

Université de Nantes
Université de Formation et de Recherche « Médecine et Techniques
médicales »
- Année universitaire 2009/2010 -

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

« Il ne mange pas ! » :

Une réponse orthophonique...

Perrine AMAIDE

20 mai 1982

Sous la direction de :

Sophie HERCENT, orthophoniste.

Président du jury : Alain BRICE, Maître de conférences psychologie
clinique et pathologique, Université de Nantes

Membre du jury : Isabelle TRUQUET, orthophoniste.

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

« N'oublions pas non plus qu'il ne saurait exister pour la science des vérités acquises. Le savant n'est pas l'homme qui fournit les vraies réponses : c'est celui qui pose les vraies questions. » C. Lévi-Strauss , 1964, Mythologies –Le cru et le cuit.

« J'écris pour me parcourir. »

Henri Michaux

Sommaire

Sommaire	7
Introduction	14
Assises théoriques	17
Chapitre I : Connaissances sur la vie fœtale et la naissance dans une perspective développementale de l'oralité	18
I- L'épopée de la vie fœtale	19
I.1- La gestation	19
I.1.1- La croissance fœtale	19
I.1.2- Viabilité	20
I.2- Le premier chapitre de la vie	20
I.3- L'intérêt de l'étude de la vie intra-utérine, de l'observation du fœtus	22
II- L'épopée du nouveau-né	24
II.1- La naissance	24
II.2- La quête symbolique du nouveau-né : <i>Ou l'émergence des processus psychiques</i>	25
II.3- L'oralité, un des registres pulsionnels de la première année de vie	26
II.4- Les compétences du nouveau-né	29
II.4.1- Le nouveau-né est compétent ?	29
II.4.2- Les compétences potentielles du nourrisson	30
II.4.2.1- Les aptitudes sensorielles	30
II.4.2.1.1- La sensibilité tactile	30
II.4.2.1.2- Sensibilités chimiques	30
II.4.2.1.3- La sensibilité visuelle	31
II.4.2.2- Le développement psychomoteur :	
<i>Les réflexes archaïques de la face et de la bouche</i>	31
II.4.2.2.1- Le réflexe de fousissement	32
II.4.2.2.2- Le réflexe de succion	32
II.4.2.2.3- Coordination réflexe succion-déglutition-respiration	34
II.4.2.2.4- Le réflexe d'agrippement ou de grasping	36
II.4.2.2.5- Le réflexe tonique asymétrique du cou	37
II.4.2.2.6- Les réflexes de bâillement, d'éternuement, de toux et de hoquet	37
II.4.2.2.7- Le réflexe nauséux	38
II.4.2.2.8- Les pleurs, les cris	38
II.4.2.2.9- Le réflexe de morsure	39
II.4.2.2.10- L'aptitude de rotation latérale de la langue	39

II.4.2.2.11- Le réflexe de la langue en gouttière	39
II.4.2.3- Les capacités d'interactions précoces du nouveau-né avec son environnement	42
II.4.2.3.1- Les interactions comportementales	43
II.4.2.3.1.1- Les interactions corporelles	43
II.4.2.4.1.2- Les interactions visuelles	43
II.4.2.4.1.3- Les interactions vocales	43
II.4.2.4.2- Les interactions affectives	43
II.4.2.4.3- Les interactions fantasmatiques	44
II.5- Les conditions de naissance à risque	44
II.5.1- Les conditions prénatales	44
II.5.2- Les conditions périnatales	44

Chapitre 2 : Construction de la fonction d'oralité 45

I- L'histoire d'une bouche : 46

I.1- Le concept d'oralité à travers différentes approches psychanalyse classique, perspective psychodynamique et perspective développementale	46
I.1.1- Le stade oral	46
I.1.2- En deçà des mots, la rencontre entre la mère et son bébé : <i>La place du corps et de la peau dans les modèles de développement</i>	47
I.1.3- Naissance psychique du nourrisson : <i>Sortie de la symbiose</i>	48
I.2- La bouche et l'oralité	49
I.2.1- La bouche du fœtus	49
I.2.2- La bouche du bébé	49
I.2.2.1- La perception au sein	49
I.2.2.2- La relation à l'autre	49
I.2.3- La bouche du langage : « <i>On ne babille pas la bouche pleine</i> »	50
I.3- L'évolution du concept d'oralité : <i>Apport de la théorie de l'attachement</i>	50

II- Même s'il n'y a qu'une bouche parlons d'oralités 53

II.1- L'embryogenèse faciale et cervicale	53
II.2- L'oralité débutante ou primaire	53
II.3- L'oralité secondaire alimentaire et verbale	54
II.4- Double ancrage corporel et interactif du langage	57
II.5- Les fonctions de l'oralité	59
II.5.1- Un cordon physiologique entre la mère et l'enfant après la naissance	59
II.5.2- Fondement de l'identité et construction du Moi	59
II.5.3- Fonction symbolique et socioculturelle	59

Chapitre 3 :

Instrumentalisation de la fonction d'oralité dans le développement du comportement alimentaire 62

I- Au commencement était l'allaitement dans les interactions précoces 63

I.1- Les aspects psychoaffectifs de la relation d'allaitement

Le lait, objet de la rencontre 63

I.2- Les différences entre l'allaitement au sein et l'allaitement au biberon 66

I.2.1- Une première différence à avoir avec la permanence de la mère 66

I.2.2- Les rythmes 67

I.2.3- La succion 67

I.2.4- Du côté de la mère 70

I.2.5- Observations du nourrisson et de sa mère

Premiers échanges lors de l'allaitement au sein ou au biberon 71

I.3- La pédiatrie néonatale et les conséquences de différents contextes médicaux sur l'allaitement et le comportement alimentaire 73

I.3.1- Lorsque l'enfant naît avec des troubles

Contextes médicaux 73

I.3.2- Pathologies rencontrées entraînant des troubles du comportement alimentaire et Dysoralité isolée 74

II- Deux modèles qui nous serviront à comprendre le développement du comportement alimentaire 75

II.1- Le contexte créé par la nutrition artificielle 75

II.1.1- Définition de la nutrition artificielle 75

II.1.1.1- Physiologie de la nutrition entérale 76

II.1.1.1.1- Court-circuit physiologique 76

II.1.1.1.2- Les modes d'interventions techniques 76

II.1.1.1.2.1- L'instillation 76

II.1.1.1.2.2- L'alimentation par sonde ou la stomie 76

II.1.1.1.2.3- Le principe du gavage 76

II.1.1.2- L'oralité contrariée par l'alimentation entérale 77

II.1.1.2.1- Les conséquences fonctionnelles directes 77

II.1.1.2.2- Les conséquences psychologiques 78

II.1.1.2.2.1- Troubles dans la sphère familiale 78

II.1.1.2.2.2- Un manque d'expériences orales positives 78

II.1.1.2.2.3- Symptôme corporel 78

II.2- Le nouveau-né prématuré : un modèle pour comprendre le développement de l'oralité et les dysfonctionnements dans le comportement alimentaire 79

II.2.1- Définition de la prématurité 79

II.2.1.1- Classifications 79

II.2.1.2- Notion d'âge corrigé 80

II.2.2- La clinique 80

II.2.2.1- Aspects cliniques 80

II.2.2.2- Les pathologies de l'enfant prématuré	81
II.2.3- Dans quelle mesure est-ce un modèle d'étude ?	81
II.2.3.1- Le contexte créé par la prématurité	81
II.2.3.2- « L'oralité au carrefour de la vie intra-utérine et la vie néonatale »	82
II.2.3.3- Les enjeux développementaux	83
II.2.3.4- L'alimentation du prématuré	85
II.2.3.4.1- L'alimentation artificielle	85
II.2.3.4.2- L'alimentation <i>per os</i> : l'allaitement maternel	86
II.2.3.4.3- Les enjeux de l'allaitement	86
II.2.3.4.3.1- Les avantages et les obstacles	86
II.2.3.4.3.2- L'allaitement dans un contexte de soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille	88
II.2.3.4.3.2.1- Les soins de développement	88
II.2.3.4.3.2.2- Les soins centrés sur la famille	89
II.2.3.4.3.2.3- L'initiative « Hôpital Ami des Bébé », IHAB	89
II.2.3.4.3.2.4- L'expérience du NIDCAP, dans une stratégie de prévention en médecine néonatale	91
II.2.3.4.3.2.5- Le portage kangourou	91
II.2.3.5- Etudes faisant l'état des lieux à trois ans et demi de l'oralité d'anciens prématurés réanimés à la naissance	92
II.2.3.6- Rôle de la prévention auprès d'enfants prématurés	92
II.2.3.6.1- Définition de la prévention	92
II.2.3.6.2- Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés	93
II.2.3.6.2.1- Les hypothèses théoriques sous-jacentes de ces programmes	93
II.2.3.6.2.2- Les interventions	93

Partie clinique 95

Problématique et hypothèses 96

De la bouche alimentaire à la bouche du langage 97

I- Perspectives 98

II- Problématique 99

III- Hypothèses 100

Méthodologie 101

I- Précautions méthodologiques	102
II- Modèle d'étude	102
II.1- Sujets étudiés	102
II.2- Contexte social et regards sur le sens de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans une véritable politique de prévention	103
II.2.1- Recommandation de l'OMS	103
II.2.2- Référence à la nomenclature des actes orthophoniques	104
II.2.3- L'orthophonie au cœur d'une politique de prévention	105
II.2.4- La problématique de la classification des troubles alimentaires du premier âge	106
II.3- Enjeux théoriques	108
II.4- Enjeux développementaux	109
II.4.1- La complexité des facteurs en jeu	109
II.4.2- Sémiologie et exploration de ces troubles	110
II.4.3- Etre attentif à la dynamique relationnelle	111
II.4.4- Les perturbations de la relation mère-enfant	112
II.5- Moyens de l'étude	112
II.5.1- L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité alimentaire du jeune enfant	112
II.5.2- L'anamnèse : Retracer l'histoire orale du sujet et la situer dans la dynamique des interactions familiales	113
II.5.3- Evaluation des capacités orales, c'est-à-dire de toutes les fonctions dévolues à la bouche	116
Données cliniques	119
I- L'analyse du terrain clinique	120
I.1- Recueil d'éléments anamnestiques : Chroniques rétrospectives	
L'intérêt de questionner l'allaitement	120
I.2- L'examen clinique	126
I.3- Les suivis orthophoniques	128
I.3.1- De la succion au langage : Sami	128
I.3.2- L'aliment, le verbe et la relation à l'autre : Luc	130
I.3.3- L'hypersensibilité	132
I.3.4- Le plaisir oral retrouvé : lien entre oralité secondaire verbale et alimentaire	134
I.3.5- Etre attentif aux interactions pendant les séances d'orthophonie	134
I.3.6- Boire au verre	137
II- Le projet thérapeutique	139

II.1- La thérapie manuelle	139
II.2- Le projet thérapeutique concerne également les parents	141
Discussion	143
Conclusion	147
Bibliographie	152
Annexes	158

Introduction

Le trouble de l'oralité se résume souvent par l'affirmation suivante : « *il ne mange pas !* »

Une nouvelle population d'enfants arrive en prise en charge orthophonique : de jeunes enfants présentant des difficultés notoires pour s'alimenter. Ces difficultés apparaissent souvent dans un contexte de pathologies organiques, neurologiques, ou font parfois suite à une nutrition artificielle, ou à une hospitalisation mais quelques fois, l'enfant *souffre* de difficultés que nous qualifierons *de troubles de l'oralité alimentaire, ou de troubles isolés du comportement alimentaire*, autrement dit sans pathologie pédiatrique manifeste.

La réalité clinique et la littérature révèlent toutefois que le paysage scientifique est bien pauvre en ce qui concerne *le développement, l'apprentissage normal* de la prise alimentaire et le domaine des dysfonctionnements alimentaires. D'ailleurs en commençant à écrire, je prends conscience de la difficulté de définir ces dysfonctionnements.

Est-ce que ce sont des troubles¹ ? Est-ce que c'est le comportement² qui n'est pas adapté ? Est-ce que ces dysfonctionnements sont purement observables, mécaniques, systémiques ? De quel système parle t-on ? Est-ce qu'il s'agit du mécanisme physiologique de la déglutition qui défaille ? Est-ce qu'il peut s'agir du système³ relationnel dans la famille ? Une multitude de questions émerge de cette première rencontre avec cette nouvelle réalité clinique.

Manger et parler, voilà deux activités qui prennent une place importante dans le développement de l'enfant.

Depuis plusieurs années, la littérature soumet l'hypothèse suivante : « *Il existerait un risque de retard et même de trouble du langage chaque fois que l'oralité est mise à mal par des difficultés alimentaires entravant l'investissement de la bouche dans sa fonction première d'organe de l'alimentation.* »

Dans la réalité clinique, le lien entre l'oralité alimentaire et verbale est observable. Nous le verrons à partir d'histoires singulières d'enfants.

Pourtant face à cette évidence clinique, les professionnels sont confrontés à un manque dans la nomenclature des actes orthophoniques. Cette carence entraîne encore des hésitations à accompagner ces enfants.

De plus une autre raison pour laquelle le domaine des dysfonctionnements alimentaires se heurte à des réticences de la part des orthophonistes est le manque de référence théorique pour asseoir et justifier leur prise en charge. Comment classer ces dysfonctionnements ? Est-ce qu'ils sont psychologiques ? Comportementaux ? Les deux ?

Voilà le contexte dans lequel nous arrivent en consultation ces enfants. Nous sommes face à une réalité clinique : la souffrance de l'enfant et la souffrance de ses parents.

Pourtant il est fréquent de rencontrer des orthophonistes faire le constat que « tout est en ordre car il n'y a pas de problème organique » et donc que ces troubles ne relèvent pas de leur pratique clinique.

¹ Le trouble est une agitation désordonnée, une confusion, l'anomalie d'un fonctionnement d'un système, d'un organe.

² Le comportement d'un être vivant est la partie de son activité qui se manifeste à un observateur.

³ Un système est un ensemble d'éléments interagissant entre eux selon un certain nombre de règles.

L'aspect développemental de ces troubles est souvent négligé. En effet manger est un phénomène biologique qui s'inscrit dans une dynamique développementale, un processus qui commence dès la vie intra-utérine et qui est influencé par une multitude de variables sociales, cognitives, neurologiques, émotionnelles, psychiques, organiques, fonctionnelles et par des variables inhérentes à l'alimentation elle-même et à la culture.

La prise en compte de ces troubles comme situations à risque de troubles psychiques plus graves, de retard dans le développement du langage commence à être objectivée depuis plusieurs années à partir d'études analysant le devenir cognitif, social, affectif de certains enfants comme les prématurés.⁴

Dans cette perspective de *devenir compromis*, le travail de dépistage, de prévention et d'accompagnement précoce trouve bien sa place chez les orthophonistes.

C'est pour répondre à une demande fréquente d'informations chez les orthophonistes qui trouvent de nombreux intérêts à prendre en charge ces troubles autour de l'alimentation que ce mémoire sera réalisé.

Je vais m'attacher à rechercher tout d'abord les fondements théoriques qui soutiennent la clinique autour de ces dysfonctionnements alimentaires. Je souhaiterais montrer que l'oralité est un processus complexe qui démarre dès la vie intra-utérine, et que des signes sont objectivables, observables bien avant que l'enfant n'arrive en consultation, c'est-à-dire bien souvent dès l'allaitement. Je mettrai alors en exergue tout ce qui se joue dans cette première rencontre d'allaitement entre la mère et l'enfant pour tenter d'expliquer sur quoi le système familial enfant et parents s'est construit et saisir un peu de leur souffrance.

Je questionnerais dans un second temps la dynamique développementale du processus⁵ « s'alimenter », appelé manducation⁶ en lien avec le développement du langage et la dynamique interactionnelle familiale à partir de vignettes cliniques. Je chercherais à montrer tout au long de ce mémoire que l'oralité alimentaire est un processus bien plus global que le simple comportement, la seule activité de manger.

⁴ Je fais référence à l'article suivant : Delfosse M.-J., Soullignac B., Depoortere M.- H., Crunelle D., *Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance- Etat des lieux à trois ans et demi*, Devenir Médecine et Hygiène, 2006, Vol. 18, n°1.

⁵ Le mot **processus** vient du latin *pro* (au sens de « vers l'avant ») et de *cessus, cedere* (aller, marcher), ce qui signifie donc aller vers l'avant, avancer. [...] Un processus peut être considéré comme un système organisé d'activités qui utilise des ressources pour transformer des éléments entrants en éléments de sortie.

⁶ Manducation : Action de manger, ensemble des opérations antérieures à la digestion (préhension, mastication, insalivation, déglutition).

Assises théoriques :

Chapitre I :

Connaissances sur la vie fœtale et la naissance dans une perspective développementale de l'oralité :

Puisque l'oralité commence dès la vie intra-utérine...

Pour comprendre l'oralité, au sens global du concept, dans la vie du jeune enfant, je souhaiterais commencer par rappeler les connaissances que nous avons aujourd'hui sur la vie fœtale et la naissance.

I- L'épopée de la vie fœtale

I.1- La gestation

I.1.1- La croissance fœtale

On peut exprimer la durée de gestation de deux manières différentes :

- En semaines d'aménorrhée (SA) que l'on comptabilise à partir du premier jour des dernières règles.
- À partir de la date de fécondation des gamètes, qui a lieu en général au début de la 3^{ème} semaine d'aménorrhée.

Il existe donc un décalage de deux semaines selon que l'on exprime le temps de la grossesse de l'une ou l'autre façon. Un fœtus de 20 SA n'a en réalité que dix-huit semaines de vie intra-utérine puisque la fécondation a eu lieu a priori quatorze jours après les dernières règles.

Aujourd'hui cette convention de mesure de l'âge fœtal persiste malgré le fait qu'une mesure échographique de l'embryon vers 12 SA donne la précision sur son âge à trois ou quatre jours près, c'est-à-dire bien plus précise que la date des dernières règles.

La durée de la gestation est de 40 semaines d'aménorrhée soit 280 jours en moyenne ou neuf mois (ou dix mois lunaires).

La période fœtale s'étend du 3^{ème} au 9^{ème} mois de gestation et correspond à la croissance et à la maturation fœtale (Rozé et coll., 2006).

Le calcul de l'âge fœtal est défini par sa taille à l'échographie (la mesure de la longueur crânio-caudale ; ou tête-fesse) auquel on ajoute deux semaines. La longueur crânio-caudale de 32mm correspond à un embryon de huit semaines de vie soit 10 SA.

Figure 1 : Evolution du poids et de la taille en fonction de l'âge gestationnel :

Terme (SA ou mois)	Poids (en grammes)	Taille (en cm)
15 SA ou 3 mois	90	16
20 SA ou 4 mois	320	24
24 SA ou 5 mois	680	33
28 SA ou 6 mois	1200	38
32 SA ou 7 mois	1800	44
36 SA ou 8 mois	2800	47
Terme 38 à 42 SA	3300	50

Un enfant né entre la 38^{ème} et la 42^{ème} semaine d'aménorrhée est un enfant né à terme. Une naissance après 42 semaines de gestation définit un nouveau-né post-mature (Salle, 2003).

I.1.2- La viabilité

Jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, la limite de la viabilité sur le plan administratif était de 180 jours ou six mois. Cette limite a depuis longtemps été franchie par les progrès des néonatalogistes. Mais il a fallu attendre 1999 pour que la limite administrative soit abaissée à 22 SA et/ou un poids de 500 grammes.

D'après les embryologistes, la viabilité de l'individu ne sera jamais possible avant 22 SA. Pour les enfants nés à 23 SA, le taux de survie est de 10%. Il est encore de 10 % à 24 SA. Il faut souvent attendre 28 SA pour pouvoir envisager une survie néonatale sans séquelle chez environ 50% des nouveaux-nés. (Fernand Daffos, gynécologue-obstétricien)

La notion de viabilité n'est pas uniquement fonction du terme de naissance (F. Daffos). Autrement dit seule la confrontation à la réalité de la vie extra-utérine permet de dire qu'un enfant né vivant est viable.⁷ Cette notion de viabilité est en théorie la référence essentielle qui va faire la différence entre un fœtus et un prématuré. (F. Daffos)

F. Daffos définit un fœtus comme un produit de conception humain *in utero* ou mort-né après trois mois de vie intra-utérine et définit un prématuré comme étant un produit de conception humain né vivant et viable après quatre mois et demi (22 SA) et avant huit mois de vie intra-utérine.

Pourquoi cette différence est-elle fondamentale ? Il est essentiel de les différencier pour plusieurs raisons. Tout d'abord, dans le cas d'une interruption médicale de grossesse autorisée même près du terme par la loi française, les médecins feront naître un fœtus puisqu'il sera mort-né. De la même façon, un accouchement à terme d'un fœtus présentant une malformation incompatible avec la vie fera naître un fœtus mort-né car non-viable. Alors qu'un accouchement, même extrêmement prématuré à cinq mois fera naître un enfant car il sera vivant et le plus souvent viable. L'ambiguïté d'utilisation des termes de « fœtus », « enfant », « prématuré », « bébé » est bien réelle dans le discours même médical.

En ce qui concerne le terme de « prématuré », disons que tant qu'il n'est pas né, un vieux fœtus n'est pas un grand prématuré. Il arrive tous les jours dans les maternités spécialisées dans la prise en charge de grossesses à haut risque d'interrompre des grossesses sur des fœtus beaucoup plus vieux que les prématurés.

I.2- Le premier chapitre de la vie

Selon les termes de S. Missonnier, la vie prénatale est sans conteste le premier chapitre de la vie d'un individu.

⁷ Selon Tardieu (médecin légiste et fœto-pathologiste faisant autorité) : « Etre viable, c'est être né et avoir vécu d'une vie autre que la vie intra-utérine et présenter en outre un développement général, une conformation et un état de santé non incompatibles avec la continuation définitive de la vie. »

Notre réflexion part d'une citation de S. Freud dans *Inhibition, symptôme, angoisse* :

« *La vie intra-utérine et la toute petite enfance sont beaucoup plus comprises dans une connexion que ne le ferait croire l'impressionnante césure de l'acte de la naissance.* » (Freud, 1926)

On sait aujourd'hui que la sensorialité⁸ du fœtus se développe tout au long de la grossesse de manière très précise. Le fœtus est avant tout un être sensible qui possède une réelle vie intérieure (Delassus, 2001). En effet si nous prenons l'exemple de la bouche, on sait maintenant que les voies nerveuses du toucher commencent leur développement dès la huitième semaine de gestation et que des récepteurs de tact se mettent en place autour de la bouche dès ce moment puisqu'il est possible d'observer une réponse motrice à une stimulation tactile de cette zone.

À la douzième semaine, le fœtus ouvre et ferme la bouche de manière plus ou moins rythmée. Sur la langue, apparaissent les bourgeons gustatifs qui se développeront jusqu'à la fin de la grossesse.

Entre la douzième et quinzième semaine, le fœtus est devenu capable de goûter le liquide amniotique (on peut observer lors de l'échographie, l'estomac du fœtus volumineux) et certaines expériences ont montré que l'alimentation de la mère au cours de la grossesse pouvait influencer l'attirance et le goût des nouveau-nés pour certaines substances. La réactivité fonctionnelle des récepteurs gustatifs a été étudiée *in vivo*. Le fœtus réagit différemment aux solutions salées ou sucrées dès la vingtième semaine.

Ces systèmes sensoriels semblent donc fonctionnels bien avant la naissance, ce qui implique la bouche par le biais du toucher et du goût très précocement *in utero*. La bouche a donc une place essentielle.

Les premières études sur la réactivité somesthésique et proprioceptive des fœtus datent du début du siècle. Elles étaient réalisées au cours de fausses couches spontanées lors de l'expulsion de fœtus très prématurés pendant les quelques minutes qui suivaient l'expulsion. Il a été ainsi mis en évidence des réponses à l'effleurement de la lèvre supérieure dès sept semaines.

Nous savons également que le fœtus suce son pouce et le réflexe de succion peut se déclencher dès le cinquième mois de gestation à l'occasion d'un frôlement des lèvres par la main. La plupart du temps, le fœtus présente des mouvements de succion à vide, il tète sa langue, un ou plusieurs doigts, un orteil, le cordon... Des mouvements de la langue sont également visibles comme des mouvements de déglutition ou d'extériorisation. À l'échographie du troisième trimestre, il n'est pas rare de voir le fœtus effectuer de rapides mouvements latéraux de la tête ainsi que des mouvements d'enfouissement contre la paroi utérine ou contre la surface placentaire. Ces mouvements sont parfois accompagnés d'ouverture de bouche et de mouvements de lèvres qui rappellent ceux du nouveau-né qui cherche le sein maternel. Le progrès des échographies a permis de montrer, l'existence d'un transfert de flux et reflux⁹ du liquide amniotique au niveau de la bouche et du tractus digestif.

⁸ Voir annexe n°9.

⁹ Echodoppler : système décrit ultérieurement.

Grâce à différentes études et aux échographies pendant la grossesse, nous sommes familiarisés à toute cette activité orale prénatale.

I.3- L'intérêt de l'étude de la vie intra-utérine, de l'observation du fœtus dans le cas de notre réflexion

La périnatalité a d'abord focalisé ses études et ses recherches sur le bébé, sur le nouveau-né puis sur le prématuré. Il y a peu de temps que cette science s'intéresse à la période anténatale, donc à la vie fœtale. (Soulé et al., 1992)

Depuis qu'on inclut dans la périnatalogie la période anténatale, c'est-à-dire la construction de l'embryon puis du fœtus et de ses fonctions, on comprend certains éléments du développement du bébé.

En fait on doit les comprendre comme le résultat d'un système interactionnel.

Freud a décrit (1905) la bouche du nouveau-né de façon assez intéressante.

« La succion et le suçotement qui existent déjà chez le nourrisson, qui peut subsister jusqu'à l'âge adulte et même parfois toute la vie, sont constitués par un mouvement rythmique et répété des lèvres, qui n'a pas pour but l'absorption d'un aliment. Une partie des lèvres, la langue, une autre région de la peau, souvent même le gros orteil, deviennent des objets de succion. (...) La succion qui accompagne de plaisir absorbe toute l'attention de l'enfant, puis l'endort ou peut même amener des réactions motrices, une espèce d'orgasme. (...) Il me semble que l'enchaînement des phénomènes, qu'éclaire la psychanalyse, nous permet de dire que le suçotement est un acte sexuel, et d'étudier en lui la principale forme de la sexualité infantile. (...) Il semble bien aussi que l'enfant, quand il suce, recherche dans cet acte un plaisir déjà éprouvé et qui, maintenant, lui revient à la mémoire. En suçant de manière rythmique une partie d'épiderme ou de muqueuse, l'enfant se satisfait. Il est aisé de voir dans quelles circonstances l'enfant a, pour la première fois, éprouvé ce plaisir qu'il cherche maintenant à renouveler. C'est l'activité initiale et essentielle à la vie de l'enfant qui lui a appris, la succion du sein ou de ce qui le remplace. Nous dirons que les lèvres de l'enfant ont joué le rôle de zone érotique et que l'excitation causée par l'afflux du lait chaud a provoqué le plaisir. (...) La succion nous a fait connaître les trois caractères essentiels de la sexualité infantile. Celle-ci se développe en s'étayant sur une fonction physiologique essentielle à la vie : elle ne connaît pas encore d'objet sexuel, elle est auto-érotique et son but est déterminé par l'activité d'une zone érogène. Disons, en anticipant, que ces caractères se retrouvent dans la plupart des manifestations érotiques de l'enfant. » (Freud, 1905)

Et aussi :

« Il faut que l'enfant ait éprouvé la satisfaction auparavant pour qu'il désire la répéter, et nous devons admettre que la nature a fait en sorte que la connaissance d'une telle satisfaction ne soit pas laissée au hasard. Nous connaissons, en ce qui concerne la région bucco-labiale, les moyens dont se sert la nature pour arriver à ses fins : cette partie du corps sert en même temps à la préhension des aliments. » (Freud, 1905)

On peut faire un parallèle avec le fœtus. À 12 SA, il ouvre la bouche. À 15 SA, il ouvre la bouche et avale, mais il n'y a aucun jeu des lèvres. À 22 SA, il avale, rejette par la bouche ou la narine, le pharynx est une zone où passent divers courants. À partir de 24 SA, on peut le voir sucer, téter, avaler, rejeter. Les mouvements des lèvres se constituent.

Ainsi, au début de son développement, la bouche effectue des mouvements automatiques, puis devient fonctionnelle pour avaler et rejeter le liquide amniotique. Les lèvres commencent à fonctionner de façon isolée. Dans les dernières semaines, sa bouche et ses lèvres deviennent **un organe de préhension et d'exploration**. Lorsque la main, le pied, le cordon ombilical frôlent celles-ci, les lèvres s'en saisissent.

Ainsi l'auto-érotisme décrit par Freud dès les premiers jours de la vie s'établit bien avant la naissance. (M. Soulé et M-J. Soubieux)

Il est possible aujourd'hui de mesurer les flux et reflux du liquide amniotique grâce à l'échographie et notamment à l'utilisation du doppler. Ce système colore en rouge ou en bleu selon que les liquides entrent ou sortent. Le fœtus avale par la bouche et rejette par la bouche, ou inhale par le nez et rejette par le nez. Le liquide peut être pris par un des orifices et rejeté par l'autre. Le pharynx est le carrefour à toute cette activité. Cette cavité joue donc un rôle précoce.

Spitz (1968) avait déjà décrit avant même de pouvoir en faire l'observation directe, le rôle primordial de la cavité primitive.

« Il y a cependant une zone perceptive qui fonctionne avec une grande spécificité dès la naissance. Dans cette zone, les organes sensoriels destinés aux stimuli extérieurs rencontrent les récepteurs des stimuli internes. Il s'agit de la bouche et de la cavité orale. (...) Sous l'angle perceptif, la cavité orale, y compris le pharynx, représente l'intérieur et l'extérieur ; elle est équipée pour les perceptions intéroceptive et extéroceptive et fonctionne en conséquence. Du fait qu'à la naissance les réflexes situés dans la cavité buccale sont les plus spécifiques et les plus sûrs ; du fait que ces réflexes déclenchent le seul comportement dirigé bien qu'inintentionnel chez l'homme, j'ai émis l'hypothèse que toute perception débute dans cette cavité, pont primitif entre la réception interne et la perception externe. (...) Cette thèse a été corroborée par certaines hypothèses avancées et élaborées par Lewin (1946) et d'autres proposées par Isakower (1938,1954) [...] Il a conclu sur la base de ses observations cliniques sur les adultes que la combinaison cavité orale/main sert probablement de modèle à la première structure du moi après la naissance. Il présume de plus qu'il est possible que les sensations de la cavité buccale fusionnent avec celles du tissu cutané externe. J'estime que cette triple source de sensations et d'expériences constitue un noyau du moi, selon l'heureuse expression de Glover (1930). (...) Je soutiens que la cavité orale avec la langue, les lèvres, les joues, les voies nasales et le pharynx est la première surface utilisée dans la vie pour une exploration et une perception tactiles. Elle est particulièrement bien dotée pour cela puisque les sens du toucher, du goût, du chaud et du froid, de l'odorat, de la douleur et même de la sensibilité profonde impliquée dans l'acte d'avalier y sont représentés. J'insiste sur le fait que toute perception passant par le canal de la cavité orale est encore une perception par contact et par conséquent fondamentalement différente de la perception à distance, telles les perceptions visuelle et auditive. (...) Il apparaît donc que les sensations des trois organes perceptifs secondaires présents à la naissance (main, labyrinthe, peau) sont subordonnées au système perceptif de la cavité orale. » (Spitz, 1968)

Ce que Freud et Spitz ont décrit pendant cette période postnatale se trouve donc vérifié grâce à l'observation du fœtus lors de l'échographie.

On peut suivre Spitz quand il indique que la naissance constitue un changement, non pas tellement en raison de l'aspiration de l'air, mais en raison du manque subit de liquide dans la cavité pharyngée. (Soulé et al.,1999)

La cavité pharyngée joue un rôle très important et précoce dans la sensibilité et la motricité.

Le manque de liquide amniotique, lors de la naissance constitue un choc. Il faut souligner la différence subite des températures entre celle du liquide amniotique (37°C) et celle de l'air ambiant (22°C) qui le remplace. S'y ajoutent la sensation de sécheresse et la disparition des sensations dues à la déglutition. Le fœtus passe d'une écologie aquatique à une écologie aérienne, et c'est le pharynx qui le perçoit. (Soulé, 1999)

Cet apprentissage anténatal de la déglutition est nécessaire à la vie. Ainsi dès la naissance, le nouveau-né peut téter et donc s'alimenter. Les jeux des lèvres, de la bouche, du pharynx en bref de toute la cavité primitive pharyngée permettent la maturation du mécanisme de déglutition.

II- L'épopée du nouveau-né

II.1- La naissance

La naissance n'est pas l'accouchement. Celui-ci est un phénomène physique qui met un terme à la vie intra-utérine ; quant à la naissance, elle est une entrée dans le monde. Elle nécessite des soins maternels du fait de la dépendance du nouveau-né impuissant à agir lui-même.

Comment comprendre la période prénatale ? Est-ce une simple période de développement ?

Synthétisons en prenant un ovule, un spermatozoïde...dans un milieu utérin, laissons les choses se faire...Résultats ? Un œuf, puis un embryon et enfin un fœtus. Voici les étapes apparentes du développement prénatal humain.

Mais cet enfant ne naît pas avec toutes les possibilités d'existence naturelle. Le bébé humain n'est pas autonome à la naissance. Il est dépendant de son milieu. Et cette dépendance va durer longtemps avant que cet être ne soit capable de se déplacer, de s'alimenter seul...

Les autres mammifères placentaires sont beaucoup plus rapidement autonomes : ils se dirigent spontanément vers le sein maternel dans la mesure où ils peuvent se déplacer presque immédiatement après leur venue au monde. Cette disparité pose question.

Cette question est rapidement levée lorsqu'on comprend que la maturation humaine fœtale est inachevée, ce qui nécessite une importante période postnatale d'adaptation au monde. Selon S. Freud, « l'existence intra-utérine de l'homme est relativement abrégée ». Lacan introduit le terme de « prématurité » : « il ne faut pas hésiter à reconnaître au premier âge une déficience biologique positive, et à considérer l'homme comme un animal à naissance prématurée. »

D'autres hypothèses anthropologiques prétendent que l'espèce humaine aurait perdu, au cours de l'évolution, ses programmations instinctuelles (on note des restes de ces programmations comme par exemple le réflexe de *grasping* permettant au bébé de s'accrocher à la mère et ainsi de ne pas quitter le sein). Cette perte aurait provoqué un allongement du temps nécessaire à la gestation sans pour autant que la période intra-utérine en soit modifiée. La conséquence aurait été un état croissant d'immaturité à la naissance.

Une question annexe s'ajoute : il faudra une mère pour assurer la vie postnatale physiologique et psychologique. Ce devra être une mère « suffisamment bonne » dicit Winnicott et elle devra être soutenue par le père.

La théorie de la prématurité fait donc loi sans avoir jamais été vérifiée. Or des études neuro-physiologiques du développement humain et postnatal montrent que non seulement l'homme est une espèce à maturation précoce mais que celle-ci l'emporte sur la plupart des espèces mammifères (Verley, 1976).

Si les théories de la prématuration sont apparemment bien établies, ne négligeons pas tous les travaux qui ont montré l'existence de capacités sensorielles précoces chez le fœtus et ceci très tôt pendant la gestation dès la douzième semaine. Nous ne sommes pas en présence d'un fœtus inerte mais d'un être qui développe tôt des fonctionnalités sensorielles.

La vie fœtale humaine que nous avons crue être un simple développement organique est donc beaucoup plus complexe.

La venue au monde va tout remettre en cause. L'accouchement va devoir se doubler d'une naissance. Souvent la définition de ces deux termes n'implique pas de différence et leurs sens sont souvent confondus. Dans le *Robert*, on peut lire la définition du mot « accouchement » comme « la sortie de l'enfant du corps de sa mère » ; accoucher, c'est « donner naissance à un enfant ». L'accouchement est considéré comme une naissance. La naissance est toujours considérée comme « le moment d'expulsion du fœtus hors de l'organisme de la mère ». On ne peut limiter ce moment au seul fait que le bébé soit accouché. Il est important de comprendre ce qu'implique ce changement : passage d'un monde intra-utérin à un monde aérien. Freud parle de « traumatisme de la naissance ».

« Lors de sa venue au monde, le bébé perd à la fois les conditions de son être et sa possibilité immanente de cet être lui-même » (Delassus, 2006).

Autrement dit cette opération est au cœur de la naissance psychique.

« La naissance ainsi comprise est donc un acte aléatoire qui doit se produire au-delà de l'accouchement et s'élaborer à partir du moment où celui-ci a lieu. [...] Par conséquent, *la naissance humaine se définit comme l'ensemble des processus physiques et psychiques* de maintien, en même temps que d'adaptation au monde, du réel préalable de totalité vitale qui a normalement restructuré le fœtus humain au-delà de sa détermination génétique. » (Delassus)

« La naissance humaine doit pouvoir engager ces processus de constitution symbolique ». (Delassus)

II.2- La quête symbolique du nouveau-né *Ou l'émergence des processus psychiques*

La question de la relation à l'autre est centrale lors de la naissance, centrale pour la survie d'un point de vue des soins et surtout « du fait que ces soins doivent être pensés, et que pour cela ils doivent emprunter un système signifiant, le langage. » (Graciela Cullere-Crespin, 2007)

Lacan parle de l'autre de la relation primordiale. Il distingue un grand Autre avec un grand A qui désigne une instance symbolique et un petit autre « a » qui désigne une personne physique. L'univers symbolique va être habité par le sujet et ceci dès avant sa naissance. Le bébé est pris dans la dimension symbolique de ses parents qui le parlent avant sa naissance. Pour J. Lacan, la mère serait pour le bébé un petit autre tenant lieu de grand Autre.¹⁰ Autrement dit à son insu, « en tant qu'interlocuteur de la relation primordiale, elle va transmettre au bébé (...) une foule de particularités du grand Autre qui la détermine, mais

¹⁰ Lacan J., Séminaire X : l'angoisse, 1962-1963, Paris, Le Seuil, 2004.

revues et corrigées par le prisme de sa subjectivité personnelle, c'est-à-dire que l'avatar de son histoire singulière aura inscrit en elle » (G.Crespin, 2007).

« Qu'est-ce qu'une mère va transmettre à son nouveau-né, à son insu, en s'occupant de lui ? Essentiellement qu'elle entend ce qu'il manifeste de ses besoins comme des demandes qu'elle désire satisfaire, et ce, de la manière dont on l'a fait pour elle. » (G. Crespin, 2007)

La mère entend les besoins de son enfant comme « des demandes désirantes être satisfaites ». Le bébé, dès qu'il rentre en contact avec un autre, quitte son statut d'être de besoin et devient un être de désir.

Le désir prime sur le besoin. « Longtemps le rapport au symbolique à l'Autre a été pensé comme résultant de la rencontre de l'état de besoin instauré par la naissance biologique avec l'univers signifant » (G. Crespin). Autrement dit lorsque l'enfant se refroidit, il a besoin d'être réchauffé ; lorsqu'il pleure, c'est qu'il a faim, il faudra alors le nourrir ; le bébé ne peut se déplacer, il faut donc le porter. Ainsi le besoin rencontre le grand Autre, incarné par la mère.

« Cependant, la poussée du besoin chez l'humain manque d'une programmation susceptible de lui permettre de la satisfaire de manière autonome (...), c'est pour cette raison que les psychanalystes, à la suite de Freud, parlent de *pulsions* et non de besoins. » (G.Crespin)

Freud a montré le décalage entre la satisfaction du besoin et la satisfaction de la pulsion. Il a élaboré la théorie de l'étayage¹¹ et a montré que la satisfaction de la pulsion avait lieu en s'appuyant sur la satisfaction du besoin. « Cependant, dans la conception freudienne, une bonne expérience de la relation nourricière était un préalable nécessaire pour qu'un bébé puisse atteindre la satisfaction de la pulsion. » (G. Crespin).

Aujourd'hui, les auteurs s'attachent à montrer que cette théorie n'est plus recevable. Le symbolique primerait sur le besoin. En effet nombreux sont les enfants, qui lors de difficultés relationnelles ou de conflits affectifs, manifestent leur malaise en ne s'alimentant plus. Leur manifestation sur le plan oral entrave l'alimentation : le désir avant le besoin, l'appétence symbolique de la relation à l'Autre prime sur la satisfaction du besoin physiologique.

II. 3- L'oralité, un des registres pulsionnels de la première année de vie

Considérons la pulsion comme un indice singulier de la vie psychique ; cet indice correspond à une poussée qui prend son origine dans le corps du bébé et qui l'articule au champ de l'Autre. Mais le nouveau-né n'est pas seulement un être entièrement à construire à partir de l'Autre. Il est dès sa naissance pris dans un désir de relation à l'autre (sauf dans les cas graves de troubles de développement comme par exemple les troubles du spectre autistique).

La part active du bébé dans la construction de la relation à l'autre est tout à fait essentielle et importante.

¹¹ Freud S.(1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, trad. P. Koeppel, Paris, Gallimard, 1987.

Pour reprendre les termes de Lacan concernant la satisfaction de la pulsion et la satisfaction du besoin, « aucun objet du besoin ne peut satisfaire la pulsion. La bouche qui s'ouvre dans le registre de la pulsion, ce n'est pas de nourriture qu'elle se satisfait. »¹²

L'objet de la pulsion orale est le sein. La source de la pulsion est la bouche, structure de bord (selon Lacan), et non l'estomac.

L'oralité est un des registres fondamentaux de l'échange où le nouveau-né a affaire avec un Autre. L'oralité renvoie au statut symbolique de l'échange nourricier.

La relation alimentaire prend tout son sens dans le désir maternel et dans le désir de l'enfant à nourrir. « C'est la question de la métaphore d'amour » (G. Crespin). La mère ne peut pas strictement répondre au besoin de son bébé en le remplissant. Elle doit le reconnaître comme un être de désir.

La clinique nous interroge dans le cas de refus alimentaire de la première année de vie sur la relation entre la mère et le bébé.

En effet, un refus peut être une tentative du bébé pour signifier à la mère une limite à sa toute puissance maternelle.

Cependant, la proximité de l'oralité à ce qui est strictement du registre alimentaire et de la survie (car un bébé ne s'alimentant plus est en danger de mort), nous (parents, soignants) incite souvent à nous focaliser sur le besoin vital en négligeant la dimension symbolique du désir du sujet.

Donc n'oublions pas que « **l'oralité intéresse la question du désir et traduit une parole du bébé.** » (G. Crespin)

« Qu'est-ce qui, de l'ordre de la parole, c'est-à-dire du rapport à l'Autre, transforme en nourriture un aliment ? » G. Crespin s'appuie sur la distinction que Lacan fait entre le regard et la vision dans le Séminaire XI et propose une analogie intéressante dans le domaine de l'oralité. Selon elle, l'aliment serait le versant réel, le fonctionnement d'organe, à l'instar de la vision pour Lacan, alors que la nourriture serait du registre symbolique, tout comme le regard. « La nourriture constituerait l'objet de la pulsion et ne serait plus l'objet du besoin ». ¹³

Dans *l'épopée symbolique du nouveau-né*, G. Crespin présente plusieurs vignettes cliniques. L'une d'entre elles me paraît particulièrement intéressante pour comprendre combien l'oralité est du côté du registre symbolique. G. Crespin témoigne de l'histoire d'une petite fille Chloé, qui n'est pas encore née au moment des faits et nous montre que l'oralité commence avant le sein et la nourriture avant l'aliment.

¹² Lacan J.s (1964), *Séminaire XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973.

¹³ Graciela Cabassu, *Les nourritures terrestres : parole et aliment ?*, Journées *Emergence et champ du langage chez le nourrisson*, Paris, Mars 1998.

« Chloé est la petite fille de 6 mois de gestation d'une maman bien portante, qui se trouve en cours de travail analytique pendant sa grossesse.

Chloé se porte bien, tous les examens de routine le prouvent, elle grossit bien, et elle répond activement lorsque sa mère ou son père entre en communication avec elle. Chloé est prénommée depuis longtemps, et l'on peut dire qu'elle est déjà tout à fait là, présente non seulement dans les représentations, mais aussi dans les échanges avec ses parents et avec l'environnement.

Le mère de Chloé a encore une activité professionnelle à ce stade de la grossesse. Elle se trouve de ce fait dans une réunion où sont échangés des propos d'une rare violence, et à un moment donné, estimant la dose suffisante, la maman se lève et dit : « Viens, ma chérie, on se tire ! », et saisissant sa sacoche, elle quitte la réunion. Lorsque la mère a évoqué cette scène, j'avais l'impression de voir (...) que c'était non sa sacoche mais sa petite fille qu'elle prenait ainsi par la main pour la soustraire à la violence de la scène, (...). »

Ainsi G. Crespin conçoit que le bébé dès la gestation rencontre la dimension symbolique de l'Autre de la relation. Pour elle, les échanges materno-fœtaux sont déjà « des nouages Réel/Symbolique dans les cas favorables ». Elle fait l'hypothèse que le rapport à ce que l'Autre apporte, y compris par voie placentaire, pourrait se penser en terme d'oralité, autrement dit en terme de nourriture et non pas seulement en terme d'aliment. Elle invite à penser que le nouage objet du besoin/objet de la pulsion commencerait avant la relation nourricière primordiale donc avant la naissance biologique (ceci pourrait expliquer certains arrêts de croissance intra-utérine jamais compris sur le plan médical).

Nous avons souligné précédemment l'importance des activités orales sensorielles pendant la vie intra-utérine. Alors que des auteurs comme Maiello montrent l'importance de ces inscriptions prénatales sensorielles comme constituant le premier temps à la structuration psychique du sujet¹⁴, G. Crespin nous montre comment les premiers échanges via le placenta structure symboliquement le fœtus. Elle parle d'oralité.

On peut donc parler d'oralité pour la sensorialité et pour la dimension symbolique du sujet.

Dans notre recherche, il est important de privilégier un regard pluridisciplinaire qui se doit de regrouper plusieurs abords méthodologiques, y compris l'approche psychanalytique. C'est un grand chantier qui s'ouvre à nous à propos de la prise en compte de l'oralité du fœtus, du nouveau-né et du jeune enfant. Je reviendrais sur ce regard « multiple » par la suite dans le cas de l'accompagnement des troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant.

On peut dès lors sentir combien le regard face à un nouveau-né a évolué depuis une cinquantaine d'années.

II.4- Les compétences du nouveau-né

II.4.1- Le nouveau-né est-il compétent ?

Pomerleau et Malcuit (1983) ont défini la compétence, ils parlent de compétence de base. « La compétence de base est étendue comme l'ensemble des comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent ».

Il y a une cinquantaine d'années, le nouveau-né était encore considéré comme un simple « tube digestif », un être réflexe, sans aucune compétence, dénué de sentiments, de sensations, principalement centré sur son activité alimentaire. À partir du 18^{ème} siècle, l'enfant va progressivement être perçu comme un être en croissance et en maturation, somatique et psychique, en même temps qu'un sujet qu'il faut éduquer de plus en plus tôt.

L'après-guerre (vers les années cinquante) aura radicalement changé la représentation du nouveau-né. D'ailleurs les professionnels ne parlent plus de nourrisson mais de bébé.

¹⁴ Bergeret J., Soule M., Golse B. et coll., *Anthropologie du fœtus*, Inconscient et Culture, DUNOD, 2006.

Figure 2 :

Bref rappel historique	
1820	Invention du biberon
1892-	Stérilisation
1898	Création du mot pédiatrie
1872	L'enseignement de la pédiatrie est officialisé en France
1878	Période clé dans l'histoire de la pédiatrie en matière d'hospitalisation des enfants et de promotion d'actions préventives et sociales
19^{ème} siècle	Repos de la femme enceinte
	Radiographie
1877	Découverte des groupes sanguins
1895	Création du congé maternité non rémunéré
1901	Congé maternité de 2 mois rémunéré pour tous les fonctionnaires
1909	Naissance de la pédiatrie néonatale, mise au point de la méthode d'accouchement sans douleur
1928	Convention N°103 de l'Organisation International du Travail sur la maternité (congé minimum de 12 semaines...)
1950	Surveillance des nouveau-nés en maternité avec une consultation médicale obligatoire dans la première semaine, Congé maternité indemnisé à 90% du salaire brut par la sécurité sociale
1952	
1970	Arrivée de la chambre de l'allaitement dans le code du travail
	Ouverture d'un centre de planification et d'éducation familiale
1973	L'échographie fœtale permet enfin d'observer le fœtus vivant dans le liquide amniotique.
1974	Apparition de l'échographie en 3D
1975	Apparition de l'échographie en 4D (visualisation du volume et du mouvement)
1994	
2002	

Grâce aux progrès des méthodes de recherches et d'investigations, le nouveau-né est considéré comme un élément actif possédant des compétences très riches dès sa naissance et même *in utero*.

II.4.2- Les compétences potentielles¹⁵ du nourrisson

II.4.2.1- Les aptitudes sensorielles

II.4.2.1.1- La sensibilité tactile

Les travaux de Hooker en 1936 (cité par Gesell et coll., 1952), ont démontré que le fœtus peut répondre à des stimulations externes au niveau de la lèvre supérieure dès 12 semaines de gestation. Diverses recherches ont permis « de vérifier l'intégrité fonctionnelle d'une sensibilité extéroceptive fœtale » (Bloch et coll., 2003). *In utero*, la succion non nutritive et les divers mouvements du fœtus vont développer sa sensibilité tactile. Certains nouveau-nés naissent avec des marques de succion sur l'ensemble du corps témoignant de cette activité de succion.

II.4.2.1.2- Sensibilités chimiques

La fonctionnalité des systèmes olfactif et gustatif est présente dès 25 SA.

Le liquide amniotique contient des saveurs issues de l'alimentation maternelle et possède ainsi ses propres caractéristiques olfactives et gustatives. Le lait maternel contient également des saveurs peut-être connues par l'enfant.

¹⁵ Golse B., *L'être-bébé*, Le fil rouge, PUF, 2006.

Les expériences de Benoît Schaal ont montré que lorsqu'on présentait des laits maternels différents à un nouveau-né, celui-ci délaissait le lait des autres femmes au profit de celui de sa mère. De même 3 jours après la naissance, l'enfant préférera un biberon de son liquide amniotique plutôt que du lait artificiel.

Toutes ces expériences indiquent que le nourrisson se souvient de l'odeur *in utero* plusieurs jours après sa naissance.

Montagner a montré qu'un nourrisson reconnaissait préférentiellement l'odeur de sa mère. Dès la 6^{ème} heure de vie, le nouveau-né se met à dilater et rétracter ses narines (selon des auteurs, il ferait l'apprentissage des odeurs dont l'air est porteur).

Dans le cas d'une alimentation entérale dès la naissance (chez les prématurés par exemple), ce système s'éloigne d'une alimentation orale et d'une mise au sein tant au niveau du rythme que des odeurs, du goût... « ce qui a pour effet immédiat d'altérer le rythme de la succion et, de façon un peu retardée, de rendre l'enfant moins actif dans la prise de nourriture » (Bloch et coll., 2003). C'est pour cette raison qu'aujourd'hui, le lait maternel est inclus dès que possible dans l'alimentation du prématuré.

II.4.2.1.3- La sensibilité visuelle

À la naissance, « le système visuel dans son ensemble est inachevé ». Néanmoins, un nouveau-né à terme dispose d'une « activité perceptive soutenue » et d'une « motricité oculaire organisée » (Bloch et coll., 2003).

La vision se constitue très progressivement à partir de trente-deux jours de gestation, mais il faut attendre la 40^{ème} SA pour que le développement des photorécepteurs soit achevé.

Des mesures effectuées chez des femmes enceintes ont montré qu'une lumière forte près de l'abdomen était transmise à l'utérus, donc on peut supposer qu'une partie de la lumière externe pourrait atteindre la rétine fœtale, soit à travers les paupières, soit directement pendant les périodes où celles-ci sont ouvertes.

II.4.2.2- Le développement psychomoteur

Les réflexes archaïques ou réactions primaires au niveau de la face et de la bouche

En réalité, ce ne sont pas des réflexes au sens strict du terme mais plutôt des automatismes car parfois l'enfant peut refuser de répondre à un moment donné et accepter quelques minutes plus tard.¹⁶ Pour Suzanne Saint Anne Dargassies, ceux sont « des réactions motrices qui pour une excitation donnée, se déroulent nettement de façon déterminée et strictement identique dans le temps.¹⁷

Ces réflexes se mettent en place dès la vie intra-utérine. Ils témoignent de l'intégrité du tronc cérébral et du système nerveux central.

¹⁶ Saint Anne Dargassies S., *Le développement du nouveau-né à terme et prématuré*, Masson, 1974, Paris.

¹⁷ Senez C., *Rééducation des troubles alimentaires et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitales et les encéphalopathies acquises*, Solal, 2002, Marseille.

Milani Comparetti (citée par Sandri, 1994) a reconnu, à partir de la 10^{ème} semaine d'âge gestationnel, une série d'automatismes primaires propres à la vie fœtale, néonatale et extra-utérine : « la caractéristique du développement moteur, c'est que le « répertoire » des automatismes primaires est le même pour tous les individus de l'espèce, et il ne demande aucun apprentissage [...]. En revanche, l'observation du développement moteur du fœtus met en évidence la prééminence de l'individu sur l'environnement dans le sens d'une compétence primaire à agir ».

Le comportement du nouveau-né est régi en grande partie par des réflexes involontaires contrôlés par la partie inférieure du cerveau. Les réflexes primaires sont la marque d'un fonctionnement cérébral sous-cortical¹⁸. Leur présence est physiologique chez le fœtus et au cours des premiers mois de vie, indiquant l'absence de dépression du système nerveux central¹⁹. Ce n'est qu'à l'âge de 3 ou 4 mois que ces réflexes se transforment progressivement en mouvements volontaires.

II.4.2.2.1- Le réflexe de foussement

On le rencontre aussi sous le terme de « *rooting reflex* », « réflexe d'enracinement » ou « réflexe des points cardinaux ».

Selon Spitz²⁰, « à la naissance déjà, et même chez le fœtus, une réponse à la stimulation peut-être démontrée dans et autour de la bouche. Toute stimulation de la partie externe de la région buccale provoque inmanquablement un comportement spécifique qui consiste en une rotation de la tête vers le stimulus suivie d'un mouvement de happement des lèvres. Chez l'enfant nourri au sein, cette réponse se manifeste par la prise du mamelon en bouche. »

Ce réflexe va aussi être déclenché fortuitement par divers objets que le bébé sera ainsi amené à sucer, tels une couverture, un vêtement de la mère, un doigt.

Pour Brazelton et Cramer²¹, le réflexe de foussement appartient aux activités les plus fiables des nouveaux-nés. En effet, même chez le prématuré, ce réflexe existe avant même que la succion ne soit opérationnelle. Ce réflexe persiste de la naissance au quatrième mois et, s'il subsiste au neuvième mois, il est considéré comme pathologique .

II.4.2.2.2- Le réflexe de succion

Pendant la vie intra-utérine, c'est au niveau de la sphère orale que l'on constate les premières séquences motrices de l'embryon. Alors s'ébauchent les premières gnosies et praxies orales et linguales. Les premières manifestations de l'oralité alimentaire interviennent au cours du troisième mois de l'embryogenèse : les afférentes sensorielles de la sphère orale ont colonisé le tronc cérébral qui en retour émet des efférentes motrices vers celle-ci. Le réflexe de succion à la stimulation labiale s'ébauche. À ce moment, la langue est alors parfaitement organisée dans la bouche du fœtus sur le plan musculaire et commence à fonctionner.

¹⁸ Système sous-cortical appelé encore système extrapyramidal fait le relais des noyaux gris centraux aux noyaux moteurs du tronc cérébral.

¹⁹ Le système nerveux central est la partie du système nerveux située dans la boîte crânienne et la colonne vertébrale. Il se compose de tissu nerveux (neurones), glial et vasculaire. Il est entouré par les méninges.

²⁰ Spitz R. *De la naissance à la parole*, PUF, 1979.

²¹ Brazelton T., Cramer B., *Les premiers liens*, Stock/L.Perhoud, Calmann/Lévy, 1991.

C'est au cours de ce troisième mois que l'on peut identifier le réflexe de Hooker : le palais se forme, la langue descend, la main touche les lèvres, la bouche s'ouvre, et la langue sort pour toucher la main. Cette première manifestation réflexive d'exploration et de prise de possession de son corps permet à l'embryon de devenir fœtus. Nous voyons alors apparaître les premiers mouvements antéropostérieurs de succion, puis vient la déglutition. La succion apparaît donc avant la déglutition : l'animation motrice de la langue est objectivable par l'ébauche du réflexe de succion à dix semaines, et la déglutition vers la treizième semaine.

La succion est ainsi la plus ancienne et la fonction la plus précoce à se mettre en place, à s'organiser et à se manifester dans le genre humain. Pendant le reste de la vie fœtale, le fœtus va devoir rôder et entraîner le couple succion-déglutition, soit en suçant ses doigts ou ses orteils, soit en déglutissant le liquide amniotique, afin que cet automatisme acquière une efficacité optimale à la naissance.

L'antériorité de la succion sur la déglutition fait dire à Couly²² qu'il ne peut exister de trouble de la déglutition sans trouble de la succion.

La succion permet d'autre part, du fait du travail lingual, une bonne croissance de la cavité buccale et le développement du maxillaire inférieur. Ainsi, la rétrognathie²³ et le palais ogival ne sont pas toujours des malformations mais peuvent être des marqueurs fidèles de la défaillance de l'activité orale du fœtus.

Au moment du terme, l'équipement neurologique assurant la fonction de succion et de déglutition est mature.

C'est pendant la première heure de vie que le réflexe de succion est à son maximum. Il diminue ensuite à partir de la sixième heure pour ne redevenir efficace à nouveau qu'au bout de 48 heures. La succion n'est pas un phénomène continu. Elle comporte des bouffées de mouvements séparées par un repos intermédiaire. Chez le nouveau-né à terme, le nombre de mouvements de succion dans une bouffée est de 8 ou plus, le rythme est rapide et la bouffée dure de 4 à 5 secondes. Une forte pression est perçue (le doigt est aspiré) lorsque la motricité faciale est normale, assurant une bonne fermeture des lèvres sur le doigt.

Chez le nouveau-né prématuré, la succion n'est pas efficace avant 35 à 36 SA.

La succion se coordonne à la déglutition et à la respiration vers 35 SA. Elle est le reflet de la maturation prénatale. Elle est automatique et contrôlée par le centre bulbo-protubérantiel²⁴. Peu à peu la succion devient un schème moteur que l'enfant utilisera selon son envie, sa faim. Elle ne sera plus réflexe.

La succion au doigt au sein ou au biberon n'est pas la même. Nous verrons ultérieurement quelles sont ces différences.

²² Couly G. La succion, indice qualitatif de maturation néo-natale, Arch. Fr. Pédiatr. 1985,42, 743,5.

²³ Rétrognathie ou rétrognathisme : terme issu de « *rétro* » en arrière et de « *gnathos* » mâchoire, traduisant une déformation de la mâchoire qui semble rejetée en arrière quand elle est observée de profil.

²⁴ Centre bulboprotubérantiel est le centre de la déglutition.

II.4.2.2.3- Coordination réflexe succion-déglutition-respiration ou S-D-R

Physiologie de la succion-déglutition :

Il se décompose en trois temps : ²⁵

- Le temps buccal :

Chez le nourrisson, la tétée débute après le réflexe de fousissement.

Il correspond, pour le nouveau-né au réflexe de succion ; il y a création d'un vide intra-buccal par l'action coordonnée de plusieurs organes :

- Dans un premier temps, il y a protrusion²⁶ de la langue et avancée des lèvres vers la source d'excitation. Dans un deuxième temps, la langue se retire, alors que les lèvres se referment sur l'objet excitateur. Au contact de la tétine ou du mamelon, les lèvres l'enserment hermétiquement par une forte contraction de l'orbiculaire et des muscles mentonniers.
- La contraction du voile sur le dos de la langue permet la fermeture de l'isthme bucco- pharyngé.²⁷
- La langue se place sous le mamelon ou la tétine dans un mouvement de protraction²⁸ (muscle génioglosse) puis effectue un mouvement de rétropropulsion (muscle hyoglosse) en prenant une forme de gouttière. Elle effectue de petits mouvements rapides, elle se creuse, ses bords se relevant.
- La mandibule s'abaisse sous l'action des muscles sus- et sous hyoïdiens.

Le sein est ainsi comprimé et le lait jaillit.

Notons que pendant ce réflexe de succion, le bébé peut continuer à respirer.

C'est seulement après plusieurs mouvements de succion, quand la quantité de liquide accumulé est suffisante pour stimuler les zones du réflexe de déglutition que celui-ci se déclenche.

- Le temps pharyngien :

C'est le franchissement du carrefour aéro-digestif. La bascule de la base de langue va propulser le bol alimentaire vers l'hypopharynx. Cette phase débute par le réflexe de déglutition qui permet une protection indispensable des voies aériennes au moment du passage des aliments.

²⁵ Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophonie, Anna Tréguier, *Apports d'un regard d'orthophoniste dans le projet d'allaitement de l'enfant faible prématuré au sein d'un service de néonatalogie*, 2006-2007, Université de Paris VI.

²⁶ Protrusion : du latin protusus, de protudere, pousser en avant.

Source : <http://www.medicopedia.net/term/19119,1,xhtmJ>

²⁷ Annexe n°13 : *les structures orales, pharyngées et laryngées chez le nourrisson.*

²⁸ Protraction : action de tirer en avant.

Il entraîne plusieurs événements :

- L'occlusion vélopharyngée : Le voile du palais s'élève et empêche ainsi les reflux alimentaires vers la cavité nasale.
- L'occlusion laryngée : dans une déglutition adulte, il y a ascension du larynx. Chez le nourrisson, le larynx est déjà relativement haut. On observe également une bascule de l'épiglotte vers l'arrière qui obstrue l'orifice laryngé et un accollement des plis vocaux et vestibulaires. Le verrouillage du larynx est également assuré par le réflexe de toux expulsant tout élément indésirable qui aurait échappé aux autres systèmes de protection.
- Le péristaltisme pharyngé : il agit de proche en proche, du proximal au distal, en suivant la progression des aliments dans le pharynx. Il permet au bol alimentaire de passer du pharynx à l'œsophage. Le bol remplit un ou les deux sinus piriformes (ou gouttières pharyngo-laryngées) et est poussé vers l'œsophage par la contraction du muscle constricteur moyen. Cette onde péristaltique pharyngée est beaucoup plus marquée chez le nourrisson que chez l'adulte.

Durant cette phase pharyngée, l'orbiculaire des lèvres reste fortement contracté autour du mamelon ou de la tétine et le bébé garde les arcades dentaires séparées en y glissant sa langue.

Le sujet ne respire pas durant le temps pharyngien, il y a donc coordination entre respiration et déglutition pour éviter l'inhalation alimentaire. Plus précisément, l'apnée et l'élévation du voile sont simultanées avant même la fermeture de la glotte et, la déglutition se fait durant la pause naturelle entre la fin de l'inspiration et le début de l'expiration. Cette apnée naturelle dure entre 450 et 700ms et permet au nouveau-né de boire sans interrompre son rythme respiratoire. Cependant, en début de repas, il n'est pas rare que la respiration soit suspendue durant les premières succions.

- Le temps oesophagien

Il est totalement automatique et commence quand l'onde péristaltique atteint le sphincter supérieur de l'œsophage et entraîne son ouverture pour permettre le passage du bol puis sa fermeture pour éviter un reflux.

Les mécanismes de protection des voies aériennes n'ont plus d'effet, les organes du pharynx et du larynx reprennent leur place et la respiration reprend.

C'est toujours l'onde péristaltique qui fait progresser le bol jusqu'à l'estomac où cette phase prend fin. Notons qu'il faut plusieurs déglutitions pharyngées avant que la contraction ne déclenche l'onde.

Cinq nerfs crâniens issus du tronc cérébral permettent cette séquence motrice succion-déglutition :

- Le nerf facial **VII** assure la contraction de l'orbiculaire des lèvres et celle des buccinateurs.
- Le nerf hypoglosse **XII** permet la contraction de la langue.
- Le nerf trijumeau **V** met en jeu les mouvements de translation de la langue.
- Les nerfs glosso-pharyngien **IX** et pneumogastrique **X** assurent la commande motrice de la déglutition et sa coordination.

Ce couple moteur automatique succion-déglutition requiert donc l'intégrité de tous les noyaux moteurs du tronc cérébral.

La déglutition obtenue est **la déglutition archaïque** du nourrisson, encore appelée **déglutition primaire ou infantile**. La langue vient alors s'étaler contre les crêtes alvéolaires, entre en contact avec la lèvre inférieure. La stabilisation de la mandibule est assurée par les muscles faciaux.

Plus tard, vers l'âge de 6 ans, cette déglutition évolue en déglutition typique de l'adulte ou **déglutition secondaire**. La pointe de langue prend alors appui en arrière des incisives supérieures sur le palais, la mandibule est stabilisée par le temporal supérieur et les arcades dentaires sont fermées. Ainsi, l'oralité alimentaire motrice (ou oralité primaire alimentaire) est assurée par le travail de succion dont la durée est en moyenne d'une heure et demie par jour.

La succion reflète les conditions ventilatoires et contribue à les améliorer. En effet, elle stimule la respiration, la filière nasale étant la seule à être utilisée pour la respiration durant toute la durée d'une tétée.

Le nouveau-né a une respiration essentiellement nasale. L'alimentation et la ventilation fonctionnent simultanément. En effet, la cavité orale est restreinte par le volume important de la langue. Le réflexe succion-déglutition joue un rôle protecteur des voies aéro-digestives.²⁹

Le bébé ne ventilera par la bouche qu'à partir du 3^{ème} mois.

Enfin, cette activité de succion parfait la qualité motrice des tétées ultérieures en augmentant l'éveil calme, source d'acquisitions nouvelles dans le champ des interrelations mère-enfant.

II.4.2.2.4- Le réflexe d'agrippement ou de *grasping*

Lorsque l'on place un index dans la paume du nouveau-né, cette stimulation entraîne une forte flexion des doigts. Cette manœuvre peut être faite simultanément des deux côtés et la flexion forte des doigts permet de soulever l'enfant et de l'amener en position assise.

Ce réflexe est faible avant 32 SA.

²⁹ G. Couly, *Développement embryonnaire de la face*, Encycl. Méd. Chir., Traité de Stomatologie-Odontologie, 1990, 22001A20.

Ce réflexe permettait au départ à l'enfant de s'assurer de rester accroché à la mère et donc au sein même lorsque la mère avait un geste brusque.

II.4.2.2.5- Le réflexe tonique asymétrique du cou

On parle aussi de réflexe de l'escrimeur. On observe l'enfant en décubitus dorsal avec rotation de la tête d'un côté : bras occipital fléchi, bras facial étendu.

L'activité motrice de l'enfant est un instrument fondamental pour conquérir son univers. Cet instrument ne peut pas être étudié seulement d'un point de vue physiologique. Il doit être rattaché à la vie psychique de l'enfant.

II.4.2.2.6- Les réflexes de bâillement, d'éternuement, de toux et de hoquet

Le bâillement est un acte involontaire, associé habituellement à l'assoupissement ou à l'ennui, pendant lequel la bouche s'ouvre largement sur une respiration lente et profonde. Le bâillement s'accompagne d'une accélération provisoire du rythme cardiaque, d'une légère constriction de certains capillaires sanguins et, dans de nombreux cas, d'une humidification des yeux.

La raison d'être du bâillement est inconnue, mais une théorie suggère qu'il est entraîné par une augmentation du taux de gaz carbonique dans le sang.

Le bâillement est un réflexe qui apparaît très tôt puisqu'il est observé chez l'enfant prématuré.

Dans la pratique orthophonique, le bâillement est utilisé dans la dynamique du recul de langue, nécessaire lors de la déglutition.

L'éternuement et la toux sont des mécanismes de protection des voies aériennes supérieures contre la pénétration de corps étrangers ou d'allergènes. Il s'agit de mouvements convulsifs des muscles expirateurs par suite duquel l'air est chassé tout à coup avec violence par le nez et/ou la bouche. Ce sont donc des réflexes nociceptifs³⁰, protecteurs, adaptés à l'appareil respiratoire et que l'individu va garder tout au long de sa vie.

Le hoquet s'observe dès le cinquième mois de la vie intra-utérine. On pense que le hoquet augmente la mobilité du diaphragme afin d'assurer en temps voulu les mouvements respiratoires du bébé.

En effet, le hoquet est une contraction spasmodique du diaphragme³¹ qui détermine une brusque secousse de l'abdomen et du thorax et s'accompagne d'un bruit rauque causé par la constriction de la glotte et la vibration des cordes vocales. Il survient habituellement de façon rythmique et une crise peut durer de quelques minutes à plusieurs heures. Il est pratiquement physiologique, c'est-à-dire normal chez le nourrisson après tous les repas.

Lors de la tétée, le bébé déglutit de l'air : la poche à air de l'estomac étant toujours très importante chez le nourrisson, elle appuie fortement sur le diaphragme et cela déclenche, par incitation nerveuse le hoquet. On peut le prévenir en fractionnant les tétées et en exigeant un rot après chacune d'elles. Le rot joue un rôle important dans le développement des muscles et

³⁰ Nociceptif : relatif à la nociception, perception des stimulations produisant la douleur.

³¹ Diaphragme : muscle séparant le thorax de l'abdomen.

des organes impliqués dans l'expiration, véhicule normal de l'émission vocale.

II.4.2.2.7- Le réflexe nauséux

Ce réflexe existe chez tous les nouveaux-nés et peut être déclenché en allant exciter la muqueuse palatine ou le tiers postérieur de la langue. Il se produit alors un mouvement partant de la région diaphragmatique avec forte contraction du voile du palais, ouverture de la bouche et protrusion linguale pour évacuer le « corps étranger » hors de la cavité buccale avant qu'il ne franchisse l'isthme du gosier.

Ce réflexe nauséux va progressivement se postérioriser, grâce à la maturation et aux expériences de succion, pour atteindre vers l'âge de six/sept mois la position qu'il a chez l'adulte, c'est-à-dire les piliers du voile du palais. Il perd donc sa fonction de protection des voies aériennes pour n'être plus qu'une fonction digestive.

L'entraînement à la succion a un rôle majeur dans l'inhibition et la postériorisation de ce réflexe puisque des observations ont montré que chez des enfants plus grands, c'est-à-dire entre douze et trente-six mois qui avaient tous une histoire de succion faible (prématurité ou épisode de gavage), 78 % d'entre eux avaient un réflexe nauséux non postériorisé.

II.4.2.2.8- Les pleurs, les cris³²

Les cris et les pleurs apparaissent dès la naissance. Ce sont les premiers exercices vocaux auxquels se livre l'enfant. Ils contribuent ainsi au perfectionnement moteur des organes phonateurs.

L'interprétation qui a été longtemps retenue pour expliquer l'apparition des premiers cris était purement physiologique, le cri n'étant qu'une réaction quasi-réflexe à un stimulus interne. Depuis les années 60, on considère que ce phénomène est réflexe au départ, mais que le cri devient très vite intentionnel.

Les cris ont plusieurs fonctions chez le bébé et dès le début, ils sont la façon la plus efficace d'attirer l'attention de l'entourage.

Il existe au moins quatre types de pleurs, quatre cris de base du nourrisson :

- De faim, d'inconfort
- De frustration
- De douleur
- De colère.

Dès les premières semaines de vie, les cris sont une gesticulation sonore, l'équivalent de l'agitation motrice. Le cri sort du corps, spontané, sans modèle, dans une décharge motrice, comme un geste naturel.

³² Frances I., Gicquel-Ferracani V., Marty V., Schon- Fernandez G., *Les praxies bucco-faciales chez l'enfant de 0 à 4 ans, développement, incidence sur la parole et exercices rééducatifs*, Mémoire d'orthophonie, Montpellier, 1993.

II.4.2.2.9- Le réflexe de morsure

Appelé également « pression alternative » ou « réflexe de jaillissement », il se manifeste lors du mécanisme de succion : la mandibule de l'enfant s'ouvre et se ferme alternativement de façon verticale et rythmée. Ce réflexe est utilisé lors de l'allaitement. Le mouvement fait pression sur le mamelon et permet l'éjection du lait.

Si ce réflexe ne s'inhibe pas par la suite, il est souvent le signe d'un trouble grave neurologique et peut gêner l'alimentation et la phonation de l'enfant.

II.4.2.2.10- L'aptitude de rotation latérale de la langue

On peut stimuler ce réflexe en touchant les bords latéraux de la langue proche de l'apex. La réponse est la suivante : orientation de la langue vers le côté de la stimulation. Ce mouvement sera nécessaire lors de la mastication.

II.4.2.2.11- Le réflexe de la langue en gouttière

Lorsque le doigt, la tétine ou le mamelon vient en contact avec la partie médiane de la langue, la langue se déprime au centre, ses bords latéraux se redressent et forment une gouttière qui remonte vers le palais. Le stimulateur est enserré.³³

³³ Anna Tréguier, *Apports d'un regard d'orthophoniste dans le projet d'allaitement de l'enfant faible prématuré au sein d'un service de néonatalogie*, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, 2006-2007, Paris.

Tableau récapitulatif : Descriptif des différents réflexes et de la stimulation pour les activer

(D'après Anna Tréguier, mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste)³⁴

Réflexes	Stimulations	Réponses
Fouissement	Frottement de la joue ou de la bouche avec le doigt, le mamelon.	Le nouveau-né effectue un mouvement pendulaire de la tête destiné à prendre le mamelon entre ses lèvres.
Hooker	Contact de la muqueuse interne de la lèvre inférieure ou de la gencive.	L'enfant sort sa langue en pointe pour toucher le stimulus.
Rotation latérale de la langue	Contact des bords latéraux de la langue.	La langue s'oriente vers le côté de la stimulation. La future mastication dépendra de l'efficacité de ce réflexe.
Langue en gouttière	Contact de la partie médiane de la langue avec la tétine, le doigt ou le mamelon.	La langue se creuse, ses bords latéraux se redressent et forment une gouttière.
Morçure ou jaillissement	Pendant la succion	La mandibule s'ouvre et se ferme alternativement de façon verticale et rythmée. Ce mouvement fait pression sur le mamelon et permet l'éjection du lait. Normalement il sera inhibé par la suite. S'il persiste, il est le signe de troubles neurologiques.
Succion	Toute stimulation orale	Les lèvres ensèrent le mamelon, le doigt, le pied, la tétine, et exerce une aspiration. La langue vient alors s'étaler contre les crêtes alvéolaires, puis elle entre en contact avec la lèvre inférieure.
Coordination S-D-R	<p>Réflexe de fouissement</p> <p>↓</p> <p>Tétée</p> <p>↓</p> <p>Succion + Déglutition + Respiration</p>	<p>Contraction des lèvres sur le mamelon ou la tétine guidée par l'olfaction.</p> <p>1- Protrusion de la langue et avancée des lèvres vers la source d'excitation.</p> <p>2- La langue se retire, alors que les lèvres se referment sur l'objet excitateur et la succion commence.</p> <p>3- Petits mouvements rapides de la langue qui se creuse, mouvements synchrones du maxillaire inférieur.</p> <p>4- Puis mouvements antéropostérieurs = Suckling</p> <p>5- Respiration entre les mouvements de succion et la déglutition ou après la déglutition.</p>

³⁴ Ibid

Toux	Présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires.	Expiration bruyante Rôle : éviter les fausses routes laryngées lors de la déglutition.
Hoquet	Lors de la tétée	Le bébé déglutit de l'air : la poche à air de l'estomac étant toujours très importante chez le nourrisson, elle appuie fortement sur le diaphragme et cela déclenche, par incitation nerveuse le hoquet.
Cris, pleurs	Stimulus interne ou externe	
Nauséux	Excitation de la muqueuse palatine ou du tiers postérieur de la langue. Absorption d'une substance gênant par le goût, la texture, la température.	Mouvement contractant inverse de la déglutition qui protège de l'ingestion de corps étrangers. Il témoigne de la sensibilité intra buccale.
Tonique asymétrique du cou		On observe l'enfant en décubitus dorsal avec rotation de la tête d'un côté : bras occipital fléchi, bras facial étendu.

II.4.2.3- Les capacités d'interactions précoces du nouveau-né avec son environnement³⁵

Dès la naissance, les regards, les odeurs, les sons, les caresses forment un univers plein de significations auquel le nourrisson est particulièrement sensible. L'enfant vit ainsi dans un contexte de communication nécessaire à sa survie. Pour se développer normalement, il doit non seulement recevoir des informations, mais aussi désirer en communiquer. Il le fait d'abord grâce à son corps, son regard et son sourire (Boysson-Bardies, 2005).

Mélanie Klein est une des premières dans les années trente, à partir de psychanalyses effectuées auprès de jeunes enfants, à proposer une conception du développement de l'enfant qui le considérait comme un être possédant une vie psychique et relationnelle propre.

Aujourd'hui, la conception de la relation entre le bébé et l'entourage s'est modifiée. L'environnement et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement.

Dans le *Petit Robert*, l'interaction est définie comme étant « une action réciproque ». Le terme d'interaction renvoie en psychologie et psychopathologie du développement, au concept d'interaction interpersonnelle et sociale. Il est difficile de décrire toutes les caractéristiques de ces interactions précoces. Mais l'interaction est différente de la relation dans la temporalité. Une relation interpersonnelle va se développer dans le temps. Alors que la temporalité de l'interaction est très courte.

Lebovici, Mazet et Visier en 1989, à partir de leurs nombreux travaux sur les interactions précoces, ont défini trois types d'interactions précoces.

Les interactions précoces entre la mère et l'enfant	
Deux partenaires actifs	
Mère	Bébé
(mais aussi le père, fratrie ou tout autre partenaire)	
<ul style="list-style-type: none">- disponibilité au moment de l'interaction- relation avec le bébé- état psychologique actuel	<ul style="list-style-type: none">- vigilance, attention et disponibilité au moment de l'interaction- réactivité personnelle aux sollicitations et aux stimuli du partenaire- attachement
Les interactions sont :	
<ul style="list-style-type: none">- comportementales au niveau du corps, de la voix et du regard- affectives- fantasmatiques	

³⁵ Ibid.

II.4.2.3.1- Les interactions comportementales

On les situe dans trois registres : corporel, visuel et vocal.

II.4.2.3.1.1- Les interactions corporelles

Elles concernent la façon dont le bébé est tenu, manipulé et touché. D. W. Winnicott en 1975 parlait de *holding physique* et de *holding psychique*. Autrement dit la mère porte son enfant dans les bras et dans la tête. L'enfant et sa mère s'ajustent corporellement dans le peau à peau, les caresses, les baisers.

Ajuriaguerra, en 1970 parlait « du dialogue tonique » entre la mère et l'enfant permettant des ajustements corporels interactifs.

II.4.2.3.1.2- Les interactions visuelles

Dès la naissance, la mère et le bébé ont un regard mutuel pendant la tétée. À la naissance, le bébé voit à environ trente centimètres de distance, autrement dit la distance entre l'œil de la mère et celui du bébé lors de la tétée.

II.4.2.3.1.3- Les interactions vocales

La voix donne un tempo dans les interactions avec le nourrisson. Pour Bowlby, les interactions vocales (cris, pleurs) jouent un rôle important dans l'attachement, comme une sorte de « cordon ombilical acoustique ».

Pour Bruner, l'acquisition du langage est basée sur le processus d'interaction parents et enfant. Il nous montre comment dès la naissance, la mère et le bébé sont engagés dans des « tâches réalisées conjointement » comme l'allaitement, les jeux, les explorations des objets, les soins quotidiens...

Dès la naissance, des auteurs ont montré la préférence du nouveau-né pour la voix humaine et plus particulièrement pour la voix maternelle.

Pour D. Stern, la prosodie de la voix maternelle a des pauses adaptées au rythme du bébé. La mère répète souvent les mots. Elle présente des mimiques que l'enfant reconnaît.

II.4.2.3.2- Les interactions affectives

Il s'agit donc de la tonalité affective générale de l'interaction. La mère perçoit ce que le bébé ressent. Réciproquement la prosodie et l'ajustement tonico-postural indiquent l'état affectif de la mère.

D. Stern parle « d'accordage affectif (*Affect attunement*) » entre la mère et l'enfant. Il décrit là l'expérience subjective partagée par la mère et son bébé notamment vers ses 9 mois. Chaque partenaire reproduit la qualité des états affectifs de l'autre sur un ou plusieurs canaux sensorimoteurs. Par exemple à un des gestes de l'enfant correspondra des vocalisations maternelles.

II.4.2.3.3- Les interactions fantasmatiques

La notion d'interaction fantasmatique a été étudiée par Kreisler, Cramer et Lebovici. Ils prennent en compte l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé dans les aspects imaginaires.

II.5- Les conditions de naissance à risque

II.5.1- Les conditions prénatales

Il existe de nombreuses situations à risque pour le nourrisson et sa mère au cours de la grossesse. En voici quelques-unes : maladie de la mère, Interruptions Volontaires de Grossesse précédentes, retard de croissance intra-utérin, infections intra-utérines, fausses couches, grossesse tardive, âge, isolement social, rupture avec le père.

II.5.2- Les conditions périnatales

Dans la majorité des cas, la naissance se produit à terme et la croissance intra-utérine est normale. Dix minutes après la naissance, le bébé sain a un teint rose, sa respiration et sa circulation sont normales. Il bouge bien et ne présente aucune malformation.

Environ un nouveau-né sur dix est « à haut risque périnatal »³⁶.

En effet, un nouveau-né peut être prématuré, souffrir d'infections périnatales, et être hospitalisé en néonatalogie.

La transition au monde aérien doit se faire rapidement à la naissance. Mais parfois elle est défaillante et des troubles respiratoires (exemple asphyxie néonatale) apparaissent. Ces troubles peuvent survenir chez le nouveau-né à terme ou prématuré.

Lorsque la mère déclenche une dépression post-partum, celle-ci la neutralise et l'empêche de rencontrer son enfant dans des conditions optimales.

L'annonce d'une malformation, d'un trouble sensoriel, d'une maladie somatique vient parfois sidérer des parents en devenir et interrompt le processus de naissance de l'enfant avec ses parents.

Le repérage des troubles précoces des interactions est important avant que ces difficultés ne se manifestent sous forme de symptômes ou de troubles du développement.

³⁶ Prof. Moessinger A., Dr. Tolsa J.-F., Dr. Micheli J.-L., *Le fait médical*, De la recherche au patient, Périmatologie, Avril 2000, N°43.

Chapitre 2 :
Construction de la fonction d'oralité

Le concept d'oralité est utilisé pour parler de l'enfant. On sait à présent qu'il porte une dimension symbolique, sensorielle, interactive. On sait que l'enfant est un être compétent qui se développe au travers d'interactions sociales. Mais qu'est-ce que vraiment l'oralité ? une fonction ? un stade ? l'histoire d'une bouche ? une relation à l'autre ? une rencontre ?

I- L'histoire d'une bouche

I.1- Le concept d'oralité à travers différentes approches psychanalyse classique et perspective psychodynamique³⁷ et perspective développementale

I.1.1- Le stade oral

Dans la perspective psychanalytique classique, Freud a mis l'accent sur les orifices et les zones érogènes.

Selon Freud S., dans les trois essais sur la théorie de la sexualité, le stade oral se situe dans la première année de vie de l'enfant : c'est une période consacrée à la préhension : prise d'aliments, prise d'informations dans son environnement. La zone érogène ou pulsionnelle est la zone bucco labiale, le carrefour aéro-digestif jusqu'à l'estomac et aux poumons. L'objet pulsionnel est représenté par le sein ou son substitut. Au cours de la première année de vie, la fonction alimentaire sert de médiateur principal à la relation symbiotique mère-enfant. Puis très rapidement le plaisir oral (suçotement des lèvres, du pouce...) vient s'ajouter à l'alimentation. Le but pulsionnel est double : d'une part un plaisir auto-érotique par la stimulation de la zone érogène orale et un désir d'incorporation des objets. (B. Golse)

Abraham K. a divisé ce stade. Il parle du stade oral primitif (stade d'absorption passive : le sein n'est pas encore conçu comme à la fois bon et mauvais) et du stade oral tardif (celui-ci couvre le deuxième semestre de vie, c'est le stade sadique oral où s'extériorisent les pulsions cannibaliques, lié à l'apparition des dents), du sevrage comme le conflit relationnel de cette période.

Pour Anzieu D. (1974), en le qualifiant d'oral, S. Freud n'a pas limité cette phase à des expériences de la cavité bucco pharyngée. Selon lui, la clinique avec les tout-petits nous montre qu'au-delà de l'investissement des zones érogènes, c'est le degré de différenciation et d'organisation du Moi qui prime à ce moment de vie. Il aborde les débuts de la libido sexuelle à travers deux prismes : le premier est celui de l'activité de succion, le second est l'expérience de réplétion.

J. Laplanche fait une critique de Freud en ce qui concerne la théorie sur la genèse de la sexualité infantile. « Le suçotement nous fait connaître les 3 caractères de la sexualité infantile, celle-ci se développe en s'étayant sur une fonction corporelle essentielle de la vie ; elle ne connaît pas encore d'objet sexuel, elle est auto-érotique et son but est déterminé par l'activité d'une zone érogène. »

³⁷ Le terme de psychodynamique est souvent utilisé comme équivalent de l'adjectif psychanalytique. Ce terme renvoie à l'idée de psychisme en mouvement.

C'est à partir de l'activité de suçotement que Freud élabore la théorie de l'étayage (articulation d'une pulsion et d'une fonction) : à l'origine, la sexualité infantile naissante s'étaye en deux temps (la succion du sein et le suçotement) sur une fonction non sexuelle, fonction corporelle essentielle à la vie dans le cas de l'oralité, la faim et la fonction d'alimentation.

I.1.2- En deçà des mots, la rencontre entre la mère et son bébé
La place du corps et de la peau dans les modèles de développement

Depuis les années cinquante, on est passé d'une psychanalyse surtout « orificielle » à une psychanalyse plus « cutanée ». Autrement dit l'intérêt pour la bouche et les sphincters s'est déplacé sur les enveloppes et la peau. (B. Golse)

La mère est porteuse de son histoire personnelle, du contexte socioéconomique dans lequel elle vit, de sa grossesse, de l'accouchement.

Quant au bébé, à la naissance (passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine), il est bombardé de perceptions sensorielles. Mais ces sensations ne prendront sens que dans l'interaction avec un partenaire (la mère, pas encore considérée comme un objet différencié mais plutôt comme une fonction maternelle en tant que « principe maternant »³⁸).

« Par son mode d'approche, la mère donne au nouveau-né la possibilité de l'illusion que le sein fait partie de lui.[...] En rendant possible l'expérience de l'illusion, la mère pose les fondements de la fonction symbolique chez son bébé. »³⁹

« Ce qui est visé là, ce sont en quelque sorte les tous premiers niveaux de la symbolisation, la constitution de signifiants élémentaires dont l'émergence et la spécification comme telles ne se réfèrent pas à l'absence de l'objet libidinal, mais au contraire se fondent sur la garantie de sa présence. On pourrait se livrer à des jeux de signifiants : du symbole (sein-bol) au parler (par-lait). [...] L'accent se voit porter sur la mère ou plutôt sur sa double fonction contenante et nourricière qui accompagne l'enfant dans son trajet du sein jusqu'au langage. »⁴⁰

« La présence de l'objet primaire est nécessaire dans une première étape, fournissant [...] une matrice pour l'extractions des configurations signifiantes ».⁴¹

L'allaitement fait partie des premiers échanges entre la mère et l'enfant. « Il contribue d'une symbiose, « d'une gestation extra-utérine ».⁴²

Le corps de l'un se prolonge dans le corps de l'autre. On pourrait penser qu'ils ne font qu'un corps. Dans les *trois essais sur la théorie de la sexualité infantile*, Freud souligne qu'il n'y a pas de corps de nourrisson ni de corps de la mère, qu'il n'y a pas non plus de séparation intérieur/extérieur, qu'il y a une sorte d'indissociation. Ni la mère ni le sein ne sont reconnus comme objets extérieurs mais comme des choses appartenant au bébé. La mère n'est donc que la médiation entre l'enfant et le sein qui lui appartient. C'est donc l'enfant qui se donne lui-même l'expérience de la satisfaction.

³⁸ Principe maternant : on le retrouve chez Winnicott avec le concept de « Holding ».

³⁹ Blin D., *Le lait objet de la rencontre*, Revue Française de psychosomatique, 2007/1, n°31, p.125.

⁴⁰ Golse B., *Insister Exister, de l'être à la personne*, Fil Rouge, 1990, PUF, pp.193-194.

⁴¹ Ibid, p.194.

⁴² Joyceline Siksou, *Allaiter au sein ou au biberon*, Lieux de l'enfance, n°6-7, 1986.

La tétée, d'un point de vue métapsychologique correspond pour l'enfant à l'expérience de satisfaction de la pulsion orale, qui met en jeu la fonction digestive et qui pour Freud serait à l'origine de la constitution de l'appareil psychique et de la capacité à penser de l'enfant.

Quand l'excitation survient chez le bébé c'est-à-dire la faim, l'enfant s'agite, crie. Cette « modification interne »⁴³ due à la faim ne fait pas baisser la tension. Mais cette modification interne va produire une « modification externe »⁴⁴, c'est le déclenchement de la lactation chez la mère.

« Une grande partie de l'édifice psychanalytique repose sur la première expérience de satisfaction. »⁴⁵ Selon Freud, cette première tétée détermine la première inscription fondatrice de l'appareil psychique. De plus Pierre Aulagnier dit qu'au moment où la bouche rencontre le sein, elle « rencontre et absorbe une première gorgée du monde ».

E. Bick, dans son article sur « *le vécu de la peau dans toutes les premières relations d'objet* » nous fait réfléchir sur un premier état qui précède la constitution d'une vie intérieure. Elle montre la valeur primordiale de l'expérience du mamelon dans la bouche, associée à la façon dont le bébé est porté, enveloppé par la mère.⁴⁶

G. Haag attire notre attention sur la façon dont sont intégrés les multiples stimuli sensoriels qui assaillent l'enfant dès la naissance. Cette intégration se fait grâce aux interactions précoces mère-enfant. Elle dépend qualitativement de cette première relation que la mère établit avec son bébé.

I.1.3- Naissance psychique du nourrisson : *Sortie de la symbiose*

Dans cette deuxième étape, il est question de deuil de l'objet primaire. C'est l'absence de l'objet maternel qui doit être symbolisée grâce à une fonction symbolique « que les uns réfèrent au père, et les autres à la mère. »

Deux concepts s'opposent alors : « les uns placent le phallus au centre du système et les autres le sein maternel, les uns invoquent l'opposition signifiant-signifié, les autres contenant-contenu. Les kleinien parlent du sein, des auteurs comme G. Rosolato parlent de « l'objet de perspective » identifié au pénis maternel. »⁴⁷

Dans les deux cas, il s'agit de l'objet perdu. Le bébé devient capable de distinguer intérieur et extérieur.

Finalement, c'est la fonction maternelle qui va initialement aider à la mise en place des premiers systèmes de symbolisation. L'enfant peut symboliser l'absence de la mère. Mahler parle de « naissance psychologique » (1980).

⁴³ Freud S. *Esquisse d'une psychologie scientifique* in La naissance de la psychanalyse. PUF, 1979, p. 336.

⁴⁴ Ibid. p. 336.

⁴⁵ Telma Corrêa Da Nóbrega Queiroz, *Du sevrage au sujet*, L'Harmattan, Psychanalyse et civilisations, 2007.

⁴⁶ Cité par Joyceline Siksou dans l'article *Allaiter au sein ou au biberon*.

⁴⁷ Ibid, p.194.

I.2- La bouche et l'oralité

Il semble essentiel de ne pas réduire la bouche à sa dimension corporelle. La bouche s'insère dans une multitude de facettes de l'oralité. « Par son emplacement anatomique singulier, la bouche se situe au carrefour du dedans et du dehors, et elle se trouve impliquée dans toute une série de fonctions et de processus qui participent profondément à l'ontogénèse de la personne. »⁴⁸

I.2.1- La bouche du fœtus

Dès son origine embryologique, la bouche se trouve à la frontière du monde interne et du monde externe. D'origine « ectodermique », elle est tapissée de peau « internalisée ». La déglutition permet le passage entre ces deux mondes.

I.2.2- La bouche du bébé

La bouche est la zone perceptive où débute selon R. Spitz (1979) « toute perception ». « Elle est le lieu premier de l'entrecroisement du sensoriel, avec la rencontre d'un nouveau monde aérien, rempli de nouveaux stimuli, et de l'affectif, dans le lien à l'autre qui s'établit [...] lors des moments de nourrissage. »⁴⁹

I.2.2.1- La perception au sein

Pour décrire l'immaturation du système perceptif qui domine chez le nouveau-né, R. Spitz parle de système cénesthésique (viscéral, diffus). Puis au fur et à mesure de la maturation, un nouveau système prend le relais. Il s'agit du système diacritique.

La bouche est dès la vie intra-utérine, une zone perceptive exceptionnelle. Elle possède des récepteurs diacritiques et des récepteurs cénesthésiques. Ainsi au moment où le bébé a le sein (ou le biberon) en bouche et que le lait coule dans le pharynx, ces deux systèmes sont stimulés simultanément. La bouche est donc le premier lieu des explorations sensorielles : perception tactile dans un premier temps, puis perception visuelle. En effet au cours de la tétée, si le nourrisson perd puis retrouve le contact avec le mamelon, il maintient le contact visuel avec la mère.

I.2.2.2- La relation à l'autre

Au départ, le bébé boit pour s'alimenter, pour absorber des calories, puis rapidement il va découvrir, lors des tétées, la dimension plaisir grâce à la voix, à l'odeur, au toucher, au holding de la mère. La relation à l'autre, objet de la rencontre se met en place.

I.2.3- La bouche du langage : « On ne babille pas la bouche pleine »⁵⁰

⁴⁸ Golse B. et coll., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 4^{ème} édition, Masson, 2008.

⁴⁹ Ibid, p. 248.

⁵⁰ Pierre Denis, *On ne babille pas la bouche pleine*, ORTHOMagazine, n°55, novembre/décembre 2004, p.25-27.

N. Abraham et M. Torok ⁵¹(1972) ont montré que le langage n'émerge que lors du passage de la « bouche pleine du sein à la bouche pleine de mots », et que ce changement de registre s'effectue autour de « l'exploration glosso-linguo-palatale du vide » et de la relation avec la mère.

Autrement dit ils soulignaient l'importance du manque pour entrer dans le langage. Ceci renvoie à ce passage dans la théorie pulsionnelle de S. Freud entre le moment de la couvade⁵² mère-bébé où la mère joue le rôle de fonction contenante et nourricière, où le sein et la bouche dans l'expérience primitive du bébé sont réunis en une zone-objet complémentaire⁵³, et le moment où l'objet primaire, le sein est perdu et symbolisé, introjecté, représenté en dehors de lui. Le bébé fait l'expérience de la bouche vide car la bouche a survécu à l'absence du sein.

Pour d'autres auteurs comme J.-B. Pontalis (1986) et J. Kristeva (1987) parler c'est saisir la distance entre soi et l'autre. D'autres soumettent l'idée que la parole a pour tentative de compenser cette distance. La parole vient toucher l'autre.

De plus, il est intéressant de souligner que la bouche du langage se développe dans le sens inverse de l'ingestion.

I.3- L'évolution du concept d'oralité Apport de la théorie de l'attachement

L'attachement d'un nouveau-né à ce qui l'entoure est instinctif⁵⁴. Konrad Lawrence a mis en évidence un phénomène qu'il nomme « empreintes » chez les animaux.

L'éthologiste H. F. Harlow décrit le comportement d'un singe rhésus séparé de sa mère et à qui on présente des leurres de substitution maternels. L'un des substituts est en fer et porte un biberon. L'autre est recouvert de chiffons mais ne porte pas de biberon. Lorsqu'un événement extérieur stressant apparaît, le singe est observé à chaque essai sur le leurre doux et ne se dirige vers l'autre que pour s'alimenter. Il semble évident qu'un contact physique précoce est un besoin primordial.

J. Bowlby, psychanalyste se distingue du point de vue psychanalytique classique de Freud qui prétend que c'est le besoin alimentaire qui lie le nourrisson à sa mère. Pour Bowlby, la mère répond également à un besoin primaire d'attachement chez le bébé. La bouche par le biais de la succion et du cri a une place centrale dans ce processus d'attachement autrement dit dans l'élaboration du rapport à autrui. (B. Golse)

Selon Freud et Bowlby, le bébé s'attache à la mère car elle satisfait ses besoins vitaux : alimentaire et relationnel.

Spitz a mis en évidence l'hospitalisme, état pathologique dépressif observé chez des enfants

⁵¹ Nicolas Abraham et Maria Torok, *Deuil et mélancolie (introjecter-incorporer)*, 1972.

⁵² Michel Fain, *Prélude à la vie fantasmatique*, in *Revue Française de Psychanalyse*, 1971, 2-3, p. 291-365.

⁵³ Piera Aulagnier, *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, 1975, PUF, 1991.

⁵⁴ Documentaire *Les Mémoires d'un bébé*, écrit et réalisé par Bouyer R.-J., 2009.

séparés précocement de leur mère. Il s'est interrogé sur la manière que le bébé avait de réagir devant un substitut maternel. Il a placé un leurre (sur un carton, il a tracé de traits horizontaux sur le même plan) devant le bébé. Celui-ci n'a pas réagi. Puis sous ces deux traits horizontaux, il a placé un trait vertical. Le bébé a commencé à montrer des réactions. Enfin il a rajouté une bouche sous le trait vertical et a animé le carton. Dans 90 % des cas, le bébé sourit. Autrement dit il perçoit préférentiellement des informations sensorielles qui lui permettent de déclencher les premiers nœuds du lien de l'attachement.⁵⁵ (B. Cyrulnik)

La théorie de l'étayage premier de Freud a t-elle été remplacée par la théorie de l'étayage de la relation ? La référence aux relations mère-enfant précoces n'élimine pas la question de l'oralité comme sexualité orale mais semble complémentaire pour saisir la complexité de cette première année de vie.

⁵⁵ Documentaire *Les Mémoires d'un bébé*, écrit et réalisé par Bouyer R.-J., 2009.

L'oralité est donc une notion indéfiniment extensible⁵⁶.

En tant que concept psychanalytique, elle est définie par la métapsychologie, c'est-à-dire par rapport à plusieurs points de vue dynamique, topique⁵⁷ et économique^{58 59} :

- **Dynamique par la dimension interactive entre le sujet et ses pairs.**
- **Localisée à l'os. L'os était le lieu de l'oralité. Aujourd'hui on *parle* de bouche.**
- **Caractérisée par une multitude d'activités. L'oralité est un stade de développement libidinal (une sexualité orale qui articule une pulsion et une fonction), un type de relation d'objet (au début de la vie, il y a une symbiose entre le bébé et le sein), un mode de symbolisation (autrement dit une naissance psychique, une entrée dans le désir de sujet) mais qui serait secondaire au lien primaire d'attachement biologiquement déterminé.**

Faire référence à ces concepts apparaît complexe mais pertinent pour aborder la clinique des pathologies autour de l'oralité.

⁵⁶ Brusset B., *Oralité et attachement*, Revue française de Psychanalyse 2001/5, Volume 65, p. 1447-1462.

⁵⁷ Topique : au sens de lieu.

⁵⁸ Economique : au sens d'activités.

⁵⁹ Brusset B., *Oralité et attachement*, Revue française de Psychanalyse 2001/5, Volume 65, p. 1447-1462.

II- Même s'il n'y a qu'une seule bouche parlons donc d'oralités

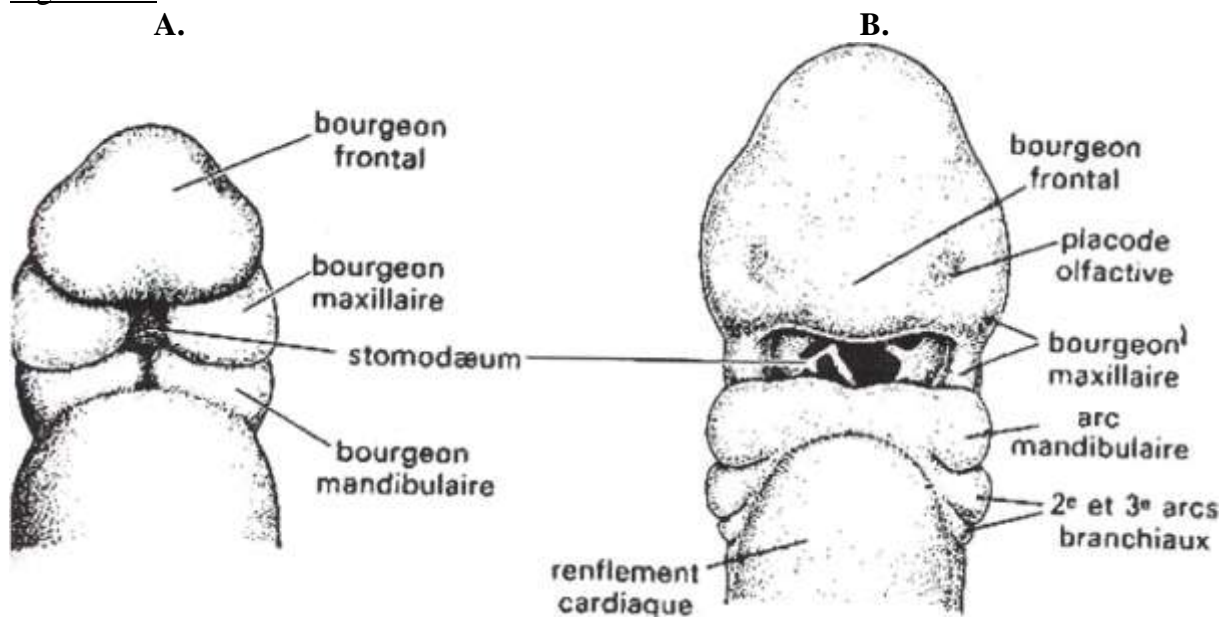
II.1- L'embryogénèse faciale et cervicale

Mise en place de la cavité bucco nasale

Au cours des deux premiers mois de l'embryogénèse, la cavité bucco nasale ou stomodéum se met en place. À la fin du premier mois, cinq bourgeons faciaux primordiaux délimitent le stomodéum. La tête de l'embryon s'individualise. Il va se produire un ensemble de fusions de bourgeons qui à terme donneront le menton, les lèvres, les joues, le nez, la bouche, les yeux, le palais, les arcades dentaires.

La cavité bucco-nasale primitive se constitue par la convergence des cinq bourgeons d'ectoderme, ébauche de la peau. Le stomodéum est en communication avec le pharynx d'origine endodermique. Soulignons l'origine commune embryologique de l'oralité buccale et gustative et la nasalité respiratoire et olfactive.

Figure 3 :⁶⁰



- A. *Vue frontale d'un embryon d'environ 24 jours. Le Stomodeum est clos par la membrane pharyngienne. Il est entouré de bourgeons faciaux.*
- B. *Vue frontale d'un embryon un peu plus âgé montrant la rupture de la membrane pharyngienne.*

II.2- L'oralité débutante ou primaire⁶¹

Comme nous l'avons indiqué précédemment, c'est au niveau de la sphère orale que se jouent les premières activités motrices de l'embryon⁶². Aux alentours de la huitième semaine, l'oralité alimentaire se manifeste. Le réflexe de succion s'ébauche sous l'impact de la

⁶⁰ Image extraite du site suivant : www.sfip-radiopediatrie.org/SFIPoldpages/EPUTIM02/CHOTIM02.HTM

⁶¹ Thibault C., *Orthophonie et oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007, Masson.

⁶² Voir annexe n°10.

sensibilité tactile (Réflexe de Hooker). Les lèvres s'ouvrent. La langue s'organise sur le plan musculaire au sein de la bouche cloisonnée par le palais. Puis celle-ci vient toucher la main.

L'embryon devient fœtus.

S'y succèdent des mouvements antéropostérieurs de succion (appelés Suckling) amenant le fœtus peu à peu à déglutir le liquide amniotique. On se situe alors vers la douzième et la quinzième semaine.

Nous l'avons vu l'oralité débute par le réflexe de Hooker. Elle se mature progressivement.⁶³

À la naissance, le nouveau-né mis au sein ou au biberon commence sa tétée par le réflexe de fouissement, puis la contraction des lèvres sur le mamelon ou la tétine. La contraction des lèvres est assurée par une dépression buccale et une force de compression linguale contre le palais. Au début, on relève deux ou trois mouvements de succion d'affilée avant que le bébé ne déglutisse et respire. Nous verrons par la suite la différence entre la tétée du mamelon et la tétée de la tétine. (C. Thibault)

Une coordination succion-déglutition-ventilation est donc essentielle à l'oralité alimentaire et est le signe qualitatif d'une bonne maturation cérébrale.

Conjointement, la cavité buccale sert également l'expression. La bouche devient le lieu de vocalisations réflexes où se mêlent cris et sons végétatifs (bâillements, soupirs...). Le bébé module sa voix.

Ainsi ces mêmes localisations neuro-anatomiques de l'oralité alimentaire et de l'oralité pré-verbale primaire objectivent le fait que ces dernières sont intimement liées. (C. thibault)

La bouche est désormais le carrefour anatomique et fonctionnel du verbe et de l'aliment.⁶⁴

II.3- L'oralité secondaire alimentaire et verbale

L'apparition des dents, le sevrage, la diversification alimentaire, l'évolution fonctionnelle langagière et la motricité sont les indices de changements développementaux primordiaux chez l'enfant.

Grâce au cortex pariéto-frontal, au faisceau géniculé et au système des gnosies et des praxies naissantes, le passage à la cuillère devient possible entre 4 et 7 mois (fenêtre néophile⁶⁵). Cette nouvelle stratégie alimentaire coexiste avec l'oralité succionnelle primaire (l'enfant conserve une alimentation au biberon ou au sein) et permet la transition vers l'oralité secondaire ou de mastication. (C. Thibault)

Cette étape jonglant avec les deux stratégies peut durer de un à deux ans en Occident.

Anatomiquement se jouent des bouleversements ; le cou s'allonge, le larynx descend, la cavité orale grandit laissant plus de place à la langue et permettant une résonance buccale, le voile

⁶³ Annexe n°10.

⁶⁴ Françoise Saint-Pierre, La bouche : entre plaisir et souffrance, Paris, Eska, 2000.

⁶⁵ Docteur H. Piloquet, lors de la journée du groupe miam miam, novembre 2009, Nantes.

monte lors de la déglutition pour fermer le nasopharynx, l'enfant tient en position assise (vers 4-9 mois).

Au début de cette révolution anatomique et fonctionnelle, le nourrisson tète les aliments sur la cuillère puis le contrôle moteur va peu à peu s'affiner et permettre une propulsion vers les piliers (zone réflexe de la déglutition). Le *sucking* ou « vraie succion »⁶⁶, c'est-à-dire la mise en place de mouvements de la langue allant de haut en bas nécessite la position verticale de l'enfant.

Vers 6 mois (avec l'apparition des premières dents), l'enfant apprend à saisir la cuillère entre les lèvres et les dents.

Donc conjointement, le nourrisson se saisit de nouveaux mécanismes respiratoires (il ventile par la bouche), alimentaires (avec le passage à la cuillère) et phonatoires (il va complexifier ses émissions sonores). L'enfant construit son oralité alimentaire conjointement à son oralité verbale.⁶⁷

Peter MacNeilage et Barbara Davis suggèrent que l'alimentation à la cuillère entre 6 et 8 mois amène le babillage canonique.⁶⁸

Figure 4 :

Evolution dans l'acquisition phonatoire : Du cri aux mots

Age(mois)	Étapes	Productions
0-3	Phonation Roucoulement	Vocalisations réflexes Cris et sons végétatifs
3-8	Babillage rudimentaire	Jeux vocaux, vocoïdes, Combinaisons de vocoïdes et cotoïdes (CV)
5-10	Babillage canonique	Complexification : doublement des combinaisons CVCV
9-18	Etape intégrative Structuration mélodique et temporelle	Premiers éléments articulés Enoncés mixtes : protomots
Après 18	Entrée dans la phase syntaxique	Affinement de l'équipement phonologique Apparition des phrases

⁶⁶ Thibault C., *Orthophonie et Oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007, Masson.

⁶⁷ Thibault C., *Orthophonie et Oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007, Masson.

⁶⁸ Cité dans l'article de Vannier S., *Evaluation de la sphère oro-faciale, quand l'enfant ne mâche pas ses mots*, ORTHOMagazine, n°79, novembre/décembre 2008.

Figure 5 :

Evolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois (d'après Tapin, 2001 et Puech, 2005)

Ages(mois)	Motricité	Langage	Préhension des Aliments	Évolution schémas Succion-déglutition		Texture
0-4	Flexion tête médiane	Vocalisations	Aspiration sein ou biberon	Suckling	Succion-Déglutition Réflexe	Liquide
4-6	Assis Contrôle Tête	Babillage rudimentaire	Tétine+cuillère Boit au verre	Suckling	Réflexe diminue	Liquide+ Semi-Liquide
6-9	Rotation 4 pattes debout	Babillage Canonique	Tétine+verre+ Cuillère+ Début Mastication	Suckling+ début Sucking Mouvements Linguaux latéraux	Début de dissociation Succion déglutition	Semi Liquide+ mixé
9-12	4 pattes	Babillage mixte	Cuillère+ Verre malaxage	Suckling> Sucking	Diduction Mandibulaire Mouvements Linguaux Dans l'espace	Mixé+ Solide mou
12-18	Marche	Proto-mots	Cuillère+verre malaxage< mastication	suckling< sucking	Dissociation Langue-mandibule	Solide Mou+ Solide dur
18-24	Marche	Phrases	Cuillère+ Verre Mastication+ Sucking	Succion-Déglutition indépendantes	Stabilité mandibule	Solide dur

La praxie de mastication se mettra en place vers les deux ans. Il s'agit de l'oralité dentée (l'enfant disposera de vingt-deux dents de lait). Les structures buccales sont plus musclées et mieux coordonnées. Ces structures sont également mieux coordonnées au système visuo-moteur (mise en place de l'axe œil-main-langue). La langue est fréquemment en position haute pour déglutir. L'enfant complexifie son geste mandibulaire lors de l'alimentation. Des mouvements latéraux de langues apparaissent. Mais il faudra attendre 4 à 6 ans pour obtenir une mastication avec un geste hélicoïdal d'un adulte.

Conjointement l'enfant passe des mots aux mots-phrases puis aux premières phrases. Parallèlement au développement lexical continu, un affinement du système phono-articulatoire s'effectue. Il ne deviendra véritablement efficace seulement vers 5-7ans.

La propreté orale, la continence salivaire et l'utilisation coordonnée d'outils (cuillère, fourchette) deviennent opérationnelles vers la troisième année.

« Les praxies de déglutition, mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles du langage naissent, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques (zones frontales et pariétales). »⁶⁹

⁶⁹ Thibault C., *Orthophonie et Oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007, Masson, p.47.

On saisit les enjeux de cette évolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage.

II.4. – Double ancrage corporel et interactif du langage

On ne peut pas réduire le langage à sa dimension corporelle.

« J'ai osé faire un jour le commentaire suivant :

« Un bébé n'existe pas ». [...] Si vous voulez décrire un bébé, vous vous apercevez que vous décrivez un bébé ET quelqu'un d'autre. Un bébé ne peut exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation. »

D. W. Winnicott, L'enfant et le monde extérieur

Ninio (1992) a montré à partir d'une étude longitudinale que 95 % des mots utilisés par l'enfant entre 18 et 32 mois sont les mêmes que ceux qu'emploie la mère.

Tomasello (2003) a systématisé en deux grands groupes les capacités cognitives nécessaires à l'acquisition du langage. Le premier groupe est la lecture de l'intention (*intention reading*) ; il inclut l'attention conjointe, la capacité de suivre le regard de l'autre, la capacité de diriger l'attention de l'autre vers un objet. Le deuxième groupe est dénommé détection de schèmes de comportements (*pattern finding*).

En d'autres termes, l'environnement est indispensable à l'acquisition du langage.

Bruner (1983-1987) parle du langage comme un mécanisme de règles innées (LAD, *language acquisition device*) nécessitant la mise en œuvre d'un système d'appui d'acquisition (LASS, *language acquisition support system*).

Bruner (1978) décrit comment au sein de ce processus de communication, l'enfant arrive à la dénomination. Tout commence vers 4 mois avec l'attention conjointe lorsque l'enfant dirige son regard vers un objet. Au départ cette conduite n'est pas de nature communicante mais la mère la charge quand même d'intention et attrape l'objet. Puis vers 8-10 mois, le bébé regarde alternativement l'objet et la mère et signale l'objet par le bras. Puis l'enfant va pointer intentionnellement les objets pour arriver enfin vers 12-18 mois à les dénommer.

Vygotsky insiste sur l'origine sociale du langage et sur le rôle essentiel de l'éducation dans le développement.

C'est pour cette raison qu'il a semblé intéressant d'analyser ce double ancrage et à la lumière du débat entre les neuro-développementalistes (partisans de la relation intersubjective entre l'enfant et l'entourage, perspective interactionniste) et les psychanalystes classiques (partisans de la symbiose primaire) comme nous avons pu le faire précédemment concernant l'oralité, la bouche.

D'un côté, les développementalistes situent le bébé comme un être social d'emblée qui est capable de communiquer dès le départ. De l'autre, les psychanalystes insistent sur le fait qu'au départ, le bébé ne différencie pas les objets de lui-même.

Une troisième voie existe, plus dialectique qui consiste à penser que l'accès au langage n'est pas possible sans désir de communiquer à l'autre dans un système d'interactions mais que le bébé n'accède à ce désir que par l'intermédiaire d'un objet primaire relativement bon et permettant la séparation. La symbolisation du sein, objet primaire perdu (l'enfant saisit que le sein est en dehors de lui et a une unité propre) va permettre le passage vers la bouche pleine de mots. La symbolisation s'effectue au niveau social. L'enfant est amputé de la mère. C'est la séparation. Le langage s'y immisce.

Dans la perspective de ce mémoire d'orthophonie, nous garderons à l'esprit cette double condition pour que la manducation et le langage s'instaurent. Le nouveau-né est un être qui dispose de compétences d'emblée à la naissance mais cet être a besoin d'un étayage de soins et de relation pour se construire, et doit accéder à son désir de sujet acteur de son alimentation et à son désir de sujet communicant.

II.5- Les fonctions de l'oralité

« La fonction de l'aliment n'est pas seulement de satisfaire les besoins biologiques de l'organisme, mais de satisfaire une série de besoins qui concernent le psychisme. »

Tremollière

II.5.1- Un cordon physiologique entre la mère et l'enfant après la naissance

« Au moment de la naissance, la première porte de communication qui s'ouvre vers l'extérieur, ce ne sont pas les yeux, ce ne sont pas les oreilles, c'est la bouche. »

Lejoyeux J., Les neuf clés du visage.

II.5.2- Fondement de l'identité et construction du Moi

Grâce à la maturation conjointe des structures neurologiques, motrices, physio-anatomiques et sensorielles dans un climat familial et psychologique favorables, l'enfant passe progressivement d'une relation de dépendance absolue à la mère à une certaine autonomie. L'autonomie se dessine dans l'évolution du comportement alimentaire et dans le développement langagier.

II.5.3- Fonction symbolique et socio-culturelle

« L'aliment est porteur de sens, il nourrit le corps métaboliquement mais aussi l'imaginaire. »⁷⁰ Il engage l'affectivité, il nous engage dans un rapport à l'autre.

« L'aliment est la base de toute civilisation, il constitue une identité forte. (...) En effet, le mangeur se situe dans un système culinaire culturel et se place par rapport à un groupe de référence, s'y intègre ou s'en différencie. »⁷¹

L'acte de manger est chargé de significations socioculturelles, imaginaires et symboliques. L'homme mange des mots et se nourrit de symboles.⁷²

Comme le souligne C. Levy-Strauss seul l'être humain cuisine, « véritable démarche culturelle de transformation de l'aliment cru en aliment cuit ». Chaque aliment possède une valeur singulière. Ce qui est en jeu dans l'acte de l'alimentation, c'est le don et l'échange. Un véritable acte d'amour se dessine lorsqu'une mère nourrit son enfant.

« L'oralité se construit autour de la sphère oro-faciale, la bouche devient mémoire, elle ouvre la porte à l'imaginaire ».⁷³

En apprenant à parler, l'homme apprend à manger du symbole.

⁷⁰ Thibault C., *Oralité et Orthophonie, La sphère oro-faciale de l'enfant*, Masson, 2007.

⁷¹ Ibid p. 58.

⁷² Fischler C.-L., *L'omnivore*, Odile Jacob, Paris, 1990.

⁷³ Thibault C., *Oralité et Orthophonie, La sphère oro-faciale de l'enfant*, Masson, 2007.

Du symbole au Parler

*Récemment,
Je déjeunais dans une auberge
Et à la table voisine
Il y avait deux convives
Qui mangeaient
Et tout en mangeant...
Ils alimentaient la conversation.
Au début,
Lorsque l'un mangeait
L'autre parlait...
L'alternance était respectée
Et puis les mots appelant les mets...
Et les mets les mots
Ils se sont mis à parler et à manger
En même temps !
Les mots qui voulaient sortir
Se sont heurtés aux mets
Qui voulaient entrer...
(ils se télescopaient...)
Ils se sont mis à mâcher leurs mots
Et à articuler leurs mets.
Très vite la conversation a tourné
Au vinaigre
Ils se sont jetés à la figure
Des bouffées de mets...
À la fin,
Chacun ayant ravalé ses mots
Et bu ses propres paroles
Il n'y eut plus que des éclats
De voie digestive
Et de mots d'estomac !
Ils ont fini par ventriloquer
Et c'est à qui aurait le dernier rôle !
Je sais...
Vous pensez :
Il a écrit un sketch alimentaire.
Et alors,
Il faut bien
Que tout le monde mange !*

*Raymond Devos.*⁷⁴

Se nourrir est à la fois un acte symbolique, une action biologique et un comportement social.⁷⁵
Les mots et les aliments se télescopent dans cette zone qu'est la bouche.

⁷⁴ Cité par B. Golse dans *Insister et Exister, De l'être à la personne*, Le fil rouge, PUF, 1990.

⁷⁵ Sant'ana Simas Roberta, Thèse doctorat de psychopathologie et psychanalyse, sous la direction de Golse B., Université Paris Diderot - Paris 7, 2009.

Et comme le dit C. Levy-Strauss, « il ne suffit pas qu'un aliment soit bon à manger, encore faut-il qu'il soit bon à penser. »

La question est maintenant de savoir si des contraintes (contraintes au sens large) portant sur le développement de la fonction orale, fonction nous l'avons vue fondamentale au début de la vie de l'enfant pourraient interférer sur la mise en place d'un comportement alimentaire et langagier adéquat.

La question de l'allaitement me paraît intéressante à traiter. En effet, il s'agit d'une période où se jouent les premières rencontres entre la mère et l'enfant.

Des contraintes portant sur les mécanismes succion-déglutition-respiration pendant l'allaitement peuvent elles être un risque pour le développement de l'oralité alimentaire et pour les interactions mère-enfant ?

Tout d'abord, nous allons tenter de comprendre ce qu'est l'allaitement aujourd'hui. Nous allons l'appréhender à travers la technique de la succion, puis des aspects psychoaffectifs et enfin nous nous pencherons sur les différences entre un allaitement au sein et un allaitement au biberon.

Pour terminer, je traiterai de deux situations cliniques pathologiques qui m'apparaissent comme des modèles pour saisir ce qui se joue dans la mise en place des habiletés sensori-motrices, comportementales et psychologiques dans l'alimentation du jeune enfant.

Chapitre 3 :

Instrumentalisation de la fonction d'oralité dans le
développement du comportement alimentaire

L'oralité débute au cours de la vie intra-utérine et va se poursuivre lors de la grande période d'allaitement.

I- Au commencement était l'allaitement dans les interactions précoces

Pendant des milliers d'années, le nouveau-né a été allaité au sein au besoin par l'intermédiaire de nourrices. Cette pratique avait une importance vitale, puisque c'était la seule possibilité de survie pour l'enfant. Vers 1820, un événement planétaire va bouleverser l'allaitement : l'invention du biberon. Puis à la fin du 19^{ème} siècle sont apparues les méthodes de conservation des aliments et donc du lait de vache. Le 20^{ème} siècle aura vu décliner l'allaitement au sein pour de multiples raisons sociologiques, économiques, psychologiques : le travail des femmes, l'intérêt esthétique, le découragement ou le non encouragement à allaiter de la part des équipes médicales... Les multinationales, appuyées par toute une immense campagne publicitaire, ont posé avec l'appui de la science, une sorte d'interdiction d'allaiter pendant plusieurs années.

Les traditions ont changé au profit du lait de vache puis du lait de vache modifié et de préparations industrielles (lait concentré, ...). On dit qu'un allaitement est artificiel⁷⁶ lorsqu'il ne s'agit pas de lait de femme ; il peut être le plus souvent du lait de vache ou des produits industriels. Le terme de lait est réservé aux produits naturels (lait de vache, lait de chèvre...). Le terme d'aliment lacté diététique a été utilisé pour les laits industriels fabriqués à partir de lait de vache.

Depuis quelques années, on assiste à une sorte de redécouverte scientifique de la valeur nutritive et immunitaire du lait maternel.

De nombreuses études comparatives de la composition du lait de vache et du lait de femme ont souligné l'importance de leurs différences.⁷⁷

Aujourd'hui parler d'allaitement est ambigu puisqu'il peut s'agir d'allaitement au sein ou au biberon.

I.1- Les aspects psychoaffectifs de la relation d'allaitement

Le lait, objet de la rencontre

L'effet de l'allaitement maternel sur l'organisme est indéniable⁷⁸. Les statistiques montrent que la mortalité et la morbidité infantiles sont nettement inférieures quand les enfants sont nourris au sein. De nombreuses recherches montrent les avantages, pour la santé physique, de l'allaitement au sein sur l'allaitement artificiel. Il existerait un risque inférieur d'infections, un meilleur apport protéique et d'oligo-éléments. (Cunningham A. S. et Jackson)⁷⁹

Le lait maternel est un aliment complet. Le fait d'allaiter a aussi un effet sur la santé organique de la mère : involution intra-utérine et diminution du saignement plus rapide après l'accouchement, effet contraceptif corrélatif du prolongement de l'aménorrhée...

⁷⁶ Voir annexes n°1, 2, 5.

⁷⁷ Voir annexe 5.

⁷⁸ Voir annexe 7.

⁷⁹ CUNNINGHAM A. S., *Morbidity in breast-fed and artificially fed infants* ; Jackson (R. L.) : *Longterm advantages of optimal nutrition un early life*. Cités par E. Alfred Sand in Les cahiers du nouveau-né n°3, p.56.

Au-delà de la question de la qualité nutritive et immunologique de l'allaitement, il ne faut pas négliger les aspects relationnels de la relation mère-enfant. Si l'allaitement ne fonctionne pas, on réduit bien souvent le problème à une erreur technique. Or il paraît essentiel de s'interroger sur les aspects subjectifs de l'allaitement et du sevrage.

Nous savons que l'allaitement est le modèle de l'expérience de satisfaction décrite par Freud. Cette expérience qui laisse des traces à vie est le fondement même de la métapsychologie. Il sera intéressant de se référer aux travaux de S. Freud, Anna Freud, Mélanie Klein, Winnicott, Françoise Dolto et Lacan.

La définition du *Petit Robert* est formelle : allaiter signifie « nourrir de son lait, donner le sein ». Il ne cite pas les différentes manières d'allaiter : au sein, au biberon, mixte.

L'allaitement au sein est selon Telma Corrêa Da Nóbrega Queiroz⁸⁰, la forme d'allaitement qui se rapproche le plus de la continuité intra-utérine.

L'étude physiologique du processus de lactation⁸¹ nous révèle **à son origine un certain nombre de phénomènes dit réflexes. Mais il ne faut pas oublier le désir.** Le déclenchement de la sécrétion laiteuse, ce qu'on appelle la montée de lait dépend de la prolactine, hormone sécrétée par l'hypophyse. Ce processus a lieu chez toute femme qui a eu un enfant. On l'observe chez celles qui adoptent ; ce processus se déclenche par la succion du sein, processus appelé relactation. Ce qui prouve combien le désir est en jeu.

Avant la montée de lait, un liquide est sécrété par le sein, le colostrum. Il a déjà les propriétés essentielles pour nourrir le bébé. Pour que la montée se fasse bien, il faut que l'enfant soit mis au sein le plus tôt possible après la naissance. Le retard de la mise au sein entraîne une involution de la lactation.

Que ce soit dans un allaitement au sein ou au biberon, nous retrouvons divers types d'interrelations :

- Le contact bouche-mamelon
- Les ajustements corps à corps, les contacts peau à peau
- Les regards mutuels.
- La voix.

Le bébé cherche le sein grâce au réflexe de fouissement. L'odorat joue un rôle capital dans l'identification du sein. Le peau à peau est nécessaire pour que ce réflexe se manifeste. L'odorat et la voix sont les meilleurs stimulus pour le déclencher.

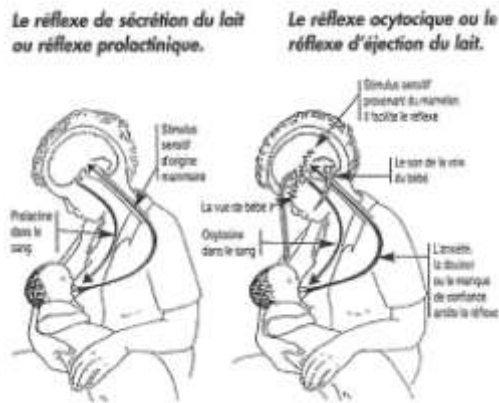
Le maintien de la lactation se fait par la succion fréquente du mamelon qui déclenche le processus hormonal. C'est la demande de l'enfant qui régule la quantité de lait sécrété et qui provoque le phénomène d'éjection du lait. Il s'agit d'un phénomène qui fait qu'au cours de la tétée, le sein éjecte activement le lait qu'il contient même si l'enfant s'éloigne du mamelon.

⁸⁰ Telma Corrêa Da Nóbrega Queiroz, *Du sevrage au sujet*, L'Harmattan, 2007.

⁸¹ Annexe n°3.

C'est un réflexe neuro-hormonal où intervient une hormone l'ocytocine. La vue de l'enfant, ses cris, son comportement, lorsqu'il a faim, activent la sécrétion d'ocytocine chez la mère et donc l'éjection du lait.

Figure 6 : Circuits nerveux et endocriniens (Source Co-Naître)



On comprend dès lors comment l'allaitement au sein contribue au maintien chez le bébé et la mère de l'illusion de la continuité intra-utérine.

Ce processus d'allaitement est donc pris dans tout un réseau complexe de facteurs affectifs, sensoriels, subjectifs, inconscients, physiologiques. L'allaitement n'est pas seulement une affaire de technique, de biologie, de raisonnement.

De plus « l'expérience d'allaitement de la mère joue aussi un rôle ». ⁸² « L'oralité du bébé réactive l'oralité maternelle qui joue en retour sur l'oralité de l'enfant au sein dans un jeu de miroir [...] » ⁸³

Winnicott montre combien les liens existant entre l'enfant et sa mère pendant la tétée sont intenses : « je dirai crûment que la relation du bébé à la mère pendant l'orgie de la tétée est particulièrement intense ». ⁸⁴

L'allaitement est ainsi un processus qui s'inscrit clairement dans la relation à l'Autre. Cette relation à l'Autre est tapissée de pulsion. L'allaitement est concerné par de nombreuses pulsions : orale, scopique ⁸⁵, invoquante ⁸⁶, olfactive.

Allaiter ne s'apprend pas dans les livres nous dit Winnicott. Cela fait partie d'un processus de devenir mère et c'est le bébé qui fait la mère

⁸² Ibid. p.55.

⁸³ Blin D., *Le lait objet de la rencontre*, revue française de psychosomatique 2007/1, n°31, p.127.

⁸⁴ Winnicott D.W. *L'enfant et le monde extérieur*. Petite Bibliothèque Payot, 1980, p.114.

⁸⁵ Scopique : terme psychanalytique, relatif à une pulsion qui met en scène la dialectique entre "regarder" et "être regardé", en particulier lors du développement de la phase du miroir (Lacan)

⁸⁶ Pulsion invoquante est relative à la voix.

Comprendre le processus d'allaitement normal c'est-à-dire les mécanismes physiologiques, les aspects psychoaffectifs en jeu pour saisir ce qui se joue lorsque ça dysfonctionne ou partir du normal pour comprendre le pathologique, telle est ma démarche.

I.2- L'allaitement au sein et l'allaitement au biberon Quelques différences⁸⁷

Un constat apparaît : il semble plus difficile de passer du lait à un autre aliment lorsqu'il s'agit du lait maternel que lorsqu'il s'agit du biberon. D'ailleurs dans le sens commun le sevrage est plus familièrement associé à l'allaitement au sein. Winnicott dit que le processus de sevrage devrait être le même dans les deux cas, mais que lorsque l'enfant est nourri au sein, « le bébé et la mère doivent traverser une période pendant laquelle il existe une colère contre le sein et pendant laquelle des idées d'attaquer cet objet sont présentes (...) ». ⁸⁸ Pour le sevrage du sein, il y a en général une coupure plus nette. Tandis que pour le biberon, le bébé y revient de temps en temps.

I.2.1- Une première différence à avoir avec la permanence de la mère

Freud, Winnicott, Dolto, Lacan parlent de l'importance de la permanence de la personne qui s'occupe de l'enfant. Or une des différences fondamentales entre l'allaitement au sein et l'allaitement au biberon concerne le rapport de l'enfant au visage de la mère qui l'allaité ou de celui qui s'occupe de lui. Avec le biberon, il arrive souvent que ce visage change. Ce changement entraîne une cassure dans la continuité avec le regard, la voix, les odeurs, ...

Pour Dolto, « un bébé, tant qu'il n'est pas âgé d'un certain nombre de semaines, - et je ne crois pas que cela aille au-delà de trois à quatre mois - ne peut se structurer sans la présence de la même personne dont il reconnaît l'odeur (elle détient son cavum), dont il reconnaît la voix (elle détient son larynx), dont il reconnaît les rythmes (elle détient son pharynx). En détenant cette racine de l'oralité sonore, intériorisante de la parole à la culture, et de l'analité expulsive, extériorisante que la parole maternelle valorise, la mère détient la vitalité potentielle de tout le cycle digestif ; c'est d'elle que dépend la continuité d'une relation humanisée : il ne l'a pas mangée, il ne l'a pas excrétée ; c'est pour cela qu'il est indispensable que ce soit la même personne qui le nourrisse et le change, sa présence, son visage, sa voix, ses rythmes porteurs et manipulateurs tissent la trame et la chaîne d'une alliance d'amour. Grâce à cette constance, l'enfant peut être en sécurité à l'intérieur de lui-même, et dans la relation à l'autre référent, il étend cette sécurité à la relation avec les autres qu'il apprend à connaître avec elle. » ⁸⁹

Lacan souligne la préférence très précoce (dès les premiers jours de vie) de l'enfant pour le visage maternel. De récentes recherches en psychologie expérimentale ont cherché à savoir ce qui se passe lorsque ce visage change ou lorsque la mère ne regarde pas l'enfant qui est allaité. Si l'enfant tète sans que sa mère lui parle, il déprime et perd l'appétit.

Allaiter n'est pas donc juste donner le sein et l'aliment, c'est aussi nourrir par le regard, la voix, l'odeur, le désir.

⁸⁷ Annexes n° 4, 6.

⁸⁸ Winnicott D.W., *L'enfant et le monde extérieur*, Petite Bibliothèque Payot, 1980, p. 119.

⁸⁹ Dolto F. *Table ronde du 9 juin 1979* in Cahiers du nouveau-né n°3, p. 368.

I.2.2- Les rythmes

Une autre différence concerne le rythme et la durée des tétées ainsi que le rythme de l'allaitement. Geneviève Haag parle d'une structure rythmique qui est presque biologique dans la tétée. Pour Balint, téter est une action répétitive et une répétition rythmique.

Chaque enfant semble posséder son rythme individuel et en maintient la fréquence. Selon lui, le rythme est une des qualités les plus archaïques de la vie humaine.

F. Dolto, dans son livre *L'image inconsciente du corps*, parle de cette époque de l'allaitement comme étant rythmée en deux temps et qui s'enracine « dans le fait qu'il faut être double, se dédoubler avec déplaisir quand la mère s'en va, se réunifier avec plaisir quand on se retrouve double et se redédoubler tout à coup pour que le symbolique advienne à la notion de sentiment différent des sensations avec la mère et sans elle. »⁹⁰ Ce rythme rappelle la métaphore du jeu de la bobine – présence et absence de la mère- décrite par Freud.

Le bébé est donc dans un rythme différent selon qu'il est nourri au sein ou au biberon. Le biberon est donné à l'enfant plutôt en rapport avec le rythme du besoin. Il y a souvent confusion entre la pulsion orale et le besoin de nourriture. Contrairement au sein qui est donné non seulement pour apaiser la faim et calmer l'angoisse. Avec le biberon, les horaires sont définies un peu plus de façon conventionnelle. Pour l'allaitement au sein, les rythmes sont plus individualisés.

I.2.3- La succion

Winnicott a souligné la différence dans la technique même employée par les bébés pendant la tétée : « On admet généralement qu'il y a une différence entre un bébé au sein et un bébé au biberon. Celui qui est nourri au sein va au-delà de la racine du mamelon et mâche avec les gencives, ce qui peut être très douloureux pour la mère, mais la pression exercée à cet endroit pousse le lait qui se trouve dans le mamelon jusque dans la bouche.⁹¹ Le lait est alors avalé. Le bébé nourri au biberon doit utiliser une technique différente puisque le lait coule tout seul. Certains bébés au biberon ont besoin d'un trou assez large dans la tétine parce qu'ils veulent obtenir le lait sans tirer, jusqu'à ce qu'ils aient appris à le faire. D'autres tirent tout de suite et s'inondent si le trou est trop grand. »⁹²

Le biberon refroidit vite. Il faut parfois le réchauffer. Du vide se fait dans la bouteille et il faut que la mère retire le biberon de la bouche pour que la tétée se fasse à nouveau.

Le flux du lait qui vient du sein est plus irrégulier.

La succion est d'abord associé à la satisfaction alimentaire pour après s'en affranchir. La fonction de la bouche a besoin de s'érotiser : l'enfant entre dans la satisfaction du besoin et dans la pulsion.

⁹⁰ Françoise Dolto, *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1984, p.103.

⁹¹ Annexe n°4.

⁹² Winnicott D. W. *L'enfant et sa famille*. Petite bibliothèque Payot, 1978, pp. 37-38.

Figure 7 : Position au sein et au biberon :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Figure 8 :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Position au mamelon du sein d'après Bu'lock⁹³

⁹³ Bu'lock F., Woolridge N. W., Baum J. D. *Development of co-ordination of sucking, wallowing and breathing :
ltrasound study of term and preterm infants.* Develop Med Child Neurol 1990 ;32 :669-78. Cité sur le site
www.perinat-France.org/mecanisme-de-la-tetee-436-968.html

Lors de la tétée au sein, la succion est pleine.

Le bébé happe le sein en bouche en propulsant le couple langue mandibule en avant. Il serre énergiquement le mamelon. La langue est d'abord par-dessus les gencives. Elle comprime le sein contre le palais, et effectue un mouvement ondulatoire antéropostérieur énergique sous forme de gouttière. Les lèvres sont coaptées, réalisant un joint hermétique et une dépression intra-buccale qui complète le dispositif de maintien du sein dans la bouche de l'enfant.

La tétée au sein est un mouvement complexe qui implique tous les muscles de la langue, les muscles propulseurs de la mandibule (en particulier les ptérygoïdiens latéraux), les masseters, l'orbiculaires des lèvres, les buccinateurs.

La puissance de cette action musculaire qui étire la zone aréolaire peut la faire doubler de longueur ; cela étonne très souvent les mères.

De plus le maintien du sein dans la bouche contraint le bébé à ventiler par le nez. L'enfant peut donc respirer pendant les mouvements de succion. Le bébé au sein synchronise fonctionnellement succion-déglutition-ventilation.

Lors de la tétée au sein, on peut relever en début de tétée plusieurs succions réflexes d'éjection, puis on note une succion coordonnée avec une déglutition. Enfin pour finir, on relève souvent un retour au ratio 3/4 succions pour une déglutition avant que le bébé ne lâche le sein.

L'enfant pourrait contrôler le flot de lait lors d'une tétée au sein et même l'arrêter momentanément en comprimant le mamelon maternel entre la langue et le palais.

Figure 9 :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Position à la tétine⁹⁴

Lors de la tétée au biberon, la langue est derrière les gencives, en retrait sous la tétine. Seule la pointe de la langue s'actionne. C'est une succion "pauvre".

La succion du biberon est donc un exercice différent qui requiert une activité musculaire

⁹⁴ D'après Bu'lock, cité sur le site www.perinat-France.org/mecanisme-de-la-tetee-436-968.html

moindre. Cette différence peut perturber le nouveau-né si les deux modes de succion sont alternés (confusion sein et tétine). Cette situation conduit le plus souvent à l'abandon du sein qui nécessite une succion plus accentuée.

Au biberon, l'écoulement du lait dépend essentiellement de facteurs sur lesquels l'enfant ne peut exercer aucun contrôle. Il s'agit essentiellement de la pesanteur (verticalité du biberon et inclinaison de l'enfant, position de la tétine – vitesse du débit d'écoulement) et de l'entrée d'air dans le biberon.

Il crée un mode de succion moins tonique caractérisé par une position linguale et mandibulaire plus postérieure qui varie en fonction de la tétine utilisée (consistance, densité, perforations...).

Le lait sortant de la tétine est envoyé vers l'oropharynx par les mouvements de la pointe de langue. L'enfant respire une fois la séquence succion-déglutition opérée.

I.2.4- Du côté de la mère

« La réussite d'une lactation dépend essentiellement de deux facteurs :

- La qualité de succion effectuée par la bouche du bébé sur l'aréole du sein*
- Le climat émotionnel dans lequel la mère vit ce moment*

Le sein, lui, pour sa part, est toujours prêt et fonctionne toujours. Il n'y a pas de sein qui fabrique peu de lait, il n'y a que des allaitements mal démarrés. »

Dr Marie Thirion.

Aldo Naouri parle de l'allaitement comme un moyen de poursuivre la relation telle qu'elle était pendant la grossesse entre le corps maternel qui dispense la nourriture et le corps du bébé qui la réclame.

I.2.5- Observation du nourrisson et de sa mère
Premiers échanges lors de l'allaitement au sein ou au biberon

Figure 10 :

Différents éléments constitutifs de la relation d'allaitement au sein ou au biberon

Points de vue	Types D'allaitement	Contacts Bouche-mamelon Bouche-tétine	Ajustements corps à corps Contacts Peau à peau	Regards mutuels
Bébé	Similitudes Sein et Biberon	<p>Au départ : non différenciation Bouche-mamelon ou Bouche-tétine Expérience sensorielle importante. La bouche, la langue et le mamelon/ tétine se complètent, s'unissent dans la succion. La succion varie d'un enfant à l'autre, par rapport à la position et dans la durée. La succion produit des bruits et des mouvements rythmés d'ouverture et de fermeture de la mandibule et des doigts de la main. Moment intégratif et unifiant⁹⁵. Les 1ers clivages s'organisent et se nuancent : plein-vide, mou-dur, chaud-froid, doux-rugueux, réconfortant-inquiétant.</p>	L'enfant est porté	<p>Pénétration intense des regards vers 1 mois et demi deux mois. Regards précèdent les sourires.</p> <p>Chez nouveau-nés, les regards se fixent à peine, plafonnent. Regard assure la continuité de la relation lorsque le mamelon ou tétine sont lâchés.</p>
	Différences Sein Biberon	<p><u>Biberon</u> : liquide coule plus ou moins vite en fonction de la tétine, de l'inclinaison du biberon. La température est variable Pas de variation de goût <u>Sein</u> : le bébé doit exercer une activité pour tirer sur les tétons. Le sein maintient une fusion corporelle intense avec la mère. La température est constante. Goût et odeur du lait dépendent de l'alimentation de la mère.</p>	<p><u>Sein</u> alternance du portage à droite à gauche. Dialogue tonique mutuel. Enveloppé sur la peau. Chaleur corporelle. Fusion mère-bébé. Prolongement du vécu de la grossesse.</p> <p><u>Biberon</u> toujours du même côté. Toujours soutenu de la même façon. Pas de permanence de la mère. Parfois bébé posé dans un transat : facilite les échanges visuels.</p>	

⁹⁵ Siksou J., *Allaiter au sien ou au biberon*, Lieux de l'enfance, n°6-7, 1986.

Mère	Similitudes Sein/Biberon	<p>Dans sa rencontre avec son bébé, la mère est porteuse de son histoire personnelle, du contexte socio-économique dans lequel elle vit, de son accouchement, de sa grossesse, de son désir d'enfant, de sa relation avec sa propre mère.</p> <p>Continuité avec vie intra-utérine.</p>	<p>Proximité physique. Elle porte son bébé dans ses bras, en kangourou, et dans ses «rêveries maternelles»</p> <p>Dans les bras : Réflexe de fouissement</p> <p>Dépendance du bébé.</p> <p>Le corps du bébé devient le lieu de résonance des affects de la mère. Elle enveloppe de ses bras, de sa voix, de son odeur, de ses caresses.</p>	Attention Regards
	Différences Sein Biberon	<p>Difficultés pour la mère à apprécier la quantité de nourriture prise au sein, le degré de chaleur du biberon.</p> <p>Mamelons parfois abîmés par la succion : crevasses.</p> <p>Dépendance très forte lors d'un allaitement au sein : les contrariétés, angoisses, stress, peuvent compromettre l'éjection du lait.</p> <p>Dès que le bébé pleure, crie, le sein peut lui être donné. <i>L'absence de distance physique, psychique peut s'accompagner de difficultés pour introduire un tiers : la rupture est parfois brutale (travail, ...)</i></p> <p>Allaiter nécessite de vivre au rythme du bébé et des montées de lait.</p>	<p><u>Au sein</u> :</p> <p>Ajustement postural important : il favorise ou non la succion et la tenue du mamelon dans la bouche.</p> <p><u>Dialogue tonique mutuel.</u></p> <p>Tension des seins. Montées de lait. Plaisir et soulagement d'avoir des seins vidés. Fonction contenante, Enveloppante. Fusion mère-bébé. Lait : lien fort. Prolongement du vécu de la grossesse. Lait symbolise l'enveloppe, substitut à l'enveloppe liquidienne de la vie intra-utérine.</p> <p>Cordon physiologique.</p> <p><u>Au biberon</u> pas de permanence de la mère. Distance au corps.</p>	Illusion donnée par la mère que son sein fait partie du bébé

Je ne souhaite absolument pas culpabiliser les mères n'ayant pas allaité au sein. Je cherche à comprendre les phénomènes physiologiques, psychoaffectifs en jeu lors d'un allaitement au sein ou au biberon.

L'allaitement est la première inscription de l'enfant dans un comportement alimentaire et dans les interactions précoces. On peut donc imaginer qu'un contexte médical à cette période aura des conséquences néfastes sur la mise en place de l'allaitement et sur le développement ultérieur de l'alimentation.

I.3- La pédiatrie néonatale et les conséquences des contextes médicaux sur l'allaitement et le comportement alimentaire

I.3.1- Lorsque l'enfant naît avec des troubles : Rappel des contextes médicaux

Figure 11 :

Contextes médicaux	Principales causes des troubles du comportement alimentaire	Conséquences Fonctionnelles	Conséquences nutritionnelles	Relation de nourrissage
<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de la Maturation Neuro-motrice - Troubles neurosensoriels - Troubles psychiques - Hospitalisation - Troubles organiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiques - Traumatiques - Psychogènes - isolées 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles déglutition - Troubles de la succion - Troubles sensations proprioceptives - Réflexe hypernauséux - troubles des praxies oro-bucco-faciales - Fausses routes - RGO - Douleurs - Fuites labiales - hypotonie 	<ul style="list-style-type: none"> Nutrition parentérale Nutrition entérale exclusive ou nutrition orale et entérale L'allaitement est difficile voire écarté. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de plaisir oral. - Refus alimentaire. - Opposition - Retrait - Pas de repas familiaux. - Stimulations déplaisantes au niveau de la zone orale. - Perturbation du rythme faim/satiation/satiété - Parents Inquiets, négatifs angoissés - Forçage, tension

I.3.2- Pathologies rencontrées entraînant des troubles du comportement alimentaire et des Troubles de dysoralité⁹⁶ isolée

Figure 12 :

Causes organiques	Traumatismes précoces	Causes psychogènes⁷²	Sans cause apparente ou trouble isolé
<p><u>Pathologie digestive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - transit anormal - diarrhée - trouble de la motricité oesophagienne - atrésie oesophage <p><u>Pathologies extradigestives</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - syndromes inflammatoires, infectieux - intolérances métaboliques - cardiopathies - pathologies pulmonaires <p><u>Anomalies congénitales de la déglutition</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral (Séquence <i>Pierre Robin</i>) - syndromes : micro-délétion 22q11, de <i>Noonan</i>, de <i>Kabuki</i>, de <i>Cornélia Delange</i>, de <i>William</i>, de <i>Prader Willi</i> - atteinte neuromusculaire congénitale : myopathie, dystrophies musculaires <p><u>Pathologies acquises de la déglutition</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - brûlure caustique oropharyngée - infections aiguës des voies aériennes supérieures - pathologies acquises neurologiques : tumeurs, accident neurovasculaire cérébral, encéphalite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrition artificielle - Hospitalisation - Prématurité - Réanimation - Intubation - Bronchodysplasie pulmonaire - Chirurgies : <ul style="list-style-type: none"> • L'atrésie œsophage • Hernies de coupole diaphragmatique • L'entérocolite ulcéronécrosante • Diarrhées graves 	<ul style="list-style-type: none"> - Anorexie commune d'opposition du 2^{ème} trimestre - Anorexie mentale infantile : <p><u>Forme phobique</u></p> <p>Caprices alimentaires Refus électif de certains aliments</p> <p><u>Forme dépressive</u></p> <p>Passivité face à la nourriture</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychoses infantiles débutantes 	<p><u>Dysoralité sensorielle :</u></p> <p>Manque d'appétit, Appétit irrégulier, Sélectivité sur les textures, sur la température, sur les goûts, refus des morceaux, refus des aliments nouveaux, nausées lors des repas, garde la nourriture en bouche, hyperréactivité tactile et corporelle.</p> <p><u>Pathologie de la succion</u></p> <p><u>Pas de coordination succion et respiration</u></p>

⁹⁶ Thibault C., *Orthophonie et Oralité, La sphère orofaciale*, Masson, 2007.

« Les habitudes alimentaires du nourrisson se manifestent par les comportements de prise de nourriture, les préférences sensorielles et la flexibilité vis-à-vis des pratiques initiées à son endroit par les adultes. Leur développement suppose la transformation de moyens sensori-moteurs pour intégrer [...] l'allaitement au sein, au biberon, à la tasse puis l'apport de nourriture solide à la bouche avec le doigt ou la cuiller. »⁹⁷

Essayons maintenant de comprendre en quoi ces différentes situations physiopathologiques peuvent empêcher un développement optimal et harmonieux du comportement alimentaire en commençant par l'allaitement. Nous nous intéresserons à deux situations particulières, deux modèles pour l'étude du développement du comportement alimentaire : la nutrition artificielle, la prématurité.

Ces deux modèles nous serviront à saisir ce qui se joue au sein d'un dysfonctionnement isolé du comportement alimentaire.

II- Deux modèles qui nous serviront à comprendre le développement du comportement alimentaire

II.1- Le contexte créé par la nutrition artificielle

II.1.1- Définition de la nutrition artificielle

La nutrition artificielle s'est développée au cours des années soixante-dix. De nombreux praticiens s'accordent pour dire qu'elle a révolutionné certaines prises en charge thérapeutiques, et particulièrement dans les affections digestives de l'enfant. On peut y recourir pour une indication exclusivement nutritionnelle (indications de suppléance) ou pour une indication de mise en repos du tube digestif.

Elle regroupe tout type de nutrition requérant une technique médicale particulière, proposée en l'absence ou en complément d'une alimentation orale normale.

On en distingue deux types :

- **Nutrition parentérale**, qui consiste à apporter les nutriments par voie veineuse (voie périphérique classique, cathéter intracave, fistule artério-veineuse).
- **Nutrition entérale**, qui consiste à apporter les nutriments par voie digestive : sonde directement à travers la peau dans l'estomac (gastrostomie) ou dans le jéjunum, partie proximale de l'intestin grêle (jéjunostomie), sonde nasogastrique, nasododénale, naso-jéjunale.

On la rencontre chez l'enfant atteint de pathologies digestives (pathologies œsophagiennes, entérocolites, diarrhée rebelle, grêle court, troubles de la motricité intestinale, maladies inflammatoires intestinales, pancréatites, malformations) et de pathologies extra digestives (en néonatalogie les prématurés, en réanimation, en oncologie, en cardiologie, en soins intensifs).

⁹⁷ Meiller D., Marret S., Soussignan R. et Schall B., *Le nouveau-né prématuré : un modèle pour l'étude du développement du comportement alimentaire*, Enfance 2008/3, Volume 60, p.242.

II.1.1.1- Physiologie de la nutrition entérale

II.1.1.1.1- Court-circuit physiologique

L'administration du lait (lait artificiel pour prématurés ou lait de mère ou lactarium⁹⁸) directement dans le tube digestif court-circuite l'étape oro-pharyngée. La physiologie digestive et la réponse métabolique de l'organisme à l'alimentation sont modifiées.

Elles dépendent de plusieurs facteurs :

- Le site d'administration : gastrique, duodéal ou jéjunal
- Le rythme des apports : débit continu ou fractionné
- La charge calorique du mélange, son débit d'infusion et son osmolarité⁹⁹
- L'état métabolique de l'enfant.

II.1.1.1.2- Les modes d'intervention techniques

Les nutriments couvrent les besoins nutritionnels de l'enfant. Ils sont spécifiquement modulés en fonction de son âge, de son poids et de sa pathologie. Les nutriments sont augmentés progressivement selon la tolérance clinique de l'enfant.

Les modes d'intervention sont variés : différents types de lait, la date de début et le rythme de progression des apports, les modalités d'alimentation.

II.1.1.1.2.1- L'instillation

L'instillation consiste à amener le lait dans le tube digestif par l'intermédiaire de la sonde. Chaque fois que cela est possible, un apport oral fractionné minimum est maintenu.

II.1.1.1.2.2- L'alimentation par sonde ou la stomie

L'introduction d'une sonde est nécessaire en raison de l'immaturation des réflexes de coordination succion-déglutition et de leur relation avec les mécanismes de protection des voies aériennes supérieures.

II.1.1.1.2.3- Le principe du gavage

Deux méthodes sont généralement choisies avec indication variable selon le poids ou la tolérance à l'alimentation :

- Le volume peut être administré sous forme de bolus fractionnés en fonction du poids (12 gavages pour un poids inférieur à 750-1000g, 8 gavages pour les poids supérieurs)
- Le volume peut être administré sous forme continue (NEDC- nutrition entérale à débit constant) par injection avec une pompe mécanique sur 2 à 3 heures. Ce mode d'administration est différent du perfuseur électrique par voie veineuse.

⁹⁸ Un lactarium est un centre de collecte, de traitement et de distribution de lait maternel.

⁹⁹ Osmolarité : capacité de diffusion de l'intestin aux organes.

II.1.1.2- L'oralité contrariée par l'alimentation entérale

II.1.1.2.1- Les conséquences fonctionnelles directes

Si la nutrition entérale préserve de la dénutrition, elle n'est pas un acte anodin chez le nourrisson. La nutrition artificielle perturbe de façon nette l'apprentissage du lien entre la prise alimentaire et le plaisir de manger, ainsi que l'apprentissage des sensations de faim et de satiété.

La cavité orale et le carrefour aéro-digestive ne sont pas investis par les aliments. Or nous avons pu saisir toute l'importance de cette zone de perception et d'exploration tactile qu'est la bouche, segment initial du tube digestif communiquant en arrière avec le pharynx par l'isthme du gosier et assurant les fonctions alimentaire, respiratoire et phonatoire.

En privant le bébé d'apports alimentaires par la bouche, cette substitution orale peut provoquer des troubles de l'oralité alimentaire (refus de diversification des textures, hypernauséux, troubles de la mastication, pas de sensation de faim...)

Tant que l'incoordination succion-déglutition-respiration et que la fatigabilité de l'enfant prématuré persistent fortement, l'alimentation assistée reste de loi. Cependant l'enfant passe d'expériences très actives pendant sa vie fœtale à une activité orale passive et contraignante qui le prive d'expériences qui avaient cours lors de la vie intra-utérine.

En effet, les sondes oro et nasogastriques sont préjudiciables du fait de leur emplacement pour l'acquisition :¹⁰⁰

- **Des sensations proprioceptives** (diminution des seuils de sensibilités dans la cavité buccale et dans le nasopharynx, diminution du réflexe nauséux de protection, irritation due aux changements fréquents de la sonde).
- **Des praxies de déglutition** (mauvaises qualités des pressions nécessaires à la fermeture de l'oropharynx, à la succion et à la déglutition).
- **Des praxies oro-bucco-faciales** (l'inconfort empêche souvent les stimulations de l'oralité, elles peuvent alors devenir déplaisantes voire douloureuses).

L'alimentation par sonde prive le bébé d'expériences sensori-motrices en termes de saveur, d'odeur, de consistance, de température et limite l'exercice sensori-moteur permettant l'utilisation de la sphère orale.

Les gestes invasifs, traumatiques des intubations, des extubations, des aspirations, des fibroscopies, des sondes et désagréables (« Moustache », c'est-à-dire le sparadrap qui maintient la sonde au niveau du nez ou de la bouche...) sont extrêmement négatifs pour l'enfant et peuvent conduire à une appréhension post-traumatique¹⁰¹.

¹⁰⁰ Thibault C., *Orthophonie et oralité, La sphère orofaciale*, Masson, 2007.

¹⁰¹ Poinso F. et coll., *Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance*, Archives de Pédiatrie, 2006, Vol. 13, p. 464-472.

Des publications récentes rappellent qu'une nutrition entérale au-delà de trois semaines induit un évitement du contact marqué par un recul et des pleurs à l'approche d'un objet près de la bouche.¹⁰²

Les enfants nés entre 32 et 37 SA nourris par sonde au-delà de quinze jours présentent très fréquemment une hypersensibilité orale et un retard de développement de l'alimentation observable plusieurs mois après.

Bullinger A. (2005) relève que lorsque cet espace oral ne se constitue pas de manière stable, c'est toute l'image corporelle qui est fragilisée. C'est ainsi que des troubles primitifs de l'espace oral vont influencer la suite du développement : déséquilibres entre flexion et extension du buste, défauts de coordination des espaces gauche et droit, non investissement du bassin et des difficultés de régulation tonique des membres inférieurs.

II.1.1.2.2- Conséquences psychologiques

II.1.1.2.2.1- Troubles dans la sphère familiale

Les difficultés alimentaires du bébé disqualifient les personnes qui prennent soin de l'enfant. Les interactions sont perturbées et les difficultés relationnelles qui en découlent peuvent dévaster tout l'espace familial.

L'atteinte de la fonction alimentaire affecte la mère dans sa fonction nourricière et dans son sentiment de compétence.¹⁰³

II.1.1.2.2.2- Un manque d'expériences orales positives

Pendant cette période d'alimentation assistée, il n'y a pas d'expériences d'oralité plaisir par la bouche, zone d'exploration du monde extérieur. La bouche du bébé est entre parenthèses. Le nouveau-né privé d'alimentation orale ne connaît pas la sensation de faim. L'activité orale est dissociée de l'activité alimentaire. Les sensations orales sont liées au sparadrapp et aux sondes.

II.1.1.2.2.3- Symptôme corporel

Les troubles de l'oralité doivent être appréhendés comme des symptômes de désinvestissement du corps.¹⁰⁴

Pendant la période, en réanimation pédiatrique et néonatale, le corps de l'enfant est un corps médicalisé, objet de soins, d'examen et de surveillance. Bien qu'elle soit indispensable à la survie de l'enfant, la prise en charge est souvent invasive. Cette prise en charge est avant tout technique et urgente. Le corps de l'enfant est stimulé constamment médicalement mais reçoit peu de sollicitations propices à son âge.

Des douleurs physiques et des souffrances psychiques submergent le nouveau-né. L'enfant commence à construire son schéma corporel sur la douleur sensorielle. L'élaboration des perceptions de la zone orale est biaisée par la présence des prothèses qui finissent par faire

¹⁰² Lau C., *Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré*, Archives de Pédiatrie, 2007, Vol. 14, p. 35-41.

¹⁰³ Thibault C., *L'oralité contrariée*, ORTHOMagazine, n°78, Octobre/novembre 2008.

¹⁰⁴ Matausch C., *Les troubles de l'oralité*, Rééducation Orthophonique, n°220, décembre 2004.

partie intégrante du schéma corporel du bébé. Dès les premiers jours de vie, l'enfant est capable d'anticiper ces gestes désagréables et un conditionnement négatif peut rapidement se mettre en place. Dans certaines situations, il n'est pas rare que la simple vue du soignant provoque des réactions de stress.

Des conséquences à court terme de désinvestissement de leur corps peuvent s'exprimer sous forme de léthargie, d'hypotonie majeure.¹⁰⁵

De plus, l'enfant ne vit pas l'expérience de sensations de faim lorsqu'il est gavé en continu puisqu'il a constamment l'estomac plein.

Il ne ressent pas non plus les premières expériences de rythme. L'univers d'un service de réanimation ne permet pas à l'enfant d'intégrer les « micro-rythmes » et les « macro-rythmes ». Les macro-rythmes sont les grands repères temporels de la journée. Ce sont les repas, le bain, les changes. Les micro-rythmes sont les contours temporels pris par les différentes séquences interactives liant l'adulte et l'enfant dans la journée. (Golse B., Gosme-Seguret S., Mokhtari M.).

II.2- Le nouveau-né prématuré

Un modèle pour comprendre le développement de l'oralité et les dysfonctionnements dans le comportement alimentaire

La naissance prématurée est un modèle tout d'abord pour saisir les changements développementaux de l'oralité moins visible chez le bébé né à terme.

II.2.1- Définition de la prématurité

Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) définissent la prématurité comme « toute naissance avant le terme de trente-sept semaines d'aménorrhée (SA) mais au moins à vingt-deux semaines, quelque soit le poids, mais au moins à cinq cent grammes ».

II.2.1.1 : Classifications

Il existe une grande hétérogénéité dans la population des prématurés : prématuré eutrophique et prématuré hypotrophe ; prématuré < 28 SA, de 28 à 32 SA, et de 33 à 37 SA.

L'OMS soumet la classification suivante :

- Faible poids à la naissance : bébé de poids moins de 2500 g
- Très faible poids à la naissance : bébé de poids moins de 1500 g
- Extrêmement faible poids à la naissance : bébé de poids moins de 1000g
- Prématuré : bébé de moins de 37 semaines de gestation
- Très prématuré : bébé de moins de 32 semaines de gestation.

¹⁰⁵ Ibid p. 105.

On classe aujourd'hui en France selon le découpage suivant :

- prématurité (de 33 à 37 Sa)
- grande prématurité (de 28 à 32 SA)
- très grande prématurité (de 25 à 27 SA)
- extrême prématurité ou prématurissime (moins de 24 SA)

Ce découpage ne date que de la fin des années 80.

Il ne faut pas confondre la prématurité avec le retard de croissance *in utero* ou hypotrophie.

II.2.1.2- Notion d'âge corrigé

Pendant les deux premières années de vie, il faut prendre en compte l'âge corrigé de l'enfant prématuré, notamment pour mesurer le développement psychomoteur, langagier, le périmètre crânien et la croissance staturo-pondérale. « L'âge corrigé d'un prématuré correspond à son âge chronologique amputé de l'écart qui sépare la date de sa naissance de la date où il a atteint le terme normal de gestation soit 40 semaines » (Bloch et coll., 2003).

Vers deux ans de vie, la croissance staturo-pondérale des nouveau-nés prématurés présentant un retard de croissance *in utero* à la naissance mais pas un retard de croissance extra-utérin par la suite, peut devenir conforme à la norme attendue pour la moyenne des enfants de la même classe d'âge. Néanmoins, la croissance staturo-pondérale de certains enfants à deux ans n'est pas conforme à la norme attendue. Cela peut être en lien avec des séquelles d'un retard de croissance *in utero* et/ou d'un retard de croissance extra-uterin.¹⁰⁶

II.2.2- La clinique

II.2.2.1- Aspects cliniques

Le prématuré est un petit enfant bien proportionné, au visage menu. Il est recouvert de vernix caséosa¹⁰⁷. Sa peau est fine et érythrosique (rouge vif). Elle est douce et de consistance gélatineuse. Il existe parfois un œdème au niveau des extrémités. Le lanugo¹⁰⁸, plus ou moins important, recouvre ses épaules et son dos. L'absence de relief et la mollesse du pavillon de l'oreille, de même que l'absence de striation plantaire, la petite taille des mamelons et l'aspect très développé des organes génitaux externes sont des critères importants de prématurité. Le prématuré a un tonus qui est fonction de son âge gestationnel. Le nouveau-né prématuré < 32 SA a des mouvements spontanés en salve (anarchiques).

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Vernix caséosa : substance cireuse d'origine sébacée, blanchâtre et grasse recouvrant et protégeant la peau des nouveau-nés. *In utero*, il protège la peau du fœtus du milieu aqueux, le liquide amniotique qui l'entoure. La peau des prématurés présente des quantités plus importantes de vernix que les nourrissons à terme. Après la naissance, la peau du bébé l'absorbera naturellement.

¹⁰⁸ Lanugo : duvet très fin qui recouvre tout le corps du fœtus, l'exception des paumes des mains et des plantes des pieds.

II.2.2.2- Les pathologies de l'enfant prématuré

Figure 13 :

Pathologies des premiers Moments de vie	Métaboliques	L'hypothermie L'hypoglycémie L'hypocalcémie L'hyponatrémie L'hyperbilirubinémie
	Hépatologiques	L'ictère L'hypovitaminose K1
	Respiratoires	La maladie des membranes hyalines L'apnée La dysplasie broncho-pulmonaire
	Hématologique	L'anémie
	Cardio-vasculaire	
	digestives	Le résidu gastrique et syndrome de stase duodéno-pylorique Le syndrome du bouchon méconial L'entéocolite ulcéro-nécrosante L'omphalocèle Le laparoschisis
	Neurologiques	L'hémorragie péri et intra-ventriculaire (H.P.I.V.) La leucomalacie péri-ventriculaire (L.P.V) Les lésions neurologiques mineures
	Susceptibilités aux infections	
	Les troubles de la nutrition	Les troubles de la coordination succion-déglutition Les troubles de la digestion Les troubles de croissance
Pathologies tardives	L'anémie tardive Le rachitisme	

II.2.3- Dans quelle mesure est-ce un modèle d'étude ?

La naissance prématurée est exemplaire pour comprendre les événements les plus précoces de la formation des comportements alimentaires et des dysfonctionnements.

II.2.3.1- Le contexte créé par la prématurité

L'enfant prématuré n'est pas capable de se nourrir de façon autonome au sein ou à la tétine. Il est trop fatigable pour téter. Or l'alimentation autonome, au sein ou au biberon, nécessite que l'enfant soit capable de maintenir un stade d'éveil et de coordonner la séquence succion-déglutition-respiration. En général ces conditions ne sont repérables qu'après l'âge de 35-36 semaines (Sizun et Al.).

De plus la naissance prématurée entraîne un stress maternel et familial important. Un tiers des mères d'enfants nés avant 32 semaines présenterait une situation de stress psychologique (Sizun et Al.). Ce stress est dû au risque vital encouru par l'enfant, à la perte du rôle parental et au comportement particulier de leur enfant.

Le contexte de cette naissance s'inscrit aujourd'hui dans celui des recommandations de l'OMS qui conseille six mois d'allaitement exclusif.¹⁰⁹

Plusieurs études ont montré que le taux d'allaitement est plus faible chez les prématurés que chez les enfants nés à terme en bonne santé.

II.2.3.2- « L'oralité au carrefour de la vie intra-utérine et de la vie néonatale »¹¹⁰

Césure ou pas entre la vie fœtale et la vie néonatale lorsque l'enfant naît prématurément ?

Lorsque l'enfant présente un trouble organique ou une pathologie néonatale ou est prématuré, une véritable cassure vient frapper cet être en développement. Les bases anatomophysiologiques de l'oralité vont être perturbées.¹¹¹

D. Anzieu se représentait la maternité sous la scène suivante « l'enfant qui tète le sein regarde en même temps la bouche de sa mère qui lui parle [...] »¹¹²

Or dans un service de néonatalogie, on est bien loin de cette scène. La vie du prématuré est plus proche de celle du fœtus. Elle est également organisée dans l'attente « d'une nouvelle naissance et il s'agit souvent du jour où l'enfant quitte le service de soins intensifs ». (C. Druon)

C. Druon souligne que les prothèses mises dans la zone bucco nasale de l'enfant prématuré ou de l'enfant hospitalisé en pédiatrie peuvent être investi par l'enfant et peuvent l'aider dans une certaine mesure « à intégrer cette zone érogène » qu'est la bouche.

Mais il ne faut pas éluder la question du trop d'excitation qui mettrait l'enfant dans la situation de surinvestir de manière pathologique certaines parties de son corps sur sollicitées.

Les modifications sensorielles (auditives, tactiles, visuelles, olfactives) apparaissent dans le passage de l'utérus à la couveuse. Dans la couveuse, l'enfant retrouve d'autres bruits, d'autres rythmes (celui des machines, des soins, ces propres bruits...). Les premiers jours dans la couveuse, le bébé est statique (C. Druon) puis peu à peu l'enfant se meut. Les formes rythmiques prénatales étaient contenantes pour le bébé. (G. Haag) Qu'en est-il de ces formes néonatales ? Est-ce qu'on peut penser que ces formes comme les bruits des machines rythment l'environnement du bébé comme des substituts des bruits *in utero*.

Mais ces bruits ne remplaceront certainement jamais la qualité du battement cardiaque de la mère. J. Chasseguet-Smirgel émet l'hypothèse que « le bébé en néonatalogie serait trop vite projeté dans la réalité. »

¹⁰⁹ Voir annexe 7.

¹¹⁰ Druon C., *L'oralité au carrefour de la vie intra-utérine et de la vie néonatale*, revue française de psychanalyse, 2001/5, Volume 65, p. 1597-1612.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Anzieu D., *Le Moi-Peau*, 1985, Paris, Dunod.

Le bébé perd les limites intra-utérines. L'environnement néonatal lui en recrée d'autres. *In utero* le bébé baignait dans le liquide amniotique qu'il avalait. L'oralité s'objectivait sur ces premières expériences sensorielles tactiles, moments où la main frôle les lèvres qui s'animent petit à petit.

La naissance prématurée sort le bébé de cette enveloppe liquidienne et le plonge dans le milieu aérien. C. Druon évoque cette perte comme une épreuve qui est vécue comme un dépouillement trop précoce et une mise à vif au niveau de son « enveloppe peau ». (D. Anzieu)

On voit parfois le prématuré téter sa sonde nasogastrique dans une recherche de plaisir rythmé.

II.2.3.3- Les enjeux développementaux

La coordination succion-déglutition-respiration est immature jusque environ 34 SA. Le gavage par sonde naso-gastrique ou bucco gastrique complique cette coordination. La zone orale est peu sollicitée.

Lau et al. (2000) isolent cinq étapes du développement de la succion chez l'enfant prématuré.¹¹³ La succion nutritive est composée de **deux moments** :

- La succion qui tire le lait
- L'expression qui l'éjecte par compression entre la langue et le palais.

Stade 1 : Ces deux éléments sont arythmiques.

Stade 2 : Apparition du rythme de l'expression.

Stade 3 : Apparition du rythme de la succion.

Stade 4 : Coordination entre ces deux composantes.

Stade 5 : Une seconde qualité apparaît : la puissance.

Le pattern complet n'est pas une condition *sine qua non* pour que l'enfant tète car l'expression suffit pour ingérer le volume souhaité.¹¹⁴

La déglutition doit ensuite se coordonner avec la respiration et avec la fermeture du larynx. Considérant que l'enfant prématuré respire de 1 à 1,5 cycle/s et que la durée d'une déglutition varie de 0,35 à 0,7 s, il ne dispose que de 0,3 s pour réaliser le cycle inspiration-expiration dans les conditions de fréquence respiratoire la plus élevée et de durée de succion la plus courte.¹¹⁵ Ces conditions sont extrêmement contraignantes.

Le rapport SDR 1-1-1 ou 2-2-1, favorable à la coordination appropriée, est observable vers 33 SA mais n'exclut pas des tentatives plus précoces d'alimentation active.¹¹⁶

Delobel-Ayoub et al. (2006) montrent que ces perturbations durent dans la petite enfance. En effet ils ont révélé l'existence de 44% de troubles de l'alimentation dès le passage à la

¹¹³ Meillier D., Marret S., Soussignan R., Schaal B., *Le nouveau-né prématuré : un modèle pour l'étude du développement du comportement alimentaire*, Enfance 2008/3, Volume 60, p. 244-245.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ibid.

nourriture solide chez les enfants nés grands prématurés contre 20% chez les enfants nés à terme. Les enfants nés prématurés refusent plus souvent les morceaux que les autres enfants. On les qualifie souvent de petits mangeurs.¹¹⁷

Selon certains auteurs, la coordination S-D-R ne reposerait pas seulement sur la qualité de la succion.

Pour certains, **une composante sensorielle** datant de la vie fœtale dessinerait déjà les conduites alimentaires du nouveau-né. Nous l'avons vu le flux ingéré *in utero* lors des déglutitions du liquide amniotique par le fœtus est coloré chimiosensoriellement par les derniers repas de la mère. (Schaal, 2005)

Mais quand l'enfant naît prématurément, ces stimulations olfactives font défaut à l'alimentation artificielle. Plusieurs auteurs insistent sur les stimulations olfactives pour stimuler la succion nutritive. D'autres ont montré que ces stimulations facilitaient la régulation de la respiration (Garcia et White-Traut, 1993 ; Gaugler et al., 2007).¹¹⁸

Raimbault et al., en 2007 expose pendant cinq jours consécutifs pendant deux minutes juste avant la tétée, des nouveau-nés à l'odeur du lait maternel. Ils observent un allongement des trains de succion et de la quantité de lait consommé.

De plus le rôle de l'olfaction a été également montré chez les nouveau-nés à terme qui guidés par l'odeur du colostrum trouve le sein et le tète. (Schaal et al., 1995 ; Porter et Wiberg, 1999)¹¹⁹.

Bullinger (2004) a mis en évidence **le rôle de la posture** du nourrisson sur sa succion. Selon lui, l'enfant coordonne davantage sa succion « quand sa tête n'est pas en position symétrique ». ¹²⁰ « L'assise sensori-tonique (qui se concrétise dans la posture) équilibre l'activité d'exploration tactile des lèvres et celle de capture orale préalable à la succion ». ¹²¹¹²²

La situation de la naissance prématurée dévoile des enjeux complexes qui jalonnent le parcours du développement alimentaire de l'enfant. Elle met en effet le doigt sur la coordination S-D-R et sur les pratiques techniques médicalisées qui ont un retentissement à long terme sur le développement de ces enfants.

Le processus d'attachement mère-bébé est mal engagé lors d'une naissance prématurée.

Pourtant une naissance ne rime t-elle pas avec une séparation ?

¹¹⁷ Cité par Mellier et al.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Cité par Mellier et al.

¹²⁰ Cité par Mellier et al.

¹²¹ Bullinger A., *À propos du développement psychomoteur*, Neuropsychiat. Enf. Adol., 2007, 55, 134-135.

¹²² Annexes n°4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 6.

*« C'est le cri du seul et du séparé qui,
avant d'appeler vers un autre,
se signale lui-même comme autre
et apprend à se connaître. »*

Paul Beauchamp

*« Adieu, belle poupée opulente
et gigogne : voici la mère et son enfant
bientôt l'un contre l'autre,
mais séparés à jamais. »*

Pierre Péju, Naissances.

Quelque soit le terme de la gestation, la naissance implique une séparation entre la mère et l'enfant.

Mais lors d'une naissance prématurée, cette séparation est souvent imprévue et brutale.

Parallèlement la mère vit « une perte », « un arrachement »¹²³. Elle doit faire avec la perte des mouvements de son bébé dans son corps. On propose alors souvent le peau-à-peau : le bébé retrouve les battements de cœur de la mère.

Il semble évident que la rencontre bouche-mamelon se fait souvent tardivement. La mère est dans un premier temps dépossédée de son rôle de mère nourricière. Quelle oralité peut alors émerger ? Une oralité contrariée ? Qu'en restera t-il de cette période où l'oralité aura été malmenée ?

Les appareils qui maintiennent en vie l'enfant peuvent avoir une fonction organisatrice (l'incubateur qui sert de transition à la naissance, rythme l'environnement de l'enfant, la sonde bucco gastrique sert de pseudo-sein ou de cordon ombilical artificiel). Cependant on peut penser que ces premières expériences laisseront une empreinte corporelle chez l'enfant.

II.2.3.4- L'alimentation du prématuré

II.2.3.4.1- L'alimentation artificielle

Les modes d'alimentation parentérale et entérale sont très utiles pour nourrir les enfants prématurés mais possèdent un inconvénient majeur : **l'absence de mise en jeu de la sphère bucco faciale**. Il y a dissociation entre la stimulation de cette sphère et le moment de l'alimentation. L'oralité de l'enfant risque d'être troublée.

¹²³ C. Druon, *L'oralité au carrefour de la vie intra-utérine et de la vie néonatale*, revue française de psychanalyse, 2001/5, Volume 65, p. 1597-1612.

II.2.3.4.2- L'alimentation *per os* : L'allaitement maternel

Dans ce cas, on privilégie évidemment la mise au sein. Cependant, la mère a rarement la possibilité d'être disponible jour et nuit sans interruption. Les accouchements par césarienne, la sortie d'hôpital de la mère, une pathologie ou tout simplement la fatigue l'empêchent d'être présente constamment. C'est dans ces situations que l'on a recours aux moyens de substitution au sein comme : ¹²⁴

- **Le biberon**

- **La tasse** (ou le gobelet) : Elle met en jeu le lapement, c'est-à-dire le fait de boire à coups de langue. Elle n'est utilisée qu'en moyen de substitution du sein lorsque la maman souhaite allaiter. Cette technique a été mise au point pour remplacer temporairement le biberon qui favorise un mouvement de succion différent de celui au sein, plus facile et qui donc entrave le bon déroulement de l'allaitement au sein. Elle ne fait pas intervenir la succion mais elle fait tout de même travailler la langue.

- **Le biberon-tasse** ¹²⁵ : Il fonctionne sur le même principe que la tasse : le lapement. C'est un biberon cylindrique souple avec un embout buccal en forme de cuillère. Cette pièce possède un clapet qui ne s'ouvre que sur pression du corps du biberon. Certaines personnes qui nourrissent le bébé trouvent rassurante la possibilité de régulation du flux de lait présenté à l'enfant.

- **Le doigt sonde** : En France, c'est une méthode encore peu utilisée. C'est au moyen une sonde fine et souple d'un côté attachée à l'auriculaire du soignant et de l'autre, trempée dans un récipient de lait qu'on nourrit l'enfant.

- **Le sein-paille** : Ce dispositif consiste à présenter au bébé le sein avec une sonde proche du mamelon reliée à un récipient contenant du lait.

- **La seringue** : Elle est utilisée uniquement pour donner de très petites quantités de lait à l'enfant.

II.2.3.4.3- Les enjeux de l'allaitement

II.2.3.4.3.1- Les avantages et les obstacles de l'allaitement¹²⁶

De récentes recherches montrent que le lait humain contient de nombreuses hormones et enzymes, dont des facteurs de croissance. Ces chercheurs suggèrent que ces éléments sont importants pour la maturation des systèmes digestif et nerveux du bébé. Sur le plan des allergies, l'allaitement a également prouvé son efficacité.

Deux études ont mis en évidence une augmentation du risque d'allergies et notamment une fréquence d'eczéma multipliée par 3,6 chez les prématurés nourris au lait artificiel et présentant des antécédents familiaux d'allergies. L'allaitement maternel produit une meilleure

¹²⁴ Voir annexe n°11 : *Les dispositifs d'aide à l'allaitement.*

¹²⁵ 9. Rennhart H., Voiv Siebenthal K., Zimmermann-Bär U., *Allaiter des prématurés*, 2002, brochure des experts de Wireltern et Medela, Zurich.

¹²⁶ Voir annexe n°7.

stabilité physiologique au cours des repas.

Plusieurs études réalisées depuis une quinzaine d'années chez des enfants prématurés (Meier 1987-1988, Blaymore-Bier 1997, Chen 2000) ont montré que la maîtrise de la succion-déglutition-respiration et du flot de lait est meilleure au sein qu'au biberon, le niveau d'oxygénation et la température sont meilleurs et plus stables, et les enfants font beaucoup moins d'apnées et de bradycardies.

Mais les bienfaits de l'allaitement exclusif maternel non enrichi est encore controversé. En effet certaines études font apparaître des déficits nutritionnels pendant et après l'hospitalisation, notamment en protéine, sodium, calcium, et phosphore et une vitesse de croissance plus faible. L'enrichissement du lait maternel favorise le gain de poids.

Ce qui importe dans l'allaitement du prématuré c'est la stabilité de l'enfant. En fait, le problème principal n'est pas la coordination succion-déglutition-respiration mais plutôt la fatigabilité (les phases d'éveil sont insuffisantes), la difficulté à mettre le sein en bouche et à l'y maintenir et la faiblesse ou l'inefficacité de la succion. Le risque essentiel étant pour l'enfant de consommer une quantité insuffisante de lait.

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages. Ces avantages sont liés à la composition du lait maternel mais aussi à la physiologie de la succion au sein.¹²⁷

La composition du lait maternel varie en fonction de l'âge gestationnel, ce qui témoigne d'une adaptation aux besoins de l'enfant.¹²⁸

Figure 14 :

**Composition du lait humain au 14^{ème} jour
en fonction du terme (d'après Anderson et Al.)**

Nutriment	Lait « prématuré »	Lait « à terme »
Calories (Kcal/dl)	74,59+/-1,96	71,81+/-3,57
Azote protidique (g/L)	2,39+/-0,16	1,97+/-0,14
Sodium (mEq.L)	12,36+/-1,42	9,37+/-1,95
Lipides (g/dl)	3,42+/-0,18	3+/-0,26

Différentes études comparatives soulignent que la mise au sein permettrait une meilleure stabilité physiologique chez les prématurés par rapport à l'utilisation du biberon. Pour cela les auteurs ont mesuré la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, l'oxygénation et le nombre d'apnées (Meier, 2001).

L'allaitement est souvent « la seule chose que ces mères prématurées peuvent faire pour leur enfant ».¹²⁹

¹²⁷ Sizun J., Ratynski N., Jay N., département de pédiatrie au Chu de Brest ; Gremmo-Feger G., département d'obstétrique et gynécologie, Chu de Brest, France. Travail soutenu par la fondation CNP. *Soins de développement, soins centrés sur la famille : nouveaux concepts, nouvelles pratiques en médecine néonatale*, Le Pédiatre, Tome XXXVI, n°179.

¹²⁸ Ibid

¹²⁹ Extrait de la conférence donnée à la journée internationale de l'allaitement en 1997, publié dans le numéro hors série « JIA 1997 » des dossiers de l'allaitement.

Pourtant de nombreux obstacles parsèment le chemin vers l'allaitement :

- Des obstacles d'ordre émotionnels :

La naissance prématurée entraîne un stress maternel et familial important. Un tiers des mères d'enfants nés avant 32 semaines présenterait une situation de stress psychologique (Sizun et Al.). Ce stress est dû au risque vital encouru par l'enfant, à la perte du rôle parental et au comportement particulier de leur enfant. Le stress est un facteur limitant pour l'allaitement (Lau, 2001).

- Des obstacles physiologiques :

L'alimentation autonome, au sein ou au biberon, nécessite que l'enfant soit capable de maintenir un stade d'éveil et de coordonner la séquence succion-déglutition-respiration. En général ces conditions ne sont repérables qu'après l'âge post-conceptionnel de 35-36 semaines (Sizun et Al.).

- Des obstacles institutionnels :

L'absence de formation spécifique, l'existence de connaissances erronées (« l'alimentation au sein est plus difficile pour l'enfant prématuré », « le lait maternel n'est pas assez riche pour l'enfant prématuré »...), la séparation mère-enfant dans les 24h de la naissance, les horaires de visite trop strictes dans l'unité de soins intensifs néonataux ne peuvent que contrarier l'allaitement maternel (Sizun et Al.).

Conclusion, en dépit de tous ces avantages pour l'enfant et la mère, la prévalence de l'allaitement est relativement basse pour la population des prématurés.

Il est courant de retarder la mise au sein de l'enfant. Cette pratique est basée sur la conviction que la mise au sein est plus fatigante que la prise au biberon. En conséquence le nouveau-né développe une succion adaptée au biberon. Il sera donc difficile de le mettre plus tard au sein. En effet de nombreuses différences fonctionnelles existent entre ces deux succions.

II.2.3.4.3.2- L'allaitement dans un contexte de soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille

II.2.3.4.3.2.1- Les soins de développement

L'amélioration des techniques et de l'organisation des soins en médecine périnatale permet actuellement une diminution significative de la mortalité des nouveaux-nés en détresse vitale, en particulier des enfants nés avec une extrême prématurité.

Dans ce contexte de préoccupation majeure quant à la survie de ces enfants, de nouveaux concepts ont émergé : « les soins de développement », et « les soins centrés sur la famille ».

Ces deux approches complémentaires reconnaissent les compétences de l'enfant et sa famille et la nécessité de favoriser un développement harmonieux.

Deux programmes ont alors été mis en place pour répondre à ces objectifs. Il s'agit de l'initiative de l'Hôpital Ami des Bébé et le programme de NIDCAP.

Les soins de développement ont pour objectif de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né prématuré dans ses composantes physiologiques, neurologiques, comportementales et relationnelles (Sizun et Al., 1999, 2002). Ces soins visent à diminuer le stress lié à l'environnement (bruit, lumière, activités...), à favoriser les comportements de bien-être (ou d'approche) au détriment des comportements de stress (ou de retrait) par l'utilisation de techniques spécifiques : succion non-nutritive, enveloppement, agrippement, respect du sommeil et à soutenir les parents dans la compréhension du comportement de leur enfant, permettant ainsi d'acquérir progressivement une autonomie.

De nombreuses pratiques participent à ce programme : la mise au sein précoce, le peau-à-peau, l'intégration des parents dans la vie quotidienne des unités de soins, la réduction de l'intensité lumineuse et sonore, l'organisation des soins en fonction des phases de sommeil et d'éveil, la succion non nutritive...

De nombreuses études cliniques ont montré l'intérêt de ces prises en charge. La réduction de l'intensité sonore en réanimation néonatale réduit de façon significative les épisodes de bradycardies ou de désaturation. La succion non-nutritive a des effets sur le passage du gavage vers le biberon ou le sein, ainsi que des effets sur le comportement (meilleure organisation du sommeil, diminution des comportements de stress) et sur la durée d'hospitalisation.¹³⁰ Le peau-à-peau et le contact précoce avec la mère ont montré leur intérêt relationnel chez ces enfants.¹³¹

II.2.3.4.3.2.- Les soins centrés sur la famille

Ces soins de développement doivent être centrés sur la famille et l'enfant. Ils peuvent être définis comme « des soins répondant en toute sécurité aux besoins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et sa famille ».¹³²

Les stratégies de ces soins portent sur l'information prénatale des parents dès l'apparition d'une menace d'accouchement prématuré, sur l'information de ce qu'est l'allaitement pendant la grossesse, sur l'expression et le recueil du lait maternel (la technique), sur des séances peau-à-peau, sur la succion non nutritive et sur la succion au sein après expression du lait, sur la transition gavage-sein, sur le soutien maternel par le personnel et sur le relais des associations après la sortie de l'hôpital.

Tous les professionnels qui participent au développement de ces soins favorisent cette stratégie globale d'accompagnement et de soins.

II.2.3.4.3.2.3- L'initiative « Hôpital Ami des Bébé », IHAB

Cette initiative est soutenue par l'OMS et l'UNICEF. Elle s'exprime à l'échelle internationale et est la stratégie ayant entraînée le plus de succès. Elle a été lancée en 1992 afin d'aider les hôpitaux à devenir des lieux favorables à l'allaitement maternel.

¹³⁰ Pinelli J., Symington A., *Non-nutritive sucking for the promotion of physiologic stability and nutrition in preterm infant*. <http://www.nichd.nih.gov/cochraneoneonatal>.

¹³¹ Kennell J.H., Klaus M.H., *Bonding, recent observations that after perinatal care*, *Pediatr Rev.* 1998, &9, 4-12.

¹³² Gagnon Palmer D., *Family-centered care controversies and complexities*, *Perinat Neonat Nurs*, 1997, 10, 4-8.

Elle est basée sur dix conditions, intégrant la formation des personnels, organisation des soins et soutien parental :¹³³

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
- Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- Aider les mères à débiter l'allaitement de leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24.
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès la sortie de l'hôpital ou de la clinique.

En France, aucune maternité n'est labellisée à ce jour par l'UNICEF.

Ces étapes ont besoin d'être adaptées pour les enfants nés avant le terme, en particulier l'étape 4 : « Aider les mères à débiter l'allaitement dans les trente premières minutes de vie ».

Dans un objectif d'humanisation des soins, A. Levin a proposé en 1999 une adaptation de ces étapes pour l'enfant né avant terme et a décrit onze étapes spécifiques¹³⁴ :

- accès au chevet de son enfant possible vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour chaque mère ;
- prise en charge de la mère et de son enfant par chaque membre du personnel et intégration des besoins psychologiques ;
- promotion de l'allaitement et aide à l'apprentissage de l'expression du lait ;
- prise en charge du stress maternel ;
- sauf contre-indication, pas d'autre nutriment que le lait maternel ;
- en cas d'impossibilité de téter, gavage de lait maternel, réalisé si possible par la mère ;
- réduction des examens et bilans inutiles ;
- réduction des traitements agressifs ;
- périodes de peau-à-peau encouragées ;
- considération du couple mère-enfant comme un système. Ne pas se focaliser uniquement sur les aspects médicaux de l'enfant mais envisager également les besoins de la famille ;
- visite de la famille et des proches encouragée.

Selon J.H. Kennell¹³⁵, le programme NIDCAP apporte la trame théorique nécessaire pour instaurer ces onze étapes, ce qui a été également proposé par les équipes suédoises et française (Kennell, 1999 ; Sizun et Al., 1999 ; Westrup et Al., 1999).

¹³³ WHO/CHD, *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*, 1998.

¹³⁴ Levin A., *Humane neonatal care initiative*, Acta Paediatr 1999, 88, 353-5.

¹³⁵ Kennell J.H., *The Humane neonatal care initiative*, Acta Paediatr 1999, 88, 367-70.

II.2.3.4.3.2.4- L'expérience du NIDCAP, dans une stratégie de prévention en médecine néonatale

Le NIDCAP, *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* ou Programme Individualisé d'Évaluation et de Soutien de Développement, a été mis en place par H. Als, dans la continuité des travaux de T.B. Brazelton. Ce programme est basé sur la théorie « synactive » du développement et dispose d'un outil d'évaluation comportementale dérivé de l'échelle de Brazelton (*Assessment of Preterm Infant Behavior*). À partir de l'observation du comportement de l'enfant, un programme individualisé de soins est établi par l'équipe soignante en collaboration avec les parents : adaptation de l'environnement immédiat de l'enfant, organisation des séquences de soins en fonction des phases de sommeil et de la tolérance de l'enfant, utilisation des pratiques de soins de développement (*grasping*, succion, emmaillotage), intégration des parents considérés comme des partenaires et non des visiteurs (Als, 1997).

Le NIDCAP est donc un programme de soins de développement précoces, individualisés et intégrés dans la globalité de soins (Sizun et Al.). De nombreuses publications américaines et suédoises ont montré le bénéfice à court-terme chez des enfants de faible âge gestationnel : diminution de la ventilation, d'oxygénation, de gavage et d'hospitalisation.^{136/137}

Comme le soulignent Sizun et Al., l'implantation de ce programme au CHU de Brest a entraîné une modification sensible des pratiques d'allaitement maternel. En effet, le pourcentage d'enfants nés avant 32 semaines ayant reçu du lait maternel a augmenté de 40% en 1998 à 60% en 1999. Ce pourcentage a ensuite atteint 95% en 2002.

II.2.3.4.3.2.5- Le portage kangourou

Il a été initié en Colombie pour faire face au manque de moyens financiers, au surpeuplement et au sous-équipement des hôpitaux en personnel et matériel.

Ce programme repose sur l'idée que le bébé prématuré dont la situation médicale est stable peut aller jusqu'au terme de 37 à 40 semaines en étant contre la peau de sa mère, de son père ou autre personne-substitut, 24 heures sur 24. Il bénéficierait d'une régulation thermique, d'une position favorable verticale qui diminuerait les apnées et les reflux. Il est alors stimulé par les voix, les mouvements du porteur, les bruits environnants.

Des études ont montré que ce programme favorisait la prise de poids.

Tessier et ses collaborateurs (2003) ont comparé une population de bébés en portage kangourou à une population de bébés élevés en couveuse. Ils ont fait l'hypothèse que cette méthode avait des avantages au niveau du développement psychologique, tout d'abord en protégeant l'enfant du stress de l'unité des soins intensifs, ensuite en favorisant l'implication des parents et enfin en encourageant l'allaitement maternel. Les résultats à 12 mois montrent que cette méthode est plus favorable au développement que les soins traditionnels utilisés

¹³⁶ Als H., Gilkerson L. *The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants*, *Semin Perinatal*, 1997, 21 :178-89.

¹³⁷ J. Sizun, N. Ratynski, C. Mambrini, *Implanter un programme individualisé de soutien du développement réanimation néonatale : Pourquoi, comment ?* *Archives Pédiatriques* 1999, 6 : 434-9.

dans ces unités médicales. Cependant aucune étude ne rapporte de données sur le développement à long terme.

Ces programmes donnent raison aux théories sur l'attachement. Le bébé est un être social.

II.2.3.5- Etudes faisant un état des lieux à trois ans et demi de l'oralité d'anciens prématurés réanimés à la naissance¹³⁸

L'étude souligne que la perturbation précoce de l'activité orale se prolonge dans les premières années de la vie tant sur le plan alimentaire que langagier.

L'échantillon est de 52 enfants. Les auteurs ont tenu compte de l'âge gestationnel, du sexe, d'un retard de croissance intra-utérin ou non, l'origine sociale de ces enfants.

Figure n°15 :

Versant du développement alimentaire	%	Versant du développement du langage	%
Passage à la cuiller difficile	27	Retard de langage :	25
Alimentation en morceaux (mastication, hypersensibilité)	44	- Recours à la gestuelle pour se faire comprendre	
Intolérance à la consistance des aliments	13	- Absence de construction de phrases de trois mots	
Refus de manger en dehors de chez lui	31	- Non utilisation du « je »	
Refus de manger en l'absence d'un parent			
Aucun plaisir	36		
Extrême lenteur	38		
Trouble de la succion	29		

Une cascade de difficultés est observée : trouble de la succion puis des difficultés à la cuiller et plus tard avec la nourriture en morceaux. Un retard dans la mise en place des étapes alimentaires entraîne un retard dans la mise en place du langage. (Delfosse et al.)

I.2.3.6- Rôle de la prévention auprès des enfants prématurés

II.2.3.6.1- Définition de la prévention

Le *Petit Robert* définit la prévention comme l'ensemble des mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal, pour l'empêcher de survenir.

L'organisation Mondiale de la Santé définit la prévention de la façon suivante :

- La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.
- La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées.
- La prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes.

¹³⁸ Delfosse M.-J., Soullignac B., Depoortere M.-H. et Crunelle D., Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. Etat des lieux à trois et demi, devenir 2006/1, Volume 18, p. 23-35.

II.2.3.6.2- Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés

II.2.3.6.2.1- Les hypothèses théoriques sous-jacentes de ces programmes

La première hypothèse repose sur le fait que les enfants prématurés souffrent d'une privation de stimuli sensoriels qu'ils auraient dû recevoir *in utero*. La seconde part du postulat qu'au contraire, ils sont surchargés d'informations sensorielles qu'ils sont incapables d'assimiler.

II.2.3.6.2.2- Les interventions

Les interventions sont donc différentes :

- La première propose la thérapie par massage de Field par exemple.¹³⁹
- La seconde propose des approches comme la perspective synergique-régulatrice de Als¹⁴⁰ qui recommande une baisse des stimuli.

Ce qui est intéressant c'est que ces deux hypothèses théoriques montrent des résultats positifs aussi bien sur des mesures physiologiques et sur le développement neurologiques à court terme que sur le développement des fonctions supérieures telles que le langage. Elles soulignent également l'existence d'une période critique pour ces nourrissons.

La première hypothèse s'appuyant sur un programme d'enrichissement sensoriel fait appel à la théorie de Piaget c'est-à-dire sur l'hypothèse que l'intelligence sensori-motrice sert à la formation du développement cognitif et à l'œuvre de Harlow sur l'attachement.

En effet selon ces programmes, le contact entre la mère et le bébé est essentiel pour la croissance émotionnelle et physique.¹⁴¹ Un programme de thérapie par le massage a donc été développé par Field et ses collègues. Le contact (par le toucher, le regard, la voix) est l'un des constituants centraux au système mère-bébé.

Un programme associant une variété de stimuli sensoriels a vu également le jour. Cette hypothèse se fonde sur les travaux de Piaget et ceux de Gibson (cité par Feldman et al.). Autrement dit c'est à partir d'expériences cognitives, perceptives et motrices que le nourrisson pose les bases de représentations plus élaborées. Scarr-Salapateck et Williams¹⁴² ont donné à des bébés une combinaison de stimulations visuelles, tactiles, auditives et kinesthésiques. Ils ont montré un meilleur développement cognitif chez ces bébés à quatre et douze mois.

La méthode du portage kangourou a montré un avantage pour ces nourrissons prématurés puisqu'elle fournit un contact continu et intense entre le bébé et l'adulte.

Enfin les bébés qui ont bénéficié d'une stimulation précoce du réflexe de succion sont passés plus tôt à la cuiller ($s < .01$), ont mangé seuls plus tôt que les autres ($s < .1$), se montrent moins

¹³⁹ Fiels T., *Massage therapy for infants and children*, Journal of behavioral and Developmental Pediatrics, 1995 ; 16 : 105-111.

¹⁴⁰ Als H., *A synactive model of neonatal behavioral organization : Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment*, Physical and occupational Thérapy pediatrics, 1986 ; 6 : 3-53.

¹⁴¹ Feldman R., *Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés et leur impact sur le développement : et trop et pas assez*, Devenir 2002/3, Volume 23, p. 239-263.

¹⁴² Ibid.

lents pour les repas ($p < .01$), éprouvent plus de plaisir à manger et présentent un langage mieux organisé que les bébé non stimulés pendant la période néonatale. Les nouveau-nés ayant profité de l'allaitement maternel ont exploré plus tôt avec leur bouche, sont passés plus tôt à la cuiller et présentent moins d'hypersensibilité buccale que ceux nourris au lait artificiel pendant le séjour en néonatalogie.¹⁴³

Ces études ont donc mis en lumière la multitude de facteurs entrant en jeu dans l'alimentation et l'intérêt de certains dispositifs ou programmes pour accélérer l'accessibilité à un comportement alimentaire plus optimal chez les nouveau-nés prématurés.

Ma question est la suivante : Ne pourrions-nous pas prévenir certaines difficultés dans le comportement alimentaire chez des enfants qui ne présentent aucune pathologie organique, neurologique ou syndromique en nous inspirant de ce qui se joue chez l'enfant prématuré ?

Nous verrons par la suite une multitude de facteurs communs entre nos profils de patients et les enfants prématurés.

¹⁴³ Delfosse M.-J., Soullignac B., Depoortere M.- H., Crunelle D., *Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance- Etat des lieux à trois ans et demi*, Devenir Médecine et Hygiène, 2006, Vol. 18, n°1.

Partie clinique

Problématique et Hypothèses

De la bouche alimentaire à la bouche du langage

I- Perspectives

À l'instar des autres habiletés sensori-motrices, l'alimentation est une habileté développementale qui s'affine pendant les deux premières années de l'enfant. Ce processus implique la maturation neurologique, des transformations anatomiques et un apprentissage basé sur l'expérience en famille ou dans des structures collectives.

Cependant nous avons découvert combien le versant affectif avait de poids dans ce processus et ce dès l'allaitement. La part émotionnelle des parents, le désir de l'enfant ont une place immense dans ce développement.

Ainsi dès l'allaitement, la relation alimentaire mère-bébé est influencée par des facteurs moteurs et interactionnels.

Notre propos repose donc sur le principe suivant :

Lorsque les habiletés alimentaires de l'enfant sont intactes, l'allaitement et les repas se déroulent bien, dans un climat de socialisation agréable. L'enfant réclame à manger, demande à téter, à boire, à goûter à un rythme qui satisfait les parents. Il peut exprimer son plaisir à manger.

Cependant quand les habiletés alimentaires de l'enfant sont inadaptées (par exemple, il tète difficilement, il refuse le biberon, la cuiller...), des comportements alimentaires problématiques se manifestent.

Dans la première partie, j'ai tenté de comprendre la dimension développementale des troubles de l'oralité, comprendre l'intrication de l'oralité alimentaire, de l'oralité verbale et de l'oralité relationnelle.

Dans cette seconde partie, je m'interroge sur différents aspects :

- Repérer précocement les signes de troubles (dès l'allaitement) qui risquent de se pérenniser
- Dans l'idée d'une dynamique entre manger et parler, entre les troubles alimentaires et de futurs troubles ou retards de langage : « dépister, être attentif précocement aux retards de langage ».
- S'interroger sur la complexification des schèmes sensori-moteurs mis en œuvre dans l'alimentation : lors de l'allaitement et lors de la mastication.
- La question du pathologique de ces troubles : est-ce qu'on peut parler de trouble de l'oralité chez des enfants de moins de trois ans ?
- Être à l'aise avec le bilan masticatoire
- La question du corps : avant d'être bien dans sa bouche, l'enfant doit être bien dans son corps.
- Se servir des données théoriques et cliniques sur les enfants prématurés, rapportées par la littérature pour comprendre ce qui se joue dans les dysfonctionnements alimentaires chez de jeunes enfants. On repèrera des traits similaires entre ces profils.
- Avoir un regard multiple sur l'oralité de l'enfant et pas seulement technique.

Donc notre réflexion porte autant sur la prise de conscience du rôle de l'oralité dans le devenir de l'enfant que sur une démarche préventive à inventer pour réduire les troubles de l'alimentation et du langage.

Mon premier axe de travail sera de vérifier si des dysfonctionnements dans le comportement alimentaire n'ont pas commencé au cours de l'allaitement. Il me semble intéressant de se pencher sur les dysfonctionnements observés au cours de l'allaitement pour comprendre les perturbations lors de la diversification.

Mon deuxième axe sera de vérifier dans quelle mesure ces dysfonctionnements peuvent contribuer à l'émergence d'un retard de langage chez l'enfant. Envisager le retard de langage de cette façon spécifique a tout son intérêt dans un contexte de prévention.

Enfin mon troisième axe se situera :

- *Dans l'étude prospective du développement de l'oralité alimentaire et verbale et ses liens avec le style interactif mis en place dans la famille des sujets pris en charge par une orthophoniste*
- *Dans la prise en charge de la sphère oro-faciale : l'intérêt de la technique comportementaliste kinésiante des massages, la régulation simultanée des habiletés alimentaires et langagières.*
- *Dans l'intérêt de montrer notre place privilégiée de thérapeute*

II- Problématique

Nous sommes confrontés à une carence dans la nomenclature des actes orthophoniques. On y trouve le bilan de la déglutition, le bilan des fonctions oro-myo-fonctionnelles, le bilan de phonation, le bilan langage oral. Rien ne laisse envisager un quelconque lien entre ces bilans. Or ces relations ne sont plus à faire aujourd'hui. Le lien n'est plus à faire entre l'existence d'un retard de langage, l'existence de troubles du comportement alimentaire dans la diversification et l'existence de troubles des habiletés alimentaires dans l'allaitement.

On constate de plus en plus d'enfants orientés vers les orthophonistes pour des problèmes d'alimentation. *Quelle réponse pouvons-nous donner face à cette nouvelle demande clinique ?*

Sophie Hercent, orthophoniste insiste dans un article intitulé *Oralité alimentaire et verbale*¹⁴⁴ qu'il est nécessaire de systématiser la question de l'alimentation dans les bilans orthophoniques. Explorer le développement de l'oralité est d'un grand intérêt : explorer de l'allaitement, en passant par la diversification jusqu'au comportement alimentaire actuel et en lien avec les interactions entre l'enfant et ses parents pour saisir la complexité de certains retards de parole et langage.

¹⁴⁴ Sophie Hercent, *Enfants IMC, Bien manger pour bien parler*, ORTHOmagazine, n°79, novembre/décembre 2008, p.25-28.

III- Hypothèses

Hypothèse générale

Il existerait un risque de retard et même de trouble du langage chaque fois que l'oralité est mise à mal par des difficultés alimentaires entravant l'investissement de la bouche dans sa fonction première d'organe de l'alimentation, autrement dit lors de la co-construction interactive de la pulsion orale entre la mère et l'enfant.

On devrait donc observer parmi les enfants présentant des difficultés alimentaires une corrélation forte entre ces difficultés et un éventuel retard simple de langage.

Hypothèses secondaires

On devrait repérer des signes de difficultés de l'oralité précocement lors de l'allaitement au sein ou au biberon chez des enfants présentant des dysfonctionnements des habiletés alimentaires au cours de la diversification alimentaire.

L'enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire présenterait une hypersensibilité.

Ces difficultés peuvent se traduire par des relations affectives mises à mal, des interactions stressantes entre l'enfant et les parents.

Des troubles de l'alimentation signent des difficultés d'attachement.

Un travail autour de l'oralité alimentaire a des conséquences sur le développement du langage. La régulation de l'oralité est globale : alimentaire, langagière et relationnelle.

Nous avons en tant qu'orthophoniste une place privilégiée d'observateur.

Une prise en charge précoce autour de l'oralité peut faciliter la mise en place harmonieuse des fonctions dévolues à la bouche.

Méthodologie

I- Précautions méthodologiques

L'étude des troubles développementaux de l'oralité alimentaire et de ces liens avec des difficultés de l'oralité verbale risque d'être complexe à réaliser pour plusieurs raisons.

D'abord elle demanderait un échantillon important de profils pour que les données soient significatives *quantitativement*. Elle serait coûteuse en temps car elle demanderait des délais importants pour saisir les effets à long terme de ces troubles alimentaires sur le langage. Elle nécessiterait de croiser des études transversales et longitudinales sur plusieurs années.

Cependant à mon sens, l'intérêt de cette étude ne porte pas sur la significativité chiffrée des données recueillies.

J'ai pu saisir que ces troubles n'étaient *pas inscrits dans une logique simple de cause à effet*. De nombreuses variables gravitent autour des trajectoires singulières de ces patients. Ces variables jouent un rôle essentiel dans le développement : complications médicales, niveau socioculturel de la famille, vécu alimentaire des parents, conduites éducatives. Il est donc difficile d'identifier une cause unique dans l'installation de ces troubles. On ne peut pas identifier la cause mais on peut sûrement en prévenir les effets sur le langage. En effet, une prise en charge précoce des troubles alimentaires qui se manifestent par une opposition, un refus, des troubles de la mastication, une aversion pour certains aliments a toute sa place dans une optique de prévention des retards de langage.

J'ai choisi de travailler à partir de vignettes cliniques. J'ai senti notre place privilégiée d'observateur des interactions enfant-parents lors de ces prises en charge et notre place toute singulière pour accompagner les parents à découvrir les multiples potentialités de leur enfant. Et je souhaiterais essayer de transmettre au lecteur l'intérêt d'être attentif à tout ce qui se joue entre l'enfant, ses parents et le thérapeute lors de *l'accompagnement* autour de l'oralité alimentaire.

II- Modèle d'étude

II.1- Sujets étudiés

Les patients seront étudiés *rétrospectivement* à partir des anamnèses où je vais chercher à retracer avec une grande précision l'histoire orale de l'enfant, de façon à pouvoir situer l'origine des difficultés dans la neurophysiologie de l'alimentation et dans la dynamique du développement psychoaffectif de l'enfant.

Je tenterai de saisir *prospectivement* à partir des suivis cliniques actuels *mis* en place par l'orthophoniste comment les mécanismes fonctionnels, comportementaux et sensorimoteurs se restaurent et comment la relation parents-enfant se nourrit de cet accompagnement orthophonique.

Dans un troisième axe, je travaillerais sur la formalisation des données cliniques observées pour tenter de montrer notre place privilégiée d'observateur et d'accompagnateur.

Je souhaite donc m'intéresser à tout enfant dont la demande de prise en charge orthophonique est un dysfonctionnement dans le comportement alimentaire dans un contexte particulier puisque aucune maladie organique, neurologique, syndromique n'est manifeste.

II.2- Contexte social et regards sur le sens de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et sur la prise en charge de ces troubles dans une véritable politique de prévention

II.2.1- Recommandations de l'OMS¹⁴⁵

L'OMS et l'UNICEF ont élaboré conjointement la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de rappeler au monde les effets des pratiques d'alimentation sur l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et, ainsi, la survie même du nourrisson et du jeune enfant.

« La stratégie mondiale repose sur l'importance avérée de la nutrition dans les premiers mois et les premières années de vie et sur le rôle crucial des pratiques d'alimentation appropriées dans la réalisation d'un état de santé optimal. Le défaut d'allaitement maternel –et notamment le défaut d'allaitement maternel exclusif– durant les six premiers mois de la vie sont des facteurs de risque importants de morbidité et de mortalité qu'une alimentation complémentaire inadaptée ne fait qu'aggraver, entraînant irrémédiablement de mauvais résultats scolaires, une productivité réduite et un développement intellectuel et social déficient.

La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est fondée sur le respect, la protection, l'encouragement et la réalisation des principes acceptés des droits de la personne humaine. La nutrition est une composante cruciale universellement reconnue du droit qu'a l'enfant de jouir du niveau de santé le plus élevé possible, comme le prévoit la Convention relative aux droits de l'enfant. Les enfants ont droit à une nutrition adéquate ainsi qu'à un accès à des aliments sûrs et nutritifs. »

L'OMS fait la promotion de l'allaitement maternel. « Il est le meilleur moyen de fournir une alimentation idéale pour la croissance et le développement du nourrisson en bonne santé. »

« [...] Pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie: c'est là une recommandation générale de santé publique. Par la suite, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de deux ans ou plus. L'allaitement maternel exclusif depuis la naissance est possible sauf pour quelques motifs médicaux, et l'allaitement exclusif sans restriction conduit à une production tout à fait suffisante de lait maternel. »

« Les mères, les pères et les autres personnes qui s'occupent des enfants doivent avoir accès à des informations objectives, régulières et complètes sur les pratiques alimentaires appropriées, sans ingérence commerciale. En particulier, ils doivent être au courant de la durée

¹⁴⁵ Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Article De l'OMS de Genève, 2003, extrait du site : https://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_fr.pdf

recommandée de la période d'allaitement exclusif et de la poursuite de l'allaitement; du moment auquel il convient d'introduire les aliments complémentaires; du type d'aliment à donner, de la quantité à donner et de la fréquence; et de la manière de fournir ces aliments dans de bonnes conditions d'hygiène. »

« La mère doit avoir accès à l'appui d'une personne qualifiée pour l'aider à introduire et à maintenir des pratiques d'alimentation appropriées, éviter les difficultés et les surmonter lorsqu'elles surviennent. *Des agents de santé* ayant les connaissances nécessaires sont bien placés pour apporter cet appui qui doit systématiquement faire partie non seulement des soins fournis d'ordinaire avant et après la naissance et lors de l'accouchement, mais aussi des services fournis à l'enfant en bonne santé et à l'enfant malade. »

« Des travaux de recherche clinique sur la population et des analyses des préoccupations comportementales devront constamment être effectués et sont indispensables pour améliorer les pratiques d'alimentation. Les aspects cruciaux sont notamment l'achèvement et l'application de la nouvelle référence de croissance internationale, la lutte contre la malnutrition par carence en micronutriments, les approches programmatiques et les interventions à base communautaire visant à améliorer l'allaitement maternel et les pratiques d'alimentation complémentaire, l'amélioration de l'état nutritionnel de la mère et de l'issue de la grossesse [...]. »

Cet article conclut que cette stratégie vise à protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant. Il met l'accent sur l'importance de l'investissement dans ce domaine « crucial » afin que l'enfant puisse s'épanouir complètement, à l'abri des conséquences néfastes d'un état nutritionnel insatisfaisant et des maladies évitables. La stratégie privilégie le rôle des partenaires clés, c'est-à-dire gouvernements, organisations internationales et professionnelles et « assigne des responsabilités spécifiques à chacun afin que la somme des actions collectives contribue à atteindre pleinement le but et les objectifs de la stratégie. » Elle se fonde sur les approches existantes, autrement dit les domaines de la nutrition, la santé et le développement de l'enfant.

Il m'a paru intéressant de me référer à ces recommandations. En effet, nous sommes pris en tant que professionnels du paramédical (me semble-t-il) dans des enjeux de santé publique et dans des questions autour des risques de morbidité et de mortalité¹⁴⁶ chez les nourrissons et les jeunes enfants.

II.2.2- Référence à la nomenclature des actes orthophoniques

Le nouveau décret d'actes, paru en mai 2002, a permis aux orthophonistes d'inscrire leurs interventions dans des actions de dépistage et de prévention. Cet élargissement de leur champ de compétence a ouvert de nouvelles perspectives notamment auprès des nouveau-nés et des jeunes enfants (avant trois ans).

¹⁴⁶ La mortalité : nombre de décès durant une période donnée par rapport à une population générale. La morbidité est le rapport entre l'incidence et la prévalence d'une maladie.

Voici l'extrait du décret d'actes¹⁴⁷ :

« Art. 4. : La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. L'orthophoniste peut proposer des actions de **prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage**, les organiser ou y participer. »

II.2.3- L'orthophonie au cœur d'une politique de prévention

Le sens de l'action de prévention suscite bon nombre d'interrogations. Qu'est-ce qu'un avenir digne d'être vécu ? comment agir sur un fonctionnement sans amputer l'histoire singulière d'un enfant et de ses parents ? Ces interrogations surgissent dès qu'il s'agit de pénétrer l'intimité d'une famille sous prétexte que sans cet accompagnement l'avenir sera compliqué et même dangereux pour l'enfant et sa famille. Nous ne sommes pas là pour incriminer les parents sur leur fonctionnement mais pour les aider à prendre conscience de toutes les potentialités de leur enfant.

Certains pédopsychiatres non convaincus de l'intérêt d'une prévention précoce ont pu affirmer : « *Vous croyez empêcher dans certains cas la survenue de graves distorsions relationnelles ? de toute façon, vous ne saurez jamais si votre action est efficace puisque si l'enfant se développe bien, c'est peut-être grâce à sa résilience.* » Chaque destin est singulier et oblige à être humble.

Cependant notre action d'accompagnement précoce a une importance pour l'enfant et ses parents. Elle a pour objectif premier d'empêcher que les troubles ne deviennent plus graves dans certains cas ou ne se pérennisent.

L'ère des centres référents :¹⁴⁸

Qu'est-ce qu'un centre référent ?

Les centres référents sont des centres ressource (bien documentés sur la clinique et la thérapeutique, avec des projets de recherche clinique ou en lien avec des centres de recherche fondamentale) et des lieux de consultations multidisciplinaires, en général rattachés à un CHU, ou un service universitaire, dont l'activité est centrée sur une pathologie spécifique (exemples : centre référent de la mucoviscidose, des maladies métaboliques, de l'autisme, des troubles de l'oralité...).

Ils ont une vocation d'intervention régionale.

Leur action dans les centres hospitaliers universitaires est de former des équipes pluridisciplinaires permettant d'élaborer des diagnostics précis, de proposer des modes de prise en charge et d'envisager des études ou des recherches sur l'évaluation de ces prises en charge.

Une expérience à la consultation Oralité de Rennes :

J'ai eu l'opportunité de participer à la consultation Oralité se tenant chaque mois sur Rennes et réunissant Docteurs en pédiatrie gastroentérologie, docteurs en pédiatrie néonatalogie, internes, orthophonistes, diététicienne, psychomotriciennes, kinésithérapeutes, infirmières...

¹⁴⁷ extrait du site de la FNO : http://www.orthophonistes.fr/theme_orthophonie_202_prevenir.htm

¹⁴⁸ Extrait du site : <http://clap.chu-nancy.fr/qui-sommes-nous/missions/information-formation/qu-est-ce-qu-un-centre-referent>

Cette consultation est dans un premier temps un moyen pour l'équipe pluridisciplinaire de se retrouver et d'échanger, de communiquer sur les patients reçus dans les différents services de pédiatrie.

Le travail de la consultation de Rennes en partenariat avec le CAMSP rattaché à l'hôpital est essentiellement tourné sur les pathologies digestives et extra-digestives ayant nécessité la pose d'une sonde naso-gastrique ou d'une gastrostomie, mais peut aussi s'intéresser à des patients présentant des pathologies neurologiques, organiques et syndromiques orientés au CAMSP¹⁴⁹.

L'objectif de cette consultation est la prise en charge précoce de patients suspectés de présenter des troubles de l'oralité.

II.2.4- La problématique de la classification des troubles alimentaires

Il n'y a pas dans la littérature de consensus concernant les troubles du comportement alimentaire pendant l'enfance. Le jargon même utilisé pour qualifier ces troubles en terme diagnostique varie. Certains auteurs tels que I. Chatoor parlent de « troubles alimentaires » (« *eating disorders* »), de « troubles de nourrissement » (« *feeding disorders* »), de refus, d'aversion, de phobias alimentaires, de mangeurs problématiques, d'enfants qui « picorent » (« *picky eaters* »).¹⁵⁰

Les descriptions des troubles alimentaires sont compliquées car il y a souvent une confusion avec les retards de croissance utilisés parfois comme diagnostic.

La classification du DSM-IV¹⁵¹ a inclus en 1994 les « troubles alimentaires et du nourrissement de l'enfance » (« *eating and feeding disorders of infancy* »). Ces troubles sont caractérisés par :

- Un échec persistant à manger adéquatement, avec difficulté importante pour gagner du poids ou perte significative de poids pendant au moins un mois.
- Le trouble alimentaire n'est pas associé à un trouble gastro-intestinal ou à une autre condition médicale.
- L'enfant défie ou s'oppose à l'adulte, refusant d'accepter les règles imposées par lui.
- Le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental ou par l'absence d'aliments disponibles.
- Le trouble débute avant l'âge de 6 ans.

Heuzey M.-F. dans son article « *Des troubles du comportement alimentaire du bébé* »¹⁵² note que des difficultés mineures existeraient chez 25 à 35 % des enfants « tout-venant » et 40 à 70 % des prématurés et des enfants atteints de maladies chroniques seraient touchés. Elle souligne l'importance des travaux de I. Chatoor dans la compréhension de ces troubles.

La classification de Chatoor I. rend compte des différentes phases de développement :

¹⁴⁹ CAMSP : Centre d'Action Médico Social Précoce.

¹⁵⁰ Travaux de Chatoor I., 1998.

¹⁵¹ DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders 4^{ème} édition.

¹⁵² Extrait du site www.JTA.com

- Troubles alimentaires de l'homéostasie, de la période néonatale
- Trouble alimentaire de l'attachement, entre le 2^{ème} et le 8^{ème} mois, auparavant décrit comme un syndrome de privation maternelle
- Anorexie infantile, se manifestant principalement lors du passage à la cuillère, et à l'alimentation autonome.

Les étiologies de ces troubles sont souvent classées en deux sous-groupes : *les causes organiques* (digestives, neurologiques, respiratoires des maladies chroniques, génétiques et métaboliques) ou *non-organiques*. Dans les premières descriptions des troubles alimentaires d'origine non-organique du bébé, on pensait qu'ils étaient provoqués par la privation, la carence ou les dépressions maternelles associées à des dysfonctionnements familiaux majeurs (R. Spitz, 1946 ; R. Feldman et al., 2004)¹⁵³. Un courant opposé place l'enfant à l'origine du trouble et soumet l'hypothèse d'une atteinte neurologique qui les rendrait moins « résilients » pour faire face aux difficultés environnementales (Rudolphe, 1994)¹⁵⁴.

Cette dichotomie Troubles organiques/ Troubles non-organiques a été remise en question par les travaux de Chatoor I. (2000) qui incluent dorénavant « la relation de nourrissage » (« *feeding relationship* »). Cependant selon elle, il n'existerait pas un « dysfonctionnement-type » générateur de troubles alimentaires. Ses travaux incluent un grand nombre de dyades mère-bébé avec des observations pendant les repas, des observations pour apprécier l'attachement de l'enfant et de sa mère.

Quatre catégories ont pu être précisées :¹⁵⁵

- **Les troubles du comportement alimentaires post-traumatiques** : le refus alimentaire survient après un événement traumatique portant sur l'oropharynx ou l'œsophage (il peut s'agir d'une fausse route, d'un forçage alimentaire ou traumatismes médicaux comme la sonde, l'intubation, l'aspiration. Le refus alimentaire peut être sélectif (l'enfant refuse le biberon après une fausse route ou des vomissements mais accepte la cuiller ou l'inverse), parfois le refus est complet. L'enfant peut manifester de l'anxiété avant le repas comme s'il anticipait la situation. Des complications à plus ou moins long terme peuvent se manifester dans ce cas : retard de développement oro-moteur, difficultés de mastication et de déglutition, retard de développement du langage.
- **Les troubles de l'alimentation de type trouble de l'attachement** : ils apparaissent entre deux et huit mois. On peut observer durant les repas une pauvreté voire une absence des échanges, un manque d'apport au niveau nutritionnel et affectif.
- **L'anorexie infantile** débute entre 6 mois et 3 ans avec un pic de survenue entre 9 et 18 mois. Le début coïncide souvent avec le passage à la cuiller et à la diversification de l'alimentation. Les échanges alimentaires sont marqués par l'anxiété, par le conflit. Les parents expriment souvent des affects négatifs, proposent des distracteurs pendant les repas.

¹⁵³ cité par dans la thèse Histoires de bouches de Santa'ana Simas Roberta.

¹⁵⁴ Ibid

¹⁵⁵ Heuzey M.-F., *Des troubles du comportement alimentaire du bébé*, in *L'enfant anorexique*, Paris, 2003 Editions Odile Jacob.

- « **Les petits mangeurs** » ou les enfants atteints de **néophobies alimentaires** manifestent des signes d'opposition à l'alimentation et n'acceptent généralement que certains aliments très sélectionnés. L'anxiété parentale est variable, mais il n'y a pas de troubles graves de l'attachement. On observe une absence de retentissement sur le développement staturo-pondéral : l'enfant ne présente aucun signe de malnutrition. Heuzy montre que ces « petits mangeurs » ont des patterns de succion différents des sujets contrôlés dès les premiers mois de vie, et lors de la diversification, ils sont sélectifs.

Il est intéressant de noter qu'une étude réalisée en 2003 en Italie par Ammaniti et al. a montré en comparant des bébés présentant des troubles alimentaires organiques, non-organiques et des enfants contrôlés, un niveau plus élevé de dysfonctionnements interactifs entre le bébé présentant des troubles alimentaires non-organiques et sa mère.

Mais on ne peut pas savoir quel dysfonctionnement est premier : le dysfonctionnement interactif ou le dysfonctionnement dans le comportement alimentaire.

Catherine Thibault parle de **dysoralité** et définit ce terme comme « l'ensemble des difficultés alimentaires par voie orale ». Selon elle, 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.

Cathleen C. Piazza parle de **difficultés alimentaires** et les définit comme un ensemble hétérogène de problèmes qui peuvent inclure une consommation nutritionnelle et calorique inadéquate, un retard de développement, des déficits dans les aptitudes, des déficits oro-moteurs et/ou des problèmes comportementaux.

Certains précisent qu'il ne faut pas confondre dysoralité et **dysphagie**. La dysphagie est définie comme « l'ensemble des difficultés résidant dans les mouvements de la nourriture de la bouche vers l'estomac » (Logemann, 1998) et « la difficulté de déglutition » (Arvedson et Brodsky, 1993)¹⁵⁶

II.3- Enjeux théoriques

Plusieurs questions cliniques et méthodologiques persistent dans la prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire. La prise en charge repose sur la prise en compte de la sphère oro-faciale par des stimulations kinésiastes, et de l'ensemble de la dynamique relationnelle.

La prise en charge repose donc sur un protocole de stimulations autour de la zone oro-faciale. Il s'agit de massage péri et endo-buccaux. Nous allons « toucher » à la bouche de l'enfant, pénétrer à l'intérieur de son corps.

Or le premier point questionnant est **la sur-stimulation** engendrée par ces massages. D'un point de vue méthodologique, aucune recherche sur la thérapie par massage sur les

¹⁵⁶ Cité dans le mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, C. Caillet et E. Caron, *Quand manger rime avec difficultés : les outils d'évaluation orthophonique pour le jeune enfant*, 2008-2009, Université Paris VI.

nourrissons ou sur les enfants n'a à ce jour examiné les effets différentiels (d'ordre psychique par exemple) du massage sur les enfants qui présentent une répugnance au contact.

Cependant l'existence de protocole de stimulation s'appuie sur deux principes énoncés par Meillier en 1999 :

- Les déficits biologiques peuvent être atténués par des apports environnementaux.
- L'expérience précoce participe à la formation de l'organisme et des structures cérébrales.

Les objectifs des stimulations oro-faciales sont nombreux :

- Réconforter et apaiser l'enfant en provoquant une détente corporelle
- Entretenir ou permettre le plaisir de l'oralité
- Reculer le réflexe nauséux
- Encourager une meilleure motricité des organes bucco faciaux
- Équilibrer les structures fibro-musculaires, augmenter la force musculaire de la région pharyngée
- Renforcer le lien parent-enfant

Nous avons traité dans la première partie de toute la dimension psychologique, psychodynamique de l'oralité. Comment dès lors articuler la dimension psychologique et la dimension comportementaliste dans une prise en charge orthophonique ?

Ces deux abords théoriques ne sont-ils pas antinomiques ?

J'aborderai ces questions dans la partie « discussion » du mémoire.

II.4- Enjeux développementaux

II.4.1- La complexité des facteurs en jeu

Les habitudes alimentaires reposent donc sur des processus liés au développement moteur, sensoriel et socio émotionnel. En effet, l'intégrité des différents effecteurs de la déglutition ne suffit pas au développement harmonieux de l'oralité alimentaire.

De nombreux facteurs anatomo-physiologiques interviennent : le pharynx s'allonge et s'élargit, le larynx descend, la déglutition secondaire s'installe lorsque la dentition est complète, la motricité de la nutrition se postérieure, les lèvres et la langue peuvent fonctionner de manière indépendante.

On relève **des facteurs neurologiques** (autrement dit les centres nerveux de la déglutition sur le plan sensitif et moteur se mûrent).

On observe également un rôle essentiel **des facteurs proprioceptifs, affectifs et pulsionnels**.

Le terme d'oralité m'évoque aujourd'hui :

- Nourrir son enfant

- L'action manger, la manducation : la mastication, la déglutition.
- L'exploration par l'enfant de sa bouche
- La relation de la mère à son bébé et du bébé à sa mère
- Le regard (en effet ne dit-on pas « Il la dévore des yeux »). J'ai montré la place que joue le regard dans les premières interactions d'allaitement.
- Les premières interactions, le dialogue tonique, les ajustements réciproques
- Le développement du langage
- La notion de plaisir

Que faire face à un trouble isolé ?

II.4.2- Sémiologie et exploration de ces troubles

Figure 16 :

Sémiologie des troubles de l'oralité d'allure Isolée¹⁵⁷	Exploration de ces troubles
Troubles de la succion	Anomalies de la fermeture des lèvres sur le mamelon ou la tétine, insuffisance du mouvement de reptation antéropostérieur de la langue et de l'efficacité de la dépression intrabuccale.
Troubles de la déglutition	Toux, fausses-routes, reflux
Insuffisance vélaire	Fuite nasale
Troubles ventilation	Obstruction nasale Glossoptose ¹⁵⁸ , collapsus pharyngé ¹⁵⁹ , stridor ¹⁶⁰
Troubles coordination déglutition-ventilation	Défaut de reprise inspiratoire au cours des trains de succions successifs
Troubles du comportement alimentaire	Le bébé tète mais pas assez longtemps
Troubles pratiques oraux secondaires : - troubles de la pré-orale et orale - anorexie oppositionnelle	Mauvais mouvement d'ouverture volontaire de la bouche. L'enfant avale tout rond, pas de préparation du bol alimentaire, pas de mastication, nausée aux morceaux, opposition, pleurs, refus et fuite
Troubles relationnels	Forçage, grande anxiété parentale, climat conflictuel entre l'enfant et les parents, entre les parents...

Nous comprenons maintenant davantage la complexité des facteurs liés à ces troubles alimentaires.

Il apparaît donc essentiel d'explorer dans l'anamnèse et dans l'observation clinique l'allure du trouble de l'oralité pour comprendre si on est face tout d'abord à un enfant ou un nourrisson normal, syndromique, ou neurologique.

La question est de savoir ce que l'on doit faire lorsqu'il s'agit d'un trouble d'allure psychologique.

¹⁵⁷ Abadie V., *Troubles de l'oralité d'allure isolé : « isolé ne veut pas dire psy »*, Archives de Pédiatrie, 2008 ; 15 : p. 837-839.

¹⁵⁸ Glossoptose : déplacement de la langue en arrière.

¹⁵⁹ Collapsus pharyngé : obstruction

¹⁶⁰ Stridor : est un bruit plus ou moins strident, comme une espèce de vibration râpeuse ou sifflante rythmée par la respiration, qui provient des voies aériennes supérieures.

Autrement dit avons-nous un rôle à jouer dans cette prise en charge ?

Nous avons un rôle à jouer dans l'observation des interactions parents-enfants. Il est souvent plus facile pour des parents d'amener leur enfant en consultation orthophonique que de l'amener chez le psychologue. En tant que thérapeute auprès de jeunes enfants, nous avons les outils pour témoigner de cette relation et amener les parents à trouver le bon chemin qui les mènera vers leur enfant.

II.4.3- Etre attentif à la dynamique relationnelle

Notre place privilégiée d'observateur nous permettra d'être attentif aux interactions entre l'enfant et ses parents au cours de nos séances et de repérer les signes de perturbations de cette relation.

Les échanges verbaux	Les indices infra-verbaux
<p>Interactions vocales : Les pleurs et les cris constituent le premier langage du bébé qui exprime ainsi, non seulement ses besoins mais aussi ses affects. Les réponses apportées par la mère représentent une modalité interactive quotidienne. En effet, les cris et les pleurs déclenchent des affects intenses qui pousse la mère à agir pour mettre un terme à l'état de détresse supposée. On parle de cordon ombilical acoustique. Le vécu maternel des cris et pleurs du nourrisson peut s'exprimer, selon les cas, par des sentiments de doute, d'agressivité voire de désespoir.</p> <p>Les mères parlent à leur bébé dès les premières heures de vie. La prosodie du langage maternel, adressé au bébé, ses intonations, son timbre, son rythme, semblent souvent plus importants que le contenu des propos.</p> <p>Le nourrisson paraît entraîné, dans sa motricité, par la musique du langage maternel.</p> <p>Les mères traduisent très souvent en mots leur interprétation des ressentis de leur enfant.</p>	<p>Le regard : Dès les premiers jours, le regard constitue une modalité d'échange privilégiée. Pendant la tétée, la mère et le bébé se regardent. Ce temps du regard est essentiel et illustre bien l'interaction bidirectionnelle. Le regard du nourrisson a des effets sur sa mère (effet gratifiant, valorisant) et en retour, le regard réciproque de la mère augmente la tendance du bébé à fixer les yeux de celle-ci. Le nourrisson est à ce moment-là une personne déjà bien individualisée.</p> <p>Interactions corporelles : L'ensemble des échanges passant par le corps est appelé « dialogue tonique » et exprime les manières dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent; mais aussi la manière dont le nourrisson s'ajuste dans les bras du parent (holding). Il existe une véritable interaction entre les postures de l'enfant et de la mère : détente ou raidissement de l'un, confort ou inconfort de l'autre, attention ou désintérêt des deux. Le « peau à peau » est aussi très important. S'y associent parfois caresses, chatouillements, blottissements, baisers, effets de surprise...</p> <p>Le sourire : Dès le 2-3ème mois, il est un comportement très efficace et gratifiant du bébé à l'égard de sa mère, de son père ou d'un autre interlocuteur. Les jeux relationnels, accompagnés de sourires voire de rires, sont, bien sûr, témoins de la qualité des interactions affectives.</p>

II.4.4- Les perturbations de la relation mère-enfant

Perturbations quantitatives	Perturbations de la réciprocité	Perturbations qualitatives de la relation
<p>Défaut de stimulation devant la passivité de l'enfant, du fait de la dépression maternelle, d'une pathologie psychique de la mère.</p> <p>Excès de stimulation Avec une mère ne tenant pas compte des signaux de l'enfant, débordé par les stimulations (détournement des yeux et de la tête, fermeture des yeux, expression de tension...). Il n'y a pas de régulation des échanges et des interactions. L'enfant est débordé, envahi.</p>	<p>La dynamique interactive est perturbée et les échanges sont entravés. Ces perturbations de la réciprocité peuvent s'observer dans plusieurs domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regard : évitement du regard de la mère ou du bébé - Paroles : cris et pleurs du bébé non pris en compte par la mère - Contacts physiques : discordance, absence d'ajustement postural, raidissements... 	<ul style="list-style-type: none"> - L'hypotonie - L'absence d'attachement <p>Les personnes sont interchangeable pour ces enfants entraînant à long terme l'instauration de relations significatives affectives difficiles. La carence maternelle est au premier plan souvent liée à un placement, une rupture.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'attachement anxieux ou ambivalent. On peut observer une relation préférentielle mais de nature conflictuelle déclenchant différents comportements chez l'enfant en réaction avec cette figure d'attachement comme l'imprudence, une propension aux accidents où l'enfant se met en danger par des comportements exploratoires qui ne sont pas compensés par ses comportements d'attachement. L'inhibition de l'exploration est une autre forme de réaction, comme pour s'éviter le danger face aux comportements parentaux imprévisibles, chaotiques. Ou bien encore une compétence précoce à l'autoprotection chez des enfants qui ne peuvent pas s'appuyer sur leur mère. - Les ruptures d'attachement par séparation. Elles suscitent une détresse intense chez le nourrisson.

II.5- Moyens de l'étude des troubles de l'oralité

II.5.1- L'approche diagnostic face à un trouble de l'oralité alimentaire du jeune enfant

Je parlerai dès à présent de troubles de l'oralité plutôt que de troubles du comportement alimentaire pour élargir d'emblée le signifiant vers l'alimentation, c'est-à-dire le corps de l'enfant et vers l'extérieur c'est-à-dire le corps de la mère et l'environnement et donc les interactions, c'est-à-dire le versant affectif.

L'approche vers ces difficultés sera avant tout clinique. La première rencontre avec l'enfant et ses parents consistera en un retour sur le vécu développemental oral de l'enfant et des parents et en une observation attentive de l'enfant lors d'un examen clinique. Celui-ci fera l'objet d'un examen passif, puis d'une évaluation objective des capacités orales tant comportementales que sensorimotrices en dehors de l'alimentation puis au cours d'un repas.

Enfin on veillera à être attentif au cours de l'entretien au mode d'interactions réciproques entre l'enfant et ses parents.

II.5.2- L'anamnèse : Retracer l'histoire orale du sujet et la situer dans la dynamique des interactions familiales¹⁶¹

La grossesse	Le vécu de la grossesse La décision d'allaiter
L'accouchement	Le vécu de l'accouchement Fatigabilité mère et bébé Attachement- détachement Troubles respiratoires (Coordination S-D-R ?) Asphyxie néonatale Réflexes : <i>grasping</i> , succion, foussement
L'allaitement	<p><u>- Au sein :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La décision d'allaiter • Du point de vue du bébé : <p>La mise en bouche, succion de 1 ou 2 seins, le regard, la vitesse de succion, la prise de poids, le sentiment renvoyé par l'enfant lors du portage, la posture au sein, la durée des tétées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du point de vue de la mère : <p>Les crevasses sur les mamelons, l'insuffisance de lait, la contrainte d'allaiter, les angoisses</p>

¹⁶¹ Voir annexe 12 : Repères sur le développement du jeune enfant.

<p>L'allaitement</p>	<p>- <u>Au biberon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposé car l'allaitement au sein était compliqué • L'ouverture de la bouche, la mise en bouche, tenue en bouche de la tétine, la durée de l'allaitement • La faim, la satiété, l'écœurement • L'activité sur la tétine • Des épisodes d'étouffement • La fatigabilité • Reflux, Toux • Fausses-routes • Un bavage pendant le biberon, la nuit • La place du père • Difficultés pour trouver la tétine adaptée à la succion de l'enfant.
<p>La diversification</p>	<p>L'âge, Les textures, La température, La quantité, Les morceaux, le temps passé pendant les repas (au biberon ou à la cuillère) Mange en autonomie, Utilisation d'un instrument (fourchette, cuiller), mange avec ses mains.</p>
<p>Le comportement alimentaire</p>	<p>La participation au repas à table : s'assoit, se lève de table, ne s'assoit jamais à table, pleurs avant même de venir à table, pleurs une fois à table, rejette son assiette, s'oppose, tourne la tête Repas en famille ou seul Distracteurs (TV, Radio, jouets...) Pas de temps de repas : l'enfant grignote toute la journée La nausée avant même d'être en bouche, une fois en bouche Sélectivité des aliments Forçage parental La mastication Utilisation des instruments : main, cuillère, fourchettes Aide pour porter cuillère à la bouche</p>

L'exploration de la bouche	Mise des objets, doigts, mains, pieds en bouche Tête (suction non nutritive) à vide sa langue, ses doigts Le plaisir La sensibilité de la bouche
Le corps	Préhension des objets Toucher des objets Hypersensibilité

<p>La communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'attachement - Les interactions infraverbales, corporelles, affectives - La communication orale 	<p><u>Les points forts des interactions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Postures d'accordage - Mimiques - Échanges de regards : sans objet, avec objet - Sourires et vocalises et cris - Respect des tours de parole entre la mère et l'enfant - Attention conjointe - Geste de pointage <p><u>L'attachement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Câlins, bisous initiés par l'enfant et l'adulte et seulement un des partenaires - L'agrippement : l'enfant tend les bras vers son partenaire, le parent tend les bras vers l'enfant - La sécurité, l'insécurité exprimées par l'enfant (lorsque l'enfant se fait mal, cherche t-il à se faire consoler ?) - La représentation de l'attachement de l'enfant chez l'adulte : autonome, préoccupé, détaché, désorganisé <p><u>Le langage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le babillage - Le pointage - La syntaxe - Le lexique - La compréhension
--	---

J'ai utilisé l'enquête par questionnaire auprès de parents dont les enfants étaient suivis en orthophonie.

II.5.3- Evaluations des capacités orales, c'est-à-dire de toutes les fonctions dévolues à la bouche

Examen neurologique : évaluer les outils nécessaires à une alimentation normale.

L'évaluation du stade développemental : savoir si la naissance a été prématurée (décalage entre l'âge réel et l'âge développemental).

L'examen morphologique : savoir si le trouble s'intègre dans un syndrome malformatif ou non. De nombreux indices sont repérables pour saisir les liens entre le développement des structures crânio-faciales, le type de succion-déglutition mis en place et la construction de l'articulation.

En effet, l'ossature se construit en fonction des pressions musculaires exercées sur elle. Un bébé allaité au biberon n'aura pas le même développement de la structure osseuse qu'un bébé allaité au sein. Au sein, le mécanisme de pression douce du tissu mammaire associée au plaquage de la langue sur le palais favorise la croissance du palais en forme de U. Au biberon, le lait coule tout seul, l'enfant est moins actif. La tétine va moins loin dans la cavité buccale, les lèvres sont moins toniques, la propulsion mandibulaire est plus faible. Cela induit un palais en forme de V.¹⁶²

Le palais est donc très malléable.

On peut observer un rétrognathisme.

L'examen orofacial :

- Analyse des paires crâniennes
- Observation de la mimique faciale : les sillons nasogéniens, la houppe du menton, le philtrum
- Tonus des muscles du visage : rechercher les réponses positives aux stimulations tactiles.
- Mobilité de la tête
- La forme et la taille du palais
- Le voile du palais : observation de la compétence oropharyngée
- L'aspect de la langue : son volume dans la cavité buccale, sa forme, sa position (basse, haute, en pont levis), la symétrie des mouvements, l'aspect de son frein, présence ou non de fasciculations¹⁶³ linguales
- Le tonus de la langue
- Les lèvres : évaluation du tonus et la capacité de fermeture
- Les joues : le tonus
- La mandibule : possibilité de mouvements fonctionnels verticaux et horizontaux
- La respiration nasale, buccale, mixte

¹⁶² Anna Tréguier, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, *Apports d'un regard d'orthophoniste dans le projet d'allaitement de l'enfant faible prématuré au sein d'un service de néotologie*, Université Paris –7, 2006-2007.

¹⁶³ La fasciculation est une contraction involontaire et isolée d'un faisceau musculaire.

- L'ascension laryngée : noter que chez l'enfant, le larynx est relativement haut dans le cou, donc l'élévation reste limitée.
- Le réflexe nauséeux : antérieur ou postérieur dans la cavité buccale
- Le réflexe de toux
- Le réflexe naso-inspiratoire
- Le bâillement
- L'olfaction
- Les praxies sur ordre et sur imitation
- Pendant l'alimentation : relever la posture, la durée des tétées, la durée du repas, les textures, les goûts, la température des aliments, noter la formation du bolus dans la bouche, la fermeture des lèvres, l'action de la langue, les mouvements des mâchoires. Observer la capacité de l'enfant à s'alimenter avec ses doigts, la cuiller, et sa capacité à mastiquer et à déglutir. Noter les fausses routes éventuelles, les fuites buccales, les régurgitations et les stases buccales. Observer les interactions entre l'enfant et ses parents (corporelles, visuelles, vocales)
- Perception/ Sensibilité tactile

L'examen corporel global :

- L'hypersensibilité :

L'expérience clinique a permis de définir cinq stades pour décliner **l'hypersensibilité tactile** :¹⁶⁴

- **Au stade 5**, on constate une aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière. L'enfant évite ou refuse le toucher corporel, il explore peu ou pas les jouets. Une aversion ou une nausée pour le toucher de matières franches (bois, plastic, tissus...) pour les textures molles (plumes, coton, pâte à modeler, peinture, pâtes cuites...) peut être observée.
- **Au stade 4**, le toucher du corps est possible ainsi que celui des matières franches. Par contre le toucher des matières sèches et celui des matières molles est difficile.
- **Au stade 3**, le toucher du corps, des matières franches et sèches est possible. Les matières molles sont difficiles à toucher pour l'enfant.
- **Au stade 2**, seule une aversion pour les matières collantes reste présente.
- **Au stade 1**, le toucher est possible jusqu'à matière molles collantes
- **Au stade 0**, l'enfant n'a plus d'appréhension.

¹⁶⁴ Leblanc V., Ruffier-Bourdet M., *Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel*, Spirale 2009/3, n°51, p. 47-54.

L'hypersensibilité orale peut se définir : tout toucher alimentaire ou non (goût, température) d'une zone exo-buccale (joue, menton, lèvres, tête) ou endo-buccale (gencives, langue, palais, intérieur des joues) peut déclencher : un détournement de la tête, des pleurs, une fermeture de la bouche, une nausée, langue en pont-levis, vomissements.

- **Au stade 5**, l'enfant ne laisse aucun accès au visage.
- **Au stade 4**, il est possible de toucher le menton et les joues.
- **Au stade 3**, on peut le toucher en dehors de l'intérieur de la bouche.
- **Au stade 2**, de petits massages sur les gencives, les joues, la partie antérieure du palais et la pointe de langue sont possibles.
- **Au stade 1**, les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, la partie antérieure du palais et la pointe de langue.
- **Au stade 0**, toutes les zones exo et endo-buccale peuvent être sollicitées.

- L'exploration de la bouche, la préhension avec les mains
- Le plaisir d'être touché, de toucher les différentes matières.
- Le plaisir de bouger

L'examen du développement du langage oral.

Être attentif à la relation, aux échanges parents-enfants.

On interroge les parents sur le **désir de relation, de communication** de leur enfant.

Comprendre à travers l'entretien avec les parents **comment le trouble s'est inscrit dans le vécu maternel et familial, comment ce trouble affecte les relations parents-enfant.**

On pourra ainsi préciser la sémiologie du trouble : s'agit-il d'un trouble de succion, de la coordination succion-déglutition, de la coordination déglutition-ventilation, de fausses-routes, d'une dysphagie, d'un inconfort digestif, d'un refus alimentaire, de difficultés relationnelles liées à l'apprentissage de l'oralité secondaire.

L'oralité secondaire est un apprentissage lié à des facteurs neurologiques, anatomiques et fonctionnels. Cette étape, nous l'avons montrée jongle avec deux stratégies et la transition peut durer de un à deux ans.

Les données cliniques que j'exploiterai par la suite sont tirées d'observations sur mon lieu de stage, de comptes rendus bilans que l'orthophoniste a bien voulu partager.

Données cliniques

I- L'analyse du terrain clinique

I.1- Recueil des éléments anamnestiques

Chroniques rétrospectives

Illustration de comment se développe l'oralité à travers différentes vignettes cliniques :

Je vais tenter de reconstituer l'évolution de la restauration du comportement alimentaire parallèlement à la naissance du langage à travers plusieurs rencontres d'enfants au cours de mon stage en libéral et dans un CAMSP.

L'intérêt de questionner l'allaitement

La situation d'alimentation chez le nourrisson apparaît fondamentale : au cœur de la relation mère-enfant, au cœur du développement de l'oralité.

Les histoires suivantes vont témoigner de l'intérêt de questionner le commencement de cette oralité c'est-à-dire l'allaitement pour comprendre :

- L'engrenage des difficultés, les liens entre les dysfonctionnements
- L'accompagnement orthophonique qui sera mis en place dans son action technique d'apprentissage de la déglutition
- L'accompagnement plus global autorisant l'accueil, la compréhension de l'enfant et de ses symptômes et de ses parents.

À travers cette démarche descriptive de cas particuliers, je cherche à montrer dans un premier temps que des signes de difficultés précoces dans l'oralité alimentaire se sont manifestés dès l'allaitement chez les enfants suivants.

Je montrerais ensuite que les relations enfant-parents peuvent être affectées par ces dysfonctionnements.

Enfin, la diversification a systématiquement posé des problèmes chez les enfants rencontrés qui montraient des signes précoces de dysfonctionnements lors de l'allaitement.

Situation clinique 1 :

Luc est un enfant âgé de 2 ans et 9 mois au moment où l'orthophoniste le rencontre pour la première fois dans son cabinet. Après une grossesse bien passée, il est né à terme et n'a pas présenté de difficulté respiratoire à la naissance. La maman précise que l'accouchement a été long et que l'équipe médicale a placé l'enfant sur elle deux heures après la naissance.

La décision de l'allaitement au biberon exclusif a été prise pendant la grossesse.

La maman et son enfant arrivent en consultation car Luc présente un trouble de l'alimentation avec néophilie alimentaire, oppositions, nausées, vomissements et une alimentation mixée à bientôt trois ans. Les inquiétudes de la maman et du papa portent sur le fait que Luc refuse toujours de manger des morceaux.

Mais les difficultés d'alimentation remontent à la naissance. Luc était un bébé qui « *n'ouvrait pas la bouche spontanément au moment du biberon* », « *qui semblait rapidement rassasié alors que le biberon était à peine commencé* », « *qui était passif au biberon* », « *qui gardait la tétine en bouche pendant toute la durée du biberon mais ne tétait pas* ». Lorsqu'on interroge de plus la maman sur la façon dont Luc a exploré avec la bouche, elle souligne qu' « *il n'a jamais rien mis dans sa bouche* ».

Lorsqu'on retrace l'anamnèse, on peut repérer que le père comme la mère ont participé à l'allaitement. Luc ne terminait jamais son biberon qui lui était donné à heure fixe. La maman utilisait une tétine aplatie en silicone.

Aujourd'hui Luc vient à table avec *plaisir* et demande systématiquement à manger des pâtes.

Il peut s'asseoir à table, mais la télévision est nécessaire (comme « monnaie d'échange » pour les parents).

Il mange seul avec les mains ou une cuiller. La maman le qualifie de « *petit mangeur* ». Certains aliments lui donnent la nausée une fois en bouche. Luc préfère manger chaud. La maman a commencé à diversifier vers 6 mois. Mais Luc refuse tout aliment nouveau et surtout les morceaux. Il lui arrive de goûter des gâteaux apéro (goût très salé) mais la plupart du temps, son alimentation est mixée, voire solide mou (pâtes). Le lait de croissance (240mL) lui est proposé à trois repas (matin, goûter et soir).

Conjointement, c'est un enfant qui n'a pas gazouillé lorsqu'il était bébé.

Les parents se sentent très angoissés par ces moments de repas, et « *essaient de ne pas trop se focaliser sur leur enfant pendant les repas* » mais souvent ont recours au forçage. Ils pensent que Luc a des difficultés d'ordre psychologique pour en arriver là. Ils se sentent désarmés, désemparés et estiment que la relation avec leur enfant en est affectée.

D'autres éléments me semblent précieux pour comprendre ce système mis en place autour de l'oralité.

La propreté sphinctérienne diurne et nocturne n'est pas acquise. Luc se réveille plusieurs fois par nuit. Il supporte difficilement d'être sale. Il a marché à 17 mois.

Ce tableau clinique fait penser à **un trouble de la succion nutritive immature du nouveau-né** : la durée des tétées était longue, les pauses présentes dès le début de la tétée, le biberon n'était jamais terminé.

Ce tableau aurait nécessité l'application d'un geste d'aide à la succion.



L'image¹⁶⁵ précédente nous montre comment le nouveau-né est tenu assis sur les genoux : une main tient la tête de façon à la maintenir en flexion et l'autre main exerce une forte pression sous le menton de bas en haut pour limiter les mouvements verticaux de la mâchoire inférieure.

En augmentant ainsi la pression de l'orbiculaire des lèvres autour de la tétine, on réduit la fuite d'air et instaure une dépression intra-buccale pour aspirer le lait. Ce geste doit être fait dès le début de la tétée et pendant toute la durée. Ainsi on retrouve une durée normale de tétée de 50 mL de 10 à 14 minutes.

Le choix de la tétine est important¹⁶⁶ : il vaut mieux privilégier les tétines en caoutchouc. Il ne faut pas agrandir le trou de la tétine car on risquerait de provoquer des fausses-routes.

La succion est une fonction très complexe nécessitant un enfant en bonne santé sur le plan neurologique et moteur.

Rappel :

Lau et al. (2000) isolent cinq étapes du développement de la succion chez l'enfant prématuré.¹⁶⁷ La succion nutritive est composée de **deux moments** :

- La succion qui tire le lait
- L'expression qui l'éjecte par compression entre la langue et le palais.

Stade 1 : Ces deux éléments sont arythmiques.

Stade 2 : Apparition du rythme de l'expression.

Stade 3 : Apparition du rythme de la succion.

Stade 4 : Coordination entre ces deux composantes.

Stade 5 : Une seconde qualité apparaît : la puissance.

Est ce qu'on ne pourrait pas identifier ces étapes chez les enfants avec des difficultés au niveau de la succion ?

Une bonne oralité conditionne un bon développement psychomoteur. Au cours de la première année de vie, la capacité à s'alimenter de manière active et efficace est un élément essentiel de la relation mère-enfant. Les difficultés alimentaires disqualifient les personnes qui s'occupent de l'enfant. Les interactions s'en trouvent perturbées.

Dans cette première situation clinique, on peut ressentir l'état de nervosité des parents et d'incompréhension face à leur enfant qui ne mange pas.

¹⁶⁵ Image extraite de l'article de Senez C., *Prise en charge de l'oralité chez les enfants en nutrition entérale, Nouvelles considérations sur l'alimentation entérale et prévention des refus de s'alimenter oralement.*

¹⁶⁶ Voir annexe 8.

¹⁶⁷ Meillier D., Marret S., Soussignan R., Schaal B., *Le nouveau-né prématuré : un modèle pour l'étude du développement du comportement alimentaire*, Enfance 2008/3, Volume 60, p. 244-245.

Il est primordial de resituer les difficultés actuelles de Luc dans son histoire orale pour que ses parents sentent que celles-ci sont inscrites dans une logique qui remonte à l'allaitement et pour les accompagner au mieux avec leur enfant sans les culpabiliser mais en leur faisant prendre conscience qu'il faut accompagner Luc en faisant un retour en arrière pour qu'il puisse engrammer les bons gestes au niveau sensori-moteur. La prise en charge va nécessiter des sollicitations au niveau de la sphère orale.

Situation clinique 2 :

Sami est un garçon présentant un syndrome *Prader Willi* avec séquence de Pierre Robin (sans fente labio-palatine), maladie génétique rare.

Cette pathologie génétique atteint un nouveau-né sur 10 000 et fait partie des dix maladies génétiques les plus représentées dans les maladies rares en France.

Ce syndrome est marqué par une hypotonie majeure à la naissance entraînant des anomalies de la déglutition, une masse musculaire réduite, un retard mental variable avec difficultés d'apprentissage, des problèmes de comportement et un trouble sévère de l'alimentation lié à un manque de sensation de satiété pouvant entraîner l'apparition d'une obésité massive.

Cet enfant est né à terme en février 2009. Il a actuellement quinze mois. Le diagnostic a été posé douze heures après la naissance. Un accompagnement parental a été mis en place précocement dans le cadre d'un programme de soins de développement. Sami est suivi en orthophonie depuis ses deux mois et demi (travail autour des praxies, du bavage, des stimulations olfactives).

À la naissance, le premier problème rencontré a concerné l'alimentation. L'hypotonie néonatale du nourrisson *Prader Willi* étant le signe majeur au début de la vie, le nouveau-né est incapable de téter.

Sami a donc bénéficié d'une nutrition entérale de la naissance à ses deux mois et demi. Le débit des bolus sous nutrition entérale était de 50 mL/heure (50 mL de lait sont bus *normalement* lors d'une tétée fonctionnelle de dix minutes). La maman relate que Sami n'a pas pu être alimenté au sein comme prévu : le réflexe de succion étant absent et Sami ne se réveillait même pas pour pleurer sa faim. Il était trop fatigable les premières semaines pour téter. Pour stimuler la succion, Sami a été placé au sein de sa mère après qu'une kinésithérapeute ait stimulé ses réflexes oro-faciaux (tapotement, stretching labial...). La réponse a été le réflexe de foussement contre le sein. La maman parle de moments privilégiés autour de l'oralité de son enfant.

Le biberon avec lait maternel lui a été présenté **vers quatre semaines**. Suite à l'arrachement de la sonde, l'alimentation exclusivement orale au biberon lui a été proposée. Sami était installé assis dans son transat face à ses parents. Cette position a pu contribuer à l'éveil de l'enfant et à ce qu'il boive un peu plus. Sami pouvait au départ prendre 5 mL, puis 10mL et 210 mL aujourd'hui à un an et trois mois. Mais les repas duraient entre trente minutes à une heure. Le lait donné était celui de la maman

La diversification a été introduite **vers 6 mois**. Sami avait eu l'occasion de jouer auparavant avec la cuiller. La préhension ne lui a pas posé de problème.

Aujourd'hui, il touche les aliments avec ses mains. Les nutriments sont mixés et variés. Les difficultés résident dans le fait que la quantité introduite dans la bouche doit être petite, qu'il reste des fausses-routes, que des stases buccales persistent, et qu'il existe un défaut de fermeture labiale.

La mastication n'est pas encore efficace. Certains morceaux mêmes mixés peuvent entraîner des nausées voire des vomissements s'il ne peut les déglutir facilement. Entre 8 mois et 13 mois, les praxies de mâchouillement puis de mastication et de brossage sur les gencives avec introduction de petites brosses ont permis un travail sur la musculature de la langue, des lèvres et des joues.

QuickTime™ et un décodeur sont requis pour visionner cette image.

Les repas sont pour l'enfant et les parents de vrais moments de plaisir.

Une écoute attentive dès le début de ces premiers moments autour de l'oralité a favorisé la mise en place harmonieuse de toutes les fonctions dévolues à la bouche : la respiration, l'alimentation, la gustation, le langage et la communication.

La difficulté majeure aujourd'hui réside dans le fait que le syndrome *Prader Willi* nécessite un régime draconien hypocalorique car les enfants souffrant de cette maladie prennent du poids. Ils subissent un traitement hormonal. C'est toute l'ambivalence de cette prise en charge. On stimule pour optimiser la déglutition, le tonus de la sphère orofaciale, la succion, la respiration nasale, la perception mais en parallèle, on doit tenir compte du régime alimentaire. Car manger devient pour eux une activité à risque d'obésité.

Situation clinique 3 :

Benjamin est un enfant âgé de trois ans et cinq mois au moment du bilan. La maman l'amène en consultation car benjamin a des difficultés à se faire comprendre. Son langage n'est toujours intelligible.

En retraçant l'anamnèse avec la maman, on s'aperçoit vite que les difficultés autour de l'oralité sont conjointes à des difficultés d'alimentation.

Benjamin est né suite à une grossesse très difficile pour la maman qui a été alitée durant plusieurs mois. Dès la naissance, le bébé a présenté des troubles respiratoires (*on peut penser à un trouble de la coordination S-D-R*). Un contact peau à peau a été permis dès la naissance entre la mère et l'enfant.

Benjamin était très fatigué, et il n'a pas recherché tout de suite le sein. La maman ayant pris la décision d'un allaitement mixte pendant la grossesse a maintenu son désir d'allaiter au sein après l'accouchement. Les souvenirs de l'allaitement des premiers jours sont vagues aujourd'hui. La maman ne se souvient pas de la durée des tétées, ni si son bébé prenait bien le sein en bouche, tétait un ou deux seins. Elle se rappelle avoir allaiter en position allongée (*la position était-elle adaptée à la succion de Benjamin ?*) Elle explique avoir très vite proposé un allaitement au biberon tout en maintenant au début un allaitement au sein.

Qu'est-ce qui a provoqué ensuite l'abandon de l'allaitement au sein ? est-ce que ce sont les difficultés de succion ? les contraintes maternelles ?

Les moments d'allaitement étaient des moments privilégiés pour la mère et l'enfant où de nombreux échanges visuels avaient lieu.

Elle indique que son bébé n'ouvrait pas spontanément la bouche au biberon, il lui arrivait de lâcher subitement la tétine comme s'il s'étouffait. La coordination déglutition-respiration était donc difficile. On peut mettre en lien ces épisodes avec la difficulté de l'accouchement.

Pour un défaut d'ouverture buccale, on n'aurait pu proposer à la maman une aide en tirant sur le menton lors de la mise au sein.

La double contrainte sein/biberon n'a pas dû faciliter la mise en place de la succion.

En effet, rappelons que la succion au sein nécessite des mouvements plus actifs, que la langue est plus antérieure avec un mouvement péristaltique prononcé, et que la respiration requise est nasale.

Alors qu'au biberon, les mouvements sont moins amples, l'étanchéité labiale est moins puissante (Un bavage avait été repéré par la maman lors des biberons et pendant la nuit), le flot du lait est plus postérieur avec impossibilité pour le bébé de le réguler. La langue a un mouvement de piston de haut en bas plutôt qu'un véritable péristaltisme. La proprioception est différente en raison de la rigidité de la tétine (la maman de Benjamin parle de sa difficulté à trouver la tétine adaptée, elle a opté pour une tétine aplatie en silicone)¹⁶⁸. La respiration au biberon favorise une inspiration courte et une expiration longue buccale.

L'enfant ne terminait jamais son biberon et bien souvent régurgitait ses biberons. On peut donc imaginer le climat d'angoisse pendant ces temps de repas pour Benjamin et ses parents.

Benjamin a exploré les objets avec sa bouche mais à trois ans continue de le faire. Il a également une sucette en journée et la nuit.

C'est un enfant actif qui bouge, aime courir, sauter. Il est propre de jour depuis ses trois ans. Les moments de bain ne sont pas difficiles. C'est donc un enfant relativement bien dans son corps.

Aujourd'hui sa respiration est buccale, il a constamment la bouche ouverte.

¹⁶⁸ Voir annexe n° 8 : les tétines.

Les temps de repas sont décrits comme très conflictuels entre Benjamin et sa maman. Elle le décrit comme « un petit mangeur ». La télévision est de mise pendant les repas qui se déroulent à table. Il peut parfois hurler pour se mettre à table et refuse catégoriquement de manger, goûter certains aliments. La maman parle de forçage pour faire manger Benjamin. Cela traduit l'anxiété, la dureté de ses moments.

La température des aliments n'a pas d'importance pour Benjamin qui peut très bien manger une glace ou un steak mixé. Il ne supporte pas d'avoir un morceau en bouche. La diversification alimentaire a commencé vers cinq, six mois. La mastication n'est pas acquise. Boire au verre n'est pas un geste simple. Il peut utiliser une fourchette et manger seul.

Quant au développement du langage, benjamin a eu un jasis et un babillage selon la maman plus tardif que ces frères et soeurs. Aujourd'hui les difficultés portent davantage sur la complexification de l'articulation et l'enrichissement du lexique.

La demande formelle de la maman a porté sur le langage. Mais lorsqu'on relate l'histoire singulière de Benjamin, les difficultés sont plus anciennes. L'oralité alimentaire primaire ayant posé des difficultés on comprend la dynamique instaurée dans cette famille : difficultés relationnelles (la maman exprime clairement le poids de ce dysfonctionnement alimentaire dans leur relation), difficultés de l'oralité secondaire verbale et alimentaire (retard de parole, langage et impossibilité de mastiquer).

I.2- L'examen clinique Cas de la mastication

Pierre est un garçon âgé aujourd'hui de trois ans et six mois. C'est un enfant né grand prématuré à 30 SA pour un poids de naissance de 900 grammes dans un contexte d'hypoglycémie récurrentes et sur retard de croissance intra-utérin. Pierre a marché à 24 mois d'âge corrigé. Sa langue maternelle n'est pas le français.

Un bilan neuropédiatrique est effectué à ses deux ans dans le cadre d'un retard psychomoteur associé à un retard de croissance. Aucune étiologie n'est confirmée par rapport au retard et au contexte de prématurité. Aucun trouble de la motricité globale n'est observé. La marche est stable. Les résultats montrent qu'il a rattrapé le retard dû au retard de croissance intra-utérin au niveau des paramètres staturaux. Par contre, les médecins notent un retard dans la motricité fine avec une pince pouce index qui n'est pas acquise. Aucun trouble du tonus n'est observé.

Pierre a été alimenté par sonde naso-gastrique nocturne pendant longtemps. Lorsqu'il est né aucun suivi de l'oralité n'a été proposé au parents. Pierre n'a pas été stimulé oralement malgré la sonde. L'espace oral n'a pas été ménagé pendant cette période.

Rappelons que des enfants nés avant 32 SA et nourris par sonde artificielle ont un risque important de développer une hypersensibilité, un retard de développement alimentaire plusieurs mois voire plusieurs années après.

Rappel de l'étude sur le suivi de 52 enfants grands prématurés :

Versant du développement alimentaire	%	Versant du développement du langage	%
Passage à la cuiller difficile	27	Retard de langage :	25
Alimentation en morceaux (mastication, hypersensibilité)	44	- Recours à la gestuelle pour se faire comprendre	
Intolérance à la consistance des aliments	13	- Absence de construction de phrases de trois mots	
Refus de manger en dehors de chez lui	31	- Non utilisation du « je »	
Refus de manger en l'absence d'un parent	31		
Aucun plaisir	36		
Extrême lenteur	38		
Trouble de la succion	29		

Lors de l'évaluation des capacités orales, l'orthophoniste note un réflexe de succion très important. Son alimentation est essentiellement liquide, semi-liquide (type bouillie - semoule plus lait) et des aliments froids (desserts, jus, yaourt). Tout aliment solide proposé est accepté, mis en bouche puis refusé par des pleurs.

La mastication est totalement absente.

En séance, Pierre accepte les « *Mikado* », bâton biscuit recouvert de chocolat. La maman précise que Pierre mange un goûter en fin de matinée et qu'elle lui donne un carré de chocolat qu'il suce, tête pendant plusieurs minutes. Pierre a ses dents mais n'utilise absolument aucun schème moteur masticatoire. Ses mâchoires restent immobiles. Ses lèvres sont entrouvertes. Seule la langue s'active légèrement sur le palais. Peu de pression intra-buccale est observée. Le chocolat et le biscuit finissent par fondre. L'orthophoniste lui propose d'autres consistances de biscuits (exemple type « *Paille d'or* »). Il refuse. Ces gâteaux s'effritent en bouche.

Pierre accompagné de sa maman va une fois par semaine en halte-garderie et depuis peu quelques heures en petite section de maternelle. La maman exprime sa difficulté à se séparer de Pierre même quelques heures.

Pierre est un enfant curieux qui se saisit des jeux, des objets proposés.

Il est suivi depuis maintenant un an en orthophonie. La prise en charge alimentaire qui était la priorité jusque là est mise de côté pour proposer un espace à Pierre pour développer son langage. Les parents ne sont pas francophones. La mère rapporte que même dans sa langue maternelle, des difficultés se font sentir. Pierre ne fait pas de phrases, utilise quelques mots, ne se retourne pas quand on l'appelle.

Pierre vient en séance avec plaisir sans sa maman qui reste dans la salle d'attente.

Pierre n'a pas bénéficié de stimulations précoces. La prématurité et la nutrition entérale n'ont pas permis une mise en jeu de la sphère bucco faciale, une bonne mise en place du réflexe de succion coordonné avec la déglutition et la respiration. Pierre n'éprouve actuellement aucun plaisir à manger et montre une certaine appréhension pendant les repas. Son langage a des difficultés à s'organiser même dans sa langue maternelle.

L'entrée en maternelle, la présence de pairs, la participation à des moments de cantine, le travail effectué en orthophonie et l'accompagnement de la maman sur le chemin de

l'autonomie de son enfant contribueront peut être à la mise en place plus harmonieuse de l'oralité alimentaire et verbale.

Cette vignette clinique montre succinctement tout le travail d'accompagnement à réaliser auprès de la mère pour qu'elle réussisse à se séparer en douceur de son enfant.

I.3- Les suivis orthophoniques

I.3.1- De la succion au langage

Nous allons saisir l'intérêt d'un accompagnement précoce autour de l'oralité.

Sami :

Dans un premier temps, le travail orthophonique était axé sur l'oralité alimentaire (travail autour du bavage c'est-à-dire la fermeture des lèvres, stimulation musculaire autour des lèvres, renforcement du plancher lingual).

À 7 mois, Sami est capable de prendre un objet et de le mettre dans sa bouche. Il communique lors des séances par de nombreux sourires et des grimaces qui nous font rire alors il recommence. Début octobre 2009, il commence à tenir assis. Ses regards se portent sur l'orthophoniste dès que celle-ci s'éloigne. Sami s'anime, aucun son ne sort, mais il semble l'appeler. En novembre, les mouvements de langues sont plus toniques. Sami se tient assis (il a 8 mois et demi). Il réalise de petits claquements de langue et le babillage se dessine. On commence à entendre des [A].

Fin novembre, l'attention conjointe est présente. Il peut regarder des images proposées par l'orthophoniste.

Un travail de stimulations olfactives est mis en place à partir d'un loto des odeurs acheté dans le commerce.

Depuis ses 8 mois et demi, le travail orthophonique est axé à la fois sur les praxies orales, la fermeture labiale, la sensorialité olfactive, mise en place de la respiration nasale et est porté sur la communication (à travers des jeux de doigts, des comptines, discrimination auditive avec le loto sonore).

En janvier 2010, le babillage rudimentaire est présent mais peu développé encore. La maman nous indique qu'une fois la séance d'orthophonie terminée et une fois dans la voiture sur le chemin du retour, Sami reproduit les jeux de bouche, les vocalisations entendues pendant la séance.

Vers 13 mois, Sami est capable de regarder un objet dans la pièce (en l'occurrence un petit moulin-à-vent) puis de me regarder puis regarder à nouveau l'objet. Il pointe avec la main. Il est très observateur lorsqu'un nouveau jeu lui est présenté. Il a besoin d'un temps de latence important avant d'agir sur l'objet. On lui propose des jeux d'encastrement, d'empilement. Il ne peut encore les réaliser ; par contre il peut imiter l'orthophoniste qui frappe avec un crayon sur un support. Sami apprend les tours de rôle de parole, le « à moi », « à toi ».

En avril, soit un mois plus tard, Sami arrive en séance en marchant avec le soutien de sa maman. Il est joyeux.

La mère explique que depuis peu, elle a changé les tétines des biberons de Sami. Elle ne remarque plus de fausses-routes, par contre un bavage persiste essentiellement au niveau de la commissure droite des lèvres. La maman raconte qu'il commence à donner à table des miettes de pain. Le babillage se complexifie, on entend des « Tata », « Kaka », « mmØ », « ma ».

On conseille à la maman d'utiliser pour faciliter la mise en bouche et éviter les fausses-routes une petite assiette dans laquelle les aliments mixés sont placés. Sami peut alors se servir avec les mains et maîtriser la quantité mise en bouche.

Le travail plus spécifique autour des praxies se poursuit en début de séance. Il porte sur la déglutition de la salive avec mobilisation du larynx, sur la fermeture labiale, sur la respiration nasale.

Des jeux de coucou caché, des jeux d'amplification de voix, des jeux avec des balles en mousse, en coton, des boîtes, des tubes lui sont proposés. Il est très curieux. Au départ, il mettait systématiquement les objets en bouche. Depuis quelques semaines, il vide les boîtes et jette les objets. Il m'imité en essayant de re-faire glisser un ruban dans un tube.

J'ai observé depuis peu qu'une fois qu'il a jeté les objets, il regarde par terre puis me regarde.

Pendant deux séances, la maman est sortie de la salle. Sami la suit des yeux, l'interpelle « A-ta-ta », « ka-ka ». Il ne pleure pas alors que sa maman n'est plus dans la pièce, il est en sécurité avec l'orthophoniste. Sami tend les bras depuis le début du mois de mai en regardant la personne pour être porté.

Le langage se met peu à peu en place. On saisit combien l'accompagnement parental précoce de cet enfant permet d'infléchir un pronostic lourd concernant ses possibilités motrices et la prévision d'un retard mental. À quinze mois, il se tient assis, commence à marcher, vide des boîtes avec plaisir. Au niveau de l'alimentation, même si un bavage persiste, les fausses-routes sont quasi-inexistantes. Sami mange avec ses doigts et une cuiller. Malgré un régime alimentaire strict, les praxies de mastication se mettent en place.

Seule une sensibilité aux morceaux est perçue car la mastication n'est pas encore efficace :[Certains morceaux mêmes mixés peuvent entraîner des nausées voire des vomissements s'il ne peut les déglutir facilement]. On a d'ailleurs proposé à la maman de donner à Sami une petite assiette avec des petits tas d'aliments non mélangés pour qu'il prenne conscience des quantités en bouche et de la texture. Il faudra veiller à éviter les consistances d'aliments qui se délitent comme par exemple le riz qui ne permet pas de façon évidente de rassembler le bolus en bouche. Les relations qui se jouent entre Sami et ses parents sont harmonieuses et sereines. C'est un enfant sécurisé qui accepte que sa maman quitte la pièce.

Par cette étude de cas, je souhaitais montrer que des déficits biologiques même génétiques peuvent être atténués par des apports environnementaux, c'est-à-dire des stimulations orthophoniques et familiales.

L'observation continue des capacités praxiques, linguistiques, relationnelles, alimentaires permettent une intervention thérapeutique singulière adaptée à l'enfant et à ses parents.

I.3.2-L'aliment, le verbe et la relation à l'autre

Situation clinique de Luc : à travers laquelle je souhaiterais montrer comment l'oralité alimentaire et l'oralité verbale s'imbriquent et se régulent simultanément.

	Comportement alimentaire	Comportement verbal	Mode relationnel, comportement global
Janvier 2010 (32 mois)	<p>Son alimentation est essentiellement composée de liquides (purée liquide si elle est pâteuse, il rejette ou écœure parfois vomit) et de mixé (viande) . Le reste de son alimentation est le lait matin, goûter et parfois le soir.</p> <p>Suite au bilan, une prise en charge orthophonique est préconisée pour travailler la ventilation nasale, la détente globale et linguale, l'assouplissement de l'orbiculaire des lèvres, les jeux bucco faciaux et la désensibilisation.</p>	<p>Répétition de phonèmes, de petits mots pas intelligibles même pour les parents.</p> <p>Le lexique est pauvre.</p> <p>Pas d'utilisation du pronom « je », pas de négation.</p>	<p>Il ne supporte pas le contact.</p> <p>Ne supporte pas d'avoir les mains sales.</p> <p>La manipulation est difficile.</p> <p>Ne porte pas en bouche spontanément.</p> <p>Relations affectées par les difficultés alimentaires de Luc temps des repas long, repas conflictuels, forçage alimentaire, chantage.</p> <p>Parents stressés, épuisés.</p> <p>Petite sœur vient de naître prématurément.</p>
Février 2010	<p>Il refuse catégoriquement de manger certains aliments.</p> <p>Le travail de mastication est poursuivi.</p> <p>Luc peut garder en bouche jusqu'à se faire vomir.</p> <p>Il a goûté les gâteaux apéro et a apprécié dixit la maman.</p> <p>Il mange devant la TV. Le père explique que sinon il ne viendrait pas à table</p>	<p>Appelle son papa pendant la séance.</p> <p>Demande à ce qu'il lui tienne la main (besoin sécurité).</p> <p>Il ne quitte pas des yeux son papa pendant les premières séances.</p>	<p>Dès que la séance commence, Luc pointe systématiquement le moulin-à-vent de l'orthophoniste.</p> <p>Un travail de souffle est alors mis en place, à tour de rôle.</p> <p>Le plaisir se fait sentir.</p> <p>L'orthophoniste propose à Luc le loto des odeurs. Il montre son plaisir et sa curiosité.</p> <p>Selon le père, Luc aurait des difficultés d'ordre psychologiques mais il ne voit pas quelles réponses psychologiques il pourrait y avoir pour un enfant de moins de trois ans.</p>
Mars 2010	<p>L'orthophoniste travaille au glaçon pour désensibiliser Luc.</p> <p>Les repas ne s'améliorent pas selon la maman.</p> <p>Pourtant Luc mange des solides mous depuis peu.</p>	<p>Il m'interpelle pour souffler sur le moulin.</p> <p>Nous dit « au revoir » en partant.</p>	<p>Il vient avec de plus en plus de plaisir en séance.</p> <p>La mère ne l'accompagne plus, elle reste dans la salle d'attente. La maman nous confie que Luc régresse sur le plan de la propreté, du sommeil depuis la naissance de la petite sœur.</p>

<p>Avril 2010</p>	<p>Il vient à table avec plaisir, s'installe à sa place et réclame des pâtes.</p> <p>Les repas restent stressants pour les parents qui essaient de moins se focaliser sur leur enfant pendant ces moments de repas.</p>	<p>Il a repéré une petite voiture dans le cabinet. Il la réclame dès qu'il entre dans la pièce.</p> <p>Le « je » est présent. De plus en plus de phrases intelligibles.</p> <p>La maman s'en aperçoit.</p>	<p>Contact physique au niveau de la tête pas supportable pour Luc : il se détourne.</p> <p>Ne porte pas à sa bouche les objets pour souffler : flûte...</p>
<p>Mai 2010</p>	<p>Il est relativement autonome pendant les repas.</p> <p>Travail avec un bouchon : travail l'ouverture buccale, musculation linguale. Luc aperçoit l'empreinte de ses dents.</p> <p>Possibilité de réitérer ce travail devant la glace.</p> <p>Le travail au glaçon est possible mais compliqué à l'intérieur des joues et impossible à l'intérieur de la cavité buccale.</p>	<p>Depuis quelques séances, il vient systématiquement avec des objets personnels. Il rapporte un jour deux voitures appelées respectivement « maman » et « papa » et, pendant la séance, il les met en scène « papa au boulot », « pas là ».</p> <p>Apparition de la négation. Il peut associer deux mots. Les phrases prennent formes.</p> <p>Lors du jeu avec les animaux, il demande le nom des animaux.</p>	<p>Les contacts au niveau de la tête le gêne mais il ne se détourne plus, il sourit, rigole, pousse la main.</p> <p>Travail avec la pâte à modeler à distance : ne touche pas vraiment la texture molle et collante de la pâte à modeler. Il ne malaxe pas, ne la coupe pas.</p> <p>Jeu symbolique : donner à manger aux animaux (beaucoup de plaisir).</p> <p>Met en bouche la flûte avec plaisir.</p> <p>Pas de brossage de dents.</p> <p>Un serrage au niveau des maxillaires reste présent. La mandibule est vers l'avant. La langue est au palais.</p>

Cette vignette clinique montre comment les différentes fonctions de l'oralité s'exprime simultanément : l'oralité alimentaire, l'oralité verbale et l'oralité relationnelle. En effet, on se rend compte qu'une fois que les schèmes sensori-moteurs, la proprioception sont travaillés, le langage se dessine et les relations s'apaisent.

I.3.3- L'hypersensibilité

L'épisode du glaçon : lors de la rééducation orthophonique : Luc

L'orthophoniste a proposé tout un travail autour la désensibilisation tactile.

L'hypersensibilité corporelle :

L'expérience clinique a permis de définir cinq stades pour décliner l'**hypersensibilité tactile** :¹⁶⁹

- **Au stade 5**, on constate une aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière. L'enfant évite ou refuse le toucher corporel, il explore peu ou pas les jouets. Une aversion ou une nausée pour le toucher de matières franches (bois, plastique, tissus...) pour les textures molles (plumes, coton, pâte à modeler, peinture, pâtes cuites...) peut être observée.
- **Au stade 4**, le toucher du corps est possible ainsi que celui des matières franches. Par contre le toucher des matières sèches et celui des matières molles est difficile.
- **Au stade 3**, le toucher du corps, des matières franches et sèches est possible. Les matières molles sont difficiles à toucher pour l'enfant.
- **Au stade 2**, seule une aversion pour les matières collantes reste présente.
- **Au stade 1**, le toucher est possible jusqu'aux matières molles collantes
- **Au stade 0**, l'enfant n'a plus d'appréhension.

Pour Luc, le contact corporel est difficile les premières semaines. Il cherche constamment à se détourner de l'orthophoniste. Une aversion, pour les textures molles, humides peut être observée. Un mouchoir humide le répugne. Aucun vomissement n'est cependant observé. Luc a exploré le cabinet en touchant les différents jeux sans difficulté.

L'hypersensibilité s'est plutôt exprimée majoritairement du côté de la bouche et du visage.

L'hypersensibilité orale

- **Au stade 5**, l'enfant ne laisse aucun accès au visage.
- **Au stade 4**, il est possible de toucher le menton et les joues.
- **Au stade 3**, on peut le toucher en dehors de l'intérieur de la bouche.
- **Au stade 2**, de petits massages sur les gencives, les joues, la partie antérieure du palais et la pointe de langue sont possibles.
- **Au stade 1**, les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, la partie antérieure du palais et la pointe de langue.
- **Au stade 0**, toutes les zones exo et endo-buccale peuvent être sollicitées.

Lorsque je rencontre Luc, je présume qu'il se situe autour du stade 4. L'accès au visage (menton, joues, cou) est possible mais difficile pour lui. Il peut à certains moments détourner la tête. Lors des premières séances, il refuse catégoriquement que l'orthophoniste pénètre sa bouche avec le doigt et un abaisse-langue.

Au fur et à mesure des séances, les massages autour de la bouche, sur le front, le menton se sont montrés de plus en plus possibles.

Luc a ainsi pu garder en bouche quelques secondes un bouchon pour travailler le recul de la langue.

¹⁶⁹ Leblanc V., Ruffier-Bourdet M., *Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel*, Spirale 2009/3, n°51, p. 47-54.

Puis le glaçon est arrivé dans sa bouche ? La réaction de Luc ne s'est pas faite attendre : réaction de rejet, de dégoût.

Il peut exprimer son dégoût corporellement en détournant la tête, verbalement par des onomatopées « Beurk ! ». La sensibilité intra-buccale est tellement exacerbée qu'il ne supporte même pas que l'orthophoniste passe le glaçon sur son front, ses mains, le contour de ses lèvres.

Il faudra attendre plusieurs semaines de prise en charge pour qu'il accepte peu à peu le contact du glaçon sur ses mains, son front. L'intérieur de la bouche reste encore hypersensible. Il laisse pénétrer le glaçon entre ses lèvres mais ne desserre pas encore ses gencives.

Mathieu: L'épisode de la pâte à modeler et de la colle :

Mathieu est un enfant en prise en charge au CAMSP depuis deux ans. Il a cinq ans et un mois. Il souffre d'un syndrome oculo-cérébro-rénal de Lowe.

Cet enfant a été nourri artificiellement par sonde naso-gastrique jusque ses seize mois. C'est un enfant qui aujourd'hui a une alimentation à la cuiller qui reste difficile. L'alimentation a commencé à être diversifiée aux alentours de ses trois ans. Les choses ont été très compliquées puisque au fur et à mesure de cette diversification alimentaire, Mathieu a refusé les morceaux, et s'est opposé par des colères lors des repas.

Un an après le début de la diversification, Mathieu résistait toujours aux aliments nouveaux, aux consistances nouvelles et aux expériences sensorielles nouvelles.

Mathieu est suivi en orthophonie depuis huit mois lorsque je le rencontre. Il participe à une séance en individuelle et au groupe intitulé « Dynamique de la parole », groupe travaillant sur le langage au travers des différents canaux : la voix, le geste, le corps...

J'avais remarqué dès les premières séances qu'il mettait facilement à la bouche les objets durs (ex. petites planchettes de bois). Et à d'autres moments, lorsqu'on évoquait des histoires de type « Le chat croque la souris » aussitôt il mordait ses doigts.

Lors d'une séance, l'orthophoniste lui a proposé de travailler avec la pâte à modeler. Sa réaction dès le contact a été l'appréhension. Il n'a pas souhaité toucher pendant les premières minutes la pâte à modeler prétextant que c'était sale. Une fois qu'il s'est autorisé à toucher avec ses doigts la pâte à modeler, des éructations se sont manifestées.

Quelques semaines plus tard, Mathieu devait coller de petites figures sur une feuille de papier. Il a tout d'abord expérimenté pendant un long moment l'ouverture et la fermeture du tube. Puis il a mis de la colle sur ses doigts avant de la mettre sur le papier. Il semblait déranger mais a retenté l'expérience à plusieurs reprises.

I.3.4- Le plaisir oral retrouvé : Lien entre oralité secondaire verbale et alimentaire

Un soir après une séance au CAMSP avec Mathieu, enfant présentant un syndrome génétique. oculo-cérébro-rénal de Lowe, je rend compte au père des progrès langagiers de son fils.

Avec l'orthophoniste, nous avons pu apprécier depuis plusieurs séances l'ascension fulgurante du langage chez cet enfant.

Les phrases sont de plus en plus nombreuses, riches en prépositions, en flexions. Les mots sont mieux articulés même spontanément. Il utilise de moins en moins de gestes pour compenser le manque de mots. Il utilise parfois des paraphrasies sémantiques lorsqu'il ne connaît pas le mot (par exemple parapluie pour cerf-volant). Il fait de plus en plus de liens entre les éléments. Il semble être de plus en plus en sécurité depuis plusieurs séances (on observe moins de rituels lors de la séparation dans la salle d'attente avec son papa, moins de bisous...). Il peut mettre des mots lors de dispute avec son frère « pousse toi » - il se met à distance.

Alors que je racontais au père mon impression globale sur les progrès de Mathieu concernant son langage, le père acquiesça et me raconta combien ces dernières semaines étaient plus faciles au niveau alimentaire avec Mathieu. La famille avait pu pour la première fois en cinq ans aller au restaurant et ne pas amener un repas spécial pour leur fils. Il avait pu manger les frites et le steak commandé.

Le lien Fut !

Manger et parler voici deux réalités très proches. Le papa de Mathieu vient d'en faire la démonstration.

Simultanément l'alimentation et le langage se mettent en place chez cet enfant.

I.3.5- Etre attentif aux interactions pendant les séances d'orthophonie

Nous avons une place privilégiée pour observer ce qui se joue entre l'enfant et ses parents.

Jeanne est une petite fille âgée de huit mois. Elle arrive en consultation à cinq mois. Elle est née avec une fente labio-vélo-palatine à droite. Suite à un épisode d'infection gastroentérite, elle a bénéficié d'une nutrition entérale car en quelques jours elle avait perdu beaucoup de poids. L'équipe médicale de l'hôpital a orienté la maman vers l'orthophoniste pour accompagner son enfant au niveau de l'oralité pendant la durée de la nutrition entérale et jusqu'à ce que le comportement alimentaire de Jeanne soit optimal.

Lorsqu'elle arrive en consultation la première fois, elle a encore sa sonde naso-gastrique scotchée au sparadrap au-dessus de la bouche. Son regard est très présent. Quinze jours plus tard, elle a arraché sa sonde. L'orthophoniste cherche à faciliter la respiration nasale, la déglutition. Jeanne a constamment la bouche ouverte.

Un mois après cette première rencontre, la diversification est commencée. Jeanne est alors âgée de 6 mois. La maman décrit ces premiers moments comme étranges et pas rassurants.

« C'est dur ! », dit elle. Jeanne garde en bouche le bol alimentaire. Sa langue reste immobile. Il n'y a pas de propulsion du bolus qui stagne sur le dos de la langue en position basse. Lorsque la maman met le bol sur le côté de la gencive, aucune réaction linguale n'apparaît.

Lors de l'examen de la langue, on repère un début de jeux de langue. Mais la langue reste basse.

Au fur et à mesure des séances, Jeanne ferme de plus en plus la bouche. La maman a trouvé une stratégie qui la rassure des fausses-routes, elle met la compote de fruits sur le bout de la tétine. La déglutition se fait naturellement.

Ici on comprend que le mécanisme optimal de déglutition est encore complètement coordonné avec la succion. Il n'y a pas encore de dissociation succion-déglutition. Aucun mouvement lingual n'est présent. Jeanne a encore une déglutition complètement primaire. Or pour mastiquer, la succion et la déglutition doivent peu à peu s'automatiser.

La mère nous rapporte qu'elle n'observe plus de fuite labiale au biberon. Il n'y a plus d'arrêt, plus de moment où Jeanne lâche la tétine. La respiration est coordonnée à la succion-déglutition. Elle note aussi que sa fille a de plus en plus une respiration nasale. Le biberon du matin ne dure plus que dix minutes car Jeanne peut maintenant téter en continu.

Elle fait bravo et sourit beaucoup en début de séance.

L'orthophoniste travaille à partir de sollicitations bucco faciales (travail fermeture labiale, mobilisation de la langue par des massages sur les bords latéraux...). En début de séance, Jeanne se laisse approcher. Elle regarde beaucoup l'orthophoniste, est très intéressée par son environnement. Au bout d'une dizaine de minutes, les sollicitations deviennent désagréables, elle commence à s'agiter, se met en position de flexion du buste, en décubitus dorsal. Elle cherche sa maman du regard, cherche à l'attraper, et pleure.

La séance s'arrête là. Il ne faut pas aller au-delà de ce que peut supporter l'enfant. Une fois dans les bras, Jeanne s'apaise, se calme, se blottit. Sa maman la reconforte, la rassure en la cajolant.

On peut décrire ce type de relation comme un « *attachement sécure* ».

L'observation des interactions précoces est essentielle dans toute action d'accompagnement précoce pour déterminer la qualité de l'attachement. Dans certaines situations d'accompagnement précoce, notre intervention consistera à favoriser l'attachement, à aider les deux partenaires -enfant et parents- à se reconnaître en aidant l'enfant à révéler ses potentialités et ses parents à les percevoir.

Dans la situation décrite, on voit que des choses positives se jouent déjà entre cette petite fille et sa maman.

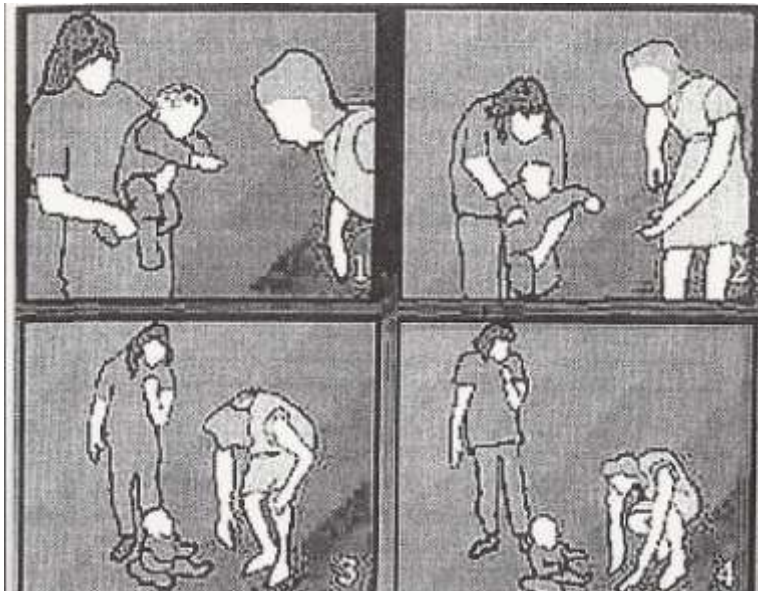
Sami :

Lorsque l'orthophoniste se dirige vers la salle d'attente du cabinet pour accueillir Sami et sa maman, j'entends Sami pousser un cri de joie (me semble t-il) et tendre les bras.

Sur l'arrêt image suivant (j'ai essayé de reconstituer la scène) montrant Sami, quinze mois, on voit clairement comment se passe l'ouverture de la dyade mère-enfant vers la dyade orthophoniste-enfant, ouverture à laquelle participe activement l'enfant.

On peut observer le jeu parfaitement symétrique de la mère et de l'orthophoniste. L'enfant tend les bras. La mère s'éloigne sans avoir besoin de rassurer l'enfant. La relation à trois est bien négociée.

Figure 17 :¹⁷⁰



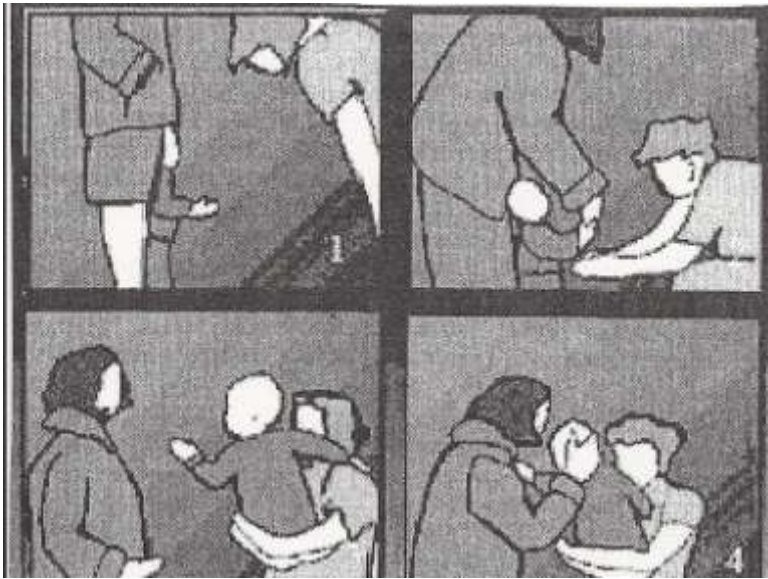
Une autre situation d'interaction sécurisée illustrée par Mathieu me semble intéressante à transmettre.

Il s'agit de « *l'encadrement relationnel* ». ¹⁷¹ La mère assure la liaison entre elle et la relation en train de se créer entre l'enfant et l'orthophoniste. La mère respecte un rythme dans la séparation.

¹⁷⁰ Extrait de *Corps d'enfant*, Cahiers Alfred Binet, 1999, Eres.

¹⁷¹ Encadrement relationnel : notion décrite par Elisabeth Fivaz.

Figure 18 :¹⁷²



Pour conclure sur l'importance d'être attentif aux interactions entre parents et enfant, j'utiliserai les termes de Guedeney A. et Attale C., le lien d'attachement est un équilibre physique et une capacité à donner sens à l'expérience et d'exprimer les émotions qui y sont liées.

Nous saisissons dès lors l'importance de notre place privilégiée d'observateur.

I.3.6- Boire au verre

Pour Benjamin, boire au verre est encore difficile à trois ans et sept mois. Des fuites labiales et des fausses-routes sont observables.

Quels sont les mécanismes en jeu lorsque l'on boit au verre ?

QuickTime™ et un décompresseur sont requis pour visionner cette image.

¹⁷² Extraite de *Corps d'enfant*, Cahiers Alfred Binet, 1999, Eres.

Le bord inférieur du verre est posé au niveau des commissures des lèvres sans pression. Puis il est incliné jusqu'à ce que le liquide effleure la lèvre supérieure.

L'enfant prend de petites gorgées à son rythme. Il fait des pauses pour respirer. On peut parfois les entendre.

La langue propulse le liquide au niveau des piliers. Ce mécanisme déclenche le réflexe de déglutition. Le liquide est envoyé dans le rhinopharynx puis dans l'œsophage.

Benjamin est un garçon de trois ans et sept mois. Sa maman m'explique qu'il a actuellement toujours des difficultés pour boire au verre. Faisons le lien entre difficultés actuelles à boire, son alimentation actuelle et ses difficultés anciennes lors de l'allaitement au biberon.

Rappelons que c'est un enfant qui dès la naissance a eu des difficultés à respirer. Lors de l'allaitement, un bavage était présent. C'est un bébé qui lâchait par moments la tétine comme s'il s'étouffait. Un problème mécanique de déglutition est donc présent. *Est-ce un enfant qui souffre d'infections ORL ou bronchiques fréquentes ?*

Aujourd'hui, Benjamin refuse en plus les morceaux en bouche et même parfois appréhende de se mettre à table. Son repas-type est le suivant : le matin, il prend un café au lait avec une brioche au chocolat et un jus de fruit ; le midi, il mange à la cantine (nous n'avons pas de retour sur la manière dont se passent les repas), au goûter, il prend des gâteaux avec du lait ou un yaourt, le repas du soir est souvent absent même quand il ne goûte pas.

Les liquides sont la principale source d'alimentation de cet enfant. On peut donc imaginer que les difficultés au verre pousse la maman à proposer le biberon à Benjamin. Les problèmes de déglutition ne sont pas arrangés par les liquides. *Y a-t-il des fausses-routes à la salive ?*

La brioche est un aliment très sucré dont la texture molle, un peu fondante facilite certainement la déglutition et non la mastication.

En plus des fausses-routes aux liquides, Benjamin semble appréhender la mise en bouche de consistances solides. Un travail autour de la déglutition et de désensibilisation semblerait intéressant.

« La néophobie est un sentiment de peur éprouvé face à des aliments inconnus. Sur le plan comportemental, cela se traduit par une réticence à goûter un produit nouveau, et sur le plan des affects et des émotions, par une tendance à le trouver mauvais dès lors que l'on accepte d'y goûter (...) ».

Le contexte de fausses-routes, d'anxiété et de conflits ne facilitent pas l'installation d'un comportement alimentaire adapté à son âge.

II- Le projet thérapeutique

II.1- La thérapie manuelle ou l'action thérapeutique kinésiante orofaciale

Le toucher thérapeutique va être proposé chez les enfants rencontrés précédemment.

Ces stimulations intéressent le corps entier de l'enfant. On démarre par les parties les plus éloignées de la bouche (pieds, mains) avant de stimuler la bouche.

L'objectif selon le profil de l'enfant est d'améliorer la force, la précision, la coordination des mouvements, d'augmenter l'ouverture buccale, de faciliter la fermeture labiale, d'affiner la prise de conscience des perceptions de la sphère buccale, d'augmenter le contrôle moteur.



Cette thérapie est suivie d'un accompagnement au niveau alimentaire (conseils à propos des textures...) et d'un accompagnement gnoso-praxique pour permettre à l'enfant de retrouver un plaisir oral non angoissant.

Massages exobuccaux :

Enveloppement	Enfant souvent en position en virgule, tête en arrière. Lutter contre cette posture en l'installant en enroulement
Massages des mains, des pieds	Mouvements de pétrissage, fermes, appuyés Mouvements circulaires sur la paume de la main. Étirements du pouce dans la colonne
Muscles masticateurs (masséters, temporal)	Détente, étirements, massages circulaires de plus en plus fermes
Massages du front	Mouvements de lissage, pétrissage
Massages à l'extérieur des joues	Étirements, pétrissage, décollement, lissage, tapotements
L'ouverture buccale	Ouverture et avancée de la mandibule Travail autour de l'axe de l'articulation temporo-mandibulaire Travail associé à une position linguale équilibrée
Lèvres	Lèvres supérieure et inférieure : orbiculaires des lèvres par taping, étirement des muscles buccinateurs Élévation de la lèvre supérieure Fermeture labiale grâce à l'appui de la main, taping Exercices d'ouverture, d'arrondissement et de fermeture Souplesse des lèvres
Menton	Pétrissage
Geste de mastication	Mouvement mandibulaire à type de rotation translation puis hélicoïdalisaiton du geste mandibulaire

Ascension laryngée	Mobilisation de bas en haut du larynx
La respiration nasale	Fermeture de la bouche Apprentissage du mouchage narine après narine Masser les ailes du nez
Souffle	Mobiliser la musculature vélaire

Massages endo-buccaux :

<p>Les gencives : massage de désensibilisation</p> 	<p>Massages vers l'arrière. Très rapides et très appuyés.</p> 
<p>L'intérieur des joues</p>	<p>Travail en contre-résistance</p>
<p>La langue : utilisation de bouchons et d'abaisse-langue.</p> <p>QuickTime™ et un décompresseur sont requis pour visionner cette image.</p> <p>173</p>	<p>Protraction : Stimuler dans le sens de l'allongement si l'attitude de la langue est la bascule postérieure Travailler l'agilité de sa pointe Obtenir la platitude de la langue</p> <p>QuickTime™ et un décompresseur sont requis pour visionner cette image.</p> <p>174</p>

Il faut d'emblée différencier les troubles qui se rééduquent de ceux qui ne se rééduquent pas. L'oralité primaire se stimule, se facilite mais ne se rééduque pas. C'est le travail entrepris auprès des enfants prématurés.

Les parties réflexes de l'alimentation c'est-à-dire la sensori-motricité située avant les piliers ne se rééduquent pas en tant que telle, il s'agit plutôt de stimulations, de sollicitations entraînant une corticalisation. C'est le travail entrepris avec Luc.

¹⁷³ Image extraite de www.robe-materiel-medical.com/

¹⁷⁴ Image extraite du site suivant <http://www.sparadrapp.org/Enfants/Le-dico-de-la-sante/Par-ordre-alphabetique/A/Abaisse-langue>.

La sphère orale doit être protégée en réduisant les éléments négatifs et induire un investissement positif tel que l'accompagnement autour du goût, des odeurs et du lien parents-enfant.

L'accompagnement autour de l'hypersensibilité tactile va solliciter la sensibilité profonde à l'aide de massage et de jeu vibratoire.

II.2- Le projet thérapeutique concerne également les parents

Il est important que les parents prennent conscience que les difficultés actuelles de leur enfant sont plus anciennes et remontent souvent à l'allaitement.

En plus de la globalité, il me paraît important de faire entendre dans « Oralité », la question du plaisir. Au plaisir des mots et des mets ! Nous sommes dans l'optique de faire manger l'enfant mais à quel prix ?

Interroger un enfant de moins de trois ans sur les aliments qui lui font plaisir à manger n'est pas une mince affaire.

D'ailleurs pour moi qu'est-ce que manger avec plaisir ? Intellectuellement, j'y associerais l'esprit et le corps. Mais spontanément, je ressens une profonde difficulté à répondre. Qu'est-ce qui me donne plaisir à manger ? Je sais que bien souvent je mange par nécessité vitale. D'ailleurs je n'ai parfois pas faim quand je mange mais « c'est l'heure » !

Dans le *Littré*, le plaisir est un « mouvement, sentiment plaisant, excité dans l'âme par une impression physique ou morale ».

Dans le *Petit Robert*, le mouvement a été remplacé par l'état et l'excitation par la satisfaction : « état affectif, [...], sensation ou émotion agréable, liée à la satisfaction d'une tendance, d'un besoin. »

Dans les théories psychanalytiques, le plaisir oral, nous l'avons vu est le socle du développement de la personnalité. Selon Freud, « c'est l'activité essentielle à la vie de l'enfant qui le lui a appris, la succion du sein maternel ou de ce qui le remplace. [...] l'excitation causée par l'afflux de lait chaud a provoqué le plaisir. »¹⁷⁵

Les fonctions de l'oralité sont donc complexes : nutritive, plaisir et symbolique.

Manger est un besoin vital. Mais nous l'avons vu l'oralité ne se limite pas à ce qui se joue au niveau de la bouche. L'expérience orale s'accomplit dans un bain de sensorialités, de contacts chaleureux, d'odeurs et de sons, de voix. Le climat affectif est vital pour l'enfant. La nourriture est plaisir mais n'est pas le seul plaisir. La parole est plaisir également, être avec un autre peut aussi être un plaisir.

¹⁷⁵ Freud S., la sexualité infantile. In : Trois essais sur la théorie de la sexualité, 1905, Paris, Gallimard, 1962.

Figure 19 :¹⁷⁶

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

« La mimique de cet enfant devant son assiette, les yeux fermés comme pour mieux intérioriser son plaisir nous montre que manger est un plaisir. Il est à table, son assiette devant lui, coupé quelques minutes du monde qui l'entoure. Une fourchette en main mais les doigts en bouche !

Manger est chargé de symbole car la nourriture pour être bonne à manger, doit être bonne à penser. Les repas en famille sont des lieux privilégiés pour transmettre des valeurs familiales, pour discuter, rire, échanger, penser. Souligner l'importance aux parents de ménager ces temps en famille, de provoquer ces moments d'échange autour du repas.

Enfin pour terminer, je souhaiterais souligner le travail effectué depuis plusieurs années par Isabelle Barbier. Elle définit l'accompagnement parental comme « un accompagnement sur le chemin que décident de prendre les parents en les informant, en les incitant à chercher et à trouver des solutions par eux-mêmes, en valorisant leurs initiatives, en respectant leurs coutumes et leurs règles de vie et surtout, en les dirigeant vers l'autonomie. »¹⁷⁷

Dominique Crunelle, orthophoniste souligne que « l'accompagnement parental consiste à écouter la détresse des parents, leurs angoisses quant au devenir de leur enfant, leurs difficultés tant sur le plan « technique » que sur le plan affectif [...], entendre et comprendre les difficultés au quotidien notamment lors des repas [...], passer par le ressenti (empathie) plutôt que par les conseils [...], et aider les parents à s'inscrire dans un projet éducatif pour leur enfant. »¹⁷⁸

¹⁷⁶ Image extraite de l'article de Le Barzic M., *Le point de vue de la psychanalyse : le plaisir oral est-il nutritionnellement correct ?*, OCL, Vol. 14, n° 5, septembre-octobre 2007.

¹⁷⁷ Barbier I., *L'accompagnement parental à la carte*, Ortho-édition, 2004.

¹⁷⁸ DVD, *L'attachement*, Crunelle D., Ortho-édition.

Discussion

Mon cheminement

J'ai senti naître un grand intérêt pour toutes les questions en lien avec l'oralité lors d'un stage en deuxième année auprès d'enfant IMC. J'ai eu la chance de rencontrer un kinésithérapeute spécialisé dans ce travail. Puis chemin faisant, les rencontres dans ce domaine se sont multipliées. J'ai ensuite découvert le travail effectué en néonatalogie auprès des enfants prématurés.

Ma difficulté à choisir une problématique

Cette année aura été difficile dans le choix d'une orientation clinique à mon mémoire. Les thèmes ne manquaient pas. J'ai d'abord penché mon questionnement sur les difficultés de réhabilitation alimentaire orale chez des enfants ayant bénéficié d'une alimentation artificielle pendant plusieurs mois.

Puis mes lectures m'ont amené à m'interroger sur le suivi des enfants prématurés en néonatalogie. Mais des difficultés à joindre les médecins du service m'ont freiné dans l'optique de continuer à travailler sur les pas de M. Kaigre et M. Guillet dont le mémoire s'intitulait « *Un savoir-faire à faire savoir...Étude de la mise en place d'une intervention orthophonique autour de l'oralité dans un service de réanimation néonatale* ».

L'expérience clinique sert à la recherche de questions.

Mon questionnement autour de l'allaitement et des prises en charges des troubles de l'oralité alimentaire s'est précisé au fil des mois au cours de mon stage et de mes rencontres à partir de janvier avec des enfants présentant des difficultés pour s'alimenter hors contexte de pathologie organique, syndromique et neurologique.

Cette difficulté à choisir précocement une problématique peut se sentir dans l'élaboration de ma partie théorique et le lecteur pourra relever les différents intérêts pour l'alimentation artificielle puis la prématurité qui ont inspiré mon questionnement.

Ma problématique

Ma problématique était de montrer l'intérêt d'explorer le développement de l'oralité en interrogeant l'allaitement, la diversification et le comportement alimentaire actuel de l'enfant en consultation et de ne pas négliger le lien entre les dysfonctionnements des habiletés alimentaires et les interactions entre l'enfant et ses parents pour saisir la complexité de certains retards de parole et de langage.

La vérification des hypothèses à partir d'illustrations de situations cliniques

J'ai choisi d'illustrer mes questionnements par des rencontres singulières d'enfants accompagnés en orthophonie dont la demande initiale des parents était des difficultés alimentaires ou des retards de langage.

Mon hypothèse générale peut être illustrée par plusieurs enfants rencontrés : Luc, Benjamin, Mathieu.

Il existerait un risque de retard et même de trouble du langage chaque fois que l'oralité est mise à mal par des difficultés alimentaires entravant l'investissement de la bouche dans sa fonction première d'organe de l'alimentation, autrement dit lors de la co-construction interactive de la pulsion orale entre la mère et l'enfant.

Dans l'histoire orale de Luc et de Benjamin, on comprend bien le lien existant entre ces dysfonctionnements actuels et les signes de perturbations précoces lors de l'allaitement.

On devrait repérer des signes de difficultés de l'oralité précocement lors de l'allaitement au sein ou au biberon chez des enfants présentant des dysfonctionnements des habiletés alimentaires au cours de la diversification alimentaire.

Nombreux sont les enfants qui présentent une hypersensibilité, voire un retrait au contact corporel. Cette hypersensibilité peut être en lien avec l'histoire médicale du sujet (hospitalisation, alimentation entérale) dans le cas de Pierre, Jeanne, Mathieu. Cependant on peut l'observer chez Luc. L'hypersensibilité est donc la conséquence des dysfonctionnements précoces. La gêne au niveau buccal a glissé sur l'ensemble du corps. Des difficultés d'appréhension tactile sur le corps entier deviennent symptôme et plus seulement au niveau de la bouche.

L'enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire présenterait une hypersensibilité.

Le domaine des troubles de l'oralité alimentaire est récent dans la pratique orthophonique. Et pourtant la bouche est le lieu vital par lequel on se nourrit, on communique, on se contacte à l'autre. La première relation à la mère se noue lors de l'allaitement : l'enfant tête et reçoit des mots tendres, des caresses, un regard.

J'ai observé et les parents ont pu témoigner que ces dysfonctionnements altéraient souvent leur relation avec leur enfant pendant les repas. Les repas deviennent stressant, angoissant, et finissant pas un forçage. Certains peuvent montrer leurs difficultés à comprendre leur enfant et donc à le rencontrer.

Ces difficultés peuvent se traduire par des relations affectives mises à mal, des interactions stressantes entre l'enfant et les parents.

Des troubles de l'alimentation signent des difficultés d'attachement.

Les différentes situations cliniques ont pu montrer notre place privilégiée d'observateur et de maillon pour permettre à ces parents de rencontrer leur enfant.

Nous avons en tant qu'orthophoniste une place privilégiée d'observateur.

Le travail d'accompagnement effectué auprès de Mathieu illustre complètement cette hypothèse clinique.

Un travail autour de l'oralité alimentaire a des conséquences sur le développement du langage. La régulation de l'oralité est globale : alimentaire, langagière et relationnelle.

Une prise en charge précoce autour de l'oralité peut faciliter la mise en place harmonieuse des fonctions dévolues à la bouche.

Répondre aux exigences d'un mémoire d'orthophonie ?

Pour moi, cette année m'aura permis de me questionner et d'essayer de transmettre ce questionnement en formalisant mes observations cliniques.

La rédaction de ce mémoire n'a pas été facile car il m'a fallu du temps pour formuler ma problématique.

Je pense que j'aurai pu davantage m'intéresser aux ressentis des parents par rapport aux dysfonctionnements alimentaires et par rapport à la prise en charge kinésiante et l'accompagnement autour de leurs difficultés de parents en les sollicitant au travers d'entretiens.

Mes hypothèses restent purement cliniques. Je ne peux en aucun cas généraliser les données cliniques observées.

Je souhaitais au travers de ce mémoire rendre compte d'une expérience clinique et de l'intérêt d'accompagner ces enfants et leurs parents.

Conclusion

*« Le verbe est parole et la parole oralité.
“Os-oris” ..., dans le seuil de la bouche se croisent :
la communication humaine,
le souffle de la vie,
l'aliment pour survivre.
Lorsqu'elle est inapte à ses fonctions de seuil
et de passage, la bouche doit être afférentée
ou réafférentée. »*

Geneviève Heuillet-Martin

La prévention des troubles de l'oralité du jeune enfant est-elle possible ?

On constate de plus en plus d'enfants et de parents arrivant en consultation orthophonique avec une demande d'aide concernant des difficultés alimentaires. Ces parents sont orientés par des pédiatres, par les consultations oralité qui se mettent en place dans les CHU.

Quelles réponses les orthophonistes peuvent-elles donc bien fournir concernant cette demande chargée de souffrance ?

Pour répondre ou du moins entendre ce « ***Il ne mange pas*** », il faut souligner le fait qu'avant d'être bien dans sa bouche, l'enfant doit être bien dans son corps.

Plusieurs étapes sont donc à franchir. Il faut avoir un regard global sur l'oralité de l'enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

Avoir en tête que c'est à travers l'activité d'alimentation que parents et enfants interagissent le plus durant les premières années de vie.

Des dysfonctionnements alimentaires modérés et passagers se manifestent chez 25 à 35 % des jeunes enfants, 1 à 2 % d'enfants sont touchés par des problèmes plus graves et chroniques.¹⁷⁹

Ces questions sont donc d'ordre de santé publique.

L'importance de l'investissement de la sphère orofaciale est aujourd'hui largement reconnue. Il suffit de lire l'ensemble des mémoires d'orthophonie, de psychomotriciens de plus en plus nombreux sur l'oralité des enfants prématurés, des enfants bénéficiant d'une nutrition artificielle.

Cette sphère est décrite au travers d'un prisme avec de multiples points de vue c'est-à-dire aussi bien somatique, développemental, neurologique, anatomique, et psychoaffectif.

L'activité orale se développe dès la vie intra-utérine. Une maturation neurologique et une intégrité des voies nerveuses vont permettre à cette oralité de cheminer au travers d'habiletés et de comportements alimentaires qui constituent les premiers moments de la relation mère-enfant.

N'oublions pas que les premières années de vie de l'enfant sont caractérisées par de nombreux changements développementaux liés à l'alimentation. Le bébé passe de la position allongée à la position assise, passe du mécanisme de succion-déglutition au sein ou à la tétine avec un seul partenaire à celui de la diversification (mastiquer, multiplier les goûts, les textures...). L'autonomie se met en place et se joue au travers de moments sociaux à table en famille où la communication est de mise avec plusieurs partenaires.

L'oralité est donc un concept qui peut être approché à partir de multiples abords méthodologiques.

¹⁷⁹ Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2008, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

L'oralité accueille à la fois une dimension symbolique, une dimension de la sexualité infantile, une relation d'objet, un mode d'interactions.

J'ai pu constater à travers l'écriture de ce mémoire la place que nous, orthophonistes avons à jouer auprès de ces enfants et de leurs parents.

Notre travail s'articule autour de deux grands axes : la thérapie manuelle comportementaliste et l'accompagnement de l'enfant vers son désir de mangeur et son désir de sujet communicant et de ses parents sur le chemin de la parentalité. Nous avons une place privilégiée pour saisir tout au long de notre prise en charge comme la relation enfant-parents se nourrit de cet accompagnement.

De nombreuses questions ont émergé tout au long de cet écrit. J'espère avoir pu éveiller un questionnement chez certains.

Implications de ce mémoire

Mon désir était tout simplement de transmettre l'intérêt de s'interroger sur ces prises en charge et d'amorcer quelques réponses pour les orthophonistes qui n'osent pas encore se lancer. Je suis sûre que d'ici quelques années, la demande clinique sera de plus en plus importante et j'espère que les parents n'auront plus à faire des kilomètres dans toute la région pour faire soigner leur enfant.

J'ai tenté de faire sentir l'intérêt d'élargir l'oralité alimentaire à l'oralité globale, autrement dit à l'oralité alimentaire, à l'oralité verbale et à l'oralité relationnelle.

Il me semble intéressant de parler de dysfonctionnements de l'oralité plutôt que de dysfonctionnements du comportement alimentaire : considérer les aspects développementaux, neurologiques, anatomiques, relationnels, psychologiques.

Il serait nécessaire de transmettre davantage aux professionnels et aux parents que l'alimentation est un processus, un ensemble d'habiletés développementales.

Les comportements alimentaires des enfants reçus en consultation sont des marqueurs, des témoins de ce processus d'alimentation en résonance avec des facteurs physiologiques, neurologiques et des réactions en lien avec les pratiques parentales, les interactions, et l'aspect affectif de la relation mise en place entre l'enfant et ses parents.

Un regard multiple sur l'enfant est nécessaire dans ces prises en charge. Autrement dit un regard incluant les composantes développementales, comportementales et interactionnelles doit être soutenu.

On devrait favoriser la création de consultations multidisciplinaires qui s'occuperaient des dysfonctionnements alimentaires et accueilleraient les enfants et leurs parents même sans contextes médicaux manifestes. Celles-ci mettraient en place des interventions comportementalistes kinésiastes autour de la sphère oro-faciale, un travail de désensibilisation, d'accompagnement des parents sur le chemin de la parentalité et des stratégies préventives dès le début des comportements alimentaires difficiles.

N'avons-nous pas à jouer un rôle d'information préventive dans les maternités pour alerter les parents sur les éventuels risques des dysfonctionnements alimentaires ?

N'avons-nous pas un rôle d'accompagnement auprès de ces mères qui commencent à allaiter leur enfant ?

Une intervention précoce a été mise en place à l'hôpital mère-enfant de Nantes par une kinésithérapeute. Celle-ci intervient auprès de nouveau-nés ne présentant aucune pathologie organique mais ayant des difficultés précoces pour téter au sein. Elle utilise les massages péri-oraux pour stimuler leur oralité et faciliter la mise au sein.

Un travail en partenariat avec les pédiatres, interlocuteurs précoces des parents devrait être mis en place dans l'optique d'accompagner précocement enfants et parents pour optimiser la mise en place des habilités alimentaires et faciliter la rencontre entre cet enfant-là et ces parents-là.

Imaginons un outil commun pour dépister le début des difficultés pendant l'allaitement : la faiblesse de la tétée, la non coordination succion-déglutition-respiration, les difficultés d'interactions précoces entre le bébé et sa mère (le manque d'ajustement corporel, l'évitement du regard, le stress parental lors des prises alimentaires...); les difficultés lors de la diversification.

Nous ne savons pas dans quelle mesure notre intervention a un impact positif sur le développement de l'enfant. Nous ne savons pas non plus si ces dysfonctionnements alimentaires sont passagers chez ces enfants sans autre pathologie. Cependant notre expérience clinique nous a montré l'intérêt de ces prises en charge et de ces accompagnements singuliers au moins dans le but d'écouter la souffrance de ces enfants et leurs parents.

Les séances d'orthophonie sont un lieu d'échanges, de partages et de rencontres où l'orthophoniste met tout en œuvre pour que des parents découvrent l'ensemble des potentialités de leur enfant et pour que l'enfant les mette à jour.

Dans l'optique d'un accompagnement préventif pour éviter que des difficultés plus graves de développement ne s'installent, ces prises en charge jouent un rôle essentiel.

Bibliographie

Abadie V., *Troubles de l'oralité d'allure isolée : « isolé ne veut pas dire psy »*, Archives de Pédiatrie, 2008 ; 15 : p. 837-839.

Abraham N., Torok M., *Deuil et mélancolie (introjecter-incorporer)*, 1972.

Als H., Gilkerson L., *The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants*, Semin Perinatal, 1997, 21 :178-89.

Als H., *A synactive model of neonatal behavioral organization : Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment*, Physical and occupational Thérapy pediatrics, 1986 ; 6 : 3-53.

Anzieu D., *Le Moi-Peau*, 1985, Paris, Dunod.

Aulagnier P., *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, 1975, PUF, 1991.

Blin D., *Le lait objet de la rencontre*, Revue Française de psychosomatique, 2007/1, n°31, p.119-132.

Bergeret J., Soule M., Golse B. et coll., *Anthropologie du fœtus*, Inconscient et Culture, DUNOD, 2006.

Brazelton T., Cramer B., *Les premiers liens*, Stock/L.Perhoud, Calmann/Lévy, 1991.

Brusset B., *Oralité et attachement*, Revue française de Psychanalyse 2001/5, Volume 65, p. 1447-1462.

Bullinger A., *À propos du développement psychomoteur*, Neuropsychiat. Enf. Adol., 2007, 55, 134-135.

Bu'lock F., Woolridge N. W., Baum J. D. *Development of co-ordination of sucking, walliwing and breathing : ltrasound study of term and preterm infants*. Develop Med Child Neurol 1990 ;32 :669-78.

Couly G., *La succion, indice qualitatif de maturation néo-natale*, Arch. Fr. Petriatr. 1985,42, 743,5.

Couly G., *Développement embryonnaire de la face*, Encycl. Méd. Chir., Traité de Stomatologie-Odontologie, 1990, 22001A20.

CUNNINGHAM A. S. : *Morbidity in breast-fed and artificially fed infants* ; Jackson (R. L.) : Longterm advantages of optimal nutrition un early life.

Delfosse M.-J., Soulignac B., Depoortere M.- H., Crunelle D., *Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance- Etat des lieux à trois ans et demi*, Devenir Médecine et Hygiène, 2006, Vol. 18, n°1.

Denis P., *On ne babille pas la bouche pleine*, ORTHOmagazine, n°55, novembre/décembre 2004, p.25-27.

Dolto F. *Table ronde du 9 juin 1979* in Cahiers du nouveau-né n°3, p. 368.

Dolto F., *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1984, p.103.

Druon C., *L'oralité au carrefour de la vie intra-utérine et de la vie néonatale*, revue française de psychanalyse, 2001/5, Volume 65, p. 1597-1612.

Fain M., *Prélude à la vie fantasmatique*, in Revue Française de Psychanalyse, 1971, 2-3, p. 291-365.

Feldman R., *Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés et leur impact sur le développement : et trop et pas assez*, Devenir 2002/3, Volume 23, p. 239-263.

Fiels T., *Massage therapy for infants and children*, Journal of behavioral and Developmental Pediatrics, 1995 ; 16 : 105-111.

Fischler C.-L., *L'omnivore*, Odile Jacob, Paris, 1990.

Freud S., *Esquisse d'une psychologie scientifique* in La naissance de la psychanalyse. PUF, 1979, p. 336.

Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, trad. P. Koepfel, Paris, Gallimard, 1987.

Gagnon Palmer D., *Family-centered care controversies and complexities*, Perinat Neonat Nurs, 1997, 10, 4-8.

Golse B., *L'être-bébé*, Le fil rouge, PUF, 2006.

Golse B., *Insister Exister, de l'être à la personne*, Fil Rouge, 1990, PUF, pp.193-194.

Golse B. et coll., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 4^{ème} édition, Masson, 2008.

Graciela Cabassu, *Les nourritures terrestres : parole et aliment ?*, Journées Emergence et champ du langage chez le nourrisson, Paris, Mars 1998.

Hercant S., *Enfants IMC, Bien manger pour bien parler*, ORTHOmagazine, n°79, novembre/décembre 2008, p.25-28.

Heuzey M.-F., *Des troubles du comportement alimentaire du bébé*, in L'enfant anorexique, Paris, 2003 Editions Odile Jacob.

Kennell J.H., Klaus M.H., *Bonding, recent observations that after perinatal care*, Pediatr Rev. 1998, &9, 4-12.

Kennell J.H., *The Humane neonatal care initiative*, Acta Paediatr 1999, 88, 367-70.

- Lacan J.**, Séminaire X : l'angoisse, 1962-1963, Paris, Le Seuil, 2004.
- Lacan J.** (1964), *Séminaire XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973.
- Lau C.**, *Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré*, Archives de Pédiatrie, 2007, Vol. 14, p. 35-41.
- Leblanc V., Ruffier-Bourdet M.**, *Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel*, Spirale 2009/3, n°51, p. 47-54.
- Levin A.**, *Humane neonatal care initiative*, Acta Paediatr 1999, 88, 353-5.
- Matausch C.**, *Les troubles de l'oralité*, Rééducation Orthophonique, n°220, décembre 2004.
- Meillier D., Marret S., Soussignan R., Schaal B.**, *Le nouveau-né prématuré : un modèle pour l'étude du développement du comportement alimentaire*, Enfance 2008/3, Volume 60, p.241-249.
- Prof. Moessinger A., Dr. Tolsa J.-F., Dr. Micheli J.-L.**, *Le fait médical*, De la recherche au patient, Périnatologie, Avril 2000, N°43.
- Pinelli J., Symington A.**, *Non-nutritive sucking for the promotion of physiologic stability and nutrition in preterm infant*
- Poinso F. et coll.**, *Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance*, Archives de Pédiatrie, 2006, Vol. 13, p. 464-472.
- Saint Anne Dargassies S.**, *Le développement du nouveau-né à terme et prématuré*, Masson, 1974, Paris.
- Saint-Pierre F.**, *La bouche : entre plaisir et souffrance*, Paris, Eska, 2000.
- Senez C.**, *Rééducation des troubles alimentaires et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitales et les encéphalopathies acquises*, Solal, 2002, Marseille.
- Siksou J.**, *Allaiter au sein ou au biberon*, Lieux de l'enfance, n°6-7, 1986.
- Sizun J., Ratynski N., Jay N.**, département de pédiatrie au Chu de Brest ; Gremmo-Feger G., département d'obstétrique et gynécologie, Chu de Brest, France. Travail soutenu par la fondation CNP. *Soins de développement, soins centrés sur la famille : nouveaux concepts, nouvelles pratiques en médecine néonatale*, Le Pédiatre, Tome XXXVI, n°179.
- Sizun J., Ratynski N., Mambrini C.**, *Implanter un programme individualisé de soutien du développement réanimation néonatale : Pourquoi, comment ?* Archives Pédiatriques 1999, 6 : 434-9.
- Spitz R.**, *De la naissance à la parole*, PUF, 1979.
- Telma Corrêa Da Nóbrega Queiroz**, *Du sevrage au sujet*, L'Harmattan, 2007.

Thibault C., *Orthophonie et oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007, Masson.

Thibault C., *L'oralité contrariée*, Orthomagazine, n°78, Octobre/novembre 2008.

Vannier S., Evaluation de la sphère oro-faciale, quand l'enfant ne mâche pas ses mots, ORTHOMagazine, n°79, novembre/décembre 2008.

Winnicott D. W., *L'enfant et sa famille*. Petite bibliothèque Payot, 1978, pp. 37-38.

Winnicott D.W., *L'enfant et le monde extérieur*. Petite Bibliothèque Payot, 1980, p.114.

Mémoires et thèses :

Anna Tréguier, *Apports d'un regard d'orthophoniste dans le projet d'allaitement de l'enfant faible prématuré au sein d'un service de néonatalogie*, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, 2006-2007, Paris VI.

Caillet C. et Caron E., *Quand manger rime avec difficultés : les outils d'évaluation orthophonique pour le jeune enfant*, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, 2008-2009, Université Paris VI.

Carer C., Rappaport L., Incidence de stimulations olfactives sur l'activité de succion du nouveau-né prématuré, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, 2007-2008, Paris VI.

Chaulet S., Anorexie totale du jeune enfant à la suite d'une nutrition entérale, Etudes des interactions et rôle de l'orthophonie dans la prise en charge, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, 2002, Montpellier.

Guillet M., Kaigre M., *Un savoir-faire à faire savoir. Etude de la mise en place d'une intervention orthophonique autour de l'oralité dans un service de réanimation néonatale*, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, 2008-2009, Nantes.

Flottès N., *La prise en charge de l'oralité chez les enfants alimentés par gastrostomie : proposition d'un protocole de stimulation*, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Toulouse III.

Keller E., Contribution à la prévention des troubles du comportement alimentaire au décours des nouritures artificielles de l'enfant, *Elaboration d'une plaquette informative destinée aux parents*, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, 2002, Nancy.

Frances I., Gicquel-Ferracani V., Marty V., Schon- Fernandez G., *Les praxies bucco-faciales chez l'enfant de 0 à 4 ans, développement, incidence sur la parole et exercices rééducatifs*, Mémoire d'orthophonie, Montpellier, 1993.

Samson Audrey, Etude de l'influence de la prématurité sur l'oralité alimentaire et verbale chez des enfants arrivant à 4 ans, Mémoire d'orthophonie, 2008-2009, Nantes.

Sant'ana Simas Roberta, Thèse de psychopathologie et psychanalyse, Histoires de bouches : de la bouche alimentaire à la bouche du langage (recherche d'indicateur à risque de troubles du langage et de troubles alimentaires chez les bébés soumis à des contraintes alimentaires dans le cadre d'affections pédiatriques, malformatives ou métaboliques, sous la direction de Golse B., Université Paris Diderot - Paris 7, 2009.

Tapin F., *D'une gastrostomie à la gastronomie...La gastrostomie d'alimentation chez l'enfant, Expérience toulousaine*, Mémoire d'orthophonie, 2001, Toulouse.

Sites :

<http://www.medicopedia.net/term/19119,1,xhtmJ>

<http://www.nichd.nih.gov/cochraneneonatal>.

https://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_fre.pdf

http://www.orthophonistes.fr/theme_orthophonie_202_prevenir.htm

<http://clap.chu-nancy.fr/qui-sommes-nous/missions/information-formation/qu-est-ce-qu-un-centre-referent>

www.JTA.com

www.sfip-radiopediatrie.org/SFIPoldpages/EPUTIM02/CHOTIM02.HTM

[www.moodle.univ-](http://www.moodle.univ-brest.fr/medecine/public/sites/Serveur_2009/Embryologie/Emb_spe/E_branch/Dbra600.htm)

brest.fr/medecine/public/sites/Serveur_2009/Embryologie/Emb_spe/E_branch/Dbra600.htm

Documentaires vidéos : www.perinat-France.org/mecanisme-de-la-tetee-436-968.html

Documentaires vidéos :

Documentaire *Les Mémoires d'un bébé*, écrit et réalisé par R-J. Bouyer, 2009.

CD ROM, *Les troubles de la succion*, Dr. Schelstraete C., AFPA, 2008.

DVD, *L'attachement*, Crunelle D., Ortho-édition.

Annexes

Annexe 1 :

L'allaitement artificiel :

Au cours des années soixante et soixante-dix, de nombreuses modifications du lait de vache sont apparues pour donner des laits industriels plus « humanisés » c'est-à-dire plus proche du lait maternel. Deux arrêtés pris en 1976 et 1978 ont orienté et posé un cadre législatif et réglementaire pour maîtriser la concurrence qui faisait loi à cette époque, cadrer un fondement scientifique assez discutable, et fixer la composition des aliments lactés diététiques (ADL) pour nourrisson.

Cadre législatif des arrêtés de 1976 et 1978 :

Pour 100 Kcal	Arrêté du 01.07.1976 (lait 1 ^{er} âge)		Arrêté du 30.03.1978 (lait 2 ^{ème} âge)
	Aliment Lacté Diététique	Aliment Lacté Diététique « maternisé »	ALD pour nourrisson de plus de 4 mois
lipides	3 à 6 g	4 à 6 g	3,5 à 6 g
Protides	1,8 à 3,5 g	1,8 à 2,6 g	3,5 à 5g
Lactoses autres sucres	> 70 % < 30 %	100% -	> 50% 20 %
Sodium	< 60 mg	< 40 mg	< 80 mg
Fer	> 0,75 mg	> 0,75 mg	> 0,75 mg
Vitamines + Oligoéléments	> teneur du lait de femme	> teneur du lait de femme	> 2/3 des teneurs du lait de vache

Puis cette réglementation a été modifiée par l'arrêté du 11.01.1994. Celui-ci précise de nouvelles dispositions sur la composition des laits artificiels conformes à de nouvelles normes européennes.

Ce nouvel arrêté interdit toute dénomination ou présentation ayant pour but une idéalisation du produit lacté artificiel qui ferait penser que cet aliment a les mêmes qualités nutritionnelles et immunologiques que le lait maternel. Les appellations suivantes sont proscrites : lait « humanisé » et lait « maternisé ». De plus dans un souci de promotion de l'allaitement maternel, la publicité pour les laits artificiels est limitée aux journaux professionnels.

Annexe 2 :

La composition des préparations de 1^{er} âge :

Ces préparations sont destinées aux nourrissons de moins de 4 à 6 mois (période correspondant à l'alimentation lactée exclusive avant la diversification).

La composition réglementaire est la suivante :

- Apport calorique : 60-75 Cal/100 ml
- Composition pour 100 Cal :
 - Protéines :
 - Lait de vache : *non modifié* : 2,5 à 3 g ; *modifié* : 1,8 à 3 g.
 - Soja : 2,25 à 3 g.
 - Lipides : 3,3 g à 6,5 g
 - Glucides : 7 à 14 g
 - Na : 20 à 60 mg
 - Ca : > 50 mg
 - Ph : 25 à 90 mg
 - Fer : 0,5 à 1,5 mg
 - Vitamine D : 1 à 1,25 ug

La composition des préparations 2nd âge :

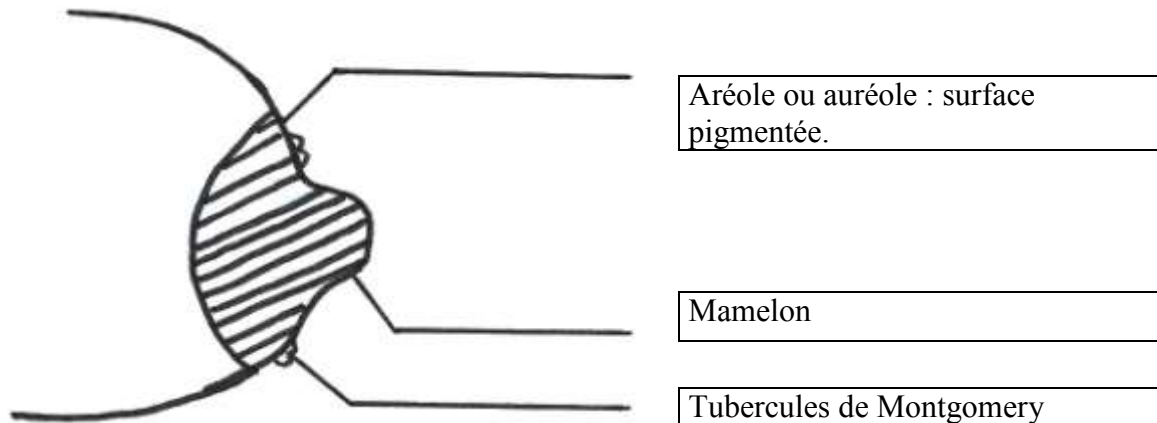
Les laits de croissance destinés aux enfants de 1 à 3 ans n'ont pas de réglementation légale et ont pour objet d'apporter un lait de vache enrichi en Fer, en vitamines, en acide linoléique. Même si ces produits sont enrichis en vitamine et en oligo-éléments, rien ne les justifie réellement si l'enfant a une alimentation équilibrée et diversifiée.

Composition pour 100 Cal :

- Protéines : 2,25 à 4,5 g (le taux est plus élevé)
- Lipides : 3,3 à 6,5 g (le taux est plus élevé)
- Glucides : 7 à 14 g
- Na : 20 à 60 mg
- Ca/Ph : entre 1,2 et 2
- Fer : 1 à 2 mg (enrichissement en fer)
- Vit D : 1 à 3 ug

Annexe 3 :

L'aspect du sein :



Rappel physiologique de la lactation :

La maturation mammaire (développement des canaux galactophores) se produit au cours de la grossesse sous l'action conjointe des oestrogènes et de la progestérone qui développent les acini¹⁸⁰. Ces hormones sont d'origine ovarienne et surtout placentaire chez la femme enceinte.

La sécrétion lactée est sous la dépendance de la prolactine¹⁸¹, sécrétée par l'hypophyse, inhibée au cours de la grossesse par les hormones placentaires (une très légère sécrétion lactée est possible au 5^{ème} mois de grossesse). L'accouchement et la disparition du placenta lèvent cette inhibition permettant à la prolactine d'agir rapidement sur la glande.

La sécrétion lactée est favorisée par l'augmentation des glucocorticoïdes libres type Cortisol, liée en partie à la sécrétion accrue d'ACTH qui accompagne l'accouchement. La sécrétion des gonadotrophines hypophysaires est bloquée par l'action de la prolactine, ce qui explique l'aménorrhée physiologique, transitoire de la lactation.

L'éjection du lait et l'entretien de la sécrétion dépendent d'un mécanisme neuro-hormonal induit par la succion du mamelon. Ces excitations mécaniques déclenchent, par l'intermédiaire du diencephale, une sécrétion de prolactine et d'ocytocine.

Donc la sécrétion lactée se prépare pendant la grossesse (c'est à ce moment qu'il convient de conseiller ce mode d'allaitement à la future mère). Un second élément est à retenir : la succion joue un rôle important dans le déclenchement et le maintien de la sécrétion lactée.

Le colostrum constitue la première sécrétion : il s'agit d'un liquide jaune, de densité élevée, riche en protéine (23 g/l) et contenant une quantité importante d'acides aminés libres (20 %).

¹⁸⁰ Acinus, pl. acini : est la structure élémentaire de la glande mammaire et l'unité de production du lait. Elle est constituée de cellules sécrétrices, les lactocytes répartis en 1 seule couche autour de la lumière dans laquelle va s'écouler le lait fabriqué.

¹⁸¹ Prolactine : hormone.

Il est riche en sels minéraux (magnésium, calcium) et en immunoglobulines. Il contient des macrophages contribuant à la défense contre l'infection.

Le lait de transition succède au colostrum pendant quelques jours puis aboutit au lait mature en 2 ou 3 semaines.

Une étude comparative entre des laits de différents mammifères montre les différences de composition liées aux différences de besoin de croissance et souligne la parfaite adaptation du lait aux besoins physiologiques de l'espèce.¹⁸²

¹⁸² Annexe n°5.

Annexe 4 :

La prise du sein :

Annexe 4.1 : Quand l'enfant ne prend que le mamelon « Nipple Sucking »

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Annexe 4.2 : Peu d'extraction du lait :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.



Annexe 4.3 :

Une bonne technique de succion :

Pour que le transfert du lait soit optimal, **deux processus** doivent être présents:

- Expulsion active du lait grâce à un réflexe d'éjection efficace.
- Succion efficace du bébé

Une bonne technique de succion efficace repose sur différents réflexes :

- La déglutition apparaît dès la 12^{ème} SA
- La succion apparaît vers la 8^{ème} SA
- La coordination succion-déglutition vers la 32^{ème} SA
- La coordination succion-déglutition-respiration dès la 35-36-37^{èmes} SA
- Le foussement dès la 37^{ème} SA

Le bébé ouvre grand la bouche. Sa langue s'avance au-dessus de l'arcade inférieure, en gouttière. Elle effectue un mouvement péristaltique, ondulatoire de la pointe à la base. C'est un mouvement puissant qui prend toute l'aréole et stimule les récepteurs, permet l'étirement du mamelon jusqu'à la jonction du palais dur et du palais mou.

De plus la langue et les mâchoires créent une compression sur les sinus lactifères ce qui entraîne un flux d'éjection. La capture du sein par les lèvres crée l'étanchéité buccale ou une dépression qui permet le maintien du sein dans la bouche et facilite la progression du lait. On note une pause lors de chaque déglutition.

Quand l'enfant a une bonne prise au sein : autrement dit mamelon + aréole en bouche :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Annexe 4.4 : Meilleure extraction du lait :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.



Annexe 4.5 : Position asymétrique : Meilleure succion :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.



4.6 : Etapes de la succion au sein :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.



Annexe 5 :

Lapin Homme	Temps de doublement du poids de naissance 5 jours 5 mois	Teneur en Protéines du lait maternel 13 g /100 ml 1,2 g /100 ml
Lapin Homme	Poids du cerveau 10 g 1250 g	Teneur en lactose 1,8 g /100 ml 6,8 g /100 ml
Baleine Homme		Teneur en lipides 45 g /100 ml 3,5 g /100 ml

Pour souligner ses qualités, il est intéressant de comparer point par point le lait maternel au lait de vache. Ceci permet d'expliquer les avantages de l'allaitement maternel et de comprendre les modifications apportées pour la conception des aliments lactés infantiles, même si l'objectif de la reconstitution industrielle du lait de femme tient de la gageure.

Une étude comparative entre le lait maternel et le lait de vache :

	Lait de femme (mature)	Lait de vache
Protides totaux (en grammes)	0,8 à 1,2	3 à 3,5
Glucides (en grammes)	7 (plus riche en lipides et surtout en lactose qui permet l'absorption du calcium et la formation des cérébrosides)	5
Lipides (en grammes)	3 à 4 différence qualitative riche en acides gras polysaturés	3 à 4
En milligrammes pour 100 ml Sodium	10 à 20	50 à 60 (charge plus élevée > aux possibilités d'élimination du rein non mature)
Chlore	45	110
Phosphore	14	90
Calcium	27 à 32	120
Magnésium	3,5	12
Totaux Minéraux	200	700
En microgrammes (ug/100ml)	30 à 70	10
Fer	50 à 400	200 à 500
Zinc	25 à 70	2 à 15
Cuivre	3 à 50	
Iode		
Vitamines		
A (UI)	200	45
D (UI)	20 à 40	25
E (mg)	0,35	0,1
C (mg)	4	10
Calories	60-80	57-85

Annexe 6 :

Positions lors de l'allaitement :

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Annexe 7 :

Les avantages de l'allaitement maternel :

L'OMS conseille 6 mois d'allaitement maternel exclusif, puis diversification avec introduction progressive d'aliments diversifiés et allaitement jusqu'à 2 ans.

De nombreuses études confirment les bienfaits de l'allaitement sur la nutrition, la croissance et le développement de l'enfant ainsi que sur la santé de la mère.¹⁸³

- Prévention des infections : l'allaitement rend le bébé plus résistant aux infections, comme la diarrhée, les otites et la pneumonie.
- Prévention des allergies
- Prévention du diabète
- Développement cognitif : l'allaitement favoriserait le développement intellectuel du jeune enfant.
- Développement des structures faciales
- Développement des cavités nasales
- Le lait maternel contient aussi des acides gras essentiels au bon développement du cerveau et du système nerveux du bébé.
- En tétant, le bébé apprend à maîtriser son appétit en cessant par lui-même de boire lorsqu'il n'a plus faim. Cet apprentissage l'aidera à prévenir l'excès de poids.
- Le contact chaleureux que procure l'allaitement renforce le lien de sécurité affective entre la mère et le bébé.

Chez la mère :

- Hémorragies du post-partum
- Espacement des naissances
- Perte de poids plus rapide
- Cancers du sein avant la ménopause, et des ovaires
- Diminution du risque de fracture du fémur: 2 fois moins élevé
- Des chercheurs ont observé une augmentation de la confiance en soi et une diminution du stress et de la mauvaise humeur chez les mères qui allaitent.

¹⁸³ Extrait de : So you want a healthy baby, brochure de Fort Alexander Health Centre, Pine Falls, Manitoba, 1996.

Annexe 8 :

Les tétines :

Différentes matières :

- **Silicone :** Le silicone est un produit de synthèse. Il est apparu il y a environ une quinzaine d'années. par transparente et lisse, ni goût, permet une tétée forte qui s'apparente à la tétée au mamelon.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

- **En latex :** Le latex désigne l'émulsion de caoutchouc naturel qui provient de l'Hevea brasiliensis, arbre à caoutchouc. De couleur marron, souple, est utilisée pour les nouveau-nés.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Les formes de tétines :

- **À bout rond :**

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

- **À bout aplati :**

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

- **Anti-hoquet, tétine physiologique ventilée :**

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

- **Tétine anti-colique :**

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

- **Tétines à trois vitesses**, à débit variable (lent, moyen, rapide) ou à débit fixe.

Types de tétines pour succion non nutritive

Pour la téterelle qu'il s'agisse des modèles en latex ou en silicone, il existe 3 tailles qui correspondent à la longueur de la téterelle, selon l'âge du bébé. Il y a également 3 formes de téterelles :

- **Bout rond** (auquel correspond une collerette de forme ronde également, avec anneau).
Classique

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

- **Bout anatomique** (une partie arrondie et une partie droite, auquel correspond une collerette dont le haut comporte un creux pour le nez et le bas est rond, avec anneau).
Autrement appelé à bout aplati, forme physiologique du sein maternel

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

- **Bout réversible** (auquel correspond une collerette dont les deux côtés comportent un creux, sans anneau). Ce modèle sans anneau est conçu pour ne pas gêner l'enfant lorsqu'il dort (protubérance de l'ensemble) et également pour la tenue de la sucette en main sans contact avec la tétérelle.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

On se rend compte ainsi de la multitude de tétines existantes. Cependant questionner les parents sur le choix de la tétine, sur leurs difficultés à trouver la tétine adaptée à leur enfant peut être intéressant pour comprendre les difficultés de succion.

Annexe 9 :

Somesthésie et Sensorialité :

La richesse des sensations somesthésiques varie selon la région du corps exploré. La face et surtout les régions buccales et péri-buccales représentent les sources d'informations dominantes chez les mammifères.



Représentation corticale somesthésique (d'après Penfield In : S. P.R. Rose, *The Conscious Brain*, 1973).¹⁸⁴



Représentation corticale motrice (d'après Penfield In : S. P.R. Rose, *The Conscious Brain*, 1973).¹⁸⁵

Notons la quantité disproportionnée de cortex utilisée par les doigts, les lèvres et la langue.

¹⁸⁴ Cité par C. Thibault, *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007, Masson.

¹⁸⁵ Cité par C. Thibault, *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007, Masson.

Annexe 10 :

Début de l'oralité motrice du fœtus :¹⁸⁶



Embryon humain de 50 jours. La langue est dans le stomodéum non encore cloisonné par le palais secondaire : L :langue ; PS :palais secondaire.



À la fin du deuxième mois, l'ensemble de la mise en œuvre des activités sensorimotrices de la nuque contribuant à la déflexion céphalique, de la langue et des premières activités orales permet à la langue d'intégrer la cavité buccale anatomique et d'assurer par ce mouvement relatif la fermeture du palais secondaire (PS).¹⁸⁷

¹⁸⁶ Couly G., Développement embryonnaire de la face. *Encycl. Méd. Chir.*, Traité de Stomatologie-Odontologie, 1990 ; 22066A50.

¹⁸⁷ *ibid*

Annexe 11 :

Les dispositifs d'aide à l'allaitement

Les écrans ou « Bouts de sein » :¹⁸⁸

Ils doivent être adaptés au mamelon et non à la bouche du bébé. Ils sont en silicone

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

La tasse :

Elle peut être proposée lorsque le bébé n'arrive pas à sortir la langue.



Tasse avec bec

¹⁸⁸ Image extraite du site suivant :
<http://www.inakis.fr/image-soins-bien-etre-bio/maternite-bio/allaitement/108871-bouts-de-sein-tulipe.jpg>

QuickTime™ et un décompresseur sont requis pour visionner cette image.

Le doigt-paille :

Ce dispositif consiste à présenter au bébé un doigt avec ou sans gant sur lequel est fixée une sonde reliée au récipient contenant le lait. Le doigt doit s'appuyer vers le haut et non sur la langue. Il existe une alternative appelée doigt-seringue.









Le sein-paille :







Ce dispositif consiste à présenter au bébé le sein avec une sonde proche du mamelon reliée à un récipient contenant le lait. Elle est présentée après quelques suctions, le long du sein près de la commissure des lèvres du bébé, orientée vers le palais. Le bébé doit avoir une tétée efficace.















Annexe 12 :

Rappel sur les repères de développement du jeune enfant :

Age	Naissance	2 mois	3 mois
Son tonus Ses positions ses déplacements	Ne tient pas sa tête Position allongée 	Position allongée Couché sur le côté, il revient sur le dos Redresse la tête pour la tourner Parfois assis bavage  	Tient sa tête Appuie sur ses avant-bras Tourne la tête pour suivre un objet qui se déplace  En appui sur les mains
Oralité : Exploration de son corps, des objets	Réflexe de grasping : Sert le poings Réflexe de succion 	Ouvre les doigts Eroite ses pieds 	Regarde ses mains Poings dans la bouche
Comportement alimentaire Repas	6/7 repas Préhension des aliments : Aspiration du sein ou de la tétine Suckling : Succion-déglutition réflexe	5 repas Préhension des aliments : Aspiration du sein ou de la tétine Suckling Succion-déglutition réflexe	5 repas
Développement Affectif et social Relation	Dort env. 21h.	Besoin d'être porté Dort 18 heures Eveil plus long (30-40 min.) Premiers sourires Recherche la source d'un bruit	Regarde le visage, les yeux de celui qui le porte Tourne la tête vers celui qui parle
Oralité Verbale Langage	Jaais Pleurs Cris Reconnaît la Voix de sa mère	Repond aux Mimiques Babilage rudimentaire « Aaaa...reuu » & reu... »	Vocalise quand on s'adresse à lui Ecoute les comptines

4 mois	4/5 mois	6/8 mois
<p>Mâchoire s'abaisse Plus d'espace dans la bouche motricité globale des effecteurs buccaux</p> <p>Sur le dos redresse la tête</p> 	<p>La lèvre > s'avance Vers l'avant La langue sort (mouvement de rotation latéral de la langue). Succion pour boire Ouvre la bouche en voyant la cuillère</p>	<p>Assis, s'équilibre avec ses mains avant. Vers 8 mois commence à ramper</p> <p>Roule du dos sur le ventre.</p>  <p>Rassemble ses mains sur le biberon</p>  <p>Assis stable : rotation du tronc possible.</p>
<p>Objets en main Doigts dans la bouche</p>	<p>Mordille des objets Attrape un objet et le porte à la bouche</p>	<p>Utilise ses doigts pour mettre aliments à la bouche. Attrape ses pieds, suce ses oreilles.</p>   <p>Suce ses oreilles</p> <p>Peut tenir un objet dans chaque main simultanément. Peut changer un objet de main. Lâche les objets (permanence de l'objet). Joue à jeter. Vers 7 mois préhension entre pouce et auriculaire. Tire sur ses chaussettes</p> 
<p>5 repas</p>	<p>5 repas Tétine, cuillère, verre Suckling Réflexe diminue</p>	<p>Diversification (fruits en mixé) tétine, verre, cuillère, début mastication</p> <p>Suckling, début sucking.</p>
<p>Voit de petits détails Peut attraper des objets à côté de lui Dort 15 heures</p>	<p>Regarde plus loin Dort 15 heures</p>	<p>Regarde son corps dans le miroir Dort 14-15 heures par jour Explore le corps de l'adulte</p>
<p>Vocalise quand on s'adresse à lui Écoute les comptines</p>	<p>Babillage rudimentaire</p>	<p>Jeu coucou-caché Petits cris pour appeler Babillage canonique : « Ba-ba », « Ma-ma », « da-da ». S'amuse avec sa voix</p>

8/9 mois	12 mois	15 mois
<p>Mouvements latéraux de langue Pour mettre aliments sur les côtés Les lèvres sont plus actives, plus fermées Le contrôle de la salive s'affine Rotation du tronc possible Se met à genoux Commence le 4 pattes</p>  <p>Tient une cuillère Peut frapper avec. Attrape de petits objets entre le pouce et l'index. S'il tient 2 cubes, il en lâche un pour saisir le 3^{ème}. Retrouve la cuillère cachée sous la serviette.</p>	<p>Début malaxage Début de la marche avec appui, puis seul. Se baisse pour ramasser un objet.</p>     <p>Attrape les miettes Joue avec plusieurs objets Enlève son bonnet</p>  <p>Peut boire seul à la tasse Tourne la cuillère dans la tasse Début des encastresments Aime remplir, vider</p> 	<p>Monte l'escalier tenu Explore l'espace Emplit deux cubes Porte, déplace, pousse, tire, sort des placards les objets. Introduit perles dans le goulot d'une bouteille</p>
<p>4 repas Début dissociation succion-déglutition</p>	<p>Croque aliments solides mous Mange mixé Tend les bras en regardant la personne pour être porté. Relance la balle</p>	<p>Boit seul au verre Dissociation langue mandibule Sucking Une sieste+ une nuit Cacher/ lancer Tourne les pages d'un livre</p>
<p>Tend un objet Proto-mots « marra », « papa », « baba », « dada ».</p>	<p>Attention conjointe Comprend « Tiens, au revoir, bravo, non », Jargonne</p>	<p>Pointing</p> 

18 mois	24 mois	30 mois
<p>Activité débordante Beaucoup de chutes S'assoit seul</p>	<p>Dégénération secondaire Commence à courir Danse, grimpe, saute</p>   	<p>Début du tricycle Monte l'escalier</p>
<p>Empile 3 cubes Début apprentissage de la propreté diurne</p> 	<p>Empile 6 cubes Visser/dévisser Apprentissage propreté de jour Participe pour se laver.</p>	<p>Curiosité identité sexuelle Déchire le papier Essaie de déboutonner</p>
<p>Solides mous Début mastication de solides durs Stabilité mandibulaire</p>	<p>Jeux symboliques (dinette, poupée, téléphone) Colères</p>	<p>Utilise la fourchette</p>
<p>« NON » Compréhension de petites phrases sans gestes contextuels Montre et nomme une image</p>	<p>Montre cinq parties du corps Ecoule des histoires Compréhension de 500 à 1000 mots. Dit 100 mots env.</p>	<p>Le lexique s'agrandit, la syntaxe se complexifie</p>

Annexe 13 :

Position au biberon et au sein :

Figure¹⁸⁹

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Position au sein :

Figure¹⁹⁰

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

¹⁸⁹ Image extraite du site www.mamanetmoi.eu/site/médias.FEA_0002187-FIL-global-001.jpg

¹⁹⁰ Extrait du CD ROM, *Les troubles de la succion*, Dr. Schelstraete C., AFPA, 2008.

Succion au biberon :

Figure¹⁹¹

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

¹⁹¹ Extrait du CD ROM, Les troubles de la succion, Dr. Schelstraete C., AFPA, 2008.

Annexe 14 : Questionnaire :

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie, je réalise un questionnaire sur le développement alimentaire et langagier de votre enfant depuis sa naissance jusqu'à aujourd'hui.

Je m'interroge sur les difficultés alimentaires précoces qui ont pu gêner le développement du comportement alimentaire de votre enfant.

Merci de l'attention portée à ma demande.

La plupart de vos réponses sont à cocher : Cocher quand c'est « oui »

Au cours de votre grossesse :

- Avez-vous eu des difficultés?
 - o Hospitalisation
 - o Repos forcé
 - o Nécessité de rester en position allongée
- Vous avez décidé d'allaiter au sein
- Vous avez décidé d'allaiter au biberon

Accouchement :

- La naissance a été prématurée
- Le travail a été difficile
- L'accouchement a été long
- Le bébé a été placé dès sa naissance en couveuse
- Au bout de combien de temps, le bébé a-t-il été placé en chambre avec vous :
- Le bébé a eu des troubles respiratoires
- Lors de la première rencontre avec votre bébé :
 - o L'équipe médicale a mis votre enfant sur vous, sur votre corps
 - o L'équipe médicale ne vous a pas proposé de le mettre sur vous
 - o Le bébé a cherché le sein
 - o Le bébé était trop fatigué
 - o Le bébé a commencé à téter rapidement
- Vous avez décidé d'allaiter au sein après avoir accouché
- Vous avez décidé d'allaiter au biberon après avoir accouché

L'allaitement au sein :

- Lors de l'allaitement au sein, les tétées duraient très longtemps
- Quelle position d'allaitement avez-vous essayées ?



- Vous aviez décidé d'allaiter au sein mais les difficultés étaient trop nombreuses et vous avez renoncé rapidement
- Votre enfant ne prenait pas le sein en bouche
- Votre bébé tétait les deux seins
- Il ne tétait qu'un seul sein
- Votre enfant a déjà eu des épisodes d'étouffement lors de l'allaitement
- Au sein, le bébé ne tétait que le mamelon et non l'aréole
- Vous avez rapidement eu :
 - o des crevasses sur les seins
 - o un engorgement
 - o des abcès
- Insuffisance de lait

L'allaitement au biberon :

- Vous avez proposé un allaitement mixte (au sein et au biberon)
- Vous avez tiré votre lait avec un tire-lait
- Vous avez arrêté l'allaitement au sein car votre bébé ne prenait pas de poids

- Lors de l'allaitement au sein ou au biberon, votre enfant pleurait
- Lors de l'allaitement, votre bébé vous regardait
- Il avait plutôt l'air absent
- Les biberons étaient à heure fixe
- Votre bébé n'ouvrait pas la bouche
- Votre bébé gardait pendant toute la durée du biberon la tétine en bouche
- Il lui est arrivé de lâcher subitement la tétine comme s'il s'étouffait
- Le bébé terminait son biberon
- Le bébé ne terminait jamais son biberon
- Il semblait rapidement rassasié alors que le biberon était à peine commencé
- Le bébé était passif lors du biberon
- Lors des tétées, le bébé commençait à téter puis s'arrêtait en pleurant
- Pendant les tétées, vous aviez noté un bavage
- Vous l'entendiez avaler lors des tétées par des petits bruits de clapet
- Votre enfant était très fatigable
- La nuit, vous aviez remarqué que les draps étaient mouillés au niveau de la tête
- Après le repas, votre bébé régurgitait son biberon
- Votre bébé toussait souvent après les biberons
- Votre bébé a été traité pour un reflux gastro-oesophagien
- Le papa a participé à l'allaitement au biberon
- Vous avez eu des difficultés à trouver la tétine du biberon adéquate

- Quel type de tétine avez-vous utilisé ?
 - o Silicone (transparente)
 - o Caoutchouc
 - o Aplatie
 - o Ronde
 - Si vous vous rappelez, de quelle marque s'agissait-il ?
-

Autour de la bouche :

- Il a mis rapidement ses doigts, ses peids à la bouche
- Il a mis des objets à la bouche
- Il n'a jamais rien mis dans sa bouche
- Il continue d'explorer les objets en les mettant souvent à la bouche
- Aujourd'hui, il a une sucette
- Il suce pendant la journée ou la nuit ses doigts

Dans son corps :

- Il bouge
 - o Saute
 - o Court
- Il déteste toucher certaines matières :
 - o Le sable
 - o L'eau
 - o La peinture
 - o La nourriture
 - o La terre
 - o La pâte à modeler
- Il ne supporte pas d'être sale
- Il n'aime pas se baigner

- Le bain/la douche est un moment très difficile
- Il ne supporte pas d'être nu

Sa respiration :

- Vous aviez remarqué que votre enfant respirait toujours la bouche ouverte
- Sa bouche n'est jamais fermée
- Sa langue sort de sa bouche
- Il respire par le nez

Aujourd'hui, l'alimentation

- Vous avez consulté une orthophoniste pour des difficultés alimentaires :
 - o Qui vous a envoyé vers elle ?
.....
.....
 - o Quelle était votre demande initiale ?
.....
.....
.....
 - o Comment mangeait votre enfant ?
 - Il mangeait à table
 - Il mangeait seul à table
 - Il mangeait devant la télé
 - Il mange sans difficulté chez d'autres personnes
 - Il ne s'assoit jamais pendant les repas
 - Il mange de façon discontinue toute la journée
 - C'est un petit mangeur, il grignote
 - Certains aliments lui donnent la nausée même sans être en bouche

▪ Une fois dans la bouche certains aliments lui donnent la nausée

▪ Quel est son repas-type ?

Matin :

Midi :

Goûter :

Soir :

▪ Son repas a évolué

▪ Aujourd'hui, il peut manger : (donner des aliments qu'il mange)

▪ Il refusait de manger certains aliments

▪ Il hurle parfois pour se mettre à table

▪ Il faut souvent le forcer pour qu'il mange

▪ Les morceaux ne passent pas

▪ Il ne peut pas manger certaines textures d'aliment

▪ La nourriture doit toujours être à la même température

▪ Il préfère manger froid

▪ Il préfère manger chaud

▪ Quels aliments chauds, quels aliments froids ?

▪ Il mange des glaces

○ À quel âge avez-vous diversifié ?

○ Il peut mastiquer

○ Il peut boire au verre

○ Il peut manger des gâteaux apéro

○ Il mange semi-liquide

○ Il mange mixé , solide mou , solide dur

○ Il utilise une cuillère , ses mains pour manger

○ Il mange seul

- Vous l'aidez à porter la cuillère à la bouche

Et son langage :

- Il a gazouillé petit
- Il n'a pas gazouillé bébé
- Il dit des mots non compréhensibles
- Il dit des mots compréhensibles

Pour finir :

Comment vivez-vous les repas ?.....

.....

Vos relations avec votre enfant vous paraissent affectées par ces troubles alimentaires

Merci encore d'avoir pris du temps pour répondre à ce questionnaire.

Perrine AMAIDE

Le trouble de l'oralité se résume souvent par l'affirmation suivante :
« **Il ne mange pas !** »

Une nouvelle population d'enfants arrive en consultation orthophonique. Quelle réponse les orthophonistes peuvent-ils donner ?

L'oralité est un processus développemental qui commence dès la vie intra-utérine. L'oralité ne se résume pas à manger. Elle implique toute une série de mécanismes physiologiques, neurologiques, anatomiques et des aspects psychoaffectifs au travers de la relation entre l'enfant et ses parents.

Manger et parler, voici deux activités qui prennent une place importante dans le développement du jeune enfant. La prise en compte des troubles de l'alimentation comme situation à risque de troubles psychiques ou de retard dans le développement du langage commence à être objectivée. Le travail de prévention et d'accompagnement a donc bien sa place chez les orthophonistes.

Mots clés : Oralité, développement, orthophonistes, manger, parler, relation.