

### **Anorexie petite enfance et soins hospitaliers**

Il s'agit du cas clinique d'un enfant de trois ans et demi qui refuse de manger. Il arrive au service de neuropsychiatrie infantile du territoire, où je travaille comme thérapeute de la psychomotricité, directement à partir du service de pédiatrie de l'hôpital. Il dispose d'une sonde naso-gastrique pour l'alimentation. Son corps crie « à l'aide ! », mais il n'y a aucune possibilité de symboliser, de métaphoriser, de «mettre des mots».

Il est nécessaire de revenir aux traces psychiques engrammées dans le corps pour permettre à François (nous l'appellerons comme-ça) de se reconnecter à son monde affectif et émotionnel, à sa relation primaire, à la possibilité de « représenter », en abandonnant ses aspects dépressifs. La thérapie accompagne François dans ce voyage difficile pour donner une forme et un récit à sa profonde histoire d'angoisse.

**Myriam BIANCHI**

[mbianchi@ulss20.verona.it](mailto:mbianchi@ulss20.verona.it)

**Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile U.L.S.S 20 di Verona**

### **Bébés prématurés, bébés avec fentes, impact des difficultés alimentaires**

Dans les situations de bébés nés prématurément, ou avec une malformation touchant la zone orale, il y a un effet de dystimulation orale au cours des soins, des difficultés alimentaires et un impact affectif important sur la relation parent-bébé. Lorsque l'enfant est malade, les parents sont angoissés, et peuvent avoir un investissement compliqué de l'enfant. De manière générale une relation harmonieuse autour de l'alimentation rassure les parents sur leur rôle auprès de l'enfant. Ils peuvent donner et transmettre quelque chose de très personnel à l'enfant. On sait au travers de toutes les difficultés parent-bébé au moment du sevrage à quel point l'alimentation peut jouer un rôle central dans la construction de cette relation, permettre une différenciation progressive du bébé et soutenir la construction de son enveloppe corporelle.

La dimension sensorielle, motrice dans l'interaction précoce, comme la rythmicité des échanges, jouent un rôle régulateur fondamental. Lorsque des difficultés alimentaires importantes sont présentes, elles interfèrent avec toutes ces dimensions, l'investissement du lien, et le devenir de l'enfant. Seront discutés les interventions auprès de ces bébés et leurs parents pendant l'hospitalisation,

qui touchent à la fois au lien affectif, mais aussi à la qualité des soins dans le sens d'une prise en compte de la difficulté sensori-motrice liée à la zone orale.

**Josée DESPARS-PITTET**  
josee.despars@chuv.ch

**Carole MULLER-NIX**  
carole-muller-nix@chuv.ch

**Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse**

# Symposium 6

## Enjeux de l'oralité dans le développement

Présidente : Manoëlle Descamps

### L'oralité à la carte

L'oralité regroupe toutes les fonctions dévolues à la sphère oro-faciale dont la bouche est l'organe clé. C'est à travers la fonction orale, et plus particulièrement avec sa bouche que le bébé explore le monde. Il s'agit d'une fonction fondamentale, complexe, archaïque et fondatrice de l'être.

Au Relais Médical, nous accueillons des enfants de 0 à 18 ans qui présentent le plus souvent une maladie chronique. Nous avons choisi de partager notre pratique avec des enfants hospitalisés dès la naissance et présentant des troubles de l'oralité. Nous développerons les ateliers «tables d'oralité» mis en place par la logopède et la diététicienne visant à découvrir une cavité buccale parfois déniée, à ne plus avoir d'aversion quand la sphère orale est sollicitée, et à trouver du plaisir à jouer avec sa bouche pour ensuite trouver du plaisir à s'alimenter.

Dans ces situations, très vite des enjeux relationnels (ré)apparaissent autour de l'alimentation que ce soit avec les parents ou avec les soignants. Cette clinique spécifique nous bouscule et les réflexions en équipe s'imposent pour se distancier des enjeux relationnels présents et pour réfléchir à notre travail en équipe. Nous vous démontrerons que cette clinique demande une vision globale de la prise en charge de l'enfant ce qui nous conduit à travailler en veillant à ne pas exclusivement focaliser l'attention sur cette cavité médiatrice entre le dehors et le dedans qu'est la bouche.

**Florence FONTAINE**

florencefontaine@clairsvallons.be  
logopède

**Sabine MICHIELS**

psychomotricienne relationnelle

**Katia GIERTS**

diététicienne

**Centre Médical Clairs Vallons**  
unité du Relais Médical, Ottignies

**Mots clés:** oralité-atelier-maladie chronique

### **Le vomissement, essai de discrimination psychique chez un enfant de 4 ans**

Igor un enfant de 4 ans que nous connaissons lors de son hospitalisation dans le service de pédiatrie, car il vomit continuellement, presque à chaque repas. Il est hospitalisé pour un état de déshydratation peu grave. Sa mère et son père sont très fixés sur son symptôme physique et la dimension psychologique du trouble est complètement peu abordable. Le travail durant l'hospitalisation et ensuite avec un dispositif ambulatoire hebdomadaire, incluant un espace de thérapie individuelle pour Igor, un espace thérapeutique en parallèle de deux psychothérapeutes avec les parents, qui inclut de la vidéo intervention des relations parents enfant à la maison, permet le travail institutionnel de l'équipe thérapeutique, Le noyau du conflit de cet enfant et de ses parents, perçu après coup après un an et demi de traitement, s'est montré en rapport avec un télescopage de deuils évolutifs des différents membres de la famille : la mère avait un lien d'attachement et relationnel activé avec son père, mort il y avait un an, l'enfant était en lien aussi avec ce personnage non vivant.

Cet enfant de 4 ans n'avait pas des troubles psychologiques graves et était en plein deuil des rapports dépendant et précoces par rapport à sa mère et en désir de développer ses identifications positives à son père. La mère avait un lien antidépressif avec l'enfant et l'enfermait dans une relation peu différenciée. Les parents présentaient des névroses de caractère, dont les défenses

étaient plutôt comportementales. L'enfant avait un fonctionnement plus mentalisé que les parents mais il n'avait la force psychologique d'entamer le processus de discrimination tout seul. De ce fait, le symptôme de vomissements, joue la fonction de séparer son corps du contrôle parental, donc de se discriminer, et à la fois de faire vivre à ses parents l'expérience de son impuissance par rapport à la vie et son expérience infantile, en fait il lui était impossible de faire le deuil des projections narcissiques précoces et se confronter aux limites de la réalité, donc la castration symbolique. Nous réfléchissons sur cet avatar de développement progressif malgré que le conflit était exprimé au départ de façon non symbolisé et très archaïque au niveau du corps.

**M. IBÁÑEZ  
J. SANCHEZ  
M. FERRO**

**service de Pédopsychiatrie, hôpital Saint Jean  
de Dieu, Université de Barcelone**