification sexuée.

57 Bullinger, A., 2004, p. 184

58 Pyreire, E. W., 2011

59 Pyreire, E. W., 2011, p.62

60 Pyreire, E. W., 2011, p. 63

- L'intérieur du corps décrit le corps comme un contenu et pas seulement comme un contenant. La majorité des systèmes (les os, les articulations, les muscles, les fascias et les viscères) constituant le corps nous sont invisibles (hors mis la peau). En complément du Moi-Peau, B. Lesage⁶¹ décrit le « Moi-os », le « Moi articulaire », le « moi-muscle » et le « moi organe ». En fonction des qualités propres de chaque système, un vécu de soi est rapporté à l'individu. Dans la pathologie autistique, le défaut d'intégration d'un axe corporel solide et d'un tonus suffisant, renvoient un manque de solidité, où l'intérieur du corps est vu seulement à travers des matières, fluides, liquides ou gazeuses.⁶²
- Le tonus reflète l'état de tension des muscles et se définit selon trois formes : le tonus de fond désigne l'état de légère tension des muscles au repos, il est permanent et involontaire ; le tonus d'action permet la mise en mouvement du corps par ses variations de tensions musculaires alors que le tonus de posture assure le maintien d'une attitude en offrant la tension musculaire requise. Hormis ces fonctions motrices et posturales, le tonus est étroitement lié aux émotions. Il est le support de la communication et permet de ressentir les réactions tonico-émotionnelles de soi et de l'autre à travers le dialogue tonique. Chez les sujets ayant un TSA, les troubles toniques impactent tant la posture et leur motricité que la communication infra-verbale. Cela est illustrée par un défaut d'ajustement tonique dans les interactions, des réactions tonico-émotionnelles inadaptées et un défaut de régulation tonique.
- Les compétences communicationnelles du corps placent ce dernier comme support d'expression et de communication à travers le tonus, les émotions, les attitudes, la gestualité, les mimiques et le regard. Chez la personne autiste, les difficultés de communication altèrent ces compétences au niveau corporel. La personne prend difficilement conscience de cette communication du corps et montre une difficulté avec certains canaux, par exemple le regard qu'elle évite régulièrement.
- La sensibilité somato-viscérale intègre l'interoception⁶³, la proprioception⁶⁴, et l'extéroception⁶⁵. Ces sensations sont liées à la perception du corps et représentent « l'organisation physiologique de la sensorialité humaine ». ⁶⁶ Cette composante pourrait se substituer à la terminologie du schéma corporel bien qu'ici les sources de sensations sont plus vastes et qu'il est difficile de percevoir son corps tel qu'il est réellement.

61 Lesage, B., 2012

62 Pireyre, E. W., 2011, p.95

63 L'interoception est la sensibilité viscérale, elle traite les informations provenant des viscères.

64 La proprioception ici, traite les afférences provenant des articulations, des ligaments et des tendons.

65 L'extéroception traite les informations mécaniques, chimiques, nociceptives et thermiques.

66 Pireyre, E. W., 2011

La part de subjectivité et la prise en compte des émotions et du vécu corporel intègrent la notion de sensibilité somato-viscérale d'après E. Pireyre. Du point de vue des neurosciences, A. R. Damasio explique que notre cerveau forme des cartes mnésiques où les réseaux de neurones qui les forment permettent de garder une trace de chaque expérience de l'individu. Ainsi, tout ce qui se passe dans notre corps est cartographié afin d'intérioriser les sensations et les vécus associés vers des représentations, qui, ramenées à la conscience peuvent devenir des images.

Dans la pathologie autistique, O. Gorgy⁶⁷, psychomotricien, précise une forte proportion des troubles de sensorialités intéroceptives en rapport avec la somesthésie et la proprioception. De plus, le défaut d'intégration sensoriel, les troubles tonico-émotionnels et les angoisses vécues altèrent le vécu d'un corps unifié. Meltzer évoque le phénomène de démantèlement comme un agrippement à une seule caractéristique sensorielle délaissant le traitement global des informations sensorielles et aboutissant à une perception fragmentée de l'objet et de lui-même. Cet ensemble de particularités rend difficile une perception cohérente entre les sensations du corps et les stimulations de l'environnement, pourtant à la base de l'image tridimensionnelle du corps.

- Les angoisses corporelles archaïques désignent un troubles majeures de l'image du corps et marquent des angoisses identitaires. Pour survivre à ces angoisses, des mécanismes de défenses sont mis en place telles que les stéréotypies comme recherche d'une contenance ou l'identification adhésive par exemple. Dans la pathologie autistique, J. Boutinaud décrit des angoisses de chutes sans fin et sans repères, liées à la non-construction des enveloppes corporelles et illustrées par une recherche incessante de stimulations et des « angoisses de liquéfaction » avec une crainte de l'effondrement, illustrées par des effondrements toniques brutaux ou le maintien d'une hypertonie. G. Haag évoque aussi des angoisses d'amputation de zones corporelles de contact concernant la bouche, les mains et les pieds. Je reviendrai sur ce point lors de la discussion.

Pour conclure cette partie, les éléments théoriques relatifs aux Troubles du Spectre Autistiques (TSA) nous éclairent quant aux particularités motrices, posturales, toniques et sensorielles rencontrées chez l'enfant autiste. Également, le défaut d'intégration des enveloppes corporelles et du sentiment de contenance altère la construction d'image du corps stable. Je vais maintenant décrire ce qu'est l'oralité et les liens établis avec les TSA afin d'étayer les présentations cliniques de Ali et Samuel qui suivront cette partie.

67 Gorgy, O., 2016

C. L'ORALITÉ

I. Qu'est-ce que l'oralité ?

Bien qu'intégré aujourd'hui dans le langage des professionnels du médical et paramédical, le terme « oralité » est absent dans les dictionnaires de la langue française. D'après son étymologie, le mot oralité provient du latin *os, oris*, signifiant la bouche. Quant au terme latin *bucca*, il désigne également la bouche mais fait davantage référence aux joues et à ses différentes formes (gonfler, souffler, siffler). Par ailleurs, le terme oralité est d'origine psychanalytique et désigne l'ensemble des fonctions orales, c'est à dire dévolues à la bouche. Cependant, il ne se résume pas seulement à la bouche dans sa dimension corporelle. Pour V. Abadie, pédiatre : « L'oralité est tout attiré autour de la bouche du bébé, tout ce qui est fonction d'alimentation, de communication, de gazouillis, donc de langage, de communication au sens affectif. Tout ce qui est à la fois les fonctions somatiques et symboliques, affectives et psychogènes de l'enfant. C'est absolument fondamental pour la construction psychique de l'enfant et de toute la vie. »⁶⁸ Elle précise que l'oralité « met en jeu des structures sensorielles, motrices, neuro-intégratives, hormonales, affectives et cognitives. »⁶⁹ Ainsi, l'oralité ne peut se résumer à une simple acquisition dans le développement de l'enfant. A la fois archaïque et complexe, elle doit être considérée comme un ensemble de fonctions et processus venant soutenir l'ontogenèse de l'individu.

1. Le développement de l'oralité

◆ L'oralité in utéro

Lors du développement embryonnaire, la cavité orale primitive (stomadum) se développe au cours du 2^{ème} mois de vie intra-utérine. D'après C. Thibault, orthophoniste et psychologue, « le palais se forme, la langue descend, la main vient toucher les lèvres, la bouche s'ouvre, et la langue sort pour toucher la main. Cette séquence auto-érotique, première manifestation réflexive d'exploration et de prise de possession de son corps, permet à l'embryon de devenir fœtus. »⁷⁰ C'est lors de ce passage que la fonction de succion apparaît vers la 10^{ème} semaine de gestation puis s'accouple à la déglutition entre la 12^{ème} et la 15^{ème} semaine. Cette dernière permet la croissance harmonieuse de la bouche et du visage. Aussi, le fœtus suce son pouce et déglutit le liquide amniotique. C'est la première séquence motrice à se mettre en place chez le fœtus. La succion passe par

68 Abadie, V. Les troubles de l'oralité.

http://psynem.org/Rubriques/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Dossiers/Troubles_oralite/Oralite

69 Abadie, V., 2004, p. 55

70 Thibault, C., 2007, p.14

différents stades d'évolution avant de devenir totalement mature.⁷¹ Elle se coordonne avec la déglutition puis par la suite avec la respiration pour permettre une tétée orale sans risque. Cette triple coordination n'est totalement mature que vers 34-36 semaines de gestation⁷² et permet à terme la succion nutritive efficace du nourrisson.

Par ailleurs, à partir du deuxième trimestre, les effecteurs sensoriels de l'oralité fœtale sont fonctionnels. Selon B. Golse, pédopsychiatre et M. Guinot, psychomotricienne : « il est désormais acquis que les cinq sens humains se développent selon un ordre invariable au cours de la vie intra-utérine : le toucher, le goût puis l'odorat, l'audition enfin et la vue. »⁷³

◆ Oralité primaire

Dépendant du système sous-cortical, le réflexe de succion est déclenché par les stimulations tactiles au niveau des lèvres et étayé par toutes les stimulations sensorielles au niveau oral et pério-oral qu'elles soient tactiles, gustatives, olfactives ou liées aux stimuli de la faim. La déglutition est réflexe et se fait lors du contact avec l'aliment.

Malgré la fonctionnalité anatomique de la respiration in utero, son rôle devient vital seulement à la naissance. A ce moment, la succion doit être efficace et se coordonner parfaitement avec la déglutition et la ventilation pour se nourrir. C'est justement l'interaction de la déglutition avec la respiration qui distingue la succion nutritive de la succion non nutritive. Cette dernière ne fait intervenir ni la déglutition ni la fermeture du larynx et s'observe chez le bébé ou l'enfant qui tète son pouce, sa tétine ou un autre objet. Au delà du processus oral, elle est bénéfique pour l'enfant en lien avec son vécu global : elle réduit le stress, produit un effet analgésique, stabilise le comportement, etc.

◆ Oralité secondaire

La corticalisation secondaire amène un comportement progressivement volontaire du nourrisson. De nouvelles praxies plus efficaces se mettent en place par apprentissage en plus d'un meilleur repérage sensoriel de la sphère orale. Les premiers mois, l'enfant tète les aliments avec un schème moteur de type succion. Puis, entre 4 et 7 mois, l'enfant devient capable de mieux contrôler les aliments dans sa bouche. La langue se délie et devient capable de se mouvoir. Le nourrisson apprend à utiliser ses lèvres et la mâchoire devient plus mobile. C'est à cette période que l'on introduit le passage à la cuillère de l'alimentation. « Cette nouvelle stratégie motrice orale nécessite l'efficacité des afférences visuelles, l'ouverture de la bouche et la mise en œuvre des structures neurologiques de l'apprentissage. L'enfant apprend par imitation à saisir entre les lèvres et les dents

71 Bullinger, A., Bianchi, J. E., Launoy, V. et al., 2009, p. 2

72 Ibid. p. 3

73 Golse, B., Guinot, M., 2004, p. 25

l'alimentation à la cuillère ». ⁷⁴ Au cours de la deuxième année, le stade oral de la cuillère est remplacé par la stratégie de mastication qui ne sera pleinement mature que vers 6-7 ans. Grâce au perfectionnement du sphincter labial, la continence salivaire devient efficace et permet la propreté orale à partir de la troisième année.

◆ La mastication et la déglutition

Au niveau anatomique, la sphère oro-faciale (Cf. Annexe 1) favorise le développement de l'oralité et permet les activités liées à l'oralité alimentaire et à l'oralité verbale (manger, respirer, parler, crier, etc.) En lien avec l'oralité alimentaire, chaque aliment incorporé est poussé par la langue au fond de la bouche vers l'œsophage en passant par le pharynx. Il continue ensuite son trajet vers le système digestif.

La mastication tient un rôle important pour la déglutition. Elle stimule la production de salive nécessaire au transport du bol alimentaire et « prépare le processus digestif en informant le cerveau de la nature de l'aliment ingéré par des stimulations sensorielles tactiles, olfactives, gustatives ». ⁷⁵ La déglutition est un acte mécanique transportant les aliments de l'extérieur du corps à l'intérieur de celui-ci et se déroulant en trois temps :

- Le temps buccal correspond à l'introduction en bouche des aliments. Ceux-ci sont préparés par la mastication, mixés, afin de former le bol alimentaire qui sera dégluti volontairement en étant expulsé vers le pharynx. C. Thibault définit le geste de déglutir comme « l'introduction réelle dans le corps d'un objet extérieur mangeable, assimilable. » ⁷⁶ Nous comprenons par cette phrase comment cette action de lâcher l'aliment vers l'intérieur du corps peut-être difficile pour certains enfants.
- Le temps pharyngien décrit des ondes de propagation de manière réflexe. « Les parois du pharynx ondulent pour diriger le bol alimentaire vers l'œsophage tout en l'empêchant d'emprunter les voies respiratoires. » ⁷⁷
- Le temps œsophagien propulsent ensuite les aliments vers l'estomac.

2. Liens entre l'oralité verbale, alimentaire et la respiration

D'après C. Thibault : « La bouche est le lieu du premier plaisir, comme de la première expression: du cri, qui semble constituer un des premiers mécanismes de survie, associé à l'origine à la respiration. » ⁷⁸

⁷⁴ Thibault, C., 2007, p.44

⁷⁵ Troubles de l'alimentation et Handicap mental sévère : Pratiques et connaissances approfondies. Réseau « Les Lucioles » . p. 56

<http://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/2015/09/Troubles-alimentation-pratiques.pdf>

⁷⁶ Thibault, C., 2004, p. 6

⁷⁷ Plaquette d'information. « Attention à mon oralité » . Hôpital Necker à Paris.

⁷⁸ Thibault, C., 2007, p.42

D'un point de vue anatomique et sensori-moteur, la sphère orale représente le lieu d'investigation commune aux deux grandes fonctions vitales que sont l'alimentation et la respiration. Ces deux fonctions coexistent, interfèrent et s'enrichissent mutuellement selon un soubassement respiratoire indissociable. De plus, l'enfant construit son oralité alimentaire conjointement à son oralité verbale. G. Couly⁷⁹ décrit les intrications des oralités verbales et alimentaires chez l'enfant. D'abord, par la coexistence de la succion et des cris puis par le développement de la mastication en même temps que l'arrivée du langage parlé. Selon C. Thibault, « Les praxies de déglutition, de mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles du langage naissent, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques (zones frontales et pariétales). »⁸⁰

Lors de l'alimentation, les aliments provenant de l'extérieur sont introduits et absorbés vers l'intérieur du corps alors que le trajet anatomique s'inverse lors des productions sonores de la communication. Lors de la respiration, le trajet de l'air devient circulaire. Ici, la sphère orale sert de transit entre l'intérieur et l'extérieur du corps.

Même si dans cet écrit l'apport clinique et ma réflexion privilégie l'oralité alimentaire, il est indispensable de garder à l'esprit cette interdépendance des fonctions alimentaires, verbales et respiratoires entourées des autres fonctions orales : exploratoire, affective, de plaisir et de relation.

3. Motricité bucco-faciale et motricité globale

Les liens entre la motricité buccale et la motricité globale de l'enfant sont décrits par B. Golse dès la vie fœtale : « Des échographies montrent des fœtus de quelques semaines qui ouvrent leur bouche, goûtent le liquide amniotique et mobilisent leurs mains dès que l'oreille et la bouche ressentent les vibrations de la voix maternelle ». ⁸¹ Lors du développement moteur de l'enfant, la motricité buccale et la motricité globale sont interdépendantes, elles s'influencent mutuellement. La verticalisation (station assise) arrive en même temps que la diversification alimentaire. C. Thibault décrit ces liens à travers un tableau du développement de l'enfant intitulé : « Evolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité. »⁸²(Cf. Annexe 2)

79 Couly, G., 2010

80 Thibault, C., 2007, p. 47

81 Golse, B., Simas, R., 2015, p. 248

82 Thibault, C., 2007, p. 48

II. Perspective globale de l'oralité

1. Oralité et individuation

Sur le plan psychanalytique, S. Freud repris par B. Golse, est le premier à évoquer le stade oral comme première étape du développement libidinal de l'enfant. « Si les expériences corporelles sont à l'origine des fantasmes, du moi, et des opérations structurantes de la vie psychique, l'oralité a une place majeure, et même unique du fait qu'elle associe étroitement, dès la naissance, le corps, le comportement, le manque, le plaisir et la mère. »⁸³ Au départ, le bébé boit essentiellement pour se nourrir selon S.Freud. Très rapidement, ce dernier découvre le plaisir procuré lors de la tétée par les mouvements des lèvres et de la bouche au-delà de la satisfaction du besoin physiologique de nourriture. L'expérience de nutrition devient une activité auto-érotique indépendante de la sensation de satiété. L'alimentation, indispensable à la survie, vient étayer le plaisir et l'investissement libidinal de l'enfant. Le but pulsionnel de l'enfant au cours du stade oral est d'incorporer ce qui provient de l'extérieur. Ainsi, les expériences induites par le stade oral amènent l'enfant à prendre conscience des objets extérieurs, à découvrir les limites entre le dedans et le dehors du corps et donc à différencier soi d'autrui. Ces expériences viennent nourrir la vie psychique de l'enfant.

Le psychanalyste, K. Abraham distingue deux phases dans cette phase orale. La première est dite passive et qualifiée de « stade oral précoce ». Lors des premiers mois, le bébé découvre le succion et le plaisir procuré sans destruction de l'objet. « L'enfant ne distingue pas encore son moi d'un objet extérieur à lui. Du côté de l'enfant, on ne retrouve aucun mouvement ni de haine, ni d'amour. L'état psychique de l'enfant ne comporte pas à cette étape de manifestation d'ambivalence. »⁸⁴ A partir de six mois, K.Abraham évoque la seconde phase de « stade sadique oral » appelé aussi « stade oral-cannibalique ». Ce stade oral actif est caractérisé selon lui par « la modification de l'activité orale qui de succion devient mordication. »⁸⁵ Via la poussée dentaire et une maîtrise plus active de ses fonctionnements oraux, le bébé fait l'expérience de l'ambivalence dans la relation d'objet. Un mouvement agressif se lie à l'incorporation. Le désir de mordre tend à détruire l'objet pour qu'il soit instauré comme objet interne du moi.

Pour continuer, K. Abraham explique qu'avaler un aliment, c'est « faire soi » de l'aliment. L'incorporer, le digérer est une forme d'affirmation de soi. Ici, l'oralité n'est plus seulement une pulsion partielle, l'incorporation et l'identification viennent au devant de la scène. Le sujet assimile un aspect, une qualité de l'autre selon les processus d'incorporation et d'introjection, prototypes de ce qui sera plus tard l'identification.

83 Brusset, B., 2001, p.1447

84 Abraham K., 1924, p. 276

85 Abraham K., 1977, p. 277

2. Oralité et attachement

Selon P. Rochat⁸⁶, l'enfant recherche la proximité physique avec sa mère et utilise pour se faire des comportements d'attachements tel que les cris, les pleurs, le babillage, la succion, l'étreinte et la conduite de suivre. La plupart de ces manifestations sont issues de la sphère orale. Aussi, D. Marcelli⁸⁷, psychologue, écrit que c'est autour de l'alimentation que se noue l'axe d'interaction le plus précoce entre la mère et l'enfant. D'après la théorie de l'attachement décrite par J. Bowlby, la mère répond à un besoin physiologique fondamental de son enfant. En assurant sa fonction nourricière, la mère se sent valorisée tandis que l'enfant se sent contenu dans ses bras et protégé. Cette reconnaissance réciproque vient créer un lien d'attachement, une affection spécifique, à la base de la sécurité interne du bébé. Selon J. Bowlby, grâce à la continuité du lien entre le cordon ombilical pendant la grossesse et le sein ou le biberon après la naissance, l'oralité favorise l'attachement de la mère avec son enfant. Au delà de la fonction affective que revête ce temps de nourrissage, la fonction de relation permet au bébé d'entrer en interaction avec le parent qu'il appelle. D'après Y. Noria, psychologue : « la satisfaction de la faim baigne dans la satisfaction et la rencontre avec l'autre. »⁸⁸

3. Oralité et exploration sensorielle

Au niveau cortical, les représentations sensibles et motrices des mains et de la bouche sont bien plus étendues que le reste des autres zones du corps. Les cônes les plus riches en récepteurs tactiles sont les lèvres, la pointe de la langue et le bout des doigts. La bouche possède un tiers de notre capital tactile, et les nombreuses modalités sensorielles dont elle dispose favorisent cette expérimentation multimodale. En effet, dès la naissance, l'action de nutrition implique tous les sens simultanément : le toucher du sein ou du biberon, du lait puis ensuite des aliments ; l'olfactif avec l'odeur de la mère, du lait et de l'environnement ; le goût, l'audition avec les bruits de bouche, la voix de la mère et le bruit environnant. C'est via la bouche que le bébé découvre les volumes, les températures, les goûts et les textures. Sa bouche est pour lui le premier outil informationnel, jusqu'à ce que la main devienne un outil privilégié.

D'après R. Spitz, la cavité orale est le « berceau »⁸⁹ de toutes perceptions. Il envisage l'ensemble langue, muqueuses buccales, lèvres, joues, nez, menton, voies nasales, pharynx comme une unité qu'il dénomme la « cavité primitive ».

86 Rochat P., 1991

87 Cohen, D., Marcelli (2012)

88 Noria, Y., 2003, p.3. Des aléas du désir de manger chez des enfants souffrant ou ayant souffert de pathologies respiratoires et /ou digestives néonatales
http://www.psynem.org/Rubriques/Perinatalite/Recherches_memoires_et_theses/Yvette_Noria_Des_aleas_du_desir_de_manger_chez_des/des_aleas_du_desir_de_manger.pdf

89 Spitz R.A., 1955, p. 231

La singularité de celle-ci lui permet d'agir « à la fois de l'intérieur et de l'extérieur, c'est simultanément un intérocepteur et un extérocepteur. (...) La cavité orale remplit la fonction d'un pont entre la réception interne et la perception externe. »⁹⁰ De ce fait, elle tient un rôle fondamental dans la distinction du dedans et du dehors du corps dans la construction de soi.

Meltzer, cité par Golse⁹¹ évoque chez le bébé un travail de « mantèlement » de leurs sensations (...), et notamment au cours de la tétée qu'il décrit comme un « moment d'attraction consensuelle maximum ». S. Urben, psychologue écrit que lors de la tétée « le bébé attrape le sein avec ses mains, sent le mamelon dur dans sa bouche, contre ses lèvres, sa langue, le lait chaud coule dans sa gorge, une sensation de lourdeur emplit son ventre. Il s'agit d'un moment très sensoriel. »⁹² Ce sont les « expériences de cohérence » dont parle D. Winnicott ou « îlots de cohésion » selon les termes de D. Stern, où les sensations se rassemblent et créent un sentiment d'organisation. La répétition de ces expériences du corps propre vécues par l'enfant lui permet d'en extraire des invariants et de construire ses premières images. On comprend ici comment la sphère orale, lieu de plaisir, de découverte multi-sensorielle et progressivement d'échanges permet à l'enfant la découverte de son corps propre et de son environnement.

4. L'espace oral de A. Bullinger

Afin de comprendre la construction de l'espace oral et ses enjeux d'après A. Bullinger, je reprends ici les éléments constituant la chaîne narrative du repas : l'appétence et le recrutement tonique, la composante olfactive, la mise en forme posturale, la capture/l'exploration, la succion, la déglutition, la satiété, les aspects hédonistes et de détente .

◆ Appétence et recrutement tonique

Le temps de repas est une situation qui participe activement à la régulation du tonus de l'enfant. A. Bullinger décrit quatre facteurs de régulation tonique: les flux sensoriels, le niveau de vigilance, le milieu humain et les représentations. Le premier moyen s'observe largement lors de la tétée décrite comme un moment sensoriel (odeur du lait, regard avec la mère, etc.). Pour continuer, la sensation progressive de réplétion tend à une modification du niveau de vigilance chez l'enfant. De plus, le dialogue tonique instauré dans la relation avec le parent qui le porte et le contient, vient donner du sens aux éprouvés de l'enfant, l'invitant à une première activité psychique de représentation.

90 Ibid. p. 211

91 Golse, B., & Simas, R., 2015, p.251

92 Urben, S., 2016, p. 384

◆ Composante olfactive

L'olfaction tient un rôle central lors du repas. Elle prépare la mise en bouche et active la salivation. Selon C. Senez, orthophoniste⁹³, « La langue ne perçoit pas les odeurs, c'est ainsi que ce que nous appelons le « goût » est constitué à 80% d'odorat ». ⁹⁴ Également, elle explique que 70 % de l'olfaction passe par la respiration, d'où l'importance de favoriser celle-ci en lien avec le relâchement tonique de l'individu. Enfin, « Les voies neuro-anatomiques de la gustation comme celles de l'olfaction empruntent le système limbique, c'est à dire un complexe neuronal responsable de l'humeur, des émotions, et qui contribue à l'organisation de la personnalité et de la vie psychique. »⁹⁵ De cette manière, la composante olfactive est en lien avec les expériences de plaisir et de déplaisir. La réaction physiologique qui en découle joue un rôle de contenant et facilite la familiarisation avec l'aliment. Ainsi, « l'olfaction peut jouer son rôle exploratoire et devient un mode de prise de contact des aliments. »⁹⁶

◆ Mise en forme posturale

Anatomiquement, la posture du corps et l'ouverture ou la fermeture de la bouche sont liés (la langue étant liée à l'os hyoïde). La flexion du corps (particulièrement la flexion de la nuque) entraîne la fermeture de la bouche là où l'extension amène l'ouverture de celle-ci. Au cours des premiers mois, le schéma d'enroulement offert au nouveau-né favorise son rassemblement sur lui-même et privilégie un espace autour de la zone orale⁹⁷. Selon A. Bullinger, cette posture symétrique donne la possibilité au bébé d'apporter ses mains à la bouche et facilite la sphinctérisation de celle-ci. « Les mises en forme dans un schéma d'enroulement, avec une flexion de la nuque et un appui dans le dos, assurent (...) une détente de la musculature de la nuque permettant au réflexe de déglutition de fonctionner sans entrave. »⁹⁸

A l'inverse, les postures asymétriques du nouveau-né déterminent des espaces gauche et droit, reliés par la zone orale. Cette dernière sert alors de transit entre ces deux espaces. Parallèlement à la maturation neurologique, le développement postural relatif aux conduites de flexion et de rotation et aux capacités de redressement rendent possible la coordination de ces deux espaces. A. Bullinger décrit l'espace unifié qui en résulte comme « l'espace de la préhension »⁹⁹, correspondant à une représentation de l'organisme qu'est le corps, lui aussi unifié par la constitution de l'axe corporel qui articule ces différents espaces. À cette période, l'enfant est capable de se tenir assis (position

93 Senez, C., 2002

94 Senez, C., 2004, p. 93

95 Thibault, C., 2007, p.56

96 Kloeckner, A., 2011, p.140

97 Bullinger, A., 2015

98 Bullinger, A., 2004, p.191

99 Ibid. p.88

verticale), cela correspond au début du passage de l'alimentation à la cuillère. La coordination de ces espaces en lien avec la posture et l'oralité montre l'importance de veiller aux mises en formes posturales de l'enfant.

◆ Capture et Exploration

Les coordinations qui créent l'espace oral (Cf Annexe 3) relient la sensibilité profonde et les signaux tactiles, soit finalement la proprioception. Ensuite, l'activité de la sphère orale comporte deux dimensions : la capture et l'exploration.

Pour Bullinger A., c'est la coordination de la sensibilité profonde avec les flux sensoriels qui donne accès à la proprioception et qui va permettre de constituer l'espace oral.¹⁰⁰ La sensibilité profonde est liée selon lui aux mouvements de la mâchoire, de la langue et des lèvres. Elle fait référence à l'état de tension des muscles, des tendons et des articulations. De plus, elle signale la douleur. Quant aux flux sensoriels, ils sont essentiels lors de la situation de repas en plus d'être un moyen de régulation tonique et d'alimenter la vie psychique de l'individu selon A. Bullinger. Il décrit les flux vestibulaires, tactiles, olfactifs, sonores, visuels et vestibulaires auxquels l'organisme est sensible.

En rapport avec l'activité orale, les signaux tactiles sont traités selon deux systèmes sensoriels. Le premier système dit « archaïque » entraîne la mise en tension et l'orientation du corps selon des réponses tonico-émotionnelles. Il traite des aspects qualitatifs des stimulations (par exemple, chaud/ froid, dur/ mou, agréable/désagréable). Le système récent, plus tardif, permet l'analyse, l'exploration et la consommation en gérant les aspects spatiaux des stimulations. Ce dernier prend appui sur l'état tonique et permet un ajustement spatial de la bouche (ajustement des lèvres, de la langue, des joues aux propriétés spatiales de l'objet): c'est la fonction instrumentale de l'espace orale.

Par ailleurs, A. Kloeckner évoque la proprioception et ajoute que « les expériences sensori-motrices orales (...) font vivre l'espace de la bouche à partir de sensations (tactiles, sonores, olfactives, visuelles) et de mobilisations toniques des différentes parties de la sphère orale (lèvres, langue, larynx). La coordination entre ces éléments renforce la perception de cet espace (...) puis sa constitution avec le sentiment de contenance ». ¹⁰¹

Enfin, la maîtrise de l'espace oral suppose la coordination entre une conduite de capture et d'exploration. « La capture peut se définir comme un mouvement synergique, souvent violent, amenant le buste, la tête, et la bouche vers le sein » ¹⁰². Il s'agit là de la mise en bouche. L'exploration quant à elle permet de découvrir les propriétés de la bouche et de l'objet qui est incorporé. L'équilibre de ces deux systèmes permet une conduite d'exploration et de succion vers la prise alimentaire.

100 Bullinger, A., Cohen, D., Kloeckner, A., et al., 2009, p.127

101 Kloeckner, A., 2011, p.138

102 Bullinger, A., Cohen, D., Kloeckner, A., et al. 2009, p.129

◆ Satiété et les aspects hédonistes et de détente

« La satiété et la contenance donnent, à travers les tensions musculaires de l'abdomen, un premier sentiment d'existence ». ¹⁰³ Effectivement, le bébé lorsqu'il boit le lait éprouve à la fois le sentiment d'être contenu, porté par sa mère en étant à la fois un contenant. Cette contenance qu'elle soit tactile, proprioceptive, olfactive, auditive ou visuelle se retrouve à plusieurs niveaux : elle s'exprime tant psychiquement (par la relation) que physiquement (grâce aux points d'appuis posturaux).

5. Le repas

Au delà des croyances et représentations en rapport avec la nourriture, le repas s'ancre dans un contexte culturel, sociétal, historique, à la croisée des valeurs morales et des transmissions inter-générationnelles. Le temps du repas est à considérer dans ce contexte, dans sa dimension sociale, constituant un moment de relation privilégié avec l'autre. Lors du repas, l'enfant n'est pas seulement nourrit, il est également regardé, porté, tenu dans les bras, serré contre le corps de sa mère, etc. Généralement, le repas est aussi accompagné d'un bain de paroles, de fredonnements. En cela le repas est déjà un récit : par le bain de langage dans lequel la situation de repas a lieu.

Il convient également de considérer le contexte sensoriel et le positionnement de l'enfant venant influencer le bon déroulement du repas. La chaîne de composantes évoqué par A. Bullinger permet d'accéder à une mise en sens du repas et à un vécu hédonique de la situation. A. Kloeckner précise que « l'accompagnement affectif et émotionnel de ce moment, la qualité du portage, les échanges de regards et les verbalisations constituent « la narrativité » qui donne tout son sens à cette chaîne d'évènements. » ¹⁰⁴ Chez les enfants autistes, ce déroulement constitue des repères et l'accompagnement favorise le sentiment de contenance en rapport avec avec leurs émotions et leur vécu.

Cette partie démontre la place primordiale de l'investissement de la sphère orale au cours du développement de l'enfant. L'oralité se met en place très tôt dans le développement de l'enfant. Ses différentes fonctions, liées à l'attachement, à l'exploration, à l'alimentation, au langage rendent compte des enjeux globaux de l'oralité dans le développement psychomoteur de l'enfant. Ainsi, il est légitime de définir les troubles de l'oralité afin de pouvoir questionner les liens et les impacts de ceux-là avec la construction de soi au cours de la discussion.

¹⁰³ Bullinger, A., 2015, p.106

¹⁰⁴ Bullinger, A., 2015, p. 60

III. Les troubles de l'oralité :

1. Définition

Selon C. Thibault, « Le terme de dysoralité de l'enfant recouvre l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant. »¹⁰⁵ De ce fait, les difficultés alimentaires ne relèvent pas toujours de la quantité d'aliments ingérés mais peuvent porter sur la façon dont les aliments sont mis en bouche. Plusieurs termes sont décrits en rapport avec ces troubles. Le syndrome de dysoralité sensorielle (Cf. Annexe 4) qu'évoque C. Senez, othophoniste est à comprendre comme un des troubles de la dysoralité.

Par ailleurs, d'après M. Martinet, infirmière sensibilisée à l'approche sensori-motrice, « Parler de troubles de l'oralité plutôt que de troubles du comportement alimentaire permet d'élargir la vision aussi bien sur le comportement global de l'enfant, somatique, développemental et psychologique, que sur les aspects relationnels. »¹⁰⁶ Dans ce sens, la dimension environnementale et les différents chaînons du temps de repas sont pris en compte. V. Abadie, psychologue, explique que le terme de troubles de l'oralité « permet d'emblée 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. »¹⁰⁷ En employant le terme de « troubles de l'oralité », le soignant considère l'enfant dans sa globalité. Selon un regard psychomoteur et une prise en soin globale des troubles de l'oralité, il est cohérent pour moi d'utiliser ce terme dans ce mémoire.

En rapport avec les TSA, la terminologie varie et rend difficile l'établissement de corrélations entre les différentes études réalisées. D'après Volkert et Vaz¹⁰⁸, 90 % des personnes avec autisme présenteraient des problèmes en rapport avec l'alimentation et 70 % présenteraient une sélectivité alimentaire. Pour C. Senez, le syndrome de dysoralité sensorielle concernerait 80 % des personnes ayant un TSA contre seulement 25 % de la population au développement typique.

105 Thibault, C., 2007, p. 61

106 Martinet, M., 2009., p. 2

107 Abadie, V., 2004, p.603

108 Volkert, V. M., Vaz, P. C., 2010

2. Classification

« Plusieurs problèmes alimentaires des enfants ayant un TSA correspondent aux critères diagnostiques de l'aversion alimentaire d'origine sensorielle telle qu'elle est décrite dans la DC : 0-3R »¹⁰⁹. La classification Diagnostique des Troubles de la Santé mentale de la Petite et Jeune Enfance (DC : 0-3 R)¹¹⁰ évoque six diagnostics liés aux troubles du comportement alimentaire chez l'enfant. Je reprends seulement les troubles décrits chez les enfants ayant un TSA, c'est à dire : l'anorexie infantile, les troubles alimentaires d'origine post-traumatique et l'aversion alimentaire d'origine sensorielle, ce dernier étant le plus fréquemment décrit chez les enfants ayant un TSA.

Lors de l'anorexie infantile, l'enfant manifeste un refus de manger en quantité suffisante durant plus d'un mois, sans pathologie somatique associée. Le bébé ou le jeune enfant montre un désintéressement de la nourriture et de l'acte de manger. Chez les enfants ayant un TSA, peu de signes cliniques d'anorexie infantile sont rapportés dans les études bien que des difficultés à interpréter les signaux de la faim et des problèmes de régulation de l'appétit sont décrits.

Les troubles alimentaires d'origine post-traumatique débutent de façon abrupte suite à un événement traumatique. L'enfant refuse de se nourrir : il crie, se cambre vers l'arrière et refuse d'ouvrir la bouche. Il peut s'agir d'un accident de fausse route, d'un traumatisme lié à une tentative d'alimentation forcée ou faisant suite à des interventions médicales. L'enfant démontre des signes d'anxiété associée à une grande détresse anticipatoire face à l'acte de manger. Dans ce cas, la peur de manger surpasse toute sensation de faim.

L'aversion alimentaire d'origine sensorielle marque une sélectivité des aliments en fonction de leurs qualités sensorielles : selon la texture, la température, les goûts, l'apparence visuelle ou les odeurs. Ces aversions alimentaires entraînent des réactions de diverses intensités ; cela peut aller d'une grimace à un haut de cœur ou un vomissement et peut mener au refus alimentaire de certains aliments voire de groupes alimentaires entiers. L'enfant accepte sans difficulté ses aliments préférés qu'il mange en quantité satisfaisante. Il peut refuser toute nourriture qui entre en contact avec un aliment non accepté. De nombreux enfants ayant un TSA présente ce type d'aversion brisant la chaîne narrative et la conduite alimentaire. Cela est illustrée par une forte sélectivité alimentaire souvent décrite chez les enfants ayant un TSA. L'aversion alimentaire d'origine sensorielle est comparable à la dysoralité sensorielle évoqué par C. Senez.

¹⁰⁹ Nadon, G., 2011, p.14

¹¹⁰ DC :0-3 R, 2009

Des causes organiques et psychogènes sont évoquées et fortement intriquées dans l'apparition des troubles de l'oralité alimentaire. A travers ces différents tableaux cliniques, il est primordial de garder à l'esprit le caractère plurifactoriel de ces troubles en y intégrant les composantes environnementales et relationnelles .

3. Troubles de l'oralité et TSA

G. Nadon reprend lors d'une étude les problèmes alimentaires rapportés par les parents des enfants ayant un TSA (Cf. Annexe 5). Selon elle : « Les enfants ayant un TSA sont plus susceptibles de présenter des problèmes alimentaires que d'autres populations pédiatriques. »¹¹¹ Je souhaite mettre en lien les difficultés alimentaires les plus fréquemment décrites avec les particularités de la pathologie autistique.

◆ Un lien avec les particularités sensorielles ?

G. Nadon décrit que « La sélectivité par texture, la couleur, l'odeur, le refus alimentaire et le refus de la nouveauté sont les plus souvent mentionnés ».¹¹² Pour elle, le traitement particulier des informations sensorielles chez les enfants ayant un TSA ne constitue pas, d'après les études réalisées à ce jour, l'étiologie unique des problèmes alimentaires rencontrés, malgré la présence de corrélations certaines. G. Nadon, D. E. Feldmann, W. Dunn et Al.¹¹³ mettent en avant lors d'une étude, trois profils sensoriels fréquents liés à des troubles de l'oralité alimentaire chez la personne autiste.

- Chez les enfants avec une hypersensibilité tactile, on note moins d'exploration tactile des aliments (avec les doigts ou les zones buccales et péri-buccales). [...] La sélectivité alimentaire concerne surtout la texture, la température, la couleur et les marques spécifiques.
- Ensuite, les enfants sensibles au niveau auditif ou visuel tendent à avoir un petit appétit, un répertoire alimentaire restreint ou des phases alimentaires. L'aspect visuel des aliments (changement de formes, tons de couleurs) et leur emballage prend une importance capitale pour certains enfants avec autisme qui refuseront l'aliment en cas de modifications visuelles.
- Enfin, une sensibilité au niveau gustatif et olfactif sont les caractéristiques qui présenteront une sélectivité alimentaire la plus marquée, puisqu'elle représente un vecteur commun des trois profils sensoriels.

111 Nadon, G., 2011, p.6

112 Nadon, G., 2011, p.9

113 Dunn, W., Feldman, D. E., Gisel, E., et al., 2011

Ces profils sont les plus souvent retrouvés mais ne sont pas exhaustifs. De plus, il n'est pas exclu qu'un enfant puisse montrer des sensibilités plurielles auquel cas, plusieurs profils rassemblent ses difficultés.

◆ Un lien avec la « triade autistique » ?

Pour continuer, le repas comprend à la fois l'aspect social et l'acte de se nourrir. « L'altération qualitative des interactions sociales et de la communication vient entraver la convivialité du temps de repas et l'ajustement aux différents contextes sociaux de celui-ci. »¹¹⁴ De ce fait, les règles sociales et les représentations liées au temps de repas peuvent entraîner certaines difficultés pour l'enfant autiste (difficultés à demander ou à refuser un aliment, respect des distances interpersonnelles autour de la table, etc.).

En lien avec les intérêts restreints et les activités répétitives décrites chez les personnes ayant un TSA, Dunn, W., Feldman, D. E., Gisel, E., et al.¹¹⁵ évoquent l'impact des routines sur le déroulement des repas et la résistance au changement sur l'alimentation. Effectivement, l'introduction de nouveaux éléments est difficile. Au niveau cognitif et chez certaines personnes ayant un TSA, ces mêmes auteurs décrivent des difficultés au niveau des fonctions exécutives : la planification (initier l'acte de manger, anticiper la sensation de faim, prendre les aliments, les porter à la bouche puis les avaler) et la flexibilité mentale principalement (s'adapter à la variété des aliments et à des présentations différentes).

Enfin, les particularités motrices et les troubles du tonus de l'enfant ayant un TSA ont des retentissement sur l'alimentation en rendant difficile le maintien d'une posture stable à table et une déglutition efficace. De plus, G. Nadon¹¹⁶ précise chez les enfants ayant un TSA, « des difficultés en lien avec la mastication des aliments ou des pertes de salives compte tenu de l'âge développemental. » Cela peut être mis en lien avec une difficulté dans les praxies bucco-faciales. Également, le dysfonctionnement des neurones miroirs chez cette population impacte « l'intégration des schémas moteurs nécessaires à l'utilisation des couverts, à la préhension des aliments, à la mastication ainsi que à l'apprentissage des règles sociales. »¹¹⁷

Pour conclure, la fréquence des troubles de l'oralité chez les enfants ayant un TSA a été décrite dans cette partie et a permis de mettre en lien ces troubles avec la pathologie autistique. En considérant l'ensemble de ces éléments théoriques, je souhaite présenter et inscrire mes observations cliniques relatives à Ali et Samuel, deux enfants autistes ayant des troubles de l'oralité, qui participent au groupe oralité chaque semaine.

114 Alba, A., Prudhon, E., Tessier, A., 2016, p.126

115 Dunn, W., Feldman, D. E., Gisel, E., et al., 2011

116 Nadon, G., 2011, p.9

117 Alba, A., Prudhon, E., Tessier, A., 2016, p.123

D. ÉTUDE DE CAS D'ALI

I. Présentation d'Ali

1. Son histoire

Ali est une petite fille âgée de 7 ans et 10 mois lors de ma rencontre en septembre. Ali est née en France et originaire du Népal. Son père est arrivé en France il y a onze ans et sa mère il y a six ans. Ali est issue d'une grossesse gémellaire (sœur jumelle Anna, suivie aussi à l'unité de jour) de déroulement normal. Elle est née à 37 semaines et 1 jour d'aménorrhée (limite d'une prématurité tardive).

Le développement psychomoteur d'Ali est très hétérogène depuis sa naissance. Au niveau moteur, la station assise est acquise à 10 mois et la marche à 20 mois. La propreté diurne est acquise à quatre ans et la propreté nocturne à cinq ans. Certains points organisateurs sont absents dès le plus jeune âge tels que le sourire réponse, le pointage, l'attention conjointe. Les interactions et la relation à l'autre sont rares. On note une absence de tout signe de communication verbale et non verbale (absence de langage, fuite du regard en périphérie, absence d'imitation, indifférence à l'appel). De plus, Ali présente une instabilité psychomotrice majeure. A l'âge de deux ans, le diagnostic de Trouble du Spectre Autistique (TSA) avec un retard mental est posé par un centre de diagnostic autisme. Plus tard, une anomalie génétique et une malformation corticale sont décrites lors d'un examen cérébral (Imagerie par Résonance Magnétique, IRM). La cause génétique des troubles présents chez les deux sœurs n'est pas certaine et reste hypothétique à ce jour.

Concernant son suivi, Ali débute une prise en soin à trois ans dans un centre médico-psychologique. Parallèlement, elle va au centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) deux fois par semaine et est scolarisée en petite section de maternelle pendant deux années accompagnée d'une Assistante de Vie Scolaire (AVS). Face au degré de sévérité de ses troubles, elle intègre l'hôpital de jour à l'âge de 5 ans et 3 mois afin de bénéficier d'un accompagnement global et adapté à temps complet.

2. Son accompagnement à l'unité

Suite à un temps d'observation et d'évaluation, Ali bénéficie d'un accompagnement pluridisciplinaire depuis son entrée. Elle participe à différents ateliers thérapeutiques, éducatifs et scolaires. De plus, Ali participe au groupe oralité et suit deux séances individuelles d'orthophonie par semaine avec l'orthophoniste du groupe oralité. Puis, Ali réalise un bain thérapeutique avec l'éducatrice deux fois par semaine.

Ce temps est réfléchi avec la psychomotricienne. Un premier axe de travail est porté sur l'autonomie (habillage, déshabillage). Puis, un deuxième axe porte sur un travail de prise de conscience du corps et de détente. Ali réalise différentes expériences sensori-motrices telles que les transvasements, les jeux d'eau et les changements de postures (sur le dos, le ventre). Détendue dans l'eau, elle prend plaisir et investit la relation sous forme de jeu. Ce temps thérapeutique dont bénéficie Ali met à l'œuvre le travail autour de l'oralité. Grâce aux échanges entretenus avec l'éducatrice, je décrirai au cours de la discussion les liens établis entre ce temps, le groupe oralité et l'évolution d'Ali.

◆ Ses stéréotypies

Ali montre des stéréotypies au niveau visuel et au niveau de la sphère orale essentiellement. Elle réalise beaucoup de bruits de bouche en réalisant des claquements de sa langue contre son palais. Ces stimulations sont faites de manière répétitive et sans visée instrumentale. Également, elle garde un gant en plastique dans sa main. Régulièrement, elle l'agite au niveau périphérique de son regard. À d'autres moments, Ali le mordille et joue avec ce dernier. Elle déchire le bord du gant pour créer un fil qu'elle met en tension sur la langue pour s'auto-stimuler. Par ses comportements, Ali montre une recherche sensorielle spécifique à cette partie du corps. Je me demande alors si ces stéréotypies sont un moyen de faire exister l'espace de la bouche. Au début de l'année, Ali laisse couler sa salive le long de sa bouche sans y prêter attention. Puis, au mois de décembre, Ali joue régulièrement avec sa salive en la faisant rentrer et sortir de sa bouche. Elle est plus active et joue avec virtuosité avec celle-ci montrant de réelles capacités de mobilisations de la langue. Lors du groupe de parole surtout, Ali regarde sa salive tomber au sol de manière répétée comme s'il s'agissait d'expérimenter le passage entre le dedans et le dehors de son corps.

◆ Le repas à l'unité

Lors des repas à l'unité, Ali s'installe seule. Elle mange presque tout ce que l'équipe lui propose. Elle montre ses préférences en souriant à la vue de l'aliment concerné. Cependant, Ali se jette sur les aliments de manière avide et peut-être agressive dans ces moments. Elle engouffre la nourriture et met en difficulté l'équipe. Ali montre des difficultés à déglutir illustré par le « signe du hamster »¹¹⁸ : elle remplit sa bouche de plusieurs cuillerées, ses joues se gonflent de par la nourriture abondante, et finalement la bouche trop pleine n'arrive plus à déglutir. De plus, elle retient les aliments de manière excessive et déglutit peu. Elle mastique de longs moments, crache certains aliments et les mâche à nouveau. Ses comportements tendent à diminuer sous l'étayage d'un adulte,

118 « Le Signe du hamster » : L'enfant mastique incessamment et garde les boulettes confectionnées dans les joues s'interdisant de les avaler. Carreau, M., Prudhon Havard E., Truffreau, R., 2009, p. 55

notamment en lui proposant de cracher dans un récipient. Un soignant se place près d'elle, tant pour l'aider à réguler son appétence que pour l'accompagner à terminer sa bouchée avant de se servir à nouveau.

Ali montre des améliorations dans son comportement alimentaire au quotidien. Son alimentation est maintenant diversifiée et le temps du repas est plus lent qu'au début de la prise en soin à l'unité. Son avidité persiste encore mais ses expériences liées au fait de cracher et de reprendre l'aliment dans sa bouche sont bien moins fréquentes. Concernant son installation, Ali laisse « couler » ses jambes sous la table au début d'année et ne trouve pas d'appuis physiques adaptés. Je remarque un réel clivage entre le haut et le bas du corps qui met en péril sa disponibilité pour manger. Au cours de l'année, je remarque qu'Ali adopte une installation plus stable et homogène. Elle prend appui sur ses deux pieds posés au sol et sur son bassin assis sur la chaise.

II. La prise en soin d'Ali en psychomotricité

1. L'observation sensori-motrice d'Ali

L'observation décrite a été réalisée sans la présence de ses parents lorsqu'elle avait cinq ans. Il sera intéressant de saisir ses évolutions à travers les observations décrites lors de ma rencontre avec Ali et de son évolution au sein du groupe.

Dans le domaine sensoriel, elle réagit avec de nombreuses irritabilités (retrait ou refus) lors des épreuves tactiles. Elle ne supporte pas le contact au niveau de ses bras et de ses jambes et manipule du bout des doigts une balle à fil en la lâchant fréquemment. Au niveau visuel, elle se met souvent en vision périphérique en axant son regard sur la gauche. La poursuite lente est possible avec des décrochages en situation de comodités (tactiles, auditives, visuelles). Au niveau auditif, elle réagit très vivement au bip sonore et s'oriente sans réussir à localiser ni tenter d'explorer le bruit.

Dans le domaine moteur et postural, Ali présente une grande laxité. Elle s'assoit régulièrement en "W" ce qui impacte le positionnement de ses pieds vers l'intérieur et gêne ses déplacements. Les pieds sont peu investis et peu impliqués dans son investissement global du corps. Ali sautille régulièrement pour se déplacer. Elle cherche aussi bien à se faufiler dans des petits coins que monter sur la table manifestant la recherche de sensations variées, questionnant l'intégration des limites corporelles. En position assise, Ali se place spontanément sur l'extrémité de la chaise à la recherche de points d'équilibre. De façon générale, elle montre un manque d'ancrage au niveau des membres inférieurs et un défaut de coordination entre le haut et le bas du corps.

Au niveau praxique, Ali recherche la sensation dans ses gestes ou lors de la manipulation d'un objet. Elle montre des comportements stéréotypés avec des gestes

répétitifs n'ayant aucune visée instrumentale. La prise de bâtonnets est pauvre (elle prend trois pièces) et se limite aux sensations en les secouant. La capture d'une balle volante est possible avec la main droite puis Ali est captée par le souffle et cherche à être touchée par celui-ci. Ali manque de coordination entre ses deux mains et ne parvient pas à poser une main en appui et l'autre en action pour faire tourner le moulinet.

En rapport avec les éléments observés, l'observation réalisée à cette période montre la nécessité d'un travail au niveau postural et moteur pour travailler les appuis et renforcer l'investissement du bas du corps. Ses irritabilités tactiles sont à travailler afin de diminuer les réactions tonico-émotionnelles qui y sont liées. Suite à ce bilan, Ali a participé durant deux années au groupe « Mises en formes» afin de l'accompagner vers un meilleur investissement corporel.

Actuellement et pour la deuxième année complète, Ali participe au groupe oralité. Elle ne bénéficie pas d'une prise en soin individuelle en psychomotricité.

2. Ali et le groupe oralité

◆ Indications pour Ali

Ali montre une grande avidité et présente des comportements de stockage des aliments à l'intérieur des joues. De plus, ses comportements incontrôlables pour elle peuvent mener à des comportements agressifs difficiles à gérer pour l'équipe. Par ailleurs, les praxies bucco-faciales sont peu développées et la déglutition difficile.

◆ Ses débuts au groupe oralité

Ali commence à participer au groupe au mois de septembre 2015. Relaté par ma maître de stage et les comptes-rendus, il est important d'expliquer le début de prise en soin au sein de ce groupe afin de saisir son évolution.

Lors des premières séances, Ali déambule dans la salle et se place en retrait du groupe tout en observant. Elle accepte ensuite de s'asseoir sur les genoux de l'adulte. Ainsi, elle bénéficie d'un arrière-fond lui offrant une contenance physique et psychique dont elle a besoin pour se rassembler et se rassurer. Elle intègre progressivement le cadre, repère les différents temps de la séance et est plus en confiance. Lors du temps de détente, Ali a besoin d'être bercée dans les couvertures pour s'autoriser un relâchement, s'apparentant à un défaut d'intégration de l'« enveloppe corporelle »¹¹⁹ telle que le décrit A. Bullinger. Pour son installation à table, un coussin est placé au niveau du devant du torse afin de consolider l'axe de devant, complétant l'arrière-fond proposé par l'adulte au niveau du dos. Ali a des difficultés à rester assise et montre une instabilité. Pendant les séances, elle garde son gant et sa ficelle qu'elle agite de temps à autre.

119 Bullinger, A., 2015, p.143

Lors des manipulations, Ali touche avec le bout des doigts, elle tapote et griffe. Les coordinations occulo-manuelles sont difficiles. Au niveau olfactif, Ali s'y intéresse de manière aléatoire montrant des réactions inconstantes. Concernant la mise en bouche, elle montre une avidité difficile à anticiper et à réguler et joue avec les mélanges. Elle montre des difficultés dans les praxies bucco-faciales.

Au sein du groupe, Ali ne montre pas d'interactions avec les autres enfants. Le contact avec l'adulte est furtif et elle se met rapidement à l'écart en cas d'agitation au sein du groupe.

Finalement, Ali a intégré progressivement le cadre du groupe et ses différents temps lors de cette première année. Elle investit peu à peu les propositions et a besoin d'être rassurée. La poursuite du groupe permet de continuer le travail amorcé à propos de l'oralité en lien avec son investissement global.

◆ Projet thérapeutique cette année

Les objectifs personnalisés d'Ali au sein du groupe sont présentés dans un premier temps. Puis, les moyens pour y parvenir sont décrits ensuite :

- Accompagner Ali vers la détente.

Au delà d'une meilleure disponibilité psychique et corporelle, ce temps favoriserait une posture adaptée et une meilleure déglutition chez Ali (flexion de la nuque). Le travail respiratoire pendant ce temps vise la prise de contact olfactive à table et une capture moins avide en lien avec la prise de conscience corporelle.

-Il s'agit également de favoriser l'intégration d'une mise en forme corporelle adaptée.

Le travail d'installation est nécessaire à travers la prise d'appuis posturaux stables (dos, bassin, pieds) afin de rendre possible les explorations et les interactions avec le groupe sans se désorganiser.

- Les praxies bucco-faciales et l'instrumentation de l'espace oral sont à améliorer.

Il s'agit de favoriser l'intégration de cet espace afin de pouvoir manger plus facilement et d'améliorer ses capacités phonologiques vers la communication verbale. Ainsi, Ali sera en mesure de traiter les aliments au niveau spatial pour les déglutir sans être obligée de le stocker. En plus du travail autour des praxies, la désensibilisation au niveau péri-oral et oral et le travail l'intégration sensorielle tendent vers une meilleure perception de l'espace oral nécessaires à l'instrumentation de ce dernier. Le lien main-bouche est à consolider afin d'améliorer la coordination des espaces gauche et droit et les coordinations bi-manuelles.

3. Ma rencontre avec Ali et son évolution au sein du groupe oralité

◆ Première rencontre avec Ali

En allant la chercher dans la cour, Ali ne s'oppose pas à venir avec moi. D'apparence calme, je sens qu'elle est prête à s'échapper si je lâche sa main. Elle vocalise beaucoup sur le chemin vers la salle. Ali est accompagnée par l'orthophoniste au moment de la détente. Je m'assoie à ses côtés lors du temps à table. Elle se place dans le coin de la salle, face à la porte, illustrant son état de vigilance. Malgré l'appui dos offert par le dossier, son installation n'est pas adaptée. Rapidement, j'observe ses jambes « couler » progressivement sous la table. Elle ne trouve pas d'appui et se montre instable avec une certaine agitation. Au cours de la séance, Ali se colle à moi d'abord en posant sa tête puis progressivement en s'invitant sur mes genoux sans que je puisse anticiper sa venue. Cette installation sur mes genoux lui assure un arrière-fond qu'elle recherche mais limite fortement les échanges et le contact visuel entre elle et moi.

Lors des sollicitations tactiles, Ali choisit une brosse à poils durs. Elle la touche avec ses mains puis la porte à son visage en faisant le contour de ses lèvres autour de la bouche. Concernant les massages péri-oraux, Ali refuse l'approche tactile avec moi et accepte très partiellement avec l'orthophoniste qu'elle connaît. Ali ne montre pas de recrutement tonique ni de réactions d'évitement, pourtant, elle est très vigilante.

Ensuite, nous explorons les épices en commençant avec un mélange (type paprika). Je propose à Ali de découvrir l'odeur dégagée par le mélange. Alors que j'ouvre le pot d'épices, Ali le prend de mes mains et l'amène avidement à son visage. Elle engouffre les épices sans prendre contact d'abord avec ses mains. Je retire le pot qu'elle tente de retenir. En rapport avec cette capture, je reste un temps sidérée tant par son avidité que par sa mise en bouche. Effectivement, elle est prise d'un élan irrépressible comme s'il fallait qu'elle se remplisse. Elle se couvre le bas du visage du mélange d'épices. On ne distingue pas sa bouche de son nez ni de l'espace les séparant et du menton. Devant l'absence de distinction et la confusion de l'espace oral et péri-oral, je me demande ce qu'il en est de sa représentation de soi. Aussi, Ali n'a pas été surprise par l'odeur des épices. Le goût fort, voire piquant du mélange pour certaines personnes ne provoque aucune réaction chez elle, questionnant son niveau de sensibilité au niveau olfactif et gustatif.

Après avoir capturé ce mélange d'épices, Ali le stocke un certain moment dans sa bouche et forme un mélange avec sa salive. Elle travaille activement le bol alimentaire et sollicite toute sa bouche sans arriver à déglutir. Grâce aux mobilisations intra-buccales réalisées avec sa langue, Ali trie les épices de sa salive et vient cracher spontanément cette dernière sur la table. Sa bouche est remplie d'épices. Avec notre aide et de l'eau, Ali réussit à cracher et à déglutir pour vider sa bouche.

Lors de cette première séance, son avidité me surprend et me dépasse alors que la psychomotricienne nous avait prévenue. Je me demande si cette avidité signe l'expression d'un plaisir incontrôlé pour elle ou si cette avidité vise à calmer des angoisses en lien avec une recherche de contenance.

◆ Son évolution au sein du groupe oralité

Je décris son évolution au cours de l'année, à travers les différents temps de la séance investis par Ali :

- Détente

Ali investit ce temps de détente durant l'année. Lors des premières séances, elle montre des difficultés à trouver une position de confort pour se détendre. Elle bouge, change de position et recherche des appuis physiques pour se stabiliser et se relâcher (le dos contre nous, les pieds contre le mur). Progressivement, Ali est plus autonome pour s'installer et se détendre. Lors d'une séance en février, Ali s'allonge d'elle même et a intégré le début ce temps avec le début de la chanson. Depuis, elle s'installe souvent seule même si elle peut avoir besoin d'un arrière-fond permis par l'adulte. Elle échange des regards, est dans la relation et accepte facilement les contacts tactiles et les mobilisations corporelles offerts par l'adulte. Elle se concentre sur les sensations de son corps à ce moment et est capable de se relâcher au niveau tonique avec une baisse de sa vigilance. Sa respiration est limitée et peu en place. Néanmoins, elle se montre réceptive aux pressions réalisées au niveau du thorax et est attirée par le souffle que l'on procure. A son tour, elle laisse sortir un petit souffle lors de quelques séances. Sa reprise est progressive. A partir du mois de mars, Ali se détend plus facilement et son investissement est plus régulier d'une séance à l'autre.

- Installation

Au début de l'année, Ali "coule" sur sa chaise ou sur l'adulte près d'elle. Régulièrement, elle recherche le contact tactile de l'adulte. Ses jambes glissent entraînant son bassin puis le haut du corps qui tente de s'agripper à la table. Sa posture est instable et ne permet pas les explorations. Nous lui proposons un appui (rond en moquette) pour mettre sous les pieds sans observer d'améliorations. Puis, nous lui proposons un support avec une texture rugueuse. Elle montre une sensibilité pour ce dernier et s'en saisit comme appui au niveau des pieds. Au cours de l'année, Ali montre une installation plus stable et plus ancrée. Lors du groupe oralité, elle ne recherche plus le contact physique de l'adulte pendant le temps à table. Ce dispositif facilite les interactions, libère ses mains et permet l'exploration de la sphère orale. Tandis que lors du groupe de parole, je remarque qu'Ali recherche très souvent l'appui de l'adulte jusqu'à venir sur ses genoux, interrogeant sur le cadre du groupe.

- Manipulations et massages

Lors des manipulations tactiles avec les mains, Ali est attirée par les objets durs, voire piquants. Au début de l'année, elle participe très peu aux jeux de mains proposés, même en étant sollicitée. Progressivement, elle montre plus d'intérêt et est capable de participer avec étayage (par exemple, lorsque l'on fait une pyramide des mains). Elle est plus active pendant ce temps. Concernant les praxies bucco-faciales, Ali nous observe lorsque nous les réalisons mais ne les reproduit pas. Elle se regarde dans le miroir mais ne s'en saisit pas pour explorer le reflet de son image ou différentes praxies. Elle est attirée lorsque nous soufflons et cherche à être touchée par le souffle au niveau de son visage. Elle réussit à souffler dans une paille pour la première fois en novembre et peut souffler en gonflant ses joues. Les mouvements respiratoires et l'intégration du souffle expérimentés pendant la détente est à mettre en lien avec cette étape chez Ali.

De plus, alors qu'elle accepte facilement les contacts corporels lors de la détente, Ali est très vigilante lors des massages péri-oraux au début de l'année. Elle refuse les sollicitations orales. Progressivement et grâce à une relation de confiance qui s'instaure, Ali accepte plus facilement le contact tactile sur cette zone. Au mois de mars, elle accepte les sollicitations intra-buccales par l'intermédiaire d'une brosse à dent qui vibre avec du chocolat dessus. Ensuite, elle cherche à attraper notre doigt à l'intérieur de sa bouche lors des massages péri-oraux. Ali explore l'espace de sa bouche de manière très archaïque comme le ferait un nouveau-né en attrapant le doigt de sa maman dans sa bouche. En terminant les massages au niveau de ses lèvres, elle vient lécher notre doigt en mobilisant sa langue et ses joues à l'intérieur de sa bouche allant jusqu'à nous mordre légèrement ou assez franchement. Lorsqu'elle m'a mordu, je n'ai pas vécu son comportement comme agressif mais plutôt comme pour explorer les possibilités de cette zone sollicitée. Cette exploration buccale à travers les lèvres, l'intérieur des joues, les dents, les gencives, etc. permet un travail de distinction entre le dedans et le dehors sans qu'Ali soit dans une capture sans fin (avidité).

Concernant les manipulations, Ali ne montre pas d'irritabilités concernant les différentes textures, sèches, mouillées ou collantes. Au début de l'année, elle a besoin d'être sollicitée pour explorer avec ses mains. Le lien main-bouche est peu présent. Elle utilise essentiellement sa main droite et laisse sa main gauche sous la table. Les transvasements sont fragiles et l'espace de préhension n'est pas en place. Nous observons un « clivage vertical »¹²⁰ des deux hémicorps dont l'un renvoie l'impression de ne pas être habité. Nous invitons Ali à explorer avec ses deux mains et à venir croiser l'axe médian pour renforcer les coordinations entre les espaces gauche et droit.

120 Haag, G., 2006

- Mise en bouche

Ali montre une aisance à mettre en bouche sans montrer de sélectivité. Son comportement est irrégulier et très aléatoire en fonction des aliments proposés et de sa disponibilité du jour. Elle aime les aliments durs, croquants (gressins, craquants à la framboise) qui ont un goût fort (épices, pâté, cornichons). Sa préférence pour les sensations fortes m'interroge sur le niveau de sensibilité sensorielle chez Ali, notamment au niveau de la sphère orale.

Ali penche son buste en avant pour s'approcher de l'aliment sans prendre le temps de l'amener à la bouche. Au début de l'année, sa capture est avide et s'étale au delà de la sphère orale. Elle ne différencie par l'espace du nez de l'espace de la bouche et étale les aliments sur son corps voir sur le sol posant la question de la différenciation de l'intérieur de son corps et de l'extérieur. L'olfaction n'est pas en place et n'est pas explorée lorsqu'on lui propose au début d'année. Puis, elle est acceptée progressivement, en lien avec le travail de respiration réalisée lors de la détente. Au cours de certaines séances, Ali montre une capacité à diminuer son avidité tant en différant le temps de capture que dans sa capture en elle-même. Malgré cela, Ali est débordée par son avidité à d'autres séances et montre des comportements agressifs envers l'adulte auprès d'elle. Lors d'une séance en février, elle se jette en avant avec force et pousse la psychomotricienne pour attraper l'aliment convoité. Alors qu'elle avait déjà des copeaux de chocolat, Ali veut attraper le carré de chocolat plus dur et plus gros que les copeaux. Elle vient mordre l'adulte qui essaie de moduler son avidité et se désorganise au niveau tonique.

Par ailleurs, il est intéressant d'observer qu'elle est capable de se stabiliser plus rapidement en cas d'avidité incontrôlée qu'en début d'année où elle revenait difficilement à un état d'équilibre sensori-tonique¹²¹. Son avidité est moins marquée à chaque séance mais est plus explosive lors de la présentation d'un aliment favori (chocolat, pâté). Ali est sensible à l'effet de répétition qui la contient. Lors de la deuxième séance sur le thème du chocolat, Ali garde le contrôle d'elle-même sans être débordée par l'émotion suscitée. Au mois de mars, nous aménageons une petite boîte transparente avec un couvercle qui permet de réguler la prise de l'aliment et d'apprendre à différer la capture.

- Temps de verbalisation

Ali se montre discrète lors de la comptine et du temps de verbalisation. Lors de son tour, elle peut échanger des regards avec l'adulte près d'elle. Selon les séances, elle peut observer le tour des autres enfants ou se placer près d'un adulte sans s'intéresser au groupe.

121 CF infra p. 66

- Communication

Ali n'a pas accès à la communication verbale. Elle émet quelques sons et vocalises, notamment lorsqu'elle est contente. Elle commence à partager ses émotions. L'expression des affects est plus riche qu'au début de l'année avec des larges sourires manifestant son plaisir ou des expressions de repli (ferme les yeux) ou de colère dans le cas inverse. Elle n'utilise pas les gestes symboliques ni le pointage. Elle peut faire une demande (prend la main de l'adulte). Malgré des progrès notables, elle a besoin d'étayage pour communiquer avec les pictogrammes (oui, non) et réaliser des demandes explicites.

- Stéréotypies

Progressivement dans l'année, Ali dépose son gant lui servant d'objet autistique dans une barquette pendant toute la séance sans avoir de difficultés à s'en séparer. De plus, nous n'observons pas ses stéréotypies pendant le groupe. Elle claque quelques fois sa langue contre son palais pendant le premier temps à table lorsque nous travaillons les praxies bucco-faciales.

- ◆ Pour conclure

Finalement, l'ensemble de ces observations questionnent la construction de soi chez Ali en rapport avec l'oralité. D'abord, sa préférence pour les sensations tactiles dures ou les stimulations gustatives fortes (morceaux de chocolat dur, brosse à poils durs, épices) m'interroge sur le niveau de sensibilité sensorielle chez Ali. Aussi, ses stéréotypies au niveau buccal posent la question d'une recherche sensorielle qui serait nécessaire pour faire exister l'espace de la bouche. Elle maximise ces sensations en triant les aliments à l'intérieur de sa bouche, en les stockant mais aussi en crachant ou en mordant. Ces derniers éléments permettent d'expérimenter le passage entre le dedans et le dehors chez Ali qui pourrait être en lien avec la confusion de l'espace oral et péri-oral et avec un manque d'intégration des limites corporelles. Aussi, sa forte avidité questionne le sentiment de soi chez Ali et sa représentation de soi. En rapport avec ses progrès, je me demande en quoi le dispositif groupal offre une contenance chez Ali lui permettant de s'autonomiser et de s'organiser à des fins exploratoires et instrumentales ? Finalement, comment la prise en soin des troubles de l'oralité favorise cette prise de conscience d'un corps unifié et de ses limites ?

E. ÉTUDE DE CAS DE SAMUEL

I. Présentation de Samuel

1. Son histoire

Samuel vient d'avoir quatre ans lorsque je le rencontre en septembre 2016. Il est né au Maroc et vit depuis juillet 2016 en France. Son père vit et travaille en France depuis quelques années. Sa maman a déménagé avec lui et son frère âgé de six ans durant l'été 2016. Actuellement, la famille vit ensemble et communique en arabe et en français à la maison.

D'après la maman, Samuel montre un développement normal jusqu'à ses trois ans. Il vocalise ses premières syllabes à neuf mois, marche à douze mois et acquiert la propreté diurne et nocturne à deux ans et quatre mois. A l'âge de trois ans, la maman constate une rupture dans ses comportements et une régression importante des acquisitions. Samuel ne fait plus de demandes et montre des difficultés de compréhension. Il ne répond plus à son prénom, n'imité pas et ne pointe plus du doigt. Suite à une consultation avec un pédopsychiatre au Maroc, un accompagnement orthophonique débute. Puis, la maman décide de venir consulter en France pour une observation et s'y installe pour que Samuel puisse bénéficier des soins de l'hôpital de jour. Elle rejoint donc son mari déjà installé. La maman, au niveau socio-culturel élevé, mise beaucoup sur l'évolution de Samuel en France à travers les soins reçus et l'équipe. Elle est très présente et stimule beaucoup son fils. Il est important de préciser que lors de la période d'observation, Samuel découvre soudainement un nouveau pays avec un mode de vie différent où l'on s'adresse à lui exclusivement en français. Suite à cette période, le diagnostic d'un Trouble du Spectre Autistique (TSA) avec un retard mental modéré est décrit chez Samuel. Il débute une prise en soin à partir de la rentrée 2016 à temps complet.

En rapport avec ses antécédents médicaux, Samuel présente une légère diminution auditive bilatérale repérée en mai 2016. Le bilan ophtalmologique est normal. L'électroencéphalogramme ne présente pas de particularités. Des troubles du sommeil sont rapportés par la maman qui décrit des insomnies importantes et fluctuantes. Samuel a vécu un œdème péri-oral suite à l'ingestion de chips en juillet 2016. Un bilan allergologique est en cours.

2. Son accompagnement à l'unité

Depuis la rentrée 2016, Samuel bénéficie d'une prise en soin pluridisciplinaire à temps plein. Il bénéficie de deux séances d'orthophonie par semaine et d'une séance

individuelle en psychomotricité au sein d'un cabinet libéral. Samuel participe au groupe oralité pour sa première année depuis le mois de septembre 2016.

◆ Observations des repas à l'unité

Samuel est installé à côté d'une éducatrice, dos à un mur. Durant la première moitié de l'année, il a besoin de quitter la table régulièrement et de revenir pour mieux gérer la situation du repas. Cela est accentué lorsqu'arrive le plat chaud duquel émanent des odeurs plus fortes. Il bouge beaucoup sur sa chaise et se crée souvent une enveloppe sonore en chantant ou en vocalisant. De cette manière, il semble mettre à distance le temps du repas et les possibles interactions à table. Il refuse l'exposition d'un aliment qu'il ne veut pas dans son assiette. Il se remplit de pain et boit beaucoup d'eau. Il demande plusieurs fois par repas du ketchup avec virulence et montre à ce moment du plaisir. Samuel ne touche pas les aliments avec la main. Il peut jouer avec sa cuillère et parfois avec l'aliment. Au mois de mars, je remarque que Samuel n'est pas disponible lors du temps de repas. Il reste assis mais tourne sur sa chaise allant jusqu'à tourner le dos à la table. Il bouge beaucoup et disperse des aliments partout autour de lui. Au mois de mars, Samuel est installé sur une nouvelle chaise, plus haute et avec des accoudoirs. Cela lui offre des appuis sur les côtés et une réelle contenance puisqu'il reste durant tout le repas assis. Je remarque l'importance de l'installation chez Samuel qui porte alors intérêt à ce qui est sur la table. Il accepte qu'on lui dépose un aliment qu'il ne mange pas dans son assiette compartimentée et le regarde sans se désorganiser.

II. Prise en soin en psychomotricité

1. Le bilan sensori-moteur de Samuel

Samuel est âgé de 3 ans et 10 mois lors de la réalisation du bilan. Il se présente comme un petit garçon harmonieux pour son âge. Au cours de la passation avec la psychomotricienne, Samuel montre un réel sens de l'observation. Il s'empare rapidement des objets et les garde avec virulence. On retrouve ce besoin d'agrippement dans les domaines visuels et sonores également.

Dans le domaine praxique, Samuel montre des compétences élaborées. Il maîtrise la pince pouce/ index, souffle dans une pipe, attrape une balle volante, actionne un moulinet musical, ramasse des cubes dans une boîte, attrape des bâtonnets. Il détourne le projet de ce que l'on propose (par exemple, il prend le bâtonnet pour les sollicitations tactiles et se met à tapoter dessus). Il est attiré par la qualité sensorielle des objets.

Dans le domaine sensoriel, le lien auditivo-visuel n'a pas été évalué compte tenu de son besoin d'attraper les objets. Au niveau visuel, l'accrochage est possible. Samuel peut

soutenir le regard de l'adulte un court instant. Par moment, il actionne sa vision périphérique en inclinant sa tête sur l'épaule et en tournant ses yeux vers la gauche. Au niveau auditif, il se lève au deuxième essai et trouve le bip d'où émane le son. Au niveau tactile, il s'oppose avec force à ce que la psychomotricienne le touche montrant d'importantes irritabilités tactiles. Il peut accepter certaines stimulations (ventilateur, objet vibrant) s'il est acteur et maîtrise le flux sensoriel. Au niveau vestibulaire, il recherche les sensations dans ce domaine à travers ses explorations : il se met à tourner sur lui-même ou il joue la chute sur le tapis.

Dans le domaine moteur, Samuel est tout le temps en mouvement. Ses acquisitions motrices de base sont en place : Il aime courir, sauter, grimper dans la cour. En salle, il apprécie rouler par terre et se laisser tomber sur les tapis. Il a de bonnes capacités d'enroulement. Ses déplacements sont fluides. Il peut suivre un chemin de cibles et monte les escaliers en alternant les pas, sans se tenir à la rampe. Les lancers de balle sont possibles sans aboutir à des interactions avec l'adulte.

Dans le domaine de la sphère orale, Samuel sonorise beaucoup : il chante souvent des mélodies, fait des sons variés et peut dire des onomatopées (« hop là »). Il s'entoure d'une enveloppe sonore mettant à distance l'adulte. Il tient souvent sa bouche avec les lèvres en avant comme pour siffler.

Pour conclure, la relation avec Samuel est difficile à établir et nécessite une grande énergie pour réussir à le détourner de ses préoccupations. Il fuit toute interaction directe et refuse autant les sollicitations sensorielles que pédagogiques, bien qu'il comprenne les consignes. Il donne l'impression de se raconter des histoires qu'il vit pleinement mais qui le mettent à distance des autres. On ne remarque pas de stéréotypies, seule la vision périphérique et les tournolements marquent un temps où son attention est comme suspendue. Sa régulation tonique est homogène. Dans le domaine sensoriel, un travail est à réaliser de façon à ce qu'il gère mieux les interactions avec le milieu. Pour cela, les différentes capacités de réponses sont à consolider que ce soit dans le domaine tactile (irritabilités), visuel (poursuite), auditive (localisation) et vestibulaire (ajustement postural et équilibration). Il s'agit également de renforcer les coordinations oculo-manuelles (lancer de balle).

2. Samuel et le groupe oralité

◆ Indications

Samuel montre une sélectivité alimentaire sévère et quelques difficultés à gérer le moment du repas (des pleurs lors du repas à la maison). Il montre des irritabilités tactiles

importantes au niveau du corps et de la sphère orale et péri-orale. Samuel parle peu et l'apparition des mots est fluctuante. L'équipe a remarqué un potentiel évolutif émergent concernant le langage et la communication. Il vocalise beaucoup et s'empare rapidement des comptines. Suite à ces indications et au bilan sensori-moteur, un projet thérapeutique au sein du groupe oralité a été établi.

◆ Projet thérapeutique

Je décris d'abord les objectifs personnalisés du groupe pour Samuel accompagnés des moyens décrits ci-dessous :

- Se sécuriser et diminuer les craintes en rapport avec l'alimentation.

Il s'agit progressivement de regarder, de sentir, de toucher avec les mains puis de porter à la bouche. Il est important de respecter son rythme. Samuel a besoin de temps et de répétition pour apprivoiser les nouveautés et imiter en différée.

- Diminuer les irritabilités tactiles et favoriser la mise en bouche.

Au niveau corporel, le travail de détente et de respiration vise l'acceptation du contact tactile et la mise en confiance. Cela est un pré-requis pour réaliser un travail de désensibilisation de la zone péri-orale et de la sphère orale. De plus, le travail de la respiration doit permettre à Samuel une prise de contact olfactive des aliments. Cela lui permettra de se rassurer et de se familiariser avec de nouveaux aliments vers une possible diversification alimentaire ensuite.

- Soutenir la verbalisation et encourager la communication.

Pour cela, les pictogrammes illustrant les différents temps de la séance soutiennent sa communication. Progressivement, il s'agit de l'inviter à exprimer verbalement ses demandes et ses refus et de favoriser la relation aux autres.

3. Ma rencontre avec Samuel et son évolution au sein du groupe oralité

◆ Première rencontre

Samuel court de longues distances dans la cour lorsque nous venons le chercher. Il suit le groupe sans montrer d'inquiétude ou d'interrogation sur le temps à venir. Samuel s'allonge le temps de la détente mais n'est pas assez en confiance pour investir ce temps. Il refuse le contact tactile avec l'adulte. A table, Samuel est très actif pour explorer la boîte remplie d'objets variés et s'empare du microphone. Il investit un long moment ce dernier et vocalise avec une certaine musicalité montrant son plaisir. Le microphone fait résonner sa voix et un léger écho fait suite à ses vocalisations. Samuel explore l'objet et varie la distance entre lui et l'objet. Il vient coller sa bouche puis éloigne celle-ci du microphone comme pour différencier l'objet de son corps propre. Les vibrations du microphone qu'il ressent au niveau corporel (sensibilité profonde) résonne avec le son qui sort

(flux sensoriel). De cette manière, Samuel expérimente la fonction proprioceptive telle qu'elle est décrite par A. Bullinger.¹²²

Pour continuer, il se saisit de quelques objets en plastique pour les mettre directement en bouche sans les manipuler avec les mains. Ici, la sphère orale permet l'exploration de l'objet avant la main telle qu'on l'observe chez le bébé qui porte les objets à sa bouche. Ensuite, Samuel refuse de sentir les épices ou de les manipuler en tournant la tête et en manifestant une réaction d'extension illustrant une conduite d'évitement. Il se montre très observateur et indépendant de l'adulte et du groupe. Il garde le contrôle sur les explorations qu'il choisit et est très méfiant vis à vis des nouvelles explorations.

◆ Son évolution au sein du groupe oralité

◆ Détente

Rapidement, Samuel investit le temps de détente et s'installe spontanément sous une couverture. Les premières séances, il n'accepte pas le contact tactile (ni les mobilisations, ni les pressions) de l'adulte sur l'ensemble de son corps et montre des irritabilités importantes. Par ailleurs, il est attentif et observe le reste du groupe pendant ce temps. A son rythme, Samuel accepte le contact de nos mains et investit le travail respiratoire via les propositions de l'adulte. Sa respiration est limitée et peu en place. Néanmoins, il montre à plusieurs reprises une prise de conscience de son corps à travers la respiration. Samuel peut reproduire par imitation de l'adulte l'expiration en lâchant un petit souffle. En sentant nos mains sur son thorax, il est capable d'amplifier sa respiration à quelques reprises. En décembre, grâce aux tapotements proposés par l'adulte sur le sternum, Samuel découvre la sonorisation de la colonne d'air. Il explore le vibrato de sa voix étayé par l'adulte. A ce moment, il prête attention à ces sensations dans un échange relationnel avec l'adulte. Il reproduira plusieurs fois cette expérience au cours des séances en partageant son plaisir avec l'adulte.

◆ Mise en forme corporelle

Samuel étant petit, nous adaptons une brique sous ses pieds pour ajuster son installation. Très rapidement, il accorde une grande importance à son installation et va de lui même chercher une brique pour la mettre sous ses pieds. Ses réactions d'extension sont moins marquées dans le temps. Par ailleurs, il montre des comportements d'évitement et de fuite à plusieurs reprises. Lors d'une séance, il sort de table et va désigner le pictogramme montrant la fin de la séance. Plus tard dans l'année, Samuel s'oriente sous la table. Il n'est pas opposant et reste dans la relation avec l'adulte qui le

122 CF supra p. 27

sollicite. Il reproduit ce comportement avec le même aliment (agrumes) lors d'une autre séance. En allant sous la table, il se coupe du contact visuel de la clémentine et tente de mettre à distance son odeur sans quitter l'espace du groupe. Progressivement, Samuel n'a plus besoin de fuir physiquement l'aliment. La contenance de l'adulte à ses côtés suffit à ce qu'il puisse rester à table avec le groupe.

En rapport avec sa régulation tonique, Samuel montre des fluctuations toniques importantes au début de l'année. Au moment de présenter un aliment, Samuel montre à plusieurs reprises des chutes toniques importantes. Il dépose sa tête entre ses bras posés sur la table, nous observons un relâchement tonique global. Samuel n'est plus observateur et ne dirige pas son regard vers le groupe. De même, en arrivant sur les tapis pour le dernier temps, Samuel se laisse tomber et retrouve cet état d'hypotonie au sol avec l'absence d'un regard dirigé. Nous nous questionnons sur sa fatigabilité, très présente au quotidien en lien avec ses troubles du sommeil. A l'opposé, Samuel est submergé par une montée d'excitation lorsqu'il se place dans le cerceau à la fin de la séance. Il se met debout sur la pointe des pieds, sautille et vocalise selon une posture hypertonique. Suite à ces observations, je me questionne sur ce mode de régulation du « tout ou rien » décrit par Suzanne Robert Ouvray en lien avec l'intégration des enveloppes corporelles. Avec le temps, Samuel ne présente plus ces fluctuations au cours d'une même séance. Néanmoins, la question de la fatigabilité est récurrente.

◆ Le temps à table

Au début de l'année, Samuel observe et participe peu à réaliser les praxies manuelles. Sa participation est aléatoire durant ce temps de séance. Il a besoin d'être fortement sollicité et peut reproduire des mouvements de mains avec plaisir. A ce moment, il est dans l'interaction et le jeu avec l'adulte, voire avec le groupe. Au niveau des praxies bucco-faciales, Samuel les investit progressivement (tirer la langue, souffler...) même si celles-ci restent peu développées. Durant ce temps, il investit de manière active le miroir.

Au niveau tactile, Samuel ne peut pas remonter ses manches et montre des réactions d'irritabilités tactiles importantes au début de l'année. Il refuse les contacts tactiles des aliments. Avant d'accepter de manipuler des graines sèches du bout des doigts, Samuel met à distance à l'aide d'un instrument (pique avec mousse, brosse à dent). Il montre une diminution de ses irritabilités au niveau des mains en lien avec l'acceptation progressive des contacts tactiles corporels lors de la détente. La manipulation manuelle avec des textures sèches type : graines, pâtes, etc. est possible en laissant à Samuel un temps d'exploration. Des irritabilités persistent avec les textures mouillées ou collantes.

Au niveau péri-oral et oral, Samuel refuse la désensibilisation par les massages la première partie de l'année. Par anticipation, Samuel montre une réaction de retrait et se place en hyperextension. Les premiers contacts ont été permis via la brosse à dent qui vibre. En dosant le gradient de sensibilité, Samuel appréhende de manière active le contact tactile au niveau du visage. Puis, suite à l'aménagement d'une comptine pour accompagner ce temps, Samuel accepte peu à peu le contact tactile direct de l'adulte sur son visage. Au niveau de la sphère orale, Samuel commence à explorer via la brosse qui vibre agrémentée de chocolat. Selon les séances, il peut laisser l'adulte guider la brosse à l'intérieur de sa bouche mais bloque ses joues et limite l'exploration comme pour garder la maîtrise de cette exploration intra-buccale.

Concernant l'olfaction, Samuel n'utilise pas cette information sensorielle face à un aliment ce qui altère la reconnaissance du caractère agréable ou désagréable de l'aliment. Il refuse toute entrée olfactive et manifeste une réaction d'extension pour éviter la stimulation qu'il perçoit seulement visuellement. L'olfaction est le seul sens qui nous parvient sans que l'on puisse contrôler le gradient de cette stimulation. Cela peut-être en lien avec son besoin d'être acteur et de contrôler la situation. Puis, lors d'une séance en novembre, Samuel sent par imitation une carotte. Il n'est pas dérangé par son odeur. Le travail olfactif commence doucement avec des aliments qu'il connaît et qu'il apprécie (le chocolat). Plus tard, Samuel sent spontanément le bol d'infusion d'où émanent les odeurs d'épices, comme s'il connaissait l'odeur dégagée (peut-être en lien avec ses origines marocaines). Je remarque que le travail respiratoire et les expériences qu'il intègre s'associent et contribuent à la découverte des flux olfactifs. Ce lien rejoint C. Senez, orthophoniste, qui explique que l'olfaction passe à 70 % par la respiration.

Concernant la mise en bouche, Samuel montre une forte réticence. Il a besoin d'être rassuré dans ses explorations tant péri-orales que orales. Il peut vite se sentir contraint et adopter des réactions de fuite. Samuel est très sensible à l'odeur et à la vue des agrumes (pamplemousses, clémentines). Il montre des progrès au cours de l'année. Fin février, Samuel touche la peau du pamplemousse chinois et goûte le jus présent sur la brosse à dent avec des vermicelles de chocolat. Il fait une grimace et s'essuie la bouche. La présentation répétée d'un aliment d'une séance à l'autre le met en confiance vers une possible exploration, voire une mise en bouche. Samuel montre une préférence pour les aliments croquants qui font du bruit (bâton gressin, craquants à la framboise, oignons frits, « cracotte », chocolat « crunchy ») qu'il met directement en bouche pour manger. Il aime la pâte au chocolat et la pâte de spéculos. Par ailleurs, Samuel lèche à plusieurs reprises les aliments sans les croquer (gâteaux, bâton crunchy). Il a réussi à cracher une fois mais n'est

pas encore à l'aise avec cette possibilité. Je me demande si c'est une difficulté praxique ou si c'est une appréhension en lien avec son vécu corporel. Finalement, est-ce que cette difficulté à cracher rend difficile la mise en bouche, qui serait dans ce sens source d'angoisses pour Samuel ?

◆ Communication et relations

Au début de l'année, Samuel vocalise régulièrement lors de moments où il semble « ailleurs » et non présent avec le groupe. Il investit rapidement les pictogrammes et s'y réfère pour rythmer les temps de la séance. Actuellement, il peut montrer un pictogramme et verbaliser « à table » pour terminer la détente et passer à l'autre temps. Au cours de l'année, Samuel verbalise de plus en plus. Il commence à verbaliser des mots sur les temps informels, notamment sur le chemin vers la salle en disant « croque en bouche ». Progressivement, il verbalise au sein de la séance, tant en rapport avec une demande qu'en lien avec un refus : « encore », « chocolat », « non ». Aussi, Samuel investit beaucoup les comptines à l'unité. Lors de la séance, il commence à chanter avec nous les premiers mots des comptines. De plus, Samuel se saisit de bruitages que l'on réalise pour accompagner ses explorations. Il peut imiter le bruit et reproduire l'action associée (par exemple, écraser les vermicelles de chocolat en faisant le bruit associé « crunch, crunch, crunch »).

Dans ses relations, Samuel montre un contact assez évitant et sollicite la vision périphérique. Il ne sollicite pas et ne recherche pas l'aide de l'adulte mais peut néanmoins échanger des regards et des sourires. Avec ses pairs, il ne joue pas et ne partage pas de jeu. Cependant, il observe énormément et imite en différé les autres enfants et les adultes. Au cours de l'année, Samuel montre de réels progrès dans ses interactions avec l'adulte, marqués par une qualité de présence qui s'améliore dans le temps. Les regards périphériques ont diminué laissant place à une vraie possibilité d'échange avec l'adulte. La relation est instaurée, il se montre en confiance. Il comprend les consignes simples et accepte plus facilement les sollicitations de l'adulte.

◆ Rencontre et échanges avec sa maman

Je rencontre au mois de novembre la maman de Samuel avec l'ensemble du groupe et trois autres parents. Elle est intéressée et pose des questions relatives au comportement alimentaire de Samuel. Elle se montre soucieuse des progrès qu'elle peut attendre pour Samuel et du temps que cela va mettre. Elle décrit la difficulté des temps de repas à la maison, en rapport avec la sélectivité alimentaire sévère de Samuel. Elle dit : "Il mange que du pain, des nuggets et du miel". Elle décrit qu'avant, il mangeait des fruits, des légumes et de la viande et que ce n'est plus possible depuis plusieurs mois sans raison

apparente pour elle. Touchée, elle verbalise : “les temps de repas sont dramatiques, il pleure parce qu’il a faim mais il ne peut pas manger”. Elle explique que ce n’est pas un comportement d’opposition mais plus une incapacité de la part de Samuel. Je saisis à ce moment l’impact de ces troubles sur la dynamique familiale. Ses paroles montrent comment la maman se sent démunie et à la recherche de conseils. Pendant le temps à table avec les enfants, elle se prête à la situation. Samuel évite les propositions lors de la séance et demande le chocolat. Il refuse en disant « non » pendant la séance. Sa maman rebondit sur ses dires et montre sa satisfaction à ce qu’il puisse exprimer son refus. Elle ajoute qu’il commence à utiliser le « oui ». Au cours de la séance, Samuel fait manger sa maman. Elle accepte spontanément et j’observe un réel échange entre eux. A la fin de la séance, Samuel se couche près de sa maman en prenant une couverture comme lors de la détente. La maman paraît touchée qu’il intègre ce temps et puisse se détendre. Elle explique les difficultés de sommeil à la maison.

◆ Pour conclure

Enfin, les observations liées à l’oralité chez Samuel interrogent à propos de la construction de soi. Samuel présente des fortes irritabilités au niveau visuel, tactile, olfactif et gustatif. Son hyperréactivité marquée par ses conduites d’évitement et par ses fortes désorganisations toniques et émotionnelles me questionnent quant à son niveau de sensibilité mais aussi quant à ses peurs, voire ses angoisses. Qu’en est-il de la représentation de soi et de la constitution d’une enveloppe corporelle intègre lorsque les flux sensoriels sont irritants ? Samuel réalise peu d’expérience autour et à l’intérieur de la sphère orale, questionnant l’intégration d’une limite entre le dedans et le dehors. Aussi, il ne montre pas d’appétence, même envers un aliment préféré. Malgré la problématique autistique et l’altération de la communication (pour exprimer sa faim ou son plaisir à manger), je me pose la question de son envie de manger et de son plaisir à manger. Enfin, je me demande si le dispositif groupal assure une contenance pour Samuel qui lui permettrait de faciliter ses explorations et de reconnaître les stimulations agréables de celles qui sont désagréables pour lui ?

F. DISCUSSION

L'étude clinique de Ali et Samuel m'apporte un questionnement autour de l'impact des troubles de l'oralité chez l'enfant autiste, en lien avec la construction de soi. En quoi la prise en soin des troubles de l'oralité en psychomotricité « nourrit » la conscience de soi chez l'enfant ayant des TSA ? Je commencerai par mettre en lien les particularités sensorielles chez l'enfant autiste et les troubles de l'oralité observés afin de saisir leurs impacts sur l'intégration des enveloppes corporelles. Ensuite, je parlerai de l'intérêt d'une prise en soin globale des troubles de l'oralité afin de favoriser la prise de conscience d'un corps propre et la représentation de soi. Puis, je terminerai par questionner le dispositif groupal avec les troubles de l'oralité. Finalement, je présenterai les intérêts et les limites de cette prise en soin en psychomotricité.

I. Le traitement de l'information sensorielle en lien avec les troubles de l'oralité

Outre sa fonction d'orifice, la bouche est un des organes à la sensorialité la plus intense et la plus complexe qui soit selon A. Bullinger. Y interviennent simultanément : l'odeur, le goût, le tact, la température et la proprioception sans oublier la douleur. Il s'agit de comprendre comment les particularités sensorielles des enfants autistes impactent leur activité orale au sein de leur développement global.

1. Un équilibre sensori-tonique fragile

« Habiter l'organisme suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme.¹²³ » Or, chez Ali et Samuel, les flux sensoriels de l'environnement peuvent rapidement être source de désorganisations toniques, émotionnelles et posturales. Chez Ali cela se remarque par une recherche sensorielle excessive qui la mène directement vers l'aliment en plus d'une réaction émotionnelle vive. Alors que chez Samuel, je remarque des conduites d'évitement désorganisant profondément sa posture. Wallon décrit l'équilibre sensori-tonique comme étant « l'état interne de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu. »¹²⁴ A. Bullinger rajoute la notion de surface d'équilibre comme garante du sentiment d'exister de façon stable et durable. Pour lui, la régulation des états toniques est une condition essentielle à la formation d'une subjectivité. Le milieu biologique, le milieu humain et le milieu physique constituent les trois vecteurs de l'équilibre sensori-tonique.

Le milieu biologique correspond à l'intégrité des systèmes sensoriels. Chez Samuel et Ali, le défaut d'intégration sensorielle impacte la cohérence des stimulations sensori-

¹²³ Bullinger A., 2004, p.152

¹²⁴ Ibid. p. 146

motrices qui atteignent l'organisme et rendent difficile leur appréhension.

Aussi, les conditions environnementales (milieu physique) doivent permettre de donner du sens à l'enfant. Or, lors du temps de repas ou du groupe oralité, les conditions sensorielles peuvent être source de sur/ sous ou de dystimulations pour chacun des enfants (les odeurs qui émanent, le bruit du groupe, la vue des aliments, etc.)

Finalement, le milieu humain implique le dialogue tonique et la communication entre l'enfant et l'adulte. Or, les difficultés d'interactions et de communication chez Samuel et Ali laissent supposer un manque de dialogue tonico-émotionnel de leur part. L'altération de cet appui sur l'adulte peut venir entraver la compréhension des vécus corporels et rendre difficile une régulation tonique adaptée.

À partir de ces trois composantes, « L'équilibre sensori-tonique permet de supporter et de prendre plaisir à des stimulations variées issues des actions.»¹²⁵ Or chez Samuel et Ali, cet équilibre est largement fragilisé. De ce fait le contrôle de l'environnement et son exploration devient difficile à gérer, notamment lors de la situation de repas puisque « nous mangeons avec nos sens »¹²⁶. De ce point de vue, l'intégration sensorielle tient un rôle notable auprès d'Ali et Samuel. J. Ayres définit cette notion comme un processus neurologique qui organise les sensations reçues du corps et de l'environnement et qui permet d'utiliser le corps d'une manière efficace dans cet environnement. Les récepteurs sensoriels transmettent l'information sensorielle au système nerveux central afin qu'elle soit traitée, interprétée, comparée dans le but d'adapter le comportement en réponse à ces stimuli. Il s'agit alors d'accompagner Ali et Samuel à mieux gérer les stimulations sensorielles de l'environnement afin de favoriser un meilleur vécu des sensations et une meilleure adaptabilité.

2. Les troubles de l'oralité et le traitement de l'information sensorielle

G. Nadon établit une relation significative entre la sélectivité alimentaire (ou certains comportements problématiques liés au repas) et la présence d'un trouble de la modulation sensorielle chez les enfants ayant un TSA¹²⁷. Pour rappel, ces troubles du traitement de l'information sensorielle regroupent l'hyper-réactivité, l'hypo-réactivité et la recherche sensorielle.

◆ Du corps à la sphère orale

Samuel montre une hyper-réactivité sensorielle. Ses conduites d'évitement et ses réactions exacerbées face aux stimulations sensorielles illustrent l'adoption de « défenses

125 Bullinger A., 2004, p.42

126 Autisme et problèmes d'alimentation, Fondelli, T., 5p.

www.autisme.ch/component/phocadownload/category/4?download=64:autisme-et-alimentation-parthomas-fondelli

127 CF supra p.24

sensorielles »¹²⁸. Ses réponses rapides et intenses montrent son évitement de la stimulation et sont accompagnées d'une forte anxiété voire d'un sentiment de peur. Alors que je lui présente un morceau de noix de coco sans l'approcher de son visage, Samuel regarde l'aliment et montre un fort recrutement tonique menant à une hyperextension du buste. Au delà d'une hyper-réactivité, je me demande aussi ce qu'il comprend de la situation. Peut-être qu'il appréhende notre geste sans pouvoir maîtriser la situation avec le sentiment d'être forcé. A. Bullinger explique que l'enfant doit avoir un « espace de décision dans l'acte alimentaire ». La stimulation ne doit pas arriver directement vers la bouche mais part du lobe de l'oreille pour glisser progressivement vers la commissure des lèvres. De cette manière, l'enfant a la possibilité de se détourner de la stimulation (rejet) ou de s'orienter positivement vers celle-ci (capture) sans désorganiser sa posture. Cette possibilité d'ajustement de la stimulation place l'enfant en tant qu'acteur et permet un dialogue, un lien de confiance avec l'adulte, nécessaire à la progressive acceptation de l'aliment.

Pour continuer, ses fortes réactions tonico-émotionnelles face aux stimulations illustrent la dominance du système archaïque selon A. Bullinger. Effectivement, Samuel privilégie le traitement qualitatif des stimulations sensorielles (agréable/ désagréable, dur/ mou, etc.) à défaut de pouvoir explorer la stimulation vers une finalité instrumentale. Cela est à mettre en lien avec son hypersensibilité tactile, visuelle, gustative et olfactive que je vais expliquer.

Chez Samuel, les signaux tactiles sont perçus comme irritatifs. Lors des premières séances, il refuse le contact tactile sur l'ensemble du corps et les massages péri-oraux et oraux ne sont pas possibles. Aussi, les irritabilités tactiles chez Samuel empêchent la prise de contact tactile avec les aliments par peur d'un contact accidentel ou inattendu. Puis, Samuel accepte progressivement les sollicitations tactiles au niveau corporel via les pressions et les mobilisations passives. Dans un second temps, il accepte la manipulation de textures sèches avec les doigts et garde à distance les textures mouillées (utilise un pique ou une cuillère). La désensibilisation péri-orale est variable selon sa disponibilité du jour mais est possible. Ici, la prise en compte du corps dans sa globalité est nécessaire pour Samuel afin d'investir la sphère orale et toute sa sensibilité. V. Leblanc et M. Ruffier-Bourdet expliquent que : « pour être bien dans sa bouche, l'enfant doit être bien dans son corps »¹²⁹ Même si des progrès sont repérés, ses irritabilités tactiles au niveau de la sphère orale persistent. V. Leblanc et M. Ruffier Bourdet définissent l'hypersensibilité orale lorsque : « toute approche d'une zone exo-buccale (joues, menton, lèvres) ou endo-buccale (gencives, langue, palais, intérieur des joues), soit par le toucher de cette zone soit

128 Leblanc, V., Ruffier-Bourdet, M., 2009, p.50

129 Ibid., p. 49

par le contact d'une de ces zones avec une texture alimentaire ou non alimentaire, un goût, une température, peut déclencher une ou plusieurs des défenses suivantes : détournements de tête, pleurs, fermeture de bouche, etc. »¹³⁰ Elle se traduit également par « une sélectivité liée aux textures des aliments et un rejet de toute activité concernant la bouche. »¹³¹ Dans ce sens, il est envisageable que certains aliments chez Samuel transmettent en bouche des sensations tactiles et proprioceptives désagréables, en lien avec la dominance du système archaïque. Dans ce cas, l'hyperextension montrée par Samuel éloigne la bouche de la source de la nourriture. L'ajustement de la bouche lors du contact de l'aliment ne peut être réalisé par le système récent. A. Bullinger explique alors que « les mouvements des lèvres et de la langue ne sont pas orientés par les conduites instrumentales d'exploration et de succion. »¹³² De plus, cette extension désorganise la posture et brise le dialogue avec la personne qui l'alimente.

Au niveau visuel, Samuel est sensible à la forme. Sa maman rapporte qu'il refuse les bâtonnets de poulet lorsqu'ils n'ont pas la même forme que celle habituellement présentée. Rappelons que l'importance de la présentation visuelle de l'aliment permet d'anticiper sa texture et éventuellement sa nocivité.¹³³ La première moitié de l'année, je me demandais aussi s'il n'avait pas besoin que les aliments soient emballés. Il présentait un certain intérêt pour les aliments sortant d'un emballage. Finalement, j'observe ensuite que ce sont peut-être les aliments frais (noix de coco, les agrumes), sans transformation qui amènent le plus de difficultés pour lui. Dans ce cas, la perception exacerbée des détails vient freiner la mise en bouche. Cet élément renvoie à la notion de « cécité contextuelle¹³⁴ » en lien avec un fonctionnement cognitif détaillé et hyper réaliste que décrit T. Fondelli. Pour lui, les personnes ayant un TSA ont besoin de repérer certains détails visibles sur l'aliment afin de garantir la réalité de cet aliment et le sentiment de sécurité qui en découle. Malgré cette forme d'immuabilité alimentaire, Samuel a lentement introduit de nouveaux aliments à partir de la pâte à tartiner « crunchy ». Il accepte maintenant la pâte de spéculoos et la pâte à tartiner au chocolat qu'il peut mélanger avec différents vermicelles, contrairement au début d'année.

Pour terminer, Samuel montre une hypersensibilité gustative et olfactive. Il demande beaucoup de ketchup lors du repas. Au delà d'une préférence alimentaire, T. Fondelli décrit que les personnes ayant une hypersensibilité au niveau gustatif « effacent les goûts en mélangeant tout au ketchup ». ¹³⁵ Au niveau de la température, Samuel ne

130 Ibid., p. 49

131 Alba, A., Prudhon, E., Tessier, A., 2016, p. 124

132 Bullinger, A., 2004, p. 193

133 Alba, A., Prudhon, E., Tessier, A., 2016

134 Autisme et problèmes d'alimentation, Fondelli, T., 5p.

www.autisme.ch/component/phocadownload/category/4?download=64:autisme-et-alimentation-parthomas-fondelli

135 Ibid.

montre pas de préférence ou d'aversion pour le chaud ou le froid lors du groupe oralité. Pourtant, sa maman dit : « Il croque dans les steaks hachés surgelés et met dans sa bouche des petits pois congelés ». A. Alba, E. Prudhon, A. Tessier décrivent que l'hypersensibilité « va conduire l'enfant à se nourrir de mets insipides, voire gelés, pour en masquer le goût. »¹³⁶ De ce fait, la température froide qui attire Samuel serait en lien avec la diminution du goût et de l'odeur que présentent les aliments surgelés.

◆ L'hyposensibilité sensorielle et l'avidité

Par ailleurs, Ali montre une hyposensibilité au niveau de la sphère orale et péri-orale. Ses réponses aux stimulations sont faibles. Lors de la première séance, Ali mange des épices sans montrer de réaction malgré le goût fort et piquant. Aussi, elle stocke de longs moments les aliments au niveau de la face interne de ses joues. Je me demande si c'est une difficulté praxique liée à la mastication, une difficulté liée à la déglutition avec la peur de lâcher l'aliment vers l'intérieur du corps ou si c'est une façon d'entretenir des sensations au niveau de l'intérieur des joues et donc une manière de faire exister l'espace oral. Lors d'une hyposensibilité orale, le remplissage buccal est exagéré selon Alba, A., Prudhon, E., & Tessier, A.¹³⁷. Dans ce sens, le stockage alimentaire serait lié à une recherche sensorielle au niveau de la sphère orale. Selon A Kloeckner, « les expériences sensori-motrices orales [...] font vivre l'espace de la bouche à partir de sensations (tactiles, sonores, olfactives, visuelles) et de mobilisations toniques des différentes parties de la sphère orale (lèvres, langues, larynx). La coordination entre ses éléments (proprioception) renforce la perception de cet espace. »¹³⁸ Régulièrement, Ali claque sa langue contre son palais dans sa bouche. Ce comportement n'est pas orienté au niveau spatial à des fins instrumentales. A. Bullinger écrit que : « Si c'est le système récent qui l'emporte, les mouvements visent à créer des stimulations pour elles mêmes. [...] Les mouvements de la bouche, des lèvres et de la langue sont proches des stéréotypies. » Par cette maximisation des sensations, Ali réactualise les propriétés spatiales de la cavité buccale et ses limites : le volume, la cavité, le plein ou le vide.

Aussi, son avidité marque la prégnance de la conduite de capture. « Les objets incorporés remplissent toute la bouche, sans qu'une exploration soit possible. » A. Bullinger explique que ce sont généralement des objets durs. Effectivement, Ali est prise d'une avidité extrême pour attraper un carré de chocolat dur lors d'une séance. Les copeaux mis à sa disposition ne la contente pas. Effectivement, ces derniers de petites tailles fondent et ne permettent pas de sentir le volume et les limites de la bouche. Chez Ali, les objets ne transitent pas par la bouche mais sont incorporés pour tenter de combler

136 Alba, A., Prudhon, E., Tessier, A., 2016, p. 126

137 Alba, A., Prudhon, E., Tessier, A., 2016

138 Kloeckner, A., 2011, p. 138

un « vide sans fond selon A. Bullinger».¹³⁹ Cette notion rejoint la volonté de « boucher le trou noir » évoqué par Tustin et illustre un défaut d'intégration des limites corporelles. Effectivement, son avidité et la recherche de sensations au niveau de la sphère orale participent au maintien de l'image corporelle par les sensations induites mais ne permettent ni une prise de connaissance de l'objet ni de construire une représentation stable de l'espace oral.

Pour conclure, Ali montre de réels progrès au cours de l'année quant à la coordination du couple capture/ exploration. Grâce aux expériences sensori-motrices proposées lors du groupe, Ali affine ses mouvements au niveau de la sphère orale. Elle est plus détendue au niveau tonique, ce qui lui permet de préciser l'investissement de la sphère orale vers une meilleure spatialisation et une meilleure instrumentation de ce dernier (pouvoir mastiquer, mâcher, couper,etc.)

3. Perception et approche des flux sensoriels

◆ La perception des flux sensoriels

Au niveau de l'organisme, toute variation d'un flux sensoriel induit une sensation provenant des organes sensoriels. En fonction de notre vécu, l'interprétation de cette sensation, se traduira par une perception.

Samuel ne semble pas différencier la perception d'un vécu agréable ou désagréable que les différents flux suscitent chez lui. En allant sous la table, il évite la plupart des stimulations sensorielles. De plus, les transferts intermodaux sont entravés chez les enfants ayant un TSA, entravant la comodalité d'informations sensorielles variées. Ainsi, il est difficile pour Samuel et Ali de mettre en lien les informations sensorielles du repas pour en faire un tout cohérent et signifiant ; ce que Frith, repris par J. Perrin nomme « le déficit de cohérence centrale »¹⁴⁰. Il peut être également difficile d'assimiler les différentes sensations ressenties lors de la mastication. T. Fondelli rapporte que « à chaque mastication, les goûts, les odeurs et la texture changent. Chaque nouvelle mastication est donc un apport de nouveaux stimuli à traiter »¹⁴¹. Ce nouveau traitement expliquerait en partie les difficultés de mise en bouche chez Samuel mais aussi le comportement de stockage des aliments chez Ali.

139 Bullinger, A., 2015, p. 29

140 Maffre, T., Perrin, J., 2013, p. 186

141 Autisme et problèmes d'alimentation, Fondelli, T., 5p.

www.autisme.ch/component/phocadownload/category/4?download=64:autisme-et-alimentation-parthomas-fondelli

◆ La désensibilisation hiérarchique

G. Nadon reprend la notion de « désensibilisation hiérarchique »¹⁴². Il s'agit de proposer une « exposition systématique et graduelle des stimuli anxiogènes »¹⁴³ suivant la tolérance de l'enfant. L'exposition en fonction de la proximité des aliments paraît intéressante pour Samuel. Il s'agit pour lui de tolérer visuellement l'aliment dans un premier temps, de le sentir, de le toucher puis de le goûter et enfin de le manger. Cette désensibilisation vise à éliminer progressivement l'anxiété afin de tendre vers un vécu positif du contact de l'aliment et de la situation de repas. Effectivement, au cours des séances, Samuel accepte de regarder un aliment après une exposition répétée et peut désormais prendre contact avec cet aliment au niveau olfactif. Selon les aliments, Samuel peut les manipuler à distance à l'aide d'un outil (bâtonnet, cuillère, etc.) voire les toucher avec les doigts. Il a besoin de garder le contrôle des flux et de maîtriser la distance le séparant de l'aliment. Cela revient à l'espace de décision de A. Bullinger. Cette séquence décrite est travaillée également auprès d'Ali afin de réguler son avidité. Au mois d'avril, elle est capable de regarder, de sentir, de toucher puis d'amener à la bouche. Cette progression est observée au moment du repas au sein de l'unité et s'associe avec un état tonique et émotionnel plus stable lors du repas.

II. Les troubles de l'oralité et la prise de conscience d'un corps propre

Il s'agit de questionner comment les troubles de l'oralité chez l'enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) entravent le sentiment de contenance et la représentation de soi. Je mettrai ces éléments en lien avec la prise de conscience d'un corps propre grâce à une prise en soin globale de ces troubles.

1. Une question d'angoisse ?

« La fonction orale peut paraître comme la première expérience de l'angoisse et du conflit. »¹⁴⁴ Restaurer l'oralité alimentaire, c'est évacuer la peur et le dégoût engendrés par le contact des aliments avec la bouche et parfois avec la manipulation de la nourriture explique C. Thibault.

Samuel présente de fortes réticences à mettre en bouche. Je me demande si c'est en lien avec la difficulté de cracher ou si c'est en lien avec la peur que l'aliment s'en aille à l'intérieur du corps. C. Thibault¹⁴⁵ décrit deux angoisses dans le comportement alimentaire humain : une angoisse d'avaler et une angoisse liée à la nouveauté alimentaire. Elle rajoute que l'enfant présentant une dysoralité présenterait une troisième angoisse, celle de mettre dans sa bouche. Chez Samuel, je remarque cette réticence par la manière dont il met en

142 Nadon, G., 2011., p. 12

143 Ibid.

144 Thibault, C., 2007, p. 5

145 Ibid.

bouche l'aliment. Il découpe précautionneusement de petits bouts de fromage avec ses mains puis les porte à la bouche. Cette dernière reste fermée et ne s'ouvre que légèrement et au dernier moment pour attraper le morceau de fromage. De cette manière, il s'assure que rien d'autre ne rentre à l'intérieur de sa bouche. Pourtant, en capturant le pain, Samuel ouvre pleinement la bouche pour prendre de gros morceaux. J'associe cette différence au caractère nouveau que représente le fromage pour Samuel. Il en mange seulement depuis peu et n'a pas intégré le fromage comme « bonne nourriture ». C. Thibault écrit que : « La bouche sélectionne l'aliment par la gustation et permet l'acceptation ou le refus de celui-ci, cette acceptation se concrétisant par l'ingestion dans le « moi » intestinal d'un objet alimentaire comestible. »¹⁴⁶ Finalement, chez Samuel c'est peut-être le fait d'accepter un aliment extérieur, sans sécurité, qui est difficile. Chez Ali, ces difficultés à déglutir me questionne quant à l'acceptation de lâcher l'aliment vers l'intérieur du corps. Le « Moi intestinal » nécessiterait une représentation du trajet de l'aliment dans son propre corps. Or chez Ali, l'intérieur du corps n'est pas représenté. Elle garde l'aliment en bouche comme pour maintenir les sensations au niveau buccal. Ce stade proto-représentatif peut expliquer la difficulté de lâcher l'aliment lors de la déglutition. Une fois l'aliment lâché à l'intérieur du corps, l'objet alimentaire et la bouche ne sont plus sources de sensations, la représentation en action s'amoinde et fragilise le maintien de l'image corporelle.

Finalement, à travers ces angoisses, il s'agit d'accompagner Ali et Samuel à mieux apprécier la mise en bouche en les rassurant.

2. Vers l'intégration d'une enveloppe corporelle

Ali est parfois très « gloton ». Tant qu'un aliment est disponible, elle continuera à se servir sans avoir de limites. Par ailleurs, je comprends cette observation comme une manière de maintenir un « sentiment de continuer d'être »¹⁴⁷, où il faudrait « sentir son corps pour l'habiter ».¹⁴⁸ Cela expliquerait son avidité comme un besoin irrépissible de s'éprouver pour sentir son corps. Ce comportement me fait également penser à une recherche d'enveloppe corporelle. Effectivement, Ali étale ses aliments sur son visage et son corps, ce qui correspond à la fonction d'intersensorialité de la peau décrite par D. Anzieu. Comme une surface reliante, la matière étalée aurait pour fonction de relier les différentes sensations de la peau. Ici, la question des limites corporelles se pose, notamment au niveau de l'orifice que représente la sphère orale. Elle joue beaucoup avec sa salive qu'elle déplace tout autour des lèvres. S. Urben explique que « les formes autistiques sont produites à partir des substances corporelles molles [...] ou des

146 Ibid. p. 4

147 Winnicott, D. 1958

148 Urben, S., 2016, p. 389

équivalents non corporels. Il s'agit de régurgiter la nourriture, de faire des bulles de salive, de sentir la morve dans son nez afin de produire des formes. Les stéréotypies en font parties et les contours changeants qu'elles produisent apportent apaisement et réconfort pour l'enfant. »¹⁴⁹ Il s'agit de créer des sensations au niveau du pourtour de la bouche pour lutter contre les angoisses et s'apaiser selon S. Urben. Effectivement, lors de la première séance avec Ali, elle vient poser une brosse à poils durs sur ses lèvres comme pour explorer le pourtour de celles-ci. Ces signes évoquent la phase de la «Récupération de la peau» et décrivent ce que G. Haag nomment les «Signes de récupération du pourtour de la bouche. »¹⁵⁰ . Il s'agit de la seconde étape de la formation de l'image du corps. D'après elle, les enfants « vérifient le ressenti du pourtour de la bouche en la plaquant partout sur l'environnement, en se palpant la bouche avec les doigts ; par l'exploration du craché, et des bruits de bouche explosifs ». ¹⁵¹

Dans ce sens, il est intéressant de considérer ces comportements comme une première prise de conscience des limites du corps chez Ali. Lors des premières séances, Ali laisse couler sa salive comme si elle ne s'en rendait pas compte. Quelques mois plus tard, elle crache souvent à l'unité, notamment pendant le groupe de parole. Elle expérimente de cette manière la limite entre le dedans et le dehors. S. Urben précise que « lorsque les enfants autistes récupèrent leur bouche, ils exercent, comme les bébés au second trimestre, le plaisir de la sphinctérisation buccale en crachant ou en soufflant.»¹⁵² Puis au cours de l'année, Ali ne crache plus ou peu. Meltzer, repris par S. Urben, explique que lorsque la tridimensionnalité et un contenant se forment, les trous du corps sont vécus comme naturels et non plus comme des déchirures. Effectivement, Ali investit sa bouche sans montrer de recrutement tonique excessif comme avant où elle se jetait en avant vers la nourriture, comme pour se remplir. Elle est moins avide et plus précise pour atteindre la sphère orale.

Je me pose la question de l'intégration de la bouche en lien avec sa représentation du corps. Malgré la diminution de son avidité, Ali prend de grosses bouchées, aussi, elle est attirée par les gros morceaux. Je me demande ce qu'il en est du sentiment de contenance chez elle. Aussi, son avidité laisse penser au besoin de remplir « un trou ».La bouche dans ce cas est ressentie comme un orifice béant, « qu'il faut boucher en le bourrant »¹⁵³. Selon G. Haag, cette recherche de bourrage montre un début plus élaboré d'investissement de la bouche, comme un espace en trois dimensions. En remplissant sa bouche de cette manière, Ali serait en train de ressentir sa bouche comme un orifice, à la fois limitant le dedans du dehors, mais aussi comme un lieu de passage, de perméabilité

149 Urben, S., 2016, p. 385

150 Haag, G., 2009, p. 124

151 Ibid.

152 Urben, S., 2016, p.8

153 Haag G., 1996, p. 212

(entre l'intérieur et l'extérieur du corps). Cette émergence de tridimensionnalité¹⁵⁴ chez Ali est à nuancer. Effectivement, lors de situations d'inoccupation, Ali recourt à ses stéréotypies en prenant un gant de plastique qu'elle met en tension avec ses dents. D'après G. Haag, le réinvestissement de la bouche dans l'image du corps n'est pas stable, et peut s'accompagner de sensations de perte du contour de la bouche, au stade de la récupération de la première peau. Les enfants usent alors de recherches stéréotypées de dureté et de vibrations au niveau des dents. Ainsi, je me demande si Ali ne cherche pas à vérifier la présence de sa bouche quand elle tire sur ses dents avec le gant.

Cette émergence de représentation de la bouche semble être un effet direct de deux notions travaillées pendant les séances du groupe oralité. D'abord, l'expérience du dedans et du dehors comme limite entre le moi et le non moi ; puis, la différenciation de l'espace oral et péri-oral que je vais décrire.

3. Vers un sentiment de contenance

L'enveloppe corporelle se construit chez l'enfant grâce aux expériences de dedans/dehors au niveau de la peau et particulièrement au niveau de la sphère orale. « La bouche est une cavité de peau médiatrice entre le « dehors et le dedans ¹⁵⁵ ». La sensation de satiété, après le repas, va permettre d'accéder à un premier sentiment de contenance à partir de la dialectique contenant / contenu. Or, d'après A. Bullinger, le sentiment de contenance n'est pas ressenti chez les enfants autistes. Il explique que : « la satiété et la contenance donnent, à travers les tensions musculaires de l'abdomen , un premier sentiment d'existence auquel ces enfants n'ont pas accès. »¹⁵⁶

Chez Samuel, les défenses tactiles se traduisent par le refus de toucher ou d'être touché et fragilisent toute l'enveloppe corporelle. De part ses irritabilités, certaines fonctions de la peau sont défailantes : un manque de contenance et l'altération de la fonction de pare-excitation. Dans ce sens, le temps de détente permet à Samuel d'intégrer progressivement une enveloppe cohérente et contenant pour investir les expériences sensori-motrices péri- orales et orales à venir.

Chez Ali, elle accepte dès les premières séances les pressions et les mobilisations. Au cours de l'année, elle a moins besoin d'appuis corporels de l'adulte (dos, tête et pieds) pour s'installer sur le tapis et à table. Sa mise en bouche est moins avide. Ces éléments me laissent penser à un sentiment de contenance émergeant chez Ali. Effectivement, A. Kloeckner écrit que : « la dialectique « contenant / être contenu » souligne, d'une part, celle des expériences de portage, et d'autres part, celle des expériences positives

154 Tridimensionnalité : état où l'identification projective peut se déployer via les mécanismes d'introjection et de projection. A partir de la conception des espaces psychique et corporel comportant un dedans et un dehors, l'activité mentale s'enrichit grâce à des tentatives pour établir la perception du Moi corporel primitif.

155 Thibault, C., 2007

156 Bullinger, A. , 2015, p. 107

d'incorporation. »¹⁵⁷ Le portage chez le bébé renvoie à l'installation lors du temps à table chez Samuel et Ali avec la nécessité d'un arrière-fond comme contenant, permis tant par l'appui du dos que dans la relation avec l'adulte. Aussi, les expériences positives liées à l'incorporation sont liées au sentiment de satiété qu'éprouve l'enfant, en gardant les « bonnes nourritures ». Au sein du groupe, nous présentons à chaque séance au moins un aliment apprécié de chacun afin de susciter une expérience de plaisir pour chaque enfant.

En lien avec la contenance et les troubles de l'oralité, le travail de respiration est primordial bien que difficile. B. Lesage¹⁵⁸ explique que la respiration et l'alimentation sont les flux d'échanges qui soutiennent le vécu d'un soi relié. En rentrant et en sortant, ces flux nourrissent la perception du corps au passage et soutiennent la possibilité d'être et de perdurer dans l'échange. Plusieurs fois, je me demande comment Samuel et Ali intègrent ce temps de détente. Le lien établi par le regard avec l'enfant est souvent fort. Des émergences de possibilités liées à la respiration me surprennent et me questionnent.

Lors d'une séance, j'ai de la difficulté à sentir la respiration de Samuel. Les mouvements sont minimes. Je pose ma main à plusieurs endroits (sur les côtes, le ventre) pour mieux sentir sa respiration. Je pose alors ma main sur son sternum. Directement, je vois Samuel sortir un petit souffle. Puis, lorsque j'induis des tapotements à ce niveau, Samuel semble découvrir la respiration : au rythme des vibrations, il sonorise sa colonne d'air en même temps qu'un échange ludique s'installe. Lors de cette expérience et via le dialogue tonique instauré, Samuel ressent les échanges de flux d'air entre le dedans et le dehors de son corps, instaurant un sentiment de contenance. Samuel reproduit plusieurs fois dans l'année cette expérience et tente de vocaliser quelques sons. Je rapproche la prise de conscience de la respiration avec l'approche olfactive acceptée par Samuel au cours des séances. C. Senez explique que 80 % de l'olfaction passe par la respiration. De ce fait, l'expérience du dedans et du dehors vécue lors du temps de détente favorise l'acceptation des odeurs vers l'intérieur du corps pour Samuel. Aussi, cette approche olfactive permet une première prise de contact avec l'aliment et permet de se rassurer sans se désorganiser.

D'autre part, j'observe chez Ali qu'elle gonfle légèrement le ventre au contact de ma main sur ce dernier. Elle cherche à sentir mon souffle sur son visage et lâche un petit soufflement lors de quelques séances. Le travail de respiration est difficile lors du temps de détente. Pourtant, il me semble qu'en invitant Ali à respirer calmement et librement, ce premier travail de régulation tonique l'amène déjà à se considérer, à se rassembler. Aussi, lors du temps à table, Ali souffle pour la première fois dans une paille depuis ses débuts au groupe oralité. Par cette expérience, Ali ressent une première contenance et expérimente

157 Kloeckner, A., 2011, p. 138

158 Lesage, B., 2012

le passage de l'air de l'intérieur vers l'extérieur du corps. A. Bullinger explique que « L'activité psychique de représentation se met en place à partir des expériences sensori-motrices et contribue à la constitution de l'espace oral avec le sentiment de contenance. »¹⁵⁹ Effectivement, les sollicitations réalisées lors du groupe (la respiration, les praxies bucco-faciales, les massages péri-oral et oral, le travail d'olfaction, la mise en bouche) invitent à explorer les possibilités de la sphère orale en lien avec l'intégration du dedans et dehors et des enveloppes corporelles et psychiques. Ce travail participe donc à « nourrir » la conscience d'un corps unifié et de ses limites.

Par ailleurs, je remarque depuis le mois de janvier des conduites de flairage auprès de l'adulte chez Ali. Aussi, elle utilise plus régulièrement les informations olfactives des aliments avant de les porter à la bouche. En flairant la personne à ses côtés, je me demande si c'est un mode de prise de contact avec l'adulte, comme elle le fait maintenant avec les aliments. Ali prend conscience d'une odeur différente de la sienne et donc d'une personne distincte d'elle même. Je comprends cela comme une ébauche de différenciation de l'autre mais aussi peut-être comme une entrée en communication. Il pourrait s'agir aussi d'un intérêt restreint retrouvé chez les enfants autistes, pourtant Ali le fait plus particulièrement lorsque l'on met un parfum.

4. Distinction de l'espace oral et de l'espace péri-oral

Lors de la première séance, Ali se couvre le visage de nourriture et ne distingue pas son nez de sa bouche et du reste de son visage. D. Caucale décrit chez les enfants ayant un TSA, des perturbations « au niveau des orifices corporels avec des difficultés dans leur identification et surtout de leur compréhension de leur rôle de transition mais en même temps de barrière entre l'intérieur et l'extérieur du corps. »¹⁶⁰

De septembre à février, Ali ne distingue pas le dedans du dehors ni l'espace oral de l'espace péri-oral. Puis, nous observons une nette évolution au cours de l'année, que je souhaite croiser avec le travail réalisé par Ali lors du bain thérapeutique avec l'éducatrice. Au cours de trois séances successives, Ali s'allonge sous l'eau et maintient son regard vers l'éducatrice. Elle laisse entrer l'eau dans sa bouche. Elle maintient la surface de l'eau à la limite entre l'espace du nez et l'espace de la bouche puis recrache l'eau de sa bouche ensuite. Cet épisode que me décrit l'éducatrice illustre l'exploration des limites corporelles chez Ali. À partir de ces expériences réalisées, Ali accède à la différenciation de l'espace oral et péri-oral en lien avec son image du corps. L'éducatrice me décrit la persistance du regard d'Ali lors de cette exploration. G. Haag associe l'expérience du regard avec la présence d'un arrière-plan comme permettant de retrouver la sphère orale perdue. Ces

¹⁵⁹ Kloeckner, A., 2011, p. 138

¹⁶⁰ Urben, S., 2016, p. 8

« rythmicités relationnelles »¹⁶¹ se tissent autour de la sphère orale selon l'axe langue-mamelon / œil à œil. Elle décrit une double interpénétration au moment du nourrissage qui amène à l'installation de la troisième dimension de l'image du corps, capable de contenir les éléments psychiques de l'individu. Chez Ali, le regard maintenu avec l'éducatrice permet grâce à cette boucle relationnelle, l'investissement de la sphère orale qui se différencie de l'espace péri-oral.

5. Une ébauche de l'axe corporel

J'observe une évolution de la posture d'Ali au cours de l'année. Lors de la première séance, Ali change régulièrement de position et se laisse « couler sur moi ». Son instabilité me fait penser à un manque d'appuis corporels, notamment au niveau des pieds et au niveau du dos. Je me questionne aussi quant à cette forme de collage de l'adulte. Selon A. Bullinger, cette adhésivité permettrait à l'enfant de déléguer ses ressources toniques à l'adulte pour pouvoir se tenir. G. Haag évoque quant à elle un « clivage vertical »¹⁶² entre l'hémi-corps droit et gauche du corps. Au début de l'année, Ali n'utilise pas sa main gauche et la laisse tomber sur le côté me donnant l'impression d'une héli-négligence du côté gauche. Ce défaut d'investissement du côté gauche ne permet pas les coordinations entre l'hémi-corps gauche et droit et bloque Ali selon des postures symétriques.

Or selon A. Bullinger, les postures symétriques rassemblent l'enfant sur l'espace oral. La sphère orale est alors très sollicitée, ce qui expliquera l'avidité remarquée chez Ali. Ici, l'investissement de sa sphère orale est comme une forme d'agrippement. A. Bullinger explique que le défaut d'appui va transformer la conduite de capture en une conduite d'agrippement entraînant un recrutement tonique dans tout l'organisme. De cette manière, « l'espace oral sert de relais entre les côtés droit et gauche du corps ».¹⁶³ Le passage d'une main à l'autre se fait via la bouche. Ces postures symétriques rendent difficiles les coordinations bi-manuelles et le croisement de l'axe n'est pas possible.

Lors des bains thérapeutiques et lors du groupe, Ali est invitée à investir les deux hémi-corps et à travailler les rotations du buste amenant la dissociation des ceintures pelviennes et scapulaires (transvasements). Progressivement, j'observe l'utilisation de sa main gauche. Au mois de mars, ses transvasements sont plus fluides et Ali est moins avide. Sa posture est stable et elle se tient droite sans « couler ». Elle n'a plus besoin du contact tactile de l'adulte comme support d'un arrière-fond.

Selon A. Bullinger, en intégrant progressivement les postures asymétriques, l'espace gauche et l'espace droit se distinguent avec au plan médian la bouche qui est

161 Haag, G., 2008

162 Haag, G., 2006

163 Bullinger, A., 2015, p. 107

mobilisée. C'est lorsque le passage d'une posture à une autre devient fluide (mouvements de rotation du buste et dissociation des ceintures pelviennes et scapulaires) que la coordination de ces trois espaces devient possible formant l'espace de préhension. Cette coordination de l'espace du torse correspond à la constitution de l'axe corporel. A ce moment, « le rôle de la bouche comme lieu de transit et d'exploration diminue. La coordination réalisée, la bouche est libérée d'une grande partie de ses fonctions d'exploration. »¹⁶⁴

Pour conclure, les progrès posturaux décrits chez Ali libèrent l'investissement excessif de l'espace oral et limitent son avidité. Les activités instrumentales sont possibles via la constitution de l'axe vertical. Ce dernier constitue une étape importante dans le processus d'individuation.

III. De l'individuel dans le groupe

Les capacités sociales et de communication sont altérées chez l'enfant autiste. Comment favoriser la relation à l'autre et l'expression de soi lorsque les troubles de l'oralité et les TSA mettent en péril ces dimensions sociales et de communication? Aussi, le dispositif groupal assure un cadre et favorise la relation à l'autre et l'expression de soi. Il s'agit de saisir l'importance du dispositif groupal en lien avec les troubles de l'oralité et la construction de soi. Enfin, ce dispositif reprend la situation de repas, a considéré comme un acte social.

1. Le dispositif groupal

Au cours de la séance, les duos enfant-adulte se forment puis selon les temps de la séance se remodelent, se séparent. Ces espaces individuels s'ouvrent au groupe et permettent des temps de partage. Ces derniers sont encore difficiles pour les enfants et sont souvent alimentés par les adultes. Néanmoins, je reste persuadée que ces moments d'échanges contribuent à la prise en compte de l'autre et donc à la différenciation entre soi et l'autre vers une ébauche de subjectivation. Effectivement, des échanges s'établissent entre les binômes, par le regard, le langage ou un geste et nourrissent l'existence d'un groupe, au-delà de la répartition physique en duo.

La formation de binôme entre un enfant et un adulte est nécessaire au sein de ce groupe. Le psychomotricien, vient contenir l'enfant en lui offrant des appuis corporels et une mise en sens du vécu corporel et psychique de l'enfant. Je reviendrai sur ce point dans la dernière partie de la discussion.

La présence des autres membres du groupe permet de ne pas s'enfermer dans une relation duelle exclusive entravant la processus de symbolisation. Ces enfants cherchent

164 Bullinger, A., 2015, p. 33

régulièrement à prolonger les expériences sans inclure de changements ou d'évolutions et peuvent transmettre cette difficulté de mise en sens pour le thérapeute. Il m'est arrivé plusieurs fois de me sentir bloquée voire « vidée » de toute capacité à penser et à agir. C'est en m'appuyant sur le groupe, sur les autres thérapeutes et enfants que j'ai retrouvé une créativité, une mise en mot différente afin de rebondir et relancer le processus de symbolisation servant la construction identitaire de l'enfant. Aussi, le travail autour de l'oralité est difficile pour l'enfant car il nécessite une certaine proximité corporelle avec l'approche de zones corporelles sensibles voire intimes telle que la sphère orale. De ce fait, le groupe permet d'ouvrir la relation et l'exploration à défaut de la relation individuelle qui peut rapidement être intrusive autour de cette sphère orale. D'ailleurs, régulièrement les enfants sollicitent plusieurs adultes lors du temps à table faisant circuler la dynamique du groupe.

L'espace du groupe délimite un dedans à l'intérieur du groupe et un dehors, à l'extérieur du groupe. Ainsi, le groupe offre une forme de contenance pour l'enfant. Aussi, la temporalité du groupe est structurée veillant à éviter l'installation d'une immuabilité. L'enfant autiste a souvent besoin d'aide pour saisir le déroulement d'une temporalité. Les repères temporels mis en place, permettent une forme d'adaptation au temps et donc une première forme de structuration temporelle chez l'enfant autiste. Alors que nous débutons la comptine, Ali s'allonge directement et spontanément pour commencer le temps de détente. Le début de la comptine associé à nos voix marque un repère temporel pour Ali. Elle reproduit cette séquence lors de plusieurs séances puis la transition se fait naturellement ensuite, comme si elle avait intégré la temporalité de ce temps.

Aussi, le groupe devient un espace d'expérimentation avec les parents lors des rencontres organisées. C. Thibault explique que souvent, les repas à la maison sont vécus comme dramatiques où se mêlent colère, désarroi et angoisse parentale. Aussi, les difficultés alimentaires discréditent la mère dans sa fonction nourricière, qui ressent alors une culpabilité importante. De ce fait, il me semble primordial d'associer les parents dans la démarche du groupe oralité.

Lors de ces temps, j'observe la relation qui s'établit entre l'enfant, les parents et la nourriture. Sous forme d'échanges et de jeux, les parents s'impliquent et participent à la dynamique. Il est intéressant d'observer la disponibilité et la qualité de présence des enfants avec leurs parents au sein du groupe. Lors de la première rencontre, alors que la maman de Samuel lui propose un gâteau, Samuel, d'un geste tendre et précis, lui tend le gâteau à la bouche. Dans ce retournement passif puis actif, je retrouve ici l'image d'un très jeune enfant qui donne à manger à sa mère lorsqu'il entre dans un processus d'individuation et d'autonomie autour de la nourriture. Aussi, la rencontre avec les parents invite au plaisir partagé entre les parents et les enfants. Ce moment agréable autour des

expériences alimentaires redonnent du plaisir et invitent à une nouvelle représentation de l'enfant pour les parents mais aussi pour les thérapeutes.

Pour conclure, le groupe peut aussi limiter la progression de l'enfant. L'hétérogénéité du groupe oralité est source d'une dynamique groupale et favorise les expériences sensori-motrices et les échanges relationnels. Néanmoins, le groupe impose un rythme et peut rendre difficile le déroulement des explorations pour chaque enfant. Il peut-être difficile d'adapter le rythme du groupe et les sollicitations pour permettre l'investissement et l'évolution de chacun.

2. Les sens au service de la relation

« Les stimuli auditifs, vestibulaires, proprioceptifs, tactiles et visuels sont progressivement intégrés au sein d'une représentation globale de soi». ¹⁶⁵ Les flux sensoriels participent donc à l'élaboration de l'image du corps. De plus, les organes de sens permettent d'être en relation et de donner du sens à l'environnement extérieur.

Lors du temps à table, la psychomotricienne prend un paquet avec un emballage. Rapidement, les bruits de l'emballage attirent l'attention de chaque enfant qui fixe leur regard sur le paquet. Un moment de silence s'observe et le groupe est comme suspendu à cette stimulation auditive puis visuelle. Cette forme d'attention conjointe au sein du groupe prend sens et inscrit chaque enfant dans une dynamique commune. Via les sens (partage d'une odeur, d'un goût, d'une texture, etc.), un lien est possible et une forme de partage entre soi et l'autre émerge. Il en est de même en faisant circuler une noix de coco. A tour de rôle, chacun peut la toucher, la regarder, la sentir. De cette manière, l'enfant alterne entre la fixation de l'objet par l'enfant puis l'orientation du regard sur lui-même. Cette séquence « Moi-toi,.. » place l'enfant en tant que sujet du groupe à partir de l'expérience sensorielle. S. Saltarelli ¹⁶⁶, orthophoniste, évoque à ce propos les tours de rôles sensoriels proposés aux enfants ayant un TSA. Selon une intervention précoce, il s'agit de leur proposer « d'autant plus d'interactions de communication, d'attention conjointe, de tour de rôle, en partant de leurs capacités de perception et d'intégration sensorielle. » Ces situations favorisent l'émergence d'un lien entre perception, action et mise en sens par l'intermédiaire de la relation et des échanges groupales. On comprend ici l'intérêt d'une prise en soin pluridisciplinaire, notamment entre le psychomotricien et l'orthophoniste. Je reviendrai sur ce point dans le dernier paragraphe de la discussion.

3. Entre Imitation, expression et impression

Le groupe offre la possibilité d'imiter et d'être imité, engageant la relation. Lors du temps de détente, Samuel imite l'adulte en exagérant son souffle dès son installation.

¹⁶⁵ Bullinger, A., Cohen, D., Kloeckner, A., et al., 2009, p. 155

¹⁶⁶ Saltarelli, S., 2016, p. 156

Aussi à table, il observe longuement le groupe et reproduit les mêmes gestes, différés dans le temps. B. Lesage écrit que : « lorsqu'on imite quelqu'un [...] on reproduit ce que l'on voit chez l'autre (une attitude, une émotion, une mimique) mais la reproduction n'est pas l'original, il y a un décalage structurel [...] une distanciation entre ce qui est produit par soi [...] et ce qui est produit par l'autre. »¹⁶⁷ Pour lui, il y a donc un écart intersubjectif lors de l'imitation. Chez Samuel, le décalage de son imitation avec la réalité différencie ce qui est propre à lui même et ce qui est copié. Néanmoins, chez les enfants ayant un TSA, je pense qu'il est nécessaire de nuancer cet écart dont parle B. Lesage. Pour eux, l'imitation peut aussi prendre la forme d'une certaine fusion, comme s'ils ne faisaient plus qu'un avec celui qu'ils imitent.

Lors d'une séance, le groupe reprend les claquements de la langue que produit Ali. A ce moment, sa qualité de présence change, saisissant l'attention des adultes portés sur elle. Ici, le fait d'être imité, soutient le sentiment d'exister.

Ces observations peuvent sembler minimes, pourtant, elles illustrent que les enfants ayant un TSA ne sont pas indifférents à la présence de l'autre. Des moments d'intérêts envers l'autre sont observables pour chacun d'eux, qu'il s'agisse d'un regard pris à la volée, d'un contact corporel ou d'un bref recrutement tonique. Cette non indifférence à l'autre rend possible les échanges interpersonnels et justifie la mise en place d'un groupe thérapeutique avec des enfants autistes. T. Maffre et J. Perrin expliquent que le fait d'alterner « imiter » et « être imité », permet chez l'enfant de saisir la différence entre les conséquences de sa propre action et celles de l'action initiée par l'autre. Finalement, « c'est la différence des rôles qui engendre cette distinction entre moi et l'autre ».¹⁶⁸

Par ailleurs, le groupe favorise l'expression mais aussi marque l'enfant d'impressions. Lors d'une séance, la psychomotricienne distribue à chaque enfant un gâteau connu et apprécié. Chaque enfant demande un gâteau à sa manière et à son rythme, contenu par le groupe qui impulse l'expression de l'enfant et le rassure : l'un demande verbalement, un autre tend le bras, puis un regarde attentivement la psychomotricienne, etc. Aussi, l'expression du « non » chez Samuel le place directement en tant que sujet capable de refuser ou d'accepter ce qui est bon ou mauvais pour lui. C'est un point fondateur du processus de subjectivation. En disant « non », Samuel refuse une stimulation orientée vers lui, illustrant une différenciation entre soi et l'autre .

Aussi, le temps de verbalisation clôture la séance et assure une mise en mot pour chaque enfant en lien avec son vécu global de la séance. Chacun des enfants est au centre de l'attention le temps d'un instant. J. Boutinaud explique que le psychomotricien vise l'acte à sa figuration, soit une « mise en mots de ce qui peut-être vécu[...] plus que

167 Lesage, B., 2012, p. 260

168 Maffre, T., Perrin, J., T., 2013, p.236

nécessaire avec des enfants pour qui la parole demeure une véritable énigme. »¹⁶⁹
En reprenant les affects et les éprouvés corporels de l'enfant, le psychomotricien suscite chez lui le « sentiment d'avoir été compris » et l'encourage vers une possible symbolisation.

4. Manger est un acte social

C. Thibault explique que: « Restaurer l'oralité alimentaire, c'est évacuer la peur et le dégoût engendrés par le contact des aliments avec la bouche et parfois avec la manipulation de la nourriture.¹⁷⁰ » Elle rajoute que face à cette angoisse de mettre en bouche ou de déglutir chez l'enfant, la prise de repas en groupe est nécessaire.

Samuel se réfugie sous la table au début d'année lors de stimulations trop difficiles à supporter. Progressivement, il montre son refus sans se désorganiser et peut exprimer un « Non » en restant avec le groupe. Ici, grâce à la fonction contenante du groupe et limitante, Samuel est en mesure de refuser la sollicitation, en étant contenu par le groupe.

Aussi, le groupe oralité reprend la situation de repas comme un moment relationnel privilégié. Y. Noria, psychologue, écrit que : « la satisfaction de la faim baigne dans la satisfaction de la rencontre avec l'autre ». Elle précise que l'autre est à la fois objet de satisfaction (il nourrit) et espace d'identification puisque l'enfant se représente en miroir celui qui le nourrit. Aussi, le déroulement du repas s'associe à l'enchaînement des sensations internes (alternance de sensations de faim et de satiété) et permet à l'enfant d'appréhender la notion de rythme, en offrant des repères, une contenance et la possibilité d'échanger avec l'environnement. Finalement, « Le temps et l'espace du repas sont encore à considérer comme une scène de structuration identitaire. Le temps et l'espace y sont assurés par la présence de chacun des sujets partageant une même nourriture symbolique, mais aussi par le déroulement des séquences du début à la fin du repas »¹⁷¹ Dans ce sens, le groupe s'inscrit dans le processus de subjectivation de l'enfant et se présente comme un support de travail dans la prise en soin des troubles de l'oralité.

IV. La place de la psychomotricité dans la prise en soin des troubles de l'oralité

1. Une prise en soin globale

La psychomotricité considère l'enfant dans sa globalité à partir des éléments corporels, affectifs, cognitifs et psychiques. Il est clair que les troubles de l'oralité impactent le développement psychomoteur de l'enfant dans sa globalité. C'est pourquoi, la prise en soin psychomotrice est particulièrement intéressante pour les enfants présentant

169 Boutinaud, J., 2013, p. 159

170 Thibault, C., 2007, p.106

171 Durif-Bruckert, C., 2003, p. 91

ces troubles. Selon C. Matausch, la psychomotricité tente d'amener l'enfant « à un meilleur contrôle de son corps tout d'abord dans sa globalité puis peu à peu vers des fonctions plus spécialisées comme l'oralité. »¹⁷² Il ne s'agit pas d'isoler la prise en soin des troubles de l'oralité du reste du corps. Il s'agit plutôt de comprendre que le bon investissement corporel de l'enfant est un pré-requis indispensable pour que l'enfant accepte les sollicitations péri-orales et le toucher de la sphère orale.

Dans ce sens, le psychomotricien amène l'enfant à trouver des appuis corporels, à développer des coordinations main-bouche vers un espace de préhension, à réguler son tonus, etc. Il s'agit aussi de soutenir l'activité orale par la relation en lien avec l'intégration des rythmes du groupe et des rythmes individuels (faim-satiété, vide-répletion, tension-plaisir). Selon M. Zylbermann¹⁷³, psychomotricienne, « notre vision globale du sujet nous amène à porter un intérêt tout particulier à l'aspect relationnel : le contact visuel, les paroles et les encouragements accompagnent les sollicitations oro-faciales ». Finalement, le but est que l'enfant investisse avec plaisir la sphère orale selon une cohérence et une unité corporelle ressentie.

Pour cela, le psychomotricien intervient à plusieurs niveaux. Comme nous l'avons vu, la mise en forme posturale permet une meilleure disponibilité pour l'enfant. Le psychomotricien est garant d'offrir une installation adéquate. Il tient également un rôle quant à l'investissement corporel de l'enfant. L'approche corporelle par le toucher lors de la détente est un moyen privilégié d'entrer en relation qui instaure un lien de confiance nécessaire aux sollicitations de la sphère orale, comme nous l'avons vu auprès de Samuel. Aussi, la stimulation sensorielle lors des expériences sensori-motrices est propre au psychomotricien et vise une dynamique positive de plaisir pour l'enfant.

Enfin, la mise en sens des vécus tonico-émotionnels de l'enfant par le psychomotricien permet d'offrir une cohérence entre les informations sensorielles perçues et ses émotions. Le psychomotricien interprète le vécu de l'enfant pour lui restituer sous une forme qui sera moins source de désorganisation. En prêtant ses représentations à l'enfant, le thérapeute lui attribue une conscience de soi et du monde d'où émerge un sentiment d'identité propre. Selon J. Boutinaud, « L'association de la qualité d'un toucher, d'un regard, d'une parole et d'une pensée peut venir fournir un cadre de référence qui contient les terreurs et ouvre [...] le sentiment de se sentir porté physiquement et psychiquement, préliminaire indispensable pour l'avènement du moi corporel et du psychisme naissant ».

172 Matausch, C., 2004, p.111

173 Zylbermann, M., 2013, p. 140

Pour conclure, l'approche sensori-motrice décrite dans ce mémoire permet au psychomotricien d'intervenir sur l'ensemble des aspects narratifs du repas à savoir l'appétence et le recrutement tonique, la composante olfactive, la mise en forme posturale, la capture et l'exploration, la succion, la déglutition, la satiété et les aspects hédoniques et de détente. Dans cette perspective, le travail réalisé autour de l'oralité et la situation de repas prennent sens pour l'enfant.

2. Un travail d'équipe

G. Nadon explique que « la collaboration entre plusieurs types de professionnels est souhaitable étant donné la complexité de la problématique alimentaire et les nombreux facteurs associés ».¹⁷⁴ Le psychomotricien, entre autre, a un rôle de sensibilisation auprès de l'équipe soignante. L'équipe est sensibilisée à ce que vit l'enfant pendant la situation de repas afin de mettre du sens sur les différentes observations. Ainsi, il s'agit de ne pas considérer l'unique point de vue nutritif ou l'unique point de vue éducatif mais bien de considérer les enjeux globaux du temps de repas et spécifiquement des troubles de l'oralité, en lien avec le développement de l'enfant.

Actuellement, il n'y a pas d'éducateur au sein du groupe oralité mais la plupart des éducateurs qui accompagnent les enfants au quotidien à l'unité de soin ont suivi le groupe les années précédentes. De ce fait, certaines explorations des enfants lors du repas sont tolérées par l'équipe (patouilles, mélanges, etc.) et permettent des évolutions de l'enfant.

Par ailleurs, seuls les éducateurs et aides soignants accompagnent le temps de repas à l'unité. Je m'interroge alors quant au rôle du psychomotricien sur ces temps quotidiens. L'accompagnement du psychomotricien pourrait favoriser une généralisation des évolutions de l'enfant en lien avec sa prise en soin autour de l'oralité. De plus, son intervention permettrait de considérer le repas comme un temps thérapeutique en plus des aspects éducatifs. En revanche, sa présence questionne la position du psychomotricien vis à vis de l'équipe éducative et interroge quant aux modalités de son intervention (nombre de repas, quels enfants, etc.). A. Bullinger explique que les observations permettent de faire des propositions de soins afin de savoir accompagner l'enfant durant ce temps. Cela implique une position extérieure à la dynamique du repas propice aux observations mais à distance du vécu global de l'enfant et de l'ensemble des professionnels.

Par ailleurs et en lien avec la situation de repas, « Les aménagements reposent sur l'observation clinique quotidienne pluridisciplinaire. »¹⁷⁵ La situation de communication est un premier point. Cela concerne la présentation adaptée du menu (pictogrammes) qui permet d'anticiper le repas à venir, la mise en place d'outils permettant de réaliser une

174 Nadon, G., 2011, p. 10

175 Prudhon, E., 2011, p.17

demande (ex : set de table avec pictogrammes). L'installation d'une routine structure ce temps de repas avec un début et une fin. Aussi, l'aménagement de l'environnement est primordial et tend à limiter les afférences sensorielles. Les stimulations visuelles (lumière, déplacements des personnes dans la salle, etc.), et les stimulations auditives (sonorisation, nombre de personnes, etc.) nécessitent d'être pensées et aménagées. Pour terminer, il s'agit d'accorder une importance particulière à l'installation de l'enfant mais aussi de l'adulte afin de favoriser une meilleure disponibilité de leur part et de faciliter les échanges relationnels.

3. La relation avec les parents

Un partenariat avec les parents doit être établi afin de partager la mise en œuvre du groupe oralité, le suivi et l'évolution de l'enfant quant à ses difficultés. Lors des rencontres, je remarque une forte demande des parents et le besoin d'exprimer leurs difficultés quotidiennes, voire leur détresse. Le lien établi entre les thérapeutes et les parents doit leur apporter des réponses et des outils pour améliorer le quotidien lors des repas et les rassurer. Sous forme d'échanges, certains points sont décrits comme : l'importance de l'installation, ne pas forcer, proposer et rassurer l'enfant pour que ce soit une expérience la plus agréable possible.

Au début de l'année, je me demandais comment favoriser ce lien avec les parents et sous quelle forme. Je me posais la question de l'intérêt d'une guidance parentale afin d'accompagner plus régulièrement les parents et viser une meilleure généralisation des progrès. Finalement, au cours de l'année, j'ai largement nuancé cette réflexion. Effectivement, la prise en soin des troubles de l'oralité demande du temps et nécessite une certaine patience pour les soignants comme pour les parents. En se focalisant sur les difficultés rencontrés par les parents lors de la situation de repas, le risque serait de perdre la collaboration de l'enfant. Il s'agit surtout de rassurer les parents afin de favoriser le partage d'un temps agréable et de plaisir lors du repas avec l'enfant. Effectivement, certains parents sont en demande de suivre des conseils « à la lettre » comme s'il s'agissait d'une méthode exclusive. D'autres se sentent démunis et partagés par des avis contradictoires de la part de professionnels et/ou des proches. Or, il est clair que l'alimentation s'inscrit avant tout dans un contexte relationnel, émotionnel et de partage entre la mère (ou le père) et son enfant. Dans ce sens, il s'agit de rassurer la mère dans ses capacités d'adaptation et d'écoute auprès de son enfant. Des conseils et adaptations sont partagés lors des rencontres alors qu'une guidance pourrait rapidement mettre en difficulté les parents qui se sentent coupables de ne « pas savoir nourrir leur enfant ». Aussi, le repas est à considérer selon un contexte social et culturel qui est important à

prendre en compte. Finalement, les rencontres favorisent les échanges entre les professionnels, les enfants et les parents et s'inscrivent dans une dynamique de partage et de plaisir.

4. Mon vécu personnel

Lors du groupe oralité, j'ai régulièrement été confrontée à me poser la question de mes propres limites. Les sollicitations autour du visage et particulièrement auprès de la sphère orale peuvent être intrusives au départ étant donné le caractère personnel et sensible de cette zone. Rapidement, ces sollicitations ne me dérangent pas. Effectivement, un enfant du groupe souhaite régulièrement faire manger l'adulte près de lui. Il y a des séances où j'accepte naturellement. Son geste s'inscrit dans un échange où nous explorons ensemble, nous amenant vers des évolutions. Pourtant d'autres fois, je refuse sa sollicitation et ressens une limite personnelle comme un vécu intrusif de sa part. Dans ces situations, la relation ne s'apparente pas à un échange réciproque mais plutôt à sa volonté de me faire manger alors que je n'ai pas envie ; ce que je ressens et que je refuse. Je comprends ici la fragilité du moment lorsque l'on présente un aliment à l'enfant ; entre la nécessité d'un geste adapté et l'importance de la relation à l'autre.

Par ailleurs, les enfants autistes renvoient des éléments très archaïques qui peuvent déstabiliser, face auxquels j'ai pu me sentir démunie, ne comprenant pas ce qui se jouait. La lecture du corps et les éprouvés corporels et psychiques sont intimement liés à l'émotion. Il n'a pas toujours été simple de considérer et de faire face à l'impact émotionnel vécu par l'enfant en lien avec mes propres émotions. Avec Ali, il m'est arrivé de me sentir dépassée par ses émotions et son vécu. Son avidité lors de la première séance mais aussi l'expression de sa frustration lors d'une séance à suivre, m'ont « vidée ». Il s'agit d'accepter de ne pas tout comprendre, tout de suite malgré une mise en mots et des questionnements récurrents. Progressivement, j'ai appris à reconnaître l'émotion suscitée chez elle, à l'accueillir, à la transformer et à la renvoyer sous forme d'échanges sans me sentir prise par son émotion. Le dispositif groupal m'a aidée dans ce sens à garder une distance. C'est en prenant conscience de mon propre ressenti que j'ai été en mesure d'ajuster mon positionnement envers Ali. B. Lesage décrit cette double exigence du thérapeute qui illustre mon vécu. Pour lui, le thérapeute doit « développer un corps antenne, d'une part assez sensible pour s'accorder avec nos partenaires, ce qui signifie qu'il doit être réajusté en permanence, [...] d'autre part, assez solide et structuré pour résister aux désordres parfois envahissant des patients ».¹⁷⁶

176 Lesage, B., 2012, p.239

CONCLUSION

En m'appuyant sur les exemples cliniques d'Ali et Samuel, les liens entre les troubles de l'oralité et la construction de soi chez les enfants ayant un Trouble du Spectre Autistique ont été questionnés et ont nourri ma réflexion durant cette dernière année de formation.

L'activité orale est intimement liée à la conquête de soi en faisant appel aux dimensions somatiques, sensorielles, affectives, psychologiques et représentatives du développement psychomoteur de l'enfant. Or, chez les enfants ayant un TSA, le défaut d'intégration d'un corps propre limite les expériences sensori-motrices et altère l'investissement de la sphère orale. La psychomotricité concourt à un meilleur état d'être de l'enfant vers une représentation du corps stable et différenciée, propice aux échanges relationnels. Aussi, la psychomotricité permet de comprendre l'importance de l'oralité dans le développement de l'enfant en plus d'appréhender la sphère orale dans sa globalité, sans la distinguer du reste du corps. Également, il s'agit d'accompagner les parents à gérer les difficultés liées au temps de repas. Les troubles de l'oralité discréditent la personne qui souhaite nourrir l'enfant et impactent la dynamique relationnelle entre le parent et l'enfant. Ce dernier point m'interroge et mériterait d'être élargi, dans un futur travail de réflexion, à d'autres populations.

Je pense notamment aux bébés prématurés pour qui l'association d'un vécu désagréable voire douloureux au niveau du visage, d'une succion parfois difficile, et de stimulations qui peuvent être dystimulantes lors de l'hospitalisation entrave l'expérience de nourrissage de l'enfant. Les rôles d'exploration, de contenance et d'attachement conférés à la sphère orale lors des premiers mois de développement du bébé sont altérés et déstabilisent en retour les compétences parentales. Il en est du rôle du psychomotricien d'accompagner tant l'enfant à un meilleur vécu corporel intégrant la sphère orale que d'étayer la dyade entre le bébé et ses parents dans ce moment relationnel privilégié.

BIBLIOGRAPHIE

- **Abadie, V. (2004)**, *L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant*. Archives de Pédiatrie, vol. 11, n°6, p. 603- 605.
- **Abadie, V. (2004)**, *Troubles de l'oralité du jeune enfant*. Rééducation orthophonique, n°220, p. 55-68.
- **Abraham K., (1924)**, Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux, in Oeuvres complètes, Payot, 1966, p. 276
- **Abraham Karl (1977)**, *Développement de la libido*, p. 272 à 278, Payot, Paris
- **Alba, A., Prudhon, E., Tessier, A. (2016)**, *Oralité alimentaire et autisme : aspects théoriques et rééducatifs*, L'autisme, vol. 1, n° 265, p. 119-136.
- **American Psychiatric Association (APA). (2011)**, *Mini DSM-IV-TR: critères diagnostiques*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux
- **Anzieu, D. (1985)**, *Le moi-peau*, Dunod, Paris, 1995
- **Boutinaud, J. (2013)**, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, Editions In press, Paris
- **Bullinger, A. (2004)**, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: un parcours de recherche*, vol. 1, Erès, Ramonville Saint-Agne
- **Bullinger, A., Bianchi, J. E., Launoy, V., Martinet, M., Pfister, R. E., Picard, C., Vassant, C. (2008)**, *Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré*, Enfance, vol. 60, n°4, p. 317-335
- **Bullinger A., Camaret E., Chadzynski D., Kloeckner A., (2009)**, *Du bilan psychomoteur au bilan sensori-moteur : enrichissement de la compréhension de l'enfant*. Traité européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Flammarion (In Press), Paris
- **Bullinger, A., Cohen, D., Kloeckner, A., Jutard, C., Nicoulaud, L., Tordjman, S., (2009)**, *Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I : introduction aux travaux d'André Bullinger*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 57, n°2, p. 154-159

- **Bullinger, A.** (2015), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Un parcours de recherche*, vol. 2., Erès, Ramonville Saint-Agne
- **Brédart, S., Van der Linden, M.** (2012), *Identité et cognition: apports de la psychologie et de la neuroscience cognitives*, De Boeck, Bruxelles
- **Brunod, R., Caucal, D.**, (2010), *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*, Edition AFD, Mouans-Sartoux
- **Brun, D.** (2006), *Avant-Propos: Habiter son corps*. Recherches en psychanalyse, vol. 6, n°2, p. 7-10.
- **Brusset, B.** (2001), *Oralité et attachement*. Revue française de psychanalyse, vol. 65, n°5, p. 1447-1462.
- **Carreau, M., Prudhon Havard E., Truffreau, R.**, (2009), *Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires*. Bulletin scientifique de l'Arapi, N°23, p.55-58
- **Cohen, D., Marcelli, D.**, (2012), *Psychopathologie de la sphère oro-alimentaire*. In Cohen, D., Marcelli, D., *Enfance et Psychopathologie*, 9e édition, Elsevier Masson, Paris
- **Couly, G.** (2010), *Oralités humaines avaler et crier: le geste et son sens*. Editions Doin, Rueil-Malmaison
- **Damasio, A. R., Larssonneur, C.** (2001), *Le sentiment même de soi: corps, émotions, conscience*, Odile Jacob, Paris
- **DC :0-3 R**, édition révisée, médecine et hygiène, 2009
- **Dunn, W., Feldman, D. E., Gisel, E., Nadon, G.**, (2011), *Association of Sensory Processing and Eating Problems in Children with Autism Spectrum Disorders*, Autism Research and Treatment, p. 1-8
- **Durif-Bruckert, C.** (2003), *Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire*. Champ psychosomatique, vol. 29, n°1, p. 71-95
- **Golse, B., Guinot, M.** (2004), *La bouche et l'oralité*. Rééducation orthophonique, n° 220, p.23-30.

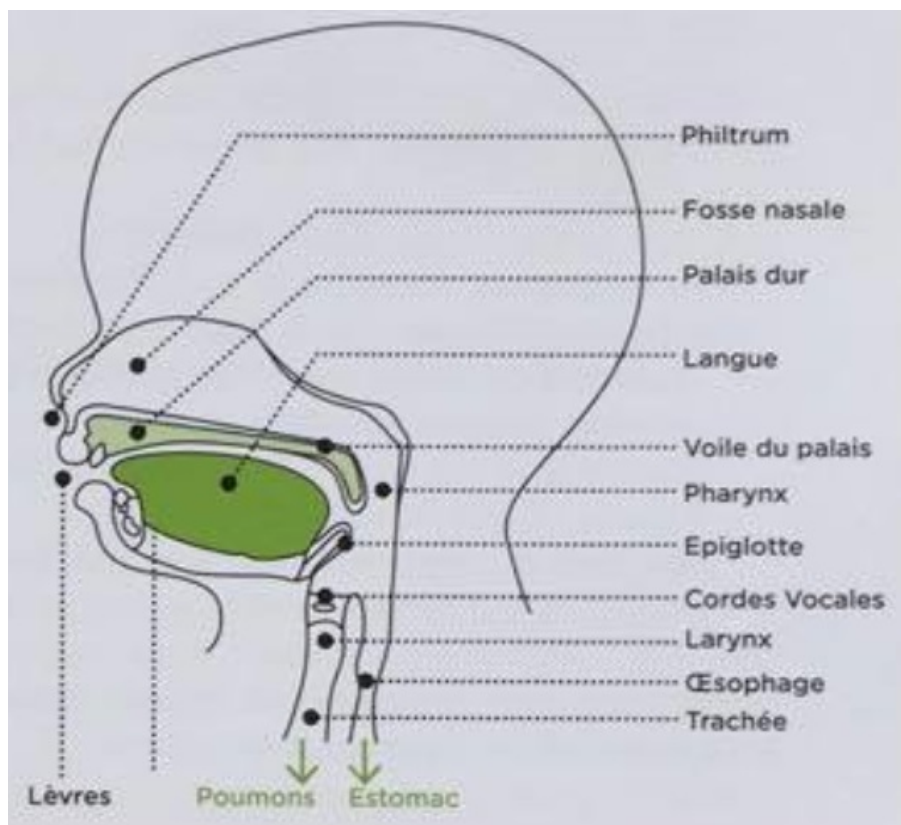
- **Golse, B., Simas, R.** (1985), *La bouche et l'oralité dans le développement : entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions*. In Golse, B., *Le développement affectif et cognitif de l'enfant, 2015*, Elsevier Masson, p. 226-235
- **Gorgy, O.** (2016), *Intégration sensorielle chez la personne TSA : perspectives thérapeutiques*. *Rééducation orthophonique*, L'autisme, vol. 1, n°265, p.163-174
- **Haag G.** (1996), *Stéréotypies et angoisses*, in *Autisme et régulation de l'action-Cahiers du CERFEE*, n°13, p. 209-225.
- **Haag G.** (2000), *Le moi corporel*, In Geissmann C., Houzel D., *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*, Bayard, Paris
- **Haag, G.** (2006), *Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps*, *Le Carnet Psy*, vol. 112, n°8, p. 40-42
- **Haag, G.** (2008), *Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs famille*, In Golse, B., Delion, P., *Autisme : état des lieux et horizons*, Erès, p. 119-143
- **Haag, G.** (2009), *Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile*, *Enfance*, vol.1, p.121-132
- **Kloekner, A.** (2011), *Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice*. *Contraste*, n°34-35, p. 133-155
- **Leblanc, V., Ruffier-Bourdet, M.** (2009), *Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel*. *Spirale*, vol. 51, n°3, p. 47-54
- **Lesage, B.** (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle: structure, étayage, mouvement et relation*, Erès, Toulouse
- **Maffre, T., Perrin, J.,** (2013), *Autisme et psychomotricité*, De Boeck, Bruxelles
- **Martinet. M.,** (2009), *Quand « manger » n'est pas une évidence - maintenir et retrouver du plaisir*, 6^{ème} journée des hôpitaux pédiatriques, Hôpitaux universitaires de Genève.
- **Matausch, C.,** (2004), *Psychomotricité et oralité : une approche spécifique en réanimation néonatale*, *Rééducation orthophonique*, n° 220, p. 113-112

- **Miller L. J. and al.**, (2007), *Concept evolution in sensory integration : a proposed nosology for diagnosis*, The american journal of occupational therapy, vol. 61, n° 2
- **Nadon, G.**, (2011), Problèmes alimentaires et troubles du spectre autistique. *Arapi*, (27), p. 6-14.
- **Pireyre, E.** (2011), *Clinique de l'image du corps: du vécu au concept*, Dunod, Paris
- **Prudhon, E.** (2011), *Le repas : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables*, Bulletin scientifique de l'Arapi, vol. 27, p. 15-18
- **Saltarelli, S.** (2016), *Rééducation orthophonique des premiers niveaux de communication : Faire naître l'attention conjointe par les tours de rôle sensoriels*. Rééducation orthophonique, vol.1, n°265, p. 149-159
- **Senez, C.** (2002), *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition: dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies*, Solal, Marseille
- **Senez, C.** (2004), *Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant*, Rééducation orthophonique, n°220, p. 91-100
- **Thibault, C.** (2004), *Editorial*, Rééducation orthophonique, n° 220, p. 5-9
- **Thibault, C.** (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Masson, France
- **Urban, S.** (2016), *L'oralité : une porte d'entrée dans le monde de l'autisme. Les troubles du comportement alimentaire au regard de la problématique autistique*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 64, n°6, p. 383-394
- **Rochat, P.**, (1991), *Activité tactilo-orale chez le nouveau-né*, in Jouen F., Hénocq A., *Du nouveau né au nourrisson. Recherche fondamentale et pédiatrie*, PUF, Paris, p. 93-105
- **Spitz R.A.**, (1955), *La cavité primitive*, Revue française de psychanalyse, 1959; vol. 2, p. 205-234
- **Vaz, P. C., Volkert, V. M.**, (2010), *Recent studies on feeding problems in children with autism*, Journal of Applied Behavior Analysis, vol. 43, n°1, p. 155-159
- **Winnicott D.W.** (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

- **Zylbermann., M.**, (2013), *Bien naître dans son corps, bien être avec sa bouche.* Evolutions psychomotrices, vol. 25, n° 101, p.134-141.

ANNEXES

Annexe 1 : Schéma de la sphère oro-faciale¹⁷⁷



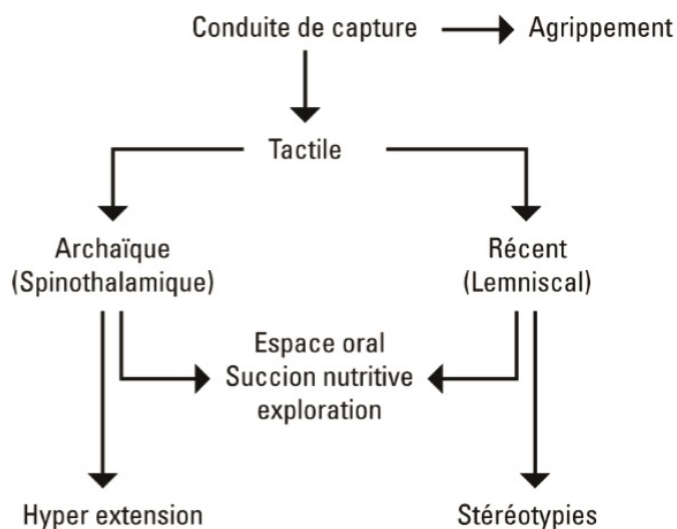
177 Plaquette d'information. « Attention à mon oralité ». Hôpital Necker à Paris.

Annexe 2 : L'évolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois¹⁷⁸, d'après Tapin (2001) et Puech (2005).

Âges (mois)	Motricité	Langage	Préhension des aliments	Évolution des schémas de succion-déglutition		Texture
0-4	Asym + flex tête médiane	Production de vocalisation, de syllabes archaïques	Aspiration sein ou biberon	Suckling têter	Succion-déglutition réflexe	Liquide
4-6	Tenu assis Contrôle de la tête	Babillage rudimentaire	Tétine + débuts à la cuillère + apprentissage boisson au verre Malaxage	Suckling têter	Diminution du réflexe de succion-déglutition	Liquide + semi-liquide/lisse
6-9	Rotation 4 pattes debout	Babillage canonique	Tétine + cuillère + verre Malaxage + début de mastication	Suckling + début sucking Mouvements linguaux latéraux	Début de dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + mixé
9-12	Marche de côté	Babillage mixte	Cuillère + verre Malaxage > mastication	Suckling > sucking	Diduction mandibulaire Mouvements linguaux dans l'espace	Mixé + solide mou
12-18	Marche	Proto-langage entre le babillage et les vrais mots	Cuillère + verre Malaxage < mastication	Suckling < sucking	Dissociation langue-mandibule	Solide mou + solide dur
18-24	Marche +++	Les premières phrases	Cuillère + verre Mastication + sucking	Succion-déglutition indépendantes	Stabilité de la mandibule	Solide dur

¹⁷⁸ Thibault, C., 2007

Annexe 3 : L'espace oral de A. Bullinger¹⁷⁹



Annexe 4 : Critères d'un syndrome de dysoralité sensorielle d'après C. Senez, repris par E. Prudhon¹⁸⁰

Critères principaux	Critères secondaires
Signes constants et caractéristiques	Signes inconstants et de fréquence variable suivant les individus
<i>Tous ces signes sont exacerbés le matin au réveil et lors d'épisodes fébriles</i>	
Notion de transmission transgénérationnelle	Difficultés d'ouverture de la bouche pendant les repas
Début des troubles dans la première année de vie	Nausées pendant les repas
Appétit médiocre et irrégulier	Régurgitations, vomissements
Lenteur pour s'alimenter	Vomissements si la personne est forcée (repas)
Sélectivité sur la température des aliments	Aliments gardés dans la bouche (signe du hamster) ¹
Sélectivité sur les goûts	Nausées au brossage des dents
Sélectivité sur les textures	Exacerbations olfactives
Refus des aliments nouveaux	
Peu ou pas de mastication même si elle est possible	

¹⁷⁹ Bullinger, A., 2015, p.61

¹⁸⁰ Carreau, M., Prudhon Havard E., Truffreau, R., 2009, p.55

Annexe 5 : Problèmes rapportés par les parents d'enfants ayant un TSA lors d'une étude réalisée par G. Nadon¹⁸¹

Tableau 5. <i>Problèmes rapportés par les parents d'enfants ayant un TSA</i>
• Sélectivité par type / texture / odeur
• Sélectivité emballage / couleur / présentation
• Ne pas tolérer que des aliments non aimés soient dans l'assiette
• Refus des nouveaux aliments
• Haut-le-cœur
• Bon appétit
• Indice de masse corporelle (IMC) normal, parfois obésité
• Immaturité oro-motrice

Annexe 6 : Tableau de l'axe de développement de A. Bullinger¹⁸²

Espace utérin	Naissance	Espace de la pesanteur	Espace oral	Espace du buste	Espace du torse	Espace du corps
Les stimulations sensorielles entraînent une réponse d'extension du buste contenue par la paroi utérine.- Dialogue tonique entre le fœtus et son enceinte	Perte de l'enveloppe utérine et de l'alimentation en continu Déplisser ses poumons et respirer	Coordination proprioception-vestibule	Coordination Capture-exploration	Coordination arrière-avant	Coordination gauche-oral-droite	Coordination haut-bas
		Regroupement Réactions d'appui	Alimentation fractionnée	Equilibre Flexion-extension	Relais oral Espace de préhension	Corps articulé Espace des déplacements
		Création de la verticale	Création d'une contenance	Création d'un arrière fond	Création de l'axe corporel	Création du corps véhicule
		Elaboration instrumentale de la pesanteur	Elaboration instrumentale de la bouche	Elaboration instrumentale de la vision	Elaboration instrumentale du torse et des mains	Elaboration instrumentale du bassin et des jambes
Les troubles :		Sensation de chute	Clivage capture-exploration	Clivage arrière-avant	Clivage gauche-droite	Clivage haut-bas
Aspects instrumentaux :		Troubles praxiques du redressement	Troubles praxiques de la zone orale	Troubles des praxies oculomotrices Tonus pneumatique	Troubles praxiques des membres sup., de l'axe corporel et de l'espace de préhension	Troubles praxiques de l'espace du corps et de l'espace des déplacements

181 Nadon, G., 2011, p.9

182 Bullinger, A., 2015

RÉSUMÉ

L'oralité est constitutive de l'ontogenèse de l'individu. Chez l'enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique (TSA), les difficultés alimentaires sont fréquentes et la construction de soi vers une possible subjectivation est altérée. Ce mémoire questionne les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant autiste en lien avec la construction d'un corps propre et de ses limites. La psychomotricité vise à enrichir le vécu global de l'enfant autiste en considérant les facteurs sensoriels, affectifs, relationnels, cognitifs et posturaux des troubles de l'oralité en lien avec son développement psychomoteur global.

Mots clés : Troubles de l'oralité, Trouble du Spectre Autistique (TSA), approche sensori-motrice, groupe, construction de soi

SUMMARY

Orality constitutes an important part of the ontogeny of the individual. For children with Autism Spectrum Disorder (ASD), eating disorders are frequent and their self-construction is altered. This thesis explores the oral feeding difficulties encountered by autistic children in relation to the development of their own body and its limits. Psychomotor therapy aims at enhancing the overall experience of the autistic child by considering sensory, emotional, relational, cognitive and postural factors of the oral-motor dysfunctions linked to his global psychomotor development.

Key words : Oral disorders, Autism Spectrum Disorder (ASD), sensory-motor approach, group, self-construction