



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Hélène FROGET, Soline GARNIER

soutenu publiquement en juin 2013 :

« Du corps à la cuillère »
Approche corporelle et orthophonique dans les
troubles de l'oralité

MEMOIRE dirigé par :
Valérie LEHEMBRE, psychologue, CAMSP APF, Villeneuve d'Ascq

Lille – 2013

A toutes les personnes qui ont permis
la réalisation de ce projet.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui nous ont permis d'évoluer dans la réflexion et l'élaboration de ce travail.

Plus particulièrement, nous tenons à remercier :

- Mme Lehembre, directrice de mémoire, pour nous avoir accordé sa confiance pour la réalisation de ce projet à distance les unes des autres, et pour nous avoir guidées tout au long de cette étude.
- L'ensemble de l'équipe du CAMSP de Poitou-Charente pour leurs précieux conseils et leur bonne humeur et plus particulièrement Marianne Dégranges, Lydie Bihorel et Samuel Dusailant pour leur implication dans ce projet.
- Mme Feuvrier Céline, orthophoniste au CAMSP de Franche-Comté et Melle Tribillon Julie psychomotricienne dans ce même établissement, pour leur soutien et leur investissement dans ce projet.
- Les enfants et leur famille que nous remercions chaleureusement pour leur confiance et leur sympathie tout au long de ce projet.
- Charline, pour son aide précieuse en traduction.
- Nos amies lo, so, lu, pour nous avoir soutenues et comprises durant cette année, et pour avoir partagé une si belle complicité pendant ces années d'orthophonie.

Je souhaite personnellement remercier ma binôme et amie Soline, avec laquelle j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler. Nous avons formé une belle équipe, je te remercie donc pour tout ce que tu m'as apporté au cours de ces quatre années partagées. Enfin, j'aimerais remercier ma famille pour leur soutien, leur amour et leur encouragement à toute épreuve. Plus particulièrement mes parents et ma sœur pour leur compréhension et leur motivation, ainsi que Damien pour sa patience et sa confiance en moi envers et contre tout.

Hélène

Je remercie tout particulièrement Hélène, ma partenaire de mémoire, ma binôme, mon amie... sans qui rien n'aurait été pareil. Cette année fut riche en émotions et je tiens à te remercier pour ton soutien et ce lien tout particulier qui s'est créé entre nous ... Je remercie aussi ma famille, mon frère pour ses précieuses heures passées au téléphone pleines de conseils, ma sœur pour son regard professionnel à toute épreuve et mes parents pour m'avoir permis de vivre ce rêve qu'était l'orthophonie ... Sans leur soutien et leur amour rien n'aurait été possible.

Pour finir, je remercie mes amis de La Rochelle et d'ailleurs pour leur écoute, leur présence et leurs nombreux encouragements.

Soline

Résumé :

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

Cependant , l'oralité est encore trop souvent limitée à la bouche, c'est pourquoi, par notre travail, nous avons souhaité insister sur ce que recouvre l'oralité et notamment les liens qu'il existe entre le corps et la bouche.

Par cette étude nous souhaitons ainsi élargir l'oralité à une notion de globalité pour que la rééducation des troubles de l'oralité soit pensée dans ce sens. Cette globalité a revêtu deux aspects dans nos expérimentations effectuées en CAMSP :

- une prise en charge thérapeutique transdisciplinaire
- une prise en charge de la dysoralité selon une progression du corps à la bouche.

A travers nos observations et analyses vidéo des séances effectuées, nous avons donc noté un intérêt certain à passer par un investissement corporel avant tout investissement de la sphère buccale. En effet, Pour 4 enfants sur 5, un travail autour du corps (découvertes sensibles, sensorielles, limites corporelles) s'est révélé facilitateur pour effectuer ces mêmes découvertes au niveau buccal.

Enfin, à l'issu de ces réflexions et expérimentations, est né un protocole proposant une progression possible du corps à la cuillère pour le suivi de la dysoralité.

Mots-clés :

orthophonie, développement, rééducation (thérapie), jeune enfant (0 à 3 ans), oralité, corps

Abstract :

A child is constantly growing up; his mouth, particularly, plays a great role in his development. Indeed, it enables him to shape his own identity through various fields such as motivity, psyche, affective, etc. The process called orality, represents the link between the mouth, body and psyche.

However, orality often remains limited to the mouth only; that is the reason why, through our work, we wanted to show what it covers, and especially the existing mouth-body connection.

Our study aimed at extending orality notion and considering it in its entirety, for orality disorders therapy to be thought in that sense. During the experimentations that we realized in CAMSP, this entirety took the form of two aspects:

- a trans-disciplinary therapeutic care
- disorders of orality care according to a progress from the body to the mouth.

Through our observations and video analyses regarding completed sessions, we noticed a strong interest to first go through a bodily investment before going through an investment of the oral sphere. Indeed, we observed that, for four children out of five, working on their body (sensory discoveries, bodily limits) was easier to make the same discoveries at oral level.

Finally, at the close of these thoughts and tests, was born a protocol suggesting a possible progress from the body to the spoon with regard to a follow-up of disorders of orality.

Keywords :

Speech-language therapy, developpement, therapy, little child (0 to 3 years), orality, body

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	4
1.L'oralité.....	5
1.1.Définition.....	5
1.1.1.Le concept d'oralité.....	5
1.1.2.Oralité alimentaire et oralité verbale.....	5
1.2.Les structures anatomiques.....	6
1.2.1.La bouche.....	7
1.2.2.La langue.....	8
1.3. Approche neuro-développementale de l'oralité.....	8
1.3.1.D'un point de vue neurologique	8
1.3.1.1.Mécanismes cérébraux et oralité.....	8
1.3.1.2.Mécanismes cérébraux et alimentation.....	9
1.3.2.D'un point de vue neuro-développemental	10
1.3.2.1.L'oralité primaire.....	10
1.3.2.1.1.Période anténatale.....	10
1.3.2.1.2.Période post-natale.....	11
1.3.2.2. L'oralité secondaire.....	12
2.L'oralité au centre du développement affectif de l'enfant.....	14
2.1.Approche psychanalytique de l'oralité.....	14
2.1.1.Le stade oral dans le développement psychique du jeune enfant.....	14
2.1.2.Apport de la psychanalyse dans l'oralité : les différentes fonctions de la bouche.....	15
2.2.L'attachement.....	17
2.2.1.Le concept d'attachement.....	17
2.2.1.1.Émergence du processus d'attachement chez les parents : la parentalité.....	18
2.2.2.Le repas lié au concept de l'attachement.....	18
2.2.2.1.Le récit du repas.....	18
2.2.2.1.1.La narrativité interne du repas.....	19
2.2.2.1.2.La narrativité externe du repas.....	19
2.2.2.2.Les interactions mère-enfant au moment du repas.....	20
2.3. Les enjeux psychologiques, sociaux et culturels de l'alimentation.....	22
3.L'oralité et le corps.....	23
3.1.Liens entre motricité bucco-faciale et motricité globale dans le développement de l'enfant.....	23
3.2.Liens entre les sensations buccales et corporelles.....	25
3.2.1. Les flux sensoriels et la régulation tonique selon Bullinger	25
3.2.2.Lien main-bouche.....	26
3.3.Liens entre bouche, équilibre corporel et verticalité du corps.....	27
3.4.Oralité, schéma corporel, image du corps, image de soi.....	28
4.La dysoralité.....	30
4.1.Définition.....	30
4.2.Terminologie de la dysoralité.....	30
4.3.Les causes de la dysoralité.....	31
4.3.1.Absence de cause unique, étiologies multiples.....	31
4.3.2.Les causes réactionnelles à des traumatismes précoces.....	32
4.3.2.1.Vécu hospitalier	32
4.3.2.2.La nutrition artificielle et ses conséquences	33
4.4.Manifestations de la dysoralité	35

4.4.1.Troubles de la déglutition, Fausses-routes.....	35
4.4.2.Refus, ingesta insuffisant, inconfort, phobie.....	36
4.4.2.1.Douleurs et troubles digestifs.....	36
4.4.2.2.Trouble de la sensibilité buccale.....	37
4.4.2.3.Refus alimentaire, phobie corporelle ou psychiques.....	38
4.4.2.3.1. <i>Le refus alimentaire</i>	38
4.4.2.3.2. <i>Trouble du comportement alimentaire psychogène (anorexies post traumatique ou purement psychogène)</i>	38
4.5.Manifestations corporelles de la dysoralité.....	39
5.Quelle prise en charge pour les troubles de l'oralité ?.....	41
5.1.État des lieux de la prise en charge des troubles de l'oralité	41
5.1.1.L'orthophoniste en libéral.....	41
5.1.2.Prise en charge de la dysoralité en CAMSP.....	41
5.2.Vers une prise en charge globale.....	43
5.2.1.Problématique, hypothèse et buts de l'expérimentation.....	43
Sujets, matériel et méthode.....	44
1.Sujets.....	45
1.1.Cas cliniques.....	45
1.1.1.Critères d'inclusion.....	45
1.1.2.Sujets choisis	45
1.1.2.1.Situation de groupe.....	45
1.1.2.1.1.A.....	45
1.1.2.1.2.E.....	45
1.1.2.1.3.S.....	46
1.1.2.1.4.W.....	46
1.1.2.2.Situation individuelle.....	47
1.1.2.2.1.C.....	47
1.2.Sujets des entretiens semi-directifs.....	47
2.Matériel.....	48
2.1.Expérimentation avec les enfants.....	48
2.1.1.Support d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles....	48
2.1.2.Tableau d'observations.....	48
2.2.Entretiens semi-directifs de parents.....	48
2.2.1.Trame de questions.....	48
3.Méthodologie.....	49
3.1.Expérimentation avec les enfants.....	49
3.1.1.Étude longitudinale.....	49
3.1.1.1.Observation.....	49
3.1.1.2.Lieux des expérimentations.....	49
3.1.1.2.1.CAMSP de Poitou-Charente.....	49
3.1.1.2.2.CAMSP de Franche-Comté.....	50
3.1.1.3.Vidéos.....	50
3.1.1.3.1. <i>Conditions d'enregistrement vidéos</i>	50
3.1.2.Prise en Charge transdisciplinaire.....	51
3.1.2.1.Qu'est ce que le travail en transdisciplinarité ?.....	51
3.1.2.2.Présentation et rôles des différents professionnels.....	51
3.1.2.3.Démarche adoptée.....	53
3.1.2.4.Situation du groupe « A table ».....	54
3.1.2.4.1. <i>Présentation du groupe</i>	54
3.1.2.4.2. <i>Description d'une séance de groupe</i>	55
3.1.2.5.Situation individuelle.....	56
3.1.2.5.1. <i>Présentation</i>	56

3.1.2.5.2. Description d'une séance individuelle.....	56
3.1.3. Rencontre avec les parents des enfants suivis.....	57
3.2. Entretiens semi-directifs de parents autour de l'oralité.....	57
Résultats.....	58
1. Observations et analyse.....	59
1.1. Groupe « A Table ! ».....	59
1.1.1. État des lieux des compétences alimentaires et corporelles en octobre 2012.....	59
1.1.1.1.A. (Annexe n°8, p.13/14/15).....	59
1.1.1.2.E. (Annexe n°9, p.16/17/18).....	61
1.1.1.3.S. (Annexe n°10, p.19/20/21).....	62
1.1.1.4.W. (Annexe n°11, p.22/23/24).....	63
1.1.2. Évolution du groupe au fil des séances.....	63
1.1.2.1. Dynamique de groupe	63
1.1.2.2. Investissements corporel et buccal.....	67
1.1.2.2.1.A.....	67
1.1.2.2.2.E.....	68
1.1.2.2.3.S.....	70
1.1.2.2.4.W.....	72
1.1.3. État des lieux des compétences des enfants à la fin de l'expérimentation en mars 2013.....	73
1.1.3.1.A.....	73
1.1.3.2.E.....	74
1.1.3.3.S.....	74
1.1.3.4.W.....	75
1.2. Situation individuelle.....	77
1.2.1. État des lieux des compétences alimentaires et corporelles en décembre 2012.....	77
1.2.1.1.C. (Annexe n°18, p.37/38/39).....	77
1.2.2. Évolution de C. au fil des séances.....	78
1.2.3. Évolution et état des lieux des compétences à la fin de l'expérimentation en mars 2013.....	84
1.2.3.1.C.....	84
1.3. Regards croisés des différents professionnels.....	86
1.4. Synthèse des observations.....	87
2. Entretiens semi-directifs autour de l'oralité.....	89
2.1. Retentissement familial des troubles de l'oralité.....	89
2.1.1. Au moment du repas.....	89
2.1.2. Répercussions sociales	90
2.1.2.1. De l'enfant.....	90
2.1.2.2. Des parents.....	90
2.1.3. Entre les membres de la famille.....	91
2.1.4. Dans les moments de vie de l'enfant.....	91
2.1.5. Image de leur enfant.....	92
Discussion.....	94
1. Principaux résultats	95
2. Critiques méthodologiques et difficultés rencontrées.....	96
2.1. Dans la partie théorique.....	96
2.2. Dans la partie pratique.....	96
2.3. Apport du travail en binôme	97
2.4. Réflexion sur le travail en partenariat.....	98
3. Discussion des principaux résultats et validation des hypothèses.....	99

3.1.Principaux résultats en lien avec la littérature.....	99
3.2.Validation des hypothèses, explication et interprétation des résultats.....	99
3.3.Limites du travail.....	104
3.4.Perspective éventuelle de l'étude : Protocole d'application d'une prise en charge globale de la dysoralité.....	105
3.5.Intérêt du mémoire pour la pratique orthophonique.....	109
.....	110
Conclusion.....	110
Bibliographie.....	113
Liste des annexes.....	118
Liste des annexes :	119
Annexe n°1 : L'évolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois (Thibault, 2007) d'après Tapin (2001) et Puech (2005).....	119
Annexe n°2 : Axes de développement (Bullinger, 2012).....	119
Annexe n°3 : Support d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles.....	119
Annexe n°4 : Tableau d'observation des séances.....	119
Annexe n°5 : Trame de questions de l'entretien semi-directif	119
Annexe n°6 : Salle de groupe et objets de stimulations proposés.....	119
Annexe n°7 : Salle de prise en charge individuelle et objets de stimulations proposés.....	119
Annexe n°8 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de A.	119
Annexe n°9 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de E.....	119
Annexe n°10 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de S.....	119
Annexe n°11 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de W.....	119
Annexe n°12 : Tableau d'observation de la séance du 21 décembre 2012.....	119
Annexe n°13 : Tableau d'observation de la séance du 8 février 2013.....	120
Annexe n°14 : Tableau d'observation de la séance du 15 février 2013.....	120
Annexe n°15 : Tableau d'observation de la séance du 22 février 2013.....	120
Annexe n°16 : Tableau d'observation de la séance du 8 mars 2013.....	120
Annexe n°17 : Tableau d'observation de la séance du 15 mars 2013.....	120
Annexe n°18 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de C.....	120
Annexe n°19 : Tableau d'observation de la séance du 31 janvier 2013.....	120
Annexe n°20 : Tableau d'observation de la séance du 14 février 2013.....	120
Annexe n°21 : Tableau d'observation de la séance du 14 mars 2013.....	120
Annexe n°22 : Tableau d'observation de la séance du 21 mars 2013.....	120

Introduction

« L'être vivant, tout au long de son parcours, est mu par l'oralité. Tout ce que fait un être vivant avec sa bouche, sucer, manger, communiquer, embrasser,... dès l'état d'embryon et jusqu'à son dernier souffle, met en œuvre des enjeux d'oralité. La fonction orale est fondatrice de l'être », (Abadie, 2008, p. 837). La bouche, organe clé de l'oralité, est également «un organe clé de la construction neuro-développementale, corporelle et psychique de l'enfant» (Abadie dans la préface de Thibault, 2007, p.1).

L'oralité et ses troubles ont fait l'objet d'une attention particulière depuis plusieurs années dans le cadre des recherches autour du développement infantile. Elles ont ainsi permis une meilleure compréhension des enjeux de l'oralité dans la construction de l'enfant. On assiste aujourd'hui à une sollicitation de plus en plus importante des orthophonistes pour des difficultés alimentaires chez de jeunes enfants, cependant, l'approche thérapeutique de ces troubles reste une source de questionnements et se concentre autour de la sphère oro-faciale. Actuellement, plusieurs références littéraires nous rapportent qu'il est important que la prise en charge des troubles de l'oralité soit perçue de manière globale. Dans son étude auprès de nouveaux-nés hospitalisés, Matausch (2004) considère qu'une «bonne oralité doit s'étayer sur un investissement global du corps». Ainsi, qu'en est-il pour les enfants plus grands ?

L'idée et le thème de ce mémoire sont nés de nos stages, dans lesquels nous avons pris conscience que tous les domaines liés au développement de l'enfant évoluent en inter-dépendance les uns des autres. Nos sensibilités personnelles pour le travail autour du corps ont concouru à l'origine de ce sujet, dont l'idée maîtresse est de s'intéresser à la nature des liens entre le corps et l'oralité. En effet, ce concept ne peut se résumer à la bouche. Ainsi, si l'oralité ne se résume pas à la bouche, la prise en charge des troubles de l'oralité ne devrait-elle pas en être de même ?

« Du corps à la cuillère »... Cette expression nous est très vite apparue évidente et est devenue le point de départ de notre étude. Elle aura donc pour objectifs d'apporter une nouvelle approche rééducative à la prise en charge des troubles de l'oralité, de montrer l'importance de la prise en charge transdisciplinaire

de ces troubles, en lien avec les parents ; pour enfin élargir l'oralité à une notion de globalité.

Les enfants avec des troubles de l'oralité présentent un vécu particulier autour de leur corps. Partant de ce constat, notre démarche transdisciplinaire a pour objectif de travailler au niveau du corps et de la sphère oro-faciale, afin de tenter de reconstituer l'enveloppe sécurisante de l'enfant pour qu'il s'organise dans ses sensations corporelles. L'enfant est amené à passer par le plaisir du corps et par une prise de conscience corporelle pour arriver à un plaisir buccal.

D'un point de vue théorique, nous nous sommes intéressées au concept d'oralité au cœur de la dynamique évolutive de l'enfant. Ensuite, nous avons étudié les particularités des troubles de l'oralité. Enfin nous avons recherché et développé les liens que nous pouvions établir entre le corps et la sphère orale.

D'un point de vue pratique, dans un premier temps, nous avons envisagé le suivi de la dysoralité par une prise en charge transdisciplinaire au sein de deux CAMSP. Dans une démarche de prise en charge globale de l'enfant, par l'intermédiaire d'entretiens parentaux, nous rendrons compte du retentissement familial que peuvent occasionner les troubles de l'oralité.

Dans un second temps, faisant suite à l'analyse vidéo de nos séances et de nos observations, nous suggérerons un protocole de rééducation proposant une progression de cette prise en charge globale : « du corps à la cuillère ».

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'oralité

1.1. Définition

1.1.1. Le concept d'oralité

L'oralité, issue du latin « os, oris » qui se traduit par « au travers de la bouche », est une notion du vocabulaire psychanalytique, reprise dans un deuxième temps par les pédiatres. Loin de se limiter à l'acte alimentaire, « l'oralité recouvre l'ensemble des fonctions orales. Celles-ci sont multiples et concernent les thèmes fondateurs de la survie et de la communication, à savoir l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes et le langage », (Abadie, 2004, p.57).

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

Cependant, l'oralité ne se résume pas à la bouche, son territoire comprend également le carrefour aéro-digestif, les organes de la phonation et les cinq sens.

L'oralité implique donc des structures sensorielles, motrices, neurologiques, hormonales, psychiques, affectives et cognitives (Abadie, 2004). Il s'agit d'une fonction fondamentale, complexe, archaïque et « fondatrice de l'être » (Thibault, 2007, p.5), autour de laquelle s'articule l'ensemble du développement de l'enfant.

1.1.2. Oralité alimentaire et oralité verbale

Il existe plusieurs oralités : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale s'associant à une oralité exploratoire et une oralité plaisir.

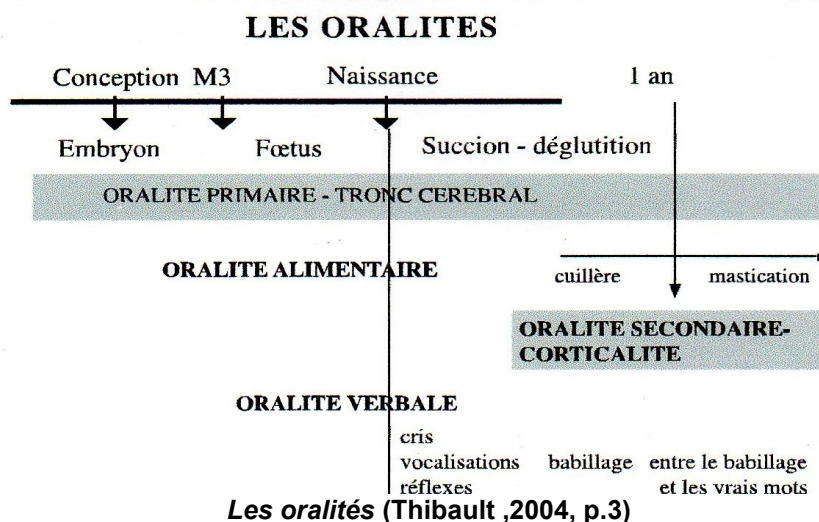
L'oralité alimentaire recouvre toutes les fonctions de nutrition au contact de l'aliment.

L'oralité verbale fait référence à toutes productions sonores à fonction de communication, et au développement des praxies de la parole et de l'articulation.

L'oralité verbale et l'oralité alimentaire concernent toutes les deux la cavité buccale. « La bouche est le lieu du premier plaisir : "la tétée", comme de la première expression du Soi : "le cri" », (Thibault, 2004, p.3). Cette relation fondamentale entre manger et parler est donc présente dès la naissance.

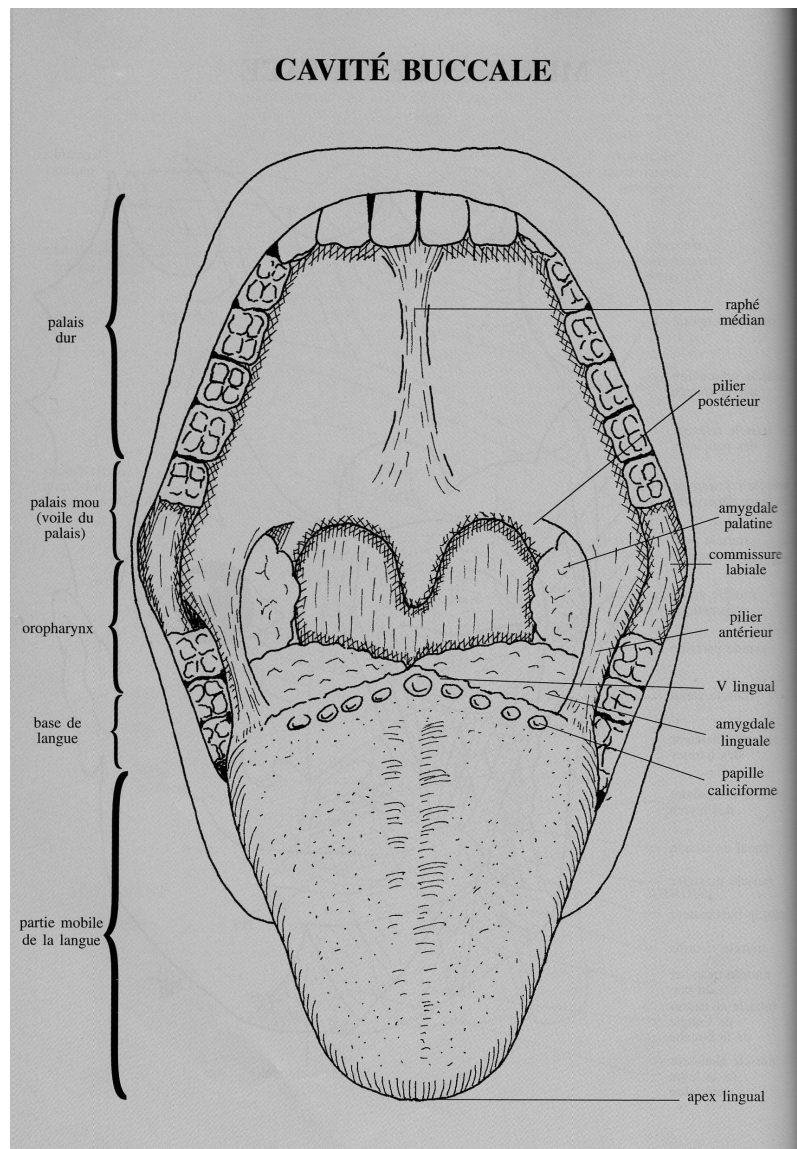
Grâce au développement des fonctions orales, l'oralité alimentaire et l'oralité verbale se développent parallèlement (annexe n°1). « Les praxies de mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles du langage naissent et se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques » (Thibault, 2007, p.47).

Une enquête sur les liens entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale a été réalisée en 2008 par Sophie VANNIER. Celle-ci a révélé l'existence d'un lien entre les troubles d'articulation et de déglutition. En effet, « un tiers des enfants ayant un trouble de l'articulation présentait aussi un trouble de la déglutition à l'évaluation », (Vannier, 2008, p.23). De plus, elle observe aussi que « 50% des enfants avec un trouble d'articulation possèdent une mastication dysfonctionnelle » contre 2% chez des enfants sans trouble d'articulation. Cette étude permet ainsi d'insister sur les liens entre mâcher et articuler : ces activités s'organisent autour de la même zone et prennent une place importante dans le développement de l'enfant.



1.2. Les structures anatomiques

La cavité orale se délimite par différentes structures, « en haut par le palais dur, en bas par le plancher buccal, en avant et latéralement par les arcades dentaires, les lèvres et les joues, et en arrière par le voile du palais et les piliers antérieurs » (Brin et Al., 2004, p.44). La cavité buccale est séparée de la cavité nasale par le palais dur (palais osseux), du nasopharynx par le palais mou (palais membraneux) et communique dans sa partie postérieure avec l'oropharynx. La langue forme le plancher de la bouche et occupe la majeure partie de cette cavité.



Cavité buccale (Brin et al. ,2004, Encart p.10)

1.2.1. La bouche

La bouche est un élément au premier plan lorsqu'on parle d'oralité, elle recouvre différentes fonctions :

- fonction de nutrition : respiration, succion, mastication et déglutition. Ces fonctions vitales sont appelées fonctions réflexo-végétatives (FVR)
- fonction de relation ou de communication qui comprend la mimique expressive et la parole
- fonction morphogénétique (forme des arcades dentaires).

(Padovan,1998)

La bouche est un organe de perception mais aussi d'exploration du monde qui nous entoure, grâce à la sensorialité. Elle représente donc un « lieu fondamental de rassemblement de plusieurs sens » (Mercier, 2004, p.33) pour le nouveau-né.

Au sein de sa cavité bucco-pharyngée sont représentés le toucher, le goût, la température, l'odorat, la douleur et la sensibilité profonde.

1.2.2. La langue

La langue est un « organe clé de l'oralité » (Mellul, Thibault, 2004, p.116), et occupe une place et des fonctions essentielles au niveau de l'oralité alimentaire et verbale, dans cette relation entre « manger » et « parler », (Thibault, 2008, p.16). Elle a un rôle ventilatoire indirect, participe à la déglutition, à la mastication et à la phonation, (Mellul, Thibault, 2004). Les fonctions orales se développent autour de la langue, elles sont intimement liées aux possibilités de contrôle et de mobilisation des muscles linguaux (Thibault, 2008).

La langue apparaît comme un membre dépourvu d'os, constitué de 17 muscles couverts d'une peau muqueuse linguale avec différentes papilles (Thibault, 2008). Ses propriétés cutanées sont multiples : organe de la douleur, du toucher (sensibilité superficielle), de la pression, du froid, de la chaleur, de la traction et du goût.

Ce n'est qu'à partir de 5-7 ans que la précision « gnoso-praxique orale¹ » de la langue est effective (Thibault, 2007).

1.3. Approche neuro-développementale de l'oralité

1.3.1. D'un point de vue neurologique

1.3.1.1. Mécanismes cérébraux et oralité

Dès la vie fœtale, les afférences sensorielles de la zone oro-pharyngée au tronc cérébral et les premiers automatismes oraux marquent le début du développement neurologique de l'oralité.

A la naissance, même si la construction du système nerveux central est réalisée, la maturation neurologique se poursuit (myélinisation des fibres nerveuses et connexions inter-neuronales). Lors de l'oralité primaire, la motricité pré-programmée, archaïque est contrôlée par le tronc cérébral. Les connexions inter-neuronales, présentes dès la première tétée, permettent de mémoriser des

1 Reconnaissance et programmation de gestes intentionnels et finalisés au sein de la cavité buccale

sensations dans l'aire sensitive (pariétale ascendante) et des schémas moteurs dans l'aire motrice (frontale ascendante). La mémorisation corticale des expériences sensorimotrices permet ainsi de renforcer et de complexifier le fonctionnement initialement automatique de la succion, (Senez, 2002). A partir de cinq/six mois, grâce au développement des structures corticales, la phase orale devient volontaire. Le passage à la cuillère est alors possible et coexiste avec l'oralité succionnelle primitive (double stratégie alimentaire), (Thibault, 2012).

Ainsi, lorsque la praxie alimentaire est effective, que se passe-t-il dans notre cerveau quand nous mangeons ? Nous allons tenter d'expliquer les mécanismes cérébraux lors de l'alimentation.

1.3.1.2. Mécanismes cérébraux et alimentation

Lorsque nous mangeons, se forme un circuit de l'alimentation (inter-connexion de neurones) dans notre cerveau et celui-ci évolue avec la maturation neurologique. Selon Gordon-Pomares (2004, p.17), l'alimentation est une « fonction de survie transitant par la notion de plaisir » : l'homme ne mange pas ce qui est nécessaire et utile mais ce qui lui procure du plaisir.

Ce plaisir alimentaire se construit autour de la mémoire et fait intervenir deux neurotransmetteurs (la sérotonine et la dopamine). Ce sont les messages sensoriels (véhiculés via la peau, la rétine et l'odorat) qui permettent de signaler au cerveau que le plaisir ou le déplaisir alimentaire est proche. Ces messages sont influencés par la mémoire gustative, la possibilité organique et fonctionnelle de l'enfant de réaliser le geste et, par l'environnement pendant le repas.

L'acte alimentaire fait intervenir tous les systèmes sensoriels, « le conglomerat d'informations précédant la fonction motrice alimentaire est uniquement sensoriel », (Gordon-Pomares, 2004, p.17). Il débute dès la vue des aliments, les récepteurs de la rétine activent la zone temporale, les récepteurs du nez vont également s'activer et envoyer des messages nerveux au cerveau avant de préparer la phase orale de la déglutition. Dès la mise en bouche, le système gustatif envoie des informations au cerveau grâce aux papilles linguales. L'association de la stimulation gustative et de la stimulation olfactive va permettre de procurer le goût complet de l'aliment, (Thibault, 2008).

Les sens tactiles et auditifs sont aussi mis en éveil lors de la mise en bouche avec l'appréciation des différentes textures, températures et le bruit de la mastication. Le contrôle cortical permet ensuite le réflexe de déglutition.

1.3.2. D'un point de vue neuro-développemental

Pour la majorité des auteurs, le comportement alimentaire de l'enfant se construit parallèlement à son développement neurologique, sensori-moteur et psycho-affectif de la vie intra-utérine (autour de la dixième semaine) jusqu'à l'âge de six ans (Puech, Vergeau 2004).

1.3.2.1. L'oralité primaire

L'oralité primaire est le premier temps de l'oralité alimentaire et verbale.

1.3.2.1.1. Période anténatale

C'est au niveau de la sphère orale que l'on constate les premières séquences motrices de l'embryon : les premières manifestations de l'oralité alimentaire apparaissent sous la forme d'activités musculaires réflexes (Couly, 1993). Chez l'embryon de 60 jours environ, des transformations anatomiques vont lui permettre de toucher ses lèvres avec sa main, c'est le réflexe de Hooker. Cette séquence marque le début du stade fœtal. A ce moment, la langue est alors parfaitement organisée sur le plan musculaire dans la bouche du fœtus et commence à fonctionner (Thibault, 2007). Alors s'ébauchent les premières gnosies et praxies orales et linguales du stade fœtal.

Les premiers automatismes oraux (appelés réflexes) s'observent vers la neuvième semaine de la vie fœtale suivis du réflexe de succion aux alentours de la dixième semaine. Ce réflexe de succion se met en place grâce aux premiers mouvements de langue d'avant en arrière appelés "lapements" par Senez (2002). La déglutition, quant à elle, apparaîtra deux à cinq semaines plus tard et dépendra de la succion. Le fœtus commence à porter ses doigts à sa bouche, à déglutir le liquide amniotique. Le lien entre la succion et la déglutition s'établit vers 32-33 semaines mais rien n'est réellement coordonné avant 37 semaines de gestation. (Crunelle, 2005).

1.3.2.1.2. Période post-natale

A la naissance, l'acte d'alimentation est réflexe : ce sont les excitations sensorielles (contact du mamelon ou de la tétine sur les lèvres et la langue, odeurs, goût et température du lait) qui déclenchent la succion, possible grâce au suckling². La succion est amorcée ou inhibée par une série de réflexes oraux dits « archaïques » : réflexe de succion, des points cardinaux, de toux, nauséux, pharyngé et le réflexe de morsure. (Senez, 2002). Ils sont destinés à assurer l'alimentation et la protection de l'organisme.

Pour le nouveau-né, la stratégie de déglutition doit se modifier car les mouvements de lapement de langue deviennent insuffisants. Pour se nourrir, le processus devient beaucoup plus complexe : le lait est aspiré, la succion est suivie de la déglutition dès que le bolus atteint la partie postérieure de la cavité buccale. La succion devient rapidement pour le bébé un schème moteur qu'il va utiliser selon son envie, sa faim. « C'est un acte complexe qui demande un équipement neurologique et anatomique intact » (Senez, 2002, p.20). Les structures corticales vont peu à peu inhiber les réflexes au profit d'une activité bucco-faciale volontaire et contrôlée (Senez, 2002). La succion deviendra donc volontaire et non plus réflexe.

Parallèlement, le bébé développe aussi une succion non-nutritive qui saura l'apaiser. C'est aussi un moment d'exploration et de découverte pour le bébé, la bouche étant le premier outil informationnel, avant que la main ne tienne cette place. (Crunelle, 2005).

L'oralité verbale primaire correspond aux premiers sons émis par le bébé. C'est le temps des vocalisations réflexes ou quasi-réflexes (souvent nasales) avec les cris et sons végétatifs comme le bâillement, les gémissements, les soupirs et les raclements.

2 Mouvements antéropostérieurs de la langue

Entre 4 et 7 mois, l'alimentation va passer progressivement d'une stratégie alimentaire par succion (biberon, tétée) à une stratégie alimentaire à la cuillère. Cette période est caractérisée par la coexistence des deux stratégies. Progressivement, cette double stratégie alimentaire va assurer le passage de l'oralité primaire à l'oralité secondaire appelée également stade de mastication.

1.3.2.2. L'oralité secondaire

Vers six-huit mois, l'apparition des dents et de la diversification alimentaire amènent l'enfant à utiliser d'autres stratégies qui le préparent progressivement à acquérir la déglutition adulte.

L'oralité alimentaire secondaire correspond donc à une nouvelle organisation praxique. L'enfant apprend en imitant ces nouvelles praxies de l'alimentation à la cuillère (saisir entre les lèvres et les dents), (Thibault, 2007). Cette période requiert des compétences masticatoires complexes avec une mastication qui n'est mûre qu'à partir de six ans.

La déglutition adulte comprend trois temps : le temps labio-buccal ou phase orale, le temps pharyngien et le temps œsophagien. Nous nous intéresserons seulement à la phase orale qui est principalement concernée en cas de trouble de l'oralité. Elle comprend la phase de préparation et la propulsion du bol alimentaire. Ce temps, bien qu'automatisé, est volontaire sous contrôle cortical contrairement aux deux autres qui sont purement réflexes.

Le temps labio-buccal va consister à transformer les aliments introduits en bouche en « un bol alimentaire homogène, compact et lubrifié par la salive », (Senez, 2002, p.40). La première étape débute par la préhension labiale des aliments et se poursuit avec la fermeture des lèvres, des mâchoires, la mastication et la salivation pour transformer le bol alimentaire.

La mise en bouche est essentielle, les capteurs proprioceptifs présents dans la bouche participent au déclenchement de la déglutition en transmettant au cortex toutes ces sensations. Le cerveau va ainsi déclencher les réponses musculaires et sécrétions adaptées.

La mastication se fait par des mouvements verticaux et horizontaux de la mâchoire inférieure, c'est un acte réflexe qui se déclenche par le contact des aliments avec les gencives et le palais. La salive permet de lubrifier les aliments sélectionnés et

broyés. Ce temps exige une motricité et une coordination labiales, linguales et jugales parfaites.

La deuxième étape de la phase orale débute lorsque le bol est rassemblé sur le dos de la langue par une aspiration intra-buccale. A ce moment, les lèvres se ferment de façon hermétique, les mâchoires se resserrent, la langue se plaque contre le palais, d'avant en arrière, créant des variations de pression qui propulsent le bol vers le pharynx et vident la bouche.

« Toutes les fonctions appartenant au monde de l'oralité seront capitales dans la conquête de la parole. » (Fournier et Thibault 2004, p.17). Le babillage correspond à la période du « sucking³ ». Cette mobilisation linguale offre la possibilité d'effectuer des mouvements latéraux et permet le début de l'alimentation à la cuillère. Le contrôle cortical (contrôle volontaire de l'alimentation) apparaît ainsi conjointement à la modification anatomique du larynx.

Il existe deux aspects de l'oralité : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. Tous deux confèrent à la bouche et à la langue une place privilégiée dans la construction globale d'un enfant. Les étapes développementales de l'oralité alimentaire de l'enfant sont intrinsèquement liées à l'évolution organique, à la maturation neurologique, motrice, psycho-anatomique et sensorielle.

La dimension organique et fonctionnelle de l'oralité a été ici montrée. Le développement de l'oralité est ainsi pris dans une dynamique évolutive. (Annexe n°1, p.3). Nous allons maintenant aborder la dimension psychique de l'oralité.

3 mouvements de la langue allant du haut vers le bas

2. L'oralité au centre du développement affectif de l'enfant

2.1. Approche psychanalytique de l'oralité

2.1.1. Le stade oral dans le développement psychique du jeune enfant

Le stade oral s'étend approximativement sur la première année de vie de l'enfant, s'achevant par le sevrage. La bouche, zone corporelle dominante pendant cette période est une zone essentielle de plaisir et de désir.

Selon la première théorie pulsionnelle de Freud (cité par Golse, 2008), l'enfant découvre que l'excitation bucco-linguale comme le suçotement des lèvres et du pouce procurent du plaisir indépendamment d'un besoin alimentaire. Cependant l'alimentation vient renforcer ce plaisir oral.

La source pulsionnelle⁴ essentielle est alors la zone buccale mais également le carrefour aéro-digestif, les organes de la phonation et les organes sensoriels : tout ce qui apporte des sensations au bébé (Golse, 2008).

L'objet pulsionnel⁵ en priorité est le sein ou son substitut et c'est à ce moment que le bébé découvre le plaisir oral.

Le but pulsionnel⁶ est un plaisir auto-érotique et un désir d'incorporation des objets.

Les intérêts du nourrisson constituent la première phase du stade oral. Elles correspondent au plaisir d'être nourris par la tétée et au plaisir de la succion (tétine, pouce) : il s'agit donc conjointement de gratification alimentaire et non-alimentaire. Le nourrisson porte aussi un grand intérêt aux gratifications tactiles (chaleur, corps-à-corps), kinesthésiques (portage, bercement...), auditives, olfactives (odeur de la mère).

Au début de sa vie, le nourrisson ne se différencie pas du monde extérieur : l'état est indifférencié. Il oscille constamment entre le déplaisir suscité par ses besoins et le plaisir procuré par les soins maternels. Pour l'enfant, la réponse à sa tension apportée par la mère, n'a pas encore de visage ni d'identité, Freud (cité par Golse, 2008) parle de narcissisme primaire : l'enfant n'a pas réellement conscience

4 La source pulsionnelle est le territoire corporel où la pulsion s'exprime, ainsi que l'énergie psychique présente à cet endroit.

5 Outil permettant d'apaiser la pulsion. Celui-ci est variable d'un individu à l'autre selon sa propre histoire.

6 Le but pulsionnel est de parvenir à un état d'apaisement de la tension après satisfaction.

du dedans et du dehors, il ne fait qu'un avec l'objet qu'il met en bouche. Par la suite la mère sera identifiée comme apportant la satisfaction orale.

2.1.2. Apport de la psychanalyse dans l'oralité : les différentes fonctions de la bouche

La bouche est décrite comme cavité du visage qui participe aux fonctions de digestion, gustation, de phonation et de respiration (Mercier, 2004) « seulement la bouche ne peut être réduite à sa dimension corporelle. » (Golse et Simas, 2008, p.247).

En effet, la notion de bouche symbolise le carrefour du dedans et du dehors, « se prêtant mieux que toute autre région corporelle à faire le pont entre perception intérieure et perception extérieure » (Mercier, 2004, p.33). Cette place caractéristique de la cavité buccale dans le développement psychologique donne un rôle particulier à l'alimentation. L'enfant peut choisir d'absorber ou de recracher les aliments.

Grâce à la nourriture, l'enfant fait progressivement la distinction entre le dehors et le dedans et construit ainsi sa représentation corporelle.

Plus tard, l'introduction d'un ustensile (verre ou cuillère) permet de consolider ce processus d'individuation.

Région du corps spécifiquement située à l'interface du dedans et du dehors, la bouche et son fonctionnement se trouvent ainsi impliqués dans toute une série de fonctions centrales dans l'ontogenèse de la personne (attachement, étayage des pulsions, sevrage, instauration du langage), (Golse, Guinot, 2004).

Golse décrit ainsi différentes fonctions de la bouche comme celles du fœtus, du bébé, de l'attachement, du langage, ainsi que la bouche dans la relation à l'autre et aux pulsions.

La bouche du fœtus serait un lieu sensoriel privilégié. Dès le développement fœtal, la bouche est « à la frontière du monde interne et du monde externe » (Golse, 2008), c'est la déglutition qui permet ce passage entre les deux mondes.

Grâce aux échographies in utéro, nous pouvons constater que le fœtus de quelques semaines goûte le liquide amniotique et bouge ses mains dès qu'il ressent les

vibrations de la voix maternelle, ainsi quand « la mère parle, le bébé goûte » (Cyrulnik cité par Golse, 2008, p.248).

A la naissance, la perception sensorielle du bébé se développe, la bouche, lieu de perception devient également un lieu d'exploration. C'est à travers la fonction orale, et plus particulièrement avec sa bouche, que le bébé explore le monde, « [...] elle est un carrefour fondamental et structurant qui nous inscrit dans le monde et au tout début dans le monde de l'oralité... » (Thibault, 2008, p.16)

Au centre de la théorie de l'attachement, notion créée par Bowlby en 1958, la bouche de l'attachement est considérée comme le premier organisateur du développement psychique du nourrisson (Spitz cité par Golse, 2008). C'est le lieu des premiers attachements, premières découvertes et expérimentations. La bouche a une place essentielle dans l'élaboration du rapport à l'autre et du jeu relationnel.

Plus tard, la bouche deviendra la bouche du langage. « La sphère oro-faciale est un lieu d'expression, de projections et de représentations » (Thibault, 2008, p.3). Elle apparaît comme le « carrefour anatomique du verbe et de l'aliment » (Thibault, 2004, p.3). Abraham et Torock (cités par Golse, 2008) , qui voient l'origine du langage dans la bascule de la « bouche pleine de sein à la bouche pleine de mots ».

Ainsi, « la mise en jeu de la bouche au cours du développement sert non seulement les enjeux exploratoires cognitifs de l'enfant, mais aussi ses positions émotionnelles et relationnelles » (Golse, 2008, p.255). La bouche se situe au centre des cognitions et de l'affect. Thibault (2007, p.3) ajoute que la bouche « joue probablement un rôle de médiateur, de passeur vers l'autre mais aussi vers soi... ».

2.2. L'attachement

« L'attachement est un processus interactif débutant précocement, nourri de présence et d'échanges et susceptible de perturbations, s'il se trouve bousculé dans son développement normal », (Binel, cité par Crunelle, 2007, DVD).

2.2.1. Le concept d'attachement

Si les psychanalystes comme Freud, Winnicott, M. Klein et Spitz ont abordé l'importance de l'attachement précoce de l'enfant à sa mère et des conséquences de certaines privations, les éthologues⁷ tels Harlow ou Lorenz ont montré l'importance du contact corporel et de l'émotion, c'est à J. Bowlby (pédo-psychiatre et psychanalyste anglais) que nous devons la notion d'attachement. (Crunelle, 2007)

Bowlby (2002) est le premier à émettre l'hypothèse que l'attachement du bébé aux parents est un besoin primaire, il a insisté sur l'importance des liens non-alimentaires entre le bébé et la mère.

La construction du lien d'attachement est progressive, il se développe et évolue avec l'enfant. On parle d'attachement mais également « d'accordage affectif » (Stern cité par Maury, 2008 ,p.50).

Ce lien se développe à travers un vécu commun (parent-bébé) qui apparaît comme un besoin vital pour le bébé autant que le besoin d'alimentation. Le bébé naît avec un besoin primaire et inné de contact social, d'échange dès la naissance. L'enfant a besoin de ressentir de la fiabilité et de la prévisibilité de la part de son entourage pour se sentir en sécurité et pouvoir ainsi évoluer en toute tranquillité. La qualité de l'attachement résulte de la qualité des réponses de son entourage maternant. S'attacher pour mieux se détacher, « c'est de la qualité de son attachement précoce que dépendront les capacités de détachement et de prise d'autonomie d'un enfant », (Crunelle, 2007).

L'enfant peut s'attacher à sa mère mais la figure d'attachement peut également être un autre adulte protecteur, disponible et régulièrement présent, (Crunelle, 2007). Dans cette partie, nous définissons « la mère » comme toute personne qui occupe une fonction maternante en délivrant les soins.

7 Spécialistes de la science des comportements des espèces animales dans leur milieu naturel

2.2.1.1. Émergence du processus d'attachement chez les parents : la parentalité

L'attachement est à la fois physique, émotionnel et réciproque. Cependant chez les futurs parents, l'attachement débute bien avant la naissance.

En effet durant la grossesse l'enfant est déjà imaginé, rêvé, parlé, l'enfant prend corps dans les pensées des parents. L'attachement naissant, la parentalité⁸ émerge.

La naissance d'un enfant transforme la femme en mère mais aussi en mère-nourricière (Winnicott). « La femme se construit psychologiquement mais également physiquement par la transition de femme enceinte pleine de son enfant à une femme-mère pleine de ses attentes » (Vaillier, 2009, p.23). La mère, comme toute personne dispensant des soins au bébé, est investie d'un rôle nourricier face à cet enfant dépendant d'autrui pour satisfaire ses besoins vitaux comme l'alimentation.

L'alimentation étant un besoin vital, cette dépendance innée entre la mère et son enfant attribue un rôle très particulier à la nourriture. « L'attachement de l'enfant à sa mère est lié à la satisfaction du besoin alimentaire, l'enfant en acceptant la nourriture, accepte sa mère qui se sent reconnue » (Thibault, 2007, p.54). Ainsi la mère devient compétente parce qu'elle nourrit son enfant (au sein ou au biberon) et qu'il grossit.

2.2.2. Le repas lié au concept de l'attachement

2.2.2.1. Le récit du repas

Le repas est un moment privilégié, qui réunit chez le tout petit, la dyade mère-enfant.

Le désir de manger et l'instauration d'une relation privilégiée sont primordiaux dans la situation de repas. Comme l'exprime Thibault (2007), « manger c'est échanger », et l'élan du repas est aussi important que le besoin vital de se nourrir.

Que l'on soit adulte ou enfant, le repas est constitué d'un ensemble de sensations et forme un récit. « 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. », (Abadie,

8 « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant à trois niveaux: le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique » (Maigne cité par Doumont et Renard, 2003)

2004, p.61). Deux récits s'articulent autour de l'enfant : une narrativité interne au repas et une narrativité externe liée à l'environnement lors de l'alimentation.

2.2.2.1.1. La narrativité interne du repas

« L'histoire » débute à l'occasion des périodes de manque, par la naissance de la sensation de faim chez l'enfant. La faim est vécue comme une véritable souffrance, entraînant douleurs et pleurs. Le nourrisson perçoit peu à peu que la tension naît en lui et nécessite alors une action du monde extérieur : la mère. Ce sentiment de déplaisir occasionné par l'insatisfaction alimentaire est provisoire. En effet, suite au déplaisir, apparaît le plaisir éprouvé par l'apaisement de la tension lors de la tétée. Celle-ci se révèle être un moment de satisfaction alimentaire où « le lait de la mère représente alors l'aliment de la confiance » (Thibault, 2007, p.54).

C'est à ce titre que le moment de repas est fondateur de l'attachement mère-enfant.

Bullinger (2004) affirme que le plaisir alimentaire ne peut s'obtenir que si les éléments constitutifs de la chaîne menant à « l'aspect hédonique » de la situation de repas sont tous présents. Pour lui, le repas ne s'identifie pas à la seule ingestion d'aliments mais se forme autour d'éléments sensori-moteurs (appartenant à l'histoire interne de l'enfant) telles que la posture, l'olfaction, la succion, la déglutition et la satiété.

L'enfant doit être installé dans une position génératrice de détente musculaire et favorisant l'acte de déglutition ; l'olfaction permet au bébé de se préparer à l'aliment reçu, la succion et la déglutition créent des sensations corporelles menant l'enfant à la satiété (estomac rempli) et au sentiment de bien-être avec la cessation de la faim (Vaillier, 2009).

Cet aspect narratif du repas est ainsi primordial pour accéder au plaisir ; car si l'un des composants vient à dysfonctionner, la situation de repas est mise à mal pour l'enfant.

2.2.2.1.2. La narrativité externe du repas

La situation de repas possède plusieurs rythmes. Elle revient plusieurs fois par jour, à des heures régulières ; de plus elle se déroule selon un rituel qui se définit par un temps de préparation du repas, le repas et enfin le temps de la réplétion. L'enfant perçoit une régularité, des invariants dans cet aspect narratif de l'alimentation.

« Lors du repas, l'enfant n'est pas seulement nourri, il est également regardé, porté, tenu dans les bras, serré contre le corps de sa mère dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements et généralement le repas est accompagné d'un bain de paroles, de fredonnements. En cela le repas est déjà un récit : par le bain de langage dans lequel la situation de repas a lieu » (Vaillier, 2009, p.23). La relation entre oralité alimentaire et verbale prend ici un sens particulier, le repas devient un lieu de « théâtralité alimentaire » : « une cuillère pour papa, une cuillère pour maman », (Couly et Thibault, 2004, p.195).

Ce déroulement externe, associé à l'enchaînement de ses sensations internes (alternance de sensations de faim et de satiété), permet à l'enfant d'appréhender la notion de rythme, lui offre des repères et une contenance ainsi que la possibilité « de régler une partie de ses échanges avec l'environnement. » (Giraud, 2009, p.180).

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

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

2.2.2.2. Les interactions mère-enfant au moment du repas

Le rythme de l'enfant étant basé principalement sur les périodes d'alimentation, il est aisé de comprendre que les interactions au sein du repas sont importantes et fondatrices du concept d'attachement car répétées de façon régulière.

L'interaction est « une action réciproque qu'exercent l'un sur l'autre deux ou plusieurs systèmes physiques. » (Larousse)

C'est par l'acte alimentaire (situation répétitive d'union entre la mère et le bébé) et par son vecteur principal, le sein ou la tétine, que les interactions vont pouvoir se construire et fortifier le sentiment d'attachement.

Lors des situations de nourrissage, la première interaction entre la mère et l'enfant est le contact corporel : l'enfant est contenu par la mère. L'échange de regard est également intense à ce moment-là : la mère s'assure que l'enfant s'alimente bien, et l'enfant contemple l'objet de satisfaction. Associé à ces deux éléments, le langage

vient soutenir ce moment : la mère raconte à son enfant les étapes du repas, met des mots sur les sensations et émotions que ressent le nourrisson.

Au moment des repas, le bébé réussit à relier les différentes sensations perçues (l'odeur maternelle, l'odeur du lait, la vue de la mère, la chaleur corporelle...) afin de se créer une image de sa mère. Cette mise en lien de différents sens, appelée « co-modalité » par Meltzer (cité par Golse, 2008), est à la fois la cause et la conséquence d'un attachement sécurisé⁹ au sein de la dyade mère-enfant.

Par l'utilisation de son corps, sa voix, son visage, ses mains la mère fournit au bébé son premier contact avec le monde environnant. L'ensemble de ses actes fournit à l'enfant sa première expérience avec le monde de l'interaction. Ainsi l'étayage de la mère dans les premières expériences de vie du bébé et une adaptation réciproque du comportement permettent un renforcement de l'attachement entre les deux protagonistes. La mère se voit alors confier « le rôle de chef d'orchestre », de guide, de contenant, (Stern, repris par Golse, 2008, p.252).

Les différentes interactions utilisées vont permettre à l'enfant d'accéder ou non à « un accordage affectif » ou à une « harmonisation des affects » avec sa mère ; et concourent à l'harmonie de l'attachement entre ces deux protagonistes.

⁹ figure d'attachement accessible et disponible

2.3. Les enjeux psychologiques, sociaux et culturels de l'alimentation

Si l'enjeu le plus évident de l'alimentation est sa fonction nutritive vitale, l'acte alimentaire est un acte à la fois biologique, psychologique, social et culturel. En plus du sentiment de satiété, le repas peut revêtir de nombreux aspects.

Chez le nourrisson, nous avons vu que l'alimentation est un moment privilégié et essentiel au sein de la dyade mère-enfant.

Au fil du temps, l'enfant, de plus en plus autonome, est capable de manger seul, l'utilisation des outils tels que la cuillère ou la fourchette signe l'enjeu socio-éducatif et culturel que prend l'alimentation. Cette autonomie alimentaire s'acquiert souvent au moment d'entrer en maternelle, où l'enfant est amené à partager la situation de repas en groupe. L'intériorisation des normes sociales du repas s'effectue dans ce contexte de repas à plusieurs.

Le passage à l'oralité secondaire constitue ainsi « un bon repère de socialisation¹⁰, tout comme les praxies d'habillage telles que le laçage et le boutonnage ou les praxies d'alimentation avec les outils du repas », (Thibault, 2007, p. 47).

Le repas familial ajoute une dimension socio-culturelle à l'aspect éducatif de l'acte alimentaire (Couly, 2010). Les règles des repas instruites au sein de la famille participent à la construction d'un modèle de socialisation et d'éducation.

Chez l'enfant plus grand, le repas est également un lieu de communication et d'échange. C'est un moment privilégié pour la construction des liens avec ses pairs au sein d'un groupe social, (Couly, 1993). Au niveau du goût, l'enfant développera progressivement une attirance pour les produits consommés dans un contexte affectif et chaleureux. (Rigal, 2004)

Enfin, culturellement, l'aliment représente une identité forte dans chaque civilisation. (Thibault, 2004)

Après avoir abordé la dimension relationnelle et psychique de l'Oralité, nous allons poursuivre sur la dimension corporelle de ce concept en insistant sur les liens entre le corps et la bouche. En effet, le développement corporel est intriqué au développement psychique de l'enfant.

10 Le fait de développer des relations sociales, de s'adapter et de s'intégrer à la vie sociale

3. L'oralité et le corps

« L'ensemble des parties du corps sont liées ; ainsi, des facteurs susceptibles d'influencer le développement moteur « normal » dans une partie du corps peuvent également affecter la bouche », (Henderson, 2004, p.1). De plus, la bouche étant au cœur du développement de l'enfant, des facteurs entravant les expériences autour de cette zone, peuvent également avoir des retentissements sur la construction du corps global.

3.1. Liens entre motricité bucco-faciale et motricité globale dans le développement de l'enfant

« Le développement est un processus dynamique continu qui aboutit à une construction » (Fauqueur, 2011, p.8), il suit une direction céphalo-caudale. La posture constitue la base sur laquelle le mouvement se construit. Le développement postural est relatif aux conduites de flexion, de redressement et de rotation qui constituent les points d'appui du nouveau-né. Les différentes postures relatives aux conduites déterminent des espaces privilégiés. (Annexe n°2, p.4)

La posture symétrique en flexion privilégie un espace centré sur la zone orale, alors que les postures asymétriques déterminent des espaces oraux gauche et droit, non reliés entre eux. Le nouveau-né s'appuie progressivement sur ses épaules puis son buste ; la maîtrise de l'espace du buste se fera grâce aux capacités de redressement et de rotation du buste qui vont permettre la coordination des espaces gauche et droit. A six mois, le point d'appui du bébé devient la région dorso-lombaire, il maîtrise alors l'espace du torse, l'espace de préhension est ainsi unifié. A cet espace de préhension unifié correspond la constitution de l'axe corporel¹¹ qui articule les différents espaces créés par les postures. Enfin, la maîtrise du corps émerge avec l'investissement du bassin comme point d'appui suivis des mains, des genoux et des pieds. (Bullinger, 2004)

« L'axe corporel constitue le premier point d'appui à la fois physique et représentatif pour les futures fonctions instrumentales » (Bullinger, 2004, p.51).

¹¹ Terme issu des travaux d'Ajuriaguerra et d'André-thomas en 1948

Lors du développement moteur de l'enfant, la motricité buccale et la motricité globale sont interdépendantes, elles s'influencent mutuellement (Senez, 2002).

Ces liens entre motricité bucco-faciale et globale sont évidents dès la vie fœtale. Grâce aux échographies in utéro, nous pouvons constater que le fœtus de quelques semaines goûte le liquide amniotique et bouge les mains dès qu'il ressent les vibrations de la voix maternelle, (Golse,2008).

A la naissance, la motricité buccale et la motricité globale sont réflexes. Les réflexes primaires (réflexe de marche automatique, réflexe d'incurvation du tronc¹², réflexe de Moro¹³, d'agrippement¹⁴ et les réflexes toniques du cou¹⁵) sont, comme les réflexes oraux, des automatismes. (Senez, 2002)

Le nourrisson peut se trouver dans une posture appelée symétrique ; qui offre à l'enfant un espace oral plus évident : la bouche se transforme en premier instrument de capture des objets.

Le nourrisson peut également se retrouver dans une posture asymétrique appelée « d'escrimeur », avec la main dans la zone de vision focale.

« Ces postures déterminent des espaces gauche et droit » (Bullinger, 2004, p.141) qui vont être reliés l'un à l'autre grâce à la bouche, avant que la rotation du buste soit installée. Ainsi, par la coordination des espaces, on observe un lien entre la motricité buccale et globale.

Au cours des premiers mois, la position fléchie du nouveau-né domine associant une hypotonie du tronc à une hypertonie des membres. Ce schéma d'enroulement privilégie le rassemblement du bébé sur lui-même, et notamment sur sa sphère orale. La bouche est davantage fermée en lien avec cette position.

Ainsi, la motricité buccale (mouvements d'ouverture et de fermeture) est alors influencée par les mouvements d'extension ou de flexion du corps, notamment du cou. La flexion de la tête entraîne alors la fermeture de bouche, à l'inverse

12 « Lorsque l'enfant est placé dans la main de l'examineur où il repose sur l'abdomen, une stimulation paravertébrale déclenche une vive incurvation latérale du tronc du côté du stimulus, successivement à droite puis à gauche. Cette incurvation est associée à une extension du membre inférieur homolatéral », (Senez, 2002, p29)

13 « Lorsque l'enfant est tenu par les poignets, puis relâché par l'examineur, le réflexe se déclenche : abduction des bras, extension des avant-bras, ouverture des mains et cri », (Senez,2002, p29)

14 Quand une stimulation est effectuée sur la surface palmaire ou plantaire du nourrisson, il effectue une flexion ferme des doigts ou des orteils du (des) membre(s) stimulé(s).

15 Le réflexe symétrique du cou (réaction de surprise à un bruit soudain) et le réflexe asymétrique du cou (réflexe d'orientation) (Senez, 2002).

l'extension entraîne l'ouverture de la bouche. La motricité buccale ne peut donc pas se dissocier de la motricité globale.

Grâce à la maturation neurologique, l'extension corporelle se développe les réflexes (primaires et oraux) sont inhibés, la motricité de la bouche va alors pouvoir se dissocier de la motricité globale, (Senez, 2002).

Vers 6-8 mois, l'enfant passe à la position verticale (se tient assis sans appuis) et va être capable de mouvements de rotation du buste (période des dissociations) grâce à l'installation de la motricité volontaire, (Senez, 2002). La coordination des espaces gauche et droit «via l'espace oral se réalise par une dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne¹⁶. Cette torsion du buste n'est possible que si l'équilibre entre flexion et extension est acquis» (Bullinger, 2001, p.6).

La motricité bucco-faciale et la motricité globale de l'enfant restent très liées malgré leur dissociation.

3.2. Liens entre les sensations buccales et corporelles

3.2.1. Les flux sensoriels et la régulation tonique selon Bullinger

« Dès le début de la vie, le bébé cherche à être en présence de l'autre en le touchant, en étant touché, pour recevoir du sens qu'il tente d'organiser » (Golse, 2008).

Les flux sensoriels correspondent à un ensemble de signaux continus et orientés qui sollicitent les systèmes sensoriels archaïques et récents, (Bullinger, 2004). Ils sont essentiels lors de la situation de repas.

Les flux visuels, ensemble de signaux provenant d'un environnement éclairé, « jouent un rôle important dans la régulation tonico-postural, les mises en forme et l'orientation du corps », (Bullinger, 2004, p.83).

Les flux auditifs sont constitués par l'ensemble des sons ambiants. Ils permettent une capacité d'orientation dès la naissance, et, à partir de cinq mois, ils donnent au nouveau-né la possibilité d'organiser son espace.

¹⁶ dissociation entre le bassin et les épaules

Les flux olfactifs sont permanents, ils amènent le bébé à la recherche de la nourriture et sont donc corrélés à une satisfaction orale. « Associé aux aspects gustatifs, ce flux prend une dimension hédonique en lien étroit, chez le bébé, avec une mobilisation tonique globale » (Lipsitt cité par Bullinger, 2004, p.83).

Le flux tactile est également essentiel au développement, il assure avec les autres flux sensoriels, le recrutement tonique nécessaire aux mouvements. Cette mobilisation tonique globale possède une forte composante émotionnelle. « Le tactile à la différence des autres modalités sensorielles concerne toute l'enveloppe corporelle. [...] Cette stimulation qui permet de sentir les limites corporelles et, par le contact avec l'autre, rend possible une modulation tonique et posturale qui reflète la qualité de l'interaction entre le bébé et la personne qui le porte » (Bullinger, 2004, p.53).

Ainsi, la régulation de l'état tonique du bébé relève de l'interaction que le bébé entretient avec son milieu (dialogue tonique¹⁷) et de la variation des flux sensoriels (Bullinger, 2004).

La mise en forme du corps, les odeurs, les stimulations tactiles, la succion, la déglutition et la satiété constituent un ensemble de flux sensoriels. Ce récit permet au bébé de donner du sens aux états toniques et aux événements qu'il partage. (Bullinger, 2004)

3.2.2. Lien main-bouche

Le lien main-bouche se crée dès le stade foetal avec le réflexe de Hooker. « La cavité orale combinée avec la main est source de sensations et d'expériences », (Glover repris par Spitz, 1979, cité par Golse, 2008, p.56). Les sensations tactiles sont en relation avec les dimensions émotionnelles de plaisir et de déplaisir, (Bullinger, 2004). Ces notions de plaisir/déplaisir se retrouvent lors de l'entrée en contact de la cavité orale avec un objet de satisfaction (succion non nutritive, aliment, objet...).

La cavité orale est au début de la vie l'organe sensoriel prépondérant. Elle sera peu à peu remplacée par la main. Ainsi, la main devient tactile, associée à ces fonctions d'outils, de vecteur d'émotions et de communication, (Saive, 2011). Les sensations corporelles et buccales s'expriment de manière conjointe notamment lorsqu'au moment du repas, le comblement de la cavité orale par le lait apporte un

17 ajustement tonique entre le bébé et la personne qui porte

relâchement des tensions corporelles ou lorsqu'au même moment la main accompagne la prise buccale de la tétine ou du sein et repose sur l'objet de satisfaction.

Il faut savoir que les zones de la bouche et des mains possèdent une place particulière par rapport aux autres zones corporelles. Elles bénéficient de qualités sensibles précises et fines ; en effet la densité en récepteurs tactiles est beaucoup plus importante dans ces zones que dans le reste du corps, ce qui en fait les parties les plus sensibles chez l'être humain. « Si l'entièreté de notre peau constitue l'organe du toucher, la proportion occupée par la main dans la représentation corticale sensorielle, reflète son rôle prédominant dans notre appréhension du monde. Quant à la bouche, elle représente à elle seule près du tiers de notre capital tactile. Les cônes les plus riches en récepteurs tactiles sont les lèvres, la pointe de la langue et le bout des doigts », (Champagnat et Le Roy, 2006, p.16).

De plus, les aires cérébrales sensibles et motrices des mains et de la bouche sont proches, lorsqu'une des deux zones est stimulée, l'autre l'est aussi. Il convient alors de faire un rapprochement entre sensibilité endo-manuelle et sensibilité buccale pouvant donc expliquer les perturbations de ces deux zones dans les troubles de l'oralité, (difficulté à avoir les mains sales, à faire de la pâte à modeler, à faire de la peinture aux doigts...) associée généralement aux difficultés de mise en bouche.

3.3. Liens entre bouche, équilibre corporel et verticalité du corps

La langue, organe clé de l'oralité, de par son rôle majeur dans la déglutition, la ventilation, la mastication et la phonation, peut aussi être considérée comme un organe clé au niveau de la verticalité, dans la construction de l'équilibre tonique et postural du corps (Thibault, 2007). « La langue s'inscrit dans l'établissement de la posture verticale (l'enfant marche, commence à parler, les mouvements ascensionnels linguaux sont opérationnels) », (Thibault, 2006, p.123), ainsi, les mouvements de la langue doivent être envisagés dans un contexte de corps global, (Henderson, 2004).

L'évolution des mouvements linguaux, « suckling » et « sucking », se fait conjointement à l'évolution de la posture, (Puech, Vergeau, 2004). Quant à la mâchoire, en particulier la mandibule, elle se comporte comme un balancier au niveau de la posture. La stabilité buccale, autour de la langue et de ses 17 muscles, dépend de la stabilité du corps (Thibault, Pitrou, 2012).

Dès l'embryogenèse, la langue a une histoire liée à l'occiput et au rachis. Ainsi, une mauvaise position de la langue au repos aura des répercussions non seulement sur l'équilibre dento-maxillaire mais également sur la posture et le tonus général de l'enfant (conséquences liées aux attaches de la langue à l'os hyoïde). Les troubles du tonus impliquent le plus souvent des difficultés d'équilibre, et de coordination globale. (Robert-Ouvray, 1999)

3.4. Oralité, schéma corporel, image du corps, image de soi

Sous le terme de schéma corporel, d'image de soi, d'image du corps, on englobe des notions qui sont souvent considérées comme équivalentes mais qui ont finalement des caractéristiques propres. L'acquisition du schéma corporel joue un rôle important dans la construction de l'image du corps et de l'image de soi.

Le schéma corporel est une réalité permanente, il donne la valeur spatiale de toute sensation et le sentiment de présence du corps. Il est d'intégration précoce, particulièrement autour de la première année de vie et fonctionne sur des organisations sensori-motrices et cognitives. Il est lié à l'expérience motrice, au ressenti musculaire et cénesthésique¹⁸ qui permet l'intégration de l'espace.

L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. L'image du corps est la première représentation inconsciente de soi qui délimite le dedans et le dehors. Son acquisition se fait plus tard que celle du schéma corporel. « L'image corporelle n'est pas donnée à la naissance, elle s'édifie de jour en jour grâce aux différentes sensations et perceptions : kinesthésiques, visuelles, auditives, labyrinthiques et à la perception de l'espace », (Wittling, 1968, p.192). Le concept

18 sensation interne de la perception de son propre corps en-dehors de la perception sensoriel

d'image du corps vu comme un espace mental peut être étendu à celui de « Moi-peau »¹⁹. L'image du corps peut également être assimilée à la représentation de soi.

L'image de soi se construit en relation avec autrui, mais aussi en fonction d'autrui, de ce qu'il pense, de la façon dont il s'adresse à nous, dont il nous protège, dont il nous considère. «L'image de soi de l'enfant est liée au regard que l'entourage va porter sur lui, un regard qui participe au développement et au maintien de l'estime de soi» (Thibault, 2007).

« Le bébé intègre une image composite associée à des sensations kinesthésiques, posturales et toniques » (Bullinger, 2004, p.20). L'absence d'une entrée sensorielle orale ou de tout autre dysfonctionnement de cette zone rend plus difficile la construction des représentations relatives à l'image corporelle, à l'image de soi et au schéma corporel. Ainsi, les difficultés liées à l'oralité peuvent amener à des difficultés au niveau corporel tant au niveau physique que dans la représentation du moi corporel.

L'ensemble des dimensions de l'Oralité nous amènent à nous intéresser à ses dysfonctionnements. Qu'en est-il lorsque l'oralité est perturbée ?

19 Anzieu (1995)

4. La dysoralité

4.1. Définition

« Le terme de dysoralité recouvre l'ensemble des difficultés alimentaires par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant » (Thibault, 2007).

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

Il est essentiel de ne pas confondre la dysoralité avec le syndrome de dysoralité sensorielle. Le syndrome de dysoralité sensorielle décrit par Senez (citée par Mourin-Allély, 2011) est un trouble, un symptôme de la dysoralité.

4.2. Terminologie de la dysoralité

Dans la littérature beaucoup de termes qualificatifs des troubles de l'oralité émergent, nous plongeant alors dans des difficultés de compréhension. On parle de dysoralité, de troubles du comportement alimentaire ou encore de dysphagie.

Nous considérerons que la dysphagie est un trouble de la déglutition, qu'il peut être un symptôme de la dysoralité mais ne peut pas s'utiliser comme un terme général des troubles de l'oralité.

La terminologie « trouble du comportement alimentaire » est ambiguë, tantôt utilisée pour définir une manifestation de la dysoralité, tantôt utilisée au même titre que le terme dysoralité.

En effet, certains auteurs utilisent « troubles du comportement alimentaire » pour insister sur l'aspect plus psychologique du trouble alors que le terme dysoralité recouvre une expression plus globale des troubles de l'oralité (prenant en compte tant le versant moteur, fonctionnel que le versant psychologique).

D'autres auteurs parlent de « troubles du comportement alimentaire » pour aborder la notion d'anorexie psychogène²⁰. Abadie (2004) avance que « le terme de

²⁰ A ne pas confondre avec l'anorexie mentale : composante psychiatrique avec pérennisation des problèmes.

trouble de comportement alimentaire est préférable à celui d'anorexie psychogène, trop réducteur et générateur d'anxiété et de culpabilité parentale ». En outre, « le terme comportement implique bien à la fois l'outil et sa fonction », (Abadie, 2004).

Nous préférons ainsi utiliser, dans ce travail, les termes dysoralité ou trouble de l'oralité, permettant de ne pas réduire les troubles de l'oralité aux seules difficultés alimentaires. En effet, d'après Martinet (2009, p.2), « parler de troubles de l'oralité plutôt que de troubles du comportement alimentaire permet d'élargir la vision aussi bien sur le comportement global de l'enfant, somatique, développemental et psychologique, que sur les aspects relationnels ».

4.3. Les causes de la dysoralité

4.3.1. Absence de cause unique, étiologies multiples

Les troubles de l'oralité peuvent avoir comme origine différentes causes. Rarement isolées, elles sont généralement intriquées. En effet, les troubles de l'oralité interviennent chez un être en plein développement. Le comportement alimentaire dépend de la maturation organique (neurologique, motrice, sensorielle, psychoanatomique), du développement sensori-moteur, de la maturation psycho-affective et de la diversification alimentaire qui évoluent en interdépendance (Puech, Vergeau, 2004).

La dysoralité peut résulter d'une atteinte organique du carrefour aérodigestif. Elle fait partie des tableaux de certaines pathologies congénitales (cardiopathie, atrésie de l'œsophage, ...), parfois d'origine génétique (syndrome de Prader-Willi, Trisomie 21, ...). Elle est également fréquente chez les enfants grands prématurés, les enfants présentant un syndrome malformatif complexe (séquence de Pierre Robin, syndrome de DI George, ...) ainsi que dans les atteintes neurologiques (IMOC, polyhandicapés, traumatismes crâniens, dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral ...). (Puech, Vergeau, 2004)

Ainsi, chez le jeune enfant présentant une dysoralité, un dysfonctionnement, une atteinte de l'un des domaines de développement aura des répercussions sur les autres domaines. « Ces troubles s'intègrent dans un processus d'évolution et font partie intégrante d'un vécu individuel, pouvant compromettre l'équilibre et le

développement de la personnalité », (Thibault, 2007). L'enfant et sa famille se construisent alors autour de ces difficultés.

« Quelle qu'en soit la cause, un trouble du comportement alimentaire chez un nourrisson est toujours vécu par sa mère comme une mise en cause de sa capacité à être mère. Il en résulte un sentiment de culpabilité générateur de conflits » (V. Abadie, 2004), les difficultés alimentaires ont ainsi toujours des répercussions psychiques sur les relations mère-enfant.

Il est difficile de dissocier les facteurs psychologiques et organiques dans la dysoralité. Un trouble de la symbiose mère-enfant peut être à l'origine d'un trouble de l'oralité mais souvent aussi une conséquence d'un trouble alimentaire précoce.

Quand les atteintes organiques et pathologies somatiques peuvent être éliminées, les anorexies psychogènes du jeune enfant doivent être évoquées. Pour Thibault (2007), l'enfant utilise l'alimentation pour exprimer des problèmes psychiques et relationnels. Il existe plusieurs formes d'anorexies psychogènes : l'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre, les formes sévères d'anorexies mentales infantiles, les anorexies post-traumatiques, (Abadie, 2004).

Pour Thibaut (2008), un enfant souffrant de dysoralité est à prendre en charge en tant « qu'enfant atteint dans son corps en lien avec des parents perturbés dans leur parentalité ».

4.3.2. Les causes réactionnelles à des traumatismes précoces

4.3.2.1. Vécu hospitalier

L'hospitalisation du nouveau-né est une situation traumatisante pour l'enfant et ses parents. Le vécu de ces enfants est particulier et entrave le développement de l'oralité et les processus d'attachement précoce. Ainsi, certains très jeunes enfants, hospitalisés (en réanimation, néonatalogie, chirurgie...) développent, durant leur séjour ou à distance, des troubles de l'oralité, (Matausch, 2004).

Thibault (2007) et Abadie (2004) définissent les causes les plus courantes de traumatismes précoces pouvant provoquer une anorexie ultérieurement : la prématurité, la réanimation, les pathologies respiratoires (bronchodysplasie

pulmonaire...) et digestives, les chirurgies notamment celles dues à des anomalies congénitales du tube digestif.

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

Cet environnement à la fois dystimulant et hyper-stimulant, perturbe la construction des perceptions sensorielles de l'enfant. En effet, « ce corps est submergé d'un flot incessant de stimulations inappropriées et excessives alors que paradoxalement il est confronté à une pauvreté de sollicitations sensori-motrices adaptées à cet âge » (Matausch, 2004, p.104).

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

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

4.3.2.2. La nutrition artificielle et ses conséquences

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

est ainsi perturbée. Le terme « alimentation » recouvre souvent uniquement la nutrition artificielle. « Pour ces enfants, manger par la bouche n'est pas naturel, ce n'est ni un besoin, ni un plaisir. La découverte de cette nouvelle difficulté est équivalente, pour les familles, à l'annonce d'un deuxième handicap et entraîne un forte souffrance familiale » (Castelain et al, 2004, p.192).

Il existe deux types de nutrition artificielle : la nutrition parentérale et la nutrition entérale qui se substituent ou complètent une alimentation par voie orale.

La nutrition parentérale est l'alimentation par voie veineuse. Elle ne peut respecter le rythme alimentaire (la perfusion peut être continue, discontinue ou cyclique).

La nutrition entérale désigne toutes les techniques d'alimentation par voie digestive court-circuitant la voie orale : la sonde naso-gastrique²¹, la sonde bucco-gastrique, la gastrostomie ou jéjunostomie²².

Cette alimentation artificielle génère plusieurs difficultés dues au vécu oral particulier. Quelle que soit le mode de nutrition, la sensation de faim est perturbée. La nutrition entérale, si elle préserve la sensation de remplissage de l'estomac, «interfère sur l'apprentissage du lien entre prise alimentaire, désir de manger et [...] rythme faim-satiété » (Flottes, 2008, p.24) alors que la nutrition parentérale « prive l'enfant des sensations digestives de remplissage et de vacuité, perturbe davantage les neuro-hormones de l'appétit, car elle est plus éloignée de la physiologie alimentaire » (Abadie, 2004, p.66). Cette absence d'alimentation par voie orale va perturber le développement cortical de l'oralité. De plus, lors du nourrissage, ces nouveaux-nés sont passifs, il ne peuvent donc pas éprouver le plaisir de recevoir ce qu'ils auraient attendu, ou l'occasion d'éprouver l'efficacité de ce qu'ils expriment et qui deviendrait une demande (Noria, 2005).

Pendant cette période d'alimentation par sonde, la sphère orale du bébé ne reçoit aucune information tactile, olfactive ou gustative, et reste particulièrement sous-stimulée. On retrouve assez fréquemment une hypersensibilité globale chez ces enfants, des défenses tactiles peuvent apparaître.

21 du nez jusqu'à l'estomac

22 orifice artificiel dans la paroi abdominale de l'enfant en regard de l'estomac ou du jéjunome

Le manque de toutes ces expériences, lié à une alimentation artificielle, peut entraîner chez certains enfants « un véritable désinvestissement de la bouche, des difficultés de prise alimentaire, certains dégoûts, et parfois même un refus de s'alimenter » (Haddad et al., 2010 p. 40). De plus, la durée de l'alimentation artificielle influence directement le retard de passage à la cuillère, les difficultés de mastication ainsi que les troubles du langage nécessitant une rééducation orthophonique.

4.4. Manifestations de la dysoralité

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

Parmi l'ensemble des étiologies des troubles alimentaires, nous avons dégagé avec l'aide des travaux de Abadie (2009) et Thibault (2007) plusieurs manifestations cliniques observables.

4.4.1. Troubles de la déglutition, Fausses-routes

Ces troubles résultent d'anomalies de la motricité de la sphère oro-faciale ou d'une incompétence du carrefour aérodigestif lié à une anomalie anatomique ou fonctionnelle.

Selon Thibault (2007), nous pouvons retrouver chez les enfants présentant des troubles de l'oralité un mauvais contrôle de la motricité linguale (mouvements linguaux réduits ou altérés, mauvais mouvements latéraux de la langue, protrusion linguale persistante). En effet, chez ces enfants « les praxies bucco-linguales se sont adaptées aux insuffisances musculaires mécaniques et anxiogènes » (Thibault, 2007). Ces difficultés linguales peuvent aussi être liées à une anomalie des mouvements des mâchoires. Au niveau labial, on retrouve souvent des lèvres hypotoniques, (Thibault, 2007).

Ces anomalies vont avoir des conséquences sur les différentes phases de la déglutition. Selon le lieu d'atteinte, les manifestations observées peuvent être différentes.

Les dysfonctionnements du temps labio-buccal peuvent se manifester par une mauvaise coordination de la succion-déglutition, une absence de mastication des solides, une succion faible due à un défaut de tonicité ou de motricité linguale, des fuites salivaires ou de nourriture liées à un défaut d'occlusion labiale. Ces difficultés peuvent aller jusqu'au refus d'alimentation « la déglutition devenant le symbole de l'acceptation de l'incorporation alimentaire » (Thibault, 2007).

Une atteinte du temps pharyngé ou du temps œsophagien s'exprime par un défaut de protection des voies aériennes qui peut s'observer par un reflux nasal, des stases pharyngées et des fausses-routes. Les mécanismes d'expulsion et du transport des aliments peuvent être également altérés.

Certains comportements lors de l'alimentation peuvent mettre en évidence ces troubles : un mutisme brutal et une perturbation du faciès, une augmentation du temps buccal et de la durée des repas, plusieurs tentatives de déglutition avant d'avaler, des douleurs abdominales, un vomissement, une dysphagie avec ou sans perte de poids, (Thibault, 2007).

4.4.2. Refus, ingesta²³ insuffisant, inconfort, phobie

4.4.2.1. Douleurs et troubles digestifs

La symptomatologie douloureuse au cours du repas peut évoquer un trouble digestif : muguet²⁴, reflux gastro-œsophagien, œsophagite, constipation ou encore une allergie aux protéines du lait de vache ou une dysmotricité digestive.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) peut être lié à une anomalie du sphincter inférieur de l'œsophage, « il se caractérise par la remontée anormalement fréquente du contenu gastrique dans l'œsophage sans efforts de vomissements²⁵ » (Golse, 2008). Le RGO est à différencier des régurgitations physiologiques par la fréquence

23 Ensemble des produits qui sont ingérés par un individu dans une journée

24 Inflammation de la muqueuse de la bouche et du pharynx

25 régurgitations et vomissements sont bien distincts mais peuvent coexister

anormale des régurgitations qui sont alors douloureuses et suivies de complications (oesophagite, douleurs). Il n'a cependant pas une origine exclusivement organique, il peut aussi être compris comme un « syndrome relationnel » par lequel l'enfant qui « exprime ses sentiments, manifeste une inadéquation des soins qui lui sont prodigués », (Golse, 2008). C'est le trouble alimentaire le plus fréquemment invoqué (prédominance chez les garçons) impliquant une utilisation parfois abusive du terme. Le RGO peut également être en lien avec une altération de la sensibilité buccale (en lien avec l'hyper-réactivité du nauséux).

4.4.2.2. Trouble de la sensibilité buccale

Lors de troubles alimentaires, la sensibilité buccale peut être altérée.

Une hyposensibilité buccale peut avoir comme conséquences une altération de la conscience des aliments dans la bouche, un remplissage de la bouche par des quantités inappropriées de nourriture, une déglutition des aliments sans mastication préalable, (Thibault, 2007).

Si elle est parfois diminuée, la sensibilité orale est cependant souvent exacerbée, allant jusqu'à une hyper-réactivité du réflexe nauséux. Une hypersensibilité peut s'observer par un refus de goûter certains aliments (selon leur odeur ou leur température), un rejet des textures (refus des morceaux), une sélection des aliments avant de les manger. De plus, nous notons également une réponse exacerbée ou un rejet lorsque l'on touche la sphère orale de l'enfant et un refus du brossage des dents, (Thibault, 2007). Cette hypersensibilité orale peut être liée à une hyperesthésie²⁶ nauséuse.

Le réflexe nauséux est utile et normal, il a pour rôle d'inverser brutalement le processus de déglutition si une substance nocive est détectée, c'est « une réaction d'aversion et de rejet déclenchée à partir des sensibilités gustatives de la zone oropharyngée » et varie selon les individus, (Senez, 2002). A la différence, l'hyper nauséux est quant à lui pathologique car il répond de manière anormale au contact alimentaire par un rejet exagéré. Le bébé présentant un hyper nauséux refusera l'introduction de toute substance différente du lait en température, en consistance et en goût. L'hyper nauséux diffère du syndrome de dysoralité sensorielle car

26 Sensibilité exagérée, pathologique

contrairement à ce dernier, il s'accompagne d'une incapacité motrice associée à une réactivité sensorielle importante, dans certains cas il peut conduire à une anorexie.

4.4.2.3. Refus alimentaire, phobie corporelle ou psychiques

On peut constater un appétit médiocre ou fluctuant, une lenteur dans la prise alimentaire, un refus alimentaire, une phobie alimentaire, une sélectivité exagérée, des nausées, des vomissements, des anomalies des praxies, (altérant les mouvements de succion-déglutition ou de mastication), une hypersensibilité ou encore une conduite d'évitement, (Abadie, 2004).

4.4.2.3.1. Le refus alimentaire

La néophobie alimentaire²⁷ est particulièrement présente chez l'enfant entre deux et sept ans. «Ce phénomène concerne soit le refus d'aliments nouveaux, soit encore la restriction du registre alimentaire habituel et le refus d'aliments acceptés antérieurement», (Chiva, 2003, p.20). C'est une réaction normale et universelle. Elle sera atténuée voire surmontée grâce aux apprentissages lors du processus de familiarisation qui développe le contact entre l'enfant et l'aliment (préparation des repas, éducation sensorielle, exposition répétée du produit dans le temps), (Rigal, 2004). Ainsi, le refus alimentaire est normal car il permet à l'enfant de manifester son opposition, sa différenciation.

Pendant, associé à d'autres facteurs, il peut devenir pathologique, pouvant aller jusqu'à l'anorexie. Ainsi à partir d'un certain stade le refus alimentaire peut se transformer en sélectivité alimentaire, phobie alimentaire et devenir problématique pour le développement de l'enfant. Puech et Vergeau (2004) distingue alors trois registres des manifestations du refus alimentaire : le désintérêt, l'opposition active et l'opposition passive allant jusqu'au refus catégorique d'ouvrir la bouche.

4.4.2.3.2. Trouble du comportement alimentaire psychogène (anorexies post traumatique ou purement psychogène)

L'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre appelée également anorexie d'opposition est une « pathologie fréquente et souvent bénigne » (Abadie, 2004). Elle peut être en lien avec un RGO ou un épisode infectieux et s'exprime lors

²⁷ peur face aux nouveaux aliments

des moments de sevrage, de diversification alimentaire. Elle ne relève pas d'un manque d'appétit avéré mais d'une conduite active de refus vis-vis de la nourriture. Son évolution est en général favorable si le médecin parvient à rassurer les parents et à les amener à ne plus se focaliser sur l'alimentation.

L'anorexie peut être pathologique lorsqu'il s'agit d'anorexie mentale du nourrisson, d'anorexie mentale infantile (vers 2 ou 3 ans), anorexie associée à un trouble du lien ou d'anorexie post-traumatique (fréquent chez les enfants ayant eu une alimentation artificielle prolongée). Dans ces situations de souffrance psychique majeure, le bébé exprime sa souffrance par le corps, l'anorexie s'accompagne alors d'autres manifestations comportementales et somatiques.

Parmi l'ensemble de ces manifestations, Senez (cité par Mourin-Allély, 2011) reconnaît un point commun aux troubles alimentaires quelle qu'en soit la cause : le dysfonctionnement des organes des sens : le goût, le toucher, l'odorat et la vue très sollicités lors du repas.

4.5. Manifestations corporelles de la dysoralité

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

Plusieurs manifestations corporelles s'observent chez les enfants présentant une anorexie post-traumatique. Le vécu hospitalier, souvent associé à la nutrition artificielle, va influencer leur développement psychomoteur. La motricité, le tonus et la construction du schéma corporel peuvent alors être altérés. Ces nouveaux-nés hospitalisés, alités et peu mobiles, présentent une hypotonie persistante de l'axe du corps « ne permettant pas une bonne régulation du tonus bucco-facial » (Matausch, 2004, p.107). Cette mauvaise régulation du tonus et les différentes agressions de la sphère orale entraîne un défaut de motricité orale. Les enfants nourris par nutrition artificielle se construisent autour de ce vécu oral douloureux, la sonde peut induire une confusion au niveau de l'image du corps. Celle-ci peut être vécue comme un prolongement du corps. L'enfant s'attache alors à la sonde comme si elle faisait

partie intégrante de son corps. Les organisations sensori-motrice et cognitive du schéma corporel sont alors altérés.

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

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

La posture peut également être altérée par les difficultés alimentaires. Ainsi, « dans les troubles de la sphère orale, la régulation tonico-posturale joue un rôle fondamentale », (Delion dans la préface de Bullinger, 2004, p.12). Chez les nourrissons présentant un RGO, « le corps exprime une fuite vers l'arrière du territoire douloureux qu'est la bouche » (Mellul et Thibault, 2004, p.120) avec une attitude motrice en hyperextension ou des reculs du corps qui peut provoquer d'autres désordres (grasping plantaire, hypertonie axiale...). L'hyperextension est, pour certains enfants, la seule conduite possible pour échapper à une stimulation orale intrusive et durant l'alimentation, elle désorganise complètement la situation de repas (Bullinger, 2004).

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

5. Quelle prise en charge pour les troubles de l'oralité ?

5.1. État des lieux de la prise en charge des troubles de l'oralité

5.1.1. L'orthophoniste en libéral

La suivi des troubles de l'oralité est une prise en charge précoce qui possède une orientation rééducative mais également préventive avec l'accompagnement parental. Dans les troubles de l'oralité, il s'agit de désensibiliser, de mobiliser, de tonifier, de développer des schèmes neuronaux à l'aide de mouvements et de sensations répétées (jeux de souffle, massages des muscles péri-buccaux, des lèvres, massage de désensibilisation du nauséeux...). Ces stimulations sont généralement concentrées autour des organes oro-faciaux et s'apparentent à l'éducation gnoso-praxique orale.

Nous avons constaté que les stimulations orthophoniques proposées et enseignées se limitent à la sphère oro-faciale. De plus, certaines orthophonistes en libéral nous ont confié leur manque d'informations sur ce domaine récemment étudié se traduisant par une appréhension face à la prise en charge de ces troubles.

Même si les stimulations oro-faciales sont nécessaires et importantes dans la prise en charge des troubles de l'oralité, le corps doit être également pris en compte car l'oralité ne se limite pas à la bouche.

5.1.2. Prise en charge de la dysoralité en CAMSP

Nous avons réalisé une enquête auprès des CAMSP des régions Poitou-Charentes et Franche-Comté (8 CAMSP). Ce questionnaire téléphonique avait pour but de donner un aperçu de la prise en charge des troubles de l'oralité dans les CAMSP. Pour ce faire, plusieurs questions ont été posées aux différents professionnels, acteurs des prises en charge.

Pour commencer, dans la plupart des CAMSP interrogés, la proportion d'enfants suivis pour une dysoralité a fortement augmenté depuis ces dernières années. Dans certains de ces centres, cette population représente 80% des enfants suivis par l'orthophoniste.

Les troubles rencontrés peuvent être liés à une sélectivité alimentaire, des difficultés à passer aux morceaux, une hypersensibilité extra et intra buccale, des problèmes de mastication, un bavage, un manque d'intérêt pour l'alimentation, une absence de sensation de faim, des troubles de la boucle interactive liée au repas (refus qu'on lui donne à manger), des difficultés praxiques, une hypotonie bucco-faciale, des troubles de la coordination succion/déglutition ainsi qu'une pauvreté des productions sonores et/ou un désinvestissement de la zone buccale.

Suivant les centres, les enfants sont suivis plus ou moins précocement (de la naissance à 5 ans), la moyenne d'âge étant de 18 mois.

Concernant les professionnels prenant en charge ces troubles, nous avons obtenu différentes réponses. Dans la plupart des CAMSP, c'est l'orthophoniste qui rééduque ces troubles. Lorsqu'il n'y a pas d'orthophoniste, le suivi peut s'effectuer par les psychomotriciens ou ergothérapeutes dans l'attente d'une place en libéral.

Les prises en charge en pluridisciplinarité/transdisciplinarité étaient également pratiquées par 3 de ces centres (moins de la moitié). La rééducation proposée était parfois effectuée en suivi conjoint régulier, cependant, dans la plupart des cas, c'était plutôt un accompagnement occasionnel.

Nous avons pu observer que peu de psychomotriciens ou de kinésithérapeutes étaient sollicités pour ces prises en charge. Les suivis étaient davantage sous forme d'accompagnement et de prévention auprès de la famille et de l'enfant. En revanche, deux centres contactés effectuaient déjà un suivi hebdomadaire avec un groupe autour des difficultés d'alimentation en transdisciplinarité.

Enfin, les moyens thérapeutiques utilisés se sont révélés davantage centrés sur la sphère oro-faciale lorsque ces troubles étaient pris en charge exclusivement par l'orthophoniste. Toutefois, quatre centres ont évoqué une démarche plus globale : massages corporels, ainsi que péri et intra-buccaux afin de désensibiliser l'enfant hypersensible, associés à une éducation olfactive et gustative.

5.2. Vers une prise en charge globale...

5.2.1. Problématique, hypothèse et buts de l'expérimentation

Suite à nos réflexions sur la prise en charge des troubles de l'oralité, notre problématique a émergé. Dans le cadre de la maturation de l'enfant, les troubles de l'oralité peuvent engendrer des difficultés d'investissement corporel par l'enfant et par ses parents. Ainsi, la problématique est la suivante : existe-t-il un transfert du travail de l'harmonisation du corps global vers une harmonisation de la zone buccale ?

Les différents domaines de développement de l'enfant sont interdépendants et se construisent simultanément. Ainsi, nous sommes parties de l'hypothèse que l'investissement corporel facilite l'investissement buccal. C'est pourquoi à travers le sujet « du corps à la cuillère », nous souhaitons revenir sur l'importance de la globalité du concept d'oralité par le moyen d'une prise en charge globale en transdisciplinarité des enfants suivant une progression du plus général au plus précis, autrement dit « du corps à la cuillère ».

Les buts de cette expérimentation sont donc d'entrevoir l'intérêt de travailler en transdisciplinarité en CAMSP lorsqu'il s'agit de trouble affectant le développement de l'enfant, et de suggérer les avantages ou inconvénients d'un suivi en groupe. En outre, mettre en avant le retentissement familial souvent lié aux troubles de l'oralité nous semblait intéressant à étudier pour expliquer les difficultés d'investissement du corps global par l'enfant et ses parents. Enfin, nous espérons apporter une nouvelle approche rééducative à la prise en charge de la dysoralité dans le but d'élargir l'oralité à une notion de globalité.

Nous avons défini les différentes dimensions de l'oralité : organique et fonctionnelle, relationnelle et psychique, corporelle. Nous avons également associé à ces dimensions les perturbations en lien avec la dysoralité. Ainsi, à travers des expérimentations en transdisciplinarité dans des situations de groupe et en individuelle, nous avons privilégié une prise en charge plus globale de ces troubles pour arriver à un plaisir alimentaire grâce au plaisir du corps.

Sujets, matériel et méthode

1. Sujets

1.1. Cas cliniques

1.1.1. Critères d'inclusion

Notre population d'étude devait avoir entre zéro et quatre ans, être suivie dans un Centre d'Aide Médico-Social et Précoce (CAMSP), et présenter des troubles de l'oralité.

1.1.2. Sujets choisis

1.1.2.1. Situation de groupe

1.1.2.1.1. A

Âgé de trois ans et demi au début de l'expérimentation, A. est un petit garçon suivi au CAMSP depuis ses six mois dans le cadre d'un syndrome d'alcoolisation fœtale. Il est placé à cet âge chez une assistante familiale de l'Aide Sociale à l'Enfance. Il bénéficie de bilans d'évolution en orthophonie, en psychomotricité ainsi qu'un suivi avec un maître spécialisé. Après avoir été pris en charge plus petit en kinésithérapie mobilisatrice et en psychomotricité, il participe aujourd'hui au groupe autour des troubles de l'alimentation avec une kinésithérapeute et une orthophoniste une fois par semaine. Depuis sa naissance, A. a passé deux séjours en réanimation néonatale, ainsi qu'un séjour en néonatalogie suite à des difficultés respiratoires pour lesquelles il a été intubé de nombreuses fois et nourri par une sonde naso-gastrique. Au niveau de l'oralité, A. présente une hypersensibilité (essentiellement bouche et mains) et une sélectivité alimentaire massive.

1.1.2.1.2. E

E. est un petit garçon de trois ans et quatre mois en octobre 2012. Il est suivi au CAMSP dans le cadre d'une apraxie oculomotrice de Cogan²⁸(nouveau diagnostic de réserve depuis décembre 2012, faisant suite à celui de Spasmus nutans²⁹). Il

28 Ataxie à minima des mouvements latéraux des yeux avec diminution ou disparition des mouvements oculaires de la poursuite latérale, qui sont compensés par de brusques saccades de la tête du côté de la poursuite.

29 Le spasmus nutans est un syndrome survenant chez le nourrisson et comportant une triade symptomatique: oscillations de la tête, nystagmus oculaire acquis et torticolis.

bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité alternée avec une prise en charge psychologique une semaine sur deux, ainsi que de bilans d'évolution en orthophonie. De plus, il participe également au petit groupe autour des difficultés d'alimentation une fois par semaine. E. a subi de nombreux examens médicaux (neurologiques etc.) et plusieurs séjours à l'hôpital en vue de déterminer l'origine de ses difficultés oculo-motrices.

1.1.2.1.3. S

S. est un petit garçon âgé de deux ans et deux mois au début de l'expérimentation. Il est suivi au CAMSP dans le cadre d'une hémiplégie droite suite à un Accident Vasculaire Cérébral fœtal. Il bénéficie d'une prise en charge en orthophonie une fois par semaine et en ergothérapie une fois tous les 15 jours. Il participe au sein d'un petit groupe à une prise en charge autour des troubles de l'alimentation avec la kinésithérapeute et l'orthophoniste une fois par semaine et d'une prise en charge en kinésithérapie en libéral une fois par semaine. Des bilans d'évolution sont faits régulièrement en psychomotricité.

Les difficultés d'alimentation de S. s'accompagnent de difficultés de communication avec peu de vocalisation et d'échange avec l'interlocuteur. Au niveau de l'alimentation, S. refuse certains morceaux. Il présente une hypersensibilité au niveau de la bouche, un défaut de mastication des aliments et une hypotonie globale de la sphère orale accompagnée d'un important bavage. Enfin, il recherche davantage des activités motrices (manipulations, marche) et n'a pas encore totalement investi la bouche pour manger, la bouche pour parler.

1.1.2.1.4. W

W. ,un petit garçon de quatre ans et sept mois en novembre 2012, est suivi au CAMSP en kinésithérapie et en orthophonie une fois par semaine, au sein du groupe autour des troubles de l'alimentation. Il est aussi pris en charge par le pédopsychiatre, bénéficie de bilans d'évolution avec l'Éducatrice de Jeunes Enfants et d'une prise en charge en libéral une fois par semaine en psychomotricité. Les difficultés d'alimentation de W. s'intègrent dans un tableau de retard des acquisitions psychomotrices, du langage et de l'éveil. Une anomalie génétique (duplication 1q21.1), présente également chez son père sous une forme asymptomatique, a été

retrouvée. W. a passé plusieurs séjours à l'hôpital liés à des difficultés respiratoires (encombrements). W. refuse tous les morceaux. Il présente une hypotonie de la partie inférieure du visage avec un bavage important.

1.1.2.2. Situation individuelle

1.1.2.2.1. C.

C. est une petite fille âgée de 18 mois en décembre 2012 qui est suivie au CAMSP en psychomotricité, en orthophonie et un suivi psychologique est réalisé une fois par mois. Les troubles d'alimentation que présente C. sont à insérer dans une pathologie plus globale : une cardiopathie. A l'âge de six mois cette enfant a subi une transplantation cardiaque qui a occasionné une hospitalisation prolongée et un isolement en raison d'une immunité fragile. Elle a été intubée et nourrie par voie parentérale pendant environ un mois avant l'intervention. Puis une sonde nasogastrique a été posée après l'opération avec des propositions en parallèle de biberons et de petits suisses que C. acceptait en petite quantité. Une gastro-entérite pendant la période d'isolement a coupé court aux essais alimentaires oraux et a été suivie de nombreux vomissements. A partir de ce moment, C. a refusé toute alimentation par la bouche. C. vivait alors dans un univers très confiné, ayant peu de contacts avec le monde extérieur. Actuellement, son espace de vie tend à s'élargir.

Aujourd'hui on observe chez C. un besoin de maîtriser la situation et une nécessité de mise à distance (méfiance) par rapport à tout ce qui est nouveau.

1.2. Sujets des entretiens semi-directifs

La population visée se compose de parents dont les enfants présentent des troubles de l'oralité suivis en CAMSP ou en libéral.

2. Matériel

2.1. Expérimentation avec les enfants

2.1.1. Support d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles

Nous avons réuni des données extraites de bilans d'oralité des orthophonistes de nos lieux d'expérimentation avec des éléments du bilan de Senez (2002) : « bilans et évaluation : alimentation, nutrition, déglutition » afin d'établir notre propre support d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles. (Annexe n°3, p.5, 6, 7)

Les objectifs de la création de ce support :

- avoir un support commun d'évaluation aux deux lieux d'expérimentation
- ré-actualiser les informations concernant les compétences de chaque enfant
- essayer de voir la progression des compétences des enfants après l'expérimentation

2.1.2. Tableau d'observations

Nous nous sommes appuyées sur le modèle d'observation des séances de groupe du CAMSP de Poitou-Charente pour concevoir un tableau (Annexe n°4, p.8) adapté à l'observation de nos séances dans le cadre de l'analyse vidéo.

2.2. Entretiens semi-directifs de parents

2.2.1. Trame de questions

Nous avons élaboré une trame de questions (Annexe n°5, p.9/10) afin d'orienter l'entretien avec les parents. Ce support n'est en aucun cas un questionnaire fermé mais se compose de questions ouvertes afin de relancer ou favoriser l'échange.

3. Méthodologie

3.1. Expérimentation avec les enfants

3.1.1. Étude longitudinale

3.1.1.1. Observation

La méthode utilisée pour cette étude est une observation directe systématique longitudinale. Elle consiste en une observation dans un cadre précis, afin de recueillir des faits et comportements selon un déroulement chronologique réel sur une période donnée. A l'aide de l'enregistrement vidéo, cette observation est qualifiée de directe permettant de visionner et de reVISIONNER les comportements observés.

3.1.1.2. Lieux des expérimentations

« Les CAMSP ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de zéro à six ans qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel. Ces centres exercent aussi des actions préventives spécialisées ainsi qu'une guidance des familles. » (Article 1 de l'annexe XXXII bis)

Le CAMSP intervient le plus tôt possible en centralisant les informations et en coordonnant les soins grâce à une équipe de professionnels qui travaille, en accord avec la famille, en concertation avec des partenaires extérieurs, professionnels des secteurs médicaux, paramédicaux, éducatifs, pédagogiques ou sociaux.

Le CAMSP permet une approche globale et multidisciplinaire.

3.1.1.2.1. CAMSP de Poitou-Charente

Le CAMSP de Poitou-Charente, assure sur l'ensemble du département le dépistage, les bilans et si nécessaire la prise en charge d'enfants de zéro à six ans, c'est un CAMSP polyvalent. La nécessité d'intervenir le plus précocement l'amène à privilégier l'accueil des enfants avant trois ans. Les prises en charge se font essentiellement au sein de l'établissement en individuel souvent associée à une prise en charge en groupe.

3.1.1.2.2. CAMSP de Franche-Comté

Le CAMSP de Franche-Comté est un centre d'action médico-sociale précoce polyvalent.

Une priorité d'admission est donnée aux nourrissons ayant des facteurs de risques médicaux concernant la période néonatale et/ou dont les familles sont en précarité psycho-sociale. Les professionnels du CAMSP (pédiatre, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues, ...) sont tous spécialisés dans le domaine de la petite enfance (zéro - quatre ans) et la structure privilégie l'accueil de cette population. La prise en charge des tout-petits se fait majoritairement dans leurs lieux de vie.

3.1.1.3. Vidéos

3.1.1.3.1. Conditions d'enregistrement vidéos

Les enregistrements ont été réalisés avec une caméra-vidéo appartenant aux CAMSP. Nous souhaitons filmer les séances tous les 15 jours, néanmoins en raison de diverses causes (maladie, vacances) la fréquence des enregistrements n'a pas pu être respectée.

- Situation de groupe

Les séances ont été filmées par une tierce personne ne participant pas au groupe (stagiaires présents au CAMSP), par l'un des professionnels encadrant le groupe ou exceptionnellement, lorsque la situation l'imposait, par la caméra située sur un pied fixe. La caméra mobilisant souvent une personne, l'encadrement de la séance filmée de cet atelier se réduit alors à deux professionnels. La présence d'un cadreur a permis de zoomer et de suivre les enfants en mouvement, sur des actions propres à chacun ou en interaction les uns avec les autres. Certains plans focalisés sur le visage d'un enfant ont parfois restreint l'observation globale de la dynamique de groupe.

- Situation individuelle

Les séances individuelles ont été filmées à l'aide d'une caméra sur pied, placée à différents endroits de la pièce pour essayer d'avoir une prise de vue plus globale du lieu. L'inconvénient de cette situation est qu'il est impossible de zoomer sur des actions précises de l'enfant, aucun cadreur n'étant présent derrière la caméra.

Lors du premier enregistrement, il a fallu modifier les angles de prises de vue à plusieurs reprises afin de s'adapter aux déplacements de l'enfant dans la pièce, le champ de la caméra étant trop étroit pour visualiser l'ensemble.

3.1.2. Prise en Charge transdisciplinaire

3.1.2.1. Qu'est ce que le travail en transdisciplinarité ?

Une équipe thérapeutique travaille généralement en pluridisciplinarité. A cette démarche, une orientation interdisciplinaire ou transdisciplinaire peut s'ajouter. Dans ce projet nous nous situons dans une démarche de travail en transdisciplinarité, mais dans un souci de clarté, nous définirons chacune des trois orientations.

Une démarche pluridisciplinaire consiste à déterminer les compétences, les émergences, les stratégies et les déficits du patient, par chaque professionnel selon leur spécialité. Le but étant de construire un projet de suivi du patient dont les objectifs de prise en charge sont spécifiques à chaque profession.

L'interdisciplinarité est une orientation dans laquelle on s'oriente vers une prise en charge globale du patient. Tous les professionnels abordent la spécificité de leur travail avec la personne en fonction d'un objectif commun. Néanmoins, la prise en charge de chaque membre de l'équipe thérapeutique reste cantonnée à sa spécialité.

L'orientation transdisciplinaire s'effectue par la répartition des moyens dans les différentes spécialités professionnelles concernées, en fonction d'objectifs identiques. Chaque intervenant d'une équipe thérapeutique travaille dans sa spécificité à l'émergence d'une même fonction, en connaissant et en appliquant si possible le travail effectué pour ce même patient par leur collègue. C'est une démarche qui peut être réalisée en situation individuelle ou de groupe.

3.1.2.2. Présentation et rôles des différents professionnels

Dans le cadre de notre expérimentation, nous avons travaillé en partenariat avec une orthophoniste, une kinésithérapeute et une psychomotricienne. Les

séances ayant lieu en transdisciplinarité, il nous semble important de définir le rôle et l'apport de chaque professionnel.

- La kinésithérapeute

La kinésithérapeute évalue et rééduque les enfants présentant des troubles de la posture, du mouvement ou des troubles orthopédiques. Elle peut être amenée à confectionner des installations, des adaptations ou des appareillages dans le but de limiter les difficultés motrices de l'enfant. Elle peut également donner des conseils à l'entourage pour faciliter les gestes de la vie quotidienne et informer, former, conseiller sur les postures globales.

Dans le cadre du groupe « A Table ! », la kinésithérapeute est concernée et intéressée par l'éveil corporel et sensoriel des enfants. Elle se concentre sur les appuis au sol, les réactions motrices et sur l'aspect sensoriel et neuromoteur des difficultés. Elle propose également des techniques et des installations permettant une posture assurant une sécurité alimentaire.

- La psychomotricienne

De manière générale, cette professionnelle est chargée d'apprécier les compétences et les difficultés psychomotrices de l'enfant, dans le cadre des interactions et du milieu de vie de la famille. Les fonctions psychomotrices (développement tonico-émotionnel, tonico-moteur et sensoriel, organisation corporelle, motricité globale et fine, équilibre, espace, temps) se construisent en interrelation avec le développement de la vie psychique, affective, et en lien avec l'environnement familial et social de l'enfant. L'accompagnement psychomoteur s'inscrit dans cette dynamique d'épanouissement global, il vise à l'harmonisation fonctionnelle, motrice et psychique.

Dans le cadre de nos séances conjointes, le regard de la psychomotricienne nous permet d'étendre nos observations et analyses des troubles de l'oralité à un niveau plus global, corporel. À partir du plaisir des expériences corporelles, du jeu, de l'expression des émotions, de la sensorialité, l'enfant développe une confiance en lui, il découvre ses ressources et ose faire de nouvelles expériences. Elle aide ainsi l'enfant à reconstruire une enveloppe sécurisante pour qu'il prenne conscience de ses limites corporelles afin d'organiser ses sensations. L'objectif est de prendre du plaisir à jouer avec son corps.

- L'orthophoniste

Son rôle au sein du CAMSP est d'assurer un suivi régulier autour de l'oralité et de l'émergence du langage. Elle intervient dans l'évaluation et la rééducation des troubles de la déglutition, de la phonation, de l'articulation, de la parole, du langage et de la communication ; dans la prévention des difficultés d'apprentissages ; et dans l'éducation précoce sous la forme d'accompagnement parental.

Dans le cadre de notre travail en transdisciplinarité, l'orthophoniste propose en lien avec l'approche corporelle, des stimulations progressives du corps à la bouche (explorations manuelles et buccales) dont l'objectif est d'appréhender sa cavité buccale pour, dans un second temps, prendre du plaisir à jouer avec l'aliment. En parallèle aux actions corporelles proposées (mouvement, sensibilité), elle utilise des textures alimentaires variées pour permettre à l'enfant de découvrir différentes sensations corporelles avec l'alimentation.

3.1.2.3. Démarche adoptée

Dans le cadre de notre projet, nous avons souhaité travailler en transdisciplinarité. Prendre en compte l'approche de chaque professionnel au sein d'une séance commune nous a paru intéressant afin d'élargir la prise en charge des troubles de l'oralité à une rééducation plus globale.

Suite à nos recherches, nous avons pu observer les liens entre l'oralité et le corps ainsi que les conséquences corporelles que pouvaient provoquer la dysoralité. Le nourrisson se construisant autour de cette zone, les enfants ayant des difficultés avec la zone orale ont souvent développé un schéma corporel désorganisé et présentent un vécu discontinu de leur corps. Ainsi, nous avons souhaité travailler autour des éléments corporels associés au développement de l'enfant (sensations, schèmes³⁰ corporels désorganisés) afin d'arriver, dans un deuxième temps, à la bouche. L'idée de notre démarche consiste donc à cheminer, en partant du corps global pour arriver à la sphère oro-faciale.

Ce projet transdisciplinaire a donc pour objectif de travailler au niveau du corps et de la sphère oro-faciale, afin de reconstituer une enveloppe sécurisante à l'enfant pour qu'il s'organise dans ses sensations corporelles. L'enfant est alors amené à passer par le plaisir du corps pour arriver à un plaisir buccal.

³⁰ action organisée, structurée et généralisable d'une situation à une autre.

Nous avons ainsi filmé plusieurs séances transdisciplinaires, et analysé les vidéos suivant plusieurs objectifs :

- quels liens pouvons-nous observer entre l'inhibition buccale et l'inhibition corporelle ? (par l'intermédiaire de textures alimentaires et non alimentaires similaires ou de stimulations variées)
- quelle(s) différence(s) constatons-nous, en situation corporelle et en situation de stimulation buccale, entre le contact avec des objets alimentaires, la nourriture et le contact avec des objets, stimulations non alimentaires ?
- qu'apporte la dynamique d'un groupe pour ces enfants dont l'oralité est fragile ?
- comment l'investissement corporel peut-il amener à un investissement buccal ?

Nos objectifs s'observent au cours d'une séance mais également sur l'ensemble de la période observée afin de rendre compte de l'évolution tant au niveau corporel que buccal.

3.1.2.4. Situation du groupe « A table »

3.1.2.4.1. Présentation du groupe

Le nombre de demandes au CAMSP de Poitou-Charente autour des troubles de l'oralité ayant augmenté, des consultations conjointes, kinésithérapeute et orthophoniste formées à ces difficultés, se sont mises en place. Suite à une rencontre avec le groupe « MIAM MIAM³¹ » à Niort, le groupe « A Table ! » a été créé en 2011 par une orthophoniste et une kinésithérapeute du CAMSP ; elles ont décidé d'allier leur compétences en mettant en place un temps corporel et un temps buccal, de goûter. Ce groupe est proposé aux enfants ayant des difficultés d'alimentation en lien avec des troubles de l'oralité suivis au CAMSP.

Il se déroule dans une salle réservée aux prises en charge de groupe, une pièce neutre avec un coin « goûter » aménagé d'une petite table et d'un espace libre avec un grand tapis. Le groupe a lieu, pour l'année 2012-2013, le vendredi matin de 9 heures 15 à 10 heures avec quatre enfants encadrés de deux professionnels et de la stagiaire en orthophonie et en l'absence des parents.

31 Groupe de travail parents-soignants sur les troubles de l'oralité alimentaire

Les séances ont pour objectif d'amener les enfants à vivre des expériences agréables autour de l'oralité, prendre du plaisir à partager un temps de repas et goûter des aliments variés.

3.1.2.4.2. Description d'une séance de groupe

Les séances se déroulent selon une certaine progression allant d'une approche plus globale avec un temps corporel (éveil corporel, expériences sensorielles) vers un temps davantage centré sur la sphère bucco-faciale (comptines, massages, goûter).

Déroulement des séances :

- Accueil des enfants, rituel par une comptine.
- Temps corporel : découverte de son corps (éveil corporel, relaxation active et passive) et découverte d'objets sensoriels (balles, rubans, foulards...).

L'objectif de ce temps est de vivre des expériences corporelles et de découvrir des objets sensoriels et leurs différentes utilisations, sollicitant un maximum de sens (écouter, sentir, regarder, toucher).

- Temps sensoriel plus passif et global

Les enfants sont amenés à se détendre, fermer les yeux afin de vivre des expériences de balancements, d'enveloppements, de contact corporel par des passages d'objets sur le corps (ballon, plumes, ruban, ...). Les exercices sont réalisés par les thérapeutes.

- Un temps de contact bucco-facial :

Des petites comptines en lien avec l'alimentation et éventuellement des massages bucco-faciaux sont proposés aux enfants.

- Un temps de goûter partagé :

Les enfants peuvent choisir de goûter des aliments variés, tant au niveau du goût que de la consistance.

- Un temps de toilette du visage et des mains à l'aide d'une lingette
- Comptine de fin pour se dire au revoir.

(Annexe n°6, p.11)

3.1.2.5. Situation individuelle

3.1.2.5.1. Présentation

Dans le cadre de ce sujet, avec l'aide de l'orthophoniste du CAMSP et de la psychomotricienne, nous avons mis en place une prise en charge commune d'une petite fille (C.) présentant des troubles de l'oralité. L'idée était de travailler en partenariat lors d'une séance conjointe autour des difficultés de cette enfant.

Les séances communes avec la psychomotricienne s'effectuaient sur le temps de prise en charge en psychomotricité de C. tous les 15 jours pendant 45 minutes en l'absence des parents. Les semaines intermédiaires, la stagiaire en orthophonie accompagnée de l'orthophoniste prenait en charge l'enfant dans le cadre de son suivi orthophonique.

Les séances en transdisciplinarité se sont déroulées dans la salle de psychomotricité du CAMSP. C'est un espace assez grand avec un miroir accroché sur un pan de mur ainsi qu'un tapis et des coussins psychomoteurs disposés devant ce miroir. Une cabane en toile est présente à l'autre extrémité de la pièce avec une table et deux chaises pour enfant.

Nos objectifs pour cette enfant sont de l'amener à une mise en bouche autonome des aliments en passant par l'appropriation du concept dedans/dehors par l'intermédiaire de jeux corporels.

3.1.2.5.2. Description d'une séance individuelle

Durant les séances conjointes, nous nous sommes adaptées à l'enfant et aux éléments qui l'intéressaient dans le but de maintenir une relation avec elle. Néanmoins, nous avons suivi une progression : d'abord l'expérimentation des textures ou actions au niveau corporel afin d'essayer d'expérimenter au niveau de la bouche des textures alimentaires semblables sur certains aspects.

Déroulement d'une séance :

- Temps de liberté exploratoire
- proposition de stimulations corporelles (toucher sensitif) avec une texture particulière (exemple : coton, balle dure)
- jeux corporels autour de cette texture (mises en scène, entrer/sortir d'une cabane en toile)

➤ proposition de texture alimentaire (exemple : barbe à papa, miel pops)
Verbalisation autour des sensations et de la similitude pour certains aspects avec la texture corporelle.

➤ Essais de jeux buccaux autour de cette même texture.

(Annexe n°7, p.12)

3.1.3. Rencontre avec les parents des enfants suivis

Dans une démarche de sensibilisation à cette prise en charge des troubles de l'oralité, nous avons rencontré les parents des enfants suivis à plusieurs reprises. Dans un premier temps, nous leur avons présenté notre approche transdisciplinaire. Dans un deuxième temps, nous avons échangé avec eux sur l'évolution de leurs enfants au niveau corporel et buccal, au sein des séances et à la maison.

3.2. Entretiens semi-directifs de parents autour de l'oralité

Nous avons rencontré plusieurs familles afin d'évaluer le retentissement des difficultés d'alimentation de leur enfant. Dans l'idéal, nous souhaitions rencontrer les deux parents lors de cet entretien cependant nous ne nous sommes pas restreintes à ce critère. Il nous semblait intéressant de pouvoir discuter avec les parents en l'absence de leur enfant mais, pour des raisons pratiques et médicales, les enfants étaient parfois présents.

Avec l'accord des familles, nous avons enregistré ces entretiens afin de privilégier la spontanéité de l'échange. Nous les avons ensuite retranscrits en vue de les analyser.

Résultats

1. Observations et analyse

Nous rappelons que les sujets étudiés présentant des troubles de l'oralité avaient entre zéro et quatre ans. La prise en charge transdisciplinaire s'était fait en groupe avec quatre petits garçons (A., W., E., S.) et en situation individuelle avec une petite fille (C.).

Afin de répondre aux objectifs de l'observation, nous avons analysé plus précisément certaines séquences vidéos pour les mettre en lien et effectuer un rapprochement entre les stimulations corporelles et buccales.

Nous avons choisi de présenter nos analyses, regroupées sous plusieurs domaines. Ces informations sont néanmoins à considérer et à comprendre en interrelation les unes avec les autres. Suivant la spécificité de la situation de prise en charge (individuelle et groupe), les analyses des données ont été rassemblées sous des domaines différents.

1.1. Groupe « A Table ! »

1.1.1. État des lieux des compétences alimentaires et corporelles en octobre 2012

1.1.1.1. A. (Annexe n°8, p.13/14/15)

Au niveau de la sphère bucco-faciale, A. acceptait aisément le contact près de sa bouche. Il présentait une hypotonie de la sphère bucco-faciale. Les lèvres étaient détendues alors que la mâchoire était serrée et tendue. A cette période, la respiration restait exclusivement buccale. A. acceptait difficilement que l'on touche au palais ou à la langue (il avait tendance à mordre le doigt) alors que les massages buccaux étaient acceptés s'ils restaient sur les gencives. La langue restait rétractée au fond de la bouche. Nous notons un réflexe hyper-nauséux au contact du palais. Le brossage des dents était difficile, plusieurs haut-le-cœur pouvaient être déclenchés par la brosse à dents. Des massages intra-buccaux ont été réalisés par la famille.

Au niveau alimentaire, lors de l'observation d'un repas, nous avons noté que A. commençait à prendre son repas avec plaisir. Il ouvrait bien la bouche et semblait

apprécier ce qu'il mangeait. Par contre, la langue restait rétractée. A. acceptait la cuillère dans la bouche si elle restait au niveau des lèvres et des dents. Lorsque nous posions la cuillère trop loin dans la bouche ou sur la langue, A. se protégeait en reculant et poussant la cuillère. Les aliments avaient tendance à rester à l'avant de la bouche. A. mâchait peu, les aliments devaient être coupés en très petits morceaux. La vidange n'était pas complète entre chaque bouchée. Rapidement A. pouvait se désintéresser du repas et ne plus vouloir le finir. A. refusait de nombreux aliments, notamment les laitages. Son alimentation était très réduite (saucisson, pâte, jambon, poulet, taboulé, steak hâché, pomme de terre). Si on lui présentait l'un de ces aliments ou un aliment qu'il ne connaissait pas, il montrait beaucoup d'appréhension à manger. Il était alors nécessaire de fonctionner par le chantage pour qu'il accepte de manger quelques cuillères supplémentaires. Il ouvrait alors peu la bouche et il restait plutôt passif après l'introduction de la cuillère. Nous notions également des fuites labiales parce qu'il ne fermait pas complètement ses lèvres.

Cette hypersensibilité se retrouvait au niveau corporel. Même si A. prenait plaisir à toucher différentes textures, il n'explorait pas beaucoup les objets et les portait peu à la bouche. L'approche de nouvelles matières restait difficile et génératrice de fortes sensations. Grâce au suivi en psychomotricité et en kinésithérapie, A. n'avait aucune difficultés motrices, les difficultés étaient davantage sensorielles. La famille nous rapportait une sensibilité très importante lors du bain, avec un refus et beaucoup de pleurs lors du contact avec l'eau pendant trois ans. Pendant le repas, nous notions une sensibilité particulière au niveau des mains (difficultés à toucher les aliments...). Lorsque celles-ci étaient sales, A. s'empressait de les nettoyer.

Ainsi, A. semblait présenter des troubles de l'intégration neurosensorielle³² et était particulièrement sensible au contact tactile, que ce soit sur le corps, les mains, le visage et la bouche. Il présentait une hypersensibilité au niveau de la bouche. De plus, au niveau corporel, A. n'avait plus de difficultés motrices mais cette hypersensibilité se retrouvait d'un point de vue global, cependant plus affirmée au niveau des mains et de la sphère buccale.

32 troubles du traitement des informations sensorielles

1.1.1.2. E. (Annexe n°9, p.16/17/18)

Au niveau de la sphère bucco-faciale, le contact avec le visage était très difficile. E. présentait une hypotonie de cette zone. La respiration restait exclusivement buccale avec une bouche souvent ouverte et un bavage important. Nous avons noté un réflexe hyper-nauséux au contact du palais. Le brossage des dents était difficile, E. ne se brossait pas les dents seuls. Plusieurs haut-le-cœur pouvaient être déclenchés par le contact de la brosse à dents au fond de la bouche et au palais. Les massages buccaux n'étaient alors pas acceptés.

Au niveau alimentaire, la langue était peu mobile lors de l'alimentation, elle restait en arrière, rétractée au fond de la bouche. E. acceptait la cuillère dans la bouche si elle restait au niveau des lèvres et des dents. Lorsque nous posions la cuillère trop loin dans la bouche ou sur la langue, E. se protégeait en reculant et poussant la cuillère. La mastication était réduite. Nous avons noté la présence de stases alimentaires, la vidange de la bouche n'était pas complète. Lorsque E. mangeait seul, il ne mangeait pas proprement et faisait des gestes très précipités, sans les maîtriser. Les repas étaient des moments difficiles, E. demandait de l'aide en fin de repas car il était fatigué (à la maison comme à la cantine). Des hauts-le-cœur pouvaient se déclencher plus facilement en fin de repas.

Sur le plan corporel, nous retrouvions cette hypersensibilité. E. n'aimait pas du tout avoir les mains sales. Lors du repas, dès qu'il touchait un aliment, il voulait qu'on lui lave les mains (par exemple, si on lui donnait un gâteau et qu'il devait le croquer 5 fois il fallait lui laver les mains 5 fois, à chaque fois qu'il le reposait). De plus, le contact avec les textures non alimentaires était également très difficile, E. refusait catégoriquement de toucher l'herbe avec ses mains et plus généralement refusait souvent de toucher des objets avec ses mains. Les moments de bain étaient également conflictuels, E. ne supportant pas le contact de l'eau sur son corps. E. avait également un équilibre instable lié à ses difficultés visuelles.

Ainsi, E. présentait une hypersensibilité globale (mains, bouche, corps) associée à une hypotonie bucco-faciale.

1.1.1.3. S. (Annexe n°10, p.19/20/21)

Au niveau de la sphère bucco-faciale, S. présentait un bavage important, lié à son hémiparésie droite, qui s'intensifiait lorsqu'il se concentrait sur quelque chose. Ses lèvres étaient entre-ouvertes. La respiration était essentiellement buccale. De plus, nous observions peu de mouvements de ses lèvres et de sa langue (hypotonie globale de la sphère orale malgré une langue tonique). Le contact près de sa bouche était impossible par ses parents. Les massages buccaux ainsi que la brosse à dents électrique ont cependant été bien acceptés lors du bilan (il restait alors plutôt passif et peu tonique pendant ces activités). Le contact au palais était plus difficile, S. semblait présenter une légère hyper-sensibilité manifestée par un réflexe hyper-nauséux quand nous lui touchions le palais et la langue.

Au niveau de l'alimentation, lors de l'observation d'un repas, nous avons noté que S. commençait à prendre son repas avec plaisir, il voulait manger seul et imitait l'adulte (imitation de la fourchette). Il avait bien ouvert la bouche et semblait apprécier ce qu'il mangeait. S. avait cependant tendance à prendre de gros morceaux sans les mastiquer. Il suçait d'abord les aliments, puis après sollicitations il pouvait les croquer sur imitation. Sa mastication restait exclusivement à gauche mais était possible à droite sur demande. Chez lui, S. refusait les assiettes préparées par sa mère et ne mangeait que des assiettes déjà préparées alors qu'il mangeait les repas préparés par sa nourrice. Ses difficultés étaient davantage présentes lors du repas du soir.

Sur le plan corporel, nous ne notions pas d'hypersensibilité globale, seulement une sensibilité particulière au niveau des mains et de la bouche (S. n'aimait pas avoir les mains sales). La préoccupation majeure de ses parents était dans un premier temps la motricité. Son suivi intensif en kinésithérapie lui a permis de faire de nombreux progrès, S. avait beaucoup investi le plan moteur mais avait moins investi les autres domaines de développement (langage, communication, alimentation...).

Au niveau de l'alimentation, S. présentait une hypersensibilité au niveau de la bouche, une hypotonie globale de la sphère orale avec un défaut de mastication des aliments. En outre, S. recherchait davantage des activités motrices et n'avait pas encore totalement investi la bouche pour manger et la bouche pour parler.

1.1.1.4. W. (Annexe n°11, p.22/23/24)

Au niveau de la sphère bucco-faciale, W. avait une hypotonie globale avec un bavage permanent. La respiration était buccale, les lèvres étaient en avant (prognathisme) et souvent humides. Le brossage des dents était possible. Malgré un réflexe nauséux normal, nous notions une hypersensibilité importante au niveau buccal.

Au niveau alimentaire, W. refusait tous les morceaux. Il acceptait seulement l'alimentation liquide, semi-liquide (compote, yaourt) ou mixée (purée). La mastication n'était pas fonctionnelle en raison de son alimentation mixée. Les repas devaient être adaptés en fonction des goûts. W. pouvait avoir des haut-le-cœur seulement à la vue des morceaux. Les parents nous avaient rapporté que les repas étaient longs et qu'il fallait le solliciter en permanence pour qu'il mange.

Sur un plan corporel, W. était suivi en psychomotricité. Il présentait une hypersensibilité au niveau du corps et notamment des mains. La prise en main des objets lui procurait des sensations qu'il n'aimait pas. Le contact avec des nouvelles textures était difficile.

W. semblait présenter des troubles de l'intégration neurosensorielle et était particulièrement sensible au contact tactile, que ce soit sur le corps, les mains, le visage et la bouche.

1.1.2. Évolution du groupe au fil des séances

1.1.2.1. Dynamique de groupe

Le groupe a débuté le 5 octobre 2012 avec S., E., et A. Nous avons inclus W. dans le groupe seulement le 16 novembre 2012.

Six séances transdisciplinaires filmées ont été effectuées de décembre 2012 à fin mars 2013 : le 21 décembre 2012 (annexe n°12, p.25/26), le 8 février (annexe n°13, p.27/28), le 15 février (annexe n°14, p.29/30), le 22 février (annexe n°15, p.31/32), le 8 mars (annexe n° 16, p.33/34) et le 15 mars 2013 (annexe n°17, p.35/36).

- Éveil corporel et sensorialité :

Lors de la première séance, les stimulations avec les brosses sensorielles³³ avaient été possibles avec tous les enfants. Contrairement aux autres, A. les avait manipulées sans être dans une recherche de sensations. Les enfants s'étaient installés en cercle autour des différentes brosses proposées. Cette proximité a permis aux enfants d'être contenus et d'expérimenter plus aisément en observant les autres enfants.

De plus, nous avons observé que l'effet de groupe avait facilité pour S. le contact avec un matériel sensoriel (pompon). Après un moment d'hésitation pour la manipulation de l'objet, l'observation des autres enfants du groupe lui avait permis de l'investir.

A la deuxième séance, lors du temps d'éveil corporel, les enfants s'étaient imités entre eux, S. tapait des pieds au sol comme A. Cette imitation se retrouvait entre A. et E. lors de la mise en bouche d'objets (lettres à mordre³⁴). La recherche de contact corporel avec autrui a semblé importante pour E. et W., E. a privilégié le contact avec A. contrairement à W. qui se rapprochait de l'adulte (particulièrement avec la kinésithérapeute). Au niveau du réveil de la zone buccale, A. et E. ont exécuté l'action (tapping³⁵) simultanément, chacun avec une intensité dépendante de leur sensibilité.

Lorsque nous avons proposé du matériel vibrant (brosse à dents électrique, Z-vibe³⁶, serpent vibrant³⁷), E. a davantage voulu faire des stimulations sur les autres (enfants et adultes) que sur lui. Le passage par un tiers lui a permis de pouvoir expérimenter les sensations corporelles occasionnées par l'objet. De plus, W. est resté observateur avec ce type de matériel.

A la troisième séance, E. a cherché à saluer W. pour la première fois. La place de W. au sein du groupe a semblé établie. De plus, E. a recherché beaucoup le contact avec les autres et notamment avec W. lors du temps d'éveil corporel. Comme

33 Brosses pour travailler les sensations tactiles

34 Lettres P et Q en caoutchouc

35 Gestes rapides et appuyés qui permettent de travailler le tonus

36 Objet vibrant pour la stimulation buccale

37 Tube vibrant

lors de la plupart des séances observées, A. et E. s'imitaient mutuellement dans les stimulations corporelles, ce qui les motivait à initier de nouvelles actions.

En outre, E. a pu vivre les sensations produites par les objets proposés mais continuait à expérimenter les stimulations sur autrui (A.) dans le but d'observer la réaction des autres face à celles-ci.

Lors de la quatrième séance, E. était en retrait pendant toute la séance, il restait figé. Il recherchait tout de même le contact avec A., un lien particulier était très net entre E. et A. Lors du temps corporel W. est resté davantage observateur ou passif et proche de l'adulte. Beaucoup d'imitations ont été faites par les enfants entre eux (mordre très fort la lettre à mordre : S., E. et A., taper des mains, frotter les pieds...). Nous avons pu noter que l'observation des autres enfants était porteur pour A. et lui permettait d'envisager certaines stimulations avec moins d'appréhension (massages intra-buccaux).

Durant la cinquième séance, il y avait trois adultes pour trois enfants en raison de l'absence de S. Nous avons remarqué que les enfants interagissaient moins entre eux lors des stimulations (moins d'imitation et d'observation mutuelle) du fait de la disponibilité d'un adulte par enfant.

E. et A. sont cependant restés liés et complices. E. a continué à avoir ce besoin important de contact sans maîtriser sa force et son impact sur l'autre (il sautait sur A. qui ne protestait pas).

Lors la sixième séance, il y avait trois adultes pour trois enfants en raison de l'absence de W. Pour la première fois, E. recherchait davantage le contact avec S. et a bien noté l'absence de W. en demandant s'il allait revenir. S. a été réceptif et a, pour la première fois, spontanément tendu les bras pour saluer les autres enfants. E. et A. étaient toujours très proches et jouaient ensemble. E. recherchait un contact plus doux, plus contenu (il a roulé doucement sur A., l'a caressé...). E. cherchait également à ramener S. dans le cadre du groupe lorsque celui-ci fuyait. Lors de cette séance, le nombre identique d'enfants et d'adultes n'a pas rompu la dynamique du groupe. Nous avons senti une émulation particulière entre ces trois enfants participant au groupe depuis le premier jour.

- Temps lié à l'alimentation :

A la première séance, les quatre enfants s'observaient beaucoup. Ils appréhendaient les textures proposées (liquides épaissis, solides...) différemment selon leurs possibilités. Pour l'approche des textures liquides épaissies (compote), A. a eu besoin d'utiliser un gâteau (boudoir) et n'a pas pu les appréhender avec les mains. E. « a patouillé » facilement avec les différentes matières alimentaires et W. a accepté furtivement le contact alimentaire passif en ayant été guidé par la kinésithérapeute.

Dès la première séance, A. a semblé davantage vivre les expériences sensorielles alimentaires en observant les autres enfants.

Lors de la deuxième séance, l'imitation observée pendant le temps d'éveil corporel s'était également retrouvée lors du temps de goûter. En effet, A. faisait des bulles dans son verre avec sa paille comme E. l'avait initié. Malgré l'aspect ludique de la situation, W. n'a pas reproduit l'action des autres.

En outre, W. a distribué à son initiative les gâteaux aux autres enfants (il les posait dans leur assiette) en repérant leur prénom avec l'aide de l'adulte. La place de W. au sein du groupe a semblé s'être affirmée : W. aurait ainsi trouvé sa place.

A la troisième séance, A. est resté très observateur pendant le temps d'alimentation. Malgré ses réticences, A. a pu goûter la texture liquide épaissie (compote) après insistance de l'adulte. Il nous a été rapporté qu'à la maison, A. refusait catégoriquement de goûter les textures nouvelles. Le groupe apparaîtrait alors moteur dans l'expérimentation alimentaire pour cet enfant très observateur.

Lors de la quatrième séance, E. était en retrait et silencieux lors du temps de goûter. A. a beaucoup observé les autres enfants. W. était lui très en recherche de contact et d'attention de l'adulte, il passait par l'adulte pour faire des expérimentations (prenait la main de l'orthophoniste pour toucher les textures). De son côté, S. a patouillé seul sans attention particulière aux autres enfants. S. a demandé une cuillère au début du goûter puis A. et E. l'ont imité et en ont demandé une à leur tour en fin de séance. Les enfants ont dans l'ensemble beaucoup patouillé avec leurs doigts ou par l'intermédiaire d'une cuillère.

A la cinquième séance, il y avait trois enfants et trois adultes (absence de S.). Les interactions entre enfants ont été moins présentes. A. et E. ont regardé moins souvent ou de manière furtive ce que les professionnelles proposaient à W qui était moins autonome. D'une manière générale, A. a recherché davantage l'attention de l'adulte que le contact avec les autres enfants.

Lorsque l'orthophoniste a proposé de la compote, E. n'en a pas voulu puis a changé d'avis en voyant l'orthophoniste et W. en prendre dans leur assiette. Ce comportement nous a évoqué l'influence réelle de la dynamique de groupe dans l'expérimentation de textures alimentaires.

Lors de la sixième séance, les enfants se sont installés tous les trois côte à côte et ont tous souri à l'arrivée des aliments. S. semblait moins présent alors que E. et A. continuaient à échanger ensemble. A. était très observateur face aux expérimentations de E. (mettre de la barbe à papa dans son verre) puis l'a finalement imité. L'émulation du groupe et les paroles rassurantes des professionnelles ont permis à A. de goûter la pâte d'amande et celui-ci fut surpris de la sensation éprouvée (« ça fait rien, c'est magique » disait-il).

D'un point de vue général, le groupe a semblé porteur pour tous les enfants qui ont davantage investi leur corps autant par la découverte sensorielle que par l'observation des autres enfants. De plus, le temps de goûter partagé a favorisé des expériences alimentaires diverses, pour certains effectuées par imitation.

1.1.2.2. Investissements corporel et buccal

1.1.2.2.1. A.

Durant les premières séances, A. était timide et en attente de l'autre. Il était souvent très attentif aux autres enfants et les observait beaucoup. Toutefois, il initiait beaucoup d'actions au niveau corporel et jouait avec les objets sensoriels proposés. Il s'était rapidement repéré entre les différents temps des séances (reprenait les comptines, anticipait les rituels...).

Au niveau de la sensibilité, il a montré des mouvements de répulsion avec des matières dures et rêches contrairement aux matières plus douces et souples. Le

contact de manière passive (de la professionnelle sur lui) semblait plus difficile avec les objets sensoriels mais était bien accepté avec la nourriture.

A. a accepté le contact avec les objets vibrants sur son corps (pieds, mains) et y prenait du plaisir (verbalisait que c'était agréable). Il restait cependant très prudent lorsqu'il se faisait lui-même ces stimulations autour de la bouche. L'approche de la zone buccale a donc été timide et hésitante pour A., tant avec des objets stimulants qu'avec sa propre main.

Au niveau alimentaire, dans un premier temps, le mélange de textures différentes n'était pas possible. Le contact de certaines consistances (liquides épaissies) ne se faisait qu'à travers l'intermédiaire d'un gâteau, le contact manuel semblait trop sensible. A. refusait également de manger tout aliment mélangé à une autre texture (particulièrement avec la texture liquide épaissie). Lors d'une séance suivante, A. a finalement pu goûter un gâteau mélangé à une autre texture puis plus tard, a pu mélanger plusieurs matières dans l'assiette avec les doigts.

Durant les séances, A. a goûté différentes textures. Il a croqué aisément celles dures et croquantes alors que d'autres ont été goûtées du bout des lèvres, A. ne les croquait pas, il les retirait souvent de la bouche. Il avait tendance à dire « je n'aime pas » pour la plupart des aliments nouveaux proposés sans les goûter. A. était sensible aux demandes réitérées des professionnelles pour essayer de goûter, il a accepté de mettre en bouche des aliments qu'il avait refusé.

Très observateur, A. regardait les autres patouiller avec la nourriture tout en observant ses mains. Lorsque ses mains étaient sales, il les regardait et s'interrompait dans ses expérimentations ne semblant plus savoir quoi faire avec elles.

1.1.2.2.2. E.

Dès les premières séances, E. s'était montré très participatif et volontaire sur le temps corporel et le temps de goûter.

Cet enfant avait au début quelques appréhensions à expérimenter les différentes textures sensorielles avec ses mains mais le contact était tout de même possible (mains, pieds, visage). Il lui était cependant difficile au début de stimuler la bouche ou tout simplement de mettre en bouche des objets non alimentaires. Au cours des

séances, E. avait souvent dirigé les stimulations proposées sur les autres enfants pour observer leurs réactions, tout en étant capable de le faire, même succinctement sur lui-même. En effet, E. était devenu capable d'accepter plus facilement les objets en bouche (brosse à dents électrique, lettres à mordre), même si certaines stimulations comme les vibrations introduites trop profondes lui avaient provoqué des hauts le cœur.

E. a toujours eu besoin d'être énergique dans les sensations qu'il s'apportait au niveau buccal ou au niveau de ses limites corporelles (taper sa bouche pour la réveiller, actions brusques vers les autres). A certaines périodes, E. était beaucoup dans le besoin de contact corporel avec les autres enfants et les adultes, sans pour autant que la contenance offerte par les professionnels ne l'apaise. A cette période les stimulations proposées sur le corps et le visage ont pu être partiellement réalisées mais l'agitation de E. les rendait plus brèves voire impossibles. A d'autres moments, E. a montré une baisse de tonus importante, pendant lesquels il refusait toutes propositions de stimulations sur lui-même mais pouvait essayer de le tenter sur les autres enfants.

Pendant le temps de découverte alimentaire, E. était curieux des aliments proposés et très actif : il « patouillait » avec ses doigts et n'hésitait pas à mélanger les différentes textures (chocolat, compote, ketchup, moutarde, miel, kiwi). Il pouvait mettre les doigts en bouche lors de la comptine « le tour de ma maison », goûter spontanément les boissons proposées (eau, jus, sirop) et a pu exprimer ses goûts. Il aimait également tester les sensations buccales que lui offraient les aliments et leur mélange (croque, pique, fond, goût) ainsi que les outils utilisés (paille). E. s'est montré dans les temps alimentaires en demande, curieux et impatient (redemandait des aliments proposés ou voulait savoir les aliments à venir).

Alors qu'au début E. touchait la compote sans la mettre en bouche, il a pu après quelques séances mettre en bouche un peu de compote avec son doigt.

Il nous a semblé que l'investissement buccal avec des objets non alimentaires était plus difficile pour E. que l'investissement de cette même zone avec de la nourriture.

Pendant les quelques séances pour lesquelles l'agitation corporelle de E. au moment du temps d'éveil du corps était difficile à apaiser, elle ne se retrouvait pas dans les

temps d'alimentation. E. pouvait prendre du plaisir à découvrir différentes textures alimentaires, et à réclamer davantage d'aliment.

1.1.2.2.3. S.

La participation de S. était fluctuante en fonction des séances, mais globalement c'est un enfant qui était très présent notamment dans le temps d'éveil corporel.

Le temps d'alimentation était plus difficile pour S. qui restait parfois observateur. Il pouvait être initiateur d'actions mais cela restait tourné vers lui-même, il ne partageait pas ses découvertes sensorielles et interagissait moins au moment des repas avec les autres.

Les premières séances d'éveil corporel étaient déjà riches. S. pouvait aller au contact des différentes textures proposées même s'il avait plus de réticence avec certaines matières (brosse qui pique). Il pouvait être cependant hésitant à la première approche d'une nouvelle texture, mais la dynamique de groupe facilitait les expérimentations. Il était plus facile pour S. de passer par la manipulation de l'objet que de tester immédiatement la sensation occasionnée. Les séances lui ont permis d'appréhender à son rythme l'aspect sensoriel des objets ou stimulations proposées et ne plus se limiter à l'effet visuel produit par ceux-ci. En revanche, S. était capable d'introduire facilement les objets de stimulation sensorielle dans sa bouche (lettres à mordre, brosse à dents électrique), bien que certains lui favorisaient un bavage (brosse à dents) et d'autres occasionnaient une mastication postérieure (lettre en caoutchouc). Cependant les vibrations en dehors de la bouche ne semblaient pas agréables pour S. qui les refusait (tuyau vibrant). Il a pu lors des dernières séances prendre du plaisir à se produire des stimulations mais aussi à en produire sur les autres (sur l'adulte).

Lors de ce contexte de découverte du corps, S. pouvait accepter les stimulations sensorielles de la part des professionnelles sur le visage et les lèvres.

Voir pour les vibrations dans les première séances non filmées pour faire un lien et montrer peut-être une évolution, ou cibler les sensations sur certaines parties du corps

Lors des temps de découverte alimentaire, S. était plus souvent silencieux. A la première séance, il a repoussé spontanément son assiette pour signifier son désaccord de goûter, il était alors resté dans un rôle d'observateur. Les séances suivantes S. devenait de plus en plus actif. Il pouvait se saisir des outils proposés (paille) et initiait une action. Il mangeait sans crainte certaines textures connues (gâteau dur) et touchait facilement de nouvelles textures. Lorsque S. ne connaissait pas ce qu'on lui proposait, il a continué pendant de nombreuses séances, à refuser de goûter mais n'hésitait pas en revanche à patouiller (kiwi, compote, ketchup). S. semblait éprouver plus de difficulté de mise en bouche des aliments mous (kiwi) ou de texture liquide épaissie (ketchup, compote).

La mise en bouche d'aliments, nouveaux ou dont la consistance était particulière, était beaucoup plus difficile pour S. ; alors que dès les premières séances S. pouvait mettre très souvent ses doigts en bouche. Les objets alimentaires semblaient ainsi être plus appréhendés par S. que les objets non alimentaires.

A la fin du temps de goûter, l'utilisation de lingettes pour se nettoyer la bouche était pour S. le moyen de laver la table, qu'il préférait au nettoyage de la zone buccale. Les séances passant, il a pu privilégier l'investissement du visage et de la bouche avec la lingette. S. avait tendance à tirer la langue pour entrer en contact avec la texture mouillée de la lingette.

L'investissement buccal avec des objets non alimentaires ou alimentaires était possible lors des deux temps de séance. S. avait cependant un peu plus de difficulté à goûter spontanément les textures inconnues. Ainsi on a remarqué chez S. la facilité des stimulations buccales avec du non alimentaire, contrairement à l'exploration buccale plus compliquée avec des aliments.

De plus, il semblerait qu'au début, les sensations corporelles en dehors de la bouche aient été plus contraignantes pour S, qui vers les dernières séances pouvaient supporter plus de stimulations sur son corps. La découverte sensorielle au moment de l'éveil corporel semblerait avoir poussé S. à toucher sur le temps du goûter plus de textures différentes qu'il ne le faisait au début.

1.1.2.2.4. W.

W. est arrivé lorsque le groupe avait déjà commencé. Lors des premières séances, W. recherchait beaucoup le contact avec l'adulte, notamment pendant le moment d'éveil corporel. Il pouvait cependant accepter le contact de quelques objets sensoriels de manière passive, sans être acteur de la sensation procurée. Les pieds et le visage semblaient moins sensibles que les mains avec lesquelles W. a eu beaucoup de difficultés à découvrir les objets et organiser ses sensations. Dès que la stimulation ou l'objet proposé était nouveau, W. a eu tendance à refuser son contact. Progressivement, W. prenait sa place dans le groupe et devenait plus présent pendant les séances. Il était moins en recherche de contenance vers l'adulte et participait davantage aux exercices proposés. L'observation des autres a permis à W. de devenir acteur de quelques stimulations (mise en bouche d'objets) en parallèle, il devenait plus facile de lui procurer des sensations sur les mains. W. était capable à la fin de l'étude, d'expérimenter seul les stimulations sensorielles apportées et l'hypersensibilité des mains devenait moins présente. L'investissement corporel de W. s'est effectivement amélioré au cours des séances.

Lors du temps de goûter et de découverte sensorielle alimentaire, W. a beaucoup réclamé de la compote. Il avait des difficultés à se décoller de cette demande lorsque dans la séance, il n'avait pas été prévu d'en mettre dans les assiettes. Le contact manuel avec les aliments était difficile voire impossible en autonomie. Il arrivait cependant à accepter le contact avec celui-ci lorsque l'adulte le guidait. Comme pour les stimulations corporelles, W. mettait du temps à appréhender les textures alimentaires. Dès le début, W. éparpillait la nourriture, ne la gardait pas dans son assiette. Ce n'est que progressivement qu'il a pu les accepter.

C'est au même moment où W. prenait sa place dans le groupe dans le temps d'éveil corporel, qu'il a réussi à la prendre également sur le temps de goûter (il distribue aux autres les gâteaux).

W. pouvait au fur et à mesure des séances toucher les aliments et commencer à les mélanger entre eux à l'aide d'un ustensile intermédiaire (la paille). A part la compote, W. ne mettait rien en bouche, ni gâteau, ni liquide. Ce n'est que lors des dernières séances de l'étude que W. a pu boire spontanément. De plus nous avons pu observer que lorsque la situation de découverte alimentaire était amenée d'une façon ludique, W. était plus réceptif et pouvait initier quelque chose.

Ainsi l'investissement buccal était plus difficile pour W. Nous avons pu remarquer cependant que le fait d'avoir travaillé au niveau corporel (sensibilité des mains, de la bouche) a permis à W. d'accepter plus facilement le contact même furtif des aliments sur sa main (chocolat) et dans sa bouche (grenadine), alors que cela n'était pas possible avant.

1.1.3. État des lieux des compétences des enfants à la fin de l'expérimentation en mars 2013.

1.1.3.1. A.

A. a évolué tant sur le plan corporel qu'au niveau alimentaire depuis son arrivée dans le groupe.

Au niveau corporel, A. présentait moins d'appréhension sensorielle. Il pouvait expérimenter davantage de stimulations en actif comme en passif. Il initiait beaucoup d'actions dans le temps d'éveil corporel. Lorsque les stimulations pouvaient être plus difficiles pour lui, A. se rendait alors observateur de ses pairs et semblait vivre les expériences sensorielles par leur biais. A la maison, les progrès sensoriels étaient également visibles lors de la douche notamment.

Au niveau de la sphère bucco-faciale, A. l'a investi massivement lors du temps sensoriel avec diverses stimulations (vibrantes, douces, rêches). Les massages intra-buccaux ont pu être réalisés. La famille nous a rapporté qu'il pouvait également se laver les dents seul et acceptait le dentifrice depuis peu.

Malgré un investissement corporel positif, les progrès sur le plan alimentaire restaient minimes. A. refusait toujours les nouveaux aliments et continuait à accepter uniquement certains plats. Il montrait toujours beaucoup d'appréhension pour goûter de nouvelles textures et restait très attentif aux autres enfants afin d'observer leurs réactions quand ils mangeaient ces aliments. L'émulation du groupe lui a cependant souvent permis d'expérimenter de nouvelles expériences alimentaires et non alimentaires.

Ainsi, malgré des progrès au niveau de l'intégration neuro-sensorielle, l'alimentation restait un temps difficile et source d'angoisse pour A. et sa famille.

1.1.3.2. E.

Depuis son arrivée dans le groupe, E. était devenu plus posé, maîtrisant plus son impulsivité et prenant davantage en compte les réponses des autres enfants. C'était le petit garçon qui avait le plus cherché de contact avec les autres membres du groupe et avait créé un lien particulier avec A. L'expérience d'un groupe semblait être très positive.

Sur le plan corporel, E. avait bien investi les stimulations proposées. Malgré des difficultés sensori-motrices persistantes, il participait activement au temps d'éveil corporel et de découverte sensorielle. L'approche de la bouche semblait encore difficile par un tiers. Il était cependant capable d'expérimenter différentes sensations buccales et se lavait désormais les dents seuls. L'investissement de la bouche était davantage présent avec des objets alimentaires, E. pouvait rapidement se trouver en difficultés avec les stimulations sensorielles proposées. Les massages intra-buccaux n'ont pas été acceptés, E. montrait une grande appréhension à l'approche de cette zone.

Au niveau de l'alimentation, de nets progrès étaient à noter. E. a investi la nourriture tant avec ses mains qu'avec les ustensiles. Il pouvait alors « patouiller » avec ses doigts dans l'assiette, activité qu'il ne réalisait jamais auparavant. E. s'est montré intéressé et a pu goûter toutes les textures proposées. Il semblait prendre du plaisir à partager ce goûter en groupe.

Ainsi, les difficultés d'E. se retrouvaient à ce moment davantage au niveau de la sensibilité. Le contact avec la bouche restait source d'appréhension. E. avait cependant bien investi sa sphère buccale et goûtait avec plaisir les aliments proposés.

1.1.3.3. S.

Au mois d'avril, S. avait acquis de réelles compétences au niveau moteur, les difficultés à ce moment-là persistaient au niveau oro-faciale (praxique, hypersensibilité et retard de langage) et de l'usage de la main droite.

S. est resté observateur sur les premières séances de groupe, petit à petit acteur et moteur, de plus en plus expressif oralement et corporellement.

Au niveau oro-facial, l'hypotonie importante des muscles de la face, des lèvres et de la langue persistait. De plus, le bavage semblait s'être atténué malgré une bouche restant le plus souvent ouverte, S. n'ayant pas encore opté pour une respiration nasale permanente (dissociation possible quand il boit au verre). Les praxies bucco-faciales étaient encore difficiles à exécuter.

Sur le groupe « A table ! », S. était de plus en plus acteur, sur les rituels de comptine. Lors du temps sensoriel, il expérimentait volontiers ce qui lui était proposé, il s'exprimait et vocalisait de plus en plus.

Au niveau de l'alimentation, des difficultés (haut le cœur sur les morceaux) ont été rapportées par la famille. Lors du temps de goûter, S. était très curieux, il goûtait à tout, en mettant trop en bouche, tendant à avaler sans mâcher. De plus, il manipulait (patouillait) la nourriture avec plaisir.

Le travail masticatoire était important, surtout du côté droit, la fermeture des lèvres restait à stimuler, ainsi que la désensibilisation par massages intra buccaux.

Ainsi, S. continuait de progresser au niveau sensori-moteur, des changements importants s'opéraient à cette période au niveau de l'oralité et de la communication.

1.1.3.4. W.

En trois mois, W. a progressé tant au niveau corporel qu'alimentaire. Ses repères dans le groupe s'étaient affinés et il était alors capable de nommer les autres enfants, de participer aux rituels. Il anticipait les différents temps du groupe et participait davantage gestuellement et verbalement de façon plus adaptée. Il recherchait toujours beaucoup le contact corporel avec l'adulte mais dans un contact moins fusionnel. Au niveau du comportement, W. était plus posé, et s'échappait moins du groupe lors des situations qu'il pouvait appréhender (au début, il demandait d'aller aux toilettes dès qu'une situation le mettait en difficulté).

Au niveau corporel, W. a beaucoup évolué. Il acceptait davantage de toucher différentes textures, matières. Plusieurs séances en passif (stimulations exercées par les professionnelles) ont été nécessaires pour réduire son appréhension. W. était un petit garçon qui avait besoin de temps pour s'engager corporellement. Ses parents

nous ont rapporté que W. touchait beaucoup plus souvent des objets de textures différentes. Il prenait plus facilement les objets en main.

Au niveau de la sphère bucco-faciale, les massages intra-buccaux étaient à ce moment là possibles. Le bavage et la respiration buccale persistaient, en lien avec l'hypotonie de cette zone. En revanche, W. commençait à souffler dans une paille, ce qui était impossible avant.

Sur le plan alimentaire, W. est resté plus en difficulté. Il restait toujours un peu dans la fuite lors du temps de goûter. Il commençait cependant à toucher du bout des doigts les aliments, après avoir utilisé la main de l'adulte comme intermédiaire. Ses parents nous ont rapporté des progrès au niveau de l'alimentation depuis le groupe. Il mangeait de tout tant que la texture était mixée et liée avec de la sauce. W. ne mangeait toujours pas de morceaux mais commençait à verbaliser à ce sujet (il demandait toujours s'il y avait des morceaux ou pas). De plus, sa mère trouvait qu'il avait davantage de tentatives de mise en bouche et de contact manuel avec l'aliment. Les repas restait cependant très longs et laborieux.

Malgré un rythme plus lent que les autres enfants du groupe, W. semblait avoir tiré profit des expériences réalisées par ces pairs. Cette émulation partagée a institué un climat de confiance dans lequel W. a pu davantage investir son corps. La sensibilité corporelle s'était nettement améliorée, en revanche, le contact alimentaire restait encore très difficile et rare. Nous avons noté que W. a pu reprendre plusieurs expériences faites au sein du groupe pour les transférer à la maison (utilisation de la paille, gymnastique...).

1.2. Situation individuelle

1.2.1. État des lieux des compétences alimentaires et corporelles en décembre 2012

1.2.1.1. C. (Annexe n°18, p.37/38/39)

C. est une petite fille qui possédait une sonde nasogastrique depuis ses six mois. Au moment où nous allions débiter les séances, C présentait des compétences différentes de celles observées lors du bilan de l'orthophoniste (en juillet/août/septembre) : certaines avaient régressé et d'autres évolué.

Au niveau alimentaire, C. était nourrie par sonde nasogastrique à raison de quatre fois par jour, et mangeait un tiers d'un petit pot sur deux repas. La bouche de C. restait très peu ouverte, ne laissant pas beaucoup de place à l'alimentation par voie orale. C. se méfiait. A cette période l'alimentation de nuit était terminée. A la maison, les parents instituaient de vrais temps de repas avec eux en l'incitant à « patouiller » avec de la nourriture pendant le temps d'alimentation entérale. C. acceptait la cuillère avec de très petites quantités mais pouvait réagir à son entrée (grimace, recul). Elle préférait les aliments salés et n'aimait ni le pain, ni le lait ou les laitages.

L'alimentation en morceaux était très compliquée voire impossible. C. avait besoin de textures fondantes. Lorsqu'elle découvrait des morceaux dans sa bouche, C. pouvait les ressortir avec sa langue venir les chercher avec sa main. Les haut-le-cœur étaient encore fréquents. La mastication était inefficace malgré des mouvements linguaux latéraux possibles sur stimulation. La mise en bouche de ses doigts et des objets était un peu moins fréquente qu'auparavant selon les parents, mais elle pouvait tout de même parfois le faire.

La succion du biberon d'eau uniquement, était de nouveau possible, alors que C. avait conservé une succion non-nutritive (tétine) durant toute son hospitalisation.

Au niveau corporel, C. préférait les textures rêches et dures alors qu'au niveau alimentaire elle mettait en bouche plus facilement des textures douces (contrairement au début du bilan). C. exprimait des difficultés à entrer en contact par ses mains. Le contact alimentaire était difficile et gênant, et l'exploration des objets était minime. Les parents pouvaient nous dire que C. ne prenait jamais la tétine en

main : elle la recrachait lorsqu'elle n'en voulait plus et pleurait pour faire comprendre à ses parents de lui remettre.

La mobilité faciale de C. était peu diversifiée : elle restait très peu expressive voire figée. Au niveau de la sensibilité faciale, les parents nous ont raconté qu'avoir de l'eau sur le visage (pendant le bain ou par le biais de brumisateur) était désagréable pour la petite fille. De plus, nous avons remarqué à plusieurs reprises qu'il n'était pas aisé de toucher les mains de C.

A cette période, C ne marchait pas encore, elle restait peu mobile.

1.2.2. Évolution de C. au fil des séances

Nous avons travaillé avec C. sur la mise en bouche autonome des aliments en passant par l'appropriation du concept dedans/dehors par l'intermédiaire de jeux corporels. Nous avons également proposé des stimulations corporelles et buccales avec différentes textures alimentaires et non alimentaires dont l'aspect était parfois semblable. Ces stimulations avaient pour but d'aider C. à découvrir et à essayer de diversifier son alimentation.

Quatre séances transdisciplinaires filmées ont été effectuées de janvier 2013 à fin mars 2013 : le 31 janvier (annexe n°19, p.40), le 14 février (annexe n°20, p.41), le 14 mars (annexe n°21, p.42) et le 21 mars 2013 (annexe n°22, p.43).

- Travail autour des limites corporelles par le concept dedans/dehors :

A la première séance, C. est restée à l'extérieur de la cabane. Elle acceptait d'y introduire une peluche. Elle se sauvait quand on ouvrait la deuxième porte et se détournait quand la psychomotricienne s'était mise dedans.

A la deuxième séance, C. était beaucoup dans la fuite, la stagiaire en orthophonie l'avait alors imitée dans ce comportement en allant se cacher dans la cabane dans le but de la faire réagir. C. s'était alors approchée et avait pu glisser son buste à l'intérieur de la cabane. Les professionnels en ont profité pour mettre en mots la situation et amener le concept de dedans/dehors.

La flûte à bec fut alors proposée pour poursuivre ce travail. Notre objectif étant de montrer à C. que la mise en bouche associée au souffle produisait des sons et amenait du plaisir. C. y prêtait attention, a semblé apprécier la musique et le

manifestait corporellement (tonus qui augmente). Lorsque la psychomotricienne lui a tendu l'instrument pour l'essayer, C. l'a saisi pour le repousser.

Même si elle était possible, la mise en bouche des objets non alimentaires était rare en séance. Lors des deux premières séances, C. n'a pas mis en bouche et n'a eu aucune initiative dans ce sens pour les aliments proposés.

A la troisième séance, C. a pu s'introduire totalement dans la cabane et jouer en prenant du plaisir à sortir et entrer à plusieurs reprises. Nous lui avons proposé alors une sucette pour travailler l'idée de pouvoir « cacher » dans sa bouche. C s'est intéressée quelques secondes à la sucette emballée mais une fois déballée par la stagiaire, C. n'y prêtait plus aucune attention. Elle n'a adressé aucune attention aux adultes qui insistaient sur l'entrée et la sortie de leur sucette dans la bouche par des mots et des bruits de bouche. C. ne leur a accordé aucun regard.

A la quatrième séance, C. a su ré-investir la cabane spontanément en allant se cacher à l'intérieur. Cela lui a permis de s'isoler plusieurs fois au cours de la séance. Nous avons également proposé une nouvelle stimulation afin de continuer ce travail sur les limites corporelles (frontière du dedans/dehors), en jouant à se cacher avec des couvertures. C. a accepté d'être recouverte, et a su initier l'action sur elle-même spontanément. En séance, elle s'intéressait depuis peu au jeu du « coucou/caché ». Nous avons donc repris cet exercice avec de la nourriture. Nous nous sommes inspirées de ce jeu pour reprendre les stimulations avec de la nourriture : la sucette n'a pas eu de succès, C. ne la prenait que pour la manipuler entre ses mains. Les chips disposées dans l'assiette ont alors été utilisées en vue du même travail (dedans/dehors). C. qui à la maison mettait en bouche seule les chips traditionnelles, n'a rien voulu entreprendre lors de notre séance.

Au niveau de la sensibilité du corps et du visage, C. a toléré facilement le contact avec différentes matières (coton, plastique souple). La psychomotricienne effectuait des pressions sensorielles à travers le tissu, sur les épaules, la tête et le visage de C. en verbalisant ses actions. Par ces stimulations, cette professionnelle insistait sur le travail des limites corporelles ainsi que sur le contact avec différentes matières.

- Sensorialité alimentaire et non alimentaire :

A la première séance, C. a manipulé facilement les objets durs (cubes) sans les explorer avec la bouche. Elle ne manifestait aucune appréhension à ce contact. A contrario, le contact avec une texture douce (coton) était possible mais contrôlé. C. a pu toucher le coton du bout des doigts (pince pouce-index) pour le déchirer, le contact à pleine main ne semblait pas envisageable. Elle était attentive aux actions de la stagiaire en orthophonie avec le coton (mettre une bande de coton autour du cou) mais ne les imitait pas. Elle a accepté cependant le contact avec le coton, sous forme d'effleurement sur les pieds et les jambes habillés, mais était plus gênée par le contact sur sa main nue. De plus, lorsque la psychomotricienne a contenu C. entre ses jambes et avançait vers le coton, la première réaction de C. fut de grimacer. La vue du coton semblait difficile même en ayant eu un contact avec celui-ci quelques minutes plus tôt.

L'appréhension face aux textures était majorée lorsque C. n'avait pas le contrôle de ses mouvements. C. était observatrice et attentive aux stimulations faites par les professionnelles entre-elles mais s'éloignait lorsque les stimulations lui étaient adressées, ne semblant pas éprouver de plaisir au contact avec la texture.

A cette séance, C. n'a porté aucun objet à sa bouche.

En parallèle avec la texture cotonneuse, nous lui avons proposé une texture alimentaire similaire (barbe à papa). C. a observé la texture mais ne l'a pas saisie et ne l'a pas touchée spontanément. Lorsque la psychomotricienne a annoncé qu'elle allait sentir l'aliment, C. s'est détournée rapidement. Elle a semblé anticiper l'approche de la barbe à papa vers elle (par les professionnelles), et s'est éloignée pour mettre de la distance avec l'aliment. Malgré plusieurs présentations ludiques de la texture autour de la zone buccale, C. a refusé tout contact. Par l'intermédiaire du miroir, nous avons observé cependant une intention de la toucher sans y parvenir. Le miroir semblerait créer une distance suffisante pour C. qui la rassurerait et favoriserait la prise de risque dans le contact avec l'aliment.

C. a refusé le contact au niveau buccal avec la texture, elle a détourné la tête quand les professionnelles ont approché la barbe à papa de sa bouche. Cependant elle a observé la mise en bouche de l'aliment par l'adulte. Malgré son refus de contact alimentaire, elle a pu se laisser toucher les lèvres pour faire des bruits de bouche.

A la deuxième séance, nous avons proposé de nouveau la texture « coton ». Par des situations ludiques, C. a pu imiter nos actions (contact sur la tête et caresse de la nuque) en arborant un visage expressif de plaisir.

Une nouvelle texture a été utilisée afin d'observer les réactions de C. face à une matière rigide, opposée à la texture douce du coton. C. n'a présenté aucune réaction face aux massages proposés avec des balles dures alors qu'elle a pris du plaisir à les manipuler (faire rouler).

Au niveau buccal, C. a refusé de mettre en bouche la flûte à bec. Lorsque la psychomotricienne lui a approché l'instrument du visage, C. l'a repoussé. Spontanément, C. a pu mettre le bâton du xylophone en bouche, instrument avec lequel elle a pris beaucoup de plaisir.

Avec les objets non alimentaires, les stimulations corporelles et buccales ont été peu investies. Les réactions de C. au niveau du corps et de la bouche ont été semblables.

Pour les textures alimentaires, nous lui avons proposé des céréales à croquer afin d'observer ses réactions face à une texture dure, qui croque et fait du bruit. C. a accepté le contact des miels pops sur ses habits (céréales accrochées dessus) mais n'a pas réagi à ces stimulations. A contrario, elle a plongé spontanément sa main dans la boîte de miels pops et recherchait le contact manuel avec cette texture (les a gardés en mains).

C. n'a pas mis en bouche les miels pops mais a été capable de regarder les professionnelles croquer. Il n'a pas été possible de mobiliser son attention sur cette action plusieurs fois pendant la séance.

Nous avons constaté que l'appréhension de C. diminue face à une texture déjà proposée. Cette méfiance semblerait présente avec des objets nouveaux qu'ils soient alimentaires ou non. Au niveau des objets alimentaires et non alimentaires, C. a pu manipuler des textures aussi bien douces que dures, l'exploration buccale est cependant restée rare et succincte.

A la troisième séance, la dînette a été bien investie par l'enfant. C. a pris aussitôt en main les couverts en plastique, et a pu initier quelques actions entre les

objets, (faire-semblant et taper les objets entre eux). C. est restée les objets en main pendant une partie de la séance sans initier d'action particulière. Lorsque la professionnelle a essayé de prendre part au jeu de dînette en verbalisant les actions, C. a exprimé une tension corporelle et a exprimé son mécontentement en vocalisant (geignement). Nous avons réussi à la rassurer ou à la calmer par des massages dans le dos, qu'elle a très bien acceptés.

Au niveau des stimulations buccales, C. a pu porter une fois à la bouche un des couverts de la dînette alors que personne ne la regardait. Le contact a été très fugace. La flûte, de nouveau proposée, nous a permis de constater que C. pouvait avoir l'intention de faire, de toucher avec sa bouche l'instrument. En effet, elle a eu spontanément l'initiative d'avancer vers la flûte pour la toucher du bout des lèvres avant de reculer aussitôt.

Toutefois, le contact buccal semble encore difficile avec les objets non alimentaires.

Du côté des objets alimentaires, C. n'a pas semblé gênée par le contact de ses mains et de son corps avec les chips violette. Elle n'hésitait pas à s'amuser, à écraser les chips. Cependant, elle est restée très interdite lorsqu'elle a constaté que des morceaux de chips restaient collés sur ses doigts. C. avait alors tendance à rester avec la main en suspend sans savoir quoi en faire (pas de mise en bouche). Après ce temps d'observation, elle a repris ses expériences avec la texture (en cacher entre ses jambes, ouvrir lentement sa main et constater l'action qu'elle a eu sur les chips). A une seule reprise et sur imitation C. a pu frotter ses mains entre elles pour essayer d'enlever les restes de chips, elle n'a cependant pas renouvelé cette action.

C. n'a rien mis en bouche, elle a rarement regardé les adultes croquer et a fui lorsque nous verbalisions nos ressentis par rapport aux aliments (actions ou interjections telles que « hum »).

Bien que C. ait plus expérimenté avec son corps et n'ait pas présenté de difficulté particulière au niveau de la sensibilité corporelle, l'investissement buccal non alimentaire restait difficile et l'investissement buccal alimentaire était impossible.

A la dernière séance, nous avons expérimenté le collage de gommettes sur le corps et sur le visage. C. a été surprise lorsqu'elle s'est rendue compte qu'on pouvait en mettre sur son nez, sur son front, son genou, son doigt. Quand la gommette sur sa main s'est décollée C. est restée avec la main en l'air et mécaniquement effectuait des mouvements de repli des doigts, comme pour vérifier que la gommette n'avait rien changé. A force de jouer avec, C. a fini par ne plus faire attention si une gommette était restée collée sur elle.

Pour l'alimentaire, nous lui avons préparé sur une table des assiettes composées de différents aliments connus de C. (barbe à papa, chips traditionnelles et violette, sucette, chamallow). C n'y a prêté aucune attention spontanément. Elle a pu déambuler autour de cette table sans jamais s'intéresser à son contenu. Ce n'est que lorsque la psychomotricienne a verbalisé qu'il y avait plein de choses sur la table, que C. a brièvement regardé et a vocalisé ([ouh]) avant de s'éloigner de nouveau. Lorsque nous avons collé des morceaux de chamallow autour de nos bouches pour faire comme avec les gommettes, C. nous a à peu regardées et imitées. C'est avec cette comparaison (gommette/chamallow) que nous avons pu observer que tout ce qui touchait à la bouche, et qui plus est, pouvait se manger, était fui par C. Elle n'a encore une fois rien mis en bouche.

- Schéma corporel et dysoralité

Nous avons remarqué que C. a pu beaucoup investir le miroir. Cet objet semblait lui permettre des expérimentations qu'elle ne s'autorisait pas sans celui-ci. Néanmoins avec le jeu autour des gommettes, nous avons pu constater que le repérage de l'espace sur son visage n'était pas facile pour C. Son geste n'était pas toujours précis ni ciblé sur la bonne partie du visage lorsqu'il fallait décoller la gommette.

Lors d'une autre situation de jeu autour de l'alimentation, C. a pu faire semblant de donner à manger au chien avec la fourchette, ce qui nous a permis d'observer que C. pouvait localiser la bouche sur un tiers.

N'ayant pas pu faire des expérimentations autour de la sphère buccale avant un certain âge, le schéma corporel de C. pouvait s'être ainsi développé de manière bancal, pouvant alors expliquer ses difficultés de localisation des parties de son visage et ses difficultés d'investissement de la zone oro-faciale.

- Investissement corporel et investissement buccal

L'investissement corporel de C. s'était nettement amélioré avec les objets non alimentaires depuis la première séance (investissement progressif de la cabane avec son corps, progrès dans l'appréhension du coton). Les objets alimentaires étaient eux aussi bien investis corporellement. C. était capable d'aller à la rencontre de la plupart des textures et de les manipuler (chips, miel pops), alors que le contact avec d'autres reste plus fragile (barbe à papa).

Pour ce qui était de l'investissement de la bouche, il restait possible mais rare avec des objets non alimentaires. Par l'intermédiaire d'un miroir C. était capable de mieux considérer sa sphère buccale (elle se tirait la langue, mettait le doigt sur ses lèvres pour créer des sons). Néanmoins cet investissement buccal restait très difficile voire impossible en séance avec de la nourriture.

Malgré un investissement corporel en progrès, C. n'a pas évolué dans son investissement buccal lors de nos séances.

1.2.3. Évolution et état des lieux des compétences à la fin de l'expérimentation en mars 2013.

1.2.3.1. C.

Alimentation, langage, investissement corporel, motricité ; ces domaines ont bien évolué en quelques mois malgré une fluctuation constante de ses compétences.

C. portait toujours sa sonde nasogastrique mais son temps d'utilisation était fortement réduit : elle n'en avait besoin que le matin car il est difficile pour cette petite fille de manger dès le réveil (refuse de boire le lait au biberon).

Les temps de repas avait bien évolué, non pas sur la diversité des textures mais sur l'acceptation de C. de manger davantage d'aliments par la bouche. Elle avait donc moins recours à l'alimentation par sonde. C. présentait moins d'appréhension lors de l'introduction de la cuillère, en effet, elle pouvait dorénavant ouvrir davantage sa bouche à l'approche de celle-ci. Pendant les temps de repas C. s'enfermait dans sa bulle (se coupait des autres) et ne manifestait toujours aucun plaisir à manger. De plus, à l'inverse des derniers mois, C. a semblé avoir pris conscience de la sensation de faim car selon ses parents elle devenait « grognon » à l'approche du repas, même si, par ailleurs elle ne réclamait pas à manger.

A cette période, ses parents lui donnaient toujours à manger, C. restait passive durant les repas. Le matin C. étaient nourrie par sonde (lait) mais les parents essayaient de diminuer ce lait, et d'en remplacer une partie par deux petits suisses. Le repas de midi consistait en un petit pot de 200g enrichi avec de l'huile pour que ce soit plus nourrissant, et une compote en dessert. Pour le goûter C. acceptait désormais une crème dessert et le soir, une soupe mélangée avec du fromage puis un dessert. Malgré des petits morceaux de fromage dans la soupe, C. acceptait de la manger mais, en dehors de celle-ci, l'alimentation se faisait sans morceau. Le travail sur l'acceptation des morceaux a dû se poursuivre mais en dehors des temps de repas pour ne pas bloquer C. dans ses progrès d'alimentation par voie orale.

Les goûts de C. se sont un peu élargis, elle tolérait désormais les crèmes dessert mais n'aimait toujours pas le lait et les yaourts. C. préférait toujours le salé, ses parents disaient qu'elle portait vers ses lèvres les gâteaux apéritifs (miettes sur les lèvres) sans pour autant les introduire dans sa bouche. Elle commençait aussi à s'intéresser aux aliments sucrés, en effet elle avait pu mettre en bouche spontanément un bonbon en séance.

C. ne se laissait plus brosser les dents par ses parents. Elle prenait elle-même la brosse à dents mais ne faisait que la mordiller.

Au niveau corporel, C. pouvait à cette période investir les textures douces et cotonneuses autant que les textures rêches et dures. Elle n'hésitait pas à s'amuser avec différentes matières et prenait beaucoup de plaisir à se cacher et à manipuler. C. était désormais capable de manipuler autant des objets non alimentaires que des aliments.

C. éparpillait beaucoup ce qu'on lui proposait que ce soit alimentaire ou non. La psychomotricienne soulignait que c'était peut-être une façon pour C. d'exprimer ce qu'il se passait dans son corps la façon dont elle percevait son corps. Avec certaines activités autour de la sphère faciale (jeux devant le miroir), nous avons pu constater que le schéma corporel de son visage n'était encore pas acquis. Malgré ceci, C. avait beaucoup plus investi son corps, elle avait également progressé au niveau moteur : marche, axe corporel qui était devenu plus stable (équilibre).

Le langage de C. s'était enrichi, les sons et les bruits de bouche s'étaient beaucoup diversifiés et C. pouvait imiter quelquefois les sons et les intonations

d'autrui, en particulier devant le miroir. Cet outil semblait être pour C. facilitateur d'expérimentations autour de son visage et de sa bouche. Lors de nos séances filmées, les imitations n'avaient jamais pu être reproduites avec des aliments. Cependant il est à noter que lors d'une séance ultérieure non filmée, C. avait pu mettre en bouche elle-même des pailles et un bonbon.

Cette mise en bouche autonome était peut-être le signe que la caméra ne favorisait pas les expérimentations pour C. pour qui la relation avec autrui était déjà compliquée. Au vu de ces résultats, le projet devait être poursuivi pour cette petite fille qui mettait beaucoup de temps à s'habituer aux choses.

1.3. Regards croisés des différents professionnels

Plusieurs regards de professionnels (psychomotricien, kinésithérapeute, orthophoniste) se sont croisés lors de nos séances. La transdisciplinarité, avec la complémentarité de l'approche corporelle et orthophonique, nous a permis d'étendre nos observations et analyses des troubles de l'oralité à un niveau plus global.

Ce projet transdisciplinaire se fondait sur la réconciliation de l'enfant avec un corps qui a été en souffrance notamment en raison de trouble de l'oralité, et de rendre la place de la bouche au sein de ce corps. L'apport de cette prise en charge corporelle et orthophonique en transdisciplinarité a reposé sur la construction d'une réflexion commune des stimulations proposées s'intégrant au sein du développement global de l'enfant.

L'approche corporelle, sensorimotrice a complété l'approche orthophonique des troubles de l'oralité, moins sensibilisée à ces aspects (posture, équilibre, sensorialité, motricité, schéma corporel). En lien avec cette démarche, l'orthophoniste a pu amener des stimulations alimentaires et non alimentaires variées dans un but de favoriser le contact buccal et le plaisir alimentaire.

À partir du plaisir des expériences corporelles, du jeu, de l'expression des émotions, de la sensorialité, cette prise en charge conjointe a permis de contribuer au développement de la confiance en soi de l'enfant, afin qu'il découvre ses ressources et ose faire de nouvelles expériences. Elle a également concouru à

construire une enveloppe sécurisante pour qu'il prenne conscience de ses limites corporelles afin d'organiser ses sensations. Ce plaisir à jouer avec son corps a pu contribuer à l'émergence du plaisir alimentaire.

Ce regard croisé nous a alors permis de proposer une progression thérapeutique des troubles de l'oralité du plus général au plus précis, « du corps à la cuillère ».

1.4. Synthèse des observations

Il est difficile de généraliser les progrès de l'investissement buccal en lien avec l'investissement corporel. Ces progrès étaient davantage observables dans la situation de groupe qu'en situation individuelle même si certaines limites de l'expérimentation nous amenaient à nuancer les résultats.

Nous avons observé que les difficultés face aux textures alimentaires et non alimentaires ne sont pas les mêmes pour tous les enfants présentant une dysoralité. Certains ont exprimé une plus grande difficulté avec le contact alimentaire. Le degré de sensibilité mais également l'appréhension occasionnée par la texture alimentaire pourraient expliquer cette réticence au contact. En revanche, il y avait des enfants pour lesquels il était plus facile d'accepter les stimulations alimentaires que celles réalisées avec des objets. En effet, les stimulations non alimentaires corporelles étaient parfois effectuées par autrui et ne permettaient pas à l'enfant de contrôler les sensations éprouvées. Dans le temps d'alimentation l'enfant expérimentait et goûtait seul, il pouvait alors davantage maîtriser ses sensations. Face à la multiplicité des sensations procurées par autrui, l'enfant ne semblait pas pouvoir les analyser et cela pouvait l'angoisser.

Cela nous suggère qu'il existerait une difficulté à engager son corps dans de nouvelles expériences par peur de vivre des choses angoissantes, qui pourrait parfois s'atténuer dans les situations de mise en bouche alimentaire autonome.

Nous avons observé que chez les enfants avec des troubles de l'oralité, l'investissement corporel de l'enfant et des parents pouvait être réduit (relation corporelle et tonico-emotionnelle, portage...). La construction des sensations

(analyse et organisation de celles-ci) pouvait être perturbée, limitant ainsi l'engagement corporel. Ce manque d'investissement et d'engagement corporel pouvait ainsi se répercuter sur l'investissement buccal.

De plus, le travail en transdisciplinarité a permis aux professionnels de converger vers des objectifs communs de prise en charge en s'appuyant sur les connaissances et les propositions de l'autre professionnel afin de réconcilier l'enfant avec son corps et sa bouche.

2. Entretiens semi-directifs autour de l'oralité

2.1. Retentissement familial des troubles de l'oralité

Le retentissement familial de la dysoralité va être bien entendu différent selon la famille, l'histoire médicale de l'enfant, les difficultés ou peurs rencontrées et l'histoire personnelle de chacun. Néanmoins, nous souhaitons donner un aperçu des vécus de ces familles qui connaissent mieux que personne leur enfant, et dont l'écoute est indispensable pour comprendre l'enfant dans leur globalité et effectuer un travail en partenariat autour de ces troubles.

2.1.1. Au moment du repas

Pour beaucoup de parents, le temps d'alimentation est un moment perçu comme fatigant. Une famille a pu exprimer « c'est un combat constant pour la nourrir, [...] le repas devenait quelque chose de dramatique ». Effectivement les ressentis sont différents en fonction des pathologies et des troubles de l'oralité plus ou moins sévères. Mais il ressort de nos entretiens avec les familles, que le temps de repas peut être difficile et susciter de l'appréhension. En effet, plusieurs nous ont rapporté qu'à chaque repas ils se demandaient « va-t-il accepter de manger, de goûter ? », plusieurs ont également souligné qu'ils aimeraient connaître le délai où leur enfant pourra manger « comme tout le monde ». Ainsi derrière l'alimentation de leur enfant, se forge une attente très importante chez la plupart des parents.

En ce qui concerne les conditions de repas, plusieurs familles nous ont dit qu'il fallait être patient. L'ambiance pouvait être tendue et l'attention dirigée essentiellement vers l'enfant avec des troubles de l'alimentation ; mais le repas continuait à être un moment où tout le monde se retrouvait. Pour la plupart d'entre eux, rien n'a changé dans leur propre alimentation, ils s'adaptent simplement aux difficultés de leur enfant et préparent souvent plusieurs plats pour un même repas : un repas adapté pour l'enfant et un repas pour le reste de la famille.

2.1.2. Répercussions sociales

Les répercussions sociales autour de l'enfant avec des troubles de l'oralité sont présentes autant chez les parents que chez leur enfant.

2.1.2.1. De l'enfant

Certains parents nous ont confié que les difficultés d'alimentation de leur enfant l'ont exclus des structures de socialisation (crèche, halte-garderie). Le contact avec des petits pouvant être dangereux pour eux (sonde arrachée), leurs enfants se sont retrouvés à l'écart des apprentissages qui peuvent se faire dans ces situations collectives. Ainsi certains troubles de l'oralité pourraient aboutir à un manque de socialisation. De plus ces troubles peuvent être stigmatisants, notamment en situation de repas en collectivité où le regard des autres sur la façon de manger de l'enfant peut être pesant, mal vécu et peut entraîner un refus de celui-ci à continuer à manger avec tout le monde.

2.1.2.2. Des parents

Les troubles de l'oralité d'un enfant peuvent amener les parents à modifier leur mode de vie et notamment à réduire certaines activités conviviales (restaurant, dîner chez des amis). En effet plusieurs parents ont pu nous confier que le matériel liés aux difficultés de leur enfant, rendait moins nombreuses leurs sorties, à cause du souci occasionné afin de ne rien oublier. La contrainte alimentaire de ces enfants peut ainsi réduire la spontanéité des activités sociales.

Cet isolement social peut également subvenir lorsque l'enfant a une pathologie plus globale dont les troubles de l'oralité ne sont qu'un symptôme. Les parents doivent répondre à de nombreux rendez-vous, et la vie n'est alors plus jamais la même. Une mère de famille nous confiait que pour son enfant avec des troubles de l'oralité, il fallait qu'elle anticipe chaque repas en pensant à ce qu'il fallait emporter, acheter pour pouvoir le nourrir. Cette idée est présente chez la majorité des parents: tous ont l'impression de devoir anticiper, préparer le repas, beaucoup plus qu'avec un enfant sans trouble.

La spontanéité se perd, le regard des autres est difficile à vivre tant pour la mère que pour le père, et la situation devient alors pesante pour ces parents qui ont tendance à s'isoler. A contrario, une autre famille partageait que malgré la situation ils

n'éprouvaient pas le besoin de réduire leurs sorties et argumentaient que ces sorties étaient bénéfiques pour l'ouverture au monde de leur enfant.

2.1.3. Entre les membres de la famille

Certains parents se sentent soutenus par leur famille, d'autres incompris. Plusieurs nous confient que de toute façon c'est à eux, parents de gérer la situation. Certains ont du mal à faire confiance aux autres pour assurer l'alimentation de leur enfant avec toutes les contraintes que ces troubles peuvent occasionner, certains prennent le risque (confier leur enfant aux membres de la famille par exemple). En fonction des troubles, le retentissement au sein d'une famille est très différent (difficultés majorées pour des enfants nourris avec sonde).

Une autre difficulté apparaît, celle de la comparaison des compétences alimentaires de l'enfant avec des troubles de l'oralité, avec d'autres enfants du même âge sans trouble. Au sein d'une même famille, cette situation fréquente est encore plus difficile, car les parents doivent faire face aux commentaires des grands-parents et parfois à un comportement général modifié face à leur enfant (plus distant ou remettant systématiquement en question les compétences de l'enfant et des parents), simplement parce que celui-ci a des difficultés pour manger.

Par rapport à leur famille, certains se sentent alors jugés dans leurs compétences parentales ; les mères perçoivent particulièrement ce sentiment.

Les difficultés alimentaires pouvant prendre une place prépondérante au quotidien, plusieurs familles nous ont confié qu'il n'était pas simple de se retrouver en couple, leur enfant leur prenant toute leur attention.

2.1.4. Dans les moments de vie de l'enfant

Au moment des jeux, les parents racontent qu'ils ne font pas de différence alors que d'autres nous disent s'adapter à chaque instant. Tous, essaient de stimuler leur enfant en les confrontant à leur sensibilité (manipulation de textures et proposition de goûter).

Lors des instants d'affection, certains ne font pas cas de la sonde et se comportent comme ils le feraient avec d'autres, sans précaution particulière. D'autres ont pu nous dire qu'ils embrassaient leur enfant mais privilégiaient et profitaient de

leur faire plein de bisous sur la joue quand la sonde s'arrachait. Ils s'octroyaient une période câline sans sonde.

En revanche, au moment du bain ou de la douche, beaucoup nous ont fait part de leur grande difficulté à gérer cet instant. La sensibilité corporelle étant souvent particulière chez les enfants avec des troubles de l'oralité, certains parents racontent que ce moment n'est pas un instant agréable, ni pour eux, ni pour l'enfant. Le contact avec l'eau à différents endroits du corps (visage, mains, tête et parfois le corps entier) peut parfois provoquer de vives réactions chez l'enfant.

Lors des temps de change, la plupart des famille ne rencontrent pas de changement particulier, sauf dans les cas d'hypersensibilité du corps entier. Certains ont pu se rendre compte qu'effectivement dans ces moments là, leur excès d'attention face aux troubles perturbait les mises en scènes ludiques ou le partage d'un moment complice avec leur enfant. En effet, ce temps devient parfois très rapide pour réduire le plus possible cette situation de malaise.

2.1.5. Image de leur enfant

Des parents ayant vécu une situation grave où la vie de leur enfant était en jeu, peuvent avoir un comportement différent à plusieurs niveaux (surprotection, difficultés de frustration).

Lorsque l'enfant à des troubles de l'oralité dans une pathologie plus globale, certains parents sont très en attente d'évolution au niveau de l'alimentation alors que d'autres privilégient les progrès dans d'autres domaines (moteur notamment lorsqu'il existe des problèmes à ce niveau).

Certains se focalisent aussi sur l'image de personne handicapée que peut renvoyer leur enfant. Pour quelques familles, le regard des autres est insoutenable et l'acceptation des difficultés est compliquée.

Les parents peuvent avoir une vision différente de leur enfant. Selon la mère ou le père, l'enfant peut être vu différemment et leur comportement varie en fonction du caractère, du propre vécu alimentaire des parents, de l'histoire personnelle de chacun et des changements qu'engendrent ces troubles. Les troubles de l'enfant sont alors plus ou moins bien acceptés par les parents, amenant parfois à une vision divergente pour chacun d'eux des capacités réelles de leur enfant.

De plus, les troubles alimentaires sévères rendent les parents attentifs à la moindre gêne, à la moindre réaction de l'enfant lors de la situation de repas. L'image

de l'enfant peut alors être modifié : un père a pu nous rapporter que lorsque sa fille a repris partiellement une alimentation orale, ils étaient en alerte de la moindre difficulté « On avait perdu l'habitude qu'un enfant rote ! ».

De plus, certaines familles nous ont dit que ces troubles avaient modifié leur façon de vivre mais également leur principe de vie (notamment dans l'éducation alimentaire) où ils laissent faire des choses qu'ils n'auraient pas accepté pour un enfant sans trouble alimentaire. La frustration de ces enfants peut donc être difficile à gérer pour leurs parents.

Pour les familles dont les enfants ont des troubles de l'oralité massifs, ils nous disent que leur enfant a le pouvoir et qu'ils ont effectivement des difficultés à gérer le « non » car l'enfant joue alors à se faire vomir. Les colères suivies de vomissements existent aussi chez des enfants sans troubles de l'oralité, mais il n'existe pas derrière ceux-ci la crainte de rechute, de retour en arrière ni même la peur de perdre l'enfant, qui peut en revanche exister pour des parents dont l'enfant a des troubles de l'oralité.

La difficulté de gronder est aussi présente. Certains parents ont des difficultés à maintenir leur punition ou leur réprimande.

Ainsi, nous avons pu remarquer que les troubles de l'oralité pouvaient avoir un retentissement familial, social, psychologique pour l'enfant comme pour ses parents. Les moments d'échanges intimes entre les parents et l'enfant, au moment du repas, lors du change ou encore pendant le bain peuvent être perturbés en raison des difficultés sensorielles au contact.

Discussion

1. Principaux résultats

Notre projet s'est ancré sur le constat que le développement de l'enfant était à l'intersection de plusieurs domaines évoluant en inter-dépendance les uns des autres. L'oralité, concept clé du développement de l'enfant est à considérer à travers plusieurs dimensions dont la dimension corporelle : l'oralité ne se limite donc pas à la bouche. En effet nous avons décrit dans la partie théorique les liens qui pouvaient exister entre corps et bouche et les troubles occasionnés dans un domaine si l'autre était perturbé.

Ainsi, notre expérimentation suggérait que la prise en charge globale des troubles de l'oralité avec une approche corporelle pouvait améliorer la qualité de l'oralité et l'investissement buccal.

L'impact de l'investissement corporel favorisant l'investissement buccal a majoritairement été observé dans une des situations d'expérimentation. Au sein du groupe, la dynamique créée a permis aux enfants d'investir plus facilement leur corps et ainsi leur bouche, aidés par l'observation et l'imitation des autres. Les résultats ne peuvent donc se dissocier de l'impact du groupe. Dans la prise en charge individuelle, l'enfant a pu davantage investir son corps mais le transfert des expériences au niveau buccal n'a pas pu être constaté lors des séances filmées. Des mises en bouche alimentaires ont toutefois été possibles lors d'une séance après l'expérimentation.

Au niveau du contact alimentaire et non alimentaire, l'inhibition sensorielle face aux objets non alimentaires ne se transférerait pas forcément au niveau alimentaire. A l'inverse, les réticences à l'approche des aliments ne se retrouve pas avec les objets non alimentaires. En outre, le travail en transdisciplinarité a permis une réflexion commune autour des troubles de l'oralité afin de réconcilier l'enfant avec son corps et sa bouche (réflexions autour de stimulations, textures pouvant être proposées lors de l'éveil corporel et lors du temps de découverte buccal en adaptant aux difficultés corporelles et orales de chaque enfant).

De plus, les entretiens familiaux nous ont permis d'estimer le retentissement que pouvait occasionner un trouble de l'oralité dans la vie quotidienne. En effet,

plusieurs familles nous ont confié les répercussions sociales, familiales, psychologiques que pouvaient engendrer cette dysoralité. L'hypersensibilité de l'enfant induirait chez certains parents une réticence au contact corporel ou une prise de précaution importante dans l'approche du corps. Ceci modifierait alors l'investissement corporel de l'enfant par les parents. De nombreux moments (change, bain) qui devraient être un partage sont alors difficiles à vivre.

2. Critiques méthodologiques et difficultés rencontrées

2.1. Dans la partie théorique

Lors de la rédaction de la partie théorique, nous nous sommes heurté à des difficultés de terminologie des troubles de l'oralité. En effet, le terme « dysoralité » fait référence à de nombreux aspects de ces troubles (troubles du comportement alimentaire, trouble d'origine organique, dysphagie, anorexies psychogènes, ...). Dans la littérature, selon les auteurs, chaque terminologie peut recouvrir différentes formes du trouble. Nous avons ainsi privilégié, dans ce travail, l'emploi des termes dysoralité ou trouble de l'oralité, permettant de ne pas réduire les troubles de l'oralité aux seules difficultés alimentaires afin d'élargir la vision de ces difficultés aussi bien au niveau du comportement global de l'enfant, somatique, développemental et psychologique, que sur les aspects relationnels.

2.2. Dans la partie pratique

Au cours de nos expérimentations, nous avons rencontrés plusieurs problèmes méthodologiques.

Au sujet des conditions d'enregistrement vidéo, la manière de filmer a varié suivant les séances et les lieux des expérimentations.

Lors des séances individuelles, la caméra, posée sur un pied, n'a pas permis de zoomer et d'observer les expressions faciales de C. De plus, l'angle de vue était parfois restreint.

Au cours des séances de groupe, plusieurs manières de filmer ont été adoptées (pied, cadreur). Lorsque les séances ont été filmées par une tierce personne, l'angle de vue a pu être réduit par des zooms sur le visage d'un enfant. L'observation de la dynamique du groupe était alors impossible. De plus, certains plans concernant l'investissement corporel ou buccal d'un autre enfant du groupe, non présents dans l'enregistrement, n'ont pu être analysés.

Au niveau du cadre méthodologique de l'expérimentation, nous avons fixé un rythme régulier de nos enregistrements vidéos des séances (tous les 15 jours).

Au sein du groupe « A Table ! » nous avons privilégié un enregistrement vidéo une semaine sur deux afin que les enfants s'habituent à la caméra (séances filmées également avant le début de l'expérimentation pour instaurer la présence de l'appareil). Nous souhaitons cependant conserver des séances non filmées pour favoriser la spontanéité des échanges. De plus, nous avons convenu du rythme des séances filmées en concertation avec le rythme des séances individuelles (toutes les quinzaines).

Suite à de nombreux imprévus (maladie des professionnelles/stagiaires, absence des enfants, vacances des centres, semaines pédagogiques), ce rythme n'a pu être respecté. Ainsi, nous nous sommes adaptées aux contraintes et avons décidé de finalement filmer les séances effectuées dès qu'il en était possible et que tous les paramètres étaient réunis.

2.3. Apport du travail en binôme

Nous avons trouvé de l'intérêt à travailler en binôme autour de cette étude. Cela nous permettait de partager, de confronter nos idées, de prendre du recul sur le sujet grâce au regard extérieur de l'autre, nous amenant à une riche réflexion afin de réajuster le sujet. De plus, cette façon de travailler nous a permis, par rapport à nos observations et analyses d'être plus objective sur le travail de l'autre. Les lieux d'expérimentation étant différents, cela a permis à chacune de nous, d'apporter un

regard extérieur sur les stimulations proposées, et les résultats concernant les enfants de l'étude.

2.4. Réflexion sur le travail en partenariat

Notre orientation de travail en partenariat s'est fondée sur l'idée d'une démarche commune par un regard croisé de différents professionnels autour d'une même situation thérapeutique. La rééducation des troubles de l'oralité a été au cœur du projet de partenariat qui prit comme orientation une prise en charge globale passant par le corps.

L'apport de cette prise en charge corporelle et orthophonique en transdisciplinarité a reposé sur la construction d'une réflexion commune des stimulations proposées s'intégrant au sein du développement global de l'enfant. En effet, la plupart des séances ont pu être pensées et réfléchies avec les différents professionnels.

Le bénéfice de ce travail en partenariat en transdisciplinarité s'est révélé par une meilleure compréhension du travail de l'autre. Il s'est également construit par nos échanges entre professionnels et nos capacités à rebondir dans une même dynamique. De plus, la richesse de cet exercice se poursuivait après les séances autour d'une discussion sur les enfants et leurs progressions individuelles. Comprendre le travail de l'autre pour rebondir dessus.

Ce regard croisé nous a alors permis de proposer une progression thérapeutique des troubles de l'oralité du plus général au plus précis, « du corps à la cuillère ». Le fait d'avoir mené le travail avec des professionnels différents a enrichi notre réflexion et nous a permis de découvrir différentes façons de travailler autour du corps et de la bouche.

3. Discussion des principaux résultats et validation des hypothèses

3.1. Principaux résultats en lien avec la littérature

Nos observations et analyses nous ont permis de constater l'impact de l'investissement corporel sur l'investissement buccal. Lors de l'expérimentation, suivant la situation de prise en charge, le transfert du travail corporel sur la mise en bouche (alimentaire et non alimentaire) et le plaisir alimentaire n'a pas toujours été mis en évidence. Néanmoins il a été observable chez la majorité des enfants pris en charge en transdisciplinarité (quatre enfants sur cinq).

Nous avons également pu considérer le retentissement familial et social des troubles de l'oralité, ainsi que l'influence de ces difficultés sur la relation corporelle entre parents et enfant.

Peu de références bibliographiques s'intéressent à la prise en charge des troubles de l'oralité en général et plus particulièrement en lien avec le corps. D'un point de vue général, la prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité dans la littérature s'articule autour d'un travail centré sur la sphère oro-faciale. Cependant, certains auteurs comme Thibault (2007), Barbier (2012), Bullinger (2004) et Matausch (2004) nous ont permis de conforter notre orientation thérapeutique. Ils évoquent tous l'importance de considérer le corps global dans l'Oralité et ainsi d'orienter la prise en charge de la dysoralité du plus général (le corps) au plus précis (la bouche) en respectant alors les étapes de développement de l'enfant.

3.2. Validation des hypothèses, explication et interprétation des résultats

Au vue de nos résultats, nous sommes en mesure d'affirmer que notre hypothèse était justifiée. En effet, l'impact de l'investissement corporel apparaît comme facilitant pour l'investissement buccal dans le cadre d'une prise en charge

globale en transdisciplinarité. Notre hypothèse initiale paraît ainsi validée. Plusieurs explications attestent ces résultats.

Dans un premier temps, tous les enfants suivis dans notre expérimentation ont été hospitalisés précocement. La prise en charge globale de ces enfants a pris tout son sens face aux difficultés corporelles qu'ils avaient développées (retrait, désinvestissement, hypersensibilité...). En effet, d'après son expérience auprès d'enfants hospitalisés en réanimation pédiatrique polyvalente et néonatale, Matausch (2004) évoque les liens qui peuvent être instaurés entre le vécu des enfants en réanimation et les perturbations de la fonction orale. Le désinvestissement du corps correspondrait à un processus de défense mis en place par l'enfant face à cette souffrance et à ces stimulations, dont la dysoralité ne serait qu'une expression particulière. Ainsi, Matausch « perçoit ces troubles comme un des symptômes de désinvestissement corporel et considère qu'une bonne oralité doit s'étayer sur un investissement global du corps » (Matausch, 2004). De plus, pour Barbier (2012), les enfants hospitalisés en début de vie développent souvent des troubles du tonus secondaires à leur hospitalisation ainsi que des troubles de l'oralité. Ces enfants ont perdu la curiosité de leur âge et ont appris à se défendre de tout ce qu'ils perçoivent comme une intrusion extérieure. Les soins désagréables et parfois douloureux ont altéré la sensori-motricité de la sphère oro-faciale, « cette zone extrêmement sensible a été ignorée pendant une période critique » (Barbier, 2012). Les difficultés corporelles et le sous investissement de la zone buccale confortent l'importance de cheminer du plus global au plus précis, en repassant par des expériences positives du corps, des sensations désorganisées pour arriver à la bouche.

Dans son ouvrage, Thibault (2007) invite les orthophonistes à travailler dans la globalité : « l'un des principes fondamentaux de la rééducation : aider nos patients à investir "leur bouche", à prendre conscience, à intégrer toutes leurs possibilités perceptives-motrices. Il faut donc travailler dans la globalité » (Thibault, 2007, p.109). De plus, pour elle « une vision globale de la prise en charge de l'enfant nous conduit à rechercher un travail sans tension, tout en veillant à ne pas exclusivement focaliser l'attention sur cette cavité médiatrice entre le dehors et le dedans qu'est la bouche » (Thibault, 2007, p.137).

En outre, en plus du sentiment de satiété, le repas peut revêtir de nombreux aspects. Pour Bullinger (2004), il s'articule autour d'éléments sensori-moteurs constitutifs de la chaîne menant à l'aspect hédonique. Ainsi, si l'un de ces éléments (posture, olfaction, succion, déglutition, satiété) est mis à mal, la situation de repas est alors perturbée, entravant l'accès au plaisir alimentaire.

De plus, le repas a un fort ancrage culturel et socio-éducatif. En effet, pour Thibault (2007), « l'aliment est la base de toute civilisation, il constitue une identité forte ». Cet aspect culturel se retrouve avec l'acquisition de l'autonomie alimentaire et des normes sociales du repas qui signent l'enjeu socio-éducatif de celui-ci. Le repas familial ajoute également une dimension socio-culturelle à l'aspect éducatif de l'acte alimentaire. Les règles des repas instruites au sein de la famille participent à la construction d'un modèle de socialisation et d'éducation. La situation de repas constitue également un lieu de communication et d'échange. C'est un moment privilégié pour la construction des liens avec ses pairs au sein d'un groupe social.

Ainsi, le groupe « A Table ! » permet de recréer les différents aspects de la situation de repas (culturels, sociaux et éducatifs). En effet, la convivialité, l'échange, le partage, la socialisation et l'utilisation de normes sociales se retrouvent dans cet atelier avec le temps de goûter.

La dynamique créée au sein du groupe a semblé également favoriser le transfert de l'investissement corporel sur l'investissement buccal.

Grâce à son organisation (rituels, comptines, installation contenant des enfants en cercle, maintien des participants) le groupe apportait des repères dans le but d'instaurer un cadre rassurant pour les jeunes enfants. Cette mise en confiance semblait avoir favorisé les expérimentations d'une façon plus libre. Avant le début de l'expérimentation, nous avons pu observer que quand le cadre était perturbé (lors de l'arrivée de W. dans le groupe), la dynamique de groupe s'en trouvait alors également altérée, influant ainsi sur les possibilités d'expérimentation des enfants. Le fait d'avoir un environnement contenant et stable leur a donc permis d'effectuer davantage d'expériences sensorielles. Pour certains, l'arrivée de W. a pu réduire les temps d'explorations sensorielles, ils étaient alors davantage observateurs qu'acteurs lors des premières séances.

En outre, d'une façon générale, les prises en charge de groupe seraient intéressantes pour les jeunes enfants. Grâce à leur imitation spontanée, l'émulation

de groupe pourrait leur donner envie de reproduire ce que fait l'autre, de prendre davantage de risques si les autres le font. Cette situation pourrait permettre aux enfants les plus en difficulté de vivre les expériences sensorielles par l'intermédiaire de l'observation des autres enfants.

Les résultats de notre expérimentation peuvent être interprétés selon différents aspects.

La réceptivité à l'expérimentation et les résultats étaient intrinsèquement liés au vécu psychique et aux difficultés de chaque enfant. Ces résultats dépendaient aussi des prises en charge antérieures de chacun ainsi que des séances annexes en orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie, ergothérapie réalisées en parallèle de notre étude.

C. était une petite fille qui, en raison de ses hospitalisations précoces et des intrusions vécues sur son corps, était méfiante vis à vis des nouveautés entrant dans son espace de vie. Elle mettait du temps à accorder sa confiance et le contact relationnel n'était pas simple. De plus, elle avait besoin de contrôler les situations dans lesquelles elle évoluait. Ainsi, notre expérimentation avec C. sur un nombre de séances réduit, ne lui a peut-être pas laissé le temps nécessaire pour appréhender les stimulations, notamment au niveau buccal. L'investissement corporel en pleine évolution n'a pas permis à C., au moment de la fin de l'expérimentation, d'oser explorer sa bouche. Néanmoins, soulignons que les difficultés rencontrées par C. dans l'investissement buccal alimentaire s'exprimaient essentiellement lorsqu'elle devait réaliser le geste par elle-même.

Les enfants du groupe ont quant à eux, davantage investi leur corps ce qui a leur a permis d'expérimenter plus de choses au niveau de la sphère buccale.

Pour A., l'investissement du corps a diminué son appréhension du contact, ce qui a eu une répercussion au niveau de la bouche.

Pour E., le groupe lui a permis de prendre davantage conscience des autres, de son impact physique auprès des autres et ainsi lui a permis d'apprécier plus finement ses limites corporelles. La dynamique de groupe a également facilité les expériences corporelles de E. grâce à l'observation et à l'imitation de ses pairs.

Pour S., la préoccupation majeure de ses parents était dans un premier temps la motricité, ce qui a entraîné une prise en charge assidue en kinésithérapie entre un an et deux ans. Grâce aux progrès d'autonomie motrice réalisés, S. a pu dans le groupe se tourner vers la perception sensorielle de son corps, lui permettant alors un meilleur investissement de celui-ci des pieds à la bouche.

Pour W., le groupe lui a permis d'appréhender les expériences sensorielles en tant qu'observateur et non en tant qu'acteur. A la fin du travail, nous avons pu observer plus d'engagement autonome autant sur le plan corporel que buccal.

Les résultats de l'expérimentation doivent ainsi être nuancés, car les progrès des enfants sur l'investissement corporel et buccal peuvent ne pas être uniquement liés à l'efficacité de notre prise en charge globale. Ils pourraient en effet aussi résulter des prises en charge annexes, car cinq enfants sur six bénéficiaient de rééducations associées, majoritairement en psychomotricité. De plus, les parents des enfants suivis ayant été sensibilisés aux liens entre le corps et la bouche, pouvaient donc avoir mieux investi le corps de leur enfant au quotidien. Leur prise de conscience est alors à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

Les résultats sont aussi à voir en fonction du niveau de développement de l'enfant. En effet, l'enfant en prise en charge individuelle était plus jeune que les enfants du groupe ; ce qui peut expliquer la nuance des résultats quant à l'investissement corporel et buccal. De plus au moment de l'expérimentation, C. était en pleine évolution vers une autonomie motrice (marche) ce qui la freinait peut-être dans ses expérimentations sensorielles. Les enfants du groupe étaient quant à eux déjà tous autonomes, ce qui leur permettait de se centrer plus facilement vers la découverte sensorielle de leur corps et de leur bouche.

Le rythme des séances a également pu influencer les résultats de l'étude. En effet, même si nous souhaitions que le rythme des séances soit similaire, ce point n'a pu être respecté et a pu avoir un impact sur l'efficacité des prises en charge. Le groupe a ainsi bénéficié d'une séance par semaine alors que C. n'a eu qu'une séance tous les 15 jours. Ceci pourrait en partie expliquer pourquoi il a été plus difficile pour C. de transférer ses compétences et son engagement corporel sur l'investissement buccal.

Enfin, le résultat concernant, l'investissement corporel facilitant l'investissement buccal, est à interpréter en fonction de la manière dont la stimulation corporelle ou buccale a été amenée.

Dans le cadre du groupe, lors du temps d'éveil corporel les stimulations étaient proposées aux enfants de façon active et passive, parfois exécutées par les professionnels, parfois par eux-mêmes. A l'inverse, le temps d'alimentation était un temps où les enfants étaient exclusivement acteurs, ils goûtaient, mangeaient et patouillaient de façon autonome.

Pour certains enfants, selon la façon de présenter et d'exécuter les stimulations (en passif ou en actif), le contact avec l'objet alimentaire ou non alimentaire pouvait être facilité car l'analyse et l'organisation de leurs sensations étaient différentes. En effet, les enfants qui étaient davantage rassurés quand ils pouvaient maîtriser leurs expérimentations, ont été plus à l'aise lors du temps alimentaire lorsqu'ils étaient exclusivement acteurs. En revanche, pour certains (W., C.), l'exécution passive des stimulations corporelles a favorisé le contact avec l'objet et ces enfants étaient alors plus à l'aise lors du temps corporel.

3.3. Limites du travail

Les résultats de notre étude sont à nuancer en raison de plusieurs limites.

Pour commencer, plusieurs aspects différaient entre l'expérimentation en prise en charge individuelle et celle au sein du groupe.

En effet, au niveau des sujets choisis, nous avons déterminé seulement deux critères : avoir un trouble de l'oralité et avoir entre zéro et quatre ans. Les enfants de l'étude présentaient donc chacun un niveau de développement différent, ce qui a pu influencer les résultats. Effectivement, la petite fille en prise en charge individuelle était plus jeune que les enfants participant au groupe et ne pouvait alors pas se prêter exactement aux mêmes stimulations

De plus, au sujet de C., outre son âge, plusieurs aspects sont à prendre en compte pour l'analyse de ses résultats. C'était la plus jeune enfant de l'étude mais ses difficultés étaient également différentes. C. était la seule à être nourrie artificiellement ; en outre, elle présentait de fortes difficultés relationnelles en plus de ses troubles de l'oralité. Ainsi, l'entrée en relation avec les différents professionnels

lors des séances s'est avérée plus difficile, C. a mis davantage de temps à appréhender les stimulations proposées et à participer plus activement aux séances.

Ensuite, le nombre de séances de prise en charge individuelle a été moins important comparé au nombre de séances du groupe « A Table ! ». Effectivement, le groupe se tenait toutes les semaines et a débuté en septembre (W. étant arrivé en décembre) tandis que les séances transdisciplinaires avec C. ont démarré en janvier et ont eu lieu tous les 15 jours. Les résultats concernant le lien entre l'investissement corporel et l'investissement buccal ont pu donc être influencés par le nombre plus important de séances transdisciplinaires en groupe par rapport à la situation individuelle sur une même période.

D'autres limites de l'étude s'appliquant aux deux situations d'expérimentation peuvent être expliquées.

Nous avons adopté une analyse basée sur des enregistrements vidéos afin d'être le plus exhaustif possible dans nos observations. Nous avons pu constater que la caméra pouvait avoir certains effets sur la dynamique des séances. Elle a parfois pu réduire la spontanéité des enfants au début des séances et modifier les échanges entre eux au sein du groupe. De plus, dans les deux situations d'expérimentations, certaines expériences faites par les enfants, déterminantes pour les résultats, n'ont pas pu être observées pendant les séances filmées mais seulement lorsque celles-ci n'étaient plus enregistrées.

En outre, la généralisation de nos résultats est à nuancer en raison du nombre limité d'enfants présents dans l'étude et de la durée restreinte de l'expérimentation.

3.4. Perspective éventuelle de l'étude : Protocole d'application d'une prise en charge globale de la dysoralité

Le protocole que nous proposons s'inspire des différentes stimulations pensées pour nos expérimentations, et de notre réflexion personnelle quant aux étapes à proposer pour répondre à une prise en charge du plus global au plus précis.

Nous partirions dans un premier temps, de stimulations corporelles passives. Celles-ci deviendraient dans un second temps actives. Cette prise de conscience du corps et de ses limites corporelles (expérimentations au contact des mains et des pieds) permettrait à l'enfant de retrouver confiance dans son corps et de retrouver une enveloppe corporelle sécurisante en vue d'organiser ses sensations. Ensuite viennent les découvertes sensorielles en lien avec la situation de repas et l'alimentation (utilisation des ustensiles de repas, faire-semblant de manger puis toucher, sentir, goûter de vrais aliments).

Par conséquent, cette prise en charge globale pourrait s'articuler de la façon suivante :

1) Stimulations corporelles passives

Propositions de stimulations d'enveloppement corporel (via différentes épaisseurs de tissus). De plus nous pourrions faire vivre des expériences de balancement, de contact corporel (toucher sensoriel, pression) par le passage d'objets sur le corps (ballons, plumes, rubans, etc.). Ces stimulations seraient à ce stade réalisées par les thérapeutes. Les enfants découvrirait les sensations de manière passive.

2) Stimulations corporelles actives

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

3) Manipulation non-alimentaire

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

4) Expériences olfactives avec des odeurs non-alimentaires

Afin d'ouvrir l'enfant à ses différents sens, nous amènerions à ce stade du protocole une découverte olfactive de plusieurs stimulations non alimentaires (herbe, plastique, etc.). C'est ainsi lors de cette phase que nous commencerions à nous approcher de la sphère faciale.

5) Expérimentations sensorielles au niveau bucco facial :

Nous atteindrions à ce moment l'espace bucco-facial. Les stimulations sensorielles proposées pourraient être réalisées avec des objets sensoriels : Z-vibe, brosse à dents électrique, lettres à croquer, coton, foulards, instruments à bulles, instruments de musique, etc. Des comptines autour de la bouche seraient également un moyen d'accéder à cette zone de manière ludique. Enfin, c'est à cette étape que les massages intra-buccaux en cas d'hypersensibilité (massages de désensibilisation), pourraient être faits.

6) Jeux symboliques autour du repas pour s'approprier la situation du repas

Après l'investissement sensoriel de la bouche avec des éléments non alimentaires, nous souhaiterions inciter l'enfant à jouer autour du contexte d'alimentation : le repas. A travers des jeux symboliques de dînette, nous insisterions sur les gestes qui permettent de se nourrir de façon autonome (boire au verre, piquer avec une fourchette, etc.). Il serait intéressant de valoriser à ce moment l'étape préparatoire à l'alimentation : la préparation de la table. Enfin, aborder la notion du plaisir de manger dans un monde imaginaire permettrait d'anticiper les prochains stades du protocole avec l'arrivée de l'alimentation.

7) Manipulation alimentaire

A cette étape, l'aliment serait présent. Nous commencerions par une sensibilisation du contact manuel avec une texture alimentaire. Ensuite, l'enfant « patouillerait » avec cette texture puis plusieurs textures (jeu de mélange de textures). Il serait possible d'utiliser des textures alimentaires semblables à celles proposées lors de la manipulation non alimentaire (coton/barbe à papa). L'intérêt serait pour l'enfant de se familiariser avec les aliments grâce au jeu, de confronter les sensations ressenties, et si possible, de les mettre en mots.

8) Expériences olfactives avec des odeurs alimentaires

Nous proposerions des situations ludiques autour des odeurs de différents aliments. A ce stade il pourrait être question de goûter l'aliment après l'avoir senti.

9) Préparation d'une recette (en fonction de l'âge de l'enfant)

Avant de goûter, il pourrait être intéressant de réaliser une recette (crêpe, sandwich); ce qui permettrait à l'enfant de mettre en forme sous un aspect agréable différents aliments entre eux et de mieux comprendre ce qu'il mange au quotidien.

10) Temps de goûter partagé

Après avoir manipulé, senti, un temps de goûter serait judicieux. En fonction de l'âge des enfants, ce temps pourrait ou non se faire à table. Avec les enfants plus grands, il serait conseillé de les installer autour d'une table pour le goûter, afin de bien identifier la situation de repas.

Dans un premier temps, le temps de goûter serait réalisé sans ustensile (cuillère), puis lors d'un second temps les ustensiles de repas seraient proposés.

Cette progression permettrait aux enfants de repasser par les étapes de développement alimentaire (manger avec ses doigts puis manger avec des couverts).

11) Mise en mots des sensations

A la fin de ce protocole, il serait intéressant de reprendre les objets alimentaires et non alimentaires vus en séance et que l'enfant puissent identifier et exprimer la sensation éprouvée à leur contact. Pour les plus petits, cela pourrait se faire via des smileys et pour les plus grands par le langage.

La mise en mots des sensations perçues pourrait être réalisée à chaque étape du protocole. De plus, la progression de ce protocole serait à adapter en fonction des difficultés et des préférences alimentaires de l'enfant (textures, aliments proposés etc.). L'objectif commun pour tous, serait de les aider à la diversification des textures et des goûts, en passant par le plaisir du corps pour arriver au plaisir alimentaire.

3.5. Intérêt du mémoire pour la pratique orthophonique

L'intérêt de cette étude pour la pratique orthophonique était d'élargir le suivi des troubles de l'oralité à une vision globale et de sensibiliser les parents aux liens entre le corps et la dysoralité, afin de les aider à davantage investir le corps de leur enfant.

La dysoralité est un processus complexe faisant interagir de nombreux facteurs et par voie de conséquence, intervenir de nombreux professionnels de santé.

Cette donnée justifie totalement un travail conjoint autour de ces troubles.

Ainsi l'intérêt de ce travail pour la pratique orthophonique était d'apporter une nouvelle approche rééducative à la dysoralité. Celle-ci abordait une prise en charge des troubles de l'oralité par un travail global, tant au niveau de l'exercice de rééducation (la transdisciplinarité), qu'au niveau de l'orientation rééducative (du corps à la bouche).

L'intérêt pour la prise en charge des troubles de l'oralité et plus globalement pour la rééducation orthophonique de ce trouble, serait d'instaurer une rééducation systématique en transdisciplinarité. Cette orientation thérapeutique conjointe entre différents professionnels travaillant autour du corps et de la bouche, du plus global au plus précis devrait être mise en place dès l'arrivée des enfants au CAMSP. Ceci interviendrait dans le cadre de l'intervention précoce, par une prise en charge évoluant selon la logique des étapes du développement de l'enfant.

Il serait également intéressant de sensibiliser les orthophonistes libérales à la prise en compte du corps global de l'enfant dans les troubles de l'oralité, afin d'exporter cette étude à cet exercice professionnel. Cette nouvelle approche rééducative pourrait favoriser en libéral un travail autour de la globalité des troubles en partenariat avec d'autres professionnels (kinésithérapeute, psychomotricien).

Il pourrait être utile de tester le protocole pensé à l'issue de ce mémoire, autant en CAMSP qu'en activité libérale.

Conclusion

L'un des objectifs de notre travail était d'appréhender et de préciser les nombreuses dimensions inhérentes au concept d'Oralité. Notre étude s'est orientée sur la dimension corporelle, en souhaitant mettre en évidence la complémentarité d'une approche corporelle et orthophonique dans la rééducation des troubles de l'oralité, dans le but d'élargir l'oralité à une prise en charge plus globale.

Nous avons réalisé nos expérimentations dans des CAMSP, par une prise en charge transdisciplinaire (psychomotricité, kinésithérapie et orthophonie) de la dysoralité. Cette méthode de travail nous a permis de réfléchir conjointement à la prise en charge de ces troubles en suggérant une approche globale allant du plus général (le corps) au plus précis (la bouche). Ces expérimentations ont été réalisées dans deux situations rééducatives différentes : en groupe et en individuel.

Nos observations et analyses nous ont permis de suggérer l'impact de l'investissement corporel sur l'investissement buccal. Il a été observable chez la majorité des enfants pris en charge (quatre enfants sur cinq).

Les résultats de cette étude suggéreraient ainsi qu'un travail autour de l'investissement corporel de l'enfant favoriserait son investissement buccal. De plus, l'émulation entre enfants au sein d'un groupe permettrait de faciliter ces expériences autour du corps et de la bouche.

Dans le cadre de cette prise en charge globale des troubles de l'oralité, nous souhaitons mieux comprendre et appréhender ces troubles par une analyse de leurs retentissements dans le cadre familial. Nous avons ainsi pu mettre en évidence et apprécier l'ampleur des répercussions familiales, sociales, psychologiques des troubles de l'oralité pour l'enfant et sa famille ainsi que l'influence de ces difficultés sur la relation corporelle entre parents et enfant.

Une prise en charge globale des troubles de l'oralité nous semble donc essentielle. Elle pourrait être exercée en transdisciplinarité dans le meilleur des cas ou en partenariat entre plusieurs professionnels et évoluer progressivement du corps à la bouche ou encore « du corps à la cuillère ». Enfin, la vision globale de cette rééducation met en évidence l'importance du partenariat avec les parents afin de mieux appréhender l'enfant dans sa globalité ; de soutenir et d'aider les parents à s'adapter aux troubles de leur enfant.

Nous souhaitons insister sur l'importance du partenariat et de la transdisciplinarité dans la rééducation des troubles de l'oralité au sein des CAMSP. En effet, ces centres sont des lieux privilégiés pour appréhender ces troubles avec une vision globale et pour créer des groupes autour de ces difficultés.

Pour la pratique orthophonique, cette prise en charge conjointe permettrait de sensibiliser les orthophonistes aux dimensions corporelles de l'oralité (développement du schéma corporel, de l'image du corps, de l'image de soi) ainsi qu'aux aspects sensorimoteurs afin de leur permettre d'appréhender la bouche au sein du corps global.

Afin d'étendre notre étude en vue de généraliser ces résultats et de développer cette approche rééducative, il nous semblerait intéressant de réfléchir à l'efficacité de cette prise en charge « du corps à la bouche », avec des enfants plus jeunes, dans le cadre d'une intervention précoce. Notre protocole de stimulations pourrait également être expérimenté lors de séances transdisciplinaires en présence des parents afin de leur permettre de mieux investir le corps de leur enfant. Enfin, sensibiliser les orthophonistes exerçant en libéral aux aspects corporels de l'oralité permettrait d'élargir l'oralité à une notion de globalité corporelle.

Bibliographie

Ouvrages et articles

- Abadie V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p55-68
- Abadie V. (2008). Troubles de l'oralité d'allure isolée : « isolé ne veut pas dire psy ». *Archive de pédiatrie*. Vol.15 n°5. p837-839.
- Anzieu D. (1995). *Le Moi peau*. Paris : Dunot.
- Barbier I (2012), Troubles de l'oralité et tonus. *Rééducation orthophonique*. n°250 p29-36.
- Bowlby J. (2002). *Attachement et perte, attachement*. Paris : PUF.
- Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie deuxième édition*. Isbergues : Ortho édition.
- Bullinger A. (2001), Les prothèses de rassemblement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. n°49. p4-8.
- Bullinger A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Toulouse : Erès.
- Castelain-Levêque V., Chancerelle O., François A-T., Leblanc V. (2004). Parents-soignants, une alliance originale : le groupe MIAM MIAM. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p191-194
- Chiva M. (2003), *Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires, Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*. In Goulet O.et Vidailhet Eds M. Rueil-Malmaison : Douin. p19-27.
- Couly G. (1993). « Développement de l'oralité et du comportement oral » In Ricour C. *Traité de nutrition pédiatrique*. Paris : Maloine p355 360.
- Couly G., Thibault C. (2004). Une cuillère pour... *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p195-196
- Denis E. (2006). « A table, les apprentis mangeurs ! » *Les troubles de l'oralité et des fonctions alimentaires chez le jeune enfant présentant une pathologie congénitale*. Mémoire d'orthophonie. Université Lille 2.
- Flottès N. (2008). L'orthophonie en gastro-entérologie pédiatrique, stimuler pour accompagner le sevrage de la sonde. *Ortho magazine*. n°78. p24-27
- Fournier M., Thibault C. (2004), Les maux à la bouche. Orthodontie, une rééducation de la tête aux pieds. *Ortho magazine*. n°54. p16-19.
- Giraud M. (2009). Accompagnement des troubles de l'oralité liés à la nutrition artificielle chez de jeunes enfants transplantés du foie. *Évolutions Psychomotrices*. Vol.21 n°86. p179-186.
- Golse B., Guinot M. (2004). La bouche et l'oralité. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p23-30.

- Golse B. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, complément sur l'émergence du langage, 4ème édition*. Paris : Masson.
- Gordon-Pomares C. (2004). La neurobiologie des troubles de l'oralité alimentaire. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p15-22.
- Matausch C. (2004). Psychomotricité et oralité : une approche spécifique en réanimation néonatale. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p103-112.
- Mellul N., Thibault C (2004). L'éducation orale précoce. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p113-121.
- Mercier A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p31-44.
- Noria Y. (2005). *Des aléas du désir de manger chez des enfants souffrant ou ayant souffert de pathologies respiratoires et/ou digestives néonatales*. Margency.
- Nowak A., Soudan E (2005). *L'orthophonie en néonatalogie : stimulation de l'oralité de l'enfant né prématurément, Intervention orthophonique et travail en partenariat*. Mémoire d'orthophonie. Université Lille 2.
- Padovan B. (1998). « Thérapie myo-fonctionnelle – Méthode Padovan » *In* : ouvrage collectif. *Les fonctions oro-faciales, évaluation, traitements et rééducation*. Isbergues : Ortho édition, p121-128.
- Puech M., Vergeau D. (2004). Dysoralité: du refus à l'envie. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p123-137.
- Rigal N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p9-15.
- Saive D. (2011). *Expert, rééducateur, patient, une main, trois point de vue, expertise d'une main complexe*. Diplôme inter-universitaire de rééducation et d'appareillage en chirurgie de la main. Université Joseph Fourier Grenoble.
- Senez C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille : Solal.
- Thibault C. (2004), Editorial, *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. n°220. p3-8.
- Thibault C. (2006). La langue, organe clé des oralités. *La déglutition dysfonctionnelle, Rééducation orthophonique*. N°226. p115-124.
- Thibault C. (2007). *Orthophonie et oralité la sphère oro-faciale de l'enfant, troubles et thérapeutiques*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson.
- Thibault C. (2008). La langue : un organe clé. Oralité alimentaire et verbale. *Ortho magazine*. n°79. p16-21.

Thibault C., Pitrou M. (2012). *L'Aide-mémoire des troubles du langage et de la communication, L'orthophonie à tous les âges de la vie*. Paris : Les outils du psychologue, Dunod

Vaillier C. (2009). « *Maman, nous-ris moi !* » *La nutrition artificielle à l'aube de la vie*. Mémoire de psychomotricité. IRSP Paris.

Vannier S. (2008). Evaluation de la sphère oro-faciale, quand l'enfant ne mâche pas ses mots. *Oralité alimentaire et verbale. Ortho magazine*. N°79. p22-24.

Dvd

Crunelle D., Crunelle J-P. (2005). *Les troubles de l'alimentation et de la déglutition*. DVD. Isbergues : Ortho édition.

Crunelle D. (2007). *L'attachement: y être attentif pour faciliter un meilleur développement du jeune enfant (0-3ans)*. DVD. Isbergues : Ortho édition

Congrès et formations

Abadie V. (2009). *Troubles du comportement alimentaire du nourrisson*. Hôpital Necker, Faculté Paris Descartes. Paris : Elsevier Masson. p28-29.

Fauqueur J-P. (2011). *Les mouvements généraux, le développement postural du nourrisson*. Stage APF, les déficiences sensori-motrices.

Haddad M., Bureau D., Carer C., Rappaport L., Rouillier-Gall L., Brault D., Marlier L. (2010). *Incidence des odeurs alimentaires sur l'activation de la succion chez le nouveau-né prématuré*. Entretiens de Bichat 2010, p40-43.

Martinet M. (2009). *Quand manger n'est pas une évidence*. 6ème journée de nutrition pédiatrique, Hôpitaux Universitaires de Genève.

Maury M. (2008). *Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation précoce et son importance*. Première partie : modules transdisciplinaires, module 3 : maturation et vulnérabilité

Mourin-Allély A. (2011). *Synthèse sur les troubles de l'oralité chez l'enfant*. Formation de C. Senez, CAMSP des boutons d'or.

Thibault C. (2012). *Les enjeux de l'oralité, Entretiens d'orthophonie 2012*. Les entretiens de Bichat. Paris

Sites Internet

- Doumont D., Renard S. (2004). Parentalité : nouveau concept, nouveaux enjeux ? *Série de dossiers techniques, unité d'éducation pour la santé*. p.1-17. [<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos31.pdf>, consulté le 01.11.2012]
- Henderson K. (2004), Protrusion linguale. *Journal de la Trisomie 21*. p.1-4. [<http://www.t21.ch/conseils-et-ressources/stimulations-et-therapies/articles-et-interviews/protrusion-linguale/>, consulté le 19.12.2012]
- Larousse (2013). *Dictionnaire Le Petit Larousse illustré Grand Format 2013*. Ouvrage Collectif. Paris : Petit Larousse [<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interaction>, consulté le 25.10.2012]
- Robert-Ouvray S. (1999). Le système d'étayage psychomotricien. *Thérapie psychomotricienne et recherches*. n°118. p.22-30. [<http://psychomotortho.forumpro.fr/t48-le-systeme-d-etayage-psychomoteur-de-s-robert-ouvray>, consulté le 06.12.2012]
- Wittling M. (1968). Ontogenèse du schéma corporel chez l'homme. *L'année psychologique*. Vol 68, n°68-1, p.185-208. [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1968_num_68_1_27604, consulté le 15.12.2012]
- Champagnat F., Le Roy C. (2006). *Très toucher et touche atout*. Dossier pédagogique. La Turbine Centre de Culture Scientifique, Technique et Industriel. [<http://www.ccsti74-crangevrievier.com/ressource/dossierpeda/TTDossierpeda-collegelycee.pdf>, consulté le 18.10.2012]

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : L'évolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois (Thibault, 2007) d'après Tapin (2001) et Puech (2005).

Annexe n°2 : Axes de développement (Bullinger, 2012)

Annexe n°3 : Support d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles.

Annexe n°4 : Tableau d'observation des séances

Annexe n°5 : Trame de questions de l'entretien semi-directif

Annexe n°6 : Salle de groupe et objets de stimulations proposés

Annexe n°7 : Salle de prise en charge individuelle et objets de stimulations proposés

Annexe n°8 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de A.

Annexe n°9 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de E.

Annexe n°10 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de S.

Annexe n°11 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de W.

Annexe n°12 : Tableau d'observation de la séance du 21 décembre 2012

Annexe n°13 : Tableau d'observation de la séance du 8 février 2013

Annexe n°14 : Tableau d'observation de la séance du 15 février 2013

Annexe n°15 : Tableau d'observation de la séance du 22 février 2013

Annexe n°16 : Tableau d'observation de la séance du 8 mars 2013

Annexe n°17 : Tableau d'observation de la séance du 15 mars 2013

Annexe n°18 : Bilan d'évaluation des compétences alimentaires et corporelles initial de C.

Annexe n°19 : Tableau d'observation de la séance du 31 janvier 2013

Annexe n°20 : Tableau d'observation de la séance du 14 février 2013

Annexe n°21 : Tableau d'observation de la séance du 14 mars 2013

Annexe n°22 : Tableau d'observation de la séance du 21 mars 2013