



HAL
open science

Approche psychomotrice des troubles de l'oralité chez l'enfant

Asmaé Mouhetta

► **To cite this version:**

Asmaé Mouhetta. Approche psychomotrice des troubles de l'oralité chez l'enfant. Psychologie. 2019. dumas-02178288

HAL Id: dumas-02178288

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178288>

Submitted on 9 Jul 2019

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 de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire présenté en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

**Approche psychomotrice des troubles de l'oralité
chez l'enfant**

Oralité et développement psychomoteur

L'oralité à la base de tout

Par Asmae MOUHETTA
Née le 22/06/1995 à Avallon (89)

Directeur de mémoire : Jean-Francois KOGAN

Session de Juin 2019

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement Jean-François KOGAN mon directeur de mémoire, pour la confiance, l'assurance et l'orientation qu'il a su m'apporter.

Je remercie chaleureusement Isabelle BROUCAS qui a su m'écouter et me guider dans la construction de mes pensées et l'approfondissement de ma réflexion.

Merci également à ma maître de stage Catherine ROSEC pour sa bienveillance, ses encouragements, et l'aide qu'elle m'a apportée dans mon cheminement professionnel.

Un grand merci à Loueï et Sihem pour leurs questions, leurs relectures et leurs corrections qui ont nourri mon travail de réflexion pour ce mémoire.

Merci à Pauline L. et Anaïs P. pour m'avoir fait découvrir la psychomotricité.

Merci à tous les enfants, adultes et professionnels qui ont croisé ma route pendant ma formation et qui m'ont donné matière à réfléchir sur mon futur métier.

Une mention spéciale à Abdel, merci pour ta présence et ton soutien indéfectible.

Enfin, je remercie ma famille, ainsi que mes amis pour avoir cru en moi, pour m'avoir soutenue et pour avoir participé, par leurs échanges constructifs et leurs encouragements, à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	p1
I. Présentation cas-clinique.....	p5
A- Anamnèse.....	p6
1- Histoire de vie familiale.....	p8
2- Scolarité.....	p9
3- Bilans	
a) gastro-pédiatre.....	p9
b) kinésithérapie.....	p9
c) orthophonie.....	p10
d) aspect psychologique.....	p11
e) psychomotricité.....	p12
f) groupe oralité.....	p13
B- Rencontre et prise en charge.....	p15
II. L'oralité.....	p20
A- Définition et construction.....	p20
1- Définition.....	p21
2- Construction.....	p25
a) l'oralité in utero.....	p25
b) l'oralité primaire.....	p27
• <i>les réflexes du nouveau-né</i>	p29
c) l'oralité secondaire.....	p32
• <i>Stade oral</i>	p35
3- Espace oral.....	p36
4- Motricité globale et bucco-faciale.....	p39
B- Aspect global et enjeux de l'oralité.....	p40
1- L'attachement.....	p40
2- L'individuation.....	p42

3- L'exploration sensorielle.....	p43
4- La communication.....	p45
5- Le repas.....	p47

C- Troubles de l'oralité.....p49

1- Définition.....	p49
2- Classification	p50
3- Prématurité et troubles de l'oralité	p51
4- Modalités de la nutrition artificielle	p52
5- Evaluation.....	p55

III. Place de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles de l'oralité.....p57

A- Présentation de la psychomotricité

1- Définition.....	p57
2- Lois du développement psychomoteur.....	p59
3- Troubles psychomoteurs.....	p61
4- Développement psychomoteur	p62
a) période d'attachement-rassemblement (0-9 mois).....	p63
b) période d'individuation-locomotion (9 à 18 mois).....	p64
5- Approche intégrative.....	p66

B- Réflexion vers une approche corporelle spécifique des troubles de l'oralité

p67

1- Equilibre sensori-tonique et traitement de l'information sensorielle.....	p68
2- Conscience d'un corps propre et axe corporel.....	p72
3- Enveloppe corporelle et contenance.....	p73
4- Articulation de la prise en charge.....	p75
a) étude de Cohorte.....	p76
5- Etat actuel d'Ehman et perspectives d'évolution.....	p78
6- Vécu personnel.....	p82

Conclusion.....p83

Annexes.....p85

Bibliographie.....p95

Liste des annexes

- Annexe 1: Tableau d'hyper-sensorialité Catherine Senez (2002)
- Annexe 2: Questionnaire d'observation du Bébé
- Annexe 3: Définition de la profession de Psychomotricien SNUP
- Annexe 4: Décret d'acte

Avant-propos

« La bouche se situe au carrefour du dedans et du dehors, et elle se trouve par conséquent impliquée dans toute une série de fonctions et de processus qui participent profondément à l'ontogenèse de la personne. »

Bernard Golse, Roberta Simas (2008)

Introduction

« Bien manger, c'est le début du bonheur ». Ce slogan publicitaire populaire traduit une pensée et un état de notre société actuelle. Il est possible de s'en apercevoir à travers les nouveaux réseaux sociaux, dans lesquels on retrouve une tendance très répandue qui consiste à prendre en photo de manière régulière les repas du jour.

Cependant, lorsqu'une personne rencontre des difficultés pour s'alimenter et mange peu, cela est généralement source d'inquiétude. En effet, manger est un besoin vital. « Quand on a bien mangé, bien bu, un air de fifre vaut un écu ». Ce proverbe provençal illustre bien ce concept.

Manger fait donc l'objet d'une préoccupation sociale. La structuration du repas est partagée culturellement, ce sont des moments très ritualisés qui vont organiser et structurer le temps social. Ainsi, on comprend que bien manger permettra de s'épanouir dans la société. « Bien boire et bien manger font bien travailler » : ce proverbe français témoigne de l'importance que cette fonction d'alimentation soit bien développée pour avoir un statut dans la société.

Ingérer des nutriments par la bouche représente une nécessité universelle pour tout être vivant et c'est ce qui fonde l'oralité alimentaire. Cette oralité se situe au carrefour des interactions de la biodiversité entre espèces et milieux.

Les poissons ont une oralité de prédation d'emblée. Il y a 400 millions d'années, nous observons la sortie des eaux, la constitution de la tétrapodie et la conquête de la terre ferme.

Les êtres vivants avaient à la fois des branchies et des poumons. C'est à cette époque que se sont mises en place les premières régulations neurologiques de protection des voies respiratoires et l'évolution vers les reptiles.

Il y a 150 millions d'années, les mammifères apparaissent. Grâce à l'équipement oral et neuro-fonctionnel hérité d'un reptile précurseur, ils développent une nouvelle oralité juvénile dépendante, associée à l'émergence éthologique des soins de nourrissage, d'élevage et de protection des progénitures (**Couly, 2014**).

Chez les vertébrés, la bouche se forme secondairement devant l'entrée de l'intestin grâce à la crête neurale. L'intérieur de la bouche, espace hyper-sensoriel, est recouvert de peau internalisée et comporte tous les organes sensoriels cutanés, à l'instar de la main : du tact, de la pression, thermiques et nociceptifs.

La langue est à la fois un récepteur gustatif et un organe-clé du développement. L'oralité commence par l'animation de la langue, qui se positionne dans la bouche par sa descente sous le palais. Cela contribue à la fermeture de ce dernier.

Il existe deux modalités d'ingestion orale successive des mammifères. La première est l'oralité primaire réflexe, avec la succion et déglutition automatiques.

Cette oralité primaire précède et prépare la deuxième modalité d'ingestion orale, qui est l'oralité secondaire. Cette oralité secondaire est volontaire avec des acquisitions praxiques, à savoir la mastication et la déglutition. On assiste donc à une corticalisation.

L'oralité primaire du fœtus est une innovation neuro-fonctionnelle du tronc cérébral. Elle est spécifique des mammifères et transitoire, car elle sera remplacée grâce aux apprentissages lors de la première année afin d'aboutir à l'oralité secondaire.

Grâce aux afférences sensorielles orales, la succion rythmique est le déclencheur de la déglutition qui est en lien avec les efférences motrices des nerfs IX, X, et XII. Elle déclenche et entretient, par la flexibilité des réseaux neuronaux, les séquences motrices des déglutitions ultérieures. Les cinq nerfs du tronc cérébral sont synchronisés par le programmeur (neurones inter-solitaires du X).

Selon **P. Changeux (1983)**, « Le tronc cérébral est le cerveau de l'oralité primaire et le cortex est le cerveau pour l'oralité secondaire ».

Par ailleurs, l'oralité juvénile a permis le lien social pour chaque espèce. Tous les mammifères ont ce comportement oral primaire.

On constate également chez l'humain une évolution vers l'oralité symbolique. Les sociétés humaines émergentes, avec leurs mythes fondateurs, leurs croyances et pratiques religieuses, ont incorporé certains ingrédients de leur propre alimentation à leurs rites, au point de les élever au rang de symbole. L'eau, le sel, le pain et le vin en sont des exemples. D'autres sociétés humaines ont sacralisé l'animal, comme la vache, ou l'ont interdit à la consommation. Chez les êtres humains, les pratiques diffèrent selon les ethnies. Par exemple, le nourrissage est effectué par le bouche à bouche chez les Masaïs, ce qui illustre une relation à la nourriture différente de celle de notre société.

Si manger est un besoin vital qui a une finalité nutritive, c'est aussi l'acte nourricier par lequel se construisent l'affectivité, la personnalité et la socialisation. Manger, c'est à la fois incorporer le

monde et être au monde. Ce n'est pas simplement se nourrir, c'est un acte fondateur qui porte en lui une fonction civilisatrice sans laquelle l'homme serait probablement resté à l'état de sauvage.

La fonction d'alimentation est donc en lien avec l'oralité alimentaire, mais l'oralité ne résume pas à l'alimentation ; c'est que nous allons voir un peu plus tard.

Une fonction alimentaire défaillante inquiète. On retrouve des phrases qui reviennent fréquemment dans cette situation, comme « Il ne mange pas bien, je m'inquiète pour sa santé », « Si tu ne manges pas, tu ne pourras pas bien travailler à l'école », « Si tu ne manges pas bien, tu seras malade ». Manger est vital, d'autant plus que les inquiétudes et l'angoisse de la mort sont présentes. Il semble donc essentiel de se questionner sur le lien entre l'alimentation, le développement psychomoteur et les troubles de l'oralité.

Dans le cadre de mon stage de troisième année de formation en Psychomotricité dans un centre d'action médico-social précoce polyvalent, j'ai découvert les troubles de l'oralité.

Ces troubles m'ont beaucoup questionnée sur le développement psychomoteur et m'ont amenée à effectuer des recherches très riches et complexes. Etant de plus en plus curieuse et particulièrement sensible à ce sujet, j'ai donc décidé d'en faire mon sujet de mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'état de psychomotricien.

L'oralité est effectivement un concept complexe et au carrefour de différentes disciplines. L'investissement de l'espace oral est essentiel au développement psychomoteur de l'enfant. Dans le cadre de troubles digestifs nécessitant des soins plus ou moins invasifs, entravant l'investissement de l'espace oral, il faut accompagner à la fois l'enfant et les parents, afin de réduire au maximum les éventuelles répercussions telles que des troubles de l'oralité pouvant induire des particularités sensorielles, de l'agitation psychomotrice, des troubles du schéma corporel, de l'image du corps, des troubles de l'attachement, des troubles du langage...

La construction de l'oralité dans le développement sensorimoteur de l'enfant peut donc se retrouver perturbée, et empêcher un développement psychomoteur harmonieux.

Nous pouvons mener cette réflexion car les études récentes ont permis de considérer que le bébé était acteur et avait des capacités de base qui vont permettre d'acquérir des compétences. Les potentialités neuromotrices offrent au nouveau-né des réflexes archaïques qui vont, grâce aux stimulations environnementales et aux réponses adéquates des parents, permettre d'exploiter et de développer ces potentialités. Ces expériences ont pour but de corticaliser et d'entraîner une intégration active de l'enfant. C'est donc un passage de la neuromotricité à la psychomotricité.

L'oralité est un concept complexe, mêlant l'aspect psychologique et physiologique de l'individu.

Comme nous venons de le constater, elle se construit tout au long de l'enfance à travers des étapes bien définies. L'alimentation de l'enfant traverse différentes étapes, et constitue le fil rouge de l'oralité.

Nous allons à présent tenter de comprendre à quel point l'acte nourricier de l'enfant est organisé et dans quelle mesure il participe à son bon développement physique et psychique.

C'est donc dans ce cadre que je vais aborder une approche psychomotrice des troubles de l'oralité chez l'enfant. Il s'agira d'étudier comment la psychomotricité peut intervenir dans le cadre des troubles de l'oralité.

Dans un premier temps, je vais présenter un cas clinique (Ehnan) qui justifie le choix de mon sujet de mémoire de fin d'études. Dans un second temps, je vais traiter la question de l'oralité. Et, pour terminer, je vais présenter la place de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles de l'oralité.

I. Présentation du cas clinique

Je vais vous présenter le cas de Eهران que j'ai rencontré et suivi dans le cadre de mon stage de troisième année au sein d'un Centre d'action médico-social précoce polyvalent.

Avant de parler de Eهران, il est essentiel de définir le cadre de la prise en charge. En effet, contextualiser les soins permet de comprendre le mode d'intervention auprès du patient.

Le CAMSP Polyvalent est un établissement médico-social qui accueille des enfants âgés de 0 à 6 ans révolus. Ces centres ont pour mission de dépister et de proposer une prise en charge pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou cognitifs.

Il s'agit de prévenir le handicap chez les enfants nés dans un contexte à risque (grande prématurité, souffrance fœtale, convulsions, situations psychosociales vulnérables...), d'agir pour favoriser le développement optimal de l'enfant, son bien-être et son intégration sociale.

Pour cela, il est indispensable d'entendre les inquiétudes et de répondre aux questions concernant l'évolution psychomotrice et psychoaffective des enfants. Dès la naissance, l'action des professionnels des CAMSP vise à comprendre les difficultés de l'enfant et à coopérer avec les parents pour renforcer ses compétences. L'objectif est de les conduire au maximum de leurs potentialités, de les aider dans l'acquisition de leur autonomie et de développer leurs capacités de communication.

Le parcours de l'enfant au CAMSP commence toujours par une consultation médicale. Le médecin réalisant cette première consultation devient alors le médecin référent de l'enfant, ce qui lui confère la mission de coordonner le projet d'accompagnement de cet enfant. Ce projet d'accompagnement est réajusté en fonction de l'évolution de la situation, en réunion d'équipe et durant les réunions de synthèse. L'enfant est accompagné jusqu'à la fin de ses soins au CAMSP et son projet de sortie est élaboré en équipe en concertation avec sa famille.

Un CAMSP est composé d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative.

Cette équipe comprend quatre médecins, deux assistantes sociales, trois psychologues, deux orthophonistes, un kinésithérapeute, deux psychomotriciennes et une secrétaire.

Afin d'harmoniser les prises en charge, une journée est consacrée au temps institutionnel qui comprend une réunion d'équipe et des réunions de synthèse avec pour objectifs d'échanger et d'élaborer autour de la situation d'un patient, suite à des bilans, un suivi en cours ou une fin de prise en charge envisagée. Ces réunions peuvent inclure des professionnels partenaires extérieurs.

En psychomotricité, il y a des créneaux libres pour faire passer des bilans psychomoteurs et d'autres créneaux réservés aux séances attribuées à des enfants en particulier que l'on voit donc régulièrement chaque semaine.

Ehran fait partie des enfants qui bénéficient d'un créneau pour les séances de psychomotricité une fois par semaine. Cette prise en charge a été établie à la suite d'une consultation pour les motifs suivants : dénutrition et difficulté d'alimentation. Ehran sélectionne son alimentation en fonction de sa couleur, privilégie les sucreries (bonbons, Nutella, coca...). Sa maman s'inquiète pour sa courbe de poids qui évolue peu, sa corpulence demeure très fluette.

A- Anamnèse

Ehran est né prématurément le 24 avril 2014. Il a actuellement 4 ans, 11 mois et 13 jours (âge corrigé = 4 ans, 7 mois et 29 jours). Sa naissance a eu lieu à 28 semaines d'aménorrhée plus 6 jours (extrême prématurité), il est né par siège d'une grossesse marquée par un retard de croissance intra-utérin.

Son poids de naissance est de 750 grammes, avec un APGAR à 3-5 minutes. Il a passé 3 mois en néonatalogie, et il a bénéficié d'une sonde naso-gastrique jusqu'à 41 SA.

Il a eu un ictère du prématuré, la maladie des membranes hyalines ainsi qu'une hypotrophie sévère.

Sur le plan clinique, le 16 mai 2018 à ses 4 ans et 16 jours (âge corrigé 3 ans, 8 mois et 8 jours), Ehran mesure 91 cm, et est situé à -3DS séquentielle d'un retard de croissance intra-utérin, sans déficit sécrétoire en hormone de croissance, avec une vitesse de croissance à 4,5 cm par an. Il pèse 11,3 kg, soit un IMC faible à 13,6.

On note un retard statural ainsi qu'une alimentation faible. Par conséquent, il reçoit des compléments alimentaires hypoprotéinés et du ZymaD.

Au niveau visuel, il avait un strabisme divergent réductible ainsi qu'une rétinopathie du prématuré stade III + en zone II, avec un syndrome de traction musculaire à gauche sans décollement de rétine diagnostiqué en janvier 2015 et stable en mars après un traitement au laser. Aujourd'hui, il porte des lunettes. On note également un hypertélorisme, un palais ogival, une dysmorphie, un philtrum court, une lèvre supérieure fine, un microrétrorisme et des oreilles basses. Au niveau des extrémités, on remarque un pli palmaire transverse unique, un cinquième doigt hypoplasique avec une camptodactylie des deuxièmes doigts réductible à droite mais pas à gauche. Sur les radiographies des

extrémités, on observe une agénésie de la deuxième phalange des cinquièmes doigts, une hypoplasie de la phalange distale des cinquièmes doigts et une phalange distale du pouce triangulaire. A droite, on note la présence d'une brachymésophalangie. Au niveau du deuxième doigt, il existe un affaissement de la voûte plantaire. On note aussi chez Eهران une cryptorchidie bilatérale.

L'analyse du CGH-array ne retrouve pas d'anomalie. Une investigation auprès d'une équipe génétique est conseillée car une anomalie développementale d'origine génétique est suspectée. L'analyse chromosomique sur puce ADN 60K n'a pas permis de mettre en évidence d'anomalie de dosage génétique à type de délétion ou de duplication au sein du génome.

A l'âge de 2 ans, on retrouvait un âge osseux d'un an et demi. Des radiographies du bassin et du genou ont été réalisées et n'ont pas retrouvé d'anomalie visible.

Eهران présente un retard global des acquisitions dans un contexte de retard staturo-pondéral. De plus, il présente des troubles alimentaires de type restrictif, un retard de croissance intra-utérin non rattrapé, un retard global d'origine syndromique probable non identifiée.

Au total, Eهران présente un retard staturo-pondéral associé à un retard des acquisitions et des critères physiques mineurs évoquant une anomalie du développement embryonnaire d'origine supposée génétique (syndrome Silver de Russel), mais pour laquelle rien n'a été confirmé.

Il bénéficie d'un suivi avec une orthophoniste, un kinésithérapeute, un gastro-pédiatre et un suivi psychomoteur. Une guidance parentale conjointe au CAMSP est également mise en place.

Eهران a participé à un groupe oralité qui est actuellement terminé, et qui a mis en évidence un trouble de l'oralité ancré dans son lien avec sa maman avec de l'hypersensorialité, dans lequel il n'y a peu ou plus de réflexe hyper-nauséux. Dans ses premiers mois, on retrouve qu'il est calme et passif. Aujourd'hui, il est en état d'hypervigilance au niveau du tonus musculaire et au niveau comportemental. A ce jour, les difficultés alimentaires (de type restrictif) persistent et font l'objet d'inquiétude et de discorde parentale. Le suivi a commencé à la suite des bilans réalisés le 12 octobre 2015.

La maman d'Eهران pratique la distraction et rapporte parfois des comportements de forçage. Elle le sollicite très souvent pour manger, sauf deux heures avant le repas. Elle explique qu'elle fait tout son possible pour qu'Eهران mange, mais que cela ne marche pas. La pesée la stresse beaucoup d'autant plus qu'il n'y a pas d'anomalie au niveau digestif.

1- Histoire de vie familiale

La famille d'Ehran est une famille d'origine Turque. Sa mère s'est installée en France lorsqu'elle avait 32 ans dans le cadre de son mariage, et son père s'est installé en France suite à la signature d'un contrat de travail au sein d'une entreprise de bâtiment. Ehran est imprégné d'une culture Franco-Turque.

C'est le dernier d'une fratrie composée d'un garçon âgé de 21 ans qui est lycéen BTS, et d'une fille âgée de 16 ans qui est également au lycée.

Ses parents ont beaucoup de difficultés pour honorer les rendez-vous. Le papa n'accepte pas la situation de son fils. Il questionne beaucoup autour du handicap, de l'avenir et du retard. La maman semble plus réservée, mais elle est très affectée par la situation, d'autant plus qu'elle rencontre des difficultés pour comprendre la langue française. Les parents d'Ehran semblent préoccupés par le poids de leur enfant mais n'arrivent pas à honorer les rendez-vous et à assurer un suivi régulier. Ils ne supportent pas quand leur fils ne répond pas aussitôt aux sollicitations des professionnels et interviennent rapidement. Il y a un désaccord dans le couple concernant Ehran.

La maman d'Ehran est désireuse de socialiser son fils, car elle s'est rendue compte de son plaisir à échanger avec les autres. Elle accepte les conseils pour contacter une assistante maternelle et une halte-garderie mais le père est opposé à ce mode de garde. Il veut que ses enfants restent uniquement avec leur mère. La sœur d'Ehran s'implique dans la prise en charge de son petit frère car elle traduit à sa mère durant les réunions où elles sont conviées. Elle conseille sa maman dans les choix de prise en charge.

Ehran a un comportement de maîtrise de manière défensive, il a été placé dans une position de toute puissance où la maman dit toujours «oui», ne pouvant le frustrer car il était prématuré. Elle dit l'avoir trop «gâté» et se sent maintenant en difficulté. L'enfant veut tout, il arrache les objets des mains et fait des colères.

2- Scolarité

Scolarisé en petite section de maternelle à la rentrée 2017, il s'est avéré très vite qu'il lui était difficile d'entrer dans les apprentissages et de se poser en collectivité. Des difficultés comportementales de type déficit attentionnel et hyperactivité ont rapidement été observées. A ce titre, une demande d'AVS a été effectuée. Après réunion du conseil, il a également été décidé qu'Ehran intégrerait la classe de toute petite section afin de lui laisser le temps de grandir. Ehran semble avoir besoin de jouer, de pouvoir avancer à son rythme, de faire l'apprentissage de la propreté et de la collectivité. Il est aujourd'hui en petite section avec une AVS, et passe la majeure partie de son temps à chercher la rencontre, mais de façon brutale. Il demande une vigilance extrême par rapport aux autres, au matériel et à lui-même. Il a la possibilité de ne pas être dans le groupe ou dans les ateliers car il n'est pas encore prêt à cela.

3- Bilans

a) gastro-pédiatre

On note chez Ehran un IMC faible et une insuffisance pondérale ayant une part constitutionnelle mais aussi une part syndromique probable. Les consignes données sont de moins solliciter l'enfant, d'accepter les refus, d'enrichir l'alimentation avec de l'huile et de la dextrine-maltose.

Un bilan de malabsorption et un bilan endocrinien ont été réalisés, les valeurs sont normales pour la thyroïde, la recherche d'insuffisance pancréatique (élastase) ou de maladie cœliaque (Ac anti-transglutaminase) est négative. Seul l'IGF1 est un peu augmenté et les IgA sériques sont à la limite inférieure de la normale.

Si l'aggravation nutritionnelle se confirme malgré ces mesures, on envisagera un support par nutrition entérale.

b) kinésithérapie

Ehran présente une hypertonie globale de vigilance qui cède rapidement, et ne montre ni spasticité sous-jacente ni amplitude articulaire anormale. On note une excitation globale d'un enfant désorganisé qui tape beaucoup les objets, il n'a que peu d'autonomie de posture. On observe une agitation anxieuse et une insatisfaction quasi-permanente, ainsi qu'une agitation permanente pouvant être contenue dans les bras de sa maman.

Ehran a peu investi les membres inférieurs en position de quatre pattes et en position sur les genoux, ou en position debout. Il est toujours sur la pointe des pieds, ce que confirment les parents. Il s'agit dans les réactions toniques des plans postérieurs avec jet en arrière, pourtant bien contenu, et en forçant le chemin vers une concentration sur la ligne antérieure et médiane. Il peut alors s'ajuster et libère son hypertonie. Néanmoins, ceci a besoin d'être guidé professionnellement et ne peut à ce jour être autonomisé.

Les contentions manuelles fermes provoquent une détente globale et une recherche du point de gravité, vers l'avant pour attraper le jouet proposé, puis Ehran se jette en arrière.

Un soutien des acquisitions motrices doit être mis en place, avec accompagnement de la marche autour d'un support et recherche d'appuis sur les genoux et les mains pour se mettre à quatre pattes. Ehran se retrouve projeté vers l'avant, entraîné par le rouleau, sans chercher à se protéger avec les membres supérieurs.

Cependant, l'hypertonie postérieure le gêne, il a besoin de se reposer sur le corps de sa maman pour trouver la stabilité et le relâchement suffisant. A la position assise, l'installation est importante, il semble nécessaire qu'Ehran soit bien assis de façon à pouvoir être regroupé, de façon à ce que cela corresponde à sa recherche d'appuis en postérieur, mais aussi pour lui permettre d'investir davantage la ligne médiane et les manipulations plus fines (parents très en demande de conseils d'activités, de jeux).

c) orthophonie

Les difficultés alimentaires d'Ehran semblent résulter d'une histoire somatique précoce difficile ayant engendré une sensorialité particulière. Il est probable que cette situation initiale ait été exacerbée par des difficultés d'ordre psychique, cristallisées par une attitude parentale intrusive et anxieuse.

Actuellement, Ehran paraît ne pas avoir construit un espace oral suffisamment organisé pour en faire un lieu d'exploration facilement accessible. Les défenses sont importantes, les sensations ne prennent pas sens et sont parfois mal vécues. La sensorialité globale et particulièrement orale est atypique.

En revanche, le bilan met en évidence de bonnes praxies alimentaires, une alimentation variée sur le plan des goûts et des textures.

Enfin, les conditions du repas sont à améliorer, par exemple dans le cadre d'un accompagnement parental. Les enjeux relationnels paraissent fortement impliqués, Ehran ne présente pas d'angoisse de séparation, il ne marque pas de transition.

Le jeu est peu construit, et n'est jamais mené jusqu'au bout. Il y a une frustration quand on cache l'objet, mais Ehran ne le recherche pas. L'observation de la communication met en évidence une bonne appétence à l'échange mais des précurseurs pragmatiques (en particulier l'attention conjointe) et sémantique (au niveau du jeu) en souffrance. Il s'agit d'un enfant ayant un retard de langage oral,

mais qui a de très bonnes capacités interactionnelles et de communication non verbale, avec tout de même un déficit attentionnel pouvant entraver sa disponibilité à l'échange. Il est en phase d'évolution majeure, avec des possibilités de progrès dans un cadre contenant. Ainsi, deux axes de travail apparaissent : le jeu et l'émergence du langage oral.

d) aspect psychologique

Ehran est un grand prématuré avec un vécu d'hospitalisation, période durant laquelle il a été alimenté par sonde gastrique. Il est accompagné par sa mère qui semble avoir essentiellement une demande autour des aspects relationnels.

La mère d'Ehran semble parfois en difficulté pour comprendre le français, elle s'exprime en turc auprès de l'enfant qui présente un retard de langage. Avant chaque rendez-vous, on peut entendre Ehran courir et faire du bruit dans les couloirs.

Il n'a pas intériorisé de fonction de contenance, il a peu de limites psychiques et s'engage dans tous les espaces ouverts.

Très agité en consultation, il saisit les objets les uns après les autres et les explore peu. Ne pouvant pas se poser un moment, il les jette rapidement et ne les recherche pas. Il tend à persévérer face à l'interdit.

Il n'a pas constitué de contenant psychique bien délimité, il est comme «ouvert». La permanence de l'objet semble aussi insuffisamment constituée, Ehran a très peur de perdre les jouets qui l'intéressent, en particulier ceux qui font du bruit, et il reste dans la maîtrise.

Il ne peut pas avoir de jeu d'échange, ne pouvant pas lâcher l'objet ; se séparer de l'objet serait synonyme de perte pour Ehran.

La mère a perçu que l'enfant était très dispersé lorsqu'il y avait beaucoup d'objets autour de lui.

Elle a décidé de cacher régulièrement des objets pendant une dizaine de jours. Ce fonctionnement ne favorise pas la continuité psychique, la possibilité de réitérer les expérimentations, d'asseoir la constitution de la permanence de l'objet et de faire confiance à l'adulte. Ehran refuse la contrainte et l'attente, et s'énerve facilement. Les jeux sont pauvres et constitués davantage d'actions répétées que juxtaposées afin d'initier un ajustement réciproque.

On note donc des difficultés relationnelles entre Ehran et sa maman. Il est à la fois peu contenu psychologiquement et présente un comportement de maîtrise à visée protectrice. Ces difficultés justifient un suivi mère-enfant.

e) psychomotricité

Lors du bilan, le Brunet et Lézine révisé révèle un âge de développement hétérogène aux dépens du langage et de la posture. La marche a été acquise à 2 ans et la propreté début février 2018.

Au niveau de la communication, Eهران ne se retourne pas toujours vers nous quand on l'appelle. En revanche, il a régulièrement des demandes autour des objets.

Il y a des petits mots qui apparaissent et un discours pour l'instant inintelligible, mais avec une valeur de communication. Il mélange à tour de rôle le turc et le français.

Il présente une agitation motrice et une hypertonie importante. Il se maintient dans des schémas posturaux contraignants et semble perdu dans l'espace. Sans repères, il construit une représentation morcelée de son environnement. Au niveau du schéma corporel, Eهران est insuffisamment structuré, trébuche souvent en oubliant le bas de son corps, et l'équilibre apparaît précaire sur le tapis mou.

On observe une motricité du déplacement approximative, peu organisée, résultant d'une difficulté à tenir compte du bas de son corps. Il est en permanence sur la pointe des pieds ; ses appuis plantaires ne lui permettent pas d'être en sécurité dans le bas du corps. Il marche sur les objets qui jonchent le sol sans en tenir compte et chute souvent. Il n'est pas en mesure de tenir compte de son environnement physique, se montre éparpillé et instable sur le plan moteur.

Ses gestes sont souvent teintés d'impulsivité, de brusquerie avec peu de modulation. Il aime faire du bruit. Son organisation reste encore fragile dans ses déplacements, il a tendance à courir et à ne pas voir les obstacles. Lorsqu'il est pris dans une émotion, il peut me foncer dessus par exemple, et perdre toute conscience corporelle de ses appuis.

Au niveau de l'investissement des objets, Eهران apprécie les sensations fortes et la musique. Il aime beaucoup taper et secouer. Il appréhende l'espace en volume, les constructions et les encastresments ne lui font pas encore écho.

Au niveau de la motricité fine et plus particulièrement du graphisme, c'est quelque chose qu'il demande et qui l'intéresse davantage par son aspect sensori-moteur que par son aspect «figuratif» ; il est sensible aux tracés chantants.

Eهران entre dans des jeux symboliques avec souvent des histoires de dévoration par le requin, il exprime alors beaucoup d'agressivité qu'il peut stopper quand nous finissons le jeu. Il investit aussi les bébés avec force de tape et de câlins pour "réparer" le bébé.

Il ne présente pas d'inquiétude vis-à-vis de la séparation avec sa maman pour le temps des séances.

Il a un vécu majeur d'intrusion et est perpétuellement en mouvement. Il arpente l'espace d'une manière ou d'une autre en ayant besoin de frapper ou de renverser tout ce qu'il trouve sur son passage.

L'alliance thérapeutique avec la maman d'Eهران est très forte, elle amène son fils avec confiance et attend toujours des retours en fin de séance.

Le lien a tout de suite été investi mais Eهران n'est pas dans la production de jeu ni dans la construction. Il est actuellement plutôt dans la recherche de ses limites corporelles, il n'y a pas de forme fermée.

La continuité est difficile dans la relation, en raison d'une grande insécurité pour prendre appui sur les autres. J'ai la sensation que c'est un petit garçon qui lutte contre le morcellement et qui a énormément besoin de réassurance de la part de son papa ou de sa maman, mais surtout de sa maman. Eهران est un petit garçon accessible à la relation et avec une curiosité à son environnement qu'il nous faut soutenir tout en l'aidant à se poser.

Il présente un décalage des acquisitions psychomotrices et du développement avec une hypertonie importante.

Les objectifs de la prise en charge psychomotrice seront de permettre aux parents de s'ajuster aux besoins de leur enfant, d'aider Eهران à pouvoir se rassembler, à se poser sur une activité et construire un projet mais aussi à affiner ses coordinations et sa posture.

f) groupe oralité

C'est un groupe d'accueil hebdomadaire des enfants et de leurs parents en présence d'une orthophoniste, d'une psychologue et d'une psychomotricienne. Ce groupe accueille cinq enfants et leur famille, l'objectif étant de replacer le trouble de l'oralité dans une dimension multi-sensorielle et globale en s'appuyant sur le lien parent-enfant. Ce groupe s'inscrit dans une dimension préventive face aux difficultés d'alimentation, dans l'optique d'éviter un « sur-handicap », et travaille également dans le but de restaurer chez ces enfants un plaisir oral, sensoriel et relationnel.

La prise en charge au sein du groupe a souffert d'une présence fluctuante au départ, puis il y a eu une meilleure adhésion aux séances au fur et à mesure.

Eهران a rencontré de grandes difficultés pour s'approprier le groupe et y trouver sa place au début (désir d'explorer la salle, grande agitation motrice, pleurs). Il a finalement pu se montrer intéressé par les autres enfants par des explorations sensorielles et des jeux d'imitations.

Il est aujourd'hui capable de rester au sol pendant l'atelier, a intégré les différents temps du groupe et semble particulièrement éprouver du plaisir lors des comptines de fin.

L'exploration sensorielle reste compliquée, Eهران aime toucher la farine et le sucre. Il met les deux mains dans le bac, sait transvaser les matières et goûte même à la cuillère. Cependant, il a refusé l'échantillon d'odeurs.

Il peut présenter une hyper-fatigabilité qui a gêné certaines séances et parfois une hyperexcitabilité motrice associée à des gestes brusques sans intentionnalité agressive.

Au niveau des aspects sensoriels, Eهران est particulièrement réceptif, intéressé par les bruits et les objets sonores. Il n'aime pas les massages du corps à l'huile, ni le contact des mains avec la pâte à modeler. Quand il lui est proposé une boîte pleine de textures variées, il se montre plus à l'aise dans l'exploration des matières franches, dures ou des textures produisant un bruit. Les matières fluides l'inquiètent, il a besoin de temps et d'étayage pour les découvrir.

Il refuse le contact avec une plume ou un ruban de satin et il préfère se porter lui-même la stimulation afin de mieux la maîtriser.

La maman semble éprouver un soulagement à voir son fils évoluer, s'intégrer au groupe et progresser au fur et à mesure des séances. Il semble exister chez elle un épuisement et un degré d'inquiétude.

Au moment des repas, la maman d'Eهران laisse son fils naviguer dans la pièce. Ces moments peuvent être longs, il arrive qu'elle lui propose de regarder un dessin animé pour canaliser son attention et améliorer sa prise alimentaire.

La plupart du temps, Eهران se montre agité lors des repas qui ne sont pas vécus comme des moments agréables par Eهران et sa mère. Il manifeste sa soif mais jamais sa faim, elle lui propose donc à manger régulièrement une heure après la dernière prise alimentaire, et elle évoque des épisodes de forçage alimentaire. Eهران commence à être autonome pour sa prise alimentaire, signifie à sa mère qu'il veut manger seul. Il aime explorer la nourriture avec ses doigts et il prend plaisir à consommer certains aliments notamment sucrés.

La mère d'Eهران dit avoir lâché ses principes comme manger à table. En revanche, elle pourrait être aidée à percevoir la nécessaire contenance à apporter à son enfant. Eهران déambule dans la pièce avec un morceau de pomme dans la main qui sera progressivement oublié au profit d'un jouet.

Aujourd'hui, ces difficultés d'alimentation de type restrictif persistent et le vécu teinte son développement, sa construction psychique et motrice, ainsi que son investissement psycho-corporel. Il présente un retard global et de langage, mais cela reste sensible à l'étayage et mobilisable par la stimulation. Sa curiosité peut l'aider dans ses apprentissages, mais elle doit être contenue pour ne pas devenir un frein dans ses capacités attentionnelles.

B- Rencontre et prise en charge

Lors de ma première rencontre avec Eهران, beaucoup d'éléments m'ont interpellée et suscité en moi des questionnements. Ces éléments m'ont poussée à mener une réflexion précise et à en faire mon sujet de mémoire.

Durant les présentations, Eهران n'est pas réellement présent, il semble très agité et occupé à autre chose sans que ce soit une action dont je puisse directement identifier le but. Il fouille le sac de sa maman de façon très tonique et finit par vider le sac sur une chaise sans rien prendre. Je me demande donc s'il s'agit de fouiller pour fouiller, pour une recherche de sensations, pour s'occuper, ou encore pour contenir une angoisse car il n'était pas à la recherche d'un objet précis. Pendant ce temps, Eهران n'est pas dans la relation, il ne m'adresse aucun regard, ne prend pas le temps de communiquer avec moi et de me dire bonjour. Sa mère le laisse faire et discute avec la psychomotricienne des difficultés rencontrées et de sa volonté de changer d'orthophoniste, car cette dernière avec qui tout se passait bien a été remplacée. Sa remplaçante ne lui convient pas car trop stricte et pas assez douce avec son fils. A ce moment-là, j'ai pu voir que la maman d'Eهران accordait beaucoup d'importance au relationnel avec les professionnels de santé qui accompagnent son enfant et qu'elle pouvait être sur la défensive si le relationnel ne lui convenait pas.

Durant ce moment de rencontre, j'ai ressenti un sentiment de solitude car ni la maman ni Eهران n'ont pris le temps de faire connaissance avec moi. De plus, après avoir compris que la maman était très sélective quant à la qualité des intervenants auprès de son enfant, j'ai beaucoup appréhendé la suite, ayant peur de ne pas lui «convenir» et de ne pas pouvoir établir l'alliance thérapeutique.

Au moment de quitter sa maman pour venir en séance, Eهران ne prend pas le temps pour la séparation. Il se rend dans la salle de psychomotricité et s'éparpille dans l'espace, prend des jouets les uns après les autres en les jetant un peu partout. On voit très vite qu'il est très agité et qu'il est hypertonique, il a des tensions corporelles notamment dans le haut du corps. L'agitation est un moyen de pallier à un défaut d'intégration corporelle.

Au niveau de la communication, il échange par des gestes et des mots isolés. On observe des gestes conventionnels du quotidien (au revoir), des gestes plus spontanés qui participent à son intelligibilité, des onomatopées, et un babillage diversifié qui prend la forme d'un jargon (quelques mots compréhensibles plutôt en turc selon la maman).

Durant la séance, Eهران est très peu organisé au niveau de l'espace. Il ne se pose pas longtemps avec

l'objet, et court partout dans la salle à la recherche de quelque chose. Il semble perdu dans l'espace. Lorsqu'on lui propose de s'asseoir et de se regarder dans le miroir, il se pose un long moment et se calme. A ce moment-là, il décide de rassembler plein d'oreillers et de se faire un coin douillet face au miroir.

On lui propose par la suite de maintenir un sac lesté sur la tête afin de lui permettre de se concentrer sur sa posture et de maintenir une position statique. Le poids sur la tête va permettre un recentrage corporel, demander un ajustement tonique particulier et contenir son agitation.

On a pu voir un déplacement sur la pointe des pieds, ce qui traduit que l'enfant se crée des sensations familières pour se déplacer sans être désorganisé par les modifications environnementales qu'il n'est pas en capacité d'intégrer. Ce déplacement dans l'espace semblerait donc perturber le sentiment d'unité corporelle fragile. Le maintien d'une hypertonie globale semble susciter des sensations familières qui vont permettre à Eهران de passer d'un espace à un autre sans partir en morceaux. Les enfants ayant des troubles de la représentation de soi manifestent un degré d'angoisse archaïque qu'ils ne peuvent suffisamment assumer et dont ils ne peuvent se réassurer symboliquement par le plaisir des actions et des jeux de réassurance.

Les parcours psychomoteurs sont d'excellents supports pour canaliser le mouvement, apprivoiser le corps propre et l'espace.

Il s'agit de guider tout le long du parcours afin de permettre d'expérimenter une relative sécurité. Expérimenter sans angoisse le mouvement du corps dans l'espace en le médiatisant à travers des objets (faire rouler une balle dans le tunnel, entre les cordes posées au sol...) est un bon support pour organiser le mouvement, car ce dernier est d'emblée canalisé et, de ce fait, sécurisant.

Lorsqu'il n'est pas en face du miroir, Eهران ne maintient pas le petit sac sur sa tête mais lorsqu'il est devant celui-ci, il cherche à le maintenir le plus longtemps possible. De la même façon pour le dessin, il parvient à se poser et à dessiner uniquement lorsqu'un petit miroir est installé sur la table en face de lui. Le miroir semble donc le contenir, Eهران n'a plus besoin de s'agiter pour se sentir contenu.

On peut donc voir que le miroir vient soutenir et montrer à l'enfant l'intégrité conservée durant le mouvement mais aussi lorsqu'il est immobile.

Néanmoins, il alterne très rapidement entre moments calmes et agités, au moyen d'instruments de musique, en tapant fort et en courant partout dans la salle puis en se rassemblant dans le petit coin douillet qu'il s'est créé.

On lui propose de maintenir un rythme associé à une démarche en se déplaçant dans la salle, afin d'initier avec l'imitation la structuration spatio-temporelle et d'adapter son tonus. Eهران accepte et se prête au jeu. L'imitation permet d'être dans la relation et de jouer ensemble en construisant un vrai jeu, ce qui est essentiel dans la problématique d'Eهران qui ne se pose pas pour jouer réellement et explorer l'objet.

Ehran se retrouve très angoissé et a très peur du dessin du bonhomme. Il veut que la feuille soit cachée et il quitte la table. Il a également peur quand j'ouvre la bouche de la marionnette, il se réfugie dans les bras de la psychomotricienne pour se cacher et se protéger. Tout au long de la séance, Ehran ouvre la bouche et fait un signe avec son index en direction de sa bouche très rapidement et fréquemment. Ce signe est accompagné d'un regard qui traduit un questionnement. Il ouvre ses yeux comme pour demander quelque chose avec stupeur. Ce comportement m'a fait penser à la théorie de **Bullinger (2004)** selon laquelle le développement nécessite de pouvoir construire différents espaces de son corps.

L'hypothèse que j'ai pu ainsi établir et que l'on pourrait relier ceci à son vécu d'intrusion corporelle avec la nutrition artificielle qui n'aurait donc pas permis d'investir d'emblée son espace oral.

Il a un grand besoin de réassurance et de contenance, il semble très insécure.

Effectivement, les difficultés qui sont survenues au cours de sa naissance n'ont pas permis à Ehran d'explorer, d'investir son environnement et de construire les différents espaces de son corps comme on peut le voir dans le développement sensorimoteur de **Bullinger**. La nutrition artificielle ne permet pas de percevoir le rythme des repas, l'alternance des sensations de faim et le plaisir de satiété que l'enfant transpose à travers son tonus.

Par conséquent, le dialogue tonico-émotionnel que théorise **Ajuriaguerra (1989)**, est réduit du fait de cette nutrition en permanence. L'enfant ne perçoit ni la saveur, ni la consistance de l'aliment, et n'a ni la vision, ni l'odorat de celui-ci... La nutrition est continue, et la passivité de l'alimentation favorise et entretient la passivité de l'enfant. Ce dernier n'exprime alors pas de besoin et ne fait que difficilement l'expérience du désir et du manque. On a donc un manque d'expérience orale associé à un manque de stimulations sensori-motrices de la sphère orale. L'espace oral d'Ehran a fait l'objet d'intrusion, ce qui a pu engendrer un vécu douloureux et être source d'angoisse et de particularités sensorielles que l'on peut observer ici à travers les peurs et le langage corporel.

De plus, le schéma corporel semble fragilisé. Ehran n'a pas pu investir dès sa naissance l'intérieur du corps comme après manger par exemple, avec le sentiment de plénitude qu'offre la satiété, ni prendre conscience de son axe corporel à travers le passage du bol alimentaire dans l'œsophage durant ses premiers mois de vie.

A la fin de la séance, il refuse de sortir de la salle, court partout en criant, se réfugie dans mes bras, s'accroche à mon cou avec beaucoup de force et refuse d'aller dans les bras de sa maman.

Et lorsqu'il se retrouve dans les bras de sa maman, il lui donne plusieurs claques. Face à son comportement, sa maman semble démunie et demande à la psychomotricienne ce qu'elle doit faire dans ce genre de situation car cela arrive très fréquemment et elle ne sait pas comment elle doit réagir. On observe donc qu'il y a des difficultés au niveau de la relation mère-enfant. La maman se décrit

comme étant très laxiste avec Ebran en comparaison avec son frère et sa sœur en raison des circonstances liées à sa naissance compliquée.

Ainsi, je me suis posée des questions au niveau de l'individuation et de l'attachement. L'histoire d'Ebran montre effectivement un début de vie difficile, et a fragilisé la relation d'attachement, notamment dans les moments où la mère répond au besoin de son enfant de manière adaptée en fonction de ce qu'il donne à voir. Comme l'explique (**Bion, 1979**), avec les éléments alpha et bêta et la boucle de retour de **G. Haag (1982)**, on voit que la maman est satisfaite lorsqu'elle réussit à combler les besoins de son enfant en le nourrissant, et l'enfant investit la maman car elle répond à ses besoins. Les travaux de **Bion** ont donc par ailleurs amené une théorie de la pensée où il parle d'éléments alpha et bêta.

Les éléments alpha sont des impressions sensorielles mises en image, que l'on peut dire assimilées par la psyché. Elles sont organisées et réutilisables. Les éléments bêta sont des impressions sensorielles non assimilées.

Dans un premier temps, le bébé ne peut contenir toutes ces sensations (alpha et bêta) du fait de l'immaturation de son appareil psychique. C'est la mère qui reçoit l'identification projective, et, par sa propre capacité de rêverie, elle interprétera ses sensations pour lui, pour qu'il puisse les reprendre secondairement. La fonction alpha permet au psychisme de l'enfant d'assimiler ce qui n'était auparavant qu'excitation formelle. C'est la première forme de travail de représentation. Apparaît alors une certaine communication entre la maman et le bébé, avec leurs propres codes. Dans le cas d'Ebran, la sonde naso-gastrique le nourrissait en permanence donc la maman n'a pas pu jouer d'emblée le rôle de la mère nourricière. Ebran n'a pas pu investir sa maman de la sorte. Durant ses trois premiers mois de vie, il n'a pas pu expérimenter le moment de repas qui est source d'éléments riches indispensables pour développer un attachement de bonne qualité (sécure). Dans ces moments, la maman et l'enfant échangent des regards, un contact corporel. On note donc chez Ebran et sa maman un attachement insécure (**Bowlby, 2002**). L'attachement est un besoin primaire et impératif de l'enfant, au même titre que le besoin alimentaire.

La théorie de **Bowlby** est fondée sur le postulat que l'attachement est un système primaire spécifique et que les comportements d'attachement du bébé ont pour fonction et pour conséquence d'induire et de maintenir la proximité ou le contact avec la maman. C'est une inter-relation. Ces conduites innées se mettent en place au cours de la première année assurant une base de sécurité qui fondent l'amour maternel.

Ebran a eu une naissance marquée par une hospitalisation et un vécu associé. **Spitz (1968)** met en avant l'impact des affects durant les soins avec le syndrome de l'hospitalisme. Ce syndrome concerne les enfants qui ne bénéficient pas de la même attention et du lien affectif que s'ils étaient avec leur

parents à la maison, ce qui engendre un déclin de leurs aptitudes pouvant aller jusqu'à la mort.

En outre, **Winnicott (2006)** décrit le handling et le holding, ainsi que leur rôle dans le développement de l'enfant. On peut supposer que ces éléments ont été mis à mal dans le cas d'Ehran. Il aborde trois perspectives dans lesquelles l'environnement doit intervenir pour permettre la maturation du moi de l'enfant : le holding, c'est-à-dire la façon dont l'enfant est porté, le handling, qui est la manière dont il est traité, manipulé, soigné, et l'object-presenting ou le mode de présentation de l'objet.

Pour conclure, j'ai pu relever lors de cette séance des difficultés au niveau relationnel, au niveau de l'enveloppe psycho-corporelle, au niveau de l'investissement de l'espace, du schéma corporel et du langage.

Cependant, Ehran est disponible à la relation, il est dans la communication et s'investit lorsqu'on le sollicite.

Il est important de préciser que ces théories sont présentées comme des outils et non des vérités absolues. Ces outils sont utilisés dans le but d'émettre des hypothèses sur la clinique observée.

La nature des soins en psychomotricité indique qu'il est essentiel de décentrer le patient de sa pathologie et de le considérer dans sa manière d'être au monde, dans son vécu psycho-corporel.

L'objectif étant pour le jeune patient d'intégrer ses éprouvés corporels sensoriels, sensitifs, moteurs, émotionnels et de soutenir la relation avec les parents.

Suite à ces observations, il est essentiel de se pencher plus en détail sur la question d'oralité.

II. L'oralité

A- Définition et construction

1- Définition

La question de l'oralité est très présente au sein des équipes pluridisciplinaires dans les services de soins pédiatriques. On observe cependant un flou et une complexité quant à ce que chacun entend par « oralité ».

D'après son étymologie (CNRTL), le mot oralité provient du latin *os*, *oris* signifiant la bouche. Le terme latin *bucca* désigne également la bouche mais fait davantage référence aux joues et à ses différentes formes (gonfler, souffler, siffler).

Le **Petit Robert de la langue française (édition 2017)** distingue trois définitions de l'oralité.

La première est une définition didactique : le « caractère oral » (de la parole, du langage ou du discours).

La deuxième fait référence aux termes de la psychanalyse : le « caractère propre au stade oral du développement de la libido ».

Et la troisième définition renvoie aux termes de la psychiatrie : la « tendance à porter à la bouche, à lécher, à manger toutes sortes d'objets ».

Frédéric Lange (1975) propose des définitions du verbe manger :

- Par rapport au monde

« Ingérer c'est se mettre sous la dent, éprouver la résistance du monde. Manger signifie s'empoigner avec le monde. Manger veut donc dire apprendre le monde dans lequel on vit ».

« Le mangeur calme la colère qu'il avait contre le monde et lui-même en digérant le monde dont il a pris une portion. Ce faisant, il ordonne le monde, le rend intelligible, le fait sien et avec lui parvient à maturité ».

- Par rapport au temps

« Le repas est pour le mangeur un moyen efficace de se repérer dans l'espace et de résister au temps ».

- Par rapport au narcissisme

« Manger c'est enfin trouver, se voir et se prendre en absorbant une chaire très proche de la sienne, c'est trouver dans le monde un espace qui renvoie son image ...».

- Par rapport à la psychopathologie

« L'ingestion donne au mangeur la sensation d'une immersion dissolvante par laquelle il cesse d'être soi. Là, manger prend un allure d'un aveuglement partiel ou total, d'une tentative d'abrutissement, une perte de conscience ou d'intérêt pour soi et le monde. Le mangeur se ferme, se bouche. Pour lui manger est une drogue ».

- Par rapport à Dieu

«Manger, c'est toujours accéder à un monde plus proche, plus ouvert, plus intelligible, plus généreux, plus disponible, plus humide et offrant un contact plus intime que de coutume. C'est pouvoir entrer en communication avec le monde et surtout, c'est pouvoir passer : le repas est un pont qui met en communication avec l'au-delà ».

Pour le mystique, manger consiste à ramener la totalité à l'unité. On rapproche cela au verbe assimiler, rendre semblable à soi.

L'oralité ne se réduit pas à l'organisation de la fonction alimentaire. Il n'en découle pas une observation binaire consistant à analyser si l'enfant mange et boit de manière convenable.

Il s'agit donc d'un concept psychanalytique, repris dans un second temps par les pédiatres et les soignants intervenant auprès de jeunes enfants. Ce concept englobe l'ensemble des fonctions et des investissements de la sphère oro-linguo-faciale. Il inclut l'oralité alimentaire, verbale et le plaisir oral, et il implique les aspects corporel et sensoriel. L'oralité renvoie à l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche.

Véronique Abadie (2004), pédiatre, nous explique que cela représente tout ce qui est autour de la bouche du bébé et qui est lié à la fois aux fonctions d'alimentation, de communication, de respiration et de langage.



« L'oralité recouvre l'ensemble des fonctions orales. Celles-ci sont multiples et concernent les thèmes fondateurs de la survie et de la communication, à savoir l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes et le langage ».

Elle parle de communication au sens affectif, et symbolique du terme. Ces fonctions orales sont fondamentales pour le développement psychique de l'enfant.

Elle précise également que « L'oralité de l'enfant est un monde qui fascine car elle implique des notions aussi variées et indissociables que les fonctions sensori-motrices fœtales, l'adaptation à la vie extra-utérine, la fondation du lien mère-enfant, l'adaptation de l'enfant à ses besoins nutritionnels, donc sa croissance, son organisation psychosociale : appétit, plaisir, hygiène, éducation, et sa construction cognitive, relationnelle et culturelle. Elle met en jeu des structures sensorielles, motrices, neuro-intégratives, hormonales, digestives et centrales, dont la physiologie et la régulation sont complexes et partiellement élucidées ».

Selon **Catherine Thibault (2007)**, orthophoniste, « L'oralité est l'ensemble des phénomènes psychiques, biologiques et fonctionnels qui assurent la mise en place du comportement oral ».

L'aspect biologique réside dans le fait que la bouche soit un organe au carrefour du besoin alimentaire et de la respiration. L'aspect fonctionnel réside dans le fait que la bouche soit le lieu de la phonation et de la communication. Enfin, la bouche est une zone qui nourrit les relations et qui ouvre

l'exploration sensorielle du monde, d'où un aspect psychique.

Ces définitions nous amènent à considérer toutes les fonctions qui entourent la sphère buccale et qui regroupent donc plusieurs champs, aussi bien psychanalytiques que purement anatomiques.

Ainsi, l'oralité ne se résume pas à la bouche. Son territoire comprend également le carrefour aéro-digestif, les organes de la phonation et les cinq sens. Il ne s'agit donc pas d'une centration sur la bouche, c'est une fonction corporelle globale qui s'intègre à l'ensemble des fonctions motrices et sensorielles affectives.

L'oralité est donc constituée de phénomènes psychologiques, biologiques et fonctionnels qui vont assurer la mise en œuvre du comportement oral de l'enfant. Elle représente donc la matrice de notre relation à l'objet.

La cavité bucco-pharyngée constitue une zone commune aux deux grandes fonctions vitales que sont l'alimentation et la respiration. Les activités respiratoires et langagières se trouvent donc elles aussi considérablement engagées dans l'oralité et impliquées dans l'étayage, de même que l'odorat dont le rôle n'est pas à négliger.

On distinguera au fur et à mesure les différentes oralités.

Les oralités

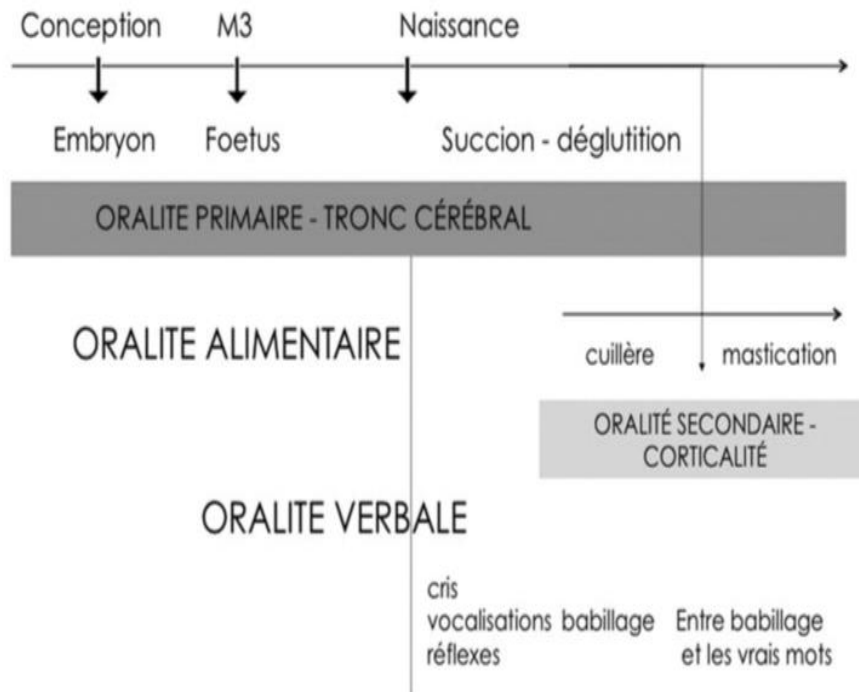


Schéma extrait de THIBAUT, C. (2007). Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

2- Construction

Le développement des fonctions orales débute dès les premiers mois de grossesse parallèlement au développement embryonnaire de la face.

a) l'oralité in utero

Au cours du développement embryonnaire, la cavité buccale primitive (stomadum) se forme durant le deuxième mois de la vie intra-utérine. Les premiers mouvements d'ouverture buccale peuvent être observés dès la neuvième ou dixième semaine de gestation.

La fonction de succion apparaît vers la dixième semaine de gestation, puis s'ajoute à la déglutition entre la douzième et la quinzième semaine.

Parallèlement, l'olfaction et la gustation se développent, ce qui contribue aux premières expérimentations sensorielles, notamment au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Selon **B. Golse (2001)**, pédopsychiatre, et **M. Guinot (2018)**, psychomotricienne :

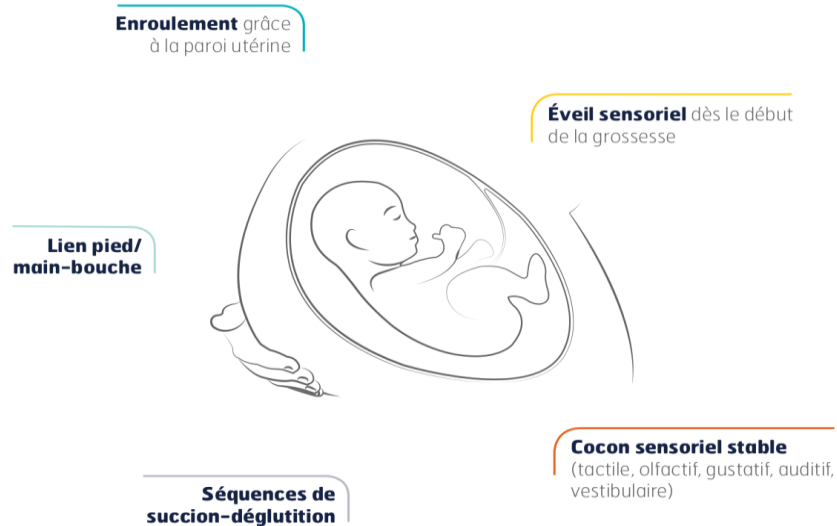
« Il est désormais acquis que les cinq sens humains se développent selon un ordre invariable au cours de la vie intra-utérine : le toucher, le goût puis l'odorat, l'audition enfin et la vue. »

A ce stade, le bébé suce son pouce et déglutit le liquide amniotique. Ceci représente la première séquence motrice qui se met en place chez le fœtus.

La succion et la déglutition vont se coordonner puis, par la suite, viendra s'ajouter la respiration. Une triple coordination, qui sera mature vers 34 à 36 semaines de gestation, permettra à terme la succion nutritive efficace du nourrisson. On observe une véritable activité orale pré-natale avec un jeu de flux et reflux du liquide amniotique au niveau de la bouche.

C. Thibault (2007) précise que la succion par son activité motrice joue un rôle dans la « bonne croissance de la cavité buccale, en particulier dans la conformation du palais et dans la croissance des deux cartilages condyliens ». On peut donc voir que la succion est une étape fondamentale dans le développement du fœtus.

L'ORALITÉ IN UTÉRO...



Lucile Irimia, plaquette oralité, département universitaire de Montpellier

Après la naissance, **Catherine Thibault** distingue l'oralité primaire et l'oralité secondaire. L'oralité primaire se développe sous la dépendance du tronc cérébral, puis est relayée par l'oralité secondaire, corticale. Lors de chacune de ces périodes se développent une oralité alimentaire et une oralité verbale, de façon concomitante.

b) l'oralité primaire

Lors de sa naissance, l'enfant dispose de plusieurs réflexes qui vont lui permettre de vivre dans son nouveau milieu. Il dispose de réflexes primitifs oraux qui vont lui permettre de s'alimenter de façon automatique. Pour la plupart, ils disparaîtront progressivement afin de laisser place à une organisation plus corticale ou volontaire de l'alimentation.

Le nouveau-né crie en arrivant au monde. Ne pouvant produire de sons articulés, le cri va permettre à l'enfant de traduire ses états émotionnels et de manifester ses besoins. Durant les premiers mois de vie, les productions vocales du nourrisson seront soumises à l'immaturation de ses organes phonatoires.

On parle de vocalisations réflexes ou quasi-réflexes entre 0 et 2 mois, où se mêlent cris et sons végétatifs (bâillements, gémissements, soupirs, raclements), **Chevrie-Müller et al, 2007**.

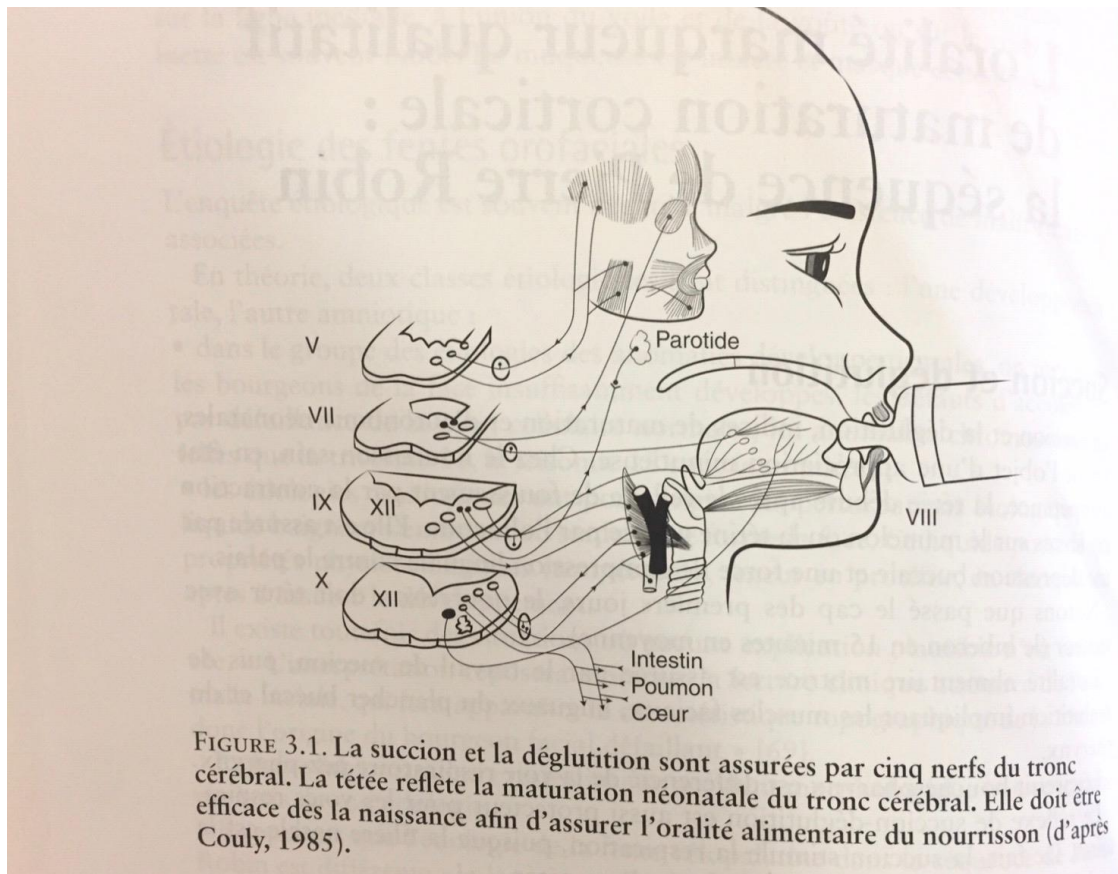
Les productions vocales du bébé durant cette période sont aussi appelées « jasis », « gazouillis » ou « vagissements » selon les auteurs.

L'oralité primaire s'exprime à travers la succion-déglutition pour le versant alimentaire et le cri pour le versant pré-verbal. « La bouche est le lieu du premier plaisir, comme de la première expression » (**Thibault, 2007**). Ces comportements innés mettent en jeu de façon quasi-exclusive des structures neurologiques sous-corticales (tronc cérébral).

Au cours de l'oralité primaire, l'enfant va aussi investir psychiquement sa sphère oro-digestive comme un lieu de découvertes multi-sensorielles, de plaisir mais aussi d'échanges avec l'autre. C'est la raison pour laquelle les traumatismes précoces touchant cette zone (sondes, reflux, chirurgie...) sont à même d'en empêcher l'investissement positif (**Abadie, 2004**).

L'oralité primaire met donc en jeu des structures neurologiques sous-corticales. Le réflexe de succion est déclenché par des récepteurs tactiles autour de la bouche, par des afférences sensorielles, gustatives, olfactives et par des stimuli neuro-hormonaux issus de l'hypothalamus et du tube digestif. Les informations sont ensuite intégrées au niveau des noyaux du tronc cérébral et envoyées vers les noyaux des nerfs crâniens.

C. Thibault nous explique que, pour sucer et déglutir, cinq nerfs du tronc cérébral interviennent : « Le nerf facial (VII) assure la contraction de l'orbiculaire des lèvres et des buccinateurs ; le nerf hypoglosse (XII) permet la stratégie motrice de la langue ; le nerf trijumeau (V) pour les mouvements de translation de la mandibule ; les nerfs glosso-pharyngiens (IX) et pneumogastrique (X) assurent la commande de la déglutition et sa coordination avec la ventilation lors des réflexes de protection des voies respiratoires. ».



Selon **Bonnet et Guatterie (2005)**, « A la naissance, le nourrisson possède un arsenal lui permettant de vivre et non de survivre. Cet arsenal est composé d'un ensemble de réflexes nécessaires au nouveau-né pour s'orienter dans l'espace et chercher sa nourriture. Il reste néanmoins dépendant d'un entourage matériel et affectif pour pouvoir se développer, évoluer et grandir harmonieusement ».

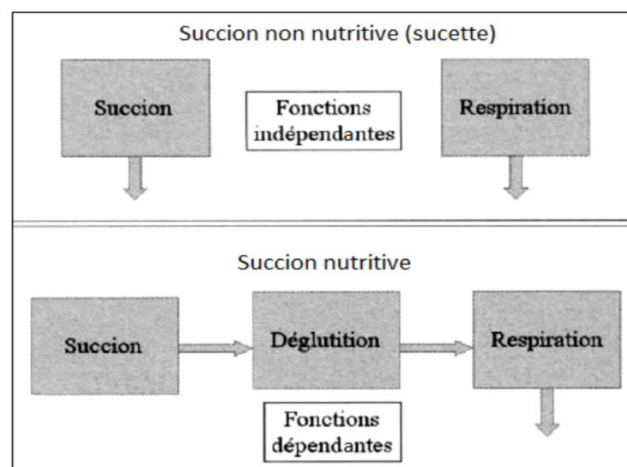
- *les réflexes du nouveau-né*

Parmi les réflexes du nouveau-né, nous pouvons distinguer :

- Le réflexe de foussement, qui est une réponse à une stimulation tactile visant à orienter la bouche vers la source nourricière (**Senez, 2002**). Le nourrisson effectue une rotation de la tête vers le stimulus (doigt, mamelon...) suivie d'un mouvement de happement des lèvres (**Thibault, 2007**). Il est important de distinguer le réflexe de foussement, du réflexe des points cardinaux puisqu'il ne s'agit pas exactement de la même manifestation. **Saint-Anne Dargassies (1982)** l'observe suite à « de légères stimulations péribuccales [...] aux commissures labiales et aux parties médianes des lèvres. La langue et les lèvres sont attirées vers le même point excité et elles entraînent la tête ». La caresse des commissures labiales entraîne ainsi un rictus des lèvres chez le bébé, absent dans le réflexe de foussement qui est plus global.
- Le réflexe de succion, qui est observable lorsque l'on met le doigt dans la bouche du bébé, lui permettant de s'alimenter.
- Le réflexe de déglutition, en association au réflexe de succion, qui va permettre d'avalier les substances aspirées lors de la succion.
- Le réflexe nauséux : face à une substance identifiée comme différente du lait en consistance ou goût par le système sensoriel gustatif, le réflexe de déglutition est inversé (**Senez, 2002**).
- Le réflexe de toux : ce réflexe n'est pas inhibé par la maturation neurologique, il assure la protection des voies respiratoires (**Senez, 2002**). De plus, l'anatomie particulière du nourrisson (le larynx est au niveau de la première vertèbre cervicale) réduit les risques d'une fausse-route.
- Le réflexe de Hooker, qui va objectiver l'oralité débutante. C'est la première expérience exploratrice fœtale, elle est déclenchée lorsque le bébé passe sa main devant sa bouche. La bouche s'ouvre alors et laisse sortir la langue. Les premiers mouvements de succion vont se déclencher à ce moment-là. Il s'agit d'une des premières séquences motrices à apparaître chez l'être humain (**Thibault, 2007**). Ce réflexe participe à l'exploration et l'investissement de la zone bucco-faciale.
- Le réflexe de l'apex de la langue ou automatisme d'orientation de la langue, qui est déclenché par une stimulation d'un bord de la langue, proche de l'apex. Cela entraîne un déplacement de celle-ci vers le stimulus (**Senez, 2002**). Ce mécanisme est à l'origine de la mastication, nécessitant des mouvements latéraux de la langue. Le réflexe de contraction de l'apex de la langue s'obtient en stimulant la pointe de la langue.

- Le réflexe de contraction de l'orbiculaire des lèvres : ce réflexe peut être observé suite à une légère pression sur les lèvres, entraînant ainsi leur contraction. Les lèvres doivent permettre de maintenir la tétine et assurer une continence. Avec sa fonction de sphincter, l'orbiculaire des lèvres réalise un enserrement et une occlusion buccale nécessaires à la tétée (**Bleeckx, 2001**). Une légère pression sur les lèvres entraîne sa contraction. Les lèvres ont pour fonction de retenir la tétine et d'assurer le maintien du bol alimentaire dans la bouche.
- Le réflexe de fermeture buccale ou de morsure : les mâchoires se referment dès que la bouche entre en contact avec un objet. Ce réflexe permet au nouveau-né de compresser le mamelon ou la tétine pour faire jaillir le lait. Il entre dans la composante de l'expression de la succion. Ce réflexe initie la mastication vers 6 mois, parallèlement à la poussée dentaire.
- Le réflexe antagoniste d'ouverture et de fermeture de la bouche : d'après **Senez (2002)**, il s'agit d'une des composantes de la succion. Selon les auteurs, il est également appelé réflexe de pression alternative, réflexe de morsure ou réflexe de jaillissement. Il consiste en une alternance de mouvements d'ouverture et de fermeture de la mandibule lors de la succion. Ce réflexe est observable lorsque l'on essaie d'ouvrir la bouche du bébé : il la ferme, et inversement si on force la fermeture, il la détend.

À la naissance, l'équipement neurologique est mature, notamment au niveau du tronc cérébral assurant la fonction de succion et de déglutition. La succion nutritive efficace est coordonnée à la déglutition et la ventilation. On observe donc une interaction des fonctions de succion, déglutition et respiration lors de la succion nutritive et de la succion non nutritive. Selon **Lau (2007)**, il s'agit de la coordination succion-déglutition-respiration (SDR).



L'enjeu majeur de cette coordination est la prévention du risque de fausse-route, qui par la fermeture du larynx empêche l'entrée de lait dans les voies respiratoires.

Le nourrisson possède des praxies oro-bucco-faciales de plus en plus complexes. Il contrôle de mieux en mieux sa succion, et va pouvoir faire des mimiques et des sourires pour communiquer avec son entourage.

Dès trois mois de vie extra-utérine, le bébé « maîtrise » l'ouverture et la fermeture de sa bouche. La praxie de ventilation buccale devient possible, et le nourrisson peut réaliser ses premiers babillages. L'oralité verbale se développe conjointement à l'oralité alimentaire (**Thibault, 2007**). Le nourrisson explore les objets qui l'entourent en les portant à sa bouche.

Le cerveau reçoit alors des afférences cutanées (tactiles et de pression) et de goût plus ou moins désagréables, qui contribuent à la découverte de l'environnement par des expériences de plaisir et de déplaisir. « La main, au service de la bouche, amène les objets qui seront analysés. La bouche devient le prolongement du cerveau » (**Bonnet et Guatterie, 2005**).

Suite à un entraînement moteur et, en raison d'une maturation neurologique, la succion-déglutition automatique s'estompe pour aboutir à une phase orale plus volontaire : c'est l'oralité secondaire.

c) l'oralité secondaire

L'oralité secondaire succède à l'oralité primaire « tout en coexistant avec celle-ci, d'abord à la cuillère puis ensuite à la mastication » (**Thibault, 2006**).

L'oralité secondaire fait donc intervenir le système cortical. Elle apparaît progressivement dès six mois, souvent au même moment que les dents. Toutefois, ce n'est pas leur apparition qui détermine le passage à la cuillère. Elle résulte avant tout d'un niveau de maturité suffisant du cortex cérébral et d'un impact socio-culturel de l'alimentation, qui est un apprentissage sur imitation.

L'oralité secondaire se caractérise par une double stratégie alimentaire : au suckling s'ajoute le sucking, lequel va progressivement s'imposer. Ceci assure une transition entre les deux oralités. Il s'agit de « deux types de mouvements qui se combinent dans la cavité buccale entre 6 et 12 mois, ils sont une étape vers la manipulation et la préparation du bol alimentaire » (**Puech et al, 2004**). Le suckling correspond à la succion-déglutition réflexe, composée de mouvements linguaux antéro-postérieurs. C'est le premier schéma moteur présent à la naissance en rapport avec la position de décubitus et de flexion du nourrisson **selon Puech et Vergeau (2004)**. Le sucking est caractérisé par des mouvements linguaux verticaux et latéraux, précurseurs de la mastication. Il permet d'appréhender un bol alimentaire de plus en plus consistant. Cette aptitude se développe quand l'enfant est capable de se tenir en position verticale, permettant ainsi des mouvements de la mandibule, plus efficaces pour la prise alimentaire (**Puech et al, 2004**).

Parallèlement à cette évolution du comportement alimentaire, des modifications anatomiques sont observables. Le cou s'allonge avec une descente du larynx jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale. La cavité buccale croît, laissant plus d'espace à la langue. Le voile du palais n'est plus en contact avec le larynx lors de la déglutition, et ferme progressivement le nasopharynx. Il y a aussi une augmentation du tonus du tronc et du cou, de façon à ce que l'enfant puisse manger en position assise.

L'oralité secondaire met en jeu l'axe œil-main-bouche et la préhension volontaire. Lorsque la maman présente la cuillère devant l'enfant, il la regarde, ouvre la bouche et avale s'il le veut (il peut chercher à toucher la nourriture). Avec le passage à la cuillère, l'enfant va mobiliser différemment le bol alimentaire dans sa bouche. Il aura une fermeture des lèvres matures vers un an, puis une mastication mature vers trois ans.

Concernant la mastication, les incisives sectionnent les aliments tandis que les prémolaires les broient grâce à des mouvements rotatoires du maxillaire inférieur. On parle alors d'oralité dentée.

Dolto F. (1971) parle de castration orale lors de chaque changement, aussi bien le passage du sein au biberon puis à la cuillère, que le passage des bras à la chaise haute et le passage de la mère qui donne

les objets à l'enfant. Ce dernier va s'en saisir et les porter tout seul à sa bouche.

Selon **Couly (2010)**, la période « biberon/cuillère-fourchette » s'étend de six mois à cinq ans. Durant cette phase mixte d'oralités, l'enfant « découvre le monde qui l'entoure, le monde des objets qu'il porte à la bouche à l'aide de sa langue. Les objets sont goûtés, tactilisés ; leur sapidité, leur chaleur, leur forme sont appréciées, autant d'informations que l'enfant engrangera grâce au média buccal afin de connaître chaque objet de son entourage ». On voit donc que l'enfant va explorer son environnement par le biais des sensations que vont fournir les éléments qu'il va porter à sa bouche. **Piaget (1936)** nous indique qu'il s'agit du stade de l'intelligence sensori-motrice, et il défend l'idée que les capacités intellectuelles et cognitives ne sont pas innées.

L'intelligence sensorimotrice de 0 à 2 ans est une intelligence sans pensée ou sans représentation, sans langage, sans concept. C'est une intelligence qui se détermine en présence de l'objet, des personnes, des situations, et dont l'instrument est la perception. Elle est donc essentiellement pratique et fait intervenir la perception, les attitudes (le tonus) et les mouvements, sans évocation symbolique. Cette intelligence est définie comme une « structure ou organisation des actions, telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues ».

Par exemple, à la fin de sa première année, l'enfant utilise la conduite du support pour obtenir un objet trop éloigné de lui, et cette conduite va se généraliser à d'autres actions. Le schème est donc un instrument de compréhension, mais sans pensée ni représentation.

Une praxie complexe se met progressivement en place. Le schème moteur passe de la succion à la mastication, les mouvements se complexifient avec des mouvements latéraux et rotatoires de la langue. Le bol alimentaire est propulsé et non plus aspiré vers l'arrière jusqu'aux récepteurs réflexogènes de la déglutition. Une telle praxie nécessite l'efficacité des afférences visuelles, l'ouverture appropriée de la bouche, ainsi que la mise en œuvre d'un apprentissage.

L'oralité verbale secondaire se poursuit au rythme de l'oralité alimentaire. **Thibault (2007)** remarque que le pré-langage est constitué de sons sémiotiquement proches des aliments à ingérer. Elle rappelle aussi que « le premier vocabulaire de l'enfant est un vocabulaire alimentaire. Il (l'enfant) entend le mot posé sur l'aliment, il regarde sa couleur, sa forme, il le sent et le goûte ».

Il existe donc deux aspects de l'oralité : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. Toutes deux confèrent à la bouche et à la langue une place privilégiée dans la construction globale d'un enfant.

Les étapes développementales de l'oralité alimentaire de l'enfant sont intrinsèquement liées à l'évolution organique, à la maturation neurologique, motrice, psycho-anatomique et sensorielle.

Les oralités verbale et alimentaire se développent et interfèrent l'une sur l'autre tout au long du développement du nouveau-né et de l'enfant. Elles coexistent, sont indissociables, et s'enrichissent l'une l'autre. Leur interdépendance est nécessaire, et toute modification sur l'une peut bouleverser l'autre, ce qui explique l'« effet cascade » que l'on peut observer entre les troubles alimentaires et langagiers.

Conjointement à la construction de son oralité alimentaire, le nouveau-né en grandissant va mettre en place des mécanismes respiratoires et phonatoires nécessaires au développement de l'articulation, de la parole et du langage structuré.

Le développement du langage est caractérisé par des stades qui, selon les auteurs, diffèrent quelque peu quant à l'âge. Il s'agit là plutôt de repères, car il existe entre les enfants des variations individuelles, parfois importantes, d'où les chevauchements chronologiques pour les stades décrits.

L'investissement de la zone orale est décrit dans le stade oral.

- *Stade oral*

Cet investissement de la zone orale et le plaisir que cela suscite chez l'enfant sont essentiels à son développement psycho-affectif. **Karl Abraham (1978)** avait distingué l'oralité passive ou réceptive du premier semestre, de l'oralité active ou sadique du deuxième semestre. Il a divisé le stade oral en deux sous-stades:

- Le stade oral précoce, où le plaisir est lié à la succion.
- Le stade sadique oral, où le plaisir est lié à la morsure.

Le but de la pulsion orale est l'incorporation, qui fournit le mode identificatoire propre à cette organisation libidinale. Les fantasmes oraux tournent autour du fait de manger ou d'être mangé.

Selon la théorie **Freudienne (1974)**, la zone érogène privilégiée au stade oral est la sphère buccale et œsophagienne, étayée sur l'activité motrice de succion. Le plaisir oral est lié à la satisfaction en relation avec la satiété. Freud considère que la succion est la masturbation primaire. Il distingue deux phases pré-génitales. Selon lui, il s'agit d'un montage de type biologique, inné, qui ferait apparaître la sexualité à partir de zones prédéterminées liées aux grandes fonctions organiques vitales. Les sensations éprouvées seraient à l'origine d'excitations ayant une fonction organisatrice du moi, avec notamment les concepts de pulsion, d'objet et de libido.

Dans la première phase, le but sexuel réside dans l'incorporation de l'objet. Freud identifie la succion du nourrisson comme l'acte le plus important de sa vie, dans la mesure où il satisfait sa faim et son plaisir sexuel. Ensuite, le stade sadique-oral est lié au développement de la dentition. Plus tard, le suçotement se retrouve dans le baiser, des pratiques perverses, dans le plaisir de fumer et boire. Freud nous indique qu'en cas de refoulement, cela peut provoquer des troubles alimentaires.

Cette diversité montre que, dans un premier temps, les pulsions sexuelles ne sont pas unifiées mais d'abord morcelées en pulsions partielles. Nous pouvons dire que ces investissements successifs et variables des différentes parties du corps anatomique participent activement à la construction d'un ensemble qui sera constitutif du moi et du soi du sujet.

Melanie Klein (1976) s'est particulièrement intéressée au stade oral, en théorisant le sein comme bon ou mauvais objet oral (le clivage anaclitique), et les fantasmes associés à cette organisation libidinale traduisant une ambivalence pulsionnelle. Ceci rejoint les travaux de Freud. Les pulsions s'appuient et s'expriment au travers d'un support que Freud appelle l'objet. Celui-ci est ce en quoi et par quoi la pulsion cherche à atteindre son but. Nous pouvons définir deux types de pulsions opposés. Il y a les pulsions agressives dites de mort (ou Thanatos) qui ont pour but la destruction de l'objet. Cohabitent avec elles les pulsions sexuelles ou libidinales dites de vie (ou Eros) qui ont pour but la conservation

de l'objet.

La sexualité infantile est donc en partie définie par le jeu organisé de pulsions partielles traduites par différentes stimulations. L'enfant passera donc d'une relation d'objet partiel et d'une sensation d'un corps éparpillé et morcelé à un corps perçu comme un tout uni et une relation d'objet totale à l'âge adulte.

La production sociale de ce stade oral est le langage, la parole. En effet, la fin du stade oral est marquée par le fait que l'enfant soit en capacité de produire un discours intelligible.

On peut constater que l'oralité, notamment à travers sa fonction d'exploration sensori-motrice, joue un rôle majeur dans la construction du corps.

3-Espace oral

Les représentations spatiales se mettent en place à travers différentes coordinations, dans une perspective de psychologie du développement qui considère qu'aucun des systèmes sensori-moteurs ne donne un accès direct à l'espace. Les espaces auxquels nous avons accès dépendent ainsi des diverses coordinations qui s'opèrent au cours du développement. **Weber en 1852 et Hertz en 1865** avaient décrit les composantes sensorielle et biomécanique de la zone orale.

Par ailleurs, **André Bullinger (2004)** a tenté de comprendre comment le bébé parvenait à faire de ses systèmes sensorimoteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu. « En même temps que le bébé construit son système sensorimoteur, il développe la connaissance de lui-même, de son propre corps et se construit en tant que sujet ».

D'après Bullinger, le bébé n'est pas sujet dès le départ, c'est un organisme qui va, à travers les liens relationnels avec son entourage, avec les objets et l'espace à disposition, en faire petit à petit un corps. Il va développer une meilleure connaissance de soi, de son schéma corporel, de ses représentations et en même temps développer ses praxies, ses coordinations pour pouvoir agir en interaction avec son milieu.

On ne peut pas dissocier l'activité motrice de la sensorialité. Bullinger parle de flux sensoriels, de matériaux essentiels de la construction du corps, donc de toutes les représentations de l'organisme. Les flux sensoriels vont façonner, mettre en forme l'organisme pour lui permettre de déployer des actions finalisées sur son milieu. Ils ont une grande importance dans la façon dont la motricité et les variations tonico-posturales vont se construire chez l'individu.

Il ne peut pas y avoir de motricité sans prise en compte de ces flux sensoriels. Ceux-ci sont une

condition préalable pour toute utilisation de segment corporel comme moyen d'action.

Dans les systèmes sensoriels, il y a deux niveaux de traitement de l'information : un traitement archaïque et un traitement récent. Archaïque parce que cela apparaît très tôt dans le développement et récent car ça se construit progressivement. L'enfant construit sa fonction proprioceptive dans les trois premiers mois de vie, puis, par la suite, son espace oral.

La zone buccale est, en premier lieu, une zone de découverte, puis elle devient une zone de capture (mamelon, tétine). Pour cela, il faut déjà que la bouche ait une bonne mise en forme. Cela veut dire aussi que l'enfant doit trouver de bons appuis. Une bonne mise en forme corporelle permet donc à l'enfant de bien adapter sa bouche autour de la tétine ou du mamelon. L'enfant commence à ressentir une sensation de faim et, au moment où il tète, il va connaître la sensation de satiété : d'abord le plein dans la bouche avec le lait puis le plein dans l'estomac.

Cela permet de vivre les premiers sentiments de contenance. L'enfant va vivre une première limite entre le dedans et de dehors du corps, ce qui est essentiel pour construire les limites plus globales de son corps. Une première temporalité va se construire autour de cette notion de plein/vide.

Progressivement, la bouche va être de plus en plus dans une exploration variée. L'enfant, lorsqu'il va se regrouper, va mettre ses doigts à la bouche. Plus tardivement, il amènera ses pieds à la bouche et, dès qu'il va être en capacité de saisir les objets et les ramener, il va le faire préférentiellement à la bouche : c'est au moyen de sa bouche qu'il va découvrir les objets.

Parallèlement à la capture, la fonction d'exploration se met en place au fur et à mesure (textures, goûts, formes). Ainsi, c'est l'interaction entre l'exploration et la capture qui va permettre de construire l'espace oral.

La bouche devient alors un instrument pour agir, interagir avec son milieu : c'est une fonction instrumentale. Elle devient un outil au service des projets de l'enfant. Cela se fait avec beaucoup de plaisir, d'envie et de curiosité. Une fois que cette bouche aura bien exploré et découvert tous les objets au niveau tactile, elle va se libérer de cette fonction tactile pour être plus en recherche kinesthésique, plus dans les sensations internes du mouvement. C'est le langage oral qui va permettre cela, et en particulier les vocalises qui vont rendre plus internes ces sensations. Petit à petit, l'enfant va produire des sons, il va pouvoir les moduler, jouer avec eux.

L'activité de la sphère orale comporte deux dimensions selon **Bullinger (2004)** :

- L'activité orale est sur le versant émotionnel de l'incorporation, il s'agit de combler un vide et d'apaiser des angoisses archaïques.

- L'activité orale d'exploration permet de découvrir les propriétés de la bouche et de l'objet qui est incorporé.

Un équilibre est nécessaire pour pouvoir s'alimenter. Incorporer et explorer doivent se coordonner pour permettre l'alimentation. La satiété qui en découle est la première notion de contenance source du plaisir hédonique.

Les coordinations qui créent l'espace oral relient la sensibilité profonde et les signaux tactiles. La sensibilité profonde restitue l'état de tension des muscles, des tendons, la position et la vitesse de déplacement des articulations. Elle signale également la douleur, et correspond aux mouvements des mâchoires, de la langue et des lèvres.

Les signaux tactiles constituent l'autre composante de cette coordination. Il convient de se rappeler la présence de deux systèmes de traitement :

- l'un archaïque entraînant des réponses tonico-émotionnelles qui s'expriment chez le nourrisson par des réponses d'extension.
- l'autre récent s'appuyant sur l'état tonique, qui organise en coordination avec la sensibilité profonde les mouvements d'exploration et de manipulation. Ce processus permet un ajustement spatial de la bouche à l'objet en contact : c'est la fonction instrumentale.

Dans le développement, la zone autour de la bouche et la bouche elle-même sont les premières à manifester des conduites instrumentales. Dès la période anténatale, la succion et la déglutition ont pu être mises en évidence (DE Vries, Visser, Prechl, 1984). Ces conduites orientées vers un but apparaissent bien avant les capacités de manipulation et d'exploration des mains. Cette capacité instrumentale est essentielle pour les conduites alimentaires qui participent à la survie du bébé, mais aussi à la coordination des espaces gauche et droit du corps ainsi qu'à l'intégration de l'axe corporel.

Ces activités motrices ne sont pas sans lien avec la motricité globale.

4-Motricité globale et bucco-faciale

Les liens entre la motricité buccale et la motricité globale de l'enfant sont décrits par **C. Thibault (2007)**. L'oralité se développe parallèlement à la motricité et à la posture. Lors du développement moteur de l'enfant, la motricité buccale et la motricité globale sont interdépendantes, elles s'influencent mutuellement. La motricité et la tonicité de la bouche sont donc au cœur de la dynamique du corps.

- De la naissance à 4 mois : la tétée se réalise grâce au couple succion-déglutition réflexe.
- Entre 4 et 6 mois : la succion automatique diminue, il y a parfois un début d'introduction de la cuillère.
- Entre 6 et 9 mois : l'enfant découvre la cuillère et le verre en complément du biberon et/ou du sein. Le suckling s'accompagne du sucking. La nourriture devient semi-liquide ou mixée. Ce n'est qu'à l'âge de 6 à 8 mois que l'enfant pourra différencier sa motricité buccale de sa motricité globale. Il est donc essentiel d'observer l'une et l'autre simultanément. La verticalisation (station assise) arrive en même temps que la diversification alimentaire.
- Entre 9 et 12 mois : les deux types de mouvements se combinent dans la cavité buccale, étape vers la préparation du bol alimentaire. Entre 9 et 11 mois, l'enfant tient mieux assis, sa langue commence à se mettre contre son palais, et sa mandibule descend. « Le bébé commence à acquérir l'agilité motrice nécessaire à la parole » **Thibault (2007)**. L'enfant réalise effectivement de meilleures praxies bucco-faciales et développe une autonomie pour la marche. « La langue s'inscrit dans l'établissement de la posture verticale, l'enfant marche, commence à parler, les mouvements ascensionnels linguaux sont opérationnels ».
- Entre 12 et 18 mois : le sucking prend le dessus, la tétine est mise de côté. Les repas solides font leur entrée.
- A partir de 18 mois : la succion et la déglutition ne dépendent plus l'une de l'autre. On assiste à la transition entre la déglutition archaïque du nourrisson et la déglutition typique de l'adulte. La mastication se met peu à peu en place pour être parfaitement organisée à six ans (**Senez, 2002**). Progressivement, l'alimentation devient identique à celle de l'entourage familial.

ÉVOLUTION MOTRICE ET FONCTIONNELLE POUR L'ALIMENTATION,
LA DÉGLUTITION, LE LANGAGE ET LA MOTRICITÉ
ENTRE 0 ET 24 MOIS (tableau 5.1)

Tableau 5.1 – Évolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois (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

L'oralité est donc un concept complexe et multidimensionnel. Il s'agira ici de voir de plus près chaque aspect mis en jeu avec l'oralité.

B- Aspect global et enjeux de l'oralité

« Il suffit d'observer un bébé manger pour se rendre compte que la situation de nourrissage ne vient pas uniquement satisfaire un besoin physiologique. Que se passe-t-il lorsqu'un enfant mange? »

Fanny Audhuy (2012).

1- L'attachement

Ce moment privilégié de nourrissage est extrêmement important du côté de la mère, étant donné que la fonction maternelle se construit à travers le don qu'elle fait à son enfant et ses compétences à la satisfaire, non seulement sur le plan alimentaire mais également sensoriel et affectif. **Winnicott (1971)** évoque la mère suffisamment bonne qui peut se mettre à la place de son enfant et sait répondre à ses besoins. **Stern (2003)** parle « d'accordage affectif », c'est un acte d'intersubjectivité et de réponse à une expression affective entre la mère et son bébé.

La mythologie culturelle propose le don d'alimentation et la réplétion comme métaphore de l'amour et de la plénitude partagée. A travers cet échange de nourriture, la mère est gratifiée dans ses compétences maternelles et, de son côté, le bébé fait l'expérience d'être à l'origine de quelque chose de bon chez l'autre. C'est ce sentiment de pouvoir faire plaisir à l'autre qui participe plus tard à ce que l'on appelle le sentiment de confiance en soi. Le sentiment de gratification et de confiance en soi est valable pour les deux, c'est un véritable échange.

Selon les psychanalystes, la première situation qui apaise ces angoisses et remplit cette fonction de liaison du corps, c'est le mamelon dans la bouche du bébé joint à l'odeur familière de la mère. A cela s'ajoute le portage et les paroles prononcées à ce moment-là (holding). En buvant le lait, le bébé incorpore en lui toutes les bonnes choses liées à cette expérience, lui procurant un sentiment de satiété et de sécurité. Il y a par ailleurs le plaisir lié à la succion, puisqu'à cette époque-là l'investissement libidinal du corps se situe au niveau de la zone bucco-labiale.

Selon **P. Rochat (2006)**, l'enfant recherche la proximité physique avec sa mère et utilise pour se faire des comportements d'attachement 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. Marcelli (1989)**, 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 (2002)**, 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 revêt 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 (2004)**, psychologue, « La satisfaction de la faim baigne dans la satisfaction et la rencontre avec l'autre ».

2- L'individuation

A partir de l'observation des nourrissons, on a pu décrire que le bébé n'avait pas d'emblée une conscience de son corps unifié. Cette image de lui se construit petit à petit, notamment avec le stade du miroir. Selon **Lacan (1978)**, avant cette unification, le bébé est sujet à des angoisses massives qui sont de l'ordre d'un vécu de vide, d'écoulement, de chute (réflexe de Moro pour lutter contre un vécu de chute).

C'est durant cette première phase de vie que le nourrissage lié au maternage permet au bébé d'atténuer ses angoisses et favorise la constitution de la fonction de contenance. A travers la relation de maternage et d'alimentation, l'enfant construit petit à petit une image corporelle avec un contenant, le corps, qui reçoit un contenu (le lait).

Cette limitation corporelle s'intériorise et devient une enveloppe psychique, ce qu'**Anzieu (1987)** appelle la peau psychique. Cette peau psychique contient les angoisses psychiques. On voit bien ici l'implication de tout le corps dans cet acte de manger.

Selon **Sigmund Freud**, au départ, le bébé boit essentiellement pour se nourrir. 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.

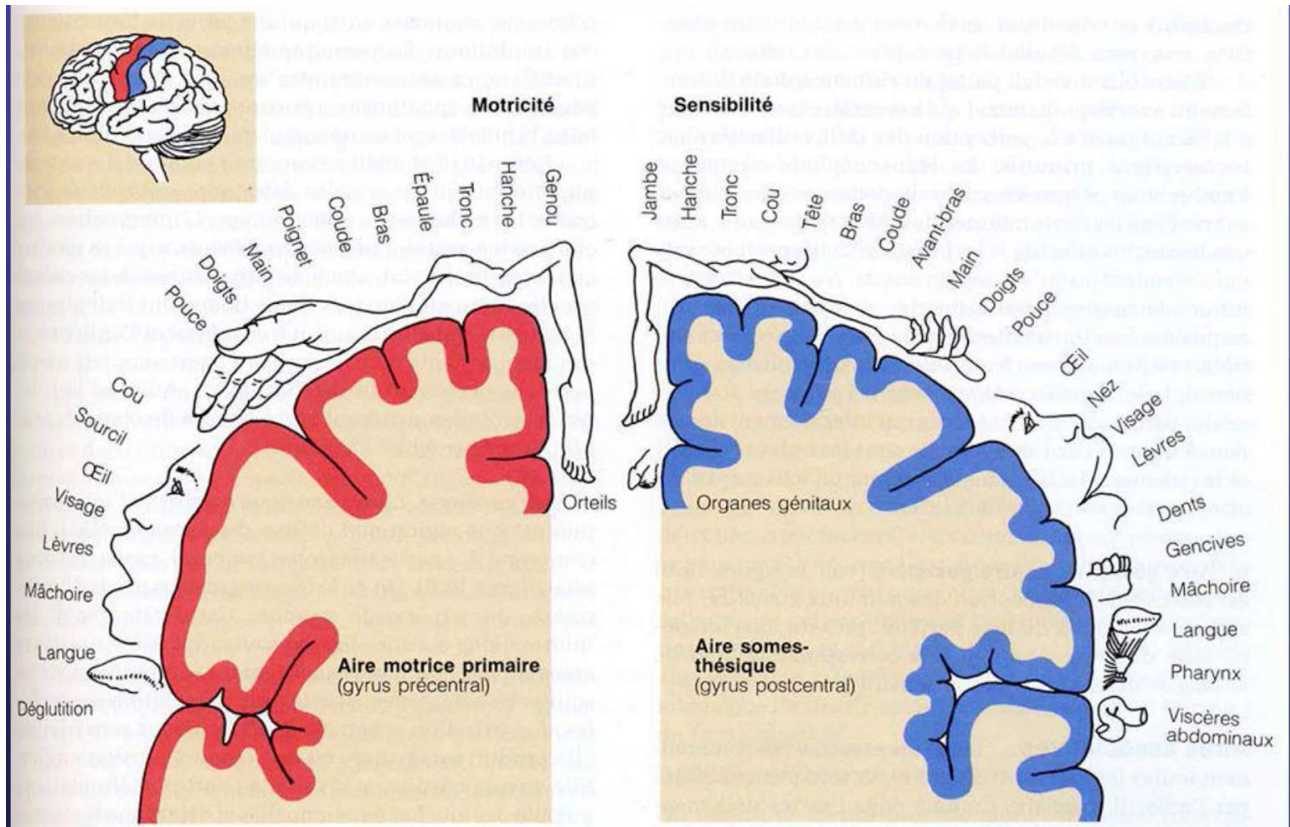
L'expérience orale et la rythmicité des repas qui l'accompagne montrent au bébé que ce qui est important et ce qui lui fait plaisir ne viennent pas de lui, et qu'il ne peut pas se procurer l'expérience de la tétée exactement quand ni comme il le désire. Le sein ou le biberon n'est pas toujours disponible, ce qui participe à l'instauration d'une première délimitation du soi et du non-soi, c'est-à-dire de l'autre. L'autre qui peut combler le besoin ou, au contraire, le frustrer. C'est cet écart entre le désir de l'enfant et sa réalisation qui va permettre une différenciation progressive. Or, cet écart doit être suffisamment supportable pour l'enfant afin qu'il puisse percevoir une stabilité et anticiper son environnement.

K. Abraham (1956) 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.

3- L'exploration sensorielle

Au niveau cortical, les représentations sensibles et motrices des mains et de la bouche sont bien plus étendues que pour les 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.

Homonculus moteur et sensoriel



Biologie 12F Système Nerveux Anatomie et fonction du Système nerveux par Céleste Renault

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 (1968)**, la cavité orale est le « berceau » de toutes les perceptions. Il envisage l'ensemble langue, muqueuses buccales, lèvres, joues, nez, menton, voies nasales, pharynx comme une unité qu'il dénomme la « cavité primitive ». 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 ». De ce fait, elle tient un rôle fondamental dans la distinction du dedans et du dehors du corps dans la construction de soi.

S. Urben (2016), 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 emplît son ventre. Il s'agit d'un moment très sensoriel ». Ce sont les « expériences de cohérence » dont parle **D. Winnicott (1971)**, ou « îlots de cohésion » selon les termes de **D. Stern (2003)**, au niveau desquels les sensations se rassemblent et créent un sentiment d'organisation.

La répétition de ces expériences du corps propre vécues par l'enfant lui permettent 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- La communication

Si l'expérience orale se déroule auprès d'une mère « suffisamment bonne » (**Winnicott, 1971**), celle-ci réagira aux cris de son enfant et viendra combler son besoin dans un temps supportable pour l'enfant. Cette réaction aux cris de l'enfant lui permettra de réaliser que ses cris vont entraîner quelque chose du côté de son entourage. C'est lui qui est à l'origine de l'interaction. Il prend ainsi conscience de son pouvoir sur les autres dans l'établissement des relations.

On voit ainsi que l'oralité participe à l'élaboration du rapport à autrui. L'enfant acquiert ainsi les premières modalités sociales : entrer en relation avec un autre, accepter ce qui est donné, concevoir un autre qui peut répondre à ses attentes.

Plus tard, ce seront les premiers interdits qui s'exprimeront autour de la nourriture, en l'occurrence ce qui se mange et ce qui ne se mange pas.

On voit que la frustration suffisamment supportable est nécessaire dans l'instauration du rapport à l'autre, et est également importante parce qu'elle permet de développer la capacité à combler l'absence de l'objet en se représentant mentalement la satisfaction. Il s'agit du Modèle Interne Opérant développé par **Bowlby**. Dans son étude portant sur les comportements d'attachement qui ont pour objectif d'assurer la régulation des états de sécurité/insécurité, il est question de cerner les mécanismes psychologiques susceptibles de soutenir la mise en place continue et régulière de ces conduites adaptatives.

Selon **M. Debbané (2018)**, « Au cours de la première année de vie, les interactions quotidiennes font régulièrement appel à la fonction régulatrice du système d'attachement réciproque, menant le nourrisson à non seulement solliciter le potentiel régulateur du pourvoyeur de soin, mais également à construire des représentations mentales prêtant forme aux réponses spécifiquement attendues de la figure d'attachement ».

On peut ainsi observer les nourrissons téter leur langue ou leur bouche (suction nutritive et suction non nutritive). Puis ils vont mettre leurs mains dans leur bouche, puis le pied dans la bouche.

Dans notre pratique, c'est ce qui va structurer l'espace, le temps et la vie. C'est la répétition qui va structurer le rythme et la temporalité, tandis que la structuration temporelle permettra la structuration de la pensée. Chez l'enfant, les premières notions de structuration temporelle apparaissent dans le cadre de rituels : repas, sommeil. C'est l'idée de macro-rythme de **Marcelli (1989)**. Les macro-rythmes sont ceux du retour des soins favorisant la mémorisation, l'anticipation, la prévisibilité et le sentiment de continuité. Les micro-rythmes sont les temps de découverte de son environnement qui produisent du ludique, de la surprise, de l'aléatoire au sein de l'inter-relation.

Le corps de l'enfant est façonné, construit, représenté et investi de pratiques et de rituels qui participent à la fois à son image du corps et à sa personnalité. Les transmissions historiques sont indispensables, car elles participent à son développement et façonnent son image du corps, pivot de sa personnalité dans une structure familiale.

C'est donc le rituel qui va structurer la pensée, c'est la répétition qui va créer l'habitude, et c'est par l'habitude que l'enfant va avoir accès à de nouveaux apprentissages, car c'est dans un climat sécurisé que l'enfant pourra apprendre.

Dans la vie, de manière générale, il faut donc un équilibre entre nouveauté et habitude.

Cette absence est d'abord comblée par l'investissement du corps propre. Toute cette exploration participe à la construction du schéma corporel. Le corps sensoriel va se construire à travers le croisement des sensations et les mots de la mère. C'est ce croisement des mots et des sensations qui permet de lier les perceptions (c'est chaud, c'est froid, ça sent bon).

En mettant des mots sur les sensations de l'enfant, ce dernier va être en mesure de se les approprier et de les intégrer à son tour, en répétant les mots qui sont associés à une perception.

5- Le repas

C'est un moment d'échange privilégié durant lequel tous les sens sont en éveil. C'est le cas du toucher, car l'enfant est porté, il peut toucher son biberon et sa cuillère. Le goût est mis à contribution avec les aliments, la vue lors des échanges de regard et de la présence du biberon ou de la cuillère. En ce qui concerne l'ouïe, on parle à l'enfant et on lui fredonne des comptines. Enfin, le goût et l'odorat sont sollicités par le contenu du biberon et de la cuillère. 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 sa dimension sociale, constituant un moment de relation privilégiée avec l'autre.

La chaîne de composantes évoquée par **A. Bullinger (2004)** permet d'accéder à une mise en sens du repas et à un vécu hédonique de la situation. **A. Kloeckner (2011)** 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 ».

La situation de repas est constituée de toute une chaîne de composantes qui donnent sens au repas et à son aspect hédonique. La chaîne en question comporte la posture, l'olfaction, la succion, la déglutition et la satiété. Cette succession d'évènements auxquels le bébé participe lors de la situation de repas a un aspect narratif. Chaque élément de cette narration est important pour aboutir à l'état final de plaisir. Dans cette chaîne d'évènements, les composantes sensori-motrices jouent un rôle important.

En ce qui concerne la posture, les mises en forme dans un schéma d'enroulement avec une flexion de la nuque et un appui dans le dos assurent, d'une part, la détente de la musculature de la nuque permettant au réflexe de déglutition de fonctionner sans entrave. D'autre part, l'appui dans le dos maintient la mise en forme du corps. Cette contenance posturale offerte par la personne qui nourrit est un élément du dialogue tonique.

Les composantes olfactives, outre la situation de contenant qu'elles constituent, orientent le bébé à propos de la situation en cours. Les odeurs associées au repas sont reconnues et participent à la narration.

Dès la naissance, le nouveau-né est guidé vers le mamelon par les qualités odorantes communes au liquide amniotique et au colostrum. L'olfaction permet de créer un lien entre le milieu protégé intra-utérin et le nouvel environnement extérieur. Le répertoire olfactif de chaque enfant va connoter chaque sensation d'une dimension émotionnelle qui va faire accepter ou rejeter un aliment.

On distingue narrativité externe et interne du repas, la situation de repas possédant plusieurs rythmes. Elle revient plusieurs fois par jour, à des heures régulières. De plus, elle se déroule selon un rituel qui

se définit par un temps de préparation du repas, le repas lui-même et enfin le temps de la réplétion. L'enfant perçoit une régularité, des invariants dans cet aspect narratif de l'alimentation.

« Lors du repas, l'enfant n'est pas seulement nourri, il est également regardé, porté, tenu dans les bras, serré contre le corps de sa mère dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements, et généralement le repas est 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 » **(Vaillier, 2009)**. La relation entre oralité alimentaire et verbale prend ici un sens particulier, le repas devient un lieu de « théâtralité alimentaire » : « une cuillère pour papa, une cuillère pour maman », **(Couly et Thibault, 2004)**.

Ce déroulement externe, associé à l'enchaînement de ses sensations internes (alternance de sensations de faim et de satiété), permet à l'enfant d'appréhender la notion de rythme, lui offre des repères et une contenance ainsi que la possibilité « de régler une partie de ses échanges avec l'environnement. » **(Giraud, 2009)**.

Ainsi, l'aspect narratif se crée à travers le rythme du repas. Le rythme en question est associé au fait que la mère mette en mots les différentes étapes du repas, le rythme de la situation de repas, et le rythme interne de l'enfant.

Par conséquent, le rituel du repas participe à la construction psychique et donc globale de l'enfant.

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 et 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-ci avec le développement psychomoteur.

C- Les troubles de l'oralité

1- Définition

Selon **C. Thibault (2007)**, « 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 ».

Dans la dysoralité, toutes les fonctions liées à l'oralité peuvent être perturbées : la fonction de respiration, la fonction de relation, celle de nutrition (déglutition, mastication) et d'expression (mimique, phonation).

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. Il est essentiel de ne pas confondre la dysoralité avec le syndrome de dysoralité sensorielle. Le syndrome de dysoralité sensorielle décrit par **Senez (2002)** est à appréhender comme un trouble, un symptôme de la dysoralité. Les signes physiologiques sont regroupés au sein de ce syndrome. On retrouve : quantité alimentaire insuffisante, nausées, vomissements, lenteur de la prise alimentaire, absence de plaisir, hypersensibilité de la bouche et des lèvres, refus des aliments nouveaux, refus des morceaux, troubles de la déglutition.

Véronique Abadie (2004) explique que le terme de trouble 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 ». En employant le terme de « trouble de l'oralité », on considère l'enfant dans sa globalité. Selon un regard psychomoteur et une prise en soin, il est cohérent pour moi d'utiliser ce terme dans ce mémoire.

Nous préférons ainsi utiliser, dans ce travail, les termes dysoralité ou trouble de l'oralité, de façon à ne pas réduire les troubles de l'oralité aux seules difficultés alimentaires. En effet, d'après **Martinet (2009)**, « 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 ».

2- Classification

Selon **Catherine Thibault**, les principales causes organiques sont soit secondaires à une pathologie digestive, soit secondaires à une pathologie extra-digestive, ou bien dues à une anomalie congénitale de déglutition, ou à une pathologie acquise de déglutition.

On distingue donc :

- La dysoralité fonctionnelle, c'est-à-dire les troubles moteurs ou organiques (liés à des troubles neurologiques, à des dysmorphies faciales, à une intervention chirurgicale ou au port de la sonde naso-gastrique avec comme effets des fausses routes, un reflux gastro-oesophagien, des troubles du transit ou des troubles digestifs).
- La dysoralité sensorielle, qui implique des troubles d'hyposensibilité ou d'hypersensibilité associés à un réflexe hyper-nauséux, à des réflexes de mordre ou une protrusion de la langue (le recravage doit disparaître à six mois). 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-le-cœur ou à 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 présentent ce type d'aversion brisant la chaîne narrative et la conduite alimentaire. Cela est illustré 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 évoquée par **C. Senez**. 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 multifactoriel de ces troubles en y intégrant les composantes environnementales et relationnelles.
- La dysoralité affective ou psychique, qui implique l'anorexie, la boulimie et les phobies.

Ces manifestations peuvent être liées à une alimentation artificielle mal vécue et/ou à une hospitalisation de longue durée. Elles sont potentiellement intriquées à d'autres pathologies telles que le syndrome de Prader-Willi.

Selon **Véronique Abadie (2004)**, « Un comportement alimentaire normal nécessite un outil oro-digestif sain et des capacités affectives et centrales permettant le fonctionnement de cet outil. Lorsque ce comportement est perturbé, il y a dysfonctionnement de l'un ou de l'autre de ces éléments ».

D'après **V. Abadie (2004)**, **C. Senez (2002)** et **C. Thibault (2007)**, les manifestations de la dysoralité peuvent être nombreuses et varier selon les enfants, allant de manifestations comportementales à physiques.

Barbier (2004) explique que « l'enfant refuse de s'alimenter car les aliments placés dans sa bouche sont une source d'inconfort et non de plaisir ».

En outre, **C. Thibault (2004)** ajoute que « mettre dans sa bouche » représenterait une angoisse pour l'enfant présentant une dysoralité, et que « toute difficulté organique peut être le point de départ d'une amplification pathogène d'ordre psychologique, ce qui complique la prise en charge orthophonique ».

3- Prématurité et troubles de l'oralité

Depuis **1972**, l'**OMS** définit comme prématuré, tout enfant né avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée révolue. L'alimentation du nouveau-né prématuré doit répondre à des besoins énormes, tant pour sa survie que pour sa croissance, et doit s'adapter à l'immaturité du tube digestif. Les techniques nécessaires à son développement ne sont pas sans incidence sur son vécu oral et sur son développement psychomoteur.

Un enfant qui présente d'importantes difficultés alimentaires, qui est nourri par gastrotomie ou sonde naso-gastrique, comme ce fut le cas pour Efran, peut susciter des sentiments d'incompétence, de culpabilité ou de frustration chez les parents. Cela risque de perturber les interactions parents-enfant ainsi que l'investissement de son corps propre par l'enfant.

L'hypersensibilité buccale et les troubles praxiques à l'origine de difficultés masticatoires sont favorisées par l'alimentation et la ventilation artificielle prolongée.

Selon **Gourrier (2002)**, « Les troubles du langage oral chez les enfants nés prématurément sont fréquemment précédés de troubles de l'oralité dont la prise en charge précoce pourrait permettre de réduire les difficultés de développement du langage ».

4- Modalités de la nutrition artificielle

La nutrition artificielle a pour but de corriger ou prévenir la dénutrition de l'enfant. Il en existe deux types qui se substituent ou complètent une alimentation par voie orale. Il y a la nutrition entérale, administrée par voie digestive en court-circuitant la voie orale. La sonde naso-gastrique, la sonde bucco-gastrique, la gastrotomie et la jéjunostomie sont des exemples de nutrition entérale. Le second type de nutrition artificielle est la nutrition parentérale, qui est administrée par voie veineuse.

Dans les situations de nutrition artificielle, le vécu oral de l'enfant est perturbé. Les situations d'alimentation sont remplacées par des moments de gavage, entravant ainsi le développement de son oralité.

La représentation de l'alimentation est alors perturbée. Le terme « alimentation » recouvre souvent uniquement la nutrition artificielle. D'après **Castelain (2004)** « Pour ces enfants, manger par la bouche n'est pas naturel, ce n'est ni un besoin, ni un plaisir. La découverte de cette nouvelle difficulté est équivalente, pour les familles, à l'annonce d'un deuxième handicap et entraîne une forte souffrance familiale ».

Il s'avère que pendant cette période d'alimentation par sonde, toute la sphère orale du bébé ne reçoit aucune information tactile, olfactive ou gustative, et reste particulièrement sous-stimulée, voire non stimulée (**Pfister et coll, 2008**). Cette situation est nettement distincte des expériences auxquelles un fœtus peut être sujet in utero. Celui-ci baigne dans le liquide amniotique, qui est une véritable mer d'odeurs, il le déglutit et le sent constamment (**Schaal, 2009**). Le manque de toutes ces expériences, lié à une alimentation entérale, peut provoquer chez certains enfants « un véritable désinvestissement de la bouche, des difficultés de prise alimentaire, certains dégoûts, et parfois même un refus de s'alimenter » (**Haddad, 2010**). Cette technique d'alimentation, si elle préserve la sensation de remplissage de l'estomac, « interfère sur l'apprentissage du lien entre prise alimentaire, désir de manger et (...) rythme faim-satiété » (**Flottes, 2008**). Une nutrition entérale, si elle perdure au-delà de trois semaines, risque d'induire un évitement de contact facial marqué par un recul et des pleurs à l'approche d'un objet près de la bouche (**Bellis et coll, 2009**). Un tel évitement est susceptible d'entraver la mise en place de l'alimentation orale autonome.

Cette alimentation artificielle génère plusieurs difficultés dues au vécu oral particulier. Quel que soit le mode de nutrition, la sensation de faim est perturbée. La nutrition entérale, si elle préserve la sensation de remplissage de l'estomac, « interfère sur l'apprentissage du lien entre prise alimentaire, désir de manger et [...] rythme faim-satiété » (**Flottes, 2008**), alors que la nutrition parentérale « prive l'enfant des sensations digestives de remplissage et de vacuité, perturbe davantage les neuro-

hormones de l'appétit, car elle est plus éloignée de la physiologie alimentaire » (**Abadie, 2004**). Cette absence d'alimentation par voie orale perturbe le développement cortical de l'oralité.

Par ailleurs, lors du nourrissage, ces nouveaux-nés sont passifs. Ils ne peuvent donc pas éprouver le plaisir de recevoir ce qu'ils auraient attendu, ou l'occasion d'éprouver l'efficacité de ce qu'ils expriment et qui deviendrait une demande (**Noria, 2005**).

Pendant cette période d'alimentation par sonde, la sphère orale du bébé ne reçoit aucune information tactile, olfactive ou gustative, et reste particulièrement sous-stimulée.

Le manque de toutes ces expériences, lié à une alimentation artificielle, peut entraîner chez certains enfants « un véritable désinvestissement de la bouche, des difficultés de prise alimentaire, certains dégoûts, et parfois même un refus de s'alimenter » (**Haddad, 2010**). De plus, la durée de l'alimentation artificielle influence directement le retard de passage à la cuillère, les difficultés de mastication ainsi que les troubles du langage nécessitant une rééducation orthophonique.

Les pathologies en question sont généralement des situations justifiant une alimentation artificielle, en plus d'une hospitalisation parfois prolongée. On sait que la nutrition artificielle, les séjours en réanimation dans les premières semaines, ou une chirurgie précoce, ont un effet délétère sur le vécu corporel du bébé, la régulation de l'appétit et le lien parent-enfant.

Cet environnement, à la fois hypo-stimulant et hyper-stimulant, altère la construction des perceptions sensorielles de l'enfant. Effectivement, « ce corps est submergé d'un flot incessant de stimulations inappropriées et excessives alors que paradoxalement il est confronté à une pauvreté de sollicitations sensorimotrices adaptées à cet âge » (**Matausch, 2004**).

Dans ce contexte particulier, peu propice à l'intimité, les interactions précoces sont perturbées, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Séparé physiquement de sa mère, l'enfant est privé des contacts corporels et sensoriels avec elle. Les moments de portage sont rares, ce qui réduit le contact de la peau maternelle et les expériences olfactives. De plus, la mère est dépossédée de son rôle de mère nourricière et protectrice.

Ainsi, les troubles de l'oralité réactionnels à une situation traumatisante ont une origine multifactorielle : l'exploration orale limitée ou l'absence d'expérimentation orale quand la pathologie est néonatale, l'investissement négatif de la bouche liée aux différents traumatismes vécus, la perturbation des rythmes biologiques du bébé (veille/sommeil, les repères temporels d'une journée : les repas, le bain, les changes...), le rythme faim/satiété (si l'alimentation est artificielle) et la perturbation du processus d'attachement du lien mère-enfant par ces pathologies précoces graves (**Thibault, 2007**).

Les troubles de l'alimentation s'intègrent dans un processus d'évolution, et sont à envisager dans une vision globale. Des désorganisations dans ce domaine ont en effet des répercussions somatiques et relationnelles. Ces manifestations sont en rapport avec un vécu douloureux physique dans le cadre ou non d'une pathologie plus globale.

Plusieurs manifestations corporelles s'observent chez les enfants présentant une anorexie post-traumatique. Le vécu hospitalier, souvent associé à la nutrition artificielle, va influencer leur développement psychomoteur. La motricité, le tonus et la construction du schéma corporel peuvent alors être altérés. Ces nouveaux-nés hospitalisés, alités et peu mobiles, présentent une hypotonie persistante de l'axe du corps « ne permettant pas une bonne régulation du tonus bucco-facial » (**Matausch, 2004**). Cette mauvaise régulation du tonus et les différentes agressions de la sphère orale entraînent un défaut de motricité orale. Les enfants nourris par nutrition artificielle se construisent autour de ce vécu oral douloureux. La sonde peut induire une confusion au niveau de l'image du corps, celle-ci pouvant être vécue comme un prolongement du corps. L'enfant s'attache alors à la sonde comme si elle faisait partie intégrante de son corps. Les organisations sensorimotrice et cognitive du schéma corporel sont alors perturbées.

Le corps de l'enfant souffrant de troubles de l'oralité peut être investi de façon particulière par ses parents. Par exemple, le ventre de l'enfant porteur d'une gastrostomie ou la bouche de l'enfant nourri par sonde sont parfois des zones désinvesties et potentiellement hyper-sensibles.

L'absence d'alimentation orale a également des répercussions au niveau de la sensibilité : on retrouve fréquemment une hypersensibilité chez le bébé qui n'a pas bénéficié de la variété des stimulations tactiles, ainsi qu'un désinvestissement sensoriel. Une irritabilité extrême de la zone orale rend périlleux l'alimentation, le rôle de la bouche et les coordinations entre les espaces gauche et droit. Elle s'exprime par une hypersensibilité ou une sensibilité particulière des mains, des pieds, en lien avec la sensibilité de la zone orale. Des défenses tactiles sont souvent observées chez les enfants ayant présenté très tôt des difficultés de régulation tonique (**Bullinger, 2004**).

La posture peut également être altérée par les difficultés alimentaires. « Dans les troubles de la sphère orale, la régulation tonico-posturale joue un rôle fondamental » (**Delion dans la préface de Bullinger, 2004**).

Chez les nourrissons présentant un reflux gastro-œsophagien, « le corps exprime une fuite vers l'arrière du territoire douloureux qu'est la bouche » (**Mellul et Thibault, 2004**), avec une attitude motrice en hyper-extension ou des reculs du corps pouvant provoquer d'autres désordres (grasping plantaire, hypertonie axiale...). L'hyper-extension est, pour certains enfants, la seule conduite possible pour échapper à une stimulation orale intrusive et, durant l'alimentation, elle désorganise complètement la situation de repas (**Bullinger, 2004**).

Le point commun à la plupart des enfants souffrant de troubles d'alimentation est un vécu oral particulier avec une bouche souvent sous-investie. Le corps se construit alors autour de ces difficultés, ce qui peut entraîner des désordres dans la construction de l'image de soi, du schéma corporel, dans le développement postural. Tout ceci s'ajoute aux retentissements psychiques générés par ces troubles.

On peut donc voir que les troubles de l'oralité qui surviennent précocement dans la vie de l'enfant ne sont pas sans conséquence sur le développement psychomoteur, ce qui justifie une prise en charge psychomotrice.

5- Evaluation

Il n'existe pas de batterie « officielle » étalonnée pour évaluer les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant. Tous les professionnels qui interviennent doivent essentiellement user de leur sens clinique et de leur connaissance du développement normal de l'enfant pour évaluer au mieux la plainte de l'enfant et des parents.

Il existe des consultations oralité qui se déroulent en deux temps : une consultation bilan et une consultation prise en charge. La consultation bilan appréhende le trouble de l'oralité d'une part dans sa dimension organique grâce au regard du gastro-pédiatre, et d'autre part dans ses dimensions sensorimotrice, praxique, comportementale et relationnelle avec l'orthophoniste, la psychologue et la psychomotricienne. La phase d'évaluation est menée par la psychologue et l'orthophoniste. Des sollicitations ludiques proposées à l'enfant avec un matériel adapté parcourant les étapes d'un outil de screening recueillent les éléments (sensori-moteurs, praxiques, comportementaux et relationnels) pouvant être à l'origine du trouble de l'oralité. Cet outil a été élaboré à partir d'une expérience clinique acquise auprès d'enfants ayant des difficultés alimentaires. Un bilan approfondi va déterminer l'axe de prise en charge. Ce bilan repose sur deux outils cliniques sous forme de questionnaire oralité. Le premier concerne les enfants de 0 à 12 mois et le second concerne des enfants de 12 mois et plus.

Chacun des deux outils cliniques comporte 9 rubriques à évaluer avec des items précis. Les chapitres des rubriques se découpent ainsi : éléments du développement psychomoteur, éléments de langage de la motricité faciale et des praxies orales, habitudes alimentaires, traitement de l'information olfactive, gustative et visuelle, traitement de l'information liée à l'équilibre et traitement de l'information tactile. Les conclusions de bilan déterminent la trame de prise en charge.

Les grands axes de prise en charge sont l'axe corporel, l'axe vestibulaire, l'axe visuel, l'axe olfactif, l'axe tactile, l'axe des praxies et l'axe relationnel. La synthèse d'un bilan va orienter la prise en charge

de l'enfant.

Il existe également une échelle d'évaluation de **Catherine Senez (2002)** : les cinq niveaux de refus alimentaire avec des stades d'hypersensibilité en annexe 1.

De plus, **Christian Roudon et al (2018)**, psychomotriciens, ont créé un questionnaire basé sur le développement sensorimoteur de **Bullinger** suite à une étude sur des enfants à moins de 28 semaines et 6 jours.

Ce questionnaire est complété par les parents pour la consultation de 9 mois d'âge corrigé. Ils proposent au médecin de consulter des indicateurs pour apprécier si des soins en psychomotricité peuvent apporter une contribution importante au développement de l'enfant. Il s'agit de dresser un inventaire, mais aussi une grille de résultats dont l'ambition est de restituer en chiffres notre point de vue sur le développement du bébé que nous rencontrons. Un questionnaire d'observation du bébé de 9 mois d'âge corrigé figure en annexe 2.

III- Place de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles de l'oralité

A- Présentation de la psychomotricité

1- Définition

Tout d'abord, nous nous préoccupons de la façon dont chaque personne perçoit et vit son corps.

La psychomotricité est une discipline carrefour, constituée de plusieurs courants. C'est une pratique qui a pour objet le sujet humain, du bébé à la personne âgée. Elle s'adresse à des personnes qui ont une ou plusieurs de leurs fonctions motrices, sensorielles, mentales, affectives ou comportementales perturbées. La psychomotricité s'intéresse à la manière dont le sujet perçoit son corps, comment il vit son corps, se le représente, pour investir son environnement, exprimer ses émotions et entrer en relation.

C'est une pratique spécifique portant sur le corps avec une écoute et une implication active, corporelle du thérapeute. Le psychomotricien est toujours en interrelation active avec le patient.

Selon **Fabien Joly (2018)**, « le psychomotricien vise à recréer chez le patient une harmonisation de ses fonctions motrices, toniques, tonico-émotionnelles et psychiques ».

« La psychomotricité n'est pas une théorie en soi. C'est un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire » **C. Potel (2010)**, Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir, p.13.

Le **syndicat national d'union des psychomotriciens** explique que « Le psychomotricien évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Il analyse leur intégration, leurs interactions et il pose un diagnostic psychomoteur. [...] L'objectif des soins psychomoteurs est de permettre au patient de : prendre conscience de son organisation psychomotrice, d'en réduire les dysfonctionnements, qu'ils soient d'origine psychique ou physique, et de restaurer ses capacités de participation et d'adaptation aux activités de son environnement » (cf annexe 3).

Le paradigme de la psychomotricité stipule que : « Le développement et le fonctionnement humain

comprennent trois volets absolument indissociables et en permanente interaction : la sensation, la représentation et l'action ».

La psychomotricité s'adresse ainsi aux personnes qui présentent des difficultés d'adaptation au monde à cause d'une intégration perceptivo-motrice perturbée.

La cause de ce déficit peut être un trouble psychomoteur (un trouble de latéralité ...), ou être issue d'un tableau plus large, au sein duquel le problème perceptivo-moteur de la personne n'est qu'une partie du problème d'adaptation (la schizophrénie...).

De ce fait, le psychomotricien a un champ d'action très large (sur l'âge et le lieu d'exercice ...). Il peut faire soit du dépistage, du diagnostic, de la prévention, de la rééducation ou de l'accompagnement (intervention en fin de vie). Il tente d'apporter par des mises en situation, des apprentissages spécifiques, de réduire un déficit ou de faire disparaître le trouble développemental. Enfin, il aide à la compensation et à l'intégration du sujet avec son déficit.

Cette profession paramédicale s'exerce sur prescription médicale, et est régie par un décret de compétences. Ce texte est fondamental car il trace les limites des exercices professionnels des psychomotriciens, et liste les actes propres du psychomotricien (*cf annexe 4*).

Là où les douleurs génèrent des changements corporels, le psychomotricien travaille avec le sujet sur son vécu psycho-corporel. Le corps n'est pas seulement physique et fonctionnel, il est aussi lieu d'affects, de représentations, d'émotions et outil de relation.

Le psychomotricien cherche à permettre à l'individu de continuer à vivre des expériences de ressourcement, de plaisir, tout en accompagnant son développement psychomoteur.

Ces expériences contribuent à préserver des repères psychomoteurs rassurants, et à pouvoir continuer de vivre en s'adaptant dans un corps qui change.

« Le psychomotricien choisit et adapte ses modes d'intervention dont la spécificité repose sur l'écoute et l'attention particulière aux signes et manifestations corporelles du sujet et à leur sens dans la relation de celui-ci avec lui-même et son environnement ».

(Extrait doc. 2- Art. 2: Les actions et médiations du psychomotricien).

L'intervention du psychomotricien est représentée par un ensemble de représentations conceptuelles de l'enfant, de son développement et des processus qui sous-tendent le développement et les pathologies.

Parmi les concepts sous-jacents évoqués :

« Concevoir la possibilité d'agir sur le développement psychomoteur d'un enfant et sa pathologie suppose d'en avoir la connaissance préalable tant dans sa nature que dans les voies d'entrée dont le psychomotricien dispose pour tenter d'en modifier la trajectoire, d'en stimuler l'évolution et/ou d'en compenser les manques. Le développement fait référence aux changements. L'étude du développement consiste à comprendre la façon dont le sujet fonctionne à un âge déterminé ou à un moment de sa vie. Les modifications de fonctionnement au cours du développement sont aussi fondamentales car il s'agit de comprendre les mécanismes qui déclenchent ou qui permettent le changement, tels que la maturation, l'expérience, les stimulations, le désir » (**Albaret manuel d'enseignement tome 1**).

Ainsi, il existe des lois du développement psychomoteur qui nous permettent de définir les troubles psychomoteurs.

2- Lois du développement psychomoteur

Nous en distinguons cinq :

- La loi de maturation progressive qui considère que l'acquisition d'une fonction dépend étroitement de l'élaboration de structure anatomique : la gaine de myéline entoure les neurones et les rend fonctionnels. Cette loi se décompose en :
 - une loi céphalo-caudale qui met en avant l'évolution du tonus, avec la posture du nourrisson qui va d'abord tenir sa tête avec la ceinture scapulaire, pour ensuite se tenir assis avec la ceinture pelvienne et accéder à la bipédie.
 - une loi proximo-distale selon laquelle le tonus psychomoteur va évoluer des articulations proximales vers les articulations distales, ce qui permettra la préhension.

Cette première loi de maturation progressive est étroitement soumise à des contraintes organiques. Le développement neuro-psychique biologique n'échappe pas aux influences extérieures. Chaque étape est un système de relation entre les capacités de l'individu et les conditions du milieu, donc on a des causes endogènes et exogènes. En aucun cas, il n'y aura lieu de les séparer.

- La loi de différenciation : le développement neuro-psychique représente une marche ascendante qui fait passer le sujet par des niveaux d'activité de plus en plus élevés et

complexes. Cette élaboration ne se fait pas par juxtapositions ou superpositions successives. Chaque nouvelle acquisition s'incorpore à l'ensemble par une assimilation réciproque (**Piaget 1936**).

- La loi d'équilibration : l'évolution neuro-psychique du nourrisson se fait dans le sens d'un perfectionnement progressif (on répète la loi de différenciation), mais chacun des moments de cette progression forme un ensemble harmonieux complet et logique. Quand on compare un enfant de six mois par rapport à un autre de neuf mois, on n'a pas l'impression que celui de six mois est handicapé. Cela reste donc harmonieux.
- La loi de variabilité : l'évolution de ce processus est dans son essence continu et régulier. Cependant, le rythme de son expression clinique est souple et changeant. La progression est rapide, une stagnation et une régression s'y succèdent donc le développement psychomoteur est progressif et chaque enfant suit son propre rythme.
- La loi de succession : globalement, les enfants passent tous par les mêmes étapes. L'ordre de succession qui préside à l'éclosion des différentes fonctions est d'une remarquable constance. Il se retrouve avec la même rigueur chez tous les enfants. C'est cette loi fondamentale qui a rendu possible l'établissement des tests à l'échelle de développement.

C'est donc l'ensemble de ces lois qui ont permis de se rendre compte que le développement psychomoteur était le fruit d'une programmation génétique conjuguée à une maturation et à un environnement stimulant.

Cet appui sur le milieu humain est aussi essentiel que la stabilité des interactions avec le milieu physique. En résumé, c'est la fonction tonico-émotionnelle qui articule les dimensions instrumentales et les dimensions relationnelles, celles-ci étant indissociables. Le cœur de la psychomotricité est le corps du sujet. Les fonctions instrumentale et sentimentale ne peuvent pas être clivées.

3- Troubles psychomoteurs

Selon **Berges (1972)**, « Le trouble psychomoteur se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui. Les troubles psychomoteurs sont des troubles neurodéveloppementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leurs étiologies sont multifactorielles et transactionnelles, associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont souvent situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social ».

On peut donc en déduire que la prise en charge psychomotrice est intégrative. Elle prend en compte le sujet dans sa globalité et il ne s'agit pas de réduire le patient à son trouble ou son déficit.

Une des spécificités de l'approche psychomotrice est l'implication corporelle qui s'inscrit de façon explicite dans le cadre thérapeutique (**Gentis, 1995**).

Le cadre et l'alliance thérapeutique sont fondamentaux dans la prise en charge. Il est effectivement indispensable, pour des personnes en difficulté, de maintenir une cohérence spatio-temporelle dans un contexte de confiance et de sécurité. La notion de cadre renvoie à la délimitation de ces temps et de ces espaces. Le cadre d'une activité, c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité.

La notion d'« alliance » signifie l'union par engagement mutuel. C'est une sorte d'engagement, de contact qui se met en place entre un thérapeute et un patient.

C. Rogers (1959) considère l'engagement comme essentiel à la thérapie, en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité, avec des objectifs communs pour le patient et le soignant.

Cette implication corporelle s'effectue sur des attributs spécifiques du corps, à savoir la sensorialité, la gestualité, l'expressivité, les activités sensorimotrices ou perceptivo-motrices. Ces attributs sont utilisés dans les différentes médiations. C'est en s'appuyant sur l'expérience vécue que le paradigme de la psychomotricité prend son efficacité thérapeutique.

Les médiations provoquent des situations qui vont être vécues, éprouvées, pensées, appréciées à la fois de l'intérieur et de l'extérieur dans le cadre d'une interaction thérapeutique.

La conscience du corps n'est pas une donnée acquise puisqu'elle implique la relation que le sujet établit et continue d'établir tout au long de son existence avec son corps.

La connaissance du corps renvoie à la manière dont le sujet fait siennes ses expériences corporelles. Elle repose sur une activité de représentation générale qui donne sens à la sensation et l'inclut dans

une tonalité affective, et une modalité de percevoir. Cette connaissance s'appuie sur une construction progressive permettant d'affirmer l'identité du sujet tout en le propulsant dans la vie relationnelle.

La représentation du corps peut alors se définir aussi bien en terme cognitif qu'en terme affectif et relationnel dans un corpus socio-culturel déterminé (**Reinhardt, 1990**).

En axant son intervention sur la médiation corporelle, la psychomotricité se situe dans une position transdisciplinaire où toutes les conceptions théoriques du corps s'éclairent mutuellement (**Albaret manuel tome 2**).

4- Développement psychomoteur

Les données du développement psychomoteur sont essentielles dans l'optique de mettre en évidence les fonctionnements pathologiques.

Le nourrisson, comme le précise **Winnicott**, est une unité psyché-soma. Le psychique et le somatique doivent tendre à s'intégrer, s'organiser et se mettre en cohérence. Le bébé n'a pas d'autres moyens à sa disposition pour exprimer ses besoins et ses états psychiques, que de les évacuer de façon comportementale, comme nous avons pu le voir précédemment.

On considère donc que l'enfant développe ses capacités et compétences à partir de la qualité des réponses que l'entourage offre au bébé. C'est dans l'environnement que le bébé va pouvoir puiser des repères organisateurs et ainsi alimenter son répertoire cognitif, son intelligence.

Bernard Golse (2001) évoque « le double ancrage corporel et interactif », qui est une notion fondamentale pour la psychomotricité. L'enfant se développe par des sensations puis des expériences du corps mis en sens par un autre. C'est dans ses premiers corps à corps que se construit chez l'enfant la capacité de modulation émotionnelle. Comme le décrit **Ajuriaguerra (1989)**, il s'agit d'abord d'une expérience tonico-émotionnelle. Nous reviendrons sur celle-ci de manière plus détaillée.

Selon les enseignements de Mme Latour, dans le développement psychomoteur de l'enfant, nous distinguons deux grandes périodes :

a) période d'attachement – rassemblement (0 à 9 mois)

Le bébé effectue des acquisitions dans les premières interactions à partir de deux mois de vie. Ces acquisitions demeurent très émotionnelles, affectives.

Vers 3 mois, l'enfant tient sa tête, le tonus axial se densifie en même temps que le tonus périphérique reflue (loi de maturation). Il instrumente ses sensorialités pour entrer en relation avec son entourage et le monde physique.

Vers 3 à 6 mois, l'enfant investit l'espace du buste selon **Bullinger (2004)**. Le tonus axial se densifie encore, tandis que le tonus périphérique continue de se refluer. La motricité volontaire peut alors investir les membres supérieurs. La mise en place des premières coordinations bimanuelles et oromanuelles se fait durant cette période-là. La présence d'une dimension affective est nécessaire pour que l'enfant ait envie d'explorer son environnement. Les coordinations se mettent en place de manière structurellement interdépendantes en même temps que l'attachement à l'objet primaire (**G. Haag**).

Vers 7 à 9 mois, l'enfant accède aux retournements et à la position assise. La maturation neuro-motrice fait que le tonus axial se densifie encore davantage et gagne le dos. Il est donc possible pour l'enfant de tenir son dos ; un enfant qui acquiert la station assise autonome va déployer son espace de préhension. Il continue par la suite à prendre la mesure de son corps, en même temps qu'il prend la mesure de l'espace. Il ne va pas cesser d'attraper les objets qui sont à sa portée. Par conséquent, la connaissance extérieure de l'espace et l'expérience du corps sont intimement liées.

L'enfant commence à rassembler les différents espaces, dans le corps, mais aussi à l'extérieur. L'acquisition des retournements et de la station assise correspond au début des coordinations haut-bas. Le bas du corps, les jambes, participent à la posture et au mouvement de manière coordonnée. Les premières coordinations du haut et du bas du corps s'instaurent vers les 7 à 9 mois.

La période comprise entre 0 et 9 mois est une période d'attachement-rassemblement : attachement à l'objet primaire, et mise en place des rassemblements corporels.

b) période d'individuation – locomotion (9 à 18 mois)

Autour des 8 à 10 mois, on décrit l'angoisse dépressive, l'angoisse de séparation, l'angoisse de l'étranger. Cela contribue à une maturation dans le développement psycho-affectif du bébé. C'est le moment où il commence à s'être aperçu que sa maman et lui sont deux entités distinctes, et que, s'il a une maman, il pourrait ne plus l'avoir. Ces angoisses signent les processus d'individuation. L'intégration du bas du corps continue avec la verticalisation et le déplacement autonome. Cette étape se clôt par l'acquisition d'une sphinctérisation intégrée.

Ainsi, cette confrontation à des enjeux relationnels, narcissiques et identificatoires est très importante. Le réaménagement des appuis est intéressant car l'enfant va être capable de se porter lui-même, il doit investir son propre portage, s'auto-porter. Imaginairement, il doit donc renoncer à être porté constamment par les bras des parents, ce qui peut poser problème pour des enfants dont l'attachement est inséculaire.

L'hypothèse d'**Anne-Marie Latour (2009)** est la suivante : c'est parce que l'enfant se sent apte corporellement à se saisir du corps autre, par sa motricité et sa sensori-motricité, qu'il va développer et investir ces moyens de communication. Et c'est aussi parce qu'il peut se saisir de ces moyens de locomotion, qu'il peut se saisir du monde autre. Ce sont les raisons pour lesquelles le développement des moyens affectifs et des moyens locomoteurs se nourrissent l'un de l'autre.

En outre, la sphinctérisation requiert des compétences assez abouties : un repérage corporel suffisant, une identification des sensations, l'aptitude à se détendre sans angoisse et à accepter de se séparer du caca. Les enjeux se situent donc autour de la séparation. Latour appelle cette étape dans le développement normal, à partir de 18 mois - 3 ans, l'étape de sphinctérisation corpo-psychique.

- Corporelle avec l'acquisition progressive de la sphinctérisation anale et urétrale.
- Psychique par le biais d'une clôture du moi et du sentiment de moi.

A partir de 18 mois, l'enfant va rentrer progressivement dans un apprentissage, une expérience de sa maîtrise sphinctérienne. Il se trouve que c'est aussi le moment, et ceci n'est pas un hasard, où l'enfant commence à dire non. Dire non c'est pouvoir tolérer, assumer, investir qu'il y a du « moi » et du « non moi ».

Le non signifie que l'enfant commence à se sentir dans une unité beaucoup plus stable et devient capable d'assumer la distinction entre moi et toi. Cette étape sur le plan psychoaffectif voit apparaître

le « non moi » et le moi tout seul. L'enfant est en train d'acquiescer, d'investir, de consolider ses capacités de « moi », et donc de les stabiliser.

Apparaîtra ensuite le « je ». Au cours de cette étape, l'enfant commence à rentrer dans des identifications plus secondaires et se met à imiter ses parents. Le sentiment d'avoir une identité se construit et se stabilise autour des 3 ans. **Lacan (2009)**, avec le stade du miroir, a développé une théorisation par rapport à la maturation imaginaire ou subjective du sentiment d'identité. Il est décrit de la manière suivante par **Dolto (1971)** : l'enfant perçoit le lien entre l'image de sa mère et sa mère réelle, alors ça lui permet d'établir la perception d'un lien entre son image et son corps propre.

A ce moment-là, l'enfant parvient à rassembler, à unifier, à localiser dans une image ce qui jusque-là était de la « psycho-sensori-motricité » un peu éparse. Du point de vue de l'enfant, les choses vont se structurer différemment autour des 18 mois – 2 ans. Cela correspond à l'entrée dans le langage.

C'est autour de l'adolescence que se renforce la différenciation et l'affirmation du « je ».

Sur la base de ces expériences interactionnelles avec son entourage, l'enfant, en grandissant, complexifie son monde interne et le catégorise de manière de plus en plus fine... mais le fait aussi nécessairement dans un redoublement de ces propres fonctions psychomotrices et psycho-corporelles.

C'est pourquoi ce que l'on appelle développement psychomoteur et développement psychoaffectif ne devraient pas être dissociés ; ils se nourrissent et s'articulent l'un l'autre constamment.

En corollaire, la psychanalyse décrit un processus qui est la symbolisation primaire. Ce processus concerne le fonctionnement psychique, qui nourrit à la fois la dimension affective et narcissique, dans la construction du sujet, mais aussi la dimension intellectuelle ou cognitive, et imaginaire. C'est le fait de transposer dans un objet une signification qui s'ignore encore.

Il est essentiel de rappeler que le premier mouvement de l'intelligence qui se décolle du vécu sensoriel et tonique est un mouvement dans la création d'expérience avec les objets.

Ce qui va beaucoup nous intéresser en psychomotricité, et en particulier avec ces patients aux prises avec des troubles graves dans leur développement, c'est de favoriser le travail sensorimoteur (l'intelligence sensorimotrice). Non seulement parce que ceci nourrit la dimension cognitive, mais également parce que cela permet de recycler dans le monde des objets, un monde interne qui a besoin de prendre forme. Les préoccupations, les fantasmes et les désirs vont d'abord prendre forme dans le monde des objets.

En psychomotricité, il existe à la fois un champ d'expériences sensori-motrices à proposer (celles qui permettent à la personne de s'apercevoir de son propre corps de façon directe, de moduler son tonus, de s'apprendre le mouvement), et un travail du côté de la symbolisation primaire. Il s'agit d'expériences qui se décollent du corps, du vécu sensori-moteur, qui vont former des images et des

bouts de pensée. Ces expériences apportent des matériaux psychiques plus complexes que ceux issus des éprouvés corporels.

Il est par ailleurs nécessaire de faire la distinction entre l'expérience sensori-motrice et la transposition, laquelle suppose un autre type de travail psychique.

5- Approche intégrative

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 ces troubles.

Selon **C. Matausch (2004)**, 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 ». Il ne s'agit pas d'isoler la prise en soin des troubles de l'oralité du reste du corps, mais 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'efforce 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-réplétion, tension-plaisir).

Selon **M. Zylbermann (2017)**, 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, et instaure un lien de confiance nécessaire aux sollicitations de la sphère orale. Aussi, la stimulation sensorielle lors des expériences sensorimotrices 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 le 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 de laquelle émerge un sentiment d'identité propre.

Selon **J. Boutinaud (2015)**, « 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 ».

B- Réflexion vers une approche corporelle spécifique des troubles de l'oralité

Nous avons pu voir qu'il était essentiel d'envisager une prise en charge globale des troubles de l'oralité, comme il est primordial d'analyser l'approche corporelle qui serait spécifique à cette problématique.

L'oralité implique des composantes du développement psychomoteur, sensoriel et affectif.

Parler de troubles de l'oralité plutôt que de troubles du comportement alimentaire permet une approche globalisante du trouble tant dans l'évaluation que dans la prise en charge.

Les enfants bénéficiant de nutrition artificielle précoce et le bébé né prématurément sont une population à risque de développer ce trouble de l'oralité même si cela n'est pas systématique (**Haddad, 2010**).

Les difficultés alimentaires se définissent donc par l'ensemble des difficultés à s'alimenter par voie orale de manière adaptée et en quantité suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur. Cela peut se caractériser par une absence de comportement spontané d'alimentation, un refus d'alimentation ou une alimentation sélective. Comme nous avons pu le voir, les difficultés rencontrées concernent les domaines psychomoteur, sensoriel et affectif.

Le développement est caractérisé spécifiquement par un équilibre sensori-tonique, une conscience du corps propre, un sentiment de contenance fragile, un déficit d'intégration de l'axe et de l'enveloppe corporels ainsi qu'un traitement de l'information sensoriel perturbé.

1- Equilibre sensori-tonique et le traitement de l'information sensorielle

Wallon (1984) 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 ». Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme.

Or, les flux sensoriels de l'environnement peuvent rapidement être sources de désorganisations toniques, émotionnelles et posturales. Chez Eهران, cela se remarque par une recherche sensorielle excessive et une réaction émotionnelle vive. Il est dans une agitation motrice anxieuse et se retrouve très souvent débordé de colère ou de frustration. Par exemple, durant une séance, la psychomotricienne a proposé un bac contenant différentes matières. Eهران a mis une main dedans et n'a pas réussi à investir le jeu ni à adapter son tonus à cette activité. Il était dans une crispation hypertonique et a donc tout jeté par terre en criant, il a refusé de ramasser car il ne semblait pas vraiment saisir ce qu'il venait de se passer.

André 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 Eهران, le défaut d'intégration sensorielle impacte la cohérence des stimulations sensori-motrices qui atteignent l'organisme, et rend difficile leur appréhension, devenant source d'anxiété et d'incompréhension. De plus, l'environnement d'Eهران semble ne pas lui permettre d'investir cet équilibre. On voit que sa maman est dépassée par la situation et qu'elle a besoin de soutien et d'accompagnement.

Il est possible de supposer que la capacité de rêverie de la mère est mise à mal, et donc la capacité à détoxifier les éléments bruts α en éléments β plus appréhendables.

Aussi, les conditions environnementales doivent permettre de donner du sens à l'enfant. Finalement, le milieu humain implique le dialogue tonique et la communication entre l'enfant et l'adulte. **J. Ayres (2007)** décrit 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.

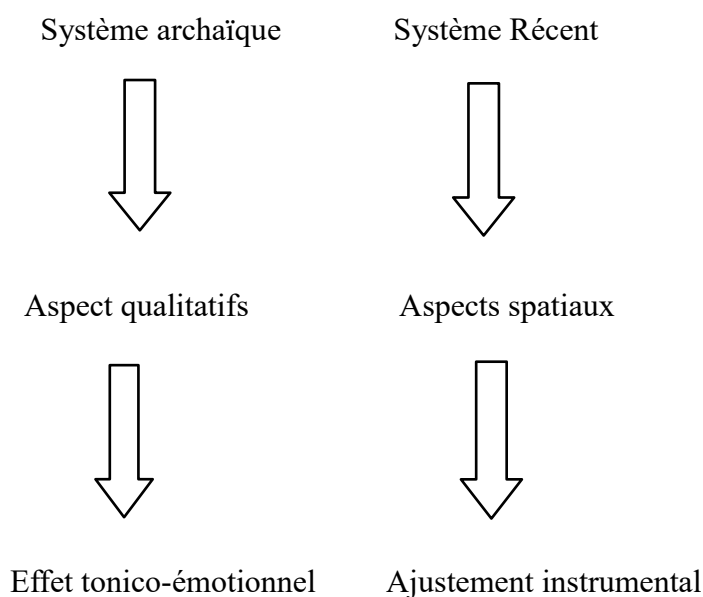
Il s'agit alors d'accompagner Eهران à mieux gérer les stimulations sensorielles de l'environnement, afin de favoriser un meilleur vécu des sensations et une meilleure adaptabilité.

Pour continuer, les fortes réactions tonico-émotionnelles face aux stimulations illustrent la dominance du système archaïque selon **A. Bullinger**. Quand l'enfant ne trouve pas de mises en forme corporelle suffisantes pour pouvoir être dans une bonne exploration, il trouve des moyens de compensation comme, par exemple, prendre appui sur son propre tonus musculaire.

Effectivement, Eهران privilégie le traitement qualitatif des stimulations sensorielles (agréable/désagréable, dur/mou, etc...) à défaut de pouvoir explorer la stimulation vers une finalité instrumentale.

Au niveau du développement archaïque, la transmission nerveuse des capteurs sensoriels jusqu'au cerveau est une transmission qui se fait lentement. Cela permet de traiter des aspects qualitatifs du flux sensoriel : agréables, désagréables, durs, mous, chauds, froids... Il s'agit des deux premières étapes du traitement de l'information sensorielle : alerte et orientation.

En ce qui concerne le développement récent, celui-ci se met en place progressivement à partir du traitement archaïque. Les projections sont somatotopiques donc corticales (homunculus), la transmission nerveuse est rapide. Cela permet à ce système de traiter la forme et la spatialité des flux sensoriels. Ce système récent permet au corps de s'orienter et d'en guider les mouvements sur des bases spatiales.



Dans un développement harmonieux, les deux types de traitements sont coordonnés, l'instrumentation est complète.

Dans ce sens, il est envisageable que certains aliments chez Eهران transmettent en bouche des sensations tactiles et proprioceptives désagréables, en lien avec la dominance de l'investissement du système archaïque. Dans ce cas, l'hyper-extension montrée par Eهران éloigne la bouche de la source provoquant sa réaction.

L'ajustement de la bouche 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 ». De plus, cette extension désorganise la posture et brise le dialogue avec la personne qui l'alimente.

Concernant la perception des flux sensoriels au niveau de l'organisme, toute variation d'un flux sensoriel induit une sensation. En fonction de notre vécu, l'interprétation de cette sensation se traduit par une perception teintée par l'histoire de chacun.

Ainsi, il est difficile pour Eهران de mettre en lien les informations sensorielles pour en faire un tout cohérent et signifiant. Il tourne souvent en rond.

Je rapproche cela de ce que **Frith (1992)**, repris par **J. Perrin (2013)**, nomme « le déficit de cohérence centrale ». Ce nouveau traitement expliquerait en partie les difficultés de mise en bouche. **Frith** utilise ce terme pour les autistes qui perçoivent le monde comme un chaos. Le point de départ de sa réflexion serait la supposition selon laquelle les individus ayant un développement ordinaire ont tendance à interpréter les stimuli de manière globale en tenant compte du contexte. En revanche, les personnes autistes ont davantage tendance à voir le monde de façon segmentée. Ces personnes cherchent la sécurité dans les actes répétitifs.

Suite à une réflexion du **Réseau Régional de Rééducation et de Réadaptation Pédiatrique en Rhône-Alpes (R4P)** basée sur différentes études, on a pu observer des difficultés de coordination, de capture et d'exploration pour des nouveaux-nés prématurés nourris par sondes gastriques. Il est important de maintenir une sollicitation de l'espace oral pendant le nourrissage par sonde gastrique (par mesure préventive). Les nouveaux-nés prématurés nourris par sonde gastrique n'investissent pas la bouche lors du repas artificiel. Par conséquent, ils ne peuvent pas sentir la dualité plein/vide dans

la bouche. Il est compliqué pour eux de construire ces coordinations entre la capture et l'exploration. On imagine donc des difficultés dans le langage oral et l'accès à la parole.

Ces difficultés se traduisent notamment par une sélectivité liée aux textures des aliments et un rejet de toute activité concernant la bouche.

Thibault (2007) 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 ».

En fin de compte, chez Eهران, c'est peut-être le fait d'accepter un aliment extérieur, sans sécurité, qui est difficile.

Il semble que cela nécessiterait une représentation du trajet de l'aliment dans son corps propre. Ainsi, je mettrais ces éléments en lien avec la prise de conscience d'un corps propre que l'on pourrait initier dans le cadre d'une prise en soin globale.

« 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**.

« La fonction orale peut paraître comme la première expérience de l'angoisse et du conflit ».

2- Conscience d'un corps propre et axe corporel

Lorsqu'il s'agit de questionner comment les troubles de l'oralité entravent le sentiment de contenance et la représentation de soi, il est essentiel de rappeler que le repérage temporel et le repérage spatial fonctionnent ensemble au début de la vie. L'enfant s'étire pour attraper l'objet, prend la mesure, la tension qu'il faut pour l'attraper. Dans l'acte de se saisir de l'objet, l'enfant prend à la fois la mesure de l'espace qui le sépare de l'objet, donc de la profondeur. Il prend ainsi la connaissance extérieure de l'espace et l'expérience du corps, qui marchent ensemble. Lorsque l'enfant ne peut explorer son espace corporel et environnemental, la conscience du corps propre peut être s'avérer fragile.

En effet, quand cela ne se passe pas de cette manière-là, on peut envisager ce que **G. Haag (1982)** appelle le clivage corporel devant/derrière, où l'on voit des patients uniquement préoccupés de l'avant ou uniquement de l'arrière : c'est clivé.

Ehran se tapote le dos contre la chaise et ne participe pas à l'activité proposée (pâte à modeler). Lorsque la psychomotricienne se tient derrière lui, pose ses mains fermement sur ses hanches et lui ajoute une petite caisse en bois sous les pieds, cela le rend disponible pour participer à l'activité qui lui est proposée.

L'enfant n'a pas été en capacité d'intégrer ces expériences, donc il va chercher à se solidifier. On voit que tant qu'il est en train de se consolider de manière sensorielle et tonique, il n'est pas disponible pour ce qui se passe devant, c'est-à-dire pour l'espace d'échange, d'apprentissage, de jeu. Il faut donc lui fournir des appuis qui le rassurent par rapport à son intégrité corporelle, afin qu'il puisse être disponible à ce qui se passe devant. Ce qui préoccupe, c'est l'intégrité corporelle.

En lien avec ce qui a été dit précédemment, la bouche est le premier lieu de la construction de l'axe corporel. On peut donc avoir des troubles de la construction de l'axe corporel en lien avec ces difficultés de construction de l'espace oral.

Lors de la première séance, Ehran change régulièrement de position et se laisse jeter sur les adultes pour s'asseoir. Son instabilité me fait penser à un manque d'appuis corporels, notamment au niveau du bas du corps et au niveau du dos.

Cette attitude permettrait à l'enfant de déléguer ses ressources toniques à l'adulte pour pouvoir se tenir. **G. Haag (1982)** évoque quant à elle un « clivage vertical » entre les héli-corps droit et gauche

du corps.

Or, d'après **A. Bullinger**, les postures symétriques rassemblent l'enfant sur l'espace oral. La sphère orale est très perturbée par son alimentation artificielle durant ses premiers mois de naissance, et, de ce fait, peu investie.

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

Les activités instrumentales sont possibles via la constitution de l'axe vertical. Ce dernier constitue une étape importante dans le processus d'individuation.

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

3- Enveloppe corporelle et contenance

Ehran est très agité, il est hypertonique et toujours en mouvement dans l'espace sans avoir de limites. Par ailleurs, je comprends cette observation comme une manière de maintenir un sentiment de continuer d'être, où il faudrait sentir son corps pour l'habiter. Cela expliquerait son mouvement comme un besoin irrépressible de s'éprouver pour sentir son corps.

Ce comportement me fait également penser à une recherche d'enveloppe corporelle décrite par **D. Anzieu (1987)**. Comme une surface reliante, le mouvement aurait pour fonction de relier les différentes sensations. Ici, la question des limites corporelles se pose. Dans ce sens, il est intéressant de considérer ces comportements comme une première prise de conscience des limites du corps.

Je me pose la question de l'intégration de la bouche en lien avec sa représentation du corps. Je me demande ce qu'il en est du sentiment de contenance chez elle.

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 ». La sensation de satiété, après le repas, va permettre d'accéder à un premier sentiment de contenance à partir de la dialectique contenant/contenu.

A. Bullinger 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 ».

On peut observer chez Eهران un manque de contenance en ce sens. Des temps de détente lui permettent d'intégrer progressivement une enveloppe cohérente et contenant pour investir les expériences sensori-motrices. Ces éléments me font penser à un sentiment de contenance émergent chez Eهران.

Effectivement, **A. Kloeckner (2011)** écrit que : « La dialectique « contenant / être contenu » souligne, d'une part, celle des expériences de portage, et d'autre part, celle des expériences positives d'incorporation ». On note 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 associées au sentiment de satiété qu'éprouve l'enfant, en gardant les « bonnes nourritures ».

En lien avec la contenance et les troubles de l'oralité, le travail de respiration est primordial bien que difficile. **B. Lesage (2012)** 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.

Au cours d'une séance avec Eهران, il m'est difficile de percevoir la respiration d'Eهران. Je cherche à déceler des mouvements en disposant ma main à divers endroits pour mieux sentir sa respiration, notamment sur son sternum. A ce moment-là, je m'aperçois qu'Eهران émet un petit souffle. Ensuite, après avoir exercé des tapotements à ce niveau, Eهران semble prendre conscience de sa respiration. Au rythme des vibrations, il émet des sons et un temps d'échange ludique s'installe. Lors de cette expérience et via le dialogue tonique instauré, Eهران ressent les échanges de flux d'air entre le dedans et le dehors de son corps, instaurant un sentiment de contenance.

Je rapproche la prise de conscience de la respiration avec les flux sensoriels. Je propose alors à Eهران des jeux avec des cartes odorantes, qu'Eهران accepte progressivement au cours des séances. **C. Senez (2002)** 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 Efran. Ce travail participe donc à nourrir la conscience d'un corps unifié et de ses limites.

Cette prise de conscience du corps et de ses limites corporelles permettrait à l'enfant de retrouver confiance dans son corps et de retrouver une enveloppe corporelle sécurisante en vue d'organiser ses sensations.

4- Articulation de la prise en charge

La prise en charge globale pourrait s'articuler de la façon suivante :

En premier lieu, avec des propositions de stimulations d'enveloppement corporel (via différentes épaisseurs de tissus). Nous pourrions faire vivre des expériences de balancement, de contact corporel (toucher sensoriel, pression) par le passage d'objets sur le corps (ballons, plumes, rubans, etc.). Il est question de la théorie d'enveloppe psychique ou de moi-peau selon **Anzieu (1987)**. Le sentiment d'enveloppe, qui réside dans le fait d'avoir une unité séparée de l'autre, se développe d'abord par l'accumulation satisfaisante et suffisante d'expériences et d'interactions, donnant au bébé en présence le sentiment d'être là avec l'autre, d'être contenu et compris par lui.

En second lieu, nous passerions à un temps actif de découverte et d'expérimentation avec des objets sensoriels au niveau du corps : balles, rubans, foulards, pompons, objets vibrants, éponges grattantes, etc. Le but serait pour les enfants de découvrir par eux-mêmes différents objets procurant différentes sensations, et d'apprendre à les appréhender puis à les organiser en sollicitant un maximum de sens (écouter, sentir, regarder, toucher).

En troisième lieu, nous pourrions « patouiller » (manipuler) des textures avec les pieds et les mains (sable, peinture, pâte à modeler, billes, etc...) Il serait important lors de cette étape de réussir à créer des situations ludiques afin que l'enfant ose davantage se confronter à ces différentes sensations.

Par ailleurs, un accompagnement dans la relation avec les parents serait intéressant dans la mesure où, 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, tels que l'importance ne pas forcer, proposer et rassurer l'enfant pour que l'expérience soit 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. En effet, la prise en soin des troubles de l'oralité demande du temps et nécessite une certaine patience pour les soignants comme pour les parents. 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.

In fine, il s'agit de rassurer la mère dans ses capacités d'adaptation et d'écoute auprès de son enfant.

En relation avec les stimulations une étude de Cohorte a été effectuée.

- Étude de Cohorte

Un travail a été réalisé (**Delfosse 2006**) sur une population de 52 enfants nés très prématurément à un âge gestationnel inférieur à 33 semaines et avec un poids de naissance inférieur à 1501 grammes. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire passé en semi-directif avec les parents des enfants quand ces derniers avaient 3 ans et demi. Les réponses subjectives des parents ont été mises en relation avec des informations médicales à partir des courriers médicaux. Il ressort que la durée de la nutrition artificielle influence la qualité de la succion, les étapes du développement alimentaire, le plaisir à manger, les praxies buccales et enfin l'éclosion du langage organisé. La réflexion porte autant sur la prise de conscience du rôle de l'oralité dans le devenir que sur la démarche préventive à inventer pour réduire les troubles de l'alimentation et du langage. Chez les grands prématurés de notre cohorte, on constate que la perturbation précoce de l'activité orale se prolonge dans les premières années de la vie, tant sur le plan alimentaire que langagier. Au point de vue du comportement alimentaire, certains anciens prématurés offrent des attitudes déviantes. A 3 ans et demi, 31% refusent de manger en dehors de chez eux et en l'absence de l'un de leurs deux parents, 38% mangent avec une extrême lenteur tandis que 36% se nourrissent sans ressentir aucun plaisir.

La durée de l'alimentation artificielle influence directement le retard de passage à la cuillère, les difficultés de mastication ainsi que les troubles du langage ($s < .05$) nécessitant une rééducation orthophonique ($s < .01$) (tableaux 4, 5).

Les bébés qui ont bénéficié d'une stimulation précoce du réflexe de succion sont passés plus tôt à la cuillère ($s < .01$), ont mangé seuls plus tôt que les autres ($s < .1$), se montrent moins lents pour les repas ($s < .01$), éprouvent plus de plaisir à manger et présentent un langage mieux organisé que les bébés non stimulés pendant la période néonatale (tableaux 6, 7, 8).

Tableau 6 : Analyse de la variance : Stimulation de la succion et Autonomie alimentaire à 3 ans et demi.

Autonomie alimentaire	Nombre enfants stimulés en réanimation	Moyenne	Ecart-type
Non	20	27.25	6.17
Oui	14	21.07	4.67
ENSEMBLE	34	24.71	6.37

F (1,32) = 9.43, s. à .01

Tableau 7 : Corrélation : stimulation de la succion (indice de Senez) et passage à la cuiller.

Difficulté de passage à la cuiller		1	Enfants stimulés en réanimation
Oui	31 86% +++	5 14%	36 (non)
Non	6 40% ---	9 60%	15 (oui)
S/COLONNE	37 73%	14 27%	51

Khi2 = 10.18 pour 1 d d l avec 1 correction(s) de Yates, s. à .01.

Tableau 8 : Corrélation : stimulation de la succion (indice de Senez) et longueur des repas.

Longueur des repas à 3 ans et demi		1	Enfants stimulés en réanimation
Oui	31 86% ++	5 14%	36 (non)
Non	6 40% --	9 60%	15 (oui)
S/COLONNE	31 62%	19 38%	51

Khi2 = 4.40 pour 1 d d l à .05.

Les nouveau-nés ayant profité de l'allaitement maternel quant à eux ont exploré plus tôt avec leur bouche, sont passés plus tôt à la cuillère et présentent moins d'hypersensibilité buccale que ceux nourris au lait artificiel pendant le séjour en néonatalogie.

L'étude volontairement appuyée sur le témoignage des parents fait ressortir que la population des 52 grands prématurés évalués à 3 ans et demi présente de manière significative un développement

alimentaire et langagier décalé et/ou perturbé. La durée d'alimentation artificielle néonatale chiffrée en nombres de jours a une influence directe sur les étapes du développement oral. Les difficultés de langage se rencontrent significativement chez les enfants dont les étapes alimentaires ont été décalées avec au cœur de cette problématique orale une sensibilité spécifique de la bouche.

Cette étude a mis en évidence un fort lien de corrélation entre ces phénomènes, mais il ne s'agit pas d'une relation de cause à effet.

Suite à cette étude, un protocole de stimulation orale et péri-orale a été mis en place pour tous les enfants non alimentés par la bouche ou en cours d'apprentissage de la tétée. Les stimulations en question ont lieu 2 à 4 fois par jour, avant le branchement de l'alimentation par sonde ou le biberon, idéalement pendant une phase d'éveil de l'enfant pour qu'il puisse répondre à la stimulation. Ce protocole vise notamment à favoriser les expériences orales positives de l'enfant par la succion.

5- Etat actuel d'Ehran et perspectives d'évolution

La maman d'Ehran est partie en Turquie pour assister aux obsèques de son papa mort subitement d'une crise cardiaque. La tante qui garde le petit durant une semaine pense que c'est la première fois qu'Ehran passe une semaine sans sa maman et dit qu'il est très affecté.

A son retour, et suite au changement d'orthophoniste, Ehran n'est plus disponible pour venir aux séances de psychomotricité sur le créneau qui lui était réservé. Ainsi, il a été convenu qu'il soit pris en charge avec la deuxième psychomotricienne du service qui a un créneau disponible et qui convient à l'emploi du temps d'Ehran et de sa famille.

Étant présente sur les deux créneaux, j'ai pu établir la continuité de la prise en charge.

Lors de la première séance avec la seconde psychomotricienne du service, j'ai pu observer qu'Ehran avait tout de suite investi la relation. Il n'a marqué aucun signe signifiant le changement qui avait été effectué. Il faisait des câlins et voulait rester dans les bras de la psychomotricienne qu'il venait tout juste de rencontrer.

Dans les premières séances, Ehran ne pouvait pas se poser réellement et jouer. Il enchaînait jouet après jouet sans les explorer et investissait l'ensemble de la salle de façon désorganisée.

Ehran utilise les personnes comme des objets, en les traînant par la main sans leur demander leur accord. On peut observer ici que la théorie de l'esprit est fragile ; cette théorie développée par **Piaget (1936)** fait effectivement référence à la faculté d'accorder à l'autre une pensée différente de la nôtre.

Il provoque la psychomotricienne devant sa mère, recherche ses limites devant sa mère en frappant

la psychomotricienne.

En tenant compte de la problématique d'Ehran, il semble essentiel de se pencher sur l'oralité et ses enjeux psycho-affectifs.

En psychomotricité, selon les enseignements de **Mme Latour**, l'approche doit intégrer il me semble une gestion de l'agressivité. Agressivité orale, mais aussi celle qui soutient l'investissement des mains, et le corps entier. Dans cette agressivité, il faut distinguer ce qui ressort d'une agressivité « vitale », celle qui permet au bébé de se saisir du sein et de le vider pour s'en nourrir, de ce qui ressort d'une agressivité « destructrice », celle apparaissant lors des poussées dentaires et que l'on appelle sadisme oral (mordre notamment).

Bien des enfants ayant des troubles de l'oralité n'ont pas appris de leurs expériences à investir positivement leur agressivité vitale et à civiliser leur agressivité destructrice (apprendre à donner un bisou plutôt que mordre la joue, par exemple). Ces deux valences de l'agressivité ne sont pas triées et laissent l'enfant en proie à des angoisses (celles notamment de détruire réellement le sein). Certains adultes préfèrent « inhiber » toute forme d'agressivité chez leur enfant, jusqu'au retrait de l'agressivité vitale, celle qui permettra au bébé d'investir ses mains pour prendre, mais aussi détruire puis construire et fabriquer.

Jouer à détruire, de façon dosée (sinon c'est trop effrayant), à la table avec de la pâte à modeler, des constructions que l'on fait pour eux et qu'ils font tomber, couper et déchiqueter du papier, etc... permet d'appriivoiser, de civiliser peu à peu et donc contenir leur destructivité.

Ainsi, il s'agira de passer plutôt par les mains d'abord, puis, ultérieurement, par des jeux de destruction avec le corps entier : démolir des cabanes, des tours de modules, lancer des balles pour faire tomber, etc...

Il ne faut pas oublier que l'investissement de la bouche est en lien pour le bébé avec l'ensemble des sensorialités (voir, goûter, entendre, sentir) portées par l'espace oral. Il faut par exemple aussi souvent dédramatiser avec eux la question du regard, mais aussi du sonore, du tactile.

C'est-à-dire, en psychomotricité, proposer une approche beaucoup plus globale (et pas nécessairement s'occuper de la bouche) concernant à la fois la façon dont l'enfant entre en contact avec son environnement, l'investit ou le craint, et aussi sa gestion de l'agressivité et des mouvements de projection. **Winnicott (2006)** dit à ce propos que l'environnement externe influence la manière dont le bébé va traiter son agressivité innée. Dans un bon environnement, l'agressivité s'intègre dans la personnalité individuelle comme une énergie au service du travail et du jeu, alors que dans un environnement défavorisé, l'agressivité peut se transformer en passage à l'acte violent et en destruction.

Il s'agit donc de poser le cadre avec Ehran et de lui proposer un nombre limité de jeux, en en

interdisant une partie afin de pouvoir s'intéresser réellement aux jouets et se poser plus longtemps au fur et à mesure des prises en charge. Je vois qu' Eهران a intégré le cadre, il accepte les « non » sans faire de crise.

Il a pu connaître des moments de calme dans la cabane, sur le gros ballon ou sur la demi-lune. Il apprécie beaucoup lorsque l'on chante des comptines dans ces moments calmes où il est en capacité de se poser.

Eهران a un grand intérêt pour les jouets qui font du bruit, mais il semble dépassé par les émotions et n'arrive pas à les gérer. Il lui a été proposé de se poser avec les instruments de musique dans un carton afin de lui amener de la contenance et de lui faire sentir ses limites. Eهران a réussi à se poser et à investir chaque instrument différemment en faisant varier l'intensité et le rythme tout en nous intégrant à son jeu, en disant stop pour cesser de faire du bruit et reprendre par la suite. On voit donc que le carton lui permet d'organiser ses sensations et émotions car il est contenant. Il lui permet également de sentir ses limites corporelles, en fournissant un espace délimité dans lequel il peut s'exprimer en sécurité sans déborder.

Eهران joue avec la pâte à modeler, coupe avec les ciseaux, pique une baguette aplatie avec le rouleau et reste concentré avec un tonus adapté à la situation, une motricité fine opérante ainsi qu'une coordination oculo-manuelle efficace.

De même, lorsqu'il fait des jeux de patouille avec un bac contenant de la semoule, des lentilles, des haricots blancs et des boules de polystyrène colorées, lorsqu'il remplit un bocal, le vide ou le transvase, il reste concentré et minutieux. Il s'assure de rester bien au-dessus du bac pour ne rien faire tomber en-dehors et, lorsque cela lui se produit, il nous montre à travers ses mimiques qu'il n'a pas fait exprès et ramasse aussitôt sans qu'on lui demande de le faire.

Ainsi, on peut observer une nette évolution ; auparavant il avait tout jeté par terre sans accorder la moindre attention à ce bac et aux matières qui le composent.

Le jeu d'Eهران s'enrichit et ses capacités attentionnelles et d'exploration se développent.

Eهران est effectivement en capacité d'effectuer des jeux symboliques que j'ai pu observer. Lorsqu'il dessinait au tableau, il se retournait en prononçant quelques mots ; j'ai pu comprendre qu'il jouait à la maîtresse étant donné qu'il faisait comme s'il écrivait la date. Il faisait cela en disant des jours de la semaine et en associant des chiffres. Là aussi, on peut noter une évolution, dans la mesure où il prenait le stylo et faisait des traits en dépassant du tableau et en écrivant sur le mur sans que cela ne fasse sens. La tenue du stylo et tridigitale et sa posture est adaptée. Eهران est dans le jeu et dans la relation en même temps.

On a pu partager des moments avec un jeu qui comprend une maison avec des personnages, à savoir une femme et un homme. Nous avons pu encore une fois passer un long moment et construire une histoire. Eهران me donnait un personnage et en gardait un, demandait de toquer à la porte et m'ouvrait. Il n'est pas encore capable de proposer des idées de lui-même mais s'imprègne de ce que je lui propose et le reprend à son tour, comme par exemple faire le ménage car c'est le bazar. Néanmoins, il a joué à la bagarre avec les deux personnages, ce qui a suscité en lui un trop-plein d'émotion. Il a alors été nécessaire à ce moment-là d'amener de la douceur dans la suite de l'histoire en soignant les deux personnages car ils avaient mal, et donc apporter des éléments positifs pour les deux, à la fois celui qui a tapé et l'autre personnage. Il est important que ce ne soit pas uniquement la victime qui soit soignée dans l'histoire, afin de montrer que s'il tape cela signifie que quelque chose ne va pas bien en lui et que l'on doit aussi en prendre soin.

La maman d'Eهران se plaint car son enfant lui donne des ordres. Il exige qu'elle le porte, refuse de marcher pour venir aux rendez-vous alors qu'elle a très mal au dos en raison de son arthrose. Porter son fils est devenu très difficile pour elle à cause de ses douleurs, mais elle n'arrive pas à dire non et « obéit » à son fils contre son gré. On voit donc que la maman est dépassée et qu'elle ne parvient pas à imposer des limites. Cela engendre des souffrances pour les deux, car elle est épuisée et Eهران a besoin de limites pour se construire harmonieusement. Il semble donc important d'inscrire la maman dans une vision globale de son fils et pas uniquement à travers son histoire et ses difficultés. Nous nous efforçons de mettre l'accent sur ces points-là à chaque fin de séance et de souligner les capacités d'Eهران. Nous lui montrons aussi que fixer des limites ne rend pas triste son fils et que, au contraire, cela lui permet de se structurer.

Les appréhensions que j'avais au départ ont disparu. En effet, la maman a pu voir que les séances se passaient bien et qu'Eهران avait pu m'investir au cours de leur déroulement : il me tenait par la main à chaque fin de séance pour retrouver sa maman. Eهران a adopté un comportement très doux envers moi. L'alliance thérapeutique a pu se mettre en place sans problème.

Eهران est un petit garçon qui est né dans des conditions difficiles. Cela se traduit notamment à travers son vécu corporel, mais également dans l'aspect relationnel et dans son développement psychomoteur. Il possède une grande curiosité qui lui permet de s'investir dans sa prise en charge et de progresser dans son développement.

Ainsi, il semble important de maintenir un accompagnement pluridisciplinaire et de le considérer d'un

point de vue global pour ne pas le réduire à ces difficultés. Cela permettra d'étayer au mieux l'ensemble de ses progressions et de soutenir les parents, en particulier la maman qui est très en demande de conseil et de réassurance.

6- Vécu personnel

La lecture du corps et des 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.

L'agitation d'Ehran lors de la première séance et l'expression de sa frustration lors d'une séance ultérieure ne m'ont pas laissée de marbre. Il faut savoir accepter de ne pas tout comprendre tout de suite. J'ai appris au fur et à mesure à me familiariser avec les émotions et le langage corporel d'Ehran, et à mettre en place avec lui une multitude d'échanges. C'est en prenant conscience de mon propre ressenti que j'ai été en mesure de m'ajuster.

Cette double exigence du thérapeute est évoquée par **B. Lesage (2012)** : 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 ».

CONCLUSION

En m'appuyant sur le cas clinique d'Ehran, les liens entre les troubles de l'oralité et la construction de soi chez les enfants 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 trouble de l'oralité dans un contexte de prématurité et de nutrition artificielle, 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. L'expérience de nourrissage, dans le contexte de naissance prématurée d'Ehran, nuit au bon déroulement de l'expérience de nourrissage de l'enfant. Cela s'explique par l'association d'un vécu désagréable voire douloureux au niveau du visage et de stimulations qui peuvent être envahissantes lors de l'hospitalisation.

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 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.

L'enfant est un être en plein développement, au sein duquel la bouche, possédant une place privilégiée, lui sert à se construire dans différents domaines (motricité, psychisme, affectif...). L'oralité est le nom donné à ce processus dans lequel bouche, corps et psyché sont liés.

Toutefois, l'oralité est encore trop souvent limitée à la bouche. C'est d'abord une expérience tonico-

émotionnel profondément ancré par une expérience du changement dans la durée. Un bébé vit tout au long de sa vie des changements d'état vécus de manière polarisée: C'est pourquoi, par notre travail, nous avons souhaité insister sur ce que recouvre l'oralité, et notamment les liens qu'il existe entre le corps et la bouche. Par cette étude, nous souhaitons ainsi élargir l'oralité à une notion de globalité.

Dans son étude auprès de nouveaux-nés hospitalisés, **Matausch (2004)** considère qu'une «bonne oralité doit s'étayer sur un investissement global du corps». Ainsi, qu'en est-il pour les enfants plus grands ?

Les réflexions que j'ai pu mener dans le cadre de la rédaction de ce mémoire de fin d'études m'ont amenée me demander ce qu'il pouvait ressortir des nutritives artificielles chez l'adulte qui aurait développé au cours de sa vie une pathologie ne permettant plus la nutrition par voie orale.

Aussi, il me semble pertinent de se pencher sur la thématique de la nutrition et de la représentation de soi, de l'identité et du vécu de l'espace corporel.

• Annexe 1: Tableau d'hyper-sensorialité Catherine Senez (2002)

	Stade 5	Stade 4	Stade 3	Stade 2	Stade 1	Stade 0
Contact corporel	Aversion	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible-plus d'appréhension tactile
Matières franches (bois, plastique, tissu...)	Aversion	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible
Matières molles et aériennes (plumes, coton, pâte à modeler, peinture, pâtes et riz cuits, fruits et légumes crus, épluchés)	Aversion et parfois nausées	Aversion	Difficile surtout matières non collantes au doigt (pâte à modeler) et matières gélatineuses (pâte et riz cuits al dente)	Aversion matières aériennes et molles, collantes au doigt/ Matières non collantes	Possible (jusqu'aux matières molles collantes)	Possible
Matières sèches (riz et pâtes crus, semoule, légumes et fruits crus non épluchés)	/	Aversion	Possible	Possible	Possible	Possible
Hypersensibilité orale	Ne laisse aucun accès au visage. Défenses ++	Possible de toucher le menton et les joues seulement	Zones exo-buccales (joues, menton, lèvres) mais pas zones endo-buccales	Petits massages sur gencives et les joues sont possibles en restant en antérieur	Massages appréciés sur gencives, joues, partie antérieure du palais et pointe de la langue	Possible de solliciter toutes zones endo et exo-buccales

	Stade 5	Stade 4	Stade 3	Stade 2	Stade 1	Stade 0
Ordonnances miam-miam	Massage du corps après le bain/ brushing/ mise au col avec jouets de différentes matières/ marche pieds nus sur différentes matières	Jouets cachés dans pot de matières sèches (lentilles, riz...) / Jeux de pluie et de transvasement/ manipulation de la cuillère vide	Toucher matière molles non collantes aux doigts (balle mousse, pâte à modeler, matières gélatineuses...)	Sollicitation de matières aériennes (coton, plumes, farine, sucre...)	Patouille dans matières collantes (peinture à l'éponge, aux doigts, au rouleau, pâte à sel, compote, purée)	Plus de défense tactile
Propositions/ sensibilité depuis le stade 0 précédent	Toucher par pression sur front, nez, joues, menton avec les doigts, la tétine, ou la cuillère/ aider l'enfant à explorer oralement les objets	Se rapprocher de la bouche par pressions sur les lèvres. Mimiques, bruits de bouche, jeux de souffle, bulles	Ouverture des lèvres par pression partant de l'oreille jusqu'à la bouche. Petites pressions rapides ou petits massages sur gencive antérieure. Cuillère vide peut tapoter les lèvres. Déposer du gout sur les lèvres avec doigt.	Ouverture de bouche acquise. Massages francs sur les gencives, langue et palais. Plusieurs fois par jour. Jouer avec manger pour de faux avec dinette.	Augmenter fréquence des petits massages. Doit rester moment de jeux et de plaisir. Joue à manger avec cuillère vide ou parfumée sur le bord des lèvres.	Accepte cuillère en bouche mais notion de quantité pas encore abordée.

- Annexe 2: Questionnaire d'observation du Bébé Chamberon, Da Rosa, Jaillet, Fontvieille, Tamailon, Geffroy, Roudon Psychomotriciens DE.

**Questionnaire d'observation du bébé
de 9 mois d'âge corrigé**

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Date de remplissage :

Merci de cocher, pour chaque question, la seule réponse qui vous semble valable parmi les choix suivants :

☆ □ ○

ALIMENTATION

ORALITÉ

Bébé porte les objets ou la main à la bouche Oui ☆ Non □

Plaisir à toucher la nourriture Oui ☆ Non □

Début de la diversification alimentaire Oui ☆ Non □

Difficultés pour avaler : « s'étrangle », tousse, réaction de dégoût, vomissements Oui ☆ Non □

ATMOSPHERE DU REPAS

Bébé est calme pendant le repas Oui ☆ Non □

Bébé est particulièrement agité, ou trop passif lors des repas Oui ☆ Non □

Bébé prend ses repas assis Oui ☆ Non □

VEILLE/SOMMEIL

ENDORMISSEMENT

Bébé s'endort généralement facilement seul Oui ☆ Non □

Bébé dort couché dans son lit Oui ☆ Non □

TEMPS DU SOMMEIL

- ☆ Fait correctement ses nuits
- Se réveille plusieurs fois par nuit et ne se rendort pas seul
- Fait des siestes très courtes ou très longues

DANS LA JOURNÉE

- ☆ Bébé est actif et tranquille
 - Bébé est agité ou pleure beaucoup
 - Bébé est particulièrement calme, plutôt passif
- Bébé peut rester à jouer « seul »

Oui ☆ Non

POSTURE

ATTITUDES SPONTANÉES ET TYPES D'INSTALLATIONS DANS LA JOURNÉE

En position couchée sur le dos :

- ☆ Bébé joue avec ses mains et ses pieds
- Souvent immobile, « écrasé » au sol
- Souvent trop tendu, en arc de cercle

En position assise

- ☆ Bébé tient assis seul sur le sol
- Trop raide pour rester assis
- Trop mou pour rester assis, même calé

En position couchée sur le ventre

- ☆ Bébé joue bien couché sur le ventre
- Bébé n'aime pas du tout la position sur le ventre

TONUS

ÉQUILIBRE DU TONUS

- Bébé peut s'enrouler ou se redresser facilement

- Bébé très tendu au niveau du dos
- Bébé très tendu au niveau des bras ou des jambes
- ☆ Bébé est plus tendu d'un côté que de l'autre

ÉTATS TONIQUES

- ☆ Bébé s'adapte bien aux changements
- Bébé réagit de façon disproportionnée, trop forte (sursaut ou pleurs) à un bruit, une lumière ou un petit mouvement
- Bébé a peu ou pas de réaction aux sollicitations extérieures

MOTRICITÉ D'EXPLORATION

MOUVEMENTS VOLONTAIRES

- ☆ Bébé bouge les bras et les jambes dans tous les sens lorsqu'il est couché sur le dos
- Ses mouvements sont brusques et saccadés lorsqu'il est couché sur le dos
- Il a très peu ou pas de mouvements lorsqu'il est couché sur le dos

MOUVEMENTS PROVOQUÉS PAR L'ADULTE

- ☆ Bébé anticipe les mouvements lorsqu'on le retourne ou qu'on l'assoit
- Bébé n'accompagne pas les changements de position
- Bébé se raidit lors des changements de position

INTÉRÊT POUR L'ENVIRONNEMENT

- ☆ Bébé s'intéresse aux objets et aux stimulations
- Bébé est trop agité pour s'intéresser aux objets et aux stimulations
- Bébé reste sans réaction ou évite les sollicitations

EXPLORATION VISUELLE/AUDITIVE

Bébé suit du regard un objet
ou une personne qui se déplace près de lui

Oui ☆ Non

- ☆ Bébé réagit au bruit de façon adaptée
- Bébé sursaute de façon démesurée ou se fige lors d'un bruit
- Bébé ne réagit pas au bruit

ACQUISITIONS MOTRICES

La locomotion en fonction de l'âge :

- Bébé sait se retourner du dos sur le ventre
et du ventre sur le dos Oui ☆ Non
- Bébé tient assis seul Oui ☆ Non
- Bébé rampe Oui ☆ Non
- Bébé commence à marcher à 4 pattes Oui ☆
- Bébé essaye de se mettre debout Oui ☆

Les manipulations en fonction de l'âge :

- Bébé attrape les objets posés au sol Oui ☆ Non
- Bébé sait attraper ses pieds Oui ☆ Non
- Bébé lâche volontairement les objets Oui ☆ Non
- Bébé passe les objets d'une main à l'autre Oui ☆ Non

MOTRICITÉ DE RELATION ET INTERACTION

EXPRESSIVITÉ DU VISAGE

Sourire :

- ☆ Bébé sourit facilement aux personnes connues
- Bébé ne sourit pas
- Bébé sourit sans raison

Mimiques :

- ☆ Bébé montre des expressions sur son visage : joie, peur, envie, étonnement...
- Bébé a peu d'expressions sur son visage
- Bébé a un visage figé

Contact visuel :

- ☆ Bébé regarde bien les personnes proches de lui
- ☆ Bébé se regarde dans le miroir
- ☆ Bébé imite les expressions de l'adulte
- Le regard de bébé est difficile à capter

EXPÉRIMENTATIONS VOCALES

- ☆ Bébé joue beaucoup avec sa voix : sons riches, très variés
- Bébé produit peu de sons avec sa voix, ou toujours le même

MOTRICITÉ DE RELATION

- Bébé recherche le contact en venant toucher le visage ou attraper les cheveux Oui ☆ Non
- Bébé anticipe les sollicitations : se raidit, se redresse, tend les bras... Oui ☆ Non
- Bébé se calme facilement lorsqu'il est porté dans les bras Oui ☆ Non
- Bébé donne les objets à l'autre Oui ☆ Non
- Bébé prend les objets qu'on lui donne Oui ☆ Non
- Bébé montre avec le doigt Oui ☆

ACTIVITÉ DU BÉBÉ

LE JEU

- Les jeux de bébé sont très variés Oui ☆ Non
- Bébé aime jouer avec les cubes, construire des tours Oui ☆ Non
- Bébé fait facilement la même chose que l'adulte Oui ☆ Non
- Bébé joue facilement à coucou/caché ou à cacher des jouets Oui ☆ Non

POINT DE VUE DES PARENTS

Êtes-vous inquiets quand vous pensez au développement de votre bébé ?
Choisissez un chiffre entre 1 et 10

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

Pas d'inquiétude

Très forte inquiétude

Ressentez-vous le besoin d'être reçus par un professionnel concernant vos questionnements sur le développement de votre enfant ? Entourez la réponse choisie :

Oui ☆ Non □

Vos remarques :

Merci pour le temps que vous avez consacré au remplissage de ce questionnaire.

Fiche de dépouillement à compléter par le médecin

Résultats :

☆ Attendu ○ Points de vigilance □ Inquiétant

Domaines	Réponses	☆	○	□
Alimentation	/ 6 items	/ 4 items	/ 2 items	
Veille/Sommeil	/ 5 items	/ 5 items	/ 2 items	
Posture	/ 3 items	/ 1 item	/ 4 items	
Tonus	/ 2 items	/ 2 items	/ 3 items	
Motricité d'exploration	/ 14 items	/ 8 items	/ 8 items	
Motricité de relation et interaction	/ 12 items	/ 8 items	/ 3 items	
Activité du bébé	/ 4 items	/ 4 items		

Interprétation :

Si nous avons au moins 1 □ dans au moins 2 domaines, l'indication d'une consultation en psychomotricité est très recommandée.

Un nombre important de ○, complété par votre observation clinique, peut aussi amener à prendre un avis psychomoteur.

- Annexe 3: Définition de la profession de Psychomotricien SNUP

DÉFINITION DU MÉTIER DE PSYCHOMOTRICIEN

Cet article a été rédigé à partir de la proposition, de définition de la profession, par le S.N.U.P. en réponse à celle du Ministère, visant à inclure dans le Code de la Santé une définition brève du métier.

Une nouvelle définition sera donnée dès que les arrêtés concernant le travail de réingénierie seront publiés.

« Le psychomotricien évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Il analyse leur intégration, leurs interactions et il pose un diagnostic psychomoteur. Le compte-rendu de cette évaluation et les propositions de soins qui en découlent sont transmis au médecin prescripteur pour valider la démarche thérapeutique envisagée. L'objectif des soins psychomoteurs est de permettre au patient de :

- ◆ prendre conscience de son organisation psychomotrice,
- ◆ d'en réduire les dysfonctionnements, qu'ils soient d'origine psychique ou physique,
- ◆ de restaurer ses capacités de participation et d'adaptation aux activités de son environnement.

Le psychomotricien instaure pour cela une relation thérapeutique en utilisant des techniques corporelles, sportives, manuelles,... ou des médiations telles que le jeu, l'expression artistique, l'éducation gestuelle, la relaxation psychomotrice ... Ces médiations sont les outils proposés par le psychomotricien pour la réalisation du projet thérapeutique individualisé élaboré avec le patient ou sa famille.

- Annexe 4: Décret d'acte

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1. Bilan psychomoteur.
2. Education précoce et stimulation psychomotrices.
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
 - retards du développement psychomoteur ;
 - troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
 - troubles du schéma corporel ;
 - troubles de la latéralité ;
 - troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
 - dysharmonies psychomotrices ;
 - troubles tonico-émotionnels ;
 - maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
 - débilité motrice ;
 - inhibition psychomotrice ;
 - instabilité psychomotrice ;
 - troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Bibliographie

- Abadie V, L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. Archives de Pédiatrie, vol. 11, n°6, 2004.
- Abadie V, Troubles de l'oralité du jeune enfant. Rééducation orthophonique, n°220, 2004.
- Ajuriaguerra J, Marcelli D, Psychopathologie de l'enfant, Masson, 1989.
- Anzieu D, Les enveloppes psychiques, Paris, Dunod.1987.
- Association des praticiens diplômés au bilan sensori-moteur André Bullinger (ABSM), La construction des représentations corporelle du bébé, Erès 2018.
- Assoun P-L, Lacan que sais-je, Puf 2009.
- Audhuy F, La place de l'oralité dans le développement psychique, info pro, 2012.
- Bellis F, Buchs-Renner I, Vernet M, De l'oralité heureuse à l'oralité difficile, Prévention et prise en charge dans un pôle pédiatrique, Erès, « Spirale » 3 n° 51, 2009.
- Bensoussan, Le bébé à l'hôpital, Syros, 1995.
- Bion W.R, Eléments de psychanalyse, Puf, 1979.
- Bowlby J, Attachement et perte volume 1 le fil rouge, Puf, 2002.
- Bullinger A, le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, tome 1, Un parcours de recherche, érès, 2004.
- Bullinger A, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars tome 2 , L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED, Erès, 2015.
- Cardon P, Depecker T, Plessz M, sociologie de l'alimentation, Armand colin, 2019.
- Changeux P, L'homme neuronal, Fayard, 1983.
- Debbané M, Mentaliser, De la théorie à la pratique clinique, Deboeck, 2018.
- Delfosse Marie-JO, Soullignac B, Depoortere M-H, Crunelle D, Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance, Etat des lieux à trois ans et demi, Médecine & Hygiène « Devenir » Vol. 18, pages 23 à 35, 2006 .
- De Broca A, le développement de l'enfant, aspect neuro-psycho-sensoriels, Masson, 2009.
- Dolto F, Les étapes majeures de l'enfance, Gallimard, 1971.
- Farnoux C, les décisions de limitation de soins en néonatalogie, Tome 61 p 31 à 40, 2013/2.
- Fournier S, De l'émergence au développement psychique de la temporalité chez le petit enfant, L'harmattan, 2019.
- Freud S, Trois essais sur la théorie de la sexualité. Trad. fr., Paris : Gallimard, 1974.
- Frith U, L'énigme de l'autisme. Paris: Odile Jacob, coll. Sciences Humaines, 1992.

- Golse B, Delion P, Bébés agressifs, bébés agressés, Erès, 2014.
- Golse B, Développement affectif et intellectuel de l'enfant, Masson, 2001.
- Haag G, Nouvelles réflexions sur le développement de l'enfant, Conférence à Caen, 18-06-1982.
- Haag G, Le Dos, Le Regard, Et « La Peau ». Neuropsychiatrie de l'enfance, 36(1),1988.
- Harrus-revidi G, Psychanalyse de la Gourmandise, éd. Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot Et Séduction, la fin d'un mythe, éd. Payot, coll. Essais,1994.
- <https://www.cnrtl.fr/definition/oralite>
- https://www.researchgate.net/publication/279765255_Les_consonnes_du_biberon_sous_influences_competences_phonologiques_chez_le_jeune_enfant_francophone
- <https://docplayer.fr/22354050-Les-troubles-des-fonctions-d-alimentation-en-neonatalogie-que-faire-quand-et-comment.html>
- <http://2013.journees-soo.com/Intervenants>
- <https://slideplayer.fr/slide/1601301/>
- <https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/IMG/pdf/2014-11-28-Alimentation-Handicap-Couly-G-Texte.pdf>
- http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2010_PRETAGUT_MARIE_SOPHIE.pdf
- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868901>
- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01498797/document>
- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01500440/document>
- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02078830/document>
- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075107/document>
- Jaen Guillaume C, L'oralité troublée:regard orthophonique, Erès ,« Spirale » 4 n°72,2014.
- Jarreau P-H, Néonatalogie et réanimation questions posées par l'extrême prématurité « Laennec » Tome 57 p 8 à 21, 2009/4.
- Joly F, Rodriguez M, Corps et psychopathologie, édition in press, 2018.
- Kloeckner A, Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences dans la pratique psychomotrice, Contraste, n°34-35,2011.
- Kreisler L, les prématurés. Pourquoi ici et aujourd'hui?, in Kestemberg E, Le devenir de la prématurité, Presses Universitaires de France, 1977.

- Latour A-M, Du moi ressenti au moi psychomoteur; Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol 57; 4, 2009.
- Latour A-M, Les images du corps pré-contenantes, 2010.
- Lau C, Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. Archives de pédiatrie, 14, p 35-41, 2007.
- Leblanc V, Les troubles de l'oralité alimentaire « Lorsque manger est une difficulté » in Nutrition et Pédiatrie, Vol 1, n°2 (2008)
- Leblanc et al, Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant, Nutrica.
- Lesage B, Jalons pour une pratique psychocorporelle Sentir, Nommer, Symboliser : un travail de conscience corporelle, p 221 à 240, Eres, 2012.
- Matausch C, Psychomotricité et oralité : une approche spécifique en réanimation néonatale p 26-30, in Rééducation Orthophonique, 2004.
- Nicklauss S, Les perceptions gustatives chez l'enfant , Archives de pédiatrie 12, p. 579-584, 2005.
- Pfister R-V, Launoy, C. Vassant, M. Martinet, C. Picard, J.E. Bianchi, M. Berner et André Bullinger, Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré, « Enfance » Vol. 60, p 317 à 335, Puf, 2008/4.
- Piaget J, La naissance de l'intelligence chez l'enfant, Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1936.
- Pirlot G, Psychanalyse des addictions, p 74-76, Armand colin, 2013.
- Potel C, Etre Psychomotricien, Erès, 2010.
- Reinhardt J-C, La Genèse de la connaissance du corps chez l'enfant, PUF, 1990
- Robert-Ouvray S, Intégration motrice et développement psychique, Desclée de Brouwer, 2002.
- Rochat Ph, Le monde des bébés, Paris, Odile Jacob, 2006.
- Rouiller B, Douleurs et sensorialité du nouveau-né, n° 42, p 49 à 6, Erès ,« Spirale » 2007/2..
- Salatou Diagana M, Kane H, Alimentation des nourrissons à Nouakchott : entre recommandations médicales et instructions des grand-mères S.F.S.P. « Santé Publique » Vol 28, 2016/2.
- Scialom P, Giromini F, Albaret JM, Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 1, Concepts fondamentaux, De Boeck supérieur, 2015.
- Scialom P, Giromini F, Albaret JM, Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 2 , Méthodes et techniques, De Boeck Supérieur 2015.
- Simas R, Golse B, Le développement affectif et cognitif de l'enfant, La bouche et l'oralité dans

- le développement : entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions, p226-234, Elsevier Masson, 2015.
- Smeester P.R et coll, La douleur des nouveau-nés : entre réalité et perception, Archives de pédiatrie 12, p. 1332-1337, 2005.
 - Spitz René A, De la naissance à la parole, la première année de la vie, Puf, 1968.
 - Stern D.N, Le monde interpersonnel du nourrisson, Paris, PUF Le fil rouge, 2003.
 - Thilbault C, Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant, Masson, 2017.
 - Winnicott D, L'enfant et sa famille: les premières relations, Essai (Poche), 1971.
 - Winnicott D, L'enfant et le monde extérieur, le développement des relations, science de l'homme Payot, 2001.
 - Winnicott D, la mère suffisamment bonne, Essai (Poche), 2006.
 - Quetin F, Les troubles de l'oralité chez l'ancien prématuré, p 271 à 280, Erès « Contraste » n° 41, 2015.