



HAL
open science

Approche psychomotrice pour panser les troubles de l'oralité chez l'enfant

Marine Pretet

► **To cite this version:**

Marine Pretet. Approche psychomotrice pour panser les troubles de l'oralité chez l'enfant. Psychologie. 2020. dumas-02900470

HAL Id: dumas-02900470

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900470v1>

Submitted on 16 Jul 2020

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 en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

**APPROCHE PSYCHOMOTRICE
POUR PANSER LES TROUBLES DE L'ORALITÉ CHEZ L'ENFANT**

Marine PRETET

Née le 05/02/1993 à Le Creusot

Nom du directeur de Mémoire : Séverine RICARD

Juin 2020

Remerciements

Je tiens à remercier Séverine RICARD, ma directrice de mémoire, pour sa confiance et son accompagnement tout au long de ce projet de fin d'étude.

Ma profonde reconnaissance à Mérine PRETOT et Julia, pour leur accueil, la richesse des expériences que nous avons partagées et pour leur disponibilité sans faille ces deux dernières années.

J'adresse mes remerciements les plus sincères à tous les patients et leurs familles que j'ai croisés durant ma formation. C'est à vos côtés que j'ai grandi et appris mon futur métier. Je conserve précieusement le souvenir de nos rencontres.

Je tiens à remercier également l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) de Bordeaux, ainsi que mes camarades de promotion avec qui j'ai tant partagé et appris pendant ces années.

Merci à chacun des membres de ma famille et à mes proches, qui, sans tout à fait connaître le métier de psychomotricien, ont su percevoir la passion qui m'anime et m'encourager dans chacun de mes projets.

A Antoine, pour ta patience, ton écoute et ton soutien infallible.

Ma reconnaissance et mes remerciements à tous.

Sommaire

Remerciements	2
Introduction	4
Partie I : L'ORALITÉ	6
I. Définition	6
II. L'oralité à la base de la construction du corps.....	7
III. L'oralité à la base du psychisme et du lien à l'Autre.....	20
Partie 2 : LES TROUBLES DE L'ORALITÉ	30
I. Définition, manifestations et classification des troubles de l'oralité.....	30
II. Les étiologies des troubles de l'oralité	33
III. Retentissements des troubles de l'oralité	38
IV. Prise en charge pluridisciplinaire	43
Partie 3 : APPROCHE PSYCHOMOTRICE	46
I. Qu'est-ce que la psychomotricité ?	46
II. Prise en charge psychomotrice des troubles de l'oralité	51
III. Le cas de Camille	73
CONCLUSION	84
Annexes	85
Bibliographie	89
Table des matières	94

Introduction

« C'est toujours par le hasard que tout commence. La science ne vient qu'après, et elle raisonne sur ce que le hasard a montré. »

C. BERNARD, médecin chercheur.

Si je débute ce mémoire de fin d'étude par cette citation, c'est parce que celle-ci résume assez bien le cheminement de ma réflexion.

Au cours de ma deuxième année de formation, j'ai effectué un stage long dans un centre de consultation pédopsychiatrique, dans lequel j'ai rencontré un enfant de 8 ans qui présentait un trouble de l'oralité. Celui-ci s'exprimait par une hyper-sélectivité alimentaire : des pâtes et un gâteau au chocolat pour les repas. J'ai eu beaucoup de difficultés dans un premier temps pour me faire une représentation de ce trouble et à envisager comment une prise en charge psychomotrice pouvait soutenir cet enfant. En effet, jusqu'à présent, c'est un trouble que je n'avais pas encore eu l'occasion d'aborder dans le cadre de mes études.

Par la suite, en début de troisième année, j'ai effectué un stage en service hospitalier de néonatalogie dans lequel les troubles de l'oralité étaient quotidiennement évoqués. Ils s'exprimaient notamment par une immaturité de la fonction succion/déglutition, nécessitant souvent une alimentation par sonde.

Tout au long de ma dernière année, j'ai effectué un stage en cabinet libéral où j'ai eu l'occasion de rencontrer un enfant présentant ce même trouble.

Ainsi, quand s'est présenté le moment de choisir le thème de mon mémoire de fin d'étude, je me suis naturellement orientée sur les troubles de l'oralité. Je le saisis comme une opportunité de me former davantage à cette notion si importante pour chacun de nous. « *L'être vivant, tout au long de son parcours, est mu par l'oralité. Tout ce que fait un être vivant avec sa bouche, sucer, manger, communiquer, embrasser, etc... dès l'état d'embryon et jusqu'à son dernier souffle, met en œuvre des enjeux d'oralité* » [77].

Si dans un premier temps, j'associe ce trouble à l'alimentation, je découvre très vite que l'oralité ne se limite pas à l'acte nourricier mais se révèle être une étape fondamentale du développement psychomoteur. C.THIBAUT orthophoniste et psychologue parle de l'oralité comme « *une fonction fondamentale, complexe, archaïque et fondatrice de l'être* » [76]. En effet, si manger est un besoin vital, c'est aussi l'un des actes par lequel le bébé se construit et les adultes deviennent parents.

Il est commun d'entendre dans les publicités le fameux slogan « *bien manger, bien bouger, bien grandir* ». On remarque ici, le lien fait entre l'alimentation et la motricité pour un développement psychomoteur harmonieux. Se pose alors la question des conséquences d'une oralité perturbée sur le développement d'un enfant ?

Le psychomotricien qui est le seul professionnel de santé à pouvoir réaliser un bilan psychomoteur se doit donc d'être sensibilisé à la question de l'oralité et des troubles qui y sont associés. C'est dans ce cadre que je souhaite apporter une réflexion, à partir de mes lectures et de mes expériences de stages, sur **comment la psychomotricité peut-elle soutenir le développement psychomoteur d'un enfant présentant un trouble de l'oralité ?**

En premier lieu, il me semble important pour répondre à cette problématique de redéfinir la notion d'oralité et d'évoquer sa place dans le développement psychomoteur de l'enfant.

En second lieu, je reviendrai sur la notion de trouble, en y apportant une définition, des critères, les manifestations régulièrement rencontrées et quelques réflexions sur la prise en charge qui se doit d'être toujours pluridisciplinaire.

En dernier lieu, je vais tout d'abord expliquer les spécificités de l'approche psychomotrice, puis, je vais mener une réflexion en dégagant plusieurs axes de prise en charge sur lequel le psychomotricien peut intervenir. Enfin, je vais illustrer mes propos autour d'une étude de cas.

L'idée étant de réfléchir et d'offrir une place à la psychomotricité dans la prise en soin de ce trouble : **« penser » à l'approche psychomotrice pour « panser » les troubles de l'oralité chez l'enfant.**

Partie I : L'ORALITÉ

I. Définition

La question de l'oralité est abordée dans toutes les équipes pluridisciplinaires de soins pédiatriques. C'est une notion complexe qui mérite un approfondissement pour saisir son importance dans la construction psychomotrice et identitaire de tout individu. Pour cela, il est nécessaire d'apporter de la clarté sur ce qu'on entend par oralité. Je trouve que le terme « clarté » à toute sa place quand on voit déjà le flou qu'apporte la définition de l'oralité.

Le Larousse [48] la définit de la manière suivante :

- Caractère oral de la parole, d'un discours, d'un fait littéraire, etc.
- Caractère d'une civilisation qui s'exprime par la seule tradition orale
- Ensemble des caractéristiques du stade oral.

De prime abord, il m'a été difficile de mettre en lien ces définitions avec les situations cliniques que j'ai rencontrées et évoquées plus tôt. Cependant, avec mon regard d'étudiante en psychomotricité j'entends :

- Pour la première définition : l'idée de la communication
- Pour la seconde, le terme « civilisation » me renvoie l'idée du contexte social.
- Enfin, la troisième définition renvoie à S.FREUD neurologue et fondateur de la psychanalyse. Il a décrit le stade oral comme premier stade du développement psycho-affectif de l'enfant. Je vais approfondir cette notion ultérieurement.

Nous verrons qu'en effet, l'oralité peut renvoyer à la communication et au lien mère-enfant, à un contexte social celui des repas et que celle-ci est une fonction « fondatrice » du développement moteur et psychique.

Ainsi, afin d'éclaircir la notion de l'oralité, il me semble intéressant de reprendre son étymologie latine. Le mot oralité provient du mot « *os, oris* » [41] signifiant la bouche.

C'est une notion issue du vocabulaire psychanalytique qui a été reprise par les pédiatres. Loin de se limiter à l'acte alimentaire, « *l'oralité recouvre l'ensemble des fonctions orales* » pour la pédiatre et professeur V. ABADIE. Elle définit l'oralité comme « *toutes les fonctions dévolues à la bouche à savoir, l'alimentation, le ventilation, l'olfaction, la gustation, la communication puis le langage* » [3].

Cela nous amène à considérer la sphère buccale comme l'organe clé de l'oralité. Située au carrefour entre le dedans et le dehors, elle constitue un véritable lieu d'échange entre le soi et le non soi. Elle possède trois fonctions principales : l'alimentation, la communication et la préhension. C'est à partir d'elle que le corps de l'enfant se construit, ce qui en fait « *un organe clé de la construction neurodéveloppementale, corporelle et psychique de l'enfant* » [2].

II. L'oralité à la base de la construction du corps

1. Présentation de la bouche

1.1 Définition

La bouche se définit comme « *un ensemble organique mobile, creux, charpenté en périphérie par des os et des muscles, et comportant un revêtement cutané* » [76]. Elle se nomme aussi cavité orale ou cavité buccale.

D'un point de vue anatomique, la bouche est une « *cavité située à la partie inférieure de la tête* » [76]. Elle forme le segment initial du tube digestif de l'Homme. C'est un espace délimité par différentes structures anatomiques. On retrouve à l'extérieur et à l'avant les lèvres, à l'intérieur en bas se trouve la langue, le palais est en haut et à l'arrière se trouve le gosier. Elle renferme les mâchoires, les gencives et les dents.

La bouche possède un équipement neuro-musculaire lui permettant une certaine mobilité et notamment les **actions d'ouverture et de fermeture**. Grâce à la maturation neurologique, l'enfant aura progressivement une maîtrise sur ces actions. A la naissance, de nombreux réflexes archaïques sont présents au niveau de la cavité orale, témoignant ainsi son importance (Stern, 2011).

Enfin, l'espace buccal est aussi **un lieu sensoriel** où se trouvent des récepteurs au toucher, au goût, à l'odorat, à la température, à la douleur et à la sensibilité profonde. R.SPITZ nomme la bouche « *cavité primitive* » (Spitz, 1979) car pour lui, « *toute perception débute dans cette cavité* » [34]. Son développement est précoce et débute in utero. D'ailleurs, V. ABADIE explique que c'est « *au cours de la gestation que le fœtus acquiert la majorité des outils sensorimoteurs nécessaires à la mise en place d'une oralité néonatale efficace* » [3].

1.2 Développement de l'espace oral in-utero

En matière de vie utérine, les professionnels de la santé comptent généralement en semaines. La naissance, aussi appelé terme, intervient à la 40^{ème} ou 41^{ème} semaine.

Les systèmes sensoriels participent activement au développement de l'oralité chez le fœtus humain. « *Le développement prénatal des systèmes sensoriels commence par le toucher puis la sensibilité vestibulaire, la gustation, l'olfaction, l'audition et enfin la vue* » [64] Ce développement se fait toujours selon cet ordre invariable au cours de la vie intra utérine [76].

Le premier sens à se développer est donc le toucher qui apparaît grâce à l'organe du tact : la peau. **C'est à partir du pourtour buccal que la sensibilité cutanée du corps humain débute.** Le nombre de récepteurs est le même au niveau de la peau à la naissance qu'à l'âge adulte, mais sur une surface moins grande lorsqu'on est tout petit. Cela peut expliquer, la forte sensibilité au toucher des nouveau-nés que j'ai eu l'occasion de rencontrer en service de néonatalogie.

On retrouve ensuite chronologiquement, l'apparition du système vestibulaire. Il se situe dans l'oreille interne et commence à fonctionner vers 25 semaines. L'appareil vestibulaire correspond à l'organe de l'équilibre : il nous renseigne sur l'orientation spatiale de notre corps et permet les ajustements posturaux.

Ensuite, apparaît le système gustatif qui regroupe 4 saveurs fondamentales : le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Elles sont perçues par les bourgeons gustatifs de la langue, du palais et des muqueuses buccales. Des études montrent que dès la 30^{ème} semaine, « *le nouveau-né prématuré est capable de détecter et de discriminer les différentes saveurs (Granier-Defferre, Schaal et James Decasper, 2004)* » [13].

Le système olfactif, quant à lui, est fonctionnel dès 25 semaines. « *Le bébé allaité peut mettre en relation les systèmes sensoriels olfacto-gustatifs : **le goût du lait est associé à l'odeur de celui-ci et à l'odeur de sa mère*** » [13].

Nous retrouvons ensuite l'audition, qui elle, se compose de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Ce système auditif est « *anatomiquement complet et fonctionnel à la naissance, même prématurée* » [13]. Les stimulations auditives perçues in utero vont **laisser une trace dans la mémoire du fœtus**, c'est ainsi que dès les premières heures de vie, le nouveau-né est capable de reconnaître la voix de sa mère par son intonation, sa prosodie.

Enfin, le dernier système sensoriel à se former est la vue. Elle est encore immature à la naissance, bien que GRANIER-DEFFERRE et Al en 2004, explique que le bébé est « *capable de démarrer une activité de poursuite visuelle et de discrimination* » [13].

Parallèlement au développement des systèmes sensoriels, la motricité de la sphère oro-faciale se développe très précocement. En effet, « *l'oralité motrice apparaît chez l'embryon humain entre les 40^{ème} et 50^{ème} jours* » [78].

Au cours du 2^{ème} mois de la vie intra-utérine, la bouche primitive se forme aux dépens des bourgeons ectodermiques faciaux. **Apparaît en même temps la dimension tactile de la zone orale vers la 8^{ème} semaine.** La bouche primitive ou cavité buccale est un organe qui a la même origine embryonnaire que la peau. En effet, « *ce qui tapisse l'intérieur de la bouche, n'a rien d'une muqueuse habituelle, comme la muqueuse bronchique ou intestinale. Il s'agit d'une peau extérieure internalisée* » [76].

On observe les premiers mouvements de flexion-extension du rachis et des mouvements d'ouverture buccale dès la 9^{ème} semaine de gestation.

Dès la 12^{ème} ou 13^{ème} semaine, le fœtus ouvre et ferme la bouche de manière plus ou moins rythmée. « *C'est le temps des premiers mouvements respiratoires* » [76].

L'ébauche de la succion est visible sur échographie à partir de la 15^{ème} semaine. C.THIBAUT 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* » [77]. On note ainsi que la **succion est une étape fondamentale** dans le développement du fœtus.

C. SENEZ orthophoniste, préfère utiliser le terme de « lapement » à celui de « succion », qu'elle définit tel un mouvement de propulsion et de rétropulsion de la langue. Selon elle, « *la succion est absolument inutile car le fœtus baignant dans le liquide amniotique, il n'y a pas de différence de pression dedans-dehors et il lui suffit de laper pour déglutir* » [74].

La déglutition, quant à elle, s'organise secondairement à la succion au cours du 3^{ème} trimestre de gestation.

Les fonctions de succion-déglutition font l'objet d'une **longue maturation**. C'est un réflexe inné commandé par le tronc cérébral qui doit être fonctionnel à la naissance pour permettre la survie du nouveau-né. En effet, des systèmes non matures ou défaillants à la naissance, nécessitent une prise en charge médicale spécifique pour le maintien en vie à l'aide de techniques de nutrition non orale jusqu'à ce que l'enfant soit capable de déglutir [3].

2. Les fonctions orales

2.1 L'oralité alimentaire

Manger est d'une importance vitale. C'est un besoin instinctuel qui répond à la sensation de faim. Celle-ci crée un état de tension qui s'apaise lors du repas.

Manger fait appel à notre sensorialité. A travers cet acte, l'ensemble des compétences sensorielles acquises in-utero sont regroupées. On retrouve le toucher de la peau, du sein ou du biberon, du lait et ensuite des aliments, ainsi que le portage ; l'olfactif avec l'odeur de la mère, du lait et de l'environnement ; le goût du lait ; l'audition avec les bruits de la bouche, la voix connue de la mère et les bruits environnants ; la vue du sein ou biberon et plus tard des aliments, les yeux de la mère, mais aussi la luminosité.

Au départ, le bébé vit ses « *multiples expériences sensorielles, somatiques et émotionnelles* » de manière « *éclatées, non liées entre elles* » [24]. Ce n'est que progressivement que ces expériences vont prendre sens et permettre la construction d'une représentation du monde et de Soi. J.PIAGET nomme la mise en relation entre différentes modalités sensorielles « l'inter-sensorialité ».

Plusieurs auteurs mettent en avant que l'oralité, à travers sa fonction alimentaire et plus particulièrement **l'allaitement, permettrait à l'enfant de se construire progressivement une représentation de son corps.**

Tout d'abord, on retrouve les travaux de D.MELTZER psychanalyste, avec ce qu'il nomme « l'attraction consensuelle maximale ». Il explique que la tétée (mais aussi ses autres équivalents interactifs) est l'axe autour duquel le bébé vient « *« coller » les autres sensations qui co-existent avec l'incorporation de la « voie lactée* » [79]. Ainsi grâce au « mantèlement » de ses sensations, l'enfant va progressivement « *percevoir la mère comme extérieure à lui, et comme la source ponctuelle externe de ses différentes sensations liées à la situation d'allaitement* » [35].

Ensuite, on retrouve A.STRERI cité par B.GOLSE et L.ROBEL qui s'inscrit davantage dans un courant cognitiviste. Elle explique que pour qu'un objet soit perçu comme extérieur à soi, celui-ci doit être « *appréhendé par au moins deux canaux sensoriels à la fois* » [35]. Ainsi, le nourrissage par voie orale réunissant plusieurs modalités sensorielles **participe donc à l'individuation.**

Psychanalystes et cognitivistes font donc consensus pour accorder à l'oralité une part importante d'accès aux premières représentations du corps comme différencié de l'autre. Seulement, là où les psychanalystes parlent de « mantèlement » des sensations, « *les cognitivistes parlent de comodalisation des différents flux sensoriels* » [35].

Par ailleurs, en mangeant, l'enfant fait aussi l'expérience d'un dehors et d'un dedans, à travers le passage des aliments de l'extérieur vers l'intérieur. De ce fait, l'acte nourricier participe à la construction de l'enveloppe corporelle et à la différenciation dedans/dehors. Nous allons revenir sur ces notions pour les approfondir ultérieurement.

L'activité alimentaire est déjà présente in utero. Elle est rendue possible par les actions réflexes de succion et déglutition. En effet, vers la 28^{ème} semaine de gestation, le fœtus est capable de goûter le liquide amniotique. Certaines expériences ont d'ailleurs montré qu'à la naissance, le nouveau-né peut présenter une attirance pour certaines molécules ou substances en rapport avec la nourriture maternelle prénatale [76].

En arrivant au monde, le nouveau-né pour se nourrir va devoir coordonner la succion, la déglutition et la respiration. Il va également devoir coordonner sa bouche avec les forces de la pesanteur nous dit A.BULLINGER psychologue. Cela va lui demander un peu plus d'efforts car il va falloir s'orienter, lutter contre la force de la pesanteur pour pouvoir aller capturer et s'engager dans la succion.

In utero, le fœtus était nourri de manière quasi continue *par « perfusion »* par le cordon ombilical. Le nouveau-né, lui, va se nourrir *« au travers d'une succession de repas créant une modulation entre faim et satiété qui se reflète dans ses états toniques »* [16]. **L'acte alimentaire, par son rythme répétitif va grandement participer à l'intégration temporelle.**

L'oralité alimentaire du nouveau-né se fait de façon automatique grâce à la présence de nombreux réflexes archaïques. C.THIBAULT a donné le nom « d'oralité primaire » pour définir cette période où le fœtus puis le nourrisson se nourrit de façon réflexe. Les différents réflexes de la sphère buccales sont [12] :

- Le réflexe de frottement aussi appelé réflexe des points cardinaux :

Un simple frottement sur la joue du nouveau-né entraîne une rotation réflexe de la tête vers le stimulus en vue d'attraper le mamelon. L'odeur connue de la mère et le contact de la lèvre supérieure avec le mamelon déclenchent l'ouverture de la bouche et la propulsion des lèvres et de la langue.

- Le réflexe nauséux :

C'est un réflexe de protection, c'est l'inverse du réflexe de déglutition. Il est déclenché lorsque le système gustatif a détecté une substance trop différente du lait maternel en texture, en goût ou en température.

- L'automatisme d'orientation de la langue :

Une stimulation du bord de la langue provoque un déplacement de celle-ci vers le stimulus.

- Le réflexe de morsure :

Il permet au nouveau-né d'exercer une pression sur le mamelon ou la tétine permettant de faire jaillir le lait.

- Le réflexe de toux :

C'est un réflexe qui persiste toute la vie, il est indispensable pour protéger les voies respiratoires des fausses routes. Il ne sera pas inhibé lors de la maturation neurologique.

- Le réflexe de succion :

Ce **réflexe est provoqué** d'une part, par **les stimulations sensorielles péri-buccales**, des lèvres et de la langue ; d'autre part, par **la faim** éprouvée par le bébé. Ce réflexe se manifeste dès l'introduction de la tétine, le mamelon ou le doigt dans la bouche.

Le mécanisme de la succion débute lorsque la langue du nouveau-né réalise une protrusion et lorsque ses lèvres se dirigent et s'avancent en direction de la stimulation. La langue se retire et les lèvres enserrant avec force le sein ou la tétine. On observe ensuite des petits mouvements rapides de la langue, qui tout en se creusant, permettent le passage du bol lacté. La déglutition réflexe se met en place dès que le lait franchit les portes de l'isthme du gosier. Lors de la déglutition, la base de la langue se déplace dans le fond de la cavité buccale et le bol lacté atteint les piliers antérieurs des amygdales ainsi que la paroi pharyngée postérieure. La situation anatomique de la cavité buccale (situation haute du larynx et épiglotte qui s'accroche au voile du palais) permet de protéger les voies aériennes. Cette fonction réflexe de la succion-déglutition permet au bébé de manger et de respirer de manière synchrone [66].

Les différentes afférences sensibles et sensorielles qui déclenchent ces réflexes vont permettre au nouveau-né de se nourrir mais aussi de prendre conscience de toute la zone oro-pharyngo-laryngée. Petit à petit, il va apprendre à en contrôler certains éléments. C'est ainsi qu'au fil des semaines et à chaque tétée, des connexions inter neuronales vont s'établir et un contrôle cortical se met en place lentement [12]. La succion-déglutition automatique s'estompe progressivement pour aboutir à une phase orale plus volontaire.

A partir du 2^{ème} semestre de vie, on observe des modifications importantes du comportement alimentaire. C.THIBAULT nomme cette période « oralité secondaire » qui correspond à la praxie alimentaire volontaire du bébé et du grand enfant. Elle est sous contrôle cortical. Cette évolution s'illustre par le passage à la cuillère et la mise en place progressive de la stratégie de mastication. Cette phase est indépendante de la dentition.

Ces modifications sont permises par le changement anatomique : le cou s'allonge et le larynx descend. La cavité buccale et le cavum vont laisser plus d'espace à la langue. Lors de la déglutition le voile du palais ne vient plus au contact du larynx mais monte pour occlure le nasopharynx [3]. Il est important de souligner qu'une fois les phases automatiques de déglutition en place, elles ne subissent pas de modifications développementales marquantes.

Vers 4-5 mois, l'enfant possède des praxies buccales de plus en plus complexes. Il tète les aliments avec un schème moteur de type succion. La mastication qui correspond à la section des aliments par les incisives ne sera mature que vers 3 ans.

L'oralité alimentaire participe fortement au développement de l'enfant. En plus de répondre à un besoin vital, la fonction alimentaire participe au développement des représentations du corps. C'est autour d'elle que se fondent les prémices d'un repérage des frontières corporelles en tant que premier contenant. Ces notions seront reprises ultérieurement en lien avec un pan important du processus alimentaire qui a ici été mis volontairement de côté. Il s'agit de la dimension affective et la part du milieu humain dans le développement de l'oralité.

2.2 L'oralité verbale

L'oralité verbale concerne la capacité à communiquer oralement, à parler. La communication pourrait à elle seule faire l'objet d'un mémoire de fin d'étude. Ici, nous allons nous intéresser au fait que **l'oralité verbale** contrairement à l'oralité alimentaire, **constitue un passage de soi vers l'autre. Elle permet ainsi de communiquer ses états internes vers l'extérieur.**

En arrivant au monde, le nouveau-né crie. Ses organes phonatoires sont encore immatures pour produire des sons articulés. Ceux-ci, seront permis grâce à leur maturation progressive. Ce premier cri aussi nommé « *le cri de vie* » [51] est très attendu par les parents. Il signe la séparation des corps par la section du cordon ombilical mais il témoigne surtout que bébé est bien vivant.

Les premiers cris et vocalises permettent à l'enfant de communiquer avec son entourage parental ses sensations de faim, d'inconfort ou de douleur. Ce dernier s'attachera à décoder ces manifestations en essayant d'y apporter une réponse ajustée le plus rapidement et efficacement possible pour le confort et le bien-être du nouveau-né.

Entre 0 et 2 mois, on parle de vocalisations réflexes ou quasi-réflexes où se mêlent cris et sons végétatifs tels que les bâillements, les gémissements, les soupirs et les raclements (Chevrie-Müller et al, 2007). Ces premières vocalises s'accompagnent des premiers sourires.

Grâce au contrôle volontaire, l'enfant vers trois mois peut refuser d'ouvrir la bouche et va réaliser ses premiers babillages [12].

Le babillage correspond à la période du « sucking » qui correspond à des mouvements de la langue allant du haut vers le bas. C'est cette mobilisation de la langue qui offre la possibilité d'effectuer des mouvements latéraux et qui permet le début de l'alimentation à la cuillère.

Emettre des sons puis parler permet de communiquer avec l'autre. Cela permet aussi d'établir une certaine distance relationnelle. Enfin, mettre des mots c'est aussi se distancier de son vécu propre.

2.3 L'oralité de préhension

La bouche en plus de sa fonction de nourrissage, de capture et de succion, possède une fonction exploratoire. « *C'est un lieu primordial de préhension* » nous disent R.VASSEUR et P.DELION [79]. Elle est un lieu d'exploration tactile et de perception. Elle a la particularité avec le nez d'être constitué de peau, une peau qui s'est internalisée [76].

In utero, la bouche et les lèvres du fœtus lui permettent d'explorer son corps (Soulé, 2015). A la naissance, cette activité orale va se poursuivre et conduit à de nombreuses informations sensorielles : goûts, textures, formes, température. Cette activité orale d'exploration « *constitue le principal mode d'échange du bébé avec son environnement* » [23]. Elle « *augmente progressivement jusqu'à l'âge de 7 mois environ puis décline vers la fin de la première année* » [23].

A.BULLINGER explique que pour que cette activité orale d'exploration se fasse, il est nécessaire que les **signaux issus de la sensibilité profonde et les signaux tactiles se coordonnent pour former une proprioception de cette zone**. Il ajoute qu'un équilibre est nécessaire entre les différentes composantes de l'oralité alimentaire et l'oralité de préhension/exploratoire. Sinon, « *si la prégnance de la conduite de capture est trop forte, les objets incorporés remplissent toute la bouche, sans qu'une exploration soit possible.* » A l'inverse, « *si l'activité d'exploration occupe tout cet espace, la fonction alimentaire ne peut se déployer* » [16].

La fonction orale de préhension permet à l'enfant de prélever un certain nombre d'informations sur les propriétés des aliments et des objets. L'enfant construit ses connaissances : « *c'est dur, c'est mou, c'est comestible ou non, j'aime ou pas, ça gratte, ça colle...* » [13]. J.PIAGET explique que l'intelligence née de l'action. Psychologue, il a décrit le développement perceptif et cognitif de l'enfant. « *Selon lui, les premières connaissances se trouvent dans les actions sensori-motrices du bébé* » [23]. Il décrit le « *stade sensori-moteur* » qui s'étend de la naissance à 2 ans. Il explique comment se construit progressivement, l'intelligence sensori-motrice fondée sur les actions et les manipulations du bébé sur les objets.

Dans les premiers mois de la vie, la bouche est utilisée par les nourrissons, mais progressivement ce sont les mains qui vont devenir les principaux organes sensoriels du toucher [27]. L'activité manuelle prend le relais sur l'activité orale dans l'exploration des objets à partir de 5-6 mois grâce à la mise en place de la coordination vision-préhension et le développement de la station assise [23]. **Les mains, comme la bouche** bénéficient de « *qualités sensibles précises qui leur assurent une finesse de discrimination que n'ont pas les autres parties du corps [...]* ce qui en fait **les parties les plus sensibles chez l'être humain** » [13]. La main est au service de la bouche dans les premiers mois, elle amène les objets qui seront analysés. Lors de l'exploration des objets, le cerveau reçoit des afférences tactiles, de goût et de pression, qui seront plus ou moins agréables : « *la bouche devient le prolongement du cerveau* » [12].

Bien que nous ayons l'habitude de considérer la main « *pour sa « fonction motrice » de transport ou de transformation des objets de notre environnement, elle possède aussi une « fonction perceptive » d'appropriation du monde* » [27].

L'homonculus ci-dessous, représente la « silhouette du corps humains représentant les tailles respectives des projections des différentes régions dans le cortex somatosensoriel ou moteur » [38] :

- à droite est représenté l'homonculus sensoriel qui « est déformé par rapport à la surface des territoires corporels car il est proportionnel à la densité des récepteurs sensoriels présent à la surface du corps » [38]
- Et à gauche, l'homonculus moteur « représente les divers muscles selon l'intensité de leur activité » [38]

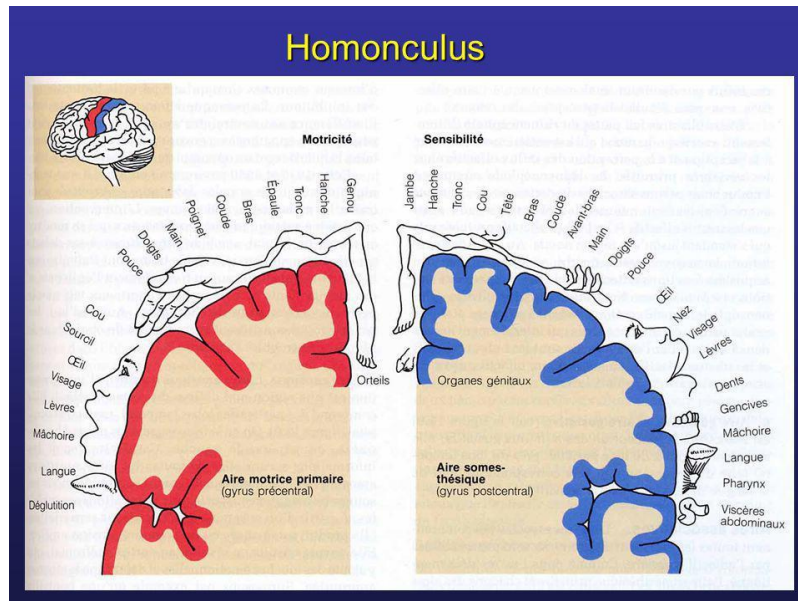


Figure 1 Biologie 12F Système Nerveux Anatomie et fonction du Système nerveux par C.Renault

Ainsi, on peut observer sur l'homonculus sensitif et moteur que les représentations, au niveau cortical, des mains et de la bouche sont bien plus étendues que pour le reste du corps. **Ce qui confère à l'espace oral et aux mains une place privilégiée dans le développement de l'enfant.** La bouche tout d'abord, puis ensuite, grâce à la maturation neurologique, les mains permettent au bébé d'agrandir son champ d'exploration pour en faire un terrain connu.

L'oralité de préhension, bien qu'essentielle dans la première année de vie, dans le développement typique, sera relayée progressivement par les mains. La bouche se consacrera ensuite en grande partie aux oralités alimentaire et verbale. La coordination entre mains et bouche va se révéler fondamentale pour la construction de l'axe corporel. En effet, par sa position au niveau de l'axe médian du corps, la bouche permettra la réunification des deux hémicorps. **La bouche est au cœur du développement moteur de l'enfant.**

3. Oralité et développement de la motricité

3.1 Liens entre motricité bucco-faciale et motricité globale

Tous les auteurs s'accordent pour considérer **la bouche comme lieu de naissance de la motricité** chez l'enfant. J.AJURIAGUERRA neuropsychiatre et psychanalyste, décrit les « *activités itératives buccales comme les plus précoces* » [54]. A.BULLINGER, quant à lui, décrit la bouche comme « *le premier espace où des fonctions instrumentales se manifestent* » [16].

Motricité buccale et motricité globale sont réflexes à la naissance. Elles vont progressivement devenir volontaires en suivant les deux lois immuables du développement psychomoteur. Selon la loi céphalo-caudale, la maturation tonique se fait de la tête en direction des pieds. L'enfant va tout d'abord contrôler sa tête, puis son tronc et enfin ses membres inférieurs. Conjointement, selon la loi proximo-distale, la maturation se fera du centre vers la périphérie. Avec l'exemple des membres supérieurs, l'enfant va d'abord contrôler les muscles de l'axe du corps, puis de l'épaule, du bras, de la main et enfin ses doigts [72].

Le nouveau-né arrive au monde avec une hypotonie axiale et une hypertonie distale, qui vont progressivement s'inverser en suivant ces lois de maturations. C.SENEZ indique que **la motricité buccale et la motricité globale « s'influencent mutuellement au cours du développement moteur de l'enfant »** [75].

Dès la vie utérine, il est possible d'observer grâce à l'échographie, un lien entre la motricité globale et la motricité bucco-faciale. B.GOLSE pédopsychiatre et psychanalyste, nous dit que « *par exemple, quand la main s'approche des lèvres, celles-ci s'ouvrent* » [34]. On observe alors une réponse motrice à une stimulation tactile de la zone orale. Il s'agit du réflexe de Hooker.

Dans les premiers mois de vie, les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche « *sont directement influencés par les mouvements d'extension ou de flexion du corps (Weitstein, 1985. Robinson, 1995)* » [75]. In utéro, l'équilibre entre flexion et extension était assuré. Mais en arrivant au monde, le nouveau-né perd son organisation tonique et posturale d'enroulement qui « *lui était imposé par la matrice utérine* » [79]. A.BULLINGER, explique que le milieu humain doit compenser cette perte en offrant les moyens de l'enroulement par un portage adéquat. En effet, **pour que l'activité d'exploration et de succion puissent s'engager, l'appui posturale doit être optimal**. Il met en avant qu'un défaut d'appui « *va transformer la conduite de capture en une continuité d'agrippement qui entraîne un recrutement tonique diffusant dans tout l'organisme. [...]* L'agrippement mobilise et fige les moyens instrumentaux » [16].

Cette observation met en avant d'une part, **l'importance de la posture du corps pendant le temps alimentaire** que l'on rappelle nécessaire pour survivre et d'autre part, que **les conduites instrumentales autour de l'espace oral se diffusent à l'ensemble du corps**. Ainsi dans les premiers mois de la vie, on peut observer que « *l'extension du corps entraîne l'ouverture de la bouche* » et « *la flexion entraîne la fermeture de la bouche* » [75]. Ce n'est que vers 4-5 mois, que l'enfant possède une motricité buccale indépendante de la motricité globale. Cela est sous la dépendance de la maturation neurologique.

Afin de poursuivre notre observation sur l'importance de l'espace buccal dans la construction du corps, nous allons décrire l'axe de développement sensori-moteur selon A.BULLINGER.

3.2 Le développement sensori-moteur selon A.BULLINGER

A.BULLINGER a présenté une nouvelle approche du développement psychomoteur de l'enfant dans une « *perspective de psycho-logie du développement en faisant le choix de considérer l'organisme comme un objet matériel du milieu* ». Il met en avant la complexité du développement de l'individu tout au long de la vie. Son approche sensorimotrice est une approche instrumentale qui s'inscrit dans une perspective environnementale, c'est-à-dire que A.BULLINGER considère que **le développement de l'enfant est un processus** où se tisse les dimensions physiques (éclairage, son, dur, mou), émotionnelles (réaction émotionnelle et tonico-émotionnelle), sociales et biologiques (organisme propre). Ainsi, ce n'est pas une série d'étapes mais c'est un processus où tout se tisse et s'emboîte.

Il a décrit un **axe de développement qui permet de comprendre comment l'enfant s'organise dans son développement**, dans la construction de sa sensorimotricité, de son instrumentation et de ses représentations (Annexe 1). « *Au développement sensori-moteur correspondent différents espaces que le bébé investit successivement* » [16] : l'espace utérin, l'espace de la pesanteur, l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et enfin l'espace du corps. Le bébé, qui va grandir pour devenir un enfant, va traverser ces différents espaces. Rappelons qu'il ne faut pas penser ces espaces comme une succession mais un comme un enchevêtrement. Chaque espace appelle le suivant et tous se superposent. Pour autant, si l'espace premier ou le deuxième espace est mal construit, l'enfant va quand même accéder aux autres espaces mais avec des chemins un peu différents. À chaque nouvel espace, c'est un remaniement des espaces précédents qui va se jouer grâce aux nouvelles acquisitions.

L'espace utérin est le premier espace que l'enfant va connaître. C'est un milieu aquatique sans pesanteur. Grâce à l'enceinte utérine, le fœtus possède des appuis forts, il est contenu et rassemblé. Il bénéficie à ce moment là d'une alimentation en continu grâce au cordon ombilical.

L'espace de la pesanteur débute à la naissance. En quittant la matrice utérine, le nouveau-né va découvrir le poids de la gravité et sera alors écrasé par les forces de la pesanteur car il ne possède pas encore la musculature nécessaire pour lutter contre elle. Il est complètement dépendant de son environnement pour s'organiser corporellement. L'alimentation qui était continue in utero se voit fractionnée. Son arrivée dans le monde aérien va changer son oxygénation auparavant réalisée via le cordon ombilical. Ce qui va devoir se jouer pendant la construction de cet espace, c'est la coordination entre la proprioception et le vestibule. Si cette coordination s'opère, « *alors la verticale peut être comprise et l'organisation des appuis est possibles* ». Enfin, « *la construction de l'espace de la pesanteur est le soubassement indispensable pour stabiliser l'organisme dans ses mises en forme posturales* ». **Le nouveau-né dispose de manière privilégiée d'une posture symétrique d'enroulement, de flexion qui privilégie la zone orale**, et de postures asymétriques aussi appelées postures de l'escrimeur, faisant exister des espaces gauche et droit, non reliés entre eux [16].

Le troisième espace investi par l'enfant est l'espace oral. Il est très important qu'il trouve ses appuis pour pouvoir bien se nourrir. La zone buccale est un espace de capture déjà exploré in utero (voir I. 2). Selon A.BULLINGER, la sensation de satiété entraîne l'expérience d'un premier plein dans la bouche et d'un second plein dans l'estomac. Il s'agit là du premier sentiment de contenance.

Ce concept a été repris par A.KLOECKNER psychomotricienne, qui en appui sur les travaux de A.BULLINGER explique que les expériences sensori-motrices orales « *font vivre l'espace de la bouche à partir de sensations (tactiles, sonores, olfactives, visuelles) et de mobilisations toniques des différentes parties de la sphère orale (lèvres, langue, larynx)* » [55]. Pour elle, la coordination entre ces éléments se fait grâce à la proprioception et vient ainsi renforcer la perception de cet espace. Elle explicite que de ces expériences sensorimotrices va se créer une activité psychique de représentation et contribuer à « *la constitution de l'espace oral avec le sentiment de contenance* » [55]. Ainsi, **cette lecture de A.KLOECKNER permet d'ajouter à la fonction alimentaire, un rôle dans la création de l'activité psychique chez l'enfant.**

J'en reviens aux travaux de A.BULLINGER qui décrit que dans cet espace oral, l'enfant va devoir réaliser toute une coordination entre exploration et mise en bouche pour que cet espace oral se constitue comme un outil qui va permettre au bébé d'agir sur son environnement et d'assurer parallèlement sa fonction nutritive. « *La constitution de l'espace oral permet la création d'une contenance qui trouve son sens dans l'activité alimentaire et l'exploration qui offrent de manière transitoire les premières sensations d'existence* » [16]. Pour finir, A.BULLINGER indique que « *la maîtrise de l'espace oral préfigure, par ses exigences de mise en forme et de coordination, une bonne partie de la suite du développement* » [16]. Par ses mots, nous comprenons que **l'espace oral prend une place fondamentale dans le développement de l'enfant.**

Le quatrième espace investi par l'enfant est l'espace du buste. Le bébé est de plus en plus tonique et va découvrir les espaces avant et arrière de son corps (notamment grâce au portage) par le déploiement des expériences d'extension et de regroupement. Dans cet espace se joue donc les coordinations avant/arrière et l'équilibre flexion/extension qui permettent la création d'un arrière-fond, qui lui-même, permet la création instrumentale de la vision. Le regard devient un outil pour agir et interagir avec son environnement. Progressivement, l'enfant intériorise tous les appuis que lui offre son environnement, et l'arrière-fond amène la contenance. C'est cette intériorisation qui va permettre à l'enfant de se mouvoir de manière autonome.

Ensuite, l'enfant investit l'espace du torse. C'est à cette période que l'enfant part dans l'exploration du monde et porte des objets à la bouche. On observe la coordination main droite/bouche/main gauche. C'est une **étape clé où la bouche va jouer un rôle crucial de relai pour réunir les espaces droit et gauche du corps. La construction de l'espace de préhension et de l'axe corporel va découler de cette coordination et de la réunion des deux hémicorps**. A.BULLINGER explique que « *la constitution de l'axe corporel transforme également le rôle des mains. Les dissociations toniques entre les côtés gauche et droit du corps vont permettre aux mains des activités différenciées d'effection et d'appui ainsi que des coopérations qui relaient le rôle de la bouche* » [16]. C'est le début des coopérations bimanuelles. Enfin, il ajoute que les **défauts de coordination entre les espaces gauche et droit du corps « vont retentir sur la zone orale qui aura peine à quitter son rôle de moyen d'exploration »** [16].

Avant de conclure sur l'espace du corps, je souhaite apporter la lecture de S.ROBERT-OUVRAY sur la place qu'elle donne au portage lors de l'allaitement. C'est selon elle un véritable soutien à l'intégration de l'axe corporel. Elle explique qu'« *un bébé a besoin de connaître les deux parties de son corps et d'éprouver sensoriellement et affectivement le passage d'un côté à l'autre* » [68]. Celui-ci est notamment perçu au cours de l'allaitement naturel qui alterne entre le sein droit et le sein gauche. Cette alternance participe à l'intégration des deux parties du corps du bébé. Elle propose une mise en garde concernant l'alimentation au biberon qui fait souvent appel à un côté préférentiel de la personne qui le donne. Dans ce cas, « *les possibilités de passage de la droite vers la gauche sont alors réduites et l'intégration de l'axe vertébral est ralentie voire perturbée* » [68]. Je trouve son approche intéressante car pour elle, **la fonction orale alimentaire en appui sur le milieu humain soutien l'intégration de l'axe corporel**. Dans les travaux de A.BULLINGER, c'est la fonction orale de préhension/d'exploration qui permet cela.

Je reviens et je conclus sur le dernier espace investi par l'enfant : l'espace du corps. Il s'agit dans cet espace d'une coordination entre le haut et le bas de l'organisme rendu possible par les nombreuses sollicitations du bassin. En effet, il y a eu beaucoup de jeux d'inclinaisons latérales, de torsions et de dissociations des ceintures durant l'espace du torse. Cet investissement du bassin permet à l'enfant de ramener ses membres inférieurs sur son tronc, jusqu'à porter les pieds à la bouche. Les appuis vont s'enrichir et l'enfant va progressivement instrumenter le bas de son corps.

A travers ces quelques lignes, j'ai apporté une lecture plutôt orientée des travaux de A.BULLINGER sur l'investissement et le développement moteur de l'enfant pour justifier mon propos : à savoir que **l'espace buccal tient une grande place dans la construction motrice de l'enfant**. L'approche complète du développement sensori-moteur selon A.BULLINGER est un tissage où se mêlent aspect cognitif, sensoriel, moteur, psychique et émotionnel. Cela nous amène à penser que puisque tout est lié, tout a des conséquences sur tout. Nous allons donc maintenant penser l'oralité comme fondatrice des premiers liens sur lesquels repose le développement de l'activité psychique de l'enfant.

III. L'oralité à la base du psychisme et du lien à l'Autre

« *Un bébé seul n'existe pas* ».

Débuter cette partie par cette célèbre formule de D.WINNICOTT, permet de rappeler que l'immaturation du petit Homme à la naissance, exige la présence d'un adulte auprès de lui pour assurer sa survie. D'après le Dr. SVENDSEN cité par C.SENEZ, « **la personne qui donne à manger tient le confort ultérieur de l'enfant au bout de sa cuillère** » [75]. En effet, si pendant des siècles, le bébé a été considéré sans émotions, tel un « tube digestif », un contenant sans ressenti, ni pensée, nous savons aujourd'hui que le bébé a des compétences et des besoins spécifiques pour se développer harmonieusement. R.SPITZ l'a démontré avec son concept de « l'hospitalisme » : la seule satisfaction de ses besoins vitaux (nourrissage et change) ne suffit pas. Le bébé a besoin d'être en lien physiquement et psychologiquement avec son environnement humain pour bien se développer. D.WINNICOTT explicite que « *quand l'environnement est facilitant, qui doit être à la fois humain et personnel, est suffisamment bon, les tendances innées du bébé à grandir commencent à s'accomplir* » [80].

1. Les premiers liens en appui sur l'oralité

1.1 Emergence du lien mère-enfant

Les premières interactions entre le fœtus et sa mère débutent dès la conception. « *Dès que le fœtus se trouve dans l'utérus de la mère, les premières interactions, aussi bien biologiques que sensori-motrices, commencent. [...] La maturation du bébé dépendra en grande partie de la chaleur, de l'obscurité, du rythme, de la constance, du mouvement et des émotions que vit la mère. Tous deux vivront cette expérience ensemble jusqu'au moment de l'accouchement* » [10].

A.BULLINGER parle d'« *un véritable dialogue entre le fœtus et son enceinte qui se met en place* » [16] Selon lui, ce dialogue intime est très important car d'une part, il « *alimente les premiers liens d'attachement* » et d'autre part, il précise que son absence du fait d'une durée de gestation diminuée par la prématurité ou par une station couchée imposée à la future mère (diminution des fréquences d'interactions), peut entraîner une source potentielle de désorganisation chez l'enfant.

En outre, selon A.BULLINGER, ce dialogue permet d'amorcer « *un travail représentatif chez la mère et chez le fœtus* » [16]. M.BYDLOWSKI parle de « transparence psychique » pour décrire les caractéristiques du psychisme maternel pendant la grossesse [31]. D.WINNICOTT, quant à lui parle de « *préoccupation maternelle primaire* » pour décrire la période précédant l'accouchement puis la suivant immédiatement, période pendant laquelle la mère montre une délicatesse et une sensibilité élevées pour son nourrisson. Il s'agit de la « mère suffisamment bonne » décrite par D.WINNICOTT. Tous ses sens sont en alerte pour être attentive aux besoins de son nourrisson, elle va ainsi vivre dans un premier temps fusionnée au rythme de son bébé pour pouvoir s'adapter à sa grande vulnérabilité.

Après l'accouchement, les systèmes sensoriels vont favoriser la poursuite du lien mère-enfant, dont les prémices se sont faites in-utero. En effet, bien que le cordon ombilical soit coupé, il existe un autre cordon qui va continuer à relier la mère à son enfant « *dans les premiers mois, voire les premières années de vie. Cet autre cordon est un cordon sensoriel : olfactif, gustatif, tactile et auditif* » [75]. Ainsi, dès la naissance, le bébé peut repérer rapidement, en partie grâce à l'imprégnation sensorielle de la grossesse, les personnes familières « *qui sont très fréquemment voire toujours autour de lui et qui sont rapidement associées à la fourniture de soins, c'est-à-dire de bien-être* » [36].

L'un des soins les plus récurrent, car occupant une part importante de l'activité quotidienne du nouveau-né et de son entourage parental est le nourrissage par voie orale.

L'arrivée dans le monde aérien et la perte de l'enceinte utérine vont bouleverser la fonction alimentaire de l'oralité. En effet, le fœtus disposait jusque-là d'une source d'alimentation constante, le nouveau-né lui, se trouve limité par le temps de latence entre l'expression de la demande (les pleurs) et la compréhension par un autre. La séparation des corps mère – enfant vient créer un écart temporel, auparavant caractérisé par la discontinuité. Ainsi va s'installer un rythme en alternance entre besoin et satisfaction, **entre faim et satiété, qui se reflète dans ses états toniques.** C.POTEL met l'accent sur la nécessaire transformation de cette alternance « besoin et satisfaction » en « tranquille et sécurisée » pour protéger l'enfant et le secourir lors des vécus tyranniques liées à un mal-être corporel. Elle dit que « *si la détente procurée par la régularité des soins nourriciers ne s'installe pas (et ce pour des raisons diverses), le bébé aura du mal à ressentir et à construire la sécurité de sa continuité corporelle* » [67].

Néanmoins, la seule régularité des soins ne suffit pas non plus à garantir ce sentiment de sécurité. Le cadre environnemental doit répondre à certains critères spécifiques pour le bon développement de l'enfant. Ce sont les travaux de D.WINNICOTT qui nous éclairent sur les conditions favorables à mettre en place pour le bébé. Il décrit [25] :

- Le « **holding** » traduit en français par « maintien » qui correspond à la manière dont une mère porte son enfant. Si le bébé se sent physiquement contenu et ramassé, cela lui permet de se vivre en sécurité et psychiquement unifié. // Rappelons ici l'importance que A.BULLINGER accorde aux appuis pendant le temps alimentaire pour la bonne constitution de l'espace oral.
- Le « **handling** » qui correspond à la manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné. Il s'agit d'une gestuelle et d'un rythme des soins qui vont permettre aussi au bébé de se sentir comme une personne. // soit l'inverse du concept « d'hospitalisme » cité plus haut.
- « **L'objet presenting** » qui correspond au fait que « *la mère offre son sein ou bien le biberon au bon moment, ce qui donne au bébé le sentiment que c'est justement de lui dont il avait besoin précisément à ce moment-là* ». Ce sentiment, pour D. WINNICOTT est essentiel et permet au bébé d'avoir confiance, et d'acquiescer un « sentiment d'être ».

Ce dernier concept peut se mettre en parallèle avec les mots de C. POTEL qui décrit comme qualité principale de la mère un savoir pour « *doser la quantité suffisante d'excitation dont l'enfant a besoin, sans en dépasser les limites. Ni trop, ni trop peu !* » [67]. On peut nommer cette fonction de la mère « fonction de pare-excitation ». C'est une notion décrite par S.FREUD qui l'a « *envisagé initialement comme une fonction de protection de l'organisme contre les excitations provenant du monde extérieur, le système de pare-excitation désignera aussi ultérieurement l'appareil qui en est le support (FREUD, 1920)* » [9]. Par ailleurs, B.GOLSE a développé la fonction de « pare-incitation » qui consiste en la capacité de la mère à protéger l'enfant de ses stimulations internes. En effet, « *il existe aussi toute une série de stimulations et d'excès de stimulations qui peuvent lui parvenir à partir de son corps et du dedans de lui-même* » [33].

En outre, je souhaite rappeler la notion de « *dialogue tonique* » développé par H.WALLON. Selon lui, l'ajustement tonique se fait sur un mode vibratoire selon quatre modalités : porter, palper, parler et penser [72]. J.AJURIAGUERRA a repris et développé les travaux de H.WALLON et a décrit le « dialogue-tonico-émotionnel » qui est un véritable outil de communication entre la mère et son enfant. Celui-ci se fait notamment par les regards, les sourires, les touchers, les vibrations et les mimiques émotionnelles. Le dialogue tonico-émotionnel est le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre.

Ce premier point tend à rappeler que bien que compétent, le nouveau-né reste vulnérable ; de ce fait, son environnement humain prend une place centrale dans son accompagnement. Il ne s'agit pas uniquement de porter des soins physiques, la part affective, psychologique et la régularité sont essentielles pour le développement de l'enfant. **Grâce aux interactions répétées de la vie quotidienne et notamment l'alimentation, le parent contribue à la construction d'un vécu de sécurité chez l'enfant.**

1.2 Attachement

Le 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.**

En effet, « *pour la mère, nourrir son bébé est un acte beaucoup plus profond que le geste mécanique de lui donner le sein ou le biberon* » [10]. « *Si la mère répond aux besoins nutritionnels, corporels et affectifs de son bébé, l'enfant, en se nourrissant, apporte à sa mère un sentiment de bien-être, de gratification et de reconnaissance de ses compétences maternelles* » [3]. A.BODON parle de « *transformation réciproque* » pour exprimer cette union entre l'enfant et sa mère au cours de l'acte nourricier car tous deux communiquent et se transforment réciproquement. Elle ajoute que « *cette transformation réciproque n'est possible que si la mère a le DESIR et du PLAISIR à nourrir son bébé. Si cette condition n'existe pas alors le bébé tout simplement se nourrit mais la transformation réciproque, tellement émouvante et essentielle pour l'évolution de l'enfant, n'a pas lieu* » [10]. Enfin, elle décrit le plaisir de l'enfant comme le plaisir de la mère. Un plaisir composé de sensations, de tonus, de réponse hormonale et neuronale, un plaisir étendu à l'ensemble du corps de l'enfant qui unifie l'ensemble des parties du corps et permet de créer des souvenirs et des représentations inconscientes.

A travers cet échange de nourriture, la mère est donc 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. Le temps alimentaire favorise ainsi une reconnaissance réciproque.

D'après la théorie de l'attachement décrite par J.BOWLBY psychiatre et psychanalyste anglais, cette reconnaissance réciproque vient créer un lien d'attachement, une affection spécifique, à la base de la sécurité interne du bébé. Il place l'attachement et l'alimentation sur le même plan qui sont tous deux à « *l'origine d'un besoin biologique premier* » [72]. Il les décrit comme « *nécessaires au bon développement et à l'établissement des relations sociales* ». Dans sa théorie, la bouche occupe une place centrale puisque trois des modalités d'attachement sont issues de la sphère orale : la succion, le cri et le sourire.

En somme, **l'oralité favorise l'attachement de la mère à son enfant et inversement.** Au-delà de la fonction biologique et affective que revêt ce temps de nourrissage, l'oralité permet à l'enfant de se construire, d'intégrer et se représenter le monde. « ***C'est autour des temps de nourrissage que l'essentiel de la vie psychique va s'organiser pendant les premiers mois de vie*** » [79].

2. Investissement psychique autour de l'oralité

Le bébé se construit, intègre et se représente « ses différentes expériences dans la relation à sa mère ou la personne qui assume auprès de lui la fonction maternelle. [...] Cette fonction maternelle peut-être exercée par toutes les personnes qui prennent soin du bébé, comme le père, la gardienne, la grand-mère... Il s'agit d'une fonction partagée, même s'il est important pour le bébé de cet âge d'avoir une personne principale d'attachement » [24]. Aussi, je fais le choix dans cet écrit d'utiliser le terme « mère » pour nommer la personne qui occupe la fonction maternelle.

2.1 Structuration de la pensée autour du repas

« L'alimentation est tout d'abord le comblement d'un besoin instinctif et de tensions sensorielles, puis devient progressivement un jeu, un intérêt, un mode relationnel avec l'extérieur, impliquant les notions de plaisir et déplaisir » [76].

Le repas est un moment privilégié, pluriquotidien, durant lequel tous les sens sont en éveil. L'enfant n'est pas seulement nourri, d'autres expériences viennent se cumuler : *« se sentir contenu, retenu, soutenu, porté, caressé, regardé par sa mère qui, de plus, s'adresse à lui... » [76].* La richesse de cette situation **permet à l'enfant de réunir et intégrer de multiples perceptions et sensations, qui grâce à l'aspect narratif du repas permettra de les transformer en représentations.** *« Ces différentes stimulations sensorielles vont permettre à l'enfant d'anticiper les différents moments du repas, notamment celui de la mise en bouche de l'aliment, et de s'y adapter » [21].*

Il existe un lien étroit entre le rythme des soins et la temporalité. **La répétition et la régularité du soin alimentaire participent à la structuration temporelle, qui elle, participe à la structuration de la pensée.** *« L'acquisition d'un rythme est la première intériorisation d'une temporalité qui permet au bébé de prévoir, d'anticiper, de se constituer un objet interne » [71].* Les **premières expériences du rythme sont circulaires** et apparaissent dans un cadre ritualisé : sommeil et repas. C'est l'idée de macro-rythme de D.MARCELLI. Ils correspondent à la répétition du soin qui favorise la mémorisation, l'anticipation, la prévisibilité et enfin le sentiment de continuité. C'est dans ce cadre ritualisé et sécurisé, que l'enfant va pouvoir accéder à de nouveaux apprentissages, car c'est par la répétition que l'intégration se fait. **Le rituel structure la pensée.** D.MARCELLI exprime qu'il est néanmoins important d'instaurer des micro-rythmes qui permettent au bébé des temps de découverte de l'environnement qui produisent du ludique et de la surprise. Vivre des expériences d'attentes et d'imprévus, en plus de participer à la structuration psychique, s'apparente aux expériences de l'aléatoire au sein de l'inter-relation. *« L'accès à la temporalité va de pair avec l'organisation de l'espace corporel et permet la constitution d'un espace psychique interne » [71].*

A.BULLINGER décrit le repas comme une chaîne de composantes où interagissent les éléments suivants :

Appétence et recrutement tonique
Composante olfactive
Mise en forme posturale
Capture
Exploration
Succion
Déglutition
Satiété
Aspects hédonistiques et de détente

Ces événements, successivement commentés par la personne qui donne le soin, « *constituent une narration qui permet au bébé de donner du sens aux états toniques et aux événements qu'il ressent et partage* » Par ailleurs, A.BULLINGER ajoute que « ***la prise de sens de ces variations d'état, offerte par le milieu humain, permet que se constitue une enveloppe corporelle*** » [16].

Les composantes olfactives sont très importantes lors du repas, elles préparent la mise en bouche et activent la salivation. En plus de participer au lien mère-enfant, elles sont émotionnellement **associées aux notions de plaisir et déplaisir**. En effet, « *les voies neuro-anatomiques de la gustation comme celles de l'olfaction empruntent le système limbique, c'est à dire un complexe neuronal responsable de l'humeur, des émotions, et qui contribue à l'organisation de la personnalité et de la vie psychique* » [77].

La mise en forme posturale de l'enfant lors du repas est centrale pour favoriser le bon déroulement de cette situation. Il convient de **favoriser un schéma d'enroulement** avec une flexion de la nuque et un appui dans le dos. Cette posture favorise la détente de la musculature de la nuque et permet au réflexe de déglutition de fonctionner sans entrave.

« *Le jeune enfant contenu dans les bras fait un appui externe sur le corps de l'autre qui le conduit à acquérir un appui interne sur sa colonne vertébrale en vue d'une meilleure tenue de tête ou d'un redressement axial [...] Il s'assure ou se rassure par le corps à corps. L'unification du corps et du psychisme de l'enfant se fait grâce à la mère puis grâce à l'enfant qui prend le relais* » [76].

En plus de s'ancrer dans un contexte culturel, sociétal, historique, à la croisée des valeurs morales et des transmissions intergénérationnelles. **Le repas constitue un temps où l'enfant se construit dans la relation à sa mère. Les interactions entre un parent et son enfant, quand elles sont adaptées, deviennent structurantes pour l'enfant. Il accède petit à petit à la représentation du monde et de son corps. La zone orale est progressivement investie et permet l'émergence de l'activité psychique de l'enfant.**

2.2 Le stade oral

S.FREUD est le premier auteur à avoir théorisé l'investissement de la zone orale. Il a décrit le développement psycho-affectif dans sa théorie de l'étayage qui repose sur 5 stades : le stade oral, le stade anal, le stade phallique, la période de latence et le stade génital.

Le stade oral « *recouvre approximativement la première année de la vie et globalement c'est une année consacrée à la préhension : prise d'aliments, mais aussi prise d'informations au sens large* » [34]. La bouche est la zone corporelle dominante pendant cette période.

Dans un premier temps, les fonctions de l'organisme telle que l'alimentation ont un rôle purement neurophysiologique. Le bébé boit d'abord pour se nourrir, mais **à travers la tétée et la succion, il découvre une série de plaisirs connexes** : la voix et l'odeur connues de sa mère, le toucher de sa mère, le holding de celle-ci...

Ainsi, dans un deuxième temps, la bouche devient une zone de plaisir et de désir. L'alimentation vient étayer le plaisir et l'investissement libidinal. La découverte de l'excitation bucco-linguale comme **le suçotement des lèvres et du pouce procurent du plaisir indépendamment d'un besoin alimentaire**. « *La succion est source de plaisir et d'apaisement pour le bébé quand il a faim, lors d'un état d'excitation ou pour s'endormir [...] Il s'agit d'un réflexe automatique qui joint l'utile à l'agréable et qui permet à bébé d'introjecter du plaisir au biberon, au sein ou avec une tétine* » [51].

Dans le stade oral, la bouche prend un « *rôle central quant à l'établissement d'une limite entre le dedans et le dehors, c'est-à-dire entre le soi et le non-soi, parallèlement à son rôle dans l'établissement d'une ligne de démarcation progressive entre le registre du besoin et le registre du désir* » [34]. **Les expériences du stade oral vont nourrir la vie psychique de l'enfant. Il va introjecter ce qui vient de l'extérieur, ce qui progressivement va l'aider à se différencier de l'autre.** Il va découvrir que c'est cet autre qui lui offre satiété et plaisir. La succion du pouce pourra le soutenir un moment pour patienter, mais l'enfant va découvrir qu'il ne peut pas résoudre seul sa sensation de faim. **L'expérience du manque et de l'attente, va faire prendre conscience d'un Autre.** L'écart entre le désir et sa réalisation permet une différenciation progressive. Ainsi, le Moi archaïque se constitue par introjection de la libido orale. « *Ce principe se retrouve « dans la croyance des primitifs que les propriétés de l'animal incorporé comme nourriture persisteront comme caractère chez celui qui le mange* » » [58]. « **En tant que stade inaugural, l'organisation orale valorise l'incorporation de l'objet en vue de préparer les identifications futures** » [17].

K.ABRAHAM a ajouté des précisions à l'approche du stade oral de S.FREUD. Il a distingué « *l'oralité passive ou réceptive du premier semestre, de l'oralité active ou sadique du second* » [30]. L'oralité du premier semestre est liée à la succion alors que l'oralité du second semestre est liée au plaisir de la morsure.

2.3 La castration orale

Il arrive un jour où l'enfant doit faire l'expérience du sevrage lacté. Cette étape participe au développement du processus psychique de l'enfant, nommé « castration orale » selon F.DOLTO.

Elle a décrit une succession de « castration » qui « *correspondent aux épreuves qui vont permettre la symbolisation* » [22]. Selon elle, le terme castration ici n'est pas à entendre comme le fait « *de rendre irréversiblement stérile l'individu* » [22]. Il s'agit en psychanalyse d'un « *processus qui s'accomplit chez un être humain lorsqu'un autre être humain lui signifie que l'accomplissement de son désir, sous la forme qu'il voudrait lui donner, est interdit par la Loi* » [22]. Cette signification passe par le langage verbal et corporel.

Cette étape correspond au sevrage de l'allaitement/biberon et donc à la séparation du corps à corps avec la mère. La castration orale sous-tend l'idée de **l'interdit du cannibalisme** « *Tu ne dois plus manger ta mère* » [79]. Par ailleurs, elle conduit aussi à « *l'empêchement de consommer ce qui serait poison mortifère pour son corps, soit l'interdit de manger ce qui n'est pas alimentaire, ce qui serait dangereux pour la santé ou la vie* » [22]. L'enfant en faisant l'expérience de l'interdit (manger quelque chose d'incomestible) découvre que la transgression peut amener une souffrance réelle. **Cette expérience conduit l'enfant à faire confiance à ses parents.**

L'effet symboligène de cette étape tient au parent qui permet à **l'enfant d'intérioriser, à partir d'une expérience de la réalité** (le sevrage) « *une limite à son désir inhérent de continuer à fonctionner comme antérieurement* » [79].

Enfin, F.DOLTO met en avant que cette castration orale doit se faire de manière progressive et adaptée à l'enfant. **Lorsqu'elle est judicieusement donnée, elle aboutit** à la découverte de nouvelles saveurs/ textures, au désir et à **la possibilité de parler**. Elle dit que « *c'est seulement après le sevrage proprement dit – sevrage du corps à corps - que l'assimilation de la langue maternelle commence à se faire* » [22].

2.4 Le théâtre de la bouche

Plus tard, **la bouche deviendra la bouche du langage**. Alors que d'après S.FREUD, l'absence joue un rôle dans la naissance de l'objet et des représentations ; selon N.ABRAHAM et M.TOROK **l'expérience du manque permet l'avènement du langage** : « *le langage ne peut advenir qu'en fonction d'une bascule de la « bouche pleine de sein à la bouche pleine de mot* » [30]. Ils expliquent que cette bascule s'effectue autour de « *l'exploration glosso-linguo-palatale du vide* ». Pour C.THIBAUT la bouche est « *le carrefour anatomique du verbe et de l'aliment* » [76].

Le bébé progressivement va se représenter son espace buccal comme lieu qui peut être rempli « *tantôt avec des sons, qui émeuvent [...] la mère, tantôt avec son poing ou ses doigts* » [71]. C'est selon D.MELTZER, **le premier théâtre du bébé**. La bouche est le lieu où le bébé « *avec des sons et des lallations donne vie aux premiers personnages de la scène psychique interne* » [71]. Si la bouche n'était au début qu'une cavité qui pouvait uniquement se remplir, elle devient ensuite un « *orifice qui peut prendre en elle mais aussi lâcher, qui peut également émettre des sons qui viennent de l'intérieur et qui vont pénétrer dans l'espace psychique de l'autre* » [71]. Les parents sont émus et touchés par les sons produits par leur enfant. **La bouche est ainsi le premier sphincter du corps qui peut prendre et lâcher**. La sphinctérisation de la bouche participe également à l'élaboration psychique d'un intérieur et d'un extérieur.

Ainsi, l'ensemble des expériences physiques, psychiques, émotionnelles et relationnelles confèrent à **la bouche une place centrale quant à l'établissement du schéma corporel et de l'image du corps**.

La notion d'image du corps ne doit pas être confondue avec le schéma corporel. L'image du corps est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire. « **L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles** » [22]. Elle est selon F.DOLTO, éminemment inconsciente mais peut devenir en partie préconsciente, seulement « *quand elle s'associe au langage conscient, lequel utilise des métaphores et métonymies référées à l'image du corps, tant dans les mimiques langagières que dans le langage verbal* ». Elle ajoute que « **c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui** » [22].

Le schéma corporel quant à lui, « réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate » [22]. Il est ce qui spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce humaine. Il est donc en principe, le même pour tous (à peu près de même âge, sous le même climat) nous dit F.DOLTO. Elle le décrit comme inconscient, préconscient et conscient. Selon J.AJURIAGUERRA, il « **s'édifie sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles**. *Le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » [72].

On peut donc conclure que **la bouche** en tant qu'organe central du développement sensoriel, moteur, psychique et relationnel, en tant que lieu de symbolisation, lieu de plaisir et de déplaisir est par conséquent **au cœur du développement des représentations du corps**.

Dans cette première partie, j'ai fait le choix pour une meilleure compréhension du propos de séparer l'oralité en deux grandes parties : corps et psyché. Cette séparation est purement théorique car l'un et l'autre s'influencent mutuellement pour ne former qu'un : le sujet. C'est sur ce fondement que se base la pratique psychomotrice. En effet, « psychomotricité », ce terme « *accole deux mots non pas pour moderniser une conception dualiste de l'âme et du corps par une pirouette linguistique, mais pour désigner deux aspects d'un même objet d'étude* » [39].

Ainsi, cette première partie tend à démontrer la place centrale qu'occupe l'oralité au sein du développement d'un enfant. Elle se développe et se met en place très tôt, elle est au cœur de la vie humaine. En effet, les différentes fonctions de l'oralité, alimentaire, verbale et exploratoire participent à l'émergence du Moi psychique et corporel. L'investissement libidinal de la sphère orale est un support à l'expression de la symbolisation. Elle permet l'établissement des liens d'attachement et participe également à la structuration spatio-temporelle. **L'oralité « fondatrice de l'être » est à la base de l'émergence du Moi.** Il est alors légitime de se questionner sur les conséquences d'une oralité perturbée sur le développement d'un enfant.

Partie 2 : LES TROUBLES DE L'ORALITÉ

I. Définition, manifestations et classification des troubles de l'oralité

1. Définition

Les troubles de l'oralité ou troubles du comportement alimentaire sont nommés « dysoralité » par C.THIBAULT. Il s'agit de « **l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale** » [77]. Elles sont un motif fréquent de consultation chez le nourrisson et le jeune enfant. Elles **peuvent concerner jusqu'à 25% à 50% des enfants** [18].

Les difficultés peuvent s'exprimer par une **absence de comportement spontané d'alimentation** ou par un **refus de s'alimenter**, mais aussi par des troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant, soit des **troubles qui affectent l'évolution globale de l'enfant** [77]. En effet, différentes études ont montré que **les problèmes alimentaires précoces pouvaient être prédictifs de problème de comportement, de troubles anxieux et de troubles alimentaires plus tardifs** (à l'enfance et à l'adolescence). Ces études évoquent des troubles sévères du comportement alimentaire exprimés par un grave refus alimentaire et un retard de croissance chez 1 à 2% des enfants de moins d'un an. Parmi cette population environ 70 % de ces enfants ont continué à montrer des problèmes alimentaires sérieux aux âges de 4 à 6 ans [18].

L'utilisation du terme trouble de l'oralité et non trouble de l'oralité alimentaire n'est pas sans raison. En effet, bien que les difficultés s'observent principalement autour de la fonction alimentaire, parler de trouble de l'oralité « *permet d'emblée d'élargir le signifiant de l'alimentation d'une part vers l'intérieur, c'est-à-dire vers l'ensemble du corps de l'enfant, et d'autre part, vers l'extérieur, c'est-à-dire vers le corps maternel et vers l'environnement* » [1].

V.ABADIE, quant à elle, met l'accent sur le terme de « comportement alimentaire » car il implique à la fois l'outil et sa fonction. Elle explique que « *pour avoir un comportement alimentaire normal, il faut un outil oro-digestif sain et des capacités affectives et centrales qui permettent le fonctionnement de cet outil. Un trouble du comportement alimentaire pourra être généré par le dysfonctionnement de l'un ou l'autre de ces deux acteurs* » [76].

2. Manifestations des troubles de l'oralité

« Si un nourrisson ou un jeune enfant développe des difficultés alimentaires (feeding disorders), il va les exprimer de façon essentiellement corporelle et comportementale » [19].

Les manifestations les plus fréquentes sont :

- **Le refus alimentaire** qui se joue sur différents registres selon M.PUECH et D.VERGEAU, orthophonistes [76] :
 - Le désintérêt qui s'exprime par une absence de manifestation de faim, un **manque d'appétit**, un intérêt pour la nourriture qui semble dénuée de sens et enfin la mise en bouche n'initie pas de succion ou de déglutition.
 - L'opposition active qui s'exprime chez l'enfant par un refus de contact, un **détournement de la tête**, ou alors l'enfant peut mettre sa tête en **hyperextension**, il se met en **colère, se contorsionne, gesticule, pleure, crie**. Il protège son visage avec son bras, il refuse l'introduction dans la bouche par occlusion des mâchoires, contraction de la sangle labiale ; la bouche peut rester ouverte, la langue reculée ou en dôme, il **crache** la nourriture hors de la bouche, l'enfant a des frissons ou il **grimace, des manœuvres d'expulsion** sont mises en place comme un effort de **vomissement** ou une **toux importante** de façon immédiate (à l'odeur ou au contact de la nourriture) ou différée (au cours du repas ou à distance alors qu'il a avalé volontiers).
 - L'opposition passive qui s'exprime par un **refus catégoriquement d'ouvrir la bouche**, un regard fuyant. L'enfant peut se réfugier aussi dans le sommeil. Les **temps de repas sont anormalement longs** et les **quantités ingérées sont minimales**.
- **La sélectivité alimentaire**
- **La néophobie alimentaire** qui (se traduit par « néo » nouveau et « phobie » peur) consiste à rejeter tout aliment nouveau par peur. Elle fait partie du développement normal de l'enfant, c'est sa persistance et sa durée qui doit inquiéter.
- **La nausée**, le réflexe nauséux, des vomissements et la toux
- **La stagnation ou chute de la courbe staturo-pondérale**
- **La distraction conditionnelle** : c'est-à-dire que l'enfant ne mange pas sans distraction, tel que la télévision, la vidéo ou des jeux [44].

3. Classification

De nombreuses classifications ont vu le jour au fil des années. Elles reflètent la complexité des étiologies des troubles de l'oralité. En effet, « *les tableaux cliniques, la cause des troubles, et leurs sémiologies sont d'une grande hétérogénéité* » [1].

La classification la plus couramment utilisée et pratiquée est celle de l'américaine I.CHATOOR, pédopsychiatre et professeure à l'Université de Washington. Elle distingue « *les troubles organiques avec un retentissement fonctionnel et psychologique* » et les troubles d'origines « *psychogènes avec un retentissement fonctionnel* » [18]. Cette classification « *inclut le symptôme, le stade développemental où en est l'oralité de l'enfant et l'organisation du lien mère-bébé* » [1].

Elle individualise six entités nosographiques :

- Le trouble alimentaire de la régulation des états
- Le trouble alimentaire avec un manque de réciprocité mère-nourrisson
- L'anorexie du nourrisson
- Les aversions sensorielles alimentaires
- Le trouble alimentaire avec une cause organique associée
- Le trouble alimentaire post-traumatique

« *La différence entre ces six sous-types entraînent des étiologies différentes qui orientent les dispositifs de soin et les prises en charges proposées* » [18].

II. Les étiologies des troubles de l'oralité

Les raisons à l'origine d'un trouble de la fonction d'alimentation sont diverses. Elles peuvent être de nature organique, de nature psychogène ou de nature mixte. « Dans tous les cas, les retentissements psychologiques sont toujours présents » [18]. V.ABADIE souligne qu'il est « important de savoir quelles sont les principales causes organiques à rechercher avant de parler d'anorexie psychogène » [76]. Le terme « anorexie » est ici à entendre comme « absence d'alimentation » et ne doit pas être confondue avec la pathologie psychiatrique de l'anorexie mentale.

Ainsi, je vais tenter d'établir une **liste non exhaustive** pour évoquer dans un premier temps les pathologies organiques les plus fréquemment rencontrées, puis, dans un second temps, les pathologies psychogènes et enfin le cas des aversions alimentaires d'origine sensorielle. Je vais pour cela m'appuyer essentiellement sur les travaux de V.ABADIE [76], C.SENEZ [75] et T.CASCALES [18].

1. Les causes organiques

1.1 Trouble de l'oralité secondaire à une cause neurologique

- **Les atteintes infectieuses** comme la rubéole ou les fœtopathies microbiennes, virales ou parasitaires
- **Les syndromes génétiques** : la trisomie 21, le syndrome de Willi-Prader, le syndrome d'Angel-man, le syndrome de Pierre Robin, le syndrome de Rett... **Les difficultés alimentaires peuvent parfois être révélatrices de ces syndromes.**
- **Les pathologies neurologiques acquises** comme les tumeurs, les accidents vasculaires cérébraux, les encéphalites ou encore la méningite
- **Les atteintes neuromusculaires congénitales** comme dans les myopathies ou les dystrophies musculaires.
- **La prématurité** avec cette fois-ci une immaturité au niveau du système nerveux central
- **La maltraitance** avec le syndrome de l'enfant secoué peut entraîner de graves problèmes neurologiques.
- **Le vieillissement et atteinte dégénérative**
- Certaines pathologies neurodéveloppementales sont plus à risque de développer un trouble de l'oralité, c'est le cas notamment des enfants porteur d'un **Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)** selon les travaux G.NADON.

1.2 Trouble de l'oralité secondaire à une pathologie digestive

- **Allergie aux protéines du lait de vache** : s'associe à un transit anormal et des douleurs abdominales.
- **Le reflux gastro-œsophagien (RGO)** : responsable de symptômes divers. Les remontées acides peuvent conduire à une hypersalivation. Lorsqu'il est aigu, c'est à dire dans les cas d'œsophagite, il peut provoquer des douleurs au décours des repas qui finissent par induire une anorexie. Les causes sont essentiellement anatomiques selon C.SENEZ.
- **Des douleurs coliques fonctionnelles** : entraînent un inconfort digestif qui s'accompagne de cris, de pleurs, de tortillements et de ballonnements.
- **La maladie cœliaque** : peut se traduire par une anorexie sans que la diarrhée soit au premier plan. Elle s'accompagne le plus souvent de ballonnements abdominaux, d'une altération de l'état général de l'enfant et d'un ralentissement staturo-pondéral.
- **La dyskinésie oro-œsophagienne du nourrisson** : immaturité de la mise en place dans le tronc cérébral et de la coordination de la sensorimotricité responsable de l'oralité primaire. Le mécanisme de succion est déficient dès les premiers jours de vie.

1.3 Trouble de l'oralité secondaire à une pathologie non-digestive

- **Une altération de l'équilibre faim-satiété** : se retrouve dans les syndromes inflammatoires, dans les situations de catabolisme, les syndromes infectieux, ainsi que dans des tumeurs cérébrales. Ce déséquilibre peut aussi être en lien avec la présence d'une sonde naso-gastrique.
- **Les intolérances alimentaires métaboliques** comme l'intolérance au fructose ou les anorexies de l'insuffisance rénale
- **Les troubles de la déglutition**
- **Les troubles de la succion**
- **La prématurité** peut être responsable d'une fonction succion-déglutition non mature et empêcher l'alimentation.
- **Les cardiopathies** qui entraînent des dyspnées, celles-ci représentent un travail respiratoire important qui augmente les besoins énergétiques et fatigue l'enfant et l'hypoxie chronique (insuffisance d'oxygénation des tissus) qui perturbe l'appétit.
- **Les atteintes pulmonaires** dont les troubles de la ventilation. En effet, l'alimentation et la respiration sont deux fonctions intriquées ; les enfants dyspnéiques ont du mal à manger et certaines pneumopathies peuvent être liées à des inhalations ou à un reflux.
- **Les malformations congénitales** comme l'atrésie de l'œsophage, la laryngomalacie ou les fentes vélo-palatines non syndromiques
- **Lors de certains traitements** comme la chimiothérapie ou l'immunothérapie
- **Les phénomènes douloureux** : intervention ORL, agression péri-orale, sonde d'intubation, sonde d'alimentation naso-gastrique ou oro-gastrique, aspirations répétées

2. Les causes psychogènes

2.1 Les anorexies psychogènes

L.KREISLER a décrit chez l'enfant, plusieurs formes d'anorexie psychogène [56] :

a) L'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre

Cette forme d'anorexie souvent bénigne est fréquemment rencontrée chez les enfants. Elle s'exprime essentiellement par un **refus alimentaire** qui démarre souvent au moment de l'alimentation à la cuillère. L'enfant détourne la tête et serre les dents. L'auteur décrit une persistance de la faim mais pas de l'appétit. La satisfaction de la soif reste normale. Alors que l'enfant peut pleurer au moment du repas, il reste éveillé, curieux, joueur, gai et vif en dehors de ces moments. Ainsi, cette forme d'anorexie ne s'accompagne **pas de troubles psychiques en dehors du comportement alimentaire**.

Ce « nouveau » comportement à l'égard de la nourriture peut être la conséquence d'un événement pathologique sérieux ou banal, d'une infection, d'une vaccination, d'un sevrage brutal, d'une diversification qui s'est mal passée ou d'un événement extérieur ayant modifié la vie de l'enfant. Elle s'installe plus ou moins vite.

Au départ, la prise de poids ralentit puis stagnera du fait des petites quantités ingérées. Bien que l'état physique de l'enfant ne soit initialement pas inquiétant, ce refus alimentaire **entraîne une forte angoisse parentale**. Les temps de repas deviennent conflictuels et les parents, apeurés, exaspérés peuvent adopter des **comportements de « forçing » qui vont entretenir le symptôme. L'anorexie peut devenir une attitude**. Une opposition qui dure peut s'organiser sur d'autres registres, dans la famille et parfois plus tard à l'école.

L'auteur évoque qu'une attitude parentale compréhensive, et a-conflictuelle permet l'évolution favorable de l'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre. Il nomme que « *bien des anorexies pourraient être évitées si l'on respectait la règle de ne jamais forcer l'appétit de l'enfant et si cet aspect de la prophylaxie était répandu chez les responsables de l'élevage des nourrissons* » [56].

b) Les formes sévères d'anorexies mentales infantiles

La sévérité de cette forme d'anorexie s'exprime par une absence de faim et le refus des boissons, entraînant **dénutrition et déshydratation**. L.KREISLER distingue la forme phobique d'évolution aiguë, les formes liées aux pathologies limites (prépsychoses et psychoses) et les formes dépressives. L'enfant développe un **comportement alarmant au dehors des temps de repas**. Celui-ci révèle une véritable **souffrance psychique** que l'enfant, en raison de son immaturité cognitive et psychoaffective, **exprime dans son comportement corporel et relationnel**. On peut retrouver la crainte, l'inhibition, la perte du contact, mais aussi d'autres symptômes somatiques comme les troubles du sommeil, des vomissements, des douleurs abdominales, des mérycismes. L'auteur évoque une « **absence de tonus de vie ; ces formes conduisent souvent à l'hospitalisation** » [11].

2.2 Les anorexies post-traumatiques

Dans cette forme d'anorexie, les nourrissons et jeunes enfants expriment un **refus alimentaire sévère** lié à une **peur de s'alimenter après un ou plusieurs évènements traumatiques**. La simple approche des couverts ou de la nourriture peut entraîner une **réactivation des évènements traumatiques** responsables d'une détresse intense de l'enfant. Les enfants peuvent refuser l'alimentation en criant, en se cambrant ou en refusant d'ouvrir la bouche. Ils peuvent également **déclencher un réflexe nauséux** ou vomir. « *La peur de manger et la peur d'avaler semblent dépasser la conscience de la faim* » [18].

« *Ce trouble peut commencer à tout âge* » [18]. Il est la **conséquence psychique et fonctionnelle d'un ou plusieurs traumatismes de l'espace buccal**.

Le traumatisme se définit en médecine comme un « *ensemble de manifestations locales ou générales provoquées par une action violente sur l'organisme* » [42]. Ainsi, **deux populations semblent très à risques de développer un trouble de l'oralité**. On retrouve, les **enfants nés prématurément** qui sont sous assistance nutritionnelle. Ils sont sujets à la répétition d'actes invasifs en lien avec la mise en place d'une sonde alimentaire ou par les intubations et extubations. On retrouve ensuite, tous les **enfants nés avec une malformation de l'œsophage ou de la zone oropharyngée**. Tout d'abord, car ces enfants sont aussi sujets aux intubations et extubations et à la mise en place de sonde nasogastrique ou gastrostomie, mais aussi, parce qu'ils doivent subir de multiples opérations en lien avec leur malformation.

En psychologie et en psychanalyse le traumatisme se définit comme :

- « *Un violent choc émotionnel provoquant chez le sujet un ébranlement durable* » [42].

Le traumatisme peut être **en lien avec une expérience émotionnelle forte**. Certains enfants peuvent développer un trouble de l'oralité en lien avec une **expérience d'étouffement, de fausse route ou des vomissements** de la nourriture solide ingérée.

- « *Tout évènement subit, brutal, entraînant pour le sujet qui en est victime des transformations plus ou moins profondes, plus ou moins réversibles* » [42].

La notion « d'évènement subit » renvoie à l'idée de « forcing » précédemment évoqué. En lien avec des choix éducatifs, ou par angoisses, un parent peut obliger, **forcer son enfant à manger**. Cette **expérience peut être traumatisante et douloureuse** (physiquement et psychologiquement) pour l'enfant.

- « *Excès d'excitation au point que la décharge est impossible et que l'organisme tend à supprimer toute excitation supplémentaire* » [42].

Cette dernière définition renvoie à l'idée d'un **défaut d'ajustement de l'environnement à l'enfant**. L'enfant peut être trop ou mal stimulé autour de sa zone orale. La **fonction de pare-excitation de l'entourage parental n'est pas toujours opérante**, mais elle peut être soutenue et accompagnée par les professionnels.

3. Les causes d'aversion alimentaires d'origine sensorielle

« *L'enfant avec une aversion sensorielle alimentaire refuse de façon sélective de manger certains aliments pour des raisons de goût, de texture, d'odeur et d'apparence* » [18]. Ce trouble - aussi nommé « **dysoralité sensorielle** » par C.SENEZ - se caractérise donc par une **sélectivité alimentaire**.

Ce trouble peut résulter d'une **hyper excitabilité** des mécanorécepteurs et des chimiorécepteurs, **récepteurs du goût et de l'odorat**. En effet, si la sensorialité normale est génératrice d'appétit, une sensorialité exacerbée entraîne l'effet inverse avec d'importantes répercussions sur le quotidien de l'enfant et de ses proches. C.SENEZ explique que « *quand l'hyper-réactivité touche les deux types de récepteurs, certaines aversions peuvent devenir très gênantes pour s'alimenter* » [75]. « *Ces troubles sont également souvent associés à d'autres difficultés sensorielles (par exemple cutanée, thermique)* » [18].

Les manifestations de ce trouble sont précoces et peuvent apparaître dès la mise en place de la diversification alimentaire. Elles s'expriment chez l'enfant par un comportement défensif, une irritabilité, des grimaces, une toux, des étouffements, le déclenchement d'un réflexe nauséux, le crachat de la nourriture, des vomissements. Ces **manifestations motrices et comportementales** s'expliquent notamment parce que physiologiquement, les réponses motrices arrivent toujours après une excitation sensorielle.

Certains enfants **généralisent les aversions alimentaires** aux autres aliments qui ont le même aspect ou la même odeur [18]. Ainsi, un enfant peut refuser toute une catégorie d'aliments **ayant des conséquences graves sur le développement** dues au déficit nutritionnel. Par exemple, le refus de mâcher des morceaux peut avoir pour conséquence **un retard dans la motricité orale** et dans l'apparition du langage.

Pour finir, la plupart des enfants qui présentent un trouble de l'oralité alimentaire d'origine sensorielle manifestent **également des aversions sensorielles non alimentaires**. L'enfant peut ainsi montrer des signes défensifs ou d'inconfort lorsqu'il a les mains sales, les pieds nus dans le sable, mais aussi face à des lumières ou des sons importants [44]. Le réflexe nauséux est particulièrement présent à la suite d'un toucher manuel et cela s'explique parce qu'au niveau cortical, **les aires cérébrales sensitives et motrices des mains et de la bouche sont proches, ainsi quand une zone est stimulée, l'autre l'est aussi** [13].

Nous venons d'observer qu'une multitude d'étiologies peuvent conduire un enfant à développer un trouble de l'oralité. Il n'y a rarement qu'une seule étiologie et rappelons que l'impact psychologique est toujours présent. Ce trouble est souvent le résultat de l'intrication de difficultés de développement, de difficultés organiques et de difficultés psychologiques. Ce trouble peut avoir des conséquences organiques, relationnelles et psychomotrices.

III. Retentissements des troubles de l'oralité

« *Les expériences alimentaires en début de vie peuvent avoir des conséquences durables* » [43]. Ainsi, dans cette partie, je souhaite apporter une **réflexion autour des conséquences possibles d'une oralité perturbée d'un enfant**. Les éléments qui vont suivre sont des potentialités et ne représentent en aucun cas une généralité pour tous les enfants souffrant de trouble de l'oralité. Il s'agit là d'une réflexion fondée à partir de mes lectures et de mon expérience de la clinique psychomotrice. Quelles sont les risques et les conséquences sur le développement psychomoteur de l'enfant ? Quelles conséquences sur le lien parents-enfant ?

1. Au niveau psychomoteur

L'oralité comme nous avons pu le constater en première partie occupe une place centrale dans le développement psychomoteur de l'enfant. En lien avec ce qui a été dit précédemment, **des difficultés autour de l'espace oral peuvent entraîner des difficultés dans la construction de l'axe corporel**. Il est matérialisé par la colonne vertébrale et représente l'axe de symétrie du corps. Il est notre référent spatial et organise les espaces du corps : un devant et un derrière ; une droite et une gauche qui résulte de la jonction-coordination des deux moitiés du corps ; et enfin, la dimension haut/bas permise par l'acquisition de la verticalité. Pour B.LESAGE, si l'axe est une structure et une évidence anatomique, « *la fonction d'axialité renvoie à la façon dont nous intégrons cet axe, et ce qu'il soutient comme vécu* » [61]. Effectivement, intégrer son axe corporel c'est aussi intégrer un axe psychomoteur qui selon S.ROBERT-OUVRAY est « *la capacité à se tenir seul debout dans son espace psychique* ». On observe ici, la dimension psychocorporelle du développement de l'enfant. **Un défaut dans l'organisation physique peut influencer directement le psychisme.**

Aussi, il faut penser qu'un défaut de la construction de l'axe corporel peut entraîner des **conséquences sur l'intégration du schéma corporel**. En outre, rappelons que le schéma corporel porte et croise l'image du corps selon F.DOLTO. Il est donc **intéressant de penser les conséquences des troubles de l'oralité sur l'image du corps.**

La zone orale dans le cadre d'un trouble de **l'oralité est investie d'expériences négatives** ce qui confère un vécu oral désagréable, cet espace peut alors **être désinvesti**. L'absence de considération de la bouche au niveau des représentations du corps **peut renvoyer une image morcelée du corps**, qui renvoie immédiatement à un **défaut d'enveloppe corporelle**. Celle-ci 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* ». A.BULLINGER ajoute que la sensation de satiété permet d'accéder à un premier sentiment de contenance à partir de la dialectique contenant-contenu. Il explique que « *la satiété et la contenance donnent, à travers les tensions musculaires de l'abdomen, un premier sentiment d'existence* » [16].

Selon A.KLOECKNER la dialectique contenant et être contenu souligne d'une part, les expériences de portage, et d'autre part, des expériences positives d'incorporation. Or, nous avons vu que quelles que soient les étiologies, le trouble de l'oralité s'exprime par un refus de s'alimenter ainsi l'enfant ne bénéficie pas, ou très peu d'expériences positives d'incorporation. **L'image du corps et l'enveloppe corporelle peuvent donc être impactées par les troubles de l'oralité.**

L'absence d'alimentation orale a également un **impact au niveau de la sensibilité**. La diminution des expériences sensorielles peut engendrer, parfois un désinvestissement ou des particularités sensorielles qui ne se limitent pas à l'espace oral. En effet, les enfants qui n'ont pas bénéficié de la variété des stimulations tactiles, gustatives et odorantes présentent souvent une **hypersensibilité ou une sensibilité particulière**, notamment au niveau des mains et des pieds.

Les troubles de l'oralité peuvent également **entraîner des troubles de la posture et du tonus**. A.BULLINGER nomme que des **défenses tactiles** sont souvent observées chez les enfants ayant présenté très tôt des difficultés de régulation tonique. Il explique également que « *les techniques d'intégration sensorielle (Ayers, 1979), où l'enfant en mouvement est soumis à des flux variés, permettent le plus souvent de lui redonner les moyens de construire une enveloppe corporelle* » [15].

Chez les nourrissons qui présentent un reflux gastro-œsophagien « *le corps exprime une fuite vers l'arrière du territoire douloureux qu'est la bouche [...] Avec le temps cette attitude motrice crée d'autres désordres structurels, avec des tensions importantes de la chaîne postérieure : un grasping plantaire et un tonus basal perturbé (hypertonie) de l'axe* » [76]. **L'hyperextension est utilisée par les enfants comme un moyen d'échapper à une stimulation orale intrusive**. La présence d'une hyperextension au cours d'un repas, le désorganise. En lien avec un défaut de contenance, le recours à l'hypertonie peut également être une solution pour pouvoir « se tenir ». Les travaux de F.TUSTIN en témoignent « *l'accrochage à l'hypertonie [...] comme une solution pour se sentir, pour se tenir dans les moments de détresse, pour préserver un sentiment d'existence* » [57]. Ainsi, comme le souligne P.DELION « *dans les troubles de la sphère orale, la régulation tonico-posturale joue un rôle fondamental* » [15].

Rappelons aussi que les difficultés de mastication, pour cause organique ou en l'absence d'expérimentation (refus des morceaux), peuvent **engendrer des retards d'acquisition de la motricité orale ainsi que des troubles du langage qui justifient alors une prise en charge orthophonique**.

Le trouble de l'oralité conduit généralement à **une diminution des quantités d'apports nutritifs journaliers, ce qui n'est pas sans conséquence**. En effet, l'apport nutritionnel est une question importante dans l'enfance et la petite enfance, car ces périodes sont considérées comme des périodes critiques pour la croissance physique et le développement neurologique.

Un des retentissements du trouble de l'oralité, qui inquiète et alarme c'est la **stagnation ou la perte de poids**. Celle-ci peut conduire à un retard staturo-pondéral dont les **conséquences peuvent être nuisibles pour le développement à venir**. Selon une étude qui porte sur l'ensemble des comportements alimentaires dans la petite enfance, les enfants souffrant de retard staturo-pondéral « *peuvent avoir un déficit de croissance (par exemple, taille, circonférence crânienne), des habiletés développementales déficientes et sont à risque de problèmes de développement et de comportement à long terme* » [43].

Une étude [73] menée auprès d'une population d'enfants d'âge préscolaire saoudiens ayant des problèmes d'alimentation sans troubles médicaux sous-jacents a révélé **que les problèmes persistants d'alimentation ont un impact négatif significatif sur la croissance, le développement et sur les fonctions cognitives de l'enfant**.

En outre, une autre étude [62] menée sur la malnutrition chronique cette fois-ci, a tiré comme conclusion qu'elle provoque chez l'enfant une faiblesse musculaire et une diminution de l'activité physique. On peut émettre l'hypothèse qu'un trouble de l'oralité sévère, qui dure dans le temps, peut entraîner, par le manque d'apport nutritif journalier, des conséquences similaires.

Enfin, le manque d'apport nutritif peut également **rendre plus vulnérable aux virus** car le système immunitaire ne dispose pas de tous les éléments dont il a besoin pour fonctionner correctement.

Dans des cas les plus sévères, le trouble de l'oralité peut engager **le pronostic vital. Une alimentation artificielle par sonde peut alors être demandée**. Cette solution permet d'apporter à l'organisme sous forme liquide tous les nutriments nécessaires, les vitamines, les minéraux et l'eau. Elle peut être provisoire ou définitive, totale (aucune nourriture ne passe par la bouche) ou partielle. Elle est mise en place en milieu hospitalier et peut parfois se poursuivre à domicile. Deux sortes de nutrition existent : la nutrition entérale (dans le tube digestif) ou la nutrition parentérale (dans les veines).

La nutrition artificielle peut être à la fois conséquence et cause d'une oralité perturbée. En effet, si cette solution permet la survie, elle peut néanmoins avoir des conséquences néfastes sur le développement. Elle peut perturber le rythme des sensations de faim et de satiété. Les sondes naso-gastriques envahissent l'ensemble du carrefour aérodigestif et peuvent entraîner une **diminution des seuils de sensibilité buccale**, diminuer le réflexe nauséux, diminuer les praxies de déglutition ou les praxies oro-bucco-faciales et peuvent favoriser le reflux gastro-œsophagien. Les médecins peuvent être amenés à **répéter ce geste**, il peut être **douloureux** pour l'enfant et semble ainsi à risque de provoquer un trouble de l'oralité post-traumatique.

En outre, retirer la sonde, signe de bonne santé, peut aussi entraîner une douleur physique mais aussi psychique. Par exemple, pour les enfants qui ont longtemps été alimentés de la sorte et qui n'ont jamais connu une autre alimentation que celle par sonde, se la voir enlever peut s'apparenter à une perte partielle de soi, et renvoyer à une image du corps morcelée. **Pour ces enfants, se nourrir n'est pas un acte actif qui convoque leur sensorialité et leur donne du plaisir**. Il se peut même dans le cas de la nutrition parentérale que la bouche ne soit pas représentée comme le lieu par lequel on se nourrit.

2. Au niveau relationnel

Nous avons vu dans la première partie que parents et enfant se rencontrent et se construisent mutuellement autour du soin alimentaire. Seulement, avant même l'accouchement, **l'enfant est matière à penser pour le parent**. B.GOLSE explique que la grossesse est certes physique mais avant tout « psychique ». Ainsi chaque parent, mère et père biologique ou adoptif imagine, pense, se rêve l'enfant à venir. Il décrit « quatre bébés dans la tête des parents » [32]. **Ces pensées s'organisent progressivement et tout au long de la vie mais particulièrement pendant la grossesse**. C'est « l'enfant imaginaire ».

- L'enfant fantasmatique : « *Il s'agit d'un groupe de représentations mentales principalement inconscientes et que chacun des deux parents s'est forgé tout au long de son histoire depuis sa plus tendre enfance* » [32].
- L'enfant imaginé : « *Il s'agit au fond des rêveries conscientes et pré-conscientes du couple à propos de l'enfant qu'il projette d'avoir : son sexe, son prénom, son apparence, etc...* » [32].
- L'enfant narcissique : « *Cet enfant narcissique est le dépositaire de tous les espoirs et de toutes les attentes de ses parents* » [32].
- L'enfant mythique ou culturel : « *Chaque groupe culturel a ses représentations spécifiques de l'enfant et celles-ci imprègnent (...) le fonctionnement psychique des adultes (...)* » [32].

Ainsi avant même d'exister, l'enfant est déjà investi par ses parents. Ils ont des attentes parfois conscientes mais aussi inconscientes sur le devenir de leur enfant. Ils souhaitent qu'il soit à l'image d'eux, à l'image de leur culture. Ils veulent que leur enfant réussisse et par cette même occasion, il réparera leurs regrets et leurs frustrations. **Personne ne souhaite être confronté à la douleur, à la maladie ou à la peur, c'est pourquoi tous les parents s'imaginent un enfant en bonne santé**, un enfant avec lequel on va jouer, s'amuser et partager de nombreuses expériences.

Après l'accouchement, les parents sont confrontés à un premier « deuil de l'enfant imaginaire » pour rencontrer « l'enfant réel ». C'est une étape classique dans le fait de devenir parent. Ce deuil semble plus facile à vivre quand l'enfant se porte bien. Il peut néanmoins être difficile quand la grossesse est interrompue, quand le nouveau-né est différent ou malade. **Cette différence ou la présence d'un handicap peuvent être une véritable blessure narcissique chez le parent qui ne se reconnaît pas dans sa progéniture**.

Par ailleurs, nous avons observé que le parent se reconnaît comme tel en donnant à manger à son enfant, par conséquent, un enfant qui refuse de s'alimenter engendre là aussi **une blessure narcissique chez le parent, qui se sent coupable de pas être capable d'assumer sa fonction nourricière**.

A cette blessure narcissique, s'ajoutent **des angoisses de mort**. Manger est obligatoire pour notre survie. Nous avons observé que certains troubles de l'oralité peuvent conduire à la dénutrition et à la déshydratation, le pronostic vital peut donc être engagé. Le parent, démuni face à son enfant, peut alors adopter différents comportements, le symptôme initial peut alors se chroniciser.

Les troubles de l'oralité peuvent avoir des conséquences sur les comportements d'attachement. En effet, d'après J.BOWLBY, le temps nourricier est un temps créateur de lien d'attachement. Ce lien permet l'établissement d'une véritable sécurité interne chez l'enfant et participe à l'intégration de son sentiment de continuité d'existence selon D.WINNICOTT. **Ainsi, quand le parent est privé de sa fonction nourricière, il ne s'agit pas seulement de nourriture.** On observe souvent une réduction des contacts corporels (encore plus en cas de handicap ou de malformation), l'absence ou la réduction du temps alimentaire prive la dyade parent-enfant de regards, d'échanges, de complicité, de portage. **C'est tout le « holding » qui peut être mis à mal, pourtant si nécessaire à la construction psychique de l'enfant.**

Il faut rappeler qu'il participe profondément au « sentiment de continuité d'exister » chez l'enfant. Celui-ci se base sur des perçus rythmiques de régularités de communications sensorielles et émotionnelles. C'est selon E.PIREYRE « *une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même »* » [65]. Ce sentiment permet de protéger le Moi des angoisses qui le menacent. Ainsi, il faut comprendre **qu'une relation parent-enfants entravée dans les étapes précoces de son développement peut conduire l'enfant à fonder son identité sur un fond d'angoisses.**

La relation parents-enfant peut devenir délétère en présence d'un trouble de l'oralité. Tout d'abord parce que le repas rythme nos vies, il est pensé, anticipé, préparé puis partagé, il se répète plusieurs fois par jour. Ainsi certains parents font face à une angoisse quasi permanente qui ne trouve aucun répit. Cela a des conséquences sur leur qualité de vie et sur le couple parental. En effet, chaque parent adopte une façon singulière d'appréhender le trouble de l'oralité de l'enfant. Certains forcent l'enfant, d'autres vont détourner son attention, d'autres encore vont le punir... Ces divergences d'attitudes, la fatigue et l'angoisse peuvent **mettre à mal tout l'équilibre familial.**

C'est l'ensemble du quotidien et les relations sociales qui peuvent être perturbés. Sortir manger chez des amis, ou chez un membre de la famille expose au regard des autres. Chacun y va de son jugement et de son interprétation, « tu devrais faire comme-ci ou comme-ça », « quand il aura vraiment faim, il mangera ». **Du côté de l'enfant, les liens sociaux peuvent aussi en être impactés.** L'enfant à l'oralité troublée peut ne pas manger à la cantine avec ses camarades, ou alors il est différent car il ne mange pas comme les autres. Avoir un trouble de l'oralité c'est aussi être en difficulté aux anniversaires, pour dormir chez des copains, pour sauter dans le sable ou encore pour participer aux sorties scolaires.

Les troubles de l'oralité sont peut-être parfois invisibles, ils n'en restent pas moins un handicap quotidien pour l'enfant et ses **parents. La présence d'une oralité troublée dans les premières années de vie peut avoir des conséquences néfastes sur l'ensemble du développement de l'enfant et ne se limite pas à la sphère orale, ce qui me semble justifier une prise en charge psychomotrice de ce trouble.** En effet, les désorganisations possibles sont d'ordres somatiques, psychiques, émotionnelles et relationnelles. De plus, ce trouble s'intègre parfois (souvent) dans un tableau clinique plus lourd de handicap moteur et/ou psychique. Il est donc important de les prévenir et de les prendre en charge le plus précocement possible. C'est pourquoi nous allons maintenant évoquer les différents professionnels susceptibles de prendre en charge les troubles de l'oralité.

IV. Prise en charge pluridisciplinaire

« *Prendre en charge un enfant présentant un trouble de l'oralité, c'est prendre en charge un enfant atteint dans son corps en lien avec des parents perturbés dans leur parentalité* » [76]. Au vu de la complexité de ce trouble, une prise en charge pluridisciplinaire sera toujours recommandée.

A ce jour, il n'existe pas de batterie « officielle » pour évaluer les troubles de l'oralité. Chaque professionnel qui intervient, use essentiellement de sa connaissance du développement normal de l'enfant et de son regard clinique pour évaluer au mieux la plainte de l'enfant et de ses parents.

Selon V.ABADIE, lorsque le trouble est installé, « *la prise en charge doit inclure à la fois : les soins de la pathologie causale, la stimulation multisensorielle orale et corporelle globale et le soutien psychologique de l'entourage. Ce sujet est d'abord l'affaire de tous avant d'être celui de spécialistes* » [76].

1. Le médecin prescripteur

Le médecin généraliste et/ou le pédiatre sont les **interlocuteurs privilégiés des familles**. Des consultations régulières sont organisées (dont certaines obligatoires) dès la naissance de l'enfant pour suivre son évolution et son développement psychomoteur et affectif. Ils assurent le suivi médical de l'enfant dont la vaccination et en rendent compte dans le carnet de santé. Chaque rencontre est l'occasion pour les parents d'exposer leurs questionnements autour des étapes importantes de la croissance : diversification alimentaire, acquisition motrice, apprentissage du langage, vie en collectivité... Ils ont par conséquent un rôle essentiel dans la **prévention et le dépistage précoce** des troubles physiques ou psychologiques, dont les troubles de l'oralité. En cas d'inquiétude, ils vont **prescrire et orienter les familles vers d'autres professionnels** pour demander leur avis et leur expertise dans leur domaine quant à la situation clinique de l'enfant et sa famille. En effet, « *poser un diagnostic et faire le diagnostic différentiel conditionneront la prise en charge et la nature du traitement proposé* » [19].

En premier lieu, il convient d'éliminer toutes les causes somatiques avant de s'intéresser aux causes psychogènes d'un trouble d'oralité alimentaire. Pourquoi ? Parce que « *certaines causes organiques, précocement traitées, vont voir les symptômes disparaître très rapidement* » [19].

2. Le médecin gastro-entérologue

Le gastro-entérologue est un médecin **spécialiste de toutes les maladies ou troubles fonctionnels du tube digestif**. Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, de nombreuses étiologies aux troubles de l'oralité sont d'ordre digestives, il convient alors dans le cas de suspicion d'un trouble de l'oralité d'orienter la famille vers ce professionnel. Si diagnostic il y a, il peut proposer un traitement pour pallier aux difficultés. C'est également lui qui est en charge de la pose et du retrait de la sonde en cas de nutrition artificielle.

3. L'orthophoniste

Les orthophonistes sont souvent des **interlocuteurs privilégiés** pour la prise en soin des troubles de l'oralité. C'est d'ailleurs dans ce domaine que l'on retrouve le plus de références bibliographiques. Néanmoins, tous les orthophonistes ne sont pas spécialisés dans cette prise en charge.

Selon le code de la santé publique, (décret n°2002-721 du 2 mai 2002) : « *L'orthophonie consiste à **prévenir, à évaluer et à prendre en charge**, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions* ».

L'orthophoniste est habilité à accomplir des actes dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite, dans le domaine **des pathologies oto-rhino-laryngologiques** et dans le domaine des pathologies neurologiques. « **L'oralité est au cœur de la prise en charge orthophonique** » selon C.THIBAULT [76].

Le bilan orthophonique repose généralement sur une anamnèse et sur une évaluation clinique spécifique. Des **essais alimentaires peuvent être réalisés**.

La prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité **s'appuie sur un travail avec l'enfant et sur un accompagnement des parents**. Elle s'organise généralement autour d'un **éveil sensoriel**, de la **familiarisation** et d'un **travail sur la désensibilisation**. Un protocole de désensibilisation a été mis en place par C.SENEZ et s'adresse aux professionnels mais surtout aux parents. Ils s'appuient sur des massages intra-buccaux, à réaliser plusieurs fois par jour pendant plusieurs mois. Les orthophonistes diplômés peuvent se former à ce protocole en formation continue.

Afin de mieux saisir le travail mené en orthophonie autour de l'oralité, j'ai assisté à une séance avec un jeune garçon de 4 ans que je vais nommer Adryen. Il a passé plusieurs mois en néonatalogie où il était alimenté par sonde. Il souffre du syndrome de West, aussi connu sous le nom de spasmes infantiles qui est une forme rare d'épilepsie du nourrisson. Adryen est également diagnostiqué comme porteur d'un TSA. Il présente une hypersensibilité tactile et auditive. Il est suivi trois fois par semaines en orthophonie et une fois en psychomotricité. Adryen a tendance à vomir face à la nouveauté et quand il éprouve une douleur.

L'orthophoniste s'appuie sur l'approche de A.KAY développée en 1999 pour accompagner Adryen. Il y a différentes étapes qui se font graduellement : tolérer, interagir, sentir, toucher, goûter et manger l'aliment. Adryen en est à l'étape de « croquer-craquer ». La séance est ritualisée ce qui semble rassurer Adryen. Celle-ci débute par un massage accompagné d'une comptine qui part des mains et se termine à l'intérieur de la bouche. Adryen montre quelques réticences à l'entrée en bouche mais l'accepte tout de même. Ensuite, il sélectionne un jeu sous forme de pictogramme et la séance se déroule sur la base du renforcement positif. C'est une technique de prise en charge de l'autisme qui s'appelle Applied Behavioral Analysis (ABA).

Elle est recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) car elle a montré son efficacité. Au bout de dix « croquer-cracher », Adryen pourra jouer avec le jeu qu'il a choisi.

L'objectif de cette prise en charge orthophonique est ciblé sur le trouble en lui-même et recherche l'habituation et la mise en confiance d'Adryen envers l'aliment « réel ». Nous verrons que l'approche psychomotrice se différencie de l'approche orthophonique et ne se concentre pas sur le trouble de l'oralité.

4. Le masseur kinésithérapeute

Selon le code de la santé publique « *la pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :*

- *Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne*
- *Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles »*

Si généralement, ce sont les orthophonistes qui prennent en charge l'oralité, dans le milieu hospitalier ils sont moins présents et notamment en service de néonatalogie, c'est alors souvent les masseur-kinésithérapeutes qui en ont la mission [37]. En effet, comme le souligne l'article 5 de leur décret de compétence « **le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation de la motilité faciale, de la mastication et de la déglutition** ».

5. Le psychologue

Précédemment, nous avons observé que « les retentissements psychologiques sont toujours présents » et que l'équilibre familial peut être mis à mal en présence d'un trouble de l'oralité. Parents et enfant sont anxieux, les relations familiales en pâtissent. Une aide psychologique peut alors être bénéfique pour soutenir enfant et parents. **Un travail d'élaboration peut être mené pour améliorer les interactions familiales.** Le suivi peut concerner uniquement l'enfant, uniquement ses parents ou l'ensemble de la famille. C'est un espace de parole où parents et enfant peuvent exposer leurs souffrances et se mettre au travail pour un mieux-être psychique, émotionnel et relationnel.

6. Le psychomotricien

On ne pense pas toujours psychomotricité dans le cadre des troubles de l'oralité. Et pourtant, comme nous avons pu le découvrir, l'oralité occupe une place fondamentale dans la construction psychomotrice de l'enfant dont le psychomotricien est le spécialiste. Les troubles qui s'y rapportent ne sont pas sans conséquence sur le développement de l'enfant. C'est pourquoi, je vais dès à présent mener une réflexion sur l'approche psychomotrice d'une oralité perturbée.

Partie 3 : APPROCHE PSYCHOMOTRICE

Nous avons précédemment pu constater que du fait de la complexité thérapeutique à poser un diagnostic et de la multitude des retentissements des troubles de l'oralité, leurs prises en charge nécessitent une approche pluridisciplinaire.

Selon moi, l'approche psychomotrice est particulièrement intéressante pour les enfants souffrant de ce trouble. En effet, l'oralité implique des composantes du développement psychomoteur, sensoriel et affectif. Nous avons observé que l'absence d'exploration orale peut « altérer le développement de l'enfant provoquant plusieurs types de difficultés : des troubles de l'alimentation, des troubles moteurs, des irritabilités tactiles, des troubles du langage, des difficultés relationnelles et psychosociales » [50]. Autrement-dit c'est l'enfant dans sa globalité d'être qui peut être affecté. Il est alors intéressant de penser à la psychomotricité dont la spécificité principale est justement une approche globale de l'individu.

Je vais donc dans un premier temps tenter de répondre à la question : qu'est-ce que la psychomotricité ? Puis dans un second temps, je vais détailler le déroulement possible de la prise en charge psychomotrice des troubles de l'oralité. Enfin, je vais présenter une étude de cas de prise en charge psychomotrice.

I. Qu'est-ce que la psychomotricité ?

1. Définition

La psychomotricité est une discipline avec des racines anciennes bien qu'elle n'ait été réglementée que depuis les années 1970. De nombreux médecins, psychanalystes, psychologues, neurologues et d'autres ont participé à son évolution et à sa spécialisation. Ce sont notamment les travaux de J.AJURIAGUERRA qui ont permis la naissance de la psychomotricité, œuvrant pour un fonctionnement et une **approche globale de l'individu**.

C'est une pratique spécifique qui porte sur le corps. En effet, le psychomotricien est reconnu pour être le professionnel qui s'intéresse au corps du sujet. Il **s'intéresse à comment le sujet investit celui-ci**, à comment il l'utilise, à comment il le perçoit, à comment il exprime ses émotions et à comment il entre en relation avec. La considération que le psychomotricien se fait du corps s'appuie largement sur le courant phénoménologique créé par M.MERLEAU-PONTY « **le corps est le véhicule de l'être au monde** ».

Selon C.POTEL, « *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* » [67].

La psychomotricité s'inscrit donc dans une **approche intégrative**, considérant l'individu sous tous ses aspects : corporels, affectifs cognitifs et psychiques. On s'intéresse alors au schéma corporel, aux émotions, au tonus, aux coordinations, à la perception vécue du temps et de l'espace, à l'harmonie de la maturation et la relation à l'Autre. Le corps s'il est physique, il est aussi lieu d'affects, de plaisir, de représentations et outil de relation. La psychomotricité attache donc de l'importance à l'image du corps.

Selon C.BALLOUARD « *la psychomotricité représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques et plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques. Elle étudie la façon dont sont marquées dans le corps un certain nombre de modalités évolutives des mécanismes des fonctions instrumentales et relationnelles. [...] Son domaine est donc celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation* » [7].

Le psychomotricien est un **professionnel de santé qui exerce sa profession sur prescription médicale**. Selon le code de la santé publique, article L-4332-1 : « *Est considéré comme exerçant la profession de psychomotricien toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par un décret en Conseil d'état pris après avis de l'académie nationale de médecine* ».

L'ensemble des actes que le psychomotricien est habilité à accomplir est encadré par un décret de compétence n°88-659 du 6 mai 1988 (annexe 2). **Son champ d'action est large, allant du bébé à la personne âgée, il peut intervenir dans le champ de la prévention, de l'éducation, de la rééducation et de la thérapie.** « *Le psychomotricien assure le traitement des troubles psychomoteurs, instrumentaux et fonctionnels* » [7].

Selon J-M.ALBARET « *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* » [72].

Le soin psychomoteur s'adresse donc à toutes personnes qui voient ses fonctions motrices, sensorielles, affectives, mentales ou comportementales affectées. Selon F.JOLY, « **le psychomotricien vise à recréer chez le patient une harmonisation de ses fonctions motrices, toniques, tonico-émotionnelles et psychiques** ». Son intervention repose sur une relation « *d'implication corporelle qui s'inscrit de façon explicite dans le cadre thérapeutique* » [29]. Il s'agit là d'une des spécificités de l'approche psychomotrice.

2. Relation d'implication

Quel que soit son domaine d'intervention, le psychomotricien appréhende le « corps en relation » et s'intéresse à une « motricité en relation » d'après B.JOLIVET. Ainsi, on comprend que **la relation occupe une place centrale dans la pratique psychomotrice**. « *C'est à partir d'elle que tout s'organise, pour peu que le psychomotricien s'y laisse impliquer suffisamment. Mais tout en se laissant glisser dans cet espace, celui-ci n'en exerce pas moins sa propre capacité à penser et à être affecté dans sa propre subjectivité* » [72]. En effet, nous allons voir que c'est parce que le psychomotricien s'implique – physiquement et psychiquement – que se mettent au travail les difficultés émanant du symptôme psychomoteur qui constitue l'objet de la rencontre entre le psychomotricien et son patient. Selon C.POTEL « **être psychomotricien, c'est engager son corps, ses émotions, son imaginaire** » [67], cela fait donc partie de notre identité professionnelle.

Le travail avec le patient en clinique psychomotrice s'appuie sur ce qu'O.MOYANO a nommé « **l'implication corporelle** ». Cela correspond à la relation « *partagée entre l'enfant et le psychomotricien dans le cadre des séances* ». Selon lui, il ne s'agit pas d'une relation d'une « neutralité bienveillante », mais au contraire d'une « **relation d'implication** ». L'enfant doit pouvoir « *utiliser le thérapeute et en jouer avec plaisir et déplaisir* » pour construire son système de représentation. L'enfant utilise le psychomotricien comme « *premier support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives* ». Dans cet espace de rencontre, **l'enfant va pouvoir à partir de la relation avec le psychomotricien vivre des expériences neuves et constructives pour lui**. En effet, au sein de cette relation, l'enfant va exercer « *tant ses capacités motrices que psychiques avec ce partenaire pas encore symbolique, mais sûrement symboligène* » [72]. Si le psychomotricien est considéré comme un double par l'enfant, « *position dans laquelle il doit s'abandonner* » selon O.MOYANO, il apportera de la différence et de la nouveauté qui seront structurantes pour l'enfant. « *Le psychomotricien devra déployer tout son art pour que d'une position de miroir, il reflète l'autre non plus comme il est mais comme il va pouvoir bientôt devenir* » [63].

Dans cette relation d'implication psychocorporelle, « *le corps parlant du thérapeute rencontre le corps parlant du patient* » [20] et un canal d'échange et de communication s'ouvre : le dialogue tonico-émotionnel.

Pour conclure, reprenons les mots de F.DESOBEAU « **la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est** ». C'est dans un cadre thérapeutique, réfléchi, pensé, aménagé que la relation d'implication va pouvoir s'établir et permettre au processus thérapeutique d'émerger.

3. La notion de cadre dans la clinique psychomotrice

Si chaque rencontre est singulière, toutes reposent sur le même cadre, qui est au service de la relation thérapeutique. C'est le psychomotricien qui est le garant du cadre, de sa continuité et de sa solidité.

Selon C.POTEL « *le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » [67]. C.BALLOUARD lui, le définit comme « *un cadre contenant, ajusté, un cadre relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage ou la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* ».

Le psychomotricien fait usage de sa propre sensibilité à la fois tonique, émotionnelle, sensorielle et affective pour mettre en place un cadre souple, contenant et structurant, permettant l'instauration d'un climat de confiance. **C'est un lieu réfléchi pour optimiser l'investissement du patient**. Selon C.POTEL, le cadre en pratique psychomotrice se décline en un cadre physique et un cadre psychique.

Le cadre physique comprend des conditions de temps, d'espace, de matériel et d'encadrement. Le psychomotricien pense son espace (la salle de psychomotricité) pour que ce lieu puisse « *accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps* » [67]. Les horaires, la fréquence et la durée des séances en psychomotricité sont discutées au préalable pour que s'installe une forme de permanence, de rituel. Ce rituel est là pour venir apaiser les possibles angoisses de l'enfant. On retrouve notamment, beaucoup de rituels autour des moments de séparation qui peuvent être difficiles. Le choix du matériel est important car les objets sélectionnés sont supports de créativité, d'intégration et d'imaginaire. Ce sont des objets médiateurs qui serviront la prise en charge.

Le cadre psychique permet la mise en pensée des actions, s'appuie sur des références théoriques et sur les expériences acquises, entre autres, lors de la formation du psychomotricien. « *En travaillant non seulement son corps mais ses qualités d'expression corporelle, le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme – toutes ces choses qu'il a commencé à travailler dans le cadre de ses études et qui vont lui servir de repères – pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients. Accueillir et permettre une transformation de ces symbolisations primaires en symbolisations plus secondarisées via les voies du langage* » [67].

Le cadre psychique selon C.POTEL se compose de plusieurs fonctions dont **l'investissement corporel, la fonction de miroir, la fonction d'étanchéité** – qui contient le secret thérapeutique – et **la fonction de contenance**. La capacité de contenance fait autant appel au corps du psychomotricien qu'à son appareil psychique. Par sa présence, son attitude et ses actes, il apaise, accompagne, reçoit et transforme le trop plein et les débordements des patients. En effet, **le psychomotricien est capable de contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé** et de le détoxifier (W.BION). Cela lui demande d'accueillir inconditionnellement, sans présumé, ni jugement, ce qu'apportent les enfants et les parents en séance.

C'est donc dans ce cadre que le psychomotricien rencontre ses patients et parfois sa famille. Nous allons maintenant aborder le déroulement de la prise en charge psychomotrice des troubles de l'oralité. La première rencontre se fait généralement autour d'un temps de bilan psychomoteur, que seul un psychomotricien diplômé d'état, peut réaliser. Ce premier rendez-vous est d'autant plus important que se jouent les prémices de l'alliance thérapeutique.

II. Prise en charge psychomotrice des troubles de l'oralité

1. Le bilan psychomoteur

Le temps du bilan psychomoteur va être d'une grande richesse pour apporter une vision globale du développement de l'enfant. **Le trouble de l'oralité a-t-il eu un impact sur la manière que l'enfant a d'habité son corps ? Entraîne-t-il un retard dans certaines acquisitions ?** Selon C.POTEL il est d'autant plus intéressant qu'il permet d'envisager « *le symptôme non plus seulement dans sa valeur négative, mais aussi dans sa valeur significative d'un fonctionnement singulier* » [67].

1.1 Qu'est-ce qu'un bilan psychomoteur ?

« *Le bilan est l'acte le plus répandu chez les psychomotriciens et est une part essentielle de ce qui constitue son identité (Grabot, 2002)* » [4].

L'indication d'un bilan psychomoteur se fait par un médecin prescripteur. C'est à partir des signes d'appels et de son propre examen qu'il oriente la demande d'examens complémentaires vers le psychomotricien afin de préciser la symptomatologie.

Le bilan psychomoteur est généralement le premier geste du psychomotricien. Il permet d'évaluer « *les fonction neurocognitives, sensori-motrices, perceptivo-motrices, praxiques, instrumentales et psychomotrices d'être au monde* » [7]. Selon J.BERGES « ***l'examen psychomoteur apprécie à la fois la façon dont le corps est engagé dans l'action et la façon dont le corps est engagé dans la relation à autrui*** ».

Il se réalise sous la forme d'un entretien clinique et d'une mise en situation par des tests qui permettent de rendre compte d'une vision globale des compétences et difficultés du patient. Il « *se définit comme une démarche de rencontre et d'observation du sujet dont l'objectif premier est de déterminer un diagnostic psychomoteur* » [4].

Je vais maintenant mener une réflexion pour un bilan psychomoteur d'un enfant souffrant d'un trouble de l'oralité.

1.2 Le bilan psychomoteur dans le cadre des troubles de l'oralité

Comme déjà évoqué plus haut, il n'y a **pas d'évaluation spécifique à ces troubles**. Le psychomotricien débute son bilan par un entretien clinique en présence de l'enfant et ses parents. **L'observation clinique du psychomotricien commence dès la rencontre en salle d'attente et se poursuit jusqu'au terme de l'évaluation**. Le professionnel observe ainsi comment l'enfant se présente à lui ? Comment a-t-il investi l'espace de la salle d'attente ou celui de la salle de psychomotricité ? Comment se comporte-t-il avec son/ses parent(s) ?

a) Anamnèse

La première rencontre permet d'établir l'anamnèse qui va reprendre l'ensemble du développement de l'enfant depuis la gestation à aujourd'hui. Il est donc nécessaire que ce soit les parents qui accompagnent l'enfant. Dans la mesure du possible, la présence des deux parents est requise car tous deux peuvent apporter des éléments différents et ont un vécu singulier du trouble de leur enfant. Le psychomotricien va questionner le motif de la venue de la famille et **doit repérer qu'elle est la demande et qui l'a formulée ?** Cette demande de consultation peut émaner de la famille mais aussi d'un tiers tel que le pédiatre, l'orthophoniste, la crèche ou l'école... Il est rare que le psychomotricien soit consulté en première intention. La famille arrive au premier rendez-vous en ayant déjà vu nombre de praticiens et c'est souvent **parce que les troubles persistent qu'elle est envoyée vers la psychomotricité.** Cette discipline reste encore mal connue, même par le corps médical. C'est pour cela qu'il m'a semblé important de la définir en première intention de cette partie.

Sous forme d'un entretien semi-directif, le psychomotricien cherche à replacer l'histoire du symptôme dans un contexte de vie familiale et scolaire. Il est important d'être **à l'écoute du discours spontané et de la communication non verbale** des parents mais aussi et surtout celui de l'enfant. Le bilan le concerne, il est alors important d'entendre s'il possède une demande, s'il a des plaintes à partager et d'observer comment il réagit à la description que font ses parents de lui.

Je vais présenter une liste non exhaustive d'informations et de questions que le psychomotricien recherche au cours d'une anamnèse. A savoir qu'elles s'adaptent en fonction de l'âge de l'enfant et de chaque rencontre car toutes sont singulières. La **consultation du carnet de santé** est aussi intéressante pour recueillir certaines informations. Les éléments nécessaires à l'évaluation sont :

- Nom, prénom, âge, date de naissance de l'enfant en question, sa place dans la fratrie, la situation parentale, le mode de garde parental, lieu de vie, le mode de garde dans la petite enfance, la scolarisation...
- **Le déroulement de la grossesse** et le vécu parental de celle-ci.
- **Le déroulement de l'accouchement** : à terme ? voie basse ? etc...
- Les **acquisitions motrices** : tenue de tête, retournement ? tenue assise ? les premiers déplacements ? la marche ? le vélo ? la nage ? l'habillage ? la gestion des couverts ?
- L'acquisition de la propreté et le sommeil
- **Les jeux de l'enfant** : joue-t-il seul ? avec quoi ? dessine-t-il ? joue-t-il à faire semblant ?
- Les activités extra-scolaires
- **Le développement affectif et comportemental** : son tempérament : tonique ou pas ? colérique ? Sa capacité à se séparer, les habitudes de succion (pouce, sucette, doudou), est-ce qu'il a des copains/copines à l'école ? l'acceptation des règles...
- **Le développement langagier** : les premiers babillages, les premiers mots ...
- Il s'agira également de savoir **quels sont les autres thérapeutes qui interviennent** ou sont intervenus auprès de l'enfant et pour quel motif ?

Les troubles de l'oralité de l'enfant sont ensuite approfondis, au-delà de ce qui a été décrit par les parents en première intention. Le psychomotricien a besoin de connaître l'histoire alimentaire de l'enfant depuis sa naissance :

- Mode de nutrition : allaitement au sein ou biberon, ainsi que la qualité et quantité des prises alimentaires de la naissance à ce jour
- Durée des repas
- Goûts, dégoûts, rejets, que ce soit en termes de saveurs, de couleurs, de textures, d'odeurs...
- Quelles sont ses réactions quand il aime et quand il n'aime pas ? Comment l'exprime-t-il ?
- A quel âge a eu lieu la diversification alimentaire ?

Il est également essentiel de **questionner les parents sur la sensibilité sensorielle** de leur enfant au niveau corporel et au niveau buccal (olfaction, toucher, vue, ouïe, goût), mais également au niveau vestibulaire (bouge-t-il beaucoup ? En effet, A.BULLINGER « *propose de considérer « l'agitation » de certains enfants comme répondant à l'impossibilité de se construire une image du corps stable et permanente, les variations toniques tenant lieu de consistance : **des impressions sensorielles en l'absence de représentations** » [57].*

- Est-ce que l'enfant supporte d'avoir les mains sales ? De marcher dans le sable ? Comment se déroule la douche et/ou le bain ?
- Est-ce qu'il accepte qu'on lui touche le visage ?
- Peut-il introduire la brosse à dents dans sa bouche ? Accepte-t-il qu'on le lui fasse ?

Le recueil de toutes ces informations permet au psychomotricien – à partir de ses premières observations et de la demande – de **préparer une trame de tests** qu'il va dans un second temps proposer à l'enfant. Cette trame n'est bien sûr pas définitive et s'ajustera en fonction des réactions du patient afin de **faire ressortir au mieux l'organisation globale de son développement psychomoteur**.

b) La passation de tests

Dans un deuxième temps, le psychomotricien utilise des tests standardisés et des tests non standardisés, lui permettant d'allier regard objectif et subjectif sur les compétences de l'enfant. Il **accorde tout autant d'importance à comment l'enfant s'organise pour réussir qu'aux résultats**. En effet, « *l'évaluation psychomotrice doit être envisagée comme une démarche exploratoire, ce qui veut dire que son objectif premier n'est pas simplement de rechercher un trouble, mais de découvrir ou redécouvrir avec le sujet son potentiel psychomoteur* » [4].

Les domaines étudiés au cours de l'examen psychomoteur sont généralement : les aptitudes motrices et psychomotrices, la graphomotricité, les praxies idéomotrices (test d'imitation de gestes), la dominance latérale, les fonctions attentionnelles et exécutives, l'utilisation et l'organisation des données spatiales et temporelles, le tonus musculaire, les coordinations, les gnosies corporelles, et le monde émotionnel.

Il existe plusieurs bilans pour évaluer la sensorialité qui me semble intéressant à proposer dans le cadre des troubles de l'oralité. On retiendra notamment :

- Le profil sensoriel de Dunn 1 que je vais vous décrire par la suite.
- Le profil sensoriel de Dunn 2 qui concerne une plus large population que le premier mais qui n'est pas encore étalonné sur une population française. Il s'adresse aux enfants à partir de leur naissance jusqu'à 14 ans 11 mois.
- Le profil sensoriel et perceptif de O.BOGDASHINA qui s'adresse spécifiquement à la population TSA.

➔ Présentation du profil sensoriel de Dunn

Elaboré par W.DUNN en 1994, il a subi plusieurs révisions. En 2010, il a été étalonné auprès d'enfants français. Le profil sensoriel s'adresse aux enfants âgés de 3 ans à 10 ans et 11 mois. Il s'agit d'un questionnaire adressé aux parents ou à toute personne étant quotidiennement au contact de l'enfant (membre de la famille, éducateur...). Il conviendra toutefois, de ne pas proposer la passation systématiquement car dans certaines pathologies, répondre aux questionnaires peut renvoyer à la famille la grande détresse de leur enfant.

C'est le cas de Camille – que je vais vous présenter par la suite – qui souffre d'un syndrome de Rett et qui possède une sensorialité particulière. Elle présente un retard de développement qui ne permet pas de répondre à un grand nombre de questions du profil sensoriel, aussi il ne m'a pas semblé opportun de le proposer.

Le profil sensoriel permet d'évaluer les spécificités sensorielles du sujet, et d'en mesurer les impacts dans sa vie quotidienne. Il a une visée de diagnostic. Le questionnaire comprend 125 items, répartis en 3 catégories :

- Section 1 : traitement de l'information sensorielle (65 items).

Cette section concerne les **réactions des enfants pour les principaux systèmes sensoriels**. Elle est divisée en 6 sous-sections, s'intéressant individuellement au traitement des informations auditives, visuelles, liées à l'équilibre (vestibulaire), tactiles, multisensorielles et sensorielles orales.

- Section 2 : modulation (34 items).

Cette section « reflète la régulation des messages neuronaux par la facilitation ou par l'inhibition des divers types de réponse » (Dunn, 2010).

- Section 3 : réponses comportementales et émotionnelles (26 items).

Cette section permet de **répertorier les comportements et les émotions** qui découlent du mode de traitement sensoriel propre au sujet

L'interprétation des résultats ne nécessite pas de qualification spécifique. Il est néanmoins préférable d'avoir une bonne compréhension du traitement sensoriel et de ses répercussions sur le comportement afin de permettre la meilleure interprétation possible.

Les capacités de traitement de l'information sensorielle sont ensuite **classées selon 3 possibilités : performance typique, différence probable, et différence avérée**. Le profil sensoriel permet aussi d'établir si l'enfant présente des hypersensibilités ou des hyposensibilités. L'interprétation se fait aussi en termes de comportements de recherche ou d'évitement des sensations.

Une analyse des résultats est proposée en termes de facteurs, il en existe 9 : recherche de sensations, réactivité émotionnelle, endurance/tonus faibles, sensibilité sensorielle orale, inattention/distractibilité, hyporéactivité sensorielle, sensibilité sensorielle, sédentarité et motricité fine/perception. Ces facteurs caractérisent l'enfant et déterminent des patterns, c'est à dire des modes de réaction préférentiels du sujet face aux stimuli environnementaux.

Il existe un questionnaire abrégé comportant 38 items qui sert davantage au dépistage. Les questions ciblent la modulation sensorielle. Lorsqu'il en ressort que l'enfant présente des comportements dits particuliers, il est alors conseillé d'utiliser le questionnaire complet.

Il me semblait important d'approfondir ce bilan car dans la prochaine partie nous allons découvrir que l'aspect sensoriel occupe une place centrale dans la prise en charge psychomotrice. En effet le paradigme de la psychomotricité est le suivant : **« Le développement et le fonctionnement humain comprennent trois volets absolument indissociables et en permanente interaction : la sensation, la représentation et l'action »** [67]. L'aspect sensoriel est au centre du développement psychomoteur, affectif et cognitif de l'enfant.

Nous avons précédemment vu que l'espace buccal est un haut lieu sensoriel et que, en tant que premier lieu d'exploration, il permet à l'enfant de se découvrir et de découvrir le monde. Il s'agit de la période sensori-motrice décrite par J.PIAGET : par répétition d'expériences sensorielles et motrices du monde qui l'entoure, l'enfant construit des schèmes d'assimilation à partir d'une coordination sensori-motrice.

La conscience du corps propre repose sur l'équilibre sensori-tonique. Selon H.WALLON l'équilibre sensori-tonique est « l'état interne de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu ».

Pour A.BULLINGER, l'équilibre sensori-tonique repose sur le milieu biologique, le milieu humain et le milieu physique. Le milieu biologique correspond à l'intégrité des systèmes sensoriels. Pour lui, il est nécessaire d'avoir une « surface d'équilibre » entre ces trois facteurs pour assurer le sentiment d'exister de façon stable et durable.

Selon A.AYRES, « *avant d'apprendre à lire, à écrire et à calculer, nous devons donner une signification à ce que nous voyons et entendons, nous devons être capables de planifier nos mouvements et d'organiser notre comportement. Cette capacité dépend de l'efficacité avec laquelle notre système nerveux organise les messages que nos sens lui transmettent* » [46]. Cette ergothérapeute américaine a conceptualisé la théorie de l'intégration sensorielle. Elle a décrit un processus neurologique qui organise les sensations reçues du corps et de l'environnement ce qui permet d'utiliser le corps d'une manière efficace dans cet environnement. Son modèle propose « *l'intervention et le traitement des déficits du processus d'intégration sensorielle [...] La rééducation a pour but d'intervenir directement sur les difficultés (troubles de modulation sensorielle) qui affectent le comportement de l'enfant* » [46].

Aussi on comprend que **pour « habiter son corps », il faut maîtriser les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme**. S'intéresser à comment les enfants ressentent, perçoivent et vivent l'information sensorielle me semble donc primordial dans la prise en charge psychomotrice des enfants souffrants d'un trouble de l'oralité afin de pouvoir les accompagner au mieux par la suite. D'autant plus, que la sensorialité peut être cause et conséquence de ce trouble. Dans le cas des aversions alimentaires d'origine sensorielle, elle est la cause ; dans le cas de la nutrition artificielle et en l'absence d'exploration orale, elle peut entraîner un traitement de l'information sensorielle perturbée.

c) Rédaction et restitution

La rédaction du compte rendu de bilan permet de prendre du recul sur le vécu et l'observation. Il fournit un récapitulatif des forces et faiblesses qui orienteront la démarche de soins.

C'est un temps très important. La loi du 4 mars 2002 a mis l'accent sur l'accès du patient à son dossier médical. Ainsi, rédiger un bilan, mettre des mots sur un patient n'est pas anodin. Il doit être élaboré avec sérieux. Il faut employer des termes appropriés afin qu'ils soient recevables par tous, tout en restant au plus près des compétences et observations réelles du patient. **C'est une « photographie » réalisée à un instant donné.**

S'il y a prise en charge psychomotrice, ce compte rendu servira de base et pourra être comparé aux photographies suivantes, et le cas échéant de préciser ou encore de réorienter la thérapie. Ce compte rendu détaillé **permet de partager notre travail et notre qualité d'observation** auprès du patient et de ses parents, mais également aux autres professionnels. **C'est à partir de ce bilan que le psychomotricien propose un projet thérapeutique – qui s'appuiera sur les médiations corporelles –** en complémentarité des autres prises en charge déjà en place (s'il y en a).

2. Les médiations corporelles

Le dispositif de soin en psychomotricité repose sur l'utilisation de médiations corporelles. Il s'agit là d'une autre spécificité de la clinique psychomotrice. Le décret de compétence le stipule de la manière suivante « *contribution par des techniques d'approche corporelle* » (annexe 2).

Le mot médiation se définit comme « *Mettre d'accord. Intermédiaire. Processus créateur* » [67]. Quelle que soit sa nature (corporelle, sportive, artistique...), la médiation propose un espace « entre » le patient et le psychomotricien. Elle organise les temps de rencontres et offre un objet commun d'attention conjointe à partager.

En psychomotricité, « *l'enjeu se décale de la compétence. C'est la relation et la communication – organisées par la médiation et dont la forme et le contenu dépendent de la médiation – qui vont être le premier objectif* » [67]. On fait, on ressent, on vit des **expériences concrètes**, corporelles, perceptives, sensorielles, ludiques, tactiles et kinesthésiques. C'est en effet, un lieu d'expériences de sensations et de perceptions qui servent de support à l'exploration de soi, de l'Autre et de l'environnement. Les médiations peuvent être qualifiées d'« *aires transitionnelles* » dont parle D.WINNICOTT.

Les médiations créent chez l'individu du vécu, des expériences personnelles et sociales. Le psychomotricien propose particulièrement des expériences sensori-motrices – à la base de notre existence – pour faire (re)vivre le sujet dans son propre corps. Les médiations permettent de **mettre en relation le patient avec son propre corps** avec le médiateur du corps du psychomotricien. « *Au travers des activités ludiques, c'est toute l'expression du corps et sa fonctionnalité qui se déploient au service d'une maturation et d'une construction d'« être soi »* » [67].

Les médiations participent – avec l'étayage du psychomotricien – à la transformation des éprouvés en représentations. Elles ont en ce sens, une **valeur de symbolisation certaine**. Selon F.JOLY, « *les médiations corporelles thérapeutiques, les « techniques du corps » au sens de M.Mauss, dans leurs déclinaisons différentielles et leurs dispositifs respectifs mettent toujours au travail les registres complémentaires des symbolisations « plurielles » (J.J.Baranès) et singulièrement des symbolisations primaires (R.Roussillon) comme opérateurs thérapeutiques princeps* » [52].

« *La symbolisation, du moins dans ses formes primaires, a besoin d'objets concrets, de motricité corporelle pour pouvoir se déployer, elle offre ainsi, et c'est sa singularité, la possibilité pour l'enfant de matérialiser, rendre perceptible l'activité représentative* » [69].

Selon R.ROUSSILLON, « *il existe un temps intermédiaire où les processus psychiques, pour pouvoir se déployer, ont besoin d'objets concrets, de motricité corporelle afin d'offrir la possibilité de rendre perceptible et manipulable l'activité représentative. [...] Il faut que les choses soient suffisamment agies, suffisamment mises en actes et ainsi représentées en acte, actualisées, pour pouvoir ensuite valablement se suspendre et se resymboliser autrement* » [69].

Il faut préciser que « *l'objet médiateur ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même indépendamment du dispositif* » [53]. **Le processus de symbolisation se réalise dans la relation avec le psychomotricien.** Pour illustrer ce propos, je reprends les mots très explicites d'un de mes professeurs psychomotriciens à l'IFP « *la terre ne soigne pas, le cheval ne soigne pas, l'eau ne soigne pas, c'est la relation à travers l'objet média qui soigne* ». C'est la raison pour laquelle il n'y a **pas de « dispositif type » de prise en charge psychomotrice des troubles de l'oralité.** Celle-ci se base sur des axes de travail que nous allons décrire par la suite, mais les moyens utilisés, la ou les médiation(s) sélectionnée(e)s varient d'un patient à l'autre, d'un psychomotricien à l'autre et d'une relation thérapeutique à l'autre.

Avant de conclure et de passer sur les axes de travail dans la prise en soin des troubles de l'oralité chez l'enfant, je souhaite m'arrêter un instant sur la médiation jeu, et « le jouer avec » (formule de F.JOLY) qui occupe une grande place dans la clinique psychomotrice – si ce n'est la plus grande – auprès des enfants. En effet, il est intéressant et essentiel dans la construction du « Je » et de l'identité du sujet. Selon D.WINNICOTT « *c'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'existence expérientielle de l'homme* » [53]. A partir de ces travaux, de ceux de S.FREUD, M.KLEIN et d'autres, F.JOLY prône et défend que **le jeu est un travail.**

Selon lui, « *c'est une expérience intersubjective impliquant la totalité de l'être, dans sa globalité psychomotrice* » [53]. En effet, le jeu sollicite la sensorimotricité, l'éprouvé du corps, le passage par « l'acte » et la créativité de l'enfant. Il construit et nourrit l'enfant lui permettant ainsi l'accès à la symbolisation et à l'imaginaire. Le jeu est « *une expérience devant être effectivement agie et éprouvée pour prendre sa pleine valeur psychique* » [53]. Le processus thérapeutique du jeu en clinique psychomotrice dépend de la position spécifique du psychomotricien qui par son mode de présence à l'autre et son mode d'interaction ludique et créative, accompagne, étaye, favorise la motricité en relation, l'éprouvé et leur donne du sens.

« *Le paradigme du « jouer » articule la question du corps, de son « habitation »* » [53]. Dans ce sens, il est une médiation particulièrement riche pour appréhender les troubles de l'oralité car **l'enfant est atteint dans son corps.** De plus, par le jeu, les enfants peuvent aussi trouver une manière satisfaisante – en lien avec le psychomotricien – pour exprimer leurs émotions et leurs angoisses (par exemple dans le cas d'une néophobie alimentaire). Cela demande au psychomotricien de travailler sur la mise en mots des émotions, la reconnaissance de celles-ci, pour que l'enfant puisse mieux se le représenter et les exprimer de façon adaptée pour être entendu.

Illustration de la médiation jeu dans le cadre de la prise en charge psychomotrice d'un garçon de 8 ans que je nomme Martin.

J'ai rencontré Martin dans le cadre d'un stage en consultation pédopsychiatrique. La naissance s'est vue compliquée par une circulaire du cordon ombilical qui est une anomalie de position du cordon ombilical qui s'enroule autour du fœtus. La mise au biberon a été difficile. Il a présenté des coliques précoces et un reflux gastro-œsophagien. Les difficultés alimentaires sont apparues avec l'introduction des morceaux, Martin ne les a acceptés que vers 14 mois.

Un suivi en réseau mère-enfant en consultation externe en lien avec des difficultés maternelles s'est mis en place pour soutenir la dyade.

A l'âge de 6 ans, un suivi orthophonique « oralité » démarre. Son bilan décrit que « Martin présente une sélectivité alimentaire ancienne, son réflexe nauséeux est très exacerbé. Il prend un biberon le matin et vient juste d'arrêter la « sucette ». Les praxies de mastication ne sont pas automatiques et le brossage des dents est difficile. **Martin a construit son alimentation autour d'une intégration sensorielle déficitaire qui engendre aujourd'hui une néophobie alimentaire.** Il est rassuré par les aliments qu'il peut manger actuellement et craint d'en goûter de nouveau ». L'orthophoniste a recommandé une **approche psychologique pour « lever les mécanismes de défenses mis en place par Martin ».**

Le bilan psychologique, montre une efficacité intellectuelle mais Martin présente une immaturité affective. Il est très dépendant dans la relation à l'autre et présente une **anxiété omniprésente**. Il met à distance toutes émotions. Son développement psychoaffectif est peu harmonieux et soumis à des angoisses anciennes en lien avec l'oralité. La psychologue oriente Martin pour une **évaluation psychomotrice du fait des préoccupations autour de la sphère corporelle et d'une mauvaise gestion émotionnelle.**

Le bilan psychomoteur est réalisé en centre consultation pédopsychiatrique. Martin avait tout juste 7 ans. Il est **très entravé dans son fonctionnement psychomoteur et dans son lien à l'environnement**. Il montre une grande dépendance et un **besoin de maîtrise sensorielle, relationnelle et spatio-temporelle**. C'est un enfant sensible au cadre qui lui est posé et sur lequel il s'étaye pour gérer une anxiété de fond. Martin montre une grande sensibilité au déséquilibre, notamment quand les contraintes sollicitent des capacités d'ajustements.

Mon stage démarre juste après son bilan et je le rencontre donc au cours de sa première séance. Les séances en psychomotricité s'organisent autour d'une découverte progressive du matériel de la salle. **Martin s'oriente uniquement vers des choses qu'il connaît**. Les mots qui reviennent souvent c'est que c'est « différent » de ce qu'il connaît. D'une manière générale, il préférera toujours les jeux qu'il maîtrise le mieux. Cela me renvoie à sa néophobie alimentaire et sa peur/rejet de la nouveauté. En effet, comme l'exprime L.BRANCHARD « **trop faire rentrer de l'externe vers l'interne constitue une angoisse d'explosion** » [14].

C.THIBAUT quant à elle, exprime que « **avalé, déglutir, c'est faire soi du nutriment, c'est le faire pénétrer dans l'obscurité mystérieuse du corps pour y être incorporé, dissout, digéré** » [76].

On peut ainsi comprendre la difficulté et les angoisses que peuvent susciter le fait d'avaler un aliment que l'on ne connaît pas chez cet enfant en demande/besoin de maîtrise.

De manière assez spontanée, Martin sélectionnera de lui-même des échasses et des jeux d'équilibres comme pour rejouer ce temps de bilan qui a mis en avant des difficultés dans ce domaine. Il s'orientera ensuite vers des jeux de souffles qui lui demanderont un effort important de régulation tonique, puis vers l'utilisation d'un caléidoscope et enfin vers une exploration de balles sensorielles. Il ne montrera **pas de sensibilité exacerbée** au toucher manuelle de celles-ci. Les premiers jeux sensori-moteurs sélectionnés semblent n'avoir aucune autre finalité que la sensation elle-même. Les fins de séances sont marquées par des difficultés de séparation. Martin retarde le moment de quitter la pièce.

Nous allons passer plusieurs séances autour d'un **jeu des odeurs** qui servira de support pour exprimer ce qu'on aime et ce qu'on n'aime pas. Martin ne semble présenter aucune hypersensibilité odorante. Dans la prochaine partie, nous allons pouvoir revenir sur l'intérêt des sollicitations olfactives dans le cas d'un trouble de l'oralité. Nous comprenons que son trouble de l'oralité ne s'intègre pas spécialement dans le cas d'une cause liée à une aversion sensorielle d'origine alimentaire. En effet, les expériences sensorielles sont possibles et ne conduisent pas à un réflexe nauséux. **Cette médiation (jeu des odeurs) permettra d'évoquer les questions alimentaires.** On parlera notamment de son plan d'accompagnement personnalisé (PAP) en milieu scolaire. Celui-ci concerne le repas à la cantine, car c'est sa mère qui le lui prépare : « des pâtes et un gâteau au chocolat ». Dans son discours, cette situation est à la fois vécue comme stigmatisante et à la fois comme satisfaisante car ses copains peuvent envier son repas.

Après quelques séances, Martin va venir **tester les limites du cadre** en cherchant une relation de « copinage » avec la psychomotricienne. Le « non » pourra être posé ce qu'il semble particulièrement le rassurer. Le suivi en psychomotricité sera l'occasion de travailler sur les notions de l'espace, l'espace de soi mais aussi l'espace projeté et représenté. A l'occasion d'un match de football dans la cadre de sa vie privé, Martin nous a fait le récit de sa difficulté à « partager » le terrain avec d'autres enfants. Nous avons pu retravailler ces notions de partage, de distance, de séparation et de limites avec des dessins et des jeux moteurs. Parallèlement aux séances psychomotrices, Martin semble avoir **également besoin d'éprouver les limites et l'autorité.** Il ne semble pas toujours les percevoir et a encore besoin d'en passer par l'expérience réelle, ce qui justifie d'autant plus la prise en charge psychomotrice. Sa mère nous racontera qu'il a transmis son adresse postale dans un jeu en ligne. Martin lui, nous expliquera être monté sur le toit d'une cabane. Par ses actions, il me semble que Martin vient dire quelque chose de sa difficulté à percevoir les limites et le danger.

Je rapproche ces notions de sa problématique, les limites de la bouche à l'interface du dedans et du dehors et le danger lié à sa rigidité pour découvrir de nouveaux aliments. Pourquoi refuse-t-il de goûter ? Quel risque dans l'atteinte du Moi ?

A plusieurs reprises, Martin est arrivé en retard en consultation et nous expliquait ne pas avoir vu l'heure car il était en train de jouer à des jeux vidéo. Ainsi, il semble que la prise en charge psychomotrice permet également un travail d'ancrage dans la réalité corporelle qui vient se différencier de la virtualité des écrans et des jeux vidéo dont il use et abuse.

Après plusieurs mois de prise en charge, Martin me semble bien avoir saisi l'intérêt des séances en psychomotricité comme lieu sûr d'expérimentations et l'utilise pour comparer des sensations. Après une après-midi dans un « trampoline parc », il voudra tester celui de la salle de psychomotricité. Il nommera son inquiétude car le trampoline grince et qu'il a peur que celui-ci casse. Cette expérience sera l'occasion d'amener une discussion sur la confiance en soi, en l'adulte, en son corps et dans le matériel. Nous sommes au cœur de sa problématique autour de l'oralité. **Puis-je avoir suffisamment confiance en moi, en l'adulte, dans les aliments pour en essayer de nouveaux ?**

Martin a investi son corps et s'est construit autour d'une multitude d'expériences orales désagréables et certainement douloureuses en lien avec la présence du RGO qui l'ont conduit vers une rigidité alimentaire qui s'est étendue au niveau comportemental. Le besoin de maîtrise relevé dans le bilan psychomoteur et que j'ai pu observer au cours nos séances, semblent s'être construit dans sa relation à ses parents (dont la relation mère-enfant a nécessité un accompagnement) et en lien avec ses difficultés alimentaires. D'après les écrits des professionnels, son besoin de maîtrise s'est exercé dans une tentative de contrôle de la relation entre ses parents autour des séparations et remises en couple. Martin a donc construit son développement psychomoteur et affectif autour d'une anxiété de fond et d'une rigidité de fonctionnement qui l'entrave dans ses expériences alimentaires, motrices et relationnelles.

L'utilisation de la médiation « jeu » soutenue par la position thérapeutique spécifique de la psychomotricienne permet à Martin de soutenir ses capacités exploratoires dans un système relationnel différent, contenant, protecteur, mais pas imposant et entravant. Ce suivi lui permet de prendre petit à petit confiance en lui, en son corps et en l'Autre. Le cadre proposé favorise la détente et la spontanéité. Celles-ci réduisent son anxiété de fond qui semble aujourd'hui être la cause de sa néophobie alimentaire. Martin acceptait de mieux en mieux de se tromper et commençait à vouloir essayer de nouvelles expériences y compris alimentaires au moment où nos chemins se sont séparés.

3. Les axes de prise en charge

Une prise en charge psychomotrice des troubles de l'oralité ne prendra jamais – selon moi – une approche frontale du symptôme : c'est-à-dire proposer à l'enfant de manger. Cette approche peut conduire à des conduites de refus et de retrait pouvant compromettre gravement l'alliance thérapeutique. Or, nous avons observé que c'est sur celle-ci que le processus de soin psychomoteur repose. Toutefois, la prise en charge peut tendre vers ce projet en fin de prise en soin.

De plus, il me semble que proposer l'ingestion d'un aliment nécessite une certaine connaissance et pratique d'accompagnement à la déglutition. Ce sont les orthophonistes ou les kinésithérapeutes qui sont alors le plus à même de pouvoir proposer un travail autour de l'aliment « réel ». Il me semble donc propice de favoriser l'approche plurielle des disciplines et non pas de les opposer. Je pense que les différentes approches (orthophonique, psychomotrice, kinésithérapeute etc...) sont complémentaires et concourent toutes chacune avec sa spécificité vers un mieux-être de l'enfant.

Nous allons maintenant découvrir quels sont les axes de prises en charge psychomotrice des troubles de l'oralité.

3.1 Le suivi de l'enfant

Selon C.MATAUSCH, psychomotricienne « *la psychomotricité tente d'amener 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* » [76]. Il ne s'agit donc pas d'isoler la prise en soin sur le trouble et sur la sphère orale, mais, de proposer une **approche qui s'étaye sur un investissement positif et global du corps**. En effet, un bon investissement corporel est un pré-requis indispensable pour que l'enfant accepte et progresse par rapport aux sollicitations péribuccales et le toucher de la sphère orale [45]. Selon M.GIRAUD, psychomotricienne, « *la psychomotricité va permettre à l'enfant de (ré)-investir sa zone orale grâce au plaisir pour l'intégrer à son corps, de façon unifiée* » [28].

L'objectif de l'approche psychomotrice **réside alors dans la possibilité d'accompagner l'enfant vers un vécu harmonieux de tout son corps**. « *Le corps est tout autant un corps sensoriel qu'un corps pulsionnel, et tout autant un corps agent psychomoteur, instrument d'action sur le monde et réceptacle permanent d'éprouvés et d'informations du monde, qu'un corps représenté dans la vie mentale (schéma corporel et image du corps), tout autant un corps d'épaisseur, de chair et de tonus, qu'un corps enveloppe et sphincter* » [52].

Nous avons précédemment relevé dans la partie 2 de ce mémoire de multiples retentissements possibles aux troubles de l'oralité que je rappelle ici :

- Désinvestissement de la zone orale
- Difficultés dans la construction de l'axe corporel
- Conséquences sur l'intégration du schéma corporel
- Conséquences sur l'image du corps
- Défaut d'enveloppe corporelle
- Impact au niveau de la sensibilité corporelle globale (irritabilité et hypersensibilité)
- Des troubles de la posture et du tonus.
- Une relation parent-enfant perturbée entraînant d'une part, une perturbation dans l'établissement d'une véritable sécurité interne en lien avec le sentiment de continuité d'existence et d'autre part, une construction identitaire fondée sur un fond d'angoisses.

A partir (et au regard) de ces différents points se dégagent plusieurs axes de travail que le psychomotricien peut accompagner. L'ordre dans lequel je vous les présente ci-dessous ne représente aucunement un ordre à respecter. Par ailleurs, la catégorisation que je propose ici est artificielle car certaines propositions peuvent entrer dans l'une ou l'autre catégorie et peuvent également s'imbriquer. Enfin, il est essentiel de toujours **tenir compte des capacités de l'enfant, et donc de sa maturation neurologique.**

a) Le positionnement du corps

Quelles que soient les sollicitations ou les propositions, **le psychomotricien doit toujours veiller au bon positionnement de l'enfant pour une meilleure détente, une meilleure disponibilité et un vécu de contenance qui limite l'instabilité posturale.** Cela rassure l'enfant dans son intégrité corporelle. En effet, chez le bébé, l'absence d'appuis sécurisant peut entraîner des « sensations de chutes sans fin ». A.BULLINGER explique que « *c'est probablement une des sources des angoisses dites primitives que manifeste le jeune enfant* » [16].

Il conviendra alors, chez l'enfant qui tient assis, de proposer des appuis stables au niveau de son dos et de ses pieds ; chez le bébé, de proposer un portage en « petit paquet » c'est-à-dire de soutenir sa tête, de mettre sa nuque en flexion, de proposer un appui dos, et de favoriser un schéma postural d'enroulement. Il ne faut pas immobiliser le bébé mais lui « *offrir des résistances qui laissent un peu de jeu aux mouvements de ses segments corporels* » [16].

Vignette clinique en service de néonatalogie :

L'enveloppement provoque naturellement l'enroulement, c'est pourquoi les axes de travail dans la prise en charge psychomotrice des bébés prématurés favorise cette posture avec une alliance parentale indispensable. La présence des parents et leurs participations sont indiscutables car ils sont les acteurs principaux des soins apportés à leur enfant.

Dans le service où j'ai réalisé mon stage, nous proposons des « cocons » aux enfants prématurés. En plus, de fournir une limite et une enveloppe corporelle, il donne les moyens de se rassembler, de se recentrer et de s'enrouler. Il procure un sentiment de sécurité dans cet espace restreint qui le contient. Celui-ci permet un rapprochement des mains de l'axe et favorise alors la coordination mains-bouche que nous avons vu comme fondamentale pour l'exploration du corps propre et pour la construction de l'axe corporel. C'est une posture qui apaise et favorise les expériences sensori-motrices en phase d'éveil. Elle permet ainsi, l'intégration progressive du schéma corporel et la construction de l'espace psychique. L'intervention psychomotrice dans ce service est avant tout préventive.

Par ailleurs, dans cet hôpital, tous les enfants nés en dessous de 32 semaines de gestation (avec ou sans troubles de l'oralité) ont un suivi psychomoteur régulier jusqu'à leur 6 ans. Cela se déroule sous la forme de rencontres régulières de bilan pour faire le point sur l'évolution psychomotrice et affective de l'enfant. Les questions autour de l'oralité sont toujours abordées. Ainsi, l'approche psychomotrice s'inscrit également dans une démarche de dépistage précoce des conséquences possibles de la prématurité, dont les troubles de l'oralité font partie.

b) Conscience d'un corps propre, enveloppe corporelle et contenance

« L'enjeu du développement de l'enfant est l'appropriation de son corps propre » [67]. Seulement, la symptomatologie du trouble de l'oralité entraîne un désinvestissement de la zone orale qui a notamment pour conséquence de réduire les temps d'explorations corporelles et environnementaux. **La conscience d'un corps propre peut alors s'avérer fragile.**

La perception d'un corps propre repose sur la perception d'une enveloppe corporelle unifiée qui délimite la perception d'un soi et d'un non-soi, d'un dedans et d'un dehors. La question des limites nous renvoie donc forcément à l'Autre et à l'aspect relationnel : où est la limite entre soi et l'Autre ?

Le concept d'enveloppe corporelle fait référence à D.ANZIEU qui a théorisé le « Moi-Peau » qu'il définit de la manière suivante : « *Par moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif* » [5].

Selon lui, **le sentiment d'être une personne distincte et unifiée repose sur notre peau.** C'est par la répétition satisfaisante et suffisante d'expériences et d'interactions des temps de portages et de soins, autrement dit par le « holding » et le « handling », que vont venir s'ancrer dans le corps de l'enfant, la sensation d'une face interne et d'une face externe qui, en soutenant la perception d'un contour uni et unique, marqueront alors une distinction entre le dedans et le dehors. Le dedans renvoie à la notion de contenance. Ainsi, **le Moi-Peau est à la fois support de la construction et contenant du Moi psychique.**

Plusieurs approches peuvent être envisagées pour soutenir et accompagner la perception d'un corps propre chez l'enfant.

Tout d'abord, l'un des premiers axes de travail en clinique psychomotrice concerne la perception du corps. Le psychomotricien propose et recherche à ce que l'enfant soit attentif à ce qu'il ressent. Selon B.LESAGE, « **en clinique psychocorporelle on est amené à « donner à sentir** » » [61]. Il faut selon lui, « *enrichir autant que faire se peut la proprioception* ». De nombreuses situations ludiques permettent cela. Je pense notamment à des **jeux de postures**. Il est possible de prendre appui sur des postures déjà existantes comme celle du yoga mais il est aussi très intéressant pour stimuler la créativité et l'imagination, que l'enfant et le psychomotricien inventent leurs propres postures. A tour de rôle chacun reproduit en miroir ou en décalé (travail de mémoire) ce que le partenaire a proposé. Un travail les yeux fermés favorise l'attention sur les perceptions internes du corps. **Ce travail proprioceptif nourrit la construction du schéma corporel** en cherchant à mobiliser et situer ses différents segments corporels. De plus, comme le souligne B.LESAGE « **travailler la proprioception est une façon de rendre cohérente l'image du corps et de l'affiner** » [61].

Ensuite, on peut proposer un **travail sur la respiration** qui est très riche, car en plus de mobiliser la sphère orale, il permet à l'enfant de se considérer, de se rassembler et soutenir le sentiment de contenance. Selon B.LESAGE « **respirer consciemment unifie, apaise et régule** » [60]. En effet, s'il est entendu que nous respirons grâce à nos poumons à l'aide de notre nez et de notre bouche, la sensation est comme une vague qui parcourt l'ensemble de notre corps : notre ventre se gonfle et se dégonfle permettant de se sentir comme contenant, notre tonus se module en fonction des inspirations et des expirations...

La respiration consciente permet un **véritable travail sur la régulation tonique**. Seulement ce n'est pas chose facile pour un enfant que de travailler sur celle-ci. L'utilisation d'une relaxation imagée peut être un outil ludique à proposer mais encore faut-il que l'enfant soit en mesure d'accepter ce travail passif de visualisations mentales. Le psychomotricien peut alors proposer un travail plus dynamique autour du souffle à l'aide de plumes : souffler fort, souffler doucement, faire monter la plume, la faire descendre ; à l'aide d'un tube à bulles qui est d'autant plus intéressant qu'il engage la coordination mains-bouche de manière ludique. L'utilisation de pailles ou d'instruments à vents est aussi possible mais nécessite d'accepter la mise en bouche et le toucher buccal. Chez les plus petits (et les plus grands), pour soutenir la coordination mains-bouche, nous pouvons déposer des gommettes sur le nez ou sur le visage de celui-ci qui, face à un miroir, cherchera à les retirer. Ce jeu permet également de solliciter la motricité fine.

Toutes ces propositions demandent un contrôle tonique, permettent de mobiliser la bouche par sa fonction respiratoire autour du jeu et participe à la construction implicite d'un dedans et d'un dehors.

Il est à noter que selon C.SENEZ, **80% de l'olfaction passe par la respiration**. L'olfaction est nous l'avons vue partie prenante de l'oralité. Les aliments ont un goût et une odeur, ils sont très liés aux notions de plaisir et de déplaisir. C.SENEZ ajoute que le croisement des informations irradiant autour de l'incapacité alimentaire sous-entend la prise en compte de la qualité de l'olfaction. Il me semble alors très intéressant de proposer des sollicitations olfactives d'une part, pour évaluer cette composante : présence d'une hypersensibilité ou d'une hyposensibilité ? ; et d'autre part, parce que ce travail participe à **nourrir la construction des limites du corps**, en acceptant des odeurs de dehors vers le dedans.

Les expérimentations olfactives sont considérablement réduites du fait du trouble et peuvent aller jusqu'à désorganiser corporellement l'enfant quand l'odeur est associée au dégoût. En effet, dans les cas de dysoralité sensorielle, une simple odeur peut entraîner un réflexe nauséux et des vomissements. Comme nous ne pouvons pas contrôler les odeurs qui nous entourent, le risque est que ces enfants se privent et se clivent de tout un tas d'expériences sociales : refuser de se promener dans les champs, aller à la mer, faire de l'équitation ou de la natation. Les soins peuvent également être mis à mal comme aller chez le dentiste ou se rendre à l'hôpital qui sont deux lieux qui possèdent une odeur assez spécifique. Ainsi, on comprend que **le clivage sensoriel est un frein à l'adaptation du sujet à son environnement**. Toutes les nuances sensibles qui peuvent lui indiquer les particularités d'une situation dans laquelle il se trouve sont alors gelées. **Un enfant, privé de ce précieux lien de relation à lui et à l'Autre, peut connaître des épisodes d'éclatement tonico-émotionnel**. Si ce clivage sensoriel peut avoir une fonction de préservation, il peut également être le point de départ de trouble de la régulation tonique, relationnelle et comportementale.

Il est alors important de pouvoir accompagner les enfants vers une désensibilisation olfactive progressive qui, en plus de limiter un « handicap social », pourra participer à un phénomène d'habituation et pourquoi pas élargir le champ des possibles alimentaires. Ces sollicitations nécessitent de **commencer par des odeurs appréciées** par l'enfant et de petit à petit y inclure de nouvelles odeurs. Le psychomotricien devra être très attentif aux manifestations émotionnelles, corporelles et langagières de l'enfant pour trouver le juste équilibre entre ce qui peut être toléré par le patient et ce qui ne peut pas l'être. Le dialogue tonico-émotionnel est alors tout particulièrement mis en jeu. Les variations du tonus, aussi bien du patient que du psychomotricien, accompagnent les affects de plaisir et déplaisir, et viennent ainsi dire quelque chose de l'état interne de chacun des partenaires.

Nous retrouvons de manière plus explicite des propositions de **situations d'enveloppement pour soutenir les perceptions de soi et non-soi**. Il s'agit de faire l'expérience de la réalité de son corps. En effet selon A-M.LATOURE, « *le travail sur les perceptions permet progressivement l'appropriation de son corps par l'enfant, permet l'expérience de la réalité du corps* » [57]. Cela peut se faire via différentes épaisseurs de tissus qui, en plus de rassembler, permettent **d'éprouver la densité du corps**.

Le psychomotricien peut également quand cela lui semble approprié, proposer des interventions directes sur le corps de l'enfant sous forme de **pressions** sur le long du corps et/ou de **percussions** sur les parties dur du corps (les os). A-M.LATOUR explique que ces **expériences peuvent devenir organisatrices pour l'enfant**. Il faut pour cela que les pressions soient suffisamment fermes et non « caressantes » pour sur-signifier la consistance, la solidité, la tenue et le rassemblement ; les percussions viennent affirmer la solidité du corps [57].

Néanmoins, si l'investissement direct de la peau est trop chargé affectivement, il est possible d'avoir recours à des **sollicitations vibratoires**, comme l'utilisation du chant, taper des rythmes, l'utilisation d'un diapason ou d'un bol tibétain. L'idée étant de proposer un bain sonore et vibratoire qui remplit l'environnement, l'espace entre le psychomotricien et l'enfant, tout en gardant chacun son individualité, sans se confondre dans le corps à corps. Il s'agit là d'une **enveloppe vibratoire et sonore**. Ce sont les os les plus concernés par ces vibrations qui au plus profond de nous, enfouis sous la peau et les muscles, soutiennent notre corps et assurent une cohérence interne solide et unifiée.

Je terminerai ce point sur la perception d'un corps propre, autour de propositions sur les contours et sur la densité du corps.

Dans mes stages, j'ai beaucoup utilisé le jeu des « empreintes ». Dans un premier temps, l'enfant s'allonge sur le sol dans la position de son choix. Ensuite, à l'aide de cordes et de tissus que je place au plus près de son corps et que je réajuste pour bien marquer leurs présences, je dessine les contours et la forme de l'enfant. Ce jeu impose à l'enfant de recruter une tonicité particulière pour s'immobiliser. En effet, **stabiliser sa posture exige une vigilance globale et amène à porter une attention à toutes les parties de son corps**. Une fois les contours dessinés, j'invite l'enfant à se redresser sans « trop déranger » le matériel en place, pour venir regarder la forme de son corps. C'est un jeu très apprécié par les enfants qui souhaitent ensuite volontiers me proposer l'expérience. C'est une manière ludique d'aborder la question des limites corporelles, statiques et dynamiques.

Concernant, la notion de densité du corps, j'utilise régulièrement des gros ballons que je fais rouler sur les faces avant et arrière du corps de l'enfant. Il peut ainsi sentir et éprouver le volume et les contours de son corps, ce qui favorise le sentiment d'une enveloppe corporelle solide et unifiée.

Prendre conscience de son corps et de ses limites corporelles permet à l'enfant de retrouver confiance dans son corps et de retrouver une enveloppe corporelle sécurisante en vue d'organiser ses sensations et de s'ouvrir au monde. Selon B.LESAGE, « *travailler sur la limite implique donc non seulement de dé-limiter, marquer le seuil, mais aussi amener le sujet à structurer sa perméabilité sélective, à jouer ses ouvertures et fermetures, interagir, contenir et réguler les flux entrant et sortant, ce qui concerne tout autant les aliments, l'air respiré, les sensations, que les affects et informations* » [59].

c) *Conscience de l'axe corporel*

Dans le développement, « *l'organisation axiale, sur laquelle repose le processus de latéralisation (avant même la connaissance de la droite et de la gauche, cela va de soi), va prendre racine sur des sensations essentiellement internes* » [67].

Le psychomotricien peut alors – pour favoriser la conscience de l'axe – proposer un travail dynamique autour de la **co-construction d'un parcours psychomoteur**. J'insiste sur la notion de « co-construction » qui selon moi participe à rendre l'enfant acteur de sa prise en charge. Des **jeux d'appuis plantaires**, d'équilibre et de déséquilibre peuvent alors être proposés. L'utilisation de différentes surfaces (mou, dure, mobile, stable) ou supports (poutre, trampoline, bascule) « *peuvent mettre à l'épreuve la notion de centre de gravité et la résistance à la pesanteur dont dépend l'accès à la verticalité* » [67].

Le psychomotricien peut également proposer un travail plus passif comme venir déposer de petits sacs lestés sur l'axe du corps de l'enfant alors qu'il est allongé bien droit sur un tapis de sol qui, se doit d'être suffisamment dur, pour éprouver le contact favorisant la conscience de ses limites corporelles.

L'utilisation d'un petit sac lesté déposé sur la tête de l'enfant pendant qu'il réalise une action (dessin, marche ...) peut également venir soutenir cette prise de conscience de l'axe corporel.

Illustration d'une prise en charge psychomotrice d'un enfant de 7 ans que je vais nommer Léo.

J'ai rencontré Léo dans le cadre d'un stage en cabinet libéral. Il est atteint du Syndrome d'Ondine, découvert à la naissance. Il est resté en service de réanimation jusqu'à ses 3 mois. La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés. Il a été nourri par sonde jusqu'à ses 4 mois. Il a eu par la suite, une rééducation pour stimuler le réflexe de succion qui avait disparu. A ce jour, il porte une canule à trachéotomie, et a besoin d'une machine pour lui permettre de respirer la nuit.

Son bilan psychomoteur réalisé à l'âge de 6 ans et 1 mois met en avant des difficultés autour de l'équilibre statique et dynamique unipodale ainsi qu'un axe corporel encore très fragile avec un net manque d'ancrage au sol. A la poussée, il n'a montré aucune résistance et a manqué de chuter si la psychomotricienne ne le tenait pas.

A l'occasion de nos premières rencontres nous avons réalisé des parcours psychomoteurs. Nous avons utilisé des rubans que nous devions faire passer devant nous d'un côté puis de l'autre. J'ai été frappée par la production de Léo qui était en difficulté pour croiser son axe : comme si son corps était clivé et séparé en un côté droit et un côté gauche qui ne pouvaient pas se rassembler autour de la ligne médiane.

Mais la réalité est que Léo est « troué » par la canule. Comment ne pas faire un lien entre son vécu corporel et son instabilité posturale axiale autour de sa canule à l'intermédiaire entre la vie et la mort. Ce « trou » qui empêche de passer d'un côté à l'autre...

Il me semble que cette vignette démontre les conséquences possibles d'un traumatisme oral dans la construction psychomotrice de l'axe corporel.

d) *Expériences sensorielles et désensibilisation*

Nous avons établi que l'objectif de l'approche psychomotrice auprès d'enfants souffrants de trouble de l'oralité réside dans la **recherche d'un investissement positif de son corps**. Cela ne peut pas se réaliser sans la découverte et l'appréhension de la sensorialité. Or, il s'agit d'enfants qui, du fait de leur histoire personnelle en lien avec l'oralité, peuvent appréhender et percevoir la sensorialité d'une manière assez spécifique. La présence d'une hypersensibilité corporelle et sensorielle est souvent présente. C'est une « *réceptivité exagérée d'un organe sensoriel : les sollicitations corporelles et sensorielles sont perçues comme irritatives et déclenchent une réponse majorée en intensité* » [45]. Comme il a été décrit précédemment, cette hypersensibilité peut être due à un corps sollicité négativement (soins douloureux, positions imposées) ou à la pauvreté de l'exploration dans l'espace et le temps.

L'instauration d'un cadre suffisamment sécuritaire est donc nécessaire pour assurer et maintenir une régulation émotionnelle de l'enfant. De plus, rappelons que mains et bouche trouvent des similitudes dans leurs propriétés tactiles mais aussi dans leurs situations anatomiques au niveau du cortex [13]. Ainsi, il est intéressant de **proposer des sollicitations tactiles des mains comme moyen de désensibilisation de la zone orale**. Cependant, il me semble **qu'il y a tout un chemin à parcourir pour aider l'enfant sur le plan corporel et sensoriel avant de se lancer dans une approche manuelle.**

Il s'agit alors de proposer en premier lieu un « **réveil corporel** ». Sous la forme d'un automassage, en miroir et en co-construction, l'enfant et le psychomotricien viennent réveiller et masser leur propre corps : lissages, tapotements, pianotages, percussions, frottements etc, chacun est libre de choisir la forme qu'il lui convient. Il me semble important de bien mobiliser le visage, notamment le pourtour de la bouche, mais également d'activer la motricité bucco-faciale en réalisant quelques grimaces. Ce réveil peut se dérouler en privilégiant une approche céphalo-caudale s'appuyant ainsi sur le développement classique de la maturation tonique. Toutefois, il peut être judicieux de débiter par les mains et remonter jusqu'au visage représentant ainsi la praxie de l'alimentation : de la main à la bouche.

Dans un second lieu, le psychomotricien et l'enfant peuvent passer un **temps actif de découverte et d'expérimentation avec le matériel sensoriel** de la salle de psychomotricité au niveau de l'ensemble du corps : balles (lisses, dures, piquantes, douces, molles, petites, moyennes, grosses), de foulards, d'éponges, de rubans, d'objets vibrants, etc. L'objectif réside dans une approche progressive où l'enfant découvre par lui-même différentes sensations et qu'il apprenne à les appréhender puis à les organiser en sollicitant un maximum de sens (voir, écouter, sentir, toucher). La **proposition d'un parcours moteur sensoriel** me semble également très intéressante. D'une manière générale, le temps passé en salle de psychomotricité peut se faire pieds nus ce qui sollicite d'une part la sensorialité et d'autre part les appuis et donc l'ajustement tonique de l'enfant.

Enfin, nous pourrions « **patouiller** » c'est-à-dire manipuler des objets et des textures avec les pieds et surtout les mains. Si le toucher n'est pas encore possible, l'utilisation d'ustensiles est possible, tous comme les jeux de transvasement (contenant), les jeux de pluie (prendre dans sa main et laisser s'écouler entre les doigts). Les sollicitations tactiles peuvent être non alimentaires (sable, peinture, pâte à modeler, billes en gels) et alimentaires (pâtes, riz, peinture alimentaire). De manière à limiter les réactions trop intensives, il convient de proposer tout d'abord des matières franches et sèches, puis des matières fluides, des matières mouillées et enfin les matières collantes.

Voici un tableau qui permet de se faire une représentation de l'univers des différentes matières [45].

	Textures et matières NON ALIMENTAIRES	Textures et matières ALIMENTAIRES
Franches sèches	Jouets de bébé en plastique, balles plastiques dures, abeille vibrante, brosse sensorielle, cuillère et biberon d'nette, verre et cuillère bébé en silicone, chewy tube, brosses buccales bébé,	Gâteaux secs salés sucrés, pâtes et gnocchis crus, fruits secs, fruits et légumes crus avec la peau, sucettes, carrés de chocolat...
Fluides	Balle pompon, plumes, coton, balle araignée, pack aggro-billes, balle multicolore...	Pâtes étoiles crues, semoule; riz cru, sucre, farine, sucre glace, chocolat en poudre...
Mouillées	Peinture...	Ketchup, yaourt, compote, mousse au chocolat, légumes et fruits crus épluchés...
Collantes	Pâte à modeler, flocons maïs mouillés...	Pâtes, riz et gnocchis cuits, semoule cuite, fruits et légumes cuits, miel...

L'ensemble de ces expériences contribue à la désensibilisation de l'enfant. Elle consiste à proposer une habitude progressive aux stimulations sensorielles pour pouvoir transformer petit à petit la stimulation : intensité, zone corporelle, etc...

Je souhaite m'arrêter un instant sur l'utilisation de l'objet médiateur qu'est **la pâte à modeler**. Si son utilisation est intéressante pour ses propriétés sensorielles et instrumentales, elle l'est tout autant pour sa qualité d'objet « **médium-malléable** ». Les propriétés spécifiques de cette matière offrent des « *qualités sensibles à partir desquelles le patient peut laisser son empreinte sans risque face à sa destructivité* » [69]. En effet, « **la pâte à modeler, ne représente rien par elle-même, mais elle est saisissable, se laisse prendre par la main, toujours prête à l'emploi, toujours disponible, elle est informe, indéterminée et se prête ainsi à l'exploration des formes premières de la liberté (R.Roussillon 2000), c'est parce qu'elle est informe et en même temps indestructible qu'elle peut prendre toutes les formes, qu'elle transforme les différences quantitatives en variations qualitatives, qu'elle transforme la force en sens. Mais elle est fiable, fidèle, elle conserve la forme donnée par l'activité de l'enfant, elle la conserve tant que l'enfant ne décide pas de la modifier de nouveau, de la reprendre. Cependant, tiède dès qu'utilisée et légèrement chauffée, elle paraît dotée d'une vie propre, elle se prête à l'animisme, à la projection du caractère chaud des objets animés et vivants** » [70].

Vignette clinique sur Martin (rappel consultation pour néophobie alimentaire, 8 ans)

La psychomotricienne propose d'utiliser la pâte à modeler pour travailler sur la tenue du couteau avec Martin car il évoque avoir des difficultés. Celui-ci, se montre très vite agacé et en colère. Il écrasera la pâte à modeler : « elle meurt ». Il sera difficile pour lui de s'arrêter. Dès que les questions alimentaires sont abordées Martin se fâche.

Quelques semaines plus tard, Martin et la psychomotricienne réutilisent la pâte à modeler. Martin produira tout d'abord un « cœur jolie » puis un « cœur cassé ». Ensuite, lui vient l'idée de créer une « poupée vaudou » qui représente la psychomotricienne. Il l'écrasera, la « cassera en mille morceaux ». La professionnelle « joue » alors le jeu et fait mine de tomber, « sur-joue » la scène : « mon bras, mes jambes, au secours ». Martin, que cela amuse, finira par la « réparer ». La pâte à modeler est ici un outil sur lequel Martin transfère son agressivité. Il renvoie aussi le message d'un corps qui se casse, qui se brise. Un corps qui n'est pas fiable. Sa production est très investie émotionnellement et affectivement.

La psychomotricienne ravie d'avoir retrouvé ses bras, demandera si à son tour, elle peut « jouer ». Alors que Martin s'attend à « souffrir ». La psychomotricienne fait sauter, rouler et tenir en équilibre « la poupée vaudou Martin ». Ce dernier, étonné, s'exécute en riant de bon cœur.

Cette vignette clinique tend à montrer les spécificités de la pâte à modeler sur lesquelles Martin a projeté toutes ses angoisses et sa colère sans risquer de la détruire. Par ailleurs, on retrouve ici, la capacité du psychomotricien à « détoxifier », à accueillir le trop plein d'excitation et à le transformer. La psychomotricienne ne lui a pas renvoyé son agressivité mais a fait le choix d'un autre message, d'une autre vision : le plaisir d'un corps en mouvement.

e) Jeux de dinette

Selon R.ROUSSILLON « on guérit en jouant symboliquement et en s'appropriant l'expérience subjective en souffrance dans la psyché » [52]. Cela m'évoque l'idée d'un jeu de dinette pour rejouer les temps de repas source d'inquiétudes chez l'enfant mais aussi chez ses parents. Cette proposition de mise en scène peut permettre de (re)jouer des saynètes. Cela peut ainsi permettre de communiquer par et à travers le jeu ce qui est encore non communicable par les mots.

3.2 L'accompagnement parental

Sans m'étendre sur le sujet car ce n'est pas l'objet de ce mémoire, je souhaite apporter quelques réflexions autour de l'accompagnement des parents dans la prise en charge psychomotrice des troubles de l'oralité chez l'enfant. Comme le souligne D.HOUZEL, « *quiconque se préoccupe de l'enfant a nécessairement en parallèle, le souci de ses parents. L'un ne va pas sans l'autre* » [26].

Le développement de l'enfant dépend étroitement des qualités de son lien à l'environnement, et en premier lieu à ses parents. Comme nous avons pu le voir, ce lien est à la base de la construction psychique et affective de l'enfant et conditionne donc son évolution. Aussi, il faut comprendre que le psychomotricien, ne doit pas exclure les parents de la prise en charge. D'ailleurs avec des bébés et les jeunes enfants, il est recommandé – me semble-t'il – d'envisager d'inclure les parents en séance.

L'alliance thérapeutique avec les parents nécessite un travail **d'écoute** et une position **neutre et bienveillante** de la part du psychomotricien. Il faut que les parents puissent exprimer leurs inquiétudes et leurs peurs face aux difficultés de leur enfant. En effet, cela pourra étayer la prise en charge psychomotrice de comprendre le comportement à la maison et les relations intra-familiales, qui nous le savons peuvent devenir délétères dans le cadre d'un trouble de l'oralité.

Le psychomotricien pourra ainsi accompagner les parents **en les rassurant et en proposant des conseils** comme l'installation de l'enfant, le fait de ne pas forcer, encourager les parents à laisser l'enfant faire ses propres découvertes, toucher et manger avec les doigts, ou encore, proposer des idées de rituels autour du repas.

Par ailleurs, il me semble qu'en soutenant le développement de l'enfant, le psychomotricien peut mettre en évidence et valoriser ses compétences et ainsi permettre aux parents d'en prendre conscience. A cette occasion, **le psychomotricien permet de porter un nouveau regard sur l'enfant** et par effet rebond permet d'étayer la relation parents-enfant.

Toutefois, il est important que le besoin d'expression des parents n'interfère pas « trop » sur le temps de séance de l'enfant. Aussi le psychomotricien doit savoir reconnaître la souffrance des parents et les **orienter vers un professionnel** quand cela est nécessaire. Si les parents se sentent mieux, l'enfant lui aussi pourra mieux se porter.

Je vais maintenant illustrer une prise en charge psychomotrice d'une enfant qui présente un trouble de l'oralité.

III. Le cas de Camille

Je vais vous présenter une petite fille âgée de 4 ans que je nomme Camille. Je l'ai rencontrée dans le cadre d'un stage en cabinet libéral de psychomotricité. Nous nous sommes rencontrées sur six séances réparties sur l'année scolaire. Elle bénéficie d'une séance hebdomadaire d'une durée de 45 minutes depuis ses 18 mois.

Camille est la première et unique enfant du couple parental. Elle est née à 38 semaines +2 jours et son développement staturopondéral était dans la norme. Dans la petite enfance, Camille s'est rendue à mi-temps chez une assistante maternelle et à mi-temps en crèche.

Camille est souriante et en relation. Elle est décrite par les professionnels et ses parents comme une enfant qui émet « peu de sons, babille peu, ne jargonne pas ou très peu ». **Le regard est vecteur de relation**, les mimiques sont expressives et l'attention conjointe est possible. Elle utilise à ce jour peu de mots.

Camille a un caractère assez dominant et peut faire de grosses colères. D'après ses parents et les écrits des professionnels, il lui arrive de manifester son **désaccord ou ses frustrations par des vomissements**. Elle peut également être dans une opposition passive et se faire toute molle dans son corps pour montrer son refus de coopérer. Plus petite, elle exprimait son mécontentement en s'arrachant les cheveux ou en tapant le visage de ses parents. Aujourd'hui, Camille ne s'attaque plus à l'autre.

1. Anamnèse

Camille a présenté un trouble de l'oralité vers 12/15 mois. Elle présentait un trouble de déglutition, une toux et des vomissements. Elle acceptait de manger uniquement des textures parfaitement lisses, signe d'une **sélectivité alimentaire**. La **présence d'un reflux gastro-œsophagien** (RGO) perturbait son sommeil. Elle pouvait se réveiller en pleurs et tousser une à trois fois par nuit. Des mesures posturales nocturnes ont alors été proposées comme traitement au reflux. Elles sont toujours d'actualité.

Ces difficultés orales ont marqué l'entrée dans un long parcours d'inquiétudes, de questionnements et de prises en charges médicales et paramédicales diverses. Parallèlement à l'apparition de ces difficultés, la courbe staturo-pondérale de Camille a commencé à chuter. Des retards concernant les acquisitions motrices ont poussé les parents de Camille à consulter une psychomotricienne. **C'est à partir de ce suivi que d'autres investigations et prises en charge se sont progressivement installées.**

Camille a alors débuté les séances en psychomotricité de manière hebdomadaire à l'âge de 18 mois. Les premières rencontres ont consisté en un temps d'échange et de rencontre entre Camille, ses parents et la psychomotricienne. Ses parents étaient présents pendant les séances. La psychomotricienne a construit le projet de soin à partir des inquiétudes parentales et de ses observations cliniques des compétences psychomotrices et relationnelles de l'enfant.

Les premiers mois de prise en charge ont été principalement axés sur l'accès à la motricité autonome. En effet, au début de la prise en charge psychomotrice, Camille ne savait ni se retourner, ni s'asseoir. Elle ne maîtrisait pas encore ces schèmes moteurs de base. Elle tenait assise avec une scission entre le haut du corps et le bas de son corps, qui était comme inexistant.

La famille s'est mobilisée et avec l'aide de la psychomotricienne, Camille a doucement progressé. Elle a progressivement réussi à s'asseoir seule grâce à une stimulation des schèmes de coordination motrice en favorisant des temps allongés sur le ventre au sol (en séance et au domicile).

Dans le cadre d'un RGO et de vomissements, l'enfant et ses parents ont tendances à éviter la position allongée, notamment sur le ventre, car elle favorise les régurgitations qui, en plus, sont douloureuses pour l'enfant. Leurs présences ont pu influencer et court-circuiter l'installation des premiers schèmes moteurs chez Camille.

Comme premier déplacement autonome, Camille a roulé autour de son axe (sur elle-même). Le ramper a été difficilement accessible et nécessitait de fournir un appui sous le pied pour que Camille puisse pousser. **Camille a réussi à se déplacer de manière autonome vers 2 ans et demi.** Elle se déplace depuis en quatre pattes non alternées. Le déplacement alterné a longtemps été travaillé. Il était possible uniquement par amorçage de la psychomotricienne. Aujourd'hui, Camille bénéficie d'une prise en charge en équithérapie qui permet de stimuler la dissociation de ses jambes. Un résumé du projet en équithérapie se trouve en annexe 4. Le réflexe de chute a nécessité un travail en séance à l'aide d'un gros ballon de gym pour apparaître.

Après plusieurs mois de prise en charge, malgré une mobilisation forte de la famille, la psychomotricienne a observé que l'évolution psychomotrice de Camille était présente mais restait très lente. C'est pourquoi une prescription de suivi en kinésithérapie a été demandée en complémentarité des séances de psychomotricité. A l'âge de 22 mois, Camille a commencé la kinésithérapie (bilan en annexe 4).

Soulagée du travail sur la posture et les déplacements par la prise en charge en kinésithérapie, la psychomotricienne a pu débiter un travail sur le plan des manipulations et notamment autour des coordinations oculo-motrices. En effet, Camille a très tôt montré un retard dans ce domaine.

Les troubles alimentaires ont persisté autour d'une sélectivité alimentaire. Je note d'après un compte rendu des troubles digestifs avec une « notion d'une plicature gastrique »¹. Un premier bilan somatique d'absorption digestive a été réalisé quand Camille avait 2 ans et demi et s'est avéré normal. Un traitement médicamenteux a alors été proposé et s'est montré favorable. Parallèlement, d'après les éléments du dossier, une prise en charge des troubles de l'oralité en orthophonie à l'âge de 3 ans a permis d'améliorer les prises alimentaires et la disparition des fausses routes. Je n'ai pas d'autres éléments malheureusement.

¹ Intervention chirurgicale qui consiste à réduire l'estomac sans le couper

Malgré les nombreuses prises en charge, un retard global d'évolution chez Camille persistait et se creusait de plus en plus par rapport aux enfants de son âge. La complexité de cette prise en charge et les inquiétudes parentales ont conduit les professionnels libéraux à faire appel à un Centre d'Action Médical Social Précoce (CAMSP) pour prendre le statut de coordinateur des soins.

De nombreux examens complémentaires ont alors été réalisés pour rechercher une étiologie pouvant expliquer le retard global de développement de Camille :

- A l'âge de 2 ans et 9 mois, une IRM cérébrale et médullaire revenue normale
- A l'âge de 2 ans et 11 mois, un EEG demandé face à des phénomènes d'absence ou pseudo-absence montre un tracé de veille normal
- A l'âge de 3 ans, une consultation ORL qui conduit à une adénoïdectomie à l'âge de 3 ans et 4 mois
- L'audition a été testée et est normale.
- Un bilan respiratoire auprès d'un médecin pneumologue pédiatre qui motive un traitement antihistaminique de fond ainsi qu'un traitement de fond pour asthme
- Une prescription de bilan allergologique
- Et enfin, une recherche génétique à l'âge de 3 ans et 1 mois qui a révélé **la présence d'un syndrome de Rett.**

Le syndrome de Rett est une maladie rare qui **affecte le système nerveux central**. C'est une maladie génétique, dû à la mutation du gène MECP2 situé sur le chromosome sexuel X. On parle de néo-mutation, c'est-à-dire une mutation qui n'est portée ni par la mère ni par le père, mais qui apparaît chez l'embryon au moment de la fécondation. Il s'agit d'une maladie qui touche exclusivement les filles, bien que certaines maladies cliniquement proches appelées « Rett like » peuvent aussi concerner les garçons. Ce gène code normalement une protéine qui assure le fonctionnement harmonieux des neurones. Dans le syndrome de Rett, la mutation de ce gène rend cette protéine inopérante. Le système nerveux est alors incapable de fonctionner normalement. Ainsi, dans sa forme typique, le syndrome se manifeste par une **régression rapide des acquis après 6 à 18 mois de développement normal**. En effet, **le développement** cérébral, la croissance, les apprentissages du langage et les acquis psychomoteurs **s'arrêtent et se déclinent** sur plusieurs mois à plusieurs années, **pour ensuite se stabiliser**. De plus, les malades présentent généralement une **déficiência intellectuelle** sévère [47].

En 2008, les résultats de l'étude menée par le « réseau Lucioles » en collaboration avec C.SENEZ orthophoniste spécialisée dans les troubles de l'oralité, et I.BENIGNI diététicienne spécialisée dans la nutrition des personnes avec handicap sévère, ont montré que « *les personnes ayant un handicap mental sévère ont souvent des troubles de l'oralité, de l'alimentation et de la digestion* » [49]. Dans cette enquête, les syndromes de Rett et d'Angelman sont les plus représentés car les associations de parents ont particulièrement mobilisés leurs adhérents.

Le développement de Camille s'est construit autour de cette oralité perturbée et en présence d'un syndrome génétique. Elle a particulièrement investi son espace oral qui n'a jamais quitté son rôle d'exploration. En effet, Camille porte tout à la bouche, cela entrave sa relation à l'autre et en fait un élément de base des prises en charge psychomotrices. Cette mise en bouche est accompagnée de stéréotypies manuelles.

Camille **explore très peu son corps propre.** Elle se reconnaît dans le miroir devant lequel elle prend plaisir à se regarder parfois en séance. **Les coordinations oculo-motrices et bimanuelles sont déficitaires.** Elle ne réunit que très peu ses mains dans l'axe de son corps et les utilise peu en complémentarité. Enfin, Camille semble présenter une **tendance à l'hyposensibilité** (olfactive, gustative, tactile, proprioceptive et kinesthésique).

La scolarisation en milieu classique n'a pas pu se faire face au retard global de son développement. Un projet de structure spécialisée semblait plus opportun pour une prise en charge adaptée et complète de son développement psychomoteur et relationnel. Les parents de Camille ont reçu une notification de la Maison Départementale Pour le Handicap (MDPH) pour **une place dans un Jardin d'Enfants Spécialisé (JES) que Camille a intégré en temps plein à l'âge de 3 ans et 9 mois,** en annexe 3 se trouve son projet personnalisé dans cette structure.

Pour finir cette anamnèse, je souhaite apporter une remarque sur la **dynamique familiale qui a été fortement troublée** en lien avec le sommeil perturbé de Camille et son caractère dominant et colérique. A cela s'est ajoutée l'inquiétude qu'a entraîné son retard global de développement. C'est pourquoi la psychomotricienne, en collaboration avec la kinésithérapeute, avait **suggéré un soutien psychologique pour la famille** auprès d'une professionnelle ayant une bonne expérience dans la petite enfance. Les parents se sont saisis de cette proposition quand Camille avait 2 ans.

2. Projet de prise en charge psychomotrice actuel

Les objectifs du suivi sont :

- Un travail autour de **l'intégration sensorielle** avec différents supports sensoriels pour lui permettre d'intégrer son corps et s'ouvrir à la relation d'objets. En effet, Camille explore très peu son corps propre.
- **L'autonomie dans les déplacements et l'exploration motrice est à soutenir**
- Un travail autour de la **dextérité manuelle** avec des supports tactiles sensoriels pour favoriser l'expérience sensori-motrice et intégrer ses mains et leurs possibilités de manipulations. Ses capacités de motricité manuelle ont régressé car avant il était possible d'observer une pince fine à droite, ce qui n'est plus le cas à ce jour me confit la psychomotricienne.
- **Un accompagnement à la conscience de soi et des autres et à la compréhension du monde**
- **Stimulation des capacités de jeu et de l'imaginaire.** En effet, les jeux de Camille sont pauvres. Elle présente des centres d'intérêts restreints : en séance Camille participe volontiers au jeu de coucou-caché et s'intéresse à un poupon qu'elle nomme parfois « bébé ».

3. Synthèse de mes rencontres avec Camille

3.1 Le cadre des séances

J'ai rencontré Camille dans la salle d'attente du cabinet mi-décembre, elle était alors âgée de 3 ans et 11 mois. Elle était accompagnée de son père qui accepta ma présence en tant que stagiaire. La psychomotricienne m'a également présentée à Camille, qui assise sur son « globber » nous regardait. Nous avons vu se dessiner un sourire derrière la tétine qu'elle avait en bouche. J'ai trouvé le regard de Camille pétillant et malicieux.

« Globber » est le nom donné à sa trottinette par ses parents. Elle possède trois roues, une selle et un guidon pour l'enfant. Grâce à celle-ci, Camille peut se déplacer de manière autonome à l'extérieur et sur la voie publique. Elle se sert de ses pieds et repousse le sol pour avancer et reculer. La présence du guidon parental permet un contrôle du véhicule quand cela est nécessaire ou pour changer de direction (droite/gauche) car le guidon de l'enfant est lui, peu mobile.

Depuis environ un an et demi, les séances se déroulent sans la présence des parents, cela s'est fait progressivement autour de l'âge de 2 ans et 9 mois. Les séances ne sont pas prévues à l'avance. Elles se construisent en relation avec l'enfant et dans la dynamique du jour. Nous savons grâce au bilan psychomoteur quels sont les axes et objectifs de prises en soins en psychomotricité : sensations, manipulations (motricité fine), communication et déplacements (motricité globale).

Son temps d'attention en séance est limité à 30 minutes, au-delà desquelles elle désigne la porte et peut nommer « papa » et râler de manière appropriée. Il est en revanche difficile pour elle de se calmer par la suite. Ses parents observent également cela au domicile : « si elle est colère ou triste, Camille peut râler jusqu'à 1h30 tant que l'adulte ne trouve pas de solution ».

Chaque séance débute toujours de la même façon : son père accompagne Camille et nous rentrons dans la salle de psychomotricité. Il y dépose un sac où se trouvent ses orthèses, des changes et un collier en caoutchouc, puis retourne en salle d'attente.

3.2 Réflexion sur la communication

Camille utilise peu la communication verbale. Celle-ci se limite à quelques mots, mais elle utilise principalement les voyelles « a » et « o ». Afin de faciliter la communication et en continuité avec le travail mené au JES, la psychomotricienne utilise des pictogrammes. On retrouve une photo des membres de sa famille : sa maman, son papa, sa mamie et sa tata. Il y a aussi une photo de son poney et une photo des objets médiateurs utilisés en séance de psychomotricité : le « bébé » et le bac de « pâtes ».

Camille n'ayant que très peu de langage verbal, je me retrouve donc à faire des projections de ce qu'il me semble le plus ajusté pour le bon déroulement des séances. C'est pourquoi, lors de notre première séance ensemble, je me suis placée en position d'observatrice sur une chaise près du bureau. Il m'a semblé important de lui laisser un temps d'adaptation à ma présence.

En effet, elle vient au cabinet depuis maintenant 2 ans et demi et c'est la première fois qu'elle rencontre une stagiaire. Seulement, rapidement Camille s'est montrée curieuse. Elle m'a beaucoup souri et s'est approchée de moi. Je l'ai saisi comme une demande de relation, c'est pourquoi je me suis installée au sol avec elle. Dès la fin de la première séance, j'ai eu une participation active. L'attention que j'ai portée à sa communication non-verbale et au dialogue tonico-émotionnel : tonus, regard, mimiques, mouvements m'ont permis de la comprendre et d'être en relation. Les variations du tonus de Camille m'ont permis de saisir ses affects et déplaisirs lors de mes propositions et c'est à partir d'eux que j'ai ajusté mon intervention.

3.3 Réflexion autour du travail de l'oralité

L'un des autres rituels de début de séance est de **se séparer de l'attache tétine et de proposer à Camille le collier en caoutchouc**. Ce collier est proposé à Camille car son trouble de l'oralité se manifeste principalement par **une mise en bouche constante et répétée** de tout ce qui se présente à elle (objets ou ses mains). Il a donc été nécessaire **d'offrir à Camille un outil pour pallier à ce besoin de mise en bouche sans mise en danger vitale liée à une ingestion d'objets non comestibles**.

A partir de la notion de « castration orale » décrite en partie 1 de ce mémoire, le fait que Camille porte tout à la bouche comestible ou pas, m'amène à penser **qu'elle ne possède pas les processus psychiques normalement effectifs à son âge**. Cela peut s'expliquer par son syndrome qui est souvent accompagné d'une déficience intellectuelle sévère, mais aussi par la **présence d'une perturbation sensorielle autour de sa sphère orale** entravant de ce fait son développement psychique et/ou intellectuel. Je vais revenir sur la sensorialité de Camille ultérieurement.

Camille accompagne sa mise en bouche d'une stéréotypie manuelle. Ces stéréotypies font parties des signes cliniques régulièrement rencontrés dans le syndrome de Rett [50]. Celles-ci semblent avoir un fond proprioceptif : la main droite saisit le poignet gauche, puis ensuite se produit une mise en bouche.

Je comprends très vite que l'un des axes de travail en psychomotricité est de **soutenir une dissociation de l'espace oral et manuel**. En effet, il semble que « main et bouche » soient un tout unifié chez Camille. En séance, ses mains sont utilisées uniquement pour leur fonction motrice de transport. Une fois les objets en bouche, Camille peut les garder (en bouche) et parfois elle cherche à les ingérer.

Comme nous avons pu le voir, les mains et la bouche trouvent des similitudes dans leurs propriétés tactiles mais aussi dans leurs situations anatomiques au niveau du cortex. En effet, les aires cérébrales sensibles et motrices des mains et de la bouche sont proches. Ainsi lorsqu'une des deux zones est stimulée, l'autre l'est aussi [13]. Ce **rapprochement entre sensibilité manuelle et sensibilité buccale peut expliquer le réflexe nauséux que Camille a présenté plus petite et qu'elle a petit à petit utilisé comme moyen d'expression de son mécontentement**. Elle peut se mettre à tousser ou vomir quand elle a mal ou quand elle est en colère.

Afin de soutenir la dissociation des espaces manuel et oral, nous proposons en séance un **travail de stimulation des sensations tactiles** des mains, des pieds et du visage. En effet, d'après M. BOUDOU et A. LECOUFLE, toutes deux orthophonistes « *l'investissement positif de la sphère orale s'étaye donc sur un investissement global du corps et ne se limite pas à la bouche en tant qu'organe fonctionnel* » [13]. Nous souhaitons avec cette proposition d'une part, **favoriser la découverte des sensations sans mise en bouche** et d'autre part, **développer la manipulation et la coordination oculo-manuelle** qui est déficitaire chez Camille.

Pour cela, nous utilisons des objets différents en textures et en formes. Toute la difficulté est de **proposer un espace d'exploration sécurisée sans venir contrarier son espace buccal ni son besoin de mise en bouche**. C'est pourquoi, nous utilisons en séance un bac rempli de pâtes non cuites, cela nous permet de proposer à Camille un objet de manipulation qui n'est pas dangereux car comestible. Ce travail d'exploration sensorielle se fait de plusieurs manières. Souvent **par induction de notre part**, c'est-à-dire qu'on lui propose l'expérience. Mais, il y a aussi des temps, où on propose **l'exploration en autonomie**. On place une caisse remplie d'objets à toucher et à manipuler devant Camille, et nous soutenons son exploration d'un discours narratif.

L'utilisation du bac de pâtes se révèle être un formidable outil médiateur pour Camille. Tout d'abord, c'est un **support sec** qui est beaucoup **mieux toléré par Camille que les sensations humides**. Par ailleurs, les pâtes lui sont présentées en grande quantité, elle peut donc y plonger sa main, **se sentir massée et enveloppée**. A cela s'ajoutent les possibilités de manipulations, il s'agit de petits éléments mobiles, ainsi Camille peut d'une part, saisir en quantité dans la paume de sa main ce qui apporte une **sensation de contenant/contenu** ; et d'autre part, réaliser un travail autour de la pince fine avec la recherche de discrimination d'un seul élément mettant en jeu la coordination et la précision visuo-manuelle.

3.4 Réflexion sur le travail de la motricité globale

L'un des autres axes de travail en psychomotricité est le déplacement et l'expérience motrice favorisant **l'intégration de son schéma corporel et le maintien de l'autonomie motrice**. Lors de la première séance, j'ai été très surprise en observant la psychomotricienne porter Camille de son « globber » pour l'installer au sol car au moment où les pieds de Camille ont quitté le sol, ses jambes sont devenues toutes molles. En effet, le fait de la voir avancer sur sa trottinette en repoussant le sol avec ses pieds, je ne m'attendais pas à observer une si grande hypotonie au niveau des membres inférieurs. La professionnelle, assise au sol avec Camille entre les jambes, lui retire ses chaussures. Camille se positionne ensuite en « position lapin » qui est son mode de déplacement autonome privilégié. C'est un « quatre pattes sauté » sans dissociation droite / gauche.

Son autonomie motrice est travaillée en séance par des petits parcours où l'on grimpe, descend, roule. **L'objectif est de maintenir le plaisir de se mouvoir et d'intégrer son corps dans sa globalité.**

J'ai proposé à Camille un jeu avec un **tunnel**. Celui-ci n'est pas opaque et très court. Cet outil me semblait intéressant pour éprouver et **explorer les notions de dedans et dehors qu'elle met constamment en jeu dans cette mise en bouche répétée**. La bouche étant au carrefour du dedans et du dehors. Cette proposition avait aussi pour objectif d'observer l'intégration de son schéma corporel. Se baisse-t-elle pour entrer et sortir du tunnel ? Afin de susciter son intérêt j'ai proposé un jeu de « coucou-caché » pour soutenir cette **exploration motrice en relation**. Ce jeu est particulièrement apprécié par Camille. C'est d'ailleurs le seul jeu symbolique que j'ai observé en séance. En collaboration avec la psychomotricienne, qui soutenait mon action, je suis entrée dans le tunnel tout en invitant Camille à me suivre et me rejoindre. Camille a exprimé du plaisir à me voir entrer dans ce tunnel, cela s'est observé par ses sourires et des vocalises, cependant elle n'est pas entrée dans ce tunnel qui était placé à l'horizontale.

J'ai eu l'occasion de reproposez cette expérience du tunnel accompagnée du jeu « coucou-caché ». Cette fois-ci, j'ai débuté par un temps où je m'installais dans le tunnel placé verticalement en jouant. Après de nombreuses répétitions et faces aux rires de Camille, je l'ai **invitée à être elle-même en situation dedans/dehors**. L'expérience a pu être menée jusqu'au bout.

Il nous arrive parfois, en séance, d'utiliser un poupon que nous manipulons pour qu'il fasse le parcours moteur comme entrer dans le tunnel. En effet, Camille se montre sensible à ce « bébé » et bien que j'aie observé peu de moments d'imitation en séance, sa curiosité et son intérêt pour le poupon l'ont souvent conduite à enrichir son exploration spontanée.

Toujours dans l'idée de favoriser son **expérience motrice et vestibulaire**, je lui propose des temps sur un gros ballon dans différentes positions. J'ai commencé par la position assise qui est acceptée par Camille. J'ai ensuite proposé la position couchée sur le dos, j'ai pour cela placé stratégiquement mes mains sous sa tête et sur son ventre pour lui donner des points d'appuis de son axe corporel et ainsi agrandir la surface du polygone de sustentation. C'est une position qui n'est pas acceptable pour Camille, au moment où je l'approche de l'horizontale, j'observe des mouvements spontanés et rapides de redressement pour retrouver la verticale. Je respecte cela, mais c'est une observation que je trouve très intéressante. Deux hypothèses me viennent en tête, tout d'abord la **position décubitus était compliquée dans la petite enfance du fait des reflux**, alors cela s'est **peut-être inscrit dans sa mémoire corporelle**. En effet, « *toutes les sensations laissent des traces corporelles qui s'engrangent dans notre système nerveux, nous constituant comme un être complexe avec une identité particulière* » [8]. F.GIROMINI explique que les traces corporelles peuvent se réactiver « en fonction de *données spatiales, olfactives, gustatives, sonores*. Ainsi, une émotion particulière que nous avons éprouvée en un lieu donné sera ré-éprouvée à l'identique lors d'un nouveau passage au même endroit » [8]. La réaction de Camille peut également se traduire comme un besoin de se tenir par elle-même, un besoin de maîtriser l'expérience.

3.5 Réflexion autour de la sensorialité

Une question m'est très vite venue concernant la sensorialité particulière de Camille. En effet, dans un premier temps cette mise en bouche répétée me fait penser à une hyposensibilité tactile superficielle de l'espace buccal qui nécessite, de ce fait, une exploration répétée pour se faire une représentation des objets. Mais, l'espace buccal est un lieu qui regroupe deux sens : le toucher et le goût avec à proximité l'odorat que l'on sait très en lien avec le goût. D'ailleurs, Camille **hume souvent ses mains**, les personnes qui s'occupent d'elle et les objets. **Est-ce réellement une hyposensibilité tactile ou plutôt une hyposensibilité gustative et odorante ?** Bien que Camille ne nous donne pas d'informations verbales sur ses ressentis, on remarque que **le toucher péribuccal semble peu l'intéresser**. Nous avons fait ces observations après lui avoir proposé des massages péribuccaux et du visage qui semblaient sans intérêt pour elle.

A partir de l'observation de ses habitudes de flairages, nous lui avons donc proposé **un travail autour des odeurs pour voir si celles-ci semblaient davantage l'intéresser**. Et en effet, il nous semble qu'elle y montre plus d'intérêt. Lors de notre dernière rencontre avec Camille et son père, nous avons donc questionné son père sur les goûts alimentaires de Camille. Il nous a expliqué que lui et sa femme étaient peu friands des aliments riches en goût à la maison, mais a ajouté qu'ils allaient essayer de proposer à Camille de goûter des aliments forts en goût et odeurs et nous rapporteraient ce qu'ils observeraient et comprendraient de leur enfant.

Concernant la sensorialité, je me suis également questionnée si cela se traduisait en hyposensibilité ou hypersensibilité, ou si cela serait plutôt une **difficulté de modulation et de traitement de l'information sensorielle**. En effet, Camille qui a une bonne audition ne montre aucun intérêt en séance aux différents sons émis, mais peut pour autant se montrer très à l'écoute de ce qu'il se passe à d'autres moments. Enfin, parfois le toucher ne semble absolument pas être perçu et à d'autres moments un simple effleurement de son dos pourtant recouvert de plusieurs couches de vêtements crée un retournement assez vif de la part de Camille comme pour se demander « *qui, quoi m'a touchée ?* ».

Toutes ces questions m'ont conduite à mener une **réflexion sur sa sensibilité tactile superficielle et profonde**. Camille sur un sol dur, se déplace avec envie et quiétude, mais quand on lui propose des modules en mousse, elle peut se laisser tomber au sol. Ensuite, comme évoqué précédemment ses stéréotypies se présentent sur un fond proprioceptif, elle se tient si fort que des marques sont observables sur sa peau. Enfin, cette réflexion sur la sensibilité profonde a fait écho à ma surprise ressentie au moment où les pieds de Camille quittent le sol pour se décaler de la trottinette, je les ai décrits plus haut comme des « membres mous ».

L'ensemble de ces observations m'a amené à penser que finalement Camille est **peut-être hyposensible sur le plan proprioceptif**, sur le plan de la sensibilité profonde. A.BULLINGER décrit la proprioception comme « *une coordination entre la sensibilité profonde et les signaux tactiles. [...] Si, les signaux issus de la sensibilité profonde sont déficients ou ne peuvent être traités, la coordination avec le tactile sera pénalisée* ». Il nomme également que « *c'est la coordination vestibulo-proprioceptive qui permet de construire les appuis corporels stabilisant la posture* » [16].

Ainsi, si Camille présente une hyposensibilité au niveau proprioceptif, cela peut venir expliquer les « chutes » sur les modules en mousse et l'expérience du gros ballon. Il convient alors **d'offrir à Camille une contenance qui limite l'instabilité posturale**. Pour cela, il est nécessaire de proposer un contact assez ferme, une **surface assez dure pour que cela puisse vibrer lors des contacts/mouvements**. Ainsi, ces contacts fermes sur une surface d'appui rigide permettent la création de liens entre le mouvement et son effet spatial. A.BULLINGER explique ainsi que « *les réponses sont à la fois tactiles, vibratoires et sonores, et ces résonances sont la clé de l'intégration sensorielle* » [16]. Face à cette particularité sensorielle de Camille, j'ai proposé en séance une couverture lestée pour les temps de manipulations. L'utilisation de cet outil permet d'une part de **favoriser sa conscience corporelle** et d'autre part lui permet **d'éprouver un moment d'enveloppe, de contenance de rassemblement nécessaire pour mieux habiter son corps**.

Après toutes ces observations, en collaboration avec la psychomotricienne, nous avons mené cette réflexion auprès de la famille de Camille. Cette famille toujours très active dans le soin a créé des manchons élastiques lestés. Nous avons pu observer que **le port de ces manchons réduit la survenue des stéréotypies manuelles en séances et réduisent la mise en bouche**. En effet, comme le souligne A.BULLINGER « *si les systèmes sensoriels ne sont pas intègres, la probabilité d'apparition de ces conduites augmente, la nécessité de réafférentation étant plus manifeste* » [16]. Il semble donc que notre hypothèse sur la sensibilité profonde se vérifie.

3.6 Réflexion autour de la temporalité

Je souhaite ajouter que chacune de mes propositions, chacune de mes actions est précédée d'une demande adressée à Camille. Je n'ai jamais obtenu de réponse en termes de oui ou non. Mais Camille sait le dire à sa manière. Et quand, je comprends de son expression corporelle que je peux lui proposer quelque chose, **j'accompagne chacun de mes gestes d'une description verbale** pour qu'il prenne sens pour elle et pour qu'elle puisse s'approprier la situation. **Cet aspect narratif vient aussi réguler la temporalité de mes gestes et je pense me permet de les ralentir**.

Cela me conduit à vous parler de la temporalité de Camille. Au fil des séances, j'avais comme première observation que Camille se lasse très vite de chaque proposition. Curieuse et dynamique, je me saisis de chaque geste induit par Camille. Si elle saisit le pictogramme « papa » j'accompagne de mots, si elle touche une balle, je propose une autre exploration. Je pense, après réflexion, que j'étais dans les premiers temps un peu en hypervigilance.

Vigilante à me saisir de l'intérêt porté par Camille pour un objet, vigilante à ses manifestations, mais aussi vigilante par peur d'une ingestion dangereuse. Bien qu'aucun objet ne soit dangereux pour sa santé, il convient de ne pas tout porter à la bouche. Ajouté à cela, le peu d'informations sonores proposées par Camille me conduisait à accentuer mon observation visuelle et ainsi m'amenait à me déplacer plus souvent. Finalement, après quelques séances je me suis apaisée. J'ai moins sollicité Camille et cela m'a permis de découvrir qu'elle possède **toujours une temporalité circulaire** comme dans les premières expériences du rythme autour de l'alimentation et du sommeil (partie 1). Elle explore une première fois, s'en va vers autres choses puis revient vers l'objet initial et répète cette séquence motrice à plusieurs reprises. Cette observation m'a conduite à repenser mes propositions afin de **m'ajuster à ses besoins spécifiques**.

3.7 Pour conclure

La prise en charge psychomotrice de Camille permet, il me semble, de mettre en avant la spécificité de l'approche psychomotrice.

Tout d'abord, les connaissances approfondies du développement psychomoteur typique de la psychomotricienne l'ont conduite, très tôt, à **proposer à la famille la construction de tout un maillage d'intervention pour soutenir le développement de leur fille**. C'est à partir de ce soin qu'ont découlé toutes les autres prises en charge et qu'un diagnostic a pu être posé. L'intervention précoce en psychomotricité, en plus d'avoir peut-être limité l'errance de cette famille, a aussi limité l'apparition d'un sur-handicap en proposant la mise en place de dispositifs soutenant le développement moteur, sensoriel et psychique de Camille. En effet, en arrivant en psychomotricité les schèmes de coordinations de base n'étaient pas présents. Le travail mené avec Camille et sa famille a permis l'acquisition d'un déplacement autonome et de trouver un outil pour pallier à son besoin de mise en bouche.

La psychomotricité s'inscrit dans une prise en charge globale de l'enfant et sa famille. Par exemple, dans cette situation, la psychomotricienne ne s'est pas limitée au suivi de Camille, elle a aussi accompagné ses parents.

Il me semble que la prise en charge psychomotrice lui permet **de nourrir la construction de soi** en rapport avec l'oralité. En effet, ses stéréotypies et sa mise en bouche répétée pose la question d'une recherche sensorielle nécessaire pour faire exister l'espace buccal. De plus, le passage répété entre le dedans et le dehors peut également se révéler comme un besoin d'éprouver ses limites corporelles. En séance, nous proposons un **dispositif de soin en relation lui permettant de nourrir le sentiment de soi et la représentation de soi**. Le travail en étroite relation avec les parents de Camille et les autres professionnels, nous permettent de s'étayer mutuellement pour comprendre ses besoins et **l'aider à percevoir son corps avec les moyens dont elle dispose**. Nous l'aidons et la soutenons pour l'accompagner à découvrir ses potentiels. Cela nous demande de jongler entre les connaissances classiques du développement et les connaissances particulières liées à son handicap.

Par ailleurs, dans mon récit sur mes rencontres en psychomotricité, j'ai essayé d'illustrer comment je me suis **impliquée corporellement en séance pour rencontrer Camille « là où elle en est, comme elle est »**. L'attention portée au dialogue tonico-émotionnel nous a très vite permis d'être en relation. Cette prise en charge est le reflet, me semble-t-il, que des progrès sont toujours possibles y compris dans le champ du handicap.

Cette rencontre a été d'une grande richesse pour ma formation, m'amenant à questionner l'espace oral tant investi par Camille, ce qui a motivé le sujet de ce mémoire de fin d'étude. L'oralité « *fondatrice de l'être* » [76] est l'illustration même du carrefour entre sensorialité, motricité et psychisme. Elle est à l'image du développement psychomoteur.

CONCLUSION

En exposant le développement de l'oralité en première partie, je souhaitais mettre en avant la place fondamentale qu'elle occupe dans le développement de l'enfant. Aussi, il me semble que **les questions relatives aux différentes fonctions de la sphère orale doivent toujours être abordées** dans l'anamnèse, nous renseignant ainsi sur l'histoire « psychomotrice » de l'enfant.

La deuxième partie a permis d'éclaircir la symptomatologie des troubles de l'oralité, permettant de mieux les connaître et donc de mieux les appréhender en clinique préventive, rééducative et thérapeutique. Avoir expliqué les enjeux psychomoteurs et relationnels du développement de l'oralité harmonieuse en première partie nous a renseignés sur les conséquences possibles liées à un trouble de l'oralité dégageant ainsi plusieurs axes de prise en charge. L'impact important des troubles de l'oralité ne se limitant pas à la sphère orale, justifie selon moi, **une approche pluridisciplinaire dans lequel le psychomotricien a toute sa place.**

C'est pourquoi dans la troisième partie, j'ai exposé à partir de mes lectures et de ma clinique psychomotrice de stagiaire la place et les axes d'interventions du psychomotricien auprès d'enfants souffrants de trouble de l'oralité. La psychomotricité par son approche globale et relationnelle du sujet permet **d'offrir un dispositif de soin favorisant l'investissement corporel positif** de l'enfant ce qui lui donne les outils nécessaires pour une meilleure connaissance et harmonisation de ses compétences sensori-tonico-motrices et interactives et donc l'oralité.

N'oublions jamais qu'une méthode qui fonctionne pour un patient ne sera pas forcément efficace pour un autre. Les prises en charge psychomotrices doivent donc **s'adapter à chaque enfant** et doivent **prendre en compte les caractéristiques propres au sujet**, afin de l'accompagner dans le développement de ses capacités et l'aider à composer avec ses difficultés.

Les réflexions que j'ai pu mener dans le cadre de la rédaction de ce mémoire de fin d'études m'ont permis d'enrichir mes connaissances du développement de l'enfant et d'affiner mon observation clinique. Cela m'a également conduit à **élargir mon questionnement** à d'autres populations que j'ai eu l'occasion de rencontrer durant ma formation. Je pense notamment à ces adultes cérébrolésés que j'ai rencontrés en Service de Soins de Suite et de Réadaptation. Certains présentaient une tumeur cérébrale qui pouvait entraver leur motricité bucco-faciale et leur sensorialité, entraînant de ce fait des difficultés dans la praxie de l'alimentation et dans la conscience d'un corps propre. Il serait donc intéressant d'accompagner ces adultes en psychomotricité dans cette épreuve de la maladie pendant laquelle l'image corporelle, la confiance en soi et le narcissisme sont au centre des préoccupations.

Annexes

Annexe 1 : Axe de développement selon André BULLINGER

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

p 36 du tome 2 : le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars

Annexe 2 : Décret de compétences des psychomotriciens

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI	REPUBLIQUE FRANÇAISE
DECRET relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice	
LE PREMIER MINISTRE	
SUR le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi, - VU le Code de la Santé Publique, notamment l'article L.372, - VU le décret n°74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret n°85-188 du 7 février 1985 portant création du Diplôme d'Etat de Psychomotricien - VU l'avis de l'Académie nationale de médecine, Le conseil d'Etat (section sociale) entendu,	
DECRETE	
ARTICLE 1er : Les personnes remplissant les conditions 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) éducation précoce et stimulation psychomotrice	
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 régulation tonique	
- troubles du schéma corporel	
- troubles de la latéralité	
- troubles de l'organisation spatio-temporelle	
- dysharmonies psychomotrices	
- troubles tonico-émotionnels	
- maladrotes motrices et gestuelles, dyspraxies	
- débilite 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.	
ARTICLE 2 : Peuvent accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1er les personnes titulaires du Diplôme d'Etat de Psychomotricien.	
ARTICLE 3 : Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1er les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1er, l'activité de psychomotricien pendant au moins trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à des épreuves de vérification des connaissances. Les modalités d'organisation, la nature du contenu de ces épreuves ainsi que la composition du jury sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédicales.	
ARTICLE 4 : Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française.	
PAR LE PREMIER MINISTRE,	Fait à Paris, le 28 avril 1986.
	LE MINISTRE DELEGUE AUPRES DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Annexe 3 : Projet personnalisé de prise en charge au Jardin d'Enfants Spécialisé

Concernant son accompagnement au quotidien : Camille a eu une période d'adaptation qui lui a permis de repérer les temps forts de la journée en s'appuyant sur les rituels.

Aujourd'hui sur le groupe, un temps calme lui est systématiquement proposé l'après-midi même s'y elle s'y endort rarement. Ce temps lui permet de se ressourcer, en évitant les stimulations (utilisation de paravents).

Camille apprécie de se déplacer sur un petit trotteur, sinon elle « se déplace en quatre pattes » « sauté » (sans dissociation droite/gauche) ».

Elle prend ses repas sur le groupe. Elle est installée à table avec les autres enfants. Elle peut se montrer dispersée pendant son repas, elle mange par petites quantités mais goûte à tout. Elle exprime son plaisir/déplaisir, son goût/ dégoût. Elle peut recracher des aliments qu'elle n'apprécie pas ou maintenir sa bouche fermée en signe de refus. Des adaptations sont prévues, notamment un accompagnement individuel pour le repas et enfin lui permettre de choisir ses aliments pour éviter les vécues de forçage.

Concernant son développement psychique, sensoriel et affectif : Camille est décrite par l'équipe du JES comme hypo sensible sur tous les plans sensoriels. Elle présente également un seuil de tolérance à la douleur très élevé. L'accès aux jeux et à la manipulation est difficile pour elle car elle est entravée par ses stéréotypies manuelles omniprésentes.

Concernant la vie sociale et relationnelle : Camille apprécie la relation avec les adultes. Elle a besoin d'un cadre sécurisant, connu, repéré. Elle peut se montrer anxieuse et exprimer une angoisse par des cris qui lui servent aussi à interpeller l'adulte. A ce jour, elle ne recherche pas d'interaction avec ses pairs, mais les temps d'ateliers proposés en sous-groupes visent à lui permettre d'accéder peu à peu à une prise de conscience de l'autre.

Concernant la prise en charge orthophonique qui a débuté au sein du JES : Les objectifs sont de développer l'attention conjointe et les échanges avec l'autre, les demandes et les choix, de donner du sens sur ses vocalises et de l'amener petit à petit vers un outil de communication adaptée. Les capacités d'imitation seront également travaillées, ainsi que ses compétences oculo-manuelles et le maintien de son attention.

Annexe 4 : Bilan de kinésithérapie et projet de prise en équithérapie

Bilan de Kinésithérapie

A l'âge de 22 mois, Camille a débuté les séances en kinésithérapie. Le bilan kinésithérapique « neuromoteur et orthopédique » décrivait une motricité globale présente avec des schèmes neuromoteurs présents dans les retournements, dans le redressements assis. La kinésithérapeute a perçu un manque de puissance dans la force globale et décrivait une motricité incomplète : « *il existe une importante faiblesse musculaire sur les membres inférieurs en distal* ». La kinésithérapeute se questionnait sur un éventuel déficit neuromoteur. Elle observait « *des signes cliniques de pieds neurologiques*. »

La kinésithérapeute évoquait une inquiétude sur l'intégrité du potentiel moteur de Camille et de sa répercussion sur ses acquisitions motrices. Elle proposa alors un accompagnement à raison d'une fois par semaine pour un renforcement musculaire notamment des membres inférieurs.

Cette prise en charge est toujours d'actualité sur la même fréquence. Il lui est proposé un travail sur les appuis, les réactions de protection, l'équilibre et la dissociation des membres inférieurs ainsi qu'un suivi orthopédique. Des bottes de nuit ont été mises en place depuis septembre 2018.

Projet de prise en charge en équithérapie

Camille bénéficie d'une prise en charge en équithérapie à raison d'une fois par semaine par une professionnelle équithérapeute et masseur kinésithérapeute depuis juin 2018, elle est alors âgée de 2 ans et demi quand elle débute cette prise en charge.

Ce projet prend sens pour Camille qui se montre très attirée par les animaux. Les objectifs de ces séances s'articulent avec ses autres prises en charge. Il est recherché un éveil sensori-moteur, le développement de la communication verbal et non verbale, et la relaxation. Enfin son équithérapeute met l'accent sur l'importance du « laisser faire » et de « laisser être ». Au niveau psychologique : la recherche de plaisir est attendu dans la relation avec le poney et l'expérience motrice.

Ses parents sont présents en séance, ils tiennent le poney cela permet à l'équithérapeute d'être au plus près de Camille lors des séances.

Les séances se déroulent en 2 temps :

- une partie où Camille brosse le poney, en prends soin : cela vient stimuler ses amplitudes articulaires et la coordination oculo-manuelle.
- Et une partie « montée » : qui laisse place à l'expérimentation de différentes positions (assis, couchée dos/ventre). La stimulation sensorielle tactile est mise en avant avec le contact du poil et des crins.

Le mouvement du pas du poney reproduit le mouvement de marche, cela permet donc une dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes venant stimuler le schéma moteur. « Monter à cheval » nécessite un redressement postural et un renforcement musculaire des membres inférieurs dont elle a besoin.

Bibliographie

- [1] ABADIE V, L'approche diagnostique face à un trouble d'oralité du jeune enfant, *Archive de pédiatrie*, 11, 2004, p 603-605
- [2] ABADIE V, Préface Dans THIBAUT C, *Orthophonie et oralité la sphère oro-faciale de l'enfant, troubles et thérapeutiques*, Issy-les-moulineaux, Elsevier Masson, 2007
- [3] ABADIE V et Al, Attention à mon oralité ! Groupe oralité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, 2008
- [4] ALBARET J-M, SCIALOM P et GIROMINI F, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 5 - Examen psychomoteur et tests*, De Boek Supérieur, 2018
- [5] ANZIEU D, *Le Moi-peau*, Dunod, 1995
- [6] ASSAIANTE C, Construction du schéma corporel au cours du développement sensori-moteur de l'enfant, Dans : BULLINGER A éd., *Les effets de la gravité sur le développement du bébé. L'espace de la pesanteur*, Toulouse, ERES, « 1001 bébés », 2015, p 41-60
- [7] BALLOUARD C, Définitions de la psychomotricité, Dans : BALLOUARD C, *L'aide-mémoire de psychomotricité*, Dunod, 2011, p 3-10
- [8] BELLANGER D, Quand la trace corporelle empêche la dynamique du sujet tentative de réaménagement par le soin psychomoteur, *Évolutions Psychomotrices - Vol 20 - n°82*, 2008, p 180 -185
- [9] BELOT R, Le système pare-excitation parental et ses liens avec l'expression somatique du bébé, Apports théorico-cliniques, *Dialogue*, 2012/3 (n° 197), p 19-30
Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2012-3-page-19.htm>
- [10] BODON A, La symbiose mère-enfant, Dans : *Petite enfance et psychomotricité*, Lyon : *Chronique Sociale*, 2018, p 27-34
- [11] BOIGE N et MISSONNIER S, Les troubles de l'oralité à l'aube de la vie, Entre pédiatrie et psychanalyse, *Cliniques*, 2013/2 (N° 6), p 107-123
Récupéré sur : <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2013-2-page-107.htm>
- [12] BONNET F et GUATTERIE M, De la succion déglutition du nourrisson à la mastication déglutition de l'adulte
Récupéré sur : <http://www.ocapitale.ca/stock/fra/de-la-succion-deglutition-du-nourrisson-a-la-mastication-deglutition-de-ladulte.pdf>
- [13] BOUDOU M et LECOUFFLE A, *Les troubles de l'oralité alimentaire : quand les sens s'en mêlent!* 2015
Récupéré sur : http://resume.europa-organisation.com/_global/files/bichat-2015/1/ORTHO_Boudou_wmk.pdf
- [14] BRANCHARD L, Le corps comme seuil ; mécanisme de défense, Dans : BRANCHARD L, *Le corps comme seuil*, In Press, 2020, p 67-71

- [15] BULLINGER A, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*, Erès, 2007
- [16] BULLINGER A, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars - Tome 2*, Erès, 2017
- [17] CASCALES T, *Les troubles alimentaires du bébé*, Erès, 2015
- [18] CASCALES T et Al, *Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson: classification, sémiologie et diagnostic*, 2014
Récupéré sur : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.013>
- [19] CASCALES T et OLIVES J-P, « Tu vas manger ! », *Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire*, *Spirale*, 80(4), 2016, p 52-60
Récupéré sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2016-4-page-52.htm>
- [20] DESOBEAU F, *Identité et fonction du psychomotricien*, *Thérapies psychomotrices et Recherche n°162*, 2010
- [21] DIRAISON A, *Traitement sensoriel et oralité alimentaire*, *Mémoire d'orthophonie*, 2019
- [22] DOLTO F, *L'image inconsciente du corps*, Editions du Seuil, 1984
- [23] DURAND K, *Le développement psychologique du bébé (0-2 ans)*, Paris, Dunod, 2005
- [24] DURIEUX M-P, *Développement et troubles de l'enfant 0-12mois*, Fabert, 2014
Récupéré sur : https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-70-illu_cover-bebes012mois-durieux-print.jpg
- [25] GATECEL A et Al, *La relation en psychomotricité*. Dans : SCIALOM G et Al, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1 Concepts fondamentaux*, Deboeck supérieur, 2015, p 327-352
- [26] GARDOU C, *Quand le handicap s'immisce dans la famille, Peut-on vivre avec et malgré le handicap de son enfant ?*, Dans : SOUSSAN P, *L'annonce du handicap de la naissance en douze questions*, Erès, 2006, p 179-207
- [27] GENTAZ E, *Du toucher au sens haptique manuel*, Dans *La main, le cerveau et le toucher*, Dunod, 2018, p 9-14
- [28] GIRAUD M, *Accompagnement des troubles de l'oralité liés à la nutrition artificielle chez de jeunes enfants transplantés du foie*, Dans *Evolutions Psychomotrices - Vol 21 - n°86*.
- [29] GIROMINI F, ALBARET J-M et SCIALOM P, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 2 - Méthodes et techniques*, De Boeck Supérieur, 2015
- [30] GOLSE B, *Oralité et nourrissage : d'une bouche à l'autre*, Dans : BLIN D, éd, *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*. Toulouse, Erès, « À l'Aube de la vie », 2007, p 125-136

- [31] GOLSE B, De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire : une voie de l'objectalisation, Dans GOLSE B, *Les destins du développement de l'enfant*, Erès, 2019, p 59-65
- [32] GOLSE B, La « grossesse » des parents adoptants (réflexions sur la procédure d'agrément), Dans : MISSONNIER S, éd., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Monographies de la psychiatrie enfant », 2004, p 193-213
- [33] GOLSE B, L'enfant excitable : système pare-excitation, système pare-icitation, Dans GOLSE B, *Les destins du développement de l'enfant*, Erès, 2019, p 151-157
- [34] GOLSE B et SIMAS R, La bouche et l'oralité dans le développement : entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions, Dans GOLSE B, *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*, Elsevier Mason SAS, 5^{ème} Éd, 2015,
- [35] GOLSE B et ROBEL L, Pour une approche intégrative de l'autisme infantile, Le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse, *Recherches en psychanalyse*, 2009/1 (n° 7), p 45-51
- [36] GUEDENEY N, L'attachement : la construction du sentiment de tranquillité chez le très jeune enfant, Dans : FRYDMAN R éd., *L'intranquillité. Déni ou réalité ?* Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2017, p 19-25
- [37] <https://kinedoc.org/work/kinedoc/356613f2-e18c-4c95-99de-73a208f7de81.pdf>
- [38] <http://plasticite-cerebrale.tripod.com/homonculus.htm>
- [39] <http://sante.u-bordeaux.fr/Psychomotricite>
- [40] <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.2.html>
- [41] <https://www.cnrtl.fr/definition/oralite>
- [42] <https://www.cnrtl.fr/definition/traumatisme>
- [43] <http://www.enfant-encyclopedie.com/alimentation-enfant/selon-experts/comportement-alimentaire-des-nourrissons-et-des-jeunes-enfants-et>
- [44] <https://www.e-cep.org/journal/view.php?doi=10.3345/kjp.2017.60.12.379>
- [45] <http://www.groupe-miam-miam.fr/outils>
- [46] https://www.hoptoys.fr/img/cms/emarsys/501/FR-Livre_blan_c_integrat_ion_neurosensorielle-HopToys.pdf
- [47] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/rett-syndrome>
- [48] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- [49] <https://www.reseau-lucioles.org/troubles-de-loralite-de-lalimentation-et-de-la-digestion-resultats-detude/>

- [50] <https://www.sciencedirect-com.docelec.u-bordeaux.fr/science/article/pii/S1779012315004660>
- [51] ISRAEL J, *Bébé, dis moi pourquoi tu pleures ?*, Erès, 2011
- [52] JOLY F, Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques, Le médiatif et le travail du malléable, Dans : BOUTINAUD J et Al, *Où en est la psychomotricité ?*, In Press, 2014, p 219-237
- [53] JOLY F, Le paradigme du "jouer" dans les thérapies à médiations, Dans : BOUTINAUD J et Al, *Où en est la psychomotricité ?*, In Press, 2014, p 239-263
- [54] JOLY F et LABES G, *Corps, tonus et psychomotricité*, Vernazobres-Grego, 2017
- [55] KLOECKNER A, Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice, *Contraste*, 2011/1 (N° 34-35), p 133-155
Récupéré sur : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2011-1-page-133.htm>
- [56] KREISLER L, Conduites alimentaires déviantes du bébé. *d / Problèmes hospitaliers et institutionnels. Aspects socioculturels* », Dans : LEBOVICI S éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 4 volumes*. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004, p 2085-2089
Récupéré sur : <https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l-9782130545576-page-2085.htm>
- [57] LATOUR A-M, *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Erès, 2007
- [58] LAURENT V, De l'agi à l'introjection des pulsions dans la cure institutionnelle, l'oralité en question, Dans LAURENT V, *Cliniques*, 2013, p 21-36
- [59] LESAGE B, Dedans/Dehors, Dans : LESAGE B, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Erès, 2012, p 105-125
- [60] LESAGE B, La dynamique des flux : formes, postures et mouvement, Dans : LESAGE B, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Erès, 2012, p 73-104
- [61] LESAGE B, Sentir, nommer, symboliser : un travail de conscience corporelle, Dans : LESAGE B, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Erès, 2012, p 221-240
- [62] MBEMBA F et SENG P, Rôle de l'alimentation dans l'amélioration de l'activité motrice chez l'enfant malnutri à Brazzaville (Congo), Dans *Movement & Sport Sciences*, EDP Sciences, 2008, p 91-96
- [63] MOYANO O, Du corps au psychisme : la relation d'implication, un miroir structurant, Dans : BOUTINAUD J et Al, *Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives*, In Press, 2014, p 287-294
- [64] PERRIER-GENAS M, La stimulation psychomotrice du nourrisson, Dans : SCIALOM A et Al, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 3 Clinique et thérapeutiques*, 2015, p 5-17

- [65] PIREYRE E, *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Dunod, 2011
- [66] POGGIO L, Alimentation et sensorialité : mise en mots sans mise en bouche, *Mémoire d'orthophonie*, 2015
Récupéré sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01498797>
- [67] POTEL C, *Etre psychomotricien*, Erès, 2015
- [68] ROBERT-OUVRAY S, Porter un enfant, c'est un savoir être, *Métiers de la petite enfance*, 2000
- [69] RODRIGUEZ M, La médiation : un processus thérapeutique. Dans : BOUTINAUD J et Al, *Où en est la psychomotricité ?*, In Press, 2014, p 277-284
- [70] ROUSSILLON R, L'objet « médium malléable » et la conscience de soi, *L'Autre*, 2001/2 (Volume 2), p 241-254
Récupéré sur : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2001-2-page-241.htm>
- [71] SANDRI R, Le passage de l'espace corporel à l'espace psychique, Dans : SANDRI R, *Penser avec les bébés*, Erès, 1998, p 87-97
- [72] SCIALOM P, GIROMINI F et ALBARET J-M, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1 Concepts fondamentaux*, De Boeck Supérieur SA, 2015
- [73] SEHLO M-G et Al, Développement et fonctions cognitives chez les enfants d'âge préscolaire saoudiens ayant des problèmes d'alimentation sans troubles médicaux sous-jacents, 2016, doi:10.1111 / jpc.12880
- [74] SENEZ C, *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*, Solal, 2002
- [75] SENEZ C, *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition*, De Boeck Solal, 2015
- [76] THIBAUT C, Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, *Rééducation Orthophonique n°220*, 2004
- [77] THIBAUT C, *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*, Elsevier Masson, 2007
- [78] THIBAUT C, *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*, Masson, 2017
- [79] VASSEUR R et DELION P, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Erès, 2019
- [80] WINNICOTT D W, *Le bébé et sa mère*, Payot, 1992

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	4
Partie I : L'ORALITÉ	6
I. Définition	6
II. L'oralité à la base de la construction du corps	7
1. Présentation de la bouche	7
1.1 Définition	7
1.2 Développement de l'espace oral in-utero	8
2. Les fonctions orales	10
2.1 L'oralité alimentaire	10
2.2 L'oralité verbale	13
2.3 L'oralité de préhension	14
3. Oralité et développement de la motricité	16
3.1 Liens entre motricité bucco-faciale et motricité globale	16
3.2 Le développement sensori-moteur selon A.BULLINGER	17
III. L'oralité à la base du psychisme et du lien à l'Autre	20
1. Les premiers liens en appui sur l'oralité	20
1.1 Emergence du lien mère-enfant	20
1.2 Attachement	23
2. Investissement psychique autour de l'oralité	24
2.1 Structuration de la pensée autour du repas	24
2.2 Le stade oral	26
2.3 La castration orale	27
2.4 Le théâtre de la bouche	28
Partie 2 : LES TROUBLES DE L'ORALITÉ	30
I. Définition, manifestations et classification des troubles de l'oralité	30
1. Définition	30
2. Manifestations des troubles de l'oralité	31
3. Classification	32
II. Les étiologies des troubles de l'oralité	33
1. Les causes organiques	33
1.1 Trouble de l'oralité secondaire à une cause neurologique	33
1.2 Trouble de l'oralité secondaire à une pathologie digestive	34
1.3 Trouble de l'oralité secondaire à une pathologie non-digestive	34
2. Les causes psychogènes	35
2.1 Les anorexies psychogènes	35
a) L'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre	35
b) Les formes sévères d'anorexies mentales infantiles	35
2.2 Les anorexies post-traumatiques	36
3. Les causes d'aversion alimentaires d'origine sensorielle	37
III. Retentissements des troubles de l'oralité	38
1. Au niveau psychomoteur	38
2. Au niveau relationnel	41

IV. Prise en charge pluridisciplinaire	43
1. Le médecin prescripteur	43
2. Le médecin gastro-entérologue	43
3. L'orthophoniste	44
4. Le masseur kinésithérapeute	45
5. Le psychologue	45
6. Le psychomotricien	45
Partie 3 : APPROCHE PSYCHOMOTRICE	46
I. Qu'est-ce que la psychomotricité ?	46
1. Définition	46
2. Relation d'implication	48
3. La notion de cadre dans la clinique psychomotrice	49
II. Prise en charge psychomotrice des troubles de l'oralité	51
1. Le bilan psychomoteur	51
1.1 Qu'est-ce qu'un bilan psychomoteur ?	51
1.2 Le bilan psychomoteur dans le cadre des troubles de l'oralité	51
a) Anamnèse	52
b) La passation de tests	53
c) Rédaction et restitution	56
2. Les médiations corporelles	57
3. Les axes de prise en charge	62
3.1 Le suivi de l'enfant	62
a) Le positionnement du corps	63
b) Conscience d'un corps propre, enveloppe corporelle et contenance	64
c) Conscience de l'axe corporel	68
d) Expériences sensorielles et désensibilisation	69
e) Jeux de dinette	71
3.2 L'accompagnement parental	72
III. Le cas de Camille	73
1. Anamnèse	73
2. Projet de prise en charge psychomotrice actuel	76
3. Synthèse de mes rencontres avec Camille	77
3.1 Le cadre des séances	77
3.2 Réflexion sur la communication	77
3.3 Réflexion autour du travail de l'oralité	78
3.4 Réflexion sur le travail de la motricité globale	79
3.5 Réflexion autour de la sensorialité	81
3.6 Réflexion autour de la temporalité	82
3.7 Pour conclure	83
CONCLUSION	84
Annexes	85
Annexe 1 : Axe de développement selon André BULLINGER	85
Annexe 2 : Décret de compétences des psychomotriciens	86
Annexe 3 : Projet personnalisé de prise en charge au Jardin d'Enfants Spécialisé	87
Annexe 4 : Bilan de kinésithérapie et projet de prise en équithérapie	88
Bibliographie	89