

DE L'ACTIVITÉ DE SUCCION AUX DIFFICULTÉS DE CONSTITUTION DE L'AXE CORPOREL : TROUBLES SENSORIMOTEURS DE L'ENFANT POLYHANDICAPÉ

Thierry ROFIDAL, médecin auprès d'enfants et d'adultes polyhandicapés
novembre 2020

Mots-clés : axe corporel, flux sensoriels, succion, oralité de l'enfant polyhandicapé.

L'activité de succion est expérimentée pendant la vie fœtale (Lecanuet, 2007). Le bébé naît avec des compétences motrices (aptitudes motrices bucco-faciales innées) qui lui permettent de s'alimenter dès sa naissance. Pendant sa première année, de nombreuses expériences avec sa bouche et ses mains, alimentaires ou non, le conduisent à prendre progressivement le contrôle de sa motricité bucco-faciale (Le Métayer, 1995). Ainsi, il parvient en 18 à 24 mois, à manger plus ou moins seul.

Mais cette « autonomie » pour s'alimenter n'est pas le seul enjeu de l'élaboration de la motricité. Ce long cheminement dans l'apprentissage permet également au bébé de constituer sa fonction proprioceptive* et d'organiser ses échanges avec le monde environnant.

La tétée et la position du corps

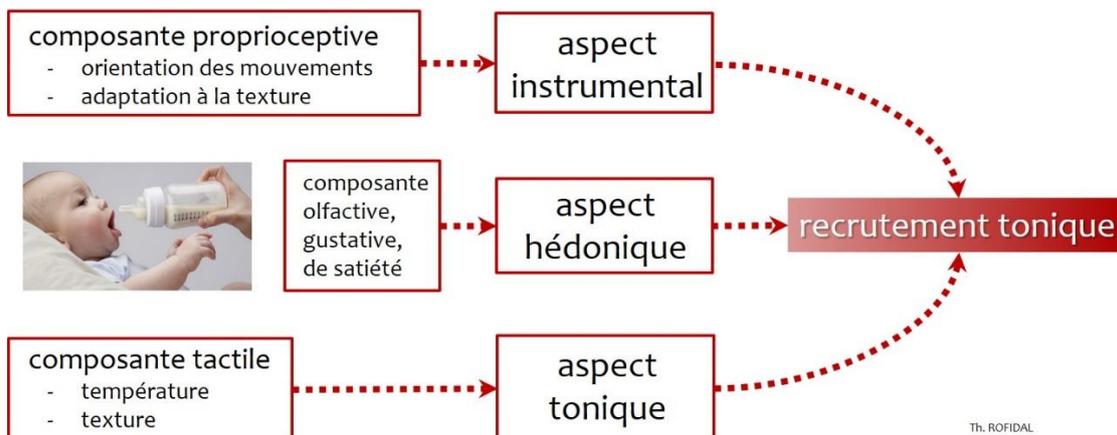
Lors de la tétée, l'enfant met en œuvre une activité orale de succion qui mobilise une aptitude motrice innée d'exploration et de capture amenant le tronc, la tête et la bouche vers le sein ou le biberon. Cette posture est ajustée et maintenue pendant toute la durée de cette tétée par trois composantes.

- Une composante proprioceptive adapte les mouvements des lèvres et de la langue en recueillant, d'une part, les informations « tactiles épicrotiques* » et d'autre part, les informations sensibles profondes (Rofidal, 2019). Les premières renseignent sur la forme, la taille et la texture de la tétine ou du mamelon ; cette sensibilité superficielle fine (toucher, pression, vibrations) a un rôle de discrimination. Les secondes signalent la position et les mouvements de la bouche et du mamelon ; ce tact dit grossier a un rôle d'alerte. Cette composante proprioceptive représente l'aspect instrumental de l'activité.
- Une composante tactile plus archaïque traite des caractéristiques qualitatives des stimulations (température, texture) et module le tonus musculaire du bébé lui permettant d'ajuster la position de son cou, de son dos, de ses membres. C'est l'aspect tonique de l'activité.

Une composante sensorielle plus globale comprenant, d'une part, des informations provenant du lait (sensations olfactives et gustatives) et d'autre part, des informations émanant du corps du bébé (sensation de satiété, plénitude) influence le rythme de la tétée et l'harmonie de l'ensemble des mouvements. C'est l'aspect hédonique de l'activité.

* Chaque astérisque renvoie au lexique page 7

L'équilibre entre ces trois composantes (instrumentale, tonique et hédonique) permet un recrutement tonique adéquat : le cou en flexion, les mains jointes sur le biberon et le regard dirigé vers les mains.

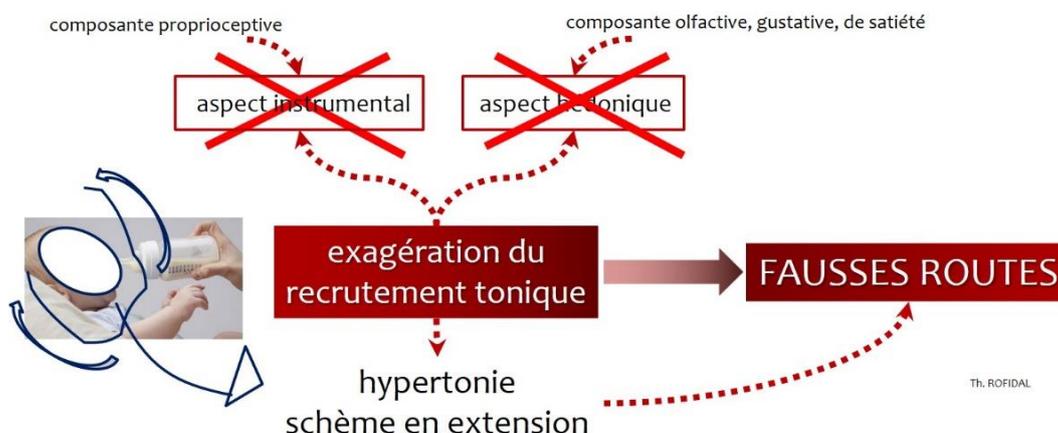


1. Activité de succion et recrutement tonique

Les difficultés de l'enfant polyhandicapé

L'équilibre de ce recrutement tonique est fragile. Chez tout bébé, un aliment trop chaud provoque un mouvement de retrait, un sursaut. Chez le bébé polyhandicapé, cet équilibre est très précaire. La pesanteur qui s'exerce sur son corps exagère le recrutement tonique et peut provoquer une extension de tout l'axe de son corps, en particulier de son cou. Les informations sensorielles tactiles, olfactives, gustatives sont parfois mal transmises au cerveau (hyposensibilité), ce qui gêne l'ajustement de la bouche. Dans certains cas, c'est l'inverse (hypersensibilité), le contact de la tétine ou du mamelon, la température de l'aliment ou son goût perturbent la régulation de la posture. D'autres informations sensorielles en provenance du corps (douleurs digestives ou articulaires, inconfort de la position du corps dans les bras de la mère) peuvent aggraver cette régulation.

Ce déséquilibre provoque souvent une exagération du recrutement tonique entraînant un schème* en extension. L'ensemble de l'axe du corps (colonne vertébrale) est en hyperextension. La tête du bébé est entraînée en arrière, le regard n'est plus dirigé vers les mains, le cou en extension favorise les fausses routes.



2. Déséquilibre du recrutement tonique chez le bébé polyhandicapé

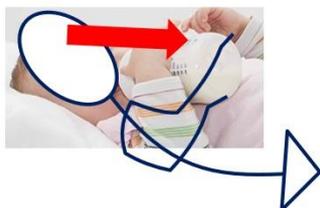
Les conséquences de l'exagération du recrutement tonique

Les travaux d'André Bullinger (Bullinger, 1998, 2006) nous expliquent comment l'activité de succion participe à la régulation tonico-posturale.

- Une coordination entre les plans postérieur et antérieur du corps permet un équilibre entre la flexion et l'extension du tronc.
- Une coordination entre l'hémicorps gauche et l'hémicorps droit relayée par la bouche crée une espace de préhension devant l'enfant
- Une coordination entre le haut et le bas du corps rend possible l'utilisation des membres inférieurs pour explorer l'environnement, puis pour soutenir le corps et enfin se déplacer.

Ces travaux permettent également de mieux comprendre les conséquences de l'exagération du recrutement tonique sur le développement psychomoteur de l'enfant. Les conséquences immédiates sont connues : en raison d'un recrutement tonique inadapté, l'aspect instrumental et l'aspect hédonique de l'activité de succion est médiocre voire impossible ; l'hyperextension globale du rachis et en particulier du cou gêne l'ascension du larynx lors de la déglutition et favorise les fausses routes.

recrutement tonique adéquat



- + cou en flexion
- + mains jointes sur le biberon
- + regard dirigé vers les mains

exagération du recrutement tonique



- cou en extension
- hyperextension axiale
- regard non dirigé vers les mains

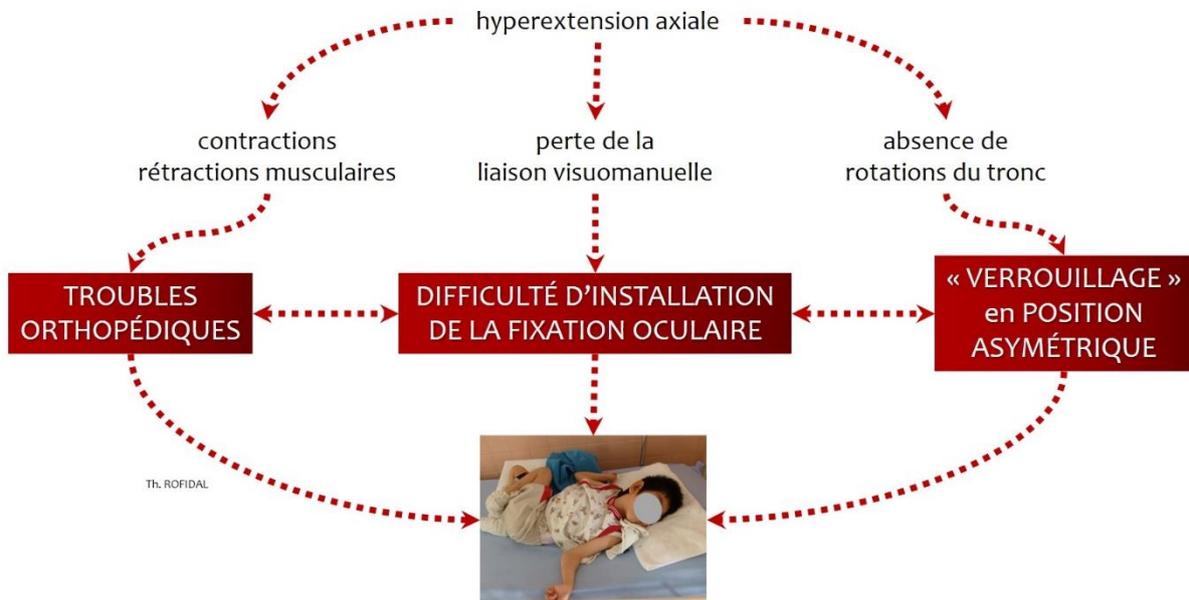
Th. ROFIDAL

3. Conséquences de l'exagération du recrutement tonique

L'exagération du recrutement tonique a donc pour conséquence une hypertonie permanente (facteur B) plus ou moins importante mais s'accompagnant d'une hyperextension axiale, d'une raideur des membres, parfois asymétrique entravant la tenue dans les bras de la mère, puis la station assise. Cette hypertonie est soumise à des renforcements souvent explosifs lors de stimulus de l'environnement (facteur E) : bruits, lumières...

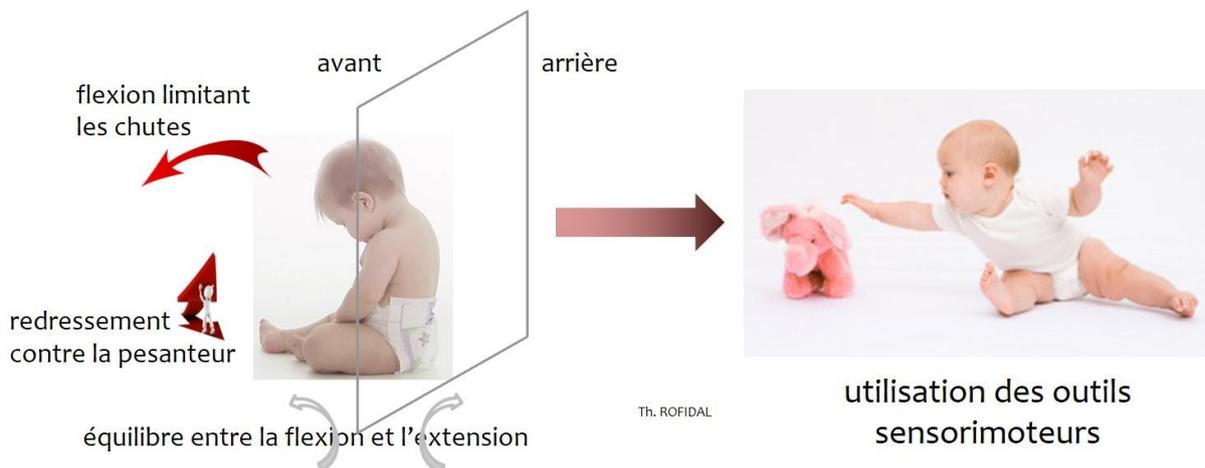
Cette exagération du tonus musculaire provoque des contractions puis des rétractions avec leur cortège de troubles orthopédiques (déformations, enraidissement, luxations, scoliose) parfois très précoces dans la vie de l'enfant mais soumis à une aggravation sévère au moment de la poussée de croissance à l'adolescence.

Elle s'accompagne également d'une perte de la liaison visuomanuelle, donc d'une difficulté d'installation de la fixation, puis de la poursuite oculaire. Enfin, une absence de rotations du tronc provoque un verrouillage en position asymétrique. Ces enfants recherchent souvent un appui postérieur contre une paroi ou s'agrippent à autrui ou aux objets.



4. Conséquences de l'hyperextension axiale

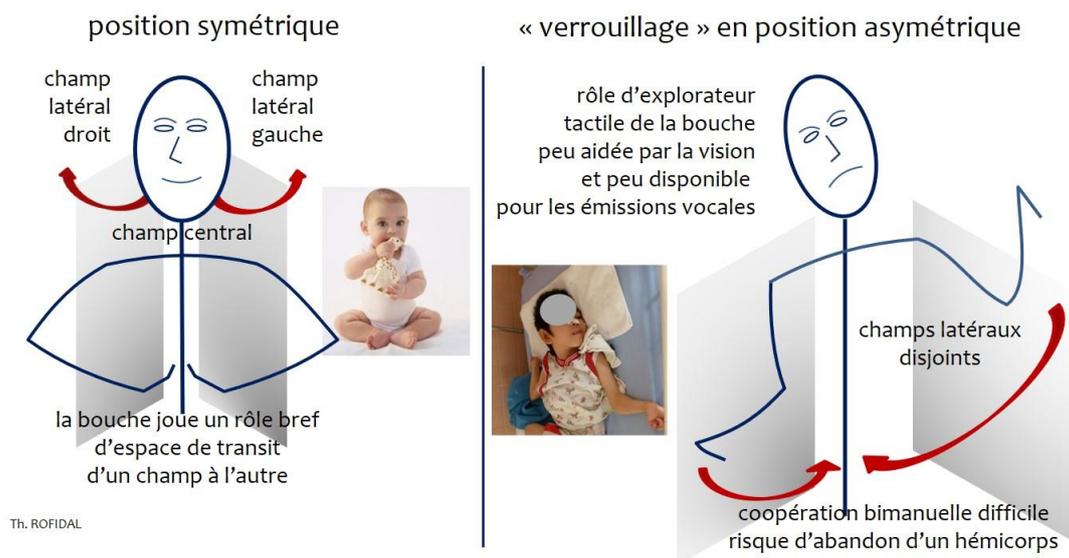
La constitution de l'axe corporel, grâce à l'équilibre entre la flexion et l'extension du tronc sur le bassin permet à l'enfant d'utiliser ses outils sensorimoteurs (yeux, mains, bouche, oreilles) et de partir à la découverte du monde environnant.



5. Constitution de l'axe corporel

Lorsque cette constitution de l'axe du corps est menacée par la mauvaise coordination des muscles de la flexion et de l'extension du tronc, la posture de l'enfant a tendance à se verrouiller en position asymétrique entravant la coopération entre la main gauche et la main droite avec son indispensable relais par la bouche.

Par son rôle d'espace de transit d'un champ latéral à l'autre, la bouche permet à l'enfant d'unifier devant lui un espace de préhension facilitant un rôle dissocié de ses deux mains. Lorsque le corps de l'enfant polyhandicapé se verrouille en position asymétrique, le rôle d'exploration de la bouche est mal aidé par la vision (perte de la liaison visuo-manuelle, mauvaise fixation et poursuite oculaire) et les champs latéraux droit et gauche restent disjoints. Ces enfants ont tendance à stimuler de façon exagérée leur zone orale (autostimulation par les doigts ou les mains dans la bouche, conduites alimentaires boulimiques, rétention d'aliments dans la bouche, pica*, mérycisme*...). Ils ont parfois tendance à abandonner un hémicorps, désinvestissant ainsi leurs conduites instrumentales.



6. Verrouillage en position asymétrique

Ensuite, la coordination entre le haut et le bas du corps est compromise, tant dans le rôle d'exploration des pieds dans les premiers mois que dans la station debout et la marche à la fin de la première année. Ces enfants souffrent parfois de graves et précoces troubles orthopédiques (rachis, hanches, genoux, pieds) ou « abandonnent » leurs membres inférieurs en raison de leurs difficultés de perception des signaux somesthésiques* reçus.



7. Troubles de la coordination entre le haut et le bas du corps

Les difficultés ou incapacités de déplacement qui en découlent nuisent à la découverte du monde extérieur et les isolent dans le repli. À plus long terme, la difficulté de maîtrise de l'espace oral entrave la distinction par le bébé du dedans et du dehors, ce qui compromet sa contenance et la perception de son unité corporelle et s'exprime parfois par des troubles de la relation à l'aliment (refus de manger, conduites boulimiques). Cette fragilité de l'enveloppe corporelle se manifeste plus tard par des autostimulations parfois violentes de la face et de la bouche, des angoisses au déshabillage, à la sortie du bain, au séchage ou au coiffage des cheveux, jusqu'aux difficultés de franchir un seuil, une porte, un changement de couleur du sol.

constitution de l'axe corporel déficiente



troubles de la marche



position asymétrique



troubles orthopédiques



fragilité de l'enveloppe corporelle



déficiences des conduites instrumentales



Th. ROFIDAL

8. Conséquences de la déficience de l'axe corporel

Conclusion

Les travaux d'André Bullinger montrent l'importance de l'accompagnement précoce de l'enfant polyhandicapé mais aussi comment une meilleure compréhension de ce qui conditionne ses difficultés de développement aide l'observation et l'interprétation de ses comportements.

Ainsi, aidants, soignants, éducateurs et rééducateurs peuvent se détourner de leur désarroi face à des troubles souvent qualifiés d'envahissants et reprendre un cheminement humble et patient avec l'enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BULLINGER A. La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, n°1, 1998. pp. 27-35
- BULLINGER A., Le dialogue sensorimoteur avec l'enfant, les particularités du bébé à risque autistique, in DELION P. *Les bébés à risque autistique*, 1001 BB, pp. 65-77, 1998. Ed. Erès
- BULLINGER - Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste* 2006-2 n° 25, pp. 125-139
- LECANUET J. P., Des rafales et des pauses, les suctions prénatales. *SPIRALE* 2007-4 n° 44, 21-32, Ed. Erès
- LE METAYER M., Rééducation de la motricité bucco-faciale. *Motricité Cérébrale*, 1995, 16, 41-68
- ROFIDAL T., Modalités physiologiques et psychologiques du toucher, impact de la qualité du toucher dans les soins et les activités de la vie quotidienne chez la personne en situation de handicap sévère, 2019 – www.atelierdespratiques.fr/formateurs/thierry-rofidal
-

LEXIQUE

- épicrotique (tact) : perception des stimulations sensibles tactiles les plus subtiles.
- mérocisme : rumination, besoin incontrôlable de rappeler dans la bouche des aliments que l'on vient d'avalier.
- pica : trouble du comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion durable de substances non nutritives et non comestibles.
- proprioception : perception des différentes parties du corps et de leur position dans l'espace.
- schème (moteur) : posture globale du corps, par analogie au schème sensori-moteur selon Piaget, « structure ou organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues ».
- somesthésie : ensemble des sensations qu'un être humain peut ressentir dans toutes les parties, externes ou internes, de son corps.