

Accompagner l'oralité du nouveau-né et du nourrisson

PAR **MICHELLE PASCALE HASSLER**, AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ, ÉCOLE UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE MARSEILLE MÉDITERRANÉE, MARSEILLE

DÉFINITION DE L'ORALITÉ

Le mot *oralité* signifie la *bouche* (*os, oris* en latin, *bucca* en latin), la bouche pour respirer, manger et parler. Véritable carrefour pulsionnel, la bouche – ou mieux la sphère orale – est le lieu des premiers attachements, des premières découvertes et interactions.

Pour Freud, premier stade d'organisation de la libido, l'oralité permet le début de la structuration de la personnalité et l'émergence du sens du Moi. C'est un élément fondateur de la « construction du soi » (Freud, 1949).

« *L'oralité est l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche* » (Abadie, 2003, Delfosse et al. 2006). Elle regroupe à la fois la ventilation, l'olfaction, l'exploration tactile et gustative, l'alimentation, les relations érogènes et le langage.

C'est une « **fonction organisatrice de l'être** », du développement qui fait appel à des fonctions sensorielles, motrices, neuro-intégratives, affectives et cognitives (Abadie, 2004).

Elle désigne le **comportement** et **l'activité orale** de l'enfant (Menier et al, 2014).

Pour Bolwby, l'oralité favorise l'attachement mère-enfant en participant à la construction de la fonction maternelle et à la mise en place du lien mère-enfant. En effet, « *Ce moment privilégié de nourrissage est également extrêmement important du côté de la mère dans la mesure où la fonction 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* » (Audhuy, 2014).

PHYSIOLOGIE

Il existe deux types d'oralité : l'oralité alimentaire qui débute dès la vie in utero et l'oralité verbale.

L'ORALITÉ ALIMENTAIRE

► L'ORALITÉ IN UTERO

C'est « *la première fonction motrice à se mettre en place et à s'organiser chez le fœtus humain. Le réflexe de succion apparaît le premier* » (Thibault, 2007).

L'ensemble des fonctions de l'oralité se développe dès la douzième semaine d'aménorrhée (SA). La succion apparaît vers 12 SA puis se synchronise à la déglutition entre 14 et 17 SA. Le fœtus va alors laper et déglutir du liquide amniotique en continu, jusqu'à 3 litres en fin de grossesse (Senez, 2002), s'habituer aux goûts et odeurs des aliments consommés par sa mère qui donnent le goût au liquide amniotique (Schaal, 2011). « *Captif* » de l'environnement maternel pendant la

grossesse, il est « *mené par le bout du nez* » (Doucet, Schaal, 2007). La succion-déglutition-respiration ne sera mature que vers 34-36 SA.

► L'ORALITÉ PRIMAIRE OU RÉFLEXE

Elle comprend le réflexe de fousissement (le nouveau-né oriente sa bouche vers le sein ou le biberon et s'en saisit), la succion non nutritive (la succion du mamelon, d'une tétine, du pouce stimule la bouche, les lèvres constituent un plaisir indépendamment du plaisir alimentaire et contribuent à l'interaction mère-enfant) et la succion nutritive avec la coordination succion-déglutition-respiration.

► L'ORALITÉ SECONDAIRE OU VOLONTAIRE

Elle apparaît lors de la diversification avec la découverte de nouvelles textures, saveurs, odeurs et le passage à la cuillère entre 4 et 7 mois.

L'ORALITÉ VERBALE

Elle comprend l'oralité primaire ou réflexe (cris dès la naissance, cris de faim et d'inconfort, soupirs, gémissements, bâillements) et l'oralité verbale secondaire (babillage, articulation, parole, langage).

LIEN ENTRE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE ET L'ORALITÉ VERBALE

Ces deux fonctions ont en commun de nombreuses structures musculaires, cartilagineuses et osseuses. La mobilité de la langue, des lèvres, de la mâchoire va permettre l'articulation des premiers phonèmes.

LA NAISSANCE: « L'AUBE DES SENS »

« *L'aube est ce moment incertain qui précède l'aurore, où la clarté s'insinue pour prendre peu à peu possession de la terre. Chaque sens à son aube, moment flou que cherchent à préciser les physiologistes* » (Herbinet, Busnel, 1981, *Introduction à l'aube des sens*¹).

La naissance induit une rupture dans l'écologie du nouveau-né. « *Plus d'eau... Bonjour la pesanteur. Et plus d'enveloppe utérine ! Mais dans l'air, il respire et peut crier !* » (Hernandorena, 2011), (Leboyer, 1974). Le nouveau-né immature va être assailli par des informations sensorielles issues de sources de stimulations physiques et humaines nombreuses et variées (Bullinger, 1996).

« *Si l'œil c'est la vision, le regard c'est, très tôt, un moyen de relation* ». « *Regard-vision* » et « *regard-sortilège* » (proposée par le professeur Ajuriaguerra en 1969), ces deux aspects de la vision sont intimement liés dès la naissance.

« Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. » (Winnicott, 1971).

Au moment de l'alimentation, l'enfant porte toute son attention sur les yeux de sa mère. Il ne regarde pas le sein ou le biberon mais les yeux et le visage de la personne le nourrissant. Il la dévore des yeux.

Il agrippe sa mère par le regard mais aussi par la main. Lorsqu'il est allaité, il enserre le mamelon de sa bouche, et en même temps, il agrippe de sa main le doigt de sa mère.

« Les premières perceptions s'organisent autour de la tête, source de multiples sensations cutanées et tactiles. Le mouvement des lèvres du nourrisson sur le sein de sa mère, les progrès qu'il fait en observant le visage et les yeux de sa mère, les mouvements des mains et des doigts qui explorent le corps de sa mère, toutes les sensations associées à ces expériences permettent au bébé d'établir un code » (Montagu, 1979).

Le soignant peut apprendre à la mère à repérer les signes qui précèdent l'alimentation : le nouveau-né calme, attentif, réveillé, fait des petits mouvements de succion, observe le monde autour de lui, porte ses mains à la bouche. Le réflexe de main-bouche constitue un préliminaire à l'alimentation. Il déclenche l'ouverture de la bouche, le réflexe de fousissement et le réflexe de succion qui sont des manifestations de désir de téter. Il favorise l'organisation de l'alimentation et est une activité d'auto-réconfort (Brazelton et Nugent, 1995). L'utilisation de moufles est donc à déconseiller.

Il est important de respecter la « **chaîne narrative** » qui est une succession de situations ordonnées définie par l'**appétence**, l'**olfaction** (reconnaissance des odeurs), la **posture** (mise en forme du corps, enroulement, contenance posturale ou « arrière-fond »), la capture, l'exploration, la **succion**, la **déglutition** et la **satiété** (Bullinger, 2008, Haag, 1988).

Cette « **chaîne narrative** » donne un sens au repas et permet un meilleur apprentissage et une bonne mémorisation des rituels de l'alimentation, (Bullinger, 2008).

L'harmonie de l'alimentation est favorisée par l'intégration simultanée de **plusieurs stimulations exogènes** : le portage avec un « l'arrière-fond indispensable... faisant exister l'espace oral comme zone d'échange et de contact » (Bullinger, 2008), la voix et les odeurs maternelles, « l'interpénétration du regard de la mère et de son enfant (les yeux dans les yeux) » (Haag, 2009), la chaleur du corps à corps. Des systèmes endomorphiques participent à l'homéostasie néonatale nécessaire au bon déroulement d'une tétée.

« PRINCIPAUX CADRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DE L'ORALITÉ » (Abadie, 2004)

Les principaux facteurs de risque de troubles de l'oralité sont la prématurité, la séparation précoce mère-enfant, la douleur, l'inconfort et les stimulations sensorielles désagréables de l'enfant (traumatismes de la sphère oro-faciale, alimentation par sonde, Menier et al, 2014), la privation d'expériences orales positives, le non-respect des rythmes de l'enfant (jour/nuit, faim/satiété, biberon ou mise au sein forcée), un frein de langue non diagnostiqué et non pris en charge, un reflux gastro-eosophagien.

Au moment de l'alimentation, l'enfant porte toute son attention sur les yeux de sa mère. Il ne regarde pas le sein ou le biberon mais les yeux et le visage de la personne le nourrissant. Il la dévore des yeux.

Le diagnostic d'un trouble de l'oralité sera évoqué devant des signes cliniques : un allaitement qui fonctionne mal (crevasses et engorgement persistants, stagnation pondérale, hypogalactie), des troubles de la succion (mauvaise étanchéité de la bouche au sein ou au biberon, mauvaise position au sein), des troubles de la succion-déglutition, de la coordination entre la ventilation et la déglutition (fausse-route), un réflexe nauséux et plus tard devant des troubles de l'alimentation (refus alimentaire, inapétence, lenteur...), de la diversification, du langage, réflexe de toux persistant (déclenché par fausse route), (Abadie, 2004).

QUELLES PROPOSITIONS EN PRATIQUE ?

Les pistes proposées pour accompagner l'oralité du nouveau-né peuvent être :

- Protéger la rencontre entre la mère et l'enfant (Dageville, 2011).
- **Favoriser la proximité mère-enfant et différer les soins de routine** (Widström et coll., 2011). Le **peau à peau** favorise l'attachement entre la mère et le nouveau-né, ce qui entraîne la libération d'ocytocine, stimule la tête précoce, participe à la bonne mise en place de l'allaitement maternel ou artificiel et « **retentit positivement sur la physiologie maternelle et les processus d'attachement enfant-parents** » et le sentiment de « mère suffisamment bonne », concept émis par Winnicott.
- Lutter contre les facteurs de risque comme la séparation mère-enfant, l'hyperstimulation négative (remise en question des gestes intrusifs systématiques tels que l'aspiration, l'introduction de sonde) (Widstrom et coll., 1987), bains à la naissance à l'origine d'hypothermie et de perturbations olfactives.
- Solliciter les systèmes sensoriels les plus matures: système cutané, olfactif (Schaal et coll, 1981), gustatif, auditif, visuel (Auroux, 1974), réflexes archaïques ou réflexes néonatals primaires comme le sourire, le grasping, le réflexe de reptation, de fousissement, de succion (favoriser le lapement en utilisant des dispositifs d'aides à la lactation comme le doigt paille) qui sont des comportements d'attachement et des comportements optimaux du nouveau-né (Colson, 2015).
- Savoir reconnaître les vulnérabilités de l'enfant et s'appuyer sur ses compétences (Colson, 2015).
- Respecter la **chaîne narrative** et s'adapter ainsi aux rythmes de l'enfant et favoriser le positionnement en enroulement qui va faciliter la motricité spontanée de l'enfant, (Menier, 2014).
- Stimuler/solliciter précocement la sensorialité: succion non nutritive au doigt, stimulation point par point, massages circulaires appuyés des joues puis péri-buccaux (Abadie, 2004, Menier et al, 2014).
- Favoriser les soins de développement individualisés (Menier et al, 2014).

- Favoriser et accompagner l'allaitement maternel.
- Établir un climat de confiance avec la mère permettant d'établir une sécurité physique et psychique.
- Soutenir le processus de parentalité en sachant reconnaître les compétences des mères (empowerment), en favorisant le nourrissage biologique et le maternage corporel: biological nurturing (Colson, 2015).

CONCLUSION

La sage-femme est au cœur de l'accompagnement de l'oralité du nouveau-né. La désobstruction des voies aériennes, l'aspiration gastrique, la séparation pour les soins de routine et le bain effectués avant le peau à peau peuvent perturber l'oralité des nouveau-nés d'autant plus s'ils sont vulnérables (accouchement dystocique, séparation mère-enfant).

Elle se doit :

- D'acquérir des compétences nécessaires à une prise en charge respectée de la parturiente et du nouveau-né dans le respect du soutien et/ou de la restauration des processus physiologiques de la naissance (Leboyer, 1974 et 1980), Odent (1982).
- De promouvoir une prise en charge globale et respectueuse en maternité (projet de naissance, recommandations HAS, 2005).
- De se sensibiliser à l'importance de l'oralité dans le développement de l'individu car « *la sphère orale est le lieu des premiers attachements* » (Bowlby, 1969) et de développer la réflexion sur le rôle des soignants vis-à-vis de l'importance du respect des rythmes de l'enfant.
- De diagnostiquer et de dépister les troubles précoces de l'oralité chez le nouveau-né à terme et prématuré (suction nutritive inefficace, mauvaise prise de poids, problèmes rencontrés pendant l'allaitement maternel et artificiel), de les prendre en charge en utilisant des approches préventives précoces (sollicitations plurisensorielles) adaptées aux troubles de l'oralité de l'enfant.
- D'accompagner les parents et les sensibiliser à l'évolution de l'oralité de leur enfant.
- De connaître et reconnaître les compétences pluridisciplinaires des professionnels de la périnatalité.
- D'initier et d'entretenir un travail collaboratif entre ces professionnels autour de l'oralité.
- De respecter l'oralité du nouveau-né s'inscrit dans le concept de bientraitance décrit par Danielle Rapoport.

« *Mais maintenant que nous sommes en possession de ces connaissances, il va nous falloir en tenir compte. Il ne s'agit pas de "psychologiser" l'accouchement et la naissance, mais au moins (primum non nocere) de respecter les interactions autour de la naissance. Ce qui implique de repenser scientifiquement certains usages, et par exemple réduire le plus possible les séparations néonatales en Maternité, en s'efforçant de déterminer celles qui ne sont pas réellement utiles, et aménager, humaniser, ces séparations lorsqu'elles sont inévitables* ». (Cahier n° 1-2 : « *Naître... et ensuite?* » Rencontre pluridisciplinaire autour de la naissance imaginée et organisée par Étienne Herbinet, 1977). •

BIBLIOGRAPHIE

1. Arzoumanian A, Brenguier C. 2016. *La stimulation sensorielle du nouveau-né prématuré*. Cahiers de la puéricultrice (n° 295-53), p12-15
2. Audhuy A, 2014, *La place de l'oralité dans le développement psychique*, <http://www.enfant-different.org/alimentation/oralite-et-developpement-psychique>, consulté le 31 décembre 2017
3. ABADIE V. (2003), *Développement de l'oralité, Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (O. Goulet & M. Vidailhet Eds), Rueil- Malmaison, Douin p 2-5.
4. Abadie V. (2004). *Troubles de l'oralité du jeune enfant*, in *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, Rééducation orthophonique, n° 220, Paris, p 55-68
5. Abadie V, 2004. *L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant*. Archives de pédiatrie 11, p 603- 605
6. Bowlby J. *Attachement et perte*, volume I, Paris, Presses Universitaires de France, 1984
7. Bullinger A., Delion P. « *Editorial. Approche plurielle en psychomotricité* », Contraste 2008/1 (N° 28-29), p. 5-16. DOI 10.3917/cont.028.0005
8. Dageville C. *Protéger la rencontre entre la mère et son nouveau-né*. Ed. Spirale 2011 ; 3 (59), p 99-115.
9. Delfosse Marie-Jo et al, « *Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. État des lieux à trois ans et demi* », Devenir 2006/1 (Vol. 18), p. 23-35. DOI 10.3917/dev.061.0023
10. Doucet, S.; Soussignan, R.; Sagot, P.; Schaal, B. 2007. « *The "smellscape" of mother's breast : effects of odor masking and selective unmasking on neonatal arousal, oral and visual responses* », Developmental Psychobiology, 49, p. 129-138
11. Freud S, *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Ed. PUF, 1949
12. Grenier A. *La motricité libérée du nouveau-né*. Paris, Ed. Médecine et Hygiène, 2000.
13. Haag G., (1988), *Réflexions sur quelques jonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie*, Neuropsychiatrie de l'enfance 36 (1), p. 2
14. Haag G., (2009), *De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme*, Enfances et PSY 41, p. 16
15. Herbinet E, Busnel MC, https://les-cahiers-du-nn.weebly.com/uploads/3/5/3/5/3535814/l-aube_des_sens_ensemble_du_livre_v1.pdf, consulté le 31 décembre 2017
16. Hernandorena X. *À l'aube de la motricité*. Ed. Spirale 2011 ; 3 (59), p. 79-88
17. Kloeckner A, « *Modalités d'appropriation de l'approche sensorimotrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice* », Contraste 2011/1 (N° 34-35), p. 133-155. DOI 10.3917/cont.034.0133
18. Leboyer F. *Pour une naissance sans violence*. Ed. Seuil, 1980.
19. Menier I et al. 2014. *Prévention des troubles de l'oralité en réanimation pédiatrique : mise au point et expérience récente de l'hôpital Robert Debré*. Réanimation 23, p 445-454
20. Montagu A. *La peau et le toucher : un premier langage*, Ed. Seuil, 1979.
21. Odent M. *L'amour scientifié*. Ed. Jouvence, 2001
22. Schaal B. *À la recherche du temps gagné. Comment l'olfaction du fœtus anticipe l'adaptation du nouveau-né*. Ed. Spirale 2011 ; 3 (59) : 35-55.
23. Senez C. *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies congénitales et les encéphalopathies acquises*. Marseille, Ed. Solal, 2002.
24. Thibault C. *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Paris, Ed. Elsevier Masson, 2007.
25. Widstrom AM et al. *Gastric suction in healthy newborn infants*. Acta Paediatr Scand 1987 ; 76 : 566-572.
26. Widström, A.M. et coll. 2011. « *Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin : a possible method for enabling early self-regulation* », Acta Paediatr, 100, p. 79,85
27. Winnicott D.W. *Jeu et réalité*. Paris, Ed. Gallimard. Paris, 1971 Traduction française 1975
28. Winnicott D.W. *La mère suffisamment bonne*. 2006. Paris, Ed. Payot et Rivages, 2006.

Nébilia®



L'équilibre nutritionnel de Bébé au quotidien



**SANS HUILE
DE PALME**

Enrichi en bifidus

Enrichi en oméga 3 et 6

Convient aussi en relais
ou complément de
l'allaitement maternel



Fabriqué en
FRANCE



Matilia & Nébilia

www.nebilia.fr