

(1) ABADIE V. (2007)

Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson (p 17-24)
in *Réalités Pédiatriques*. Mensuel Déc 2007, n° 126.

(2) ABADIE V. (2004)

Troubles de l'oralité du jeune enfant (p 55-68)
in *Rééducation Orthophonique : les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*.
Trimestriel 42^{ème} année, déc 2004, n°220.

(3) AJURIAGUERRA (1971)

Manuel de psychiatrie de l'enfant, Paris, Masson.

(4) ANZIEU D. (1995)

Le Moi Peau, Paris Dunod.

(5) BENONY H. (1998)

Développement de l'enfant et ses psychopathologies, 128, Nathan.

(6) BOUBLI M. (1999)

Psychopathologie de l'enfant, Les Topos, Dunod.

(7) DRUON C. (2001)

L'oralité au carrefour de la vie intra-utérine et de la vie néonatale (p 1597-1611)
in *Revue Française de Psychanalyse : L'Oralité*. Tome LXV, Oct-déc 2001, PUF

(8) LEBLANC V. (2007)

Prise en charge des troubles du comportement alimentaire du nourrisson par le psychologue (p 25-28). in *Réalités Pédiatriques*. Mensuel Déc 2007, n° 126.

(9) LEBLANC V. (2008)

Les troubles de l'oralité alimentaire « Lorsque manger est une difficulté »
in *Nutrition et Pédiatrie*, Vol 1, n°2.

(10) MATAUSCH C (2004)

Psychomotricité et oralité : une approche spécifique en réanimation néonatale
(p 26-30). in *Rééducation Orthophonique : les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*.
Trimestriel 42^{ème} année, déc 2004, n°220.

(11) MERCIER A. (2004)

La nutrition entérale ou l'oralité troublée (p 33-43)
in *Rééducation Orthophonique : les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*.
Trimestriel 42^{ème} année, déc 2004, n°220.

(12) MISSIONIER S. (1999)

Je régurgite donc je suis (p 51-84). in *Devenir*, N°3,

(13) RAIMBAULT G, DRIBEN A, ELIACHEFF C, OUZILLOU C, VOTADORO V. (1980)

Les nourritures terrestres. « A propos d'enfants en Réanimation Digestive »
in *La Psychiatrie de l'enfant* Vol XXIII 1

(14) TIANO F., GINISTY D, COULY G, (1993)

Dysoralité des enfants en nutrition artificielle. Prise en charge psychothérapeutique
(p 976-978). in *RICOUR C et coll. : Traités de Nutrition Pédiatrique*. Paris Maloine.

(15) WINNICOTT D. (1969)

De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot.

© Une souris Verte 2012

Coordination : Gaëlle Lévi / Graphisme : Philippe Boyrivent
Avec le soutien de la Caisse d'Allocation Familiale de Lyon et de la Ville de Lyon.



Le catalogue de formation 2013

Il paraîtra en Septembre prochain. Quelques nouveautés au programme : la formation de 6 jours sera remplacée par une formation de base sur l'accueil de l'enfant différent de 3 jours consécutifs à Lyon. En 2013 nous proposerons une formation pratique individuelle de 5 jours au sein de notre structure multi-accueil. Cette formation nécessite d'avoir déjà les pré-requis sur le handicap et ses représentations.

Dernière nouveauté, l'association Une Souris Verte propose un accompagnement à la création de valisettes pédagogiques de sensibilisation à la différence et au handicap, au travers de différentes thématiques.

Notre catalogue sera disponible sur le site <http://www.unesourisverte.org> et sur simple demande à formation@unesourisverte.org ou au 04 78 60 52 59.

Atelier « Signe avec moi »

Avant de savoir parler, nos tout petits et nos plus grands peuvent se faire comprendre par gestes.

Les ateliers se déroulent à proximité du métro Grange Blanche :

Relais «Maison Potiron»,
30-32 rue du professeur Florence, Lyon 3^{ème}.

Contact :

amandine.ronzy@signeavecmoi.com
ou au 04 78 60 52 59.

► Prochain atelier découverte :
mardi 2 octobre 2012 de 17h00 à 17h45.



L'éditorial

La parole à Claudine Lustig

Un groupe de travail s'est réuni au cours du premier semestre 2012 pour produire une valise pédagogique qui cette année a pour thème : *Alimentation/Plaisir et différence*. Son contenu vous sera présenté de façon détaillée dans le prochain Info Pro.

Dans l'immédiat intéressons-nous aux aspects psychologiques qui entourent l'alimentation. Considérons le bébé et tout ce qui se construit autour de la nourriture dès le plus jeune âge. Les enjeux dépassent largement le cadre du simple apaisement de la faim. La compréhension du monde qui l'entoure passe en grande partie par le canal de l'oralité pour le nourrisson.

Manger c'est également transformer des propriétés chimiques et physiques d'un aliment en un ensemble d'activités cérébrales qui aboutissent à une représentation multisensorielle. Déguster génère progressivement des perceptions riches et variées autour des odeurs, des saveurs, des arômes et des textures.

Il peut toutefois arriver que des difficultés apparaissent. Il est alors nécessaire de « familiariser » l'enfant avec son oralité, de l'aider à se réapproprier cette dimension.

Fanny Audhuy, psychologue clinicienne, qui a contribué à la valise pédagogique évoque ces aspects avec nous et nous permet de comprendre ce qui se produit lorsque l'enfant ne mange pas ou encore est empêché de manger (nutrition artificielle).

Bonne lecture et bonnes vacances.



19, rue des trois pierres
69007 Lyon
Tel : 04 78 60 52 59

Mail : info@unesourisverte.org
Web : www.unesourisverte.org



► La place de l'oralité dans le développement psychique

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

► Fanny AUDHUY, psychologue clinicienne,
Service d'Hépatogastro-Entérologie Pédiatrique - CMR Wilson, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron.

On peut observer d'abord une interaction avec l'adulte : un échange de regard, de parole. Il y a également une position qui permet à l'enfant d'être dans de bonnes conditions pour manger, pour le bébé ce sera un portage de l'adulte. Tous les sens sont stimulés : le goût, l'odorat, la vue, le toucher, l'ouïe. L'acte de s'alimenter est au carrefour du sensoriel, du corporel, de la relation. Nous allons examiner ensemble la façon dont ces 3 éléments le corporel et le sensoriel et la relation vont participer au développement psycho-affectif de l'enfant.

Sentiment d'unification corporelle et constitution de la peau psychique.

À partir de l'observation des nourrissons, on a pu décrire que le bébé n'a pas d'émblée une conscience de son corps

unifiée. Cette image de lui se construit petit à petit. Le bébé, avant cette unification a à faire avec des angoisses massives dont il ne peut rien faire qui sont de l'ordre d'un vécu de vide, d'écoulement, de chute (réflexe de Moro pour lutter contre un vécu de chute). Selon les psychanalystes, la première situation la plus rassurante, qui va pouvoir apaiser ces angoisses et remplir cette fonction de liaison du corps c'est le mamelon dans la bouche du bébé joint à l'odeur familière de la mère et bien sûr, le portage et les paroles prononcées à ce moment-là (holding). En buvant le lait, le bébé incorpore en lui toutes les bonnes choses liées à cette expérience lui procurant un sentiment de satiété et de sécurité apportés par le lait, le portage, la voix, l'odeur familière. Au-delà du plaisir apporté par la satiété et le portage, il y a le plaisir

lié à la succion puisqu'à cette époque-là, l'investissement libidinal du corps se situe au niveau de la zone bucco-labiale. C'est durant cette première phase de vie où le nourrissage lié au maternage, permet au bébé d'atténuer ses angoisses et favorise la constitution de la fonction de contenance. A travers la relation de maternage et d'alimentation, l'enfant va donc construire, petit à petit, une image corporelle avec un contenant, le corps qui reçoit le contenu (le lait). Cette limitation corporelle va s'intérioriser et devenir également une enveloppe psychique, ce qu'Anzieu appelle la peau psychique qui va contenir les angoisses psychiques. On voit bien ici l'implication de tout le corps dans cet acte de manger et combien il ne faut pas l'oublier dans la prise en charge des troubles de l'oralité. Le corps dans son entier est relié à l'oralité (5).

Cette intériorisation des limites corporelles va permettre, dans un 2^{ème} temps, la constitution de la notion de soi et de l'autre.

Constitution du sentiment de soi et de l'autre.

L'expérience orale et la rythmicité des repas qui l'accompagne montrent au bébé que ce qui est important, ce qui lui fait plaisir, ne vient pas de lui et qu'il ne peut pas se procurer l'expérience de la tétée exactement quand ni comme il le désire. Le sein ou le biberon, pas toujours disponibles, participent à l'instauration d'une première délimitation du soi et du non-soi c'est-à-dire de l'autre. L'autre qui peut combler le besoin ou au contraire le frustrer. C'est cet écart entre le désir de l'enfant et sa réalisation qui va permettre une différenciation progressive. Mais cet écart doit être suffisamment supportable pour l'enfant. En effet, l'observation des nourrissons dont les mères retardent la satisfaction de la faim et de la soif, montre que la frustration massive entraîne une désorganisation : le sein peut alors être repoussé.

Si l'expérience orale se passe auprès d'une mère suffisamment bonne, celle-ci réagira aux cris de son enfant et viendra combler son besoin dans un temps supportable pour l'enfant. Cette réaction aux cris de l'enfant lui permettra de réaliser que ses cris vont entraîner quelque chose du côté de son entourage. C'est lui qui est à l'origine de cette interaction. Il prend ainsi conscience de son pouvoir sur les autres dans l'établissement des relations. On voit ainsi que l'oralité participe à l'élaboration du rapport à autrui. L'enfant acquiert ainsi les premières modalités sociales : entrer en relation avec un autre, accepter ce qui est

donné, à concevoir un autre amical qui peut répondre à ses attentes. Plus tard ce seront les premiers interdits qui s'exprimeront autour de la nourriture : ça se mange ou pas.

On voit que la frustration suffisamment supportable est nécessaire dans l'instauration du rapport à l'autre, elle est également importante parce qu'elle permet de développer la capacité à combler l'absence de l'objet en hallucinant la satisfaction : on peut ainsi observer les nourrissons téter leur langue ou leur bouche (passe de la succion nutritive à la succion non nutritive). Puis ils vont mettre leur main dans leur bouche puis le pied dans la bouche. Cette absence va pouvoir être ainsi comblée dans un premier temps par l'investissement du corps propre, toute cette exploration va participer à la constitution du schéma corporel. Et le corps sensoriel va se construire à travers le croisement des sensations et les mots de la mère : c'est chaud, c'est froid, ça sent bon. C'est ce croisement des mots et des sensations qui va permettre de lier les perceptions.

Constitution de la fonction maternelle et instauration du lien mère-bébé.

Ce moment privilégié de nourrissage est également extrêmement important du côté de la mère dans la mesure où la fonc-

tion maternelle se construit beaucoup à travers le don qu'elle fait à son enfant et ses compétences à le satisfaire, non seulement au niveau alimentaire mais également sensoriel et affectif. Winnicott évoque la suffisamment bonne mère qui peut se mettre à la place de son enfant et sait répondre à ses besoins.

A travers ce lait-lien (12), l'enfant est créateur de mère (3). La mythologie culturelle propose le don d'alimentation et la réplétion comme métaphores de l'amour et de la plénitude partagée. A travers cet échange de nourriture, la mère est gratifiée dans ses compétences maternelles et de son côté le bébé fait l'expérience d'être à l'origine de quelque chose de bon chez l'autre, c'est ce sentiment de pouvoir faire plaisir à l'autre qui participe plus tard à ce qu'on appelle le sentiment de confiance en soi. Le sentiment de gratification et de confiance en soi est valable pour les deux, c'est un véritable échange.

Avec la charge affective reliée à l'alimentation, on voit comment on peut vite arriver très vite à une première forme de jugement entre la mère et l'enfant avec l'équation : *je t'aime, je te donne à manger* mais aussi *tu aimes ou pas ce que je te donne à manger* qui est entendu par la mère comme *tu m'aimes ou tu ne m'aimes pas*. ■

► Que se passe-t-il lorsque l'enfant ne mange pas ?

Les troubles de l'oralité.

Le seul moyen qu'un nourrisson ait à sa disposition pour s'exprimer c'est à partir de son corps. On peut donc avoir à faire avec des troubles du sommeil, de l'oralité, un évitement relationnel, un hyper vigilance ou des agrippements sensoriels... Le bébé a essentiellement une expression somatique d'un malaise.

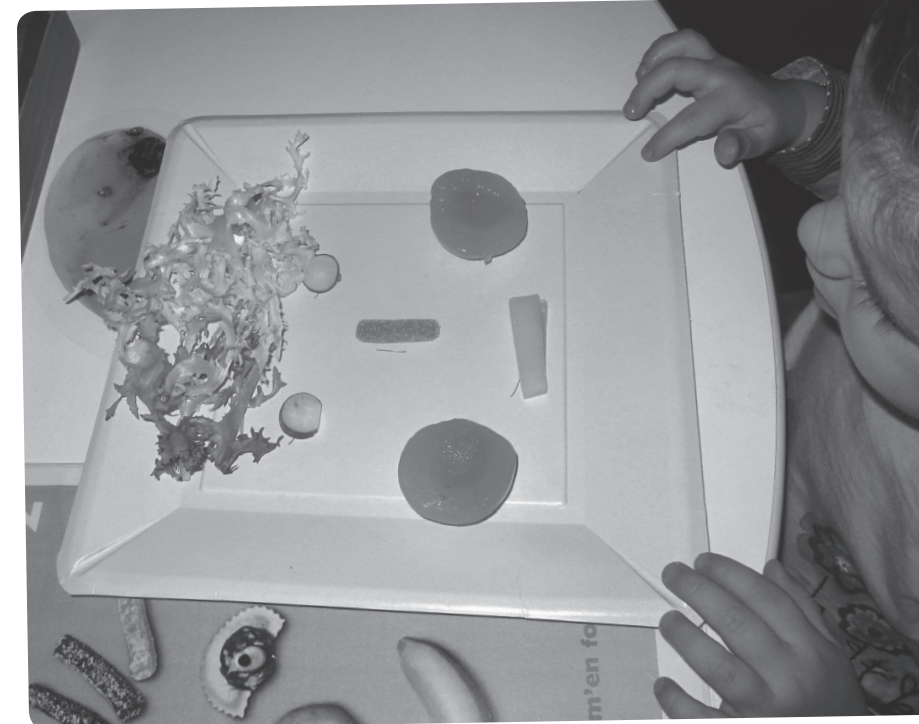
Les troubles de l'oralité importants peuvent survenir dans un contexte de psychopathologie du lien mère bébé. Par exemple, lorsque le bébé est confronté à une mère déprimée avec un regard vide, une absence psychique. Ou lorsque la mère projette trop d'angoisse sur son bébé. Ainsi, au lieu d'être contenu par ses parents, le bébé est le réceptacle de leurs projections toxiques et angoissantes. La nourriture est alors associée à la menace que représente cette angoisse qu'il ressent du côté des parents. (12)

Les troubles de l'oralité peuvent survenir suite à un événement d'ordre de la pathologie somatique qui crée un traumatisme chez l'enfant et les parents: prématurité, pathologie somatique ou handicap.

Cet événement somatique entraîne souvent la mise en place d'une nutrition artificielle qui n'est pas sans conséquences sur le développement de l'enfant et de son investissement de la sphère orale.

Nutrition artificielle et dysoralité.

Etant donné la place centrale de l'oralité dans le développement psycho-affectif du nourrisson, quelles peuvent être les répercussions quand il y a désinvestissement de la sphère orale du fait d'une pathologie somatique ? Dans le service, les enfants sont souvent complétés en apport nutritifs dès les premières semaines de vie avec des périodes où l'alimentation est réalisée uniquement par sonde. Suite à ces prises en



charge nécessaire pour la pathologie somatique sous-jacente, les enfants développent souvent des difficultés à s'alimenter oralement. Cette prise en charge par nutrition artificielle a plusieurs conséquences :

Pour le bébé.

L'enfant est tout d'abord privé de toute la dimension affective et relationnelle partagée lors des temps de repas mais aussi de toute la dimension sensorielle, tout ce qui permet d'associer le repas avec le plaisir. Il n'y a plus d'équation plaisir-alimentation. Il arrive qu'il envisage l'alimentation comme un soin de plus ou comme un médicament. La sphère orale peut être d'autant plus désinvestie qu'elle peut aussi être associée à des vécus douloureux d'intrusion (passage de sondes pour des examens, aspirations). Cette zone orale va vite devenir une zone hyper défendue. Elle ne peut plus être touchée. Mais plus largement tout le corps est également beaucoup agressé. L'enfant peut mettre en place différents mécanismes de défense tels que le désinvestissement corporel, les troubles de l'oralité seraient une expression de cette attitude défensive.

La construction de l'image corporelle peut être biaisée du fait des prothèses qui finissent par faire partie intégrante de lui, surtout s'il est alimenté dès la naissance. Lorsque l'état des enfants ne nécessite plus l'alimentation artificielle, ils peuvent avoir un sentiment d'étrangeté angoissant au niveau du schéma corporel, l'appareillage essentiel à leur survie n'est plus présent. Il est parfois nécessaire de préparer ce retrait longtemps à l'avance.

Le bébé a une part peu active dans son alimentation surtout au début s'il est alimenté en continu. L'absence de rythme peut entraîner un certain manque de repères. La nutrition artificielle induit dans le comportement de l'enfant par rapport à la nourriture une certaine passivité. Dans l'alimentation orale, l'enfant et les parents ont un rôle actif et les journées sont rythmées par des rencontres répétées entre eux à travers les repas. Il n'y a pas cette attente du repas qui ouvre l'appétit et les enfants n'associent pas le sentiment de satiété avec une certaine diminution de la tension interne.

Conséquences sur la qualité de l'accordage mère-enfant.

Du fait de l'absence de cet échange nourricier, l'attachement est plus difficile pour la mère et l'enfant. La mère n'a pas de sentiment de gratification, elle se sent fortement dévalorisée. Elle peut avoir l'impression d'être dépossédée de son rôle de mère : elle doit même s'en remettre aux médecins pour l'alimentation. De plus, souvent, l'investissement corporel du nourrisson est difficile du fait de la pathologie et de l'appareillage. Comment être mère d'un enfant qu'on ne peut pas nourrir ni toucher comme on l'aimerait ? Il est parfois tentant pour ces mères de se précipiter dans un rôle de soignant, d'autant plus que c'est l'objectif médical à atteindre.

Par ailleurs la pathologie sous-jacente est génératrice d'angoisses de mort. Pour contrer celles-ci et essayer de les contrôler on utilise souvent la prise de poids,

seule chose sur laquelle on peut avoir une certaine maîtrise. Ces angoisses peuvent induire chez les parents un comportement de forcing alimentaire. La question du poids, mot-pont qui fait partie du langage commun et du langage médical, les parents peuvent s'approprier facilement cette notion (13). Il y a aussi l'idée que l'enfant nous a déçus en naissant malade mais il va au moins nous gratifier en mangeant.

Il existe donc des enjeux relationnels très importants autour de l'alimentation : l'enfant voit bien que le corps médical et les parents attendent quelque chose de lui. Ici il devient actif, il maîtrise enfin quelque chose... Autant l'enfant prend conscience qu'il peut faire plaisir à ses parents quand il mange bien et à l'inverse, il la domine par le stress provoqué par son refus de s'alimenter. Si l'enfant se rend compte que ses parents accordent moins d'importance à la prise de nourriture, l'enfant prendra moins de plaisir à les contrarier... (13)

Comment accompagner l'enfant et sa famille ?

Ré-approvoiser la nourriture par une approche multi-sensorielle. Il s'agit de retrouver cette notion de plaisir autour de la zone orale qui a tellement fait défaut. Notamment au travers des approches tactiles, les massages, trouver d'autres plaisirs de contacts au niveau de tout le corps. Travailler les défenses tactiles et se rapprocher tout doucement de la bouche (paille, bulles, jouer avec les différentes textures). Favoriser chez les petits les gestes d'auto-apaisement : mettre les mains sur les joues par exemple (9).

L'enfant doit prendre conscience que manger c'est important pour lui, que ça lui fait plaisir pour qu'il puisse passer de l'étape à être nourri à celle de se nourrir. Cette prise de conscience peut être très longue et se fera d'autant mieux si la famille est soutenue dans cet accompagnement. Ce long chemin requiert beaucoup de patience et nécessite un respect du rythme et des compétences de l'enfant.

Notre rôle de soignant n'est pas d'asséner des injonctions plaquées, des formules de guidance mais plutôt de contenir la vulnérabilité, la souffrance et l'angoisse de la famille en confirmant les parents dans leur efficacité éducatrice et le nourrisson dans ses capacités, sa vitalité. Parce qu'après tout, l'alimentation est aussi une affaire éducative et on peut vite, devant notre sentiment d'impuissance et celui des parents se réfugier dans des attitudes éducatives, voire des jugements éducatifs, ce qui rapidement culpabilise encore plus les parents. ■