UNIVERSITE DE BORDEAUX
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Encore & au Corps :
Approche psychomotrice des stéréotypies gestuelles chez les enfants atteints de troubles envahissants du développement

MOURGUES Camille
Née le 18 Juillet 1992 à Agen (47)

- Juin 2014 -

UNIVERSITE DE BORDEAUX
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Encore & au Corps :
Approche psychomotrice des stéréotypies gestuelles chez les enfants atteints de troubles envahissants du développement

MOURGUES Camille
Née le 18 Juillet 1992 à Agen (47)

- Juin 2014 -

Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier Chantal Lanouhe, mon maître de stage et superviseur de mémoire pour le partage de son expérience et de son savoir tout au long de l'année.
Sa bienveillance et sa disponibilité ont été une aide précieuse pour la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je remercie également Nathalie Delmas et Sandra Lacquière, ainsi que tous mes maîtres de stage, pour leur patience, leur confiance et leurs conseils qui m'ont permis d'évoluer dans la pratique de notre métier.

Evidemment, mille mercis à ma famille et mes amis pour leur présence.
Merci d'être toujours là et de me supporter à chaque nouvelle étape.
Merci pour votre soutien dans chacun de mes choix.

A vous, mes camarades de classe, avec qui j'ai vécu trois années inoubliables de partage et de cohésion.
Mention spéciale à mes copines, le club des cinq, sans qui cette formation n'aurait pas été aussi intense, magique et épanouissante.

Enfin, à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce que je suis devenue aujourd'hui.

Merci.

Sommaire

Avant-propos 5

Introduction 6

PARTIE THEORIQUE 8

I LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT (TED) 9

1) Définition et classifications 9

2) Epidémiologie 13

3) Etiologies 14

4) Développement psychomoteur de l'enfant avec TED 18

II LES STEREOTYPIES GESTUELLES 23

A – Généralités 23

1) Définitions 23

2) Hypothèses 24

3) Différentes formes 26

4) Fonctions des stéréotypies 28

B – Du « normal au pathologique » 31

1) Origine et développement des stéréotypies gestuelles chez l'enfant 31

2) Les stéréotypies comme signes cliniques d'une pathologie 32

C – Retentissement des stéréotypies gestuelles au niveau psychomoteur 34

1) Au niveau moteur 34

2) Par rapport à l'espace et au temps 36

3) Au niveau relationnel 37

III PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE DES STEREOTYPIES 39

1) Réflexion 39

2) Pourquoi agir ? 40

3) Comment agir ? 41

PARTIE CLINIQUE 45

I PRESENTATION DE L'INSTITUTION 46

1) Fonctionnement général 46

2) Equipe soignante 47

3) Public accueilli 47

4) Rôle du psychomotricien 48

II ETUDES DE CAS 50

A – Noahm 50

1) Présentation & Anamnèse 50

2) Diagnostic 51

3) Vie au sein de l'hôpital de jour 51

4) Bilan psychomoteur & projet thérapeutique 52

5) La rencontre 53

6) Description des stéréotypies gestuelles 53

7) Influence des stéréotypies et prise en soin 55

8) Conclusion 61

B – Gaby 62

1) Présentation et anamnèse 62

2) Admission à l'hôpital de Jour 62

3) Vie au sein de l'hôpital de jour 63

4) Bilan psychomoteur et projet thérapeutique 64

5) Description des stéréotypies gestuelles 65

6) Prise en soin en psychomotricité 66

7) Evolution 68

8) Conclusion 70

III DISCUSSION 71

CONCLUSION GENERALE 73

BIBLIOGRAPHIE 75

ANNEXES 77

« En effet, un enfant autiste est dans la situation de ne pouvoir communiquer avec autrui que, la plupart du temps, par des signes qui ne sont pas articulables dans un langage accessible (en paroles).
Et pourtant, notre idée est que cet enfant a quelque chose à communiquer, quelque chose à dire, ne serait-ce qu'au sujet de ses angoisses, dont nous avons vu qu'elles le submergeaient au point de mettre sa vie psychique en jeu.

Son système de « langage » utilise donc ce qui est disponible pour lui dans ces moments de débordements par l'angoisse, son corps.
La structure est donc la suivante : un enfant communique ses angoisses et les défenses qu'il met en place contre elles par les « moyens du corps ».

Si personne ne se trouve dans la position d'être là pour en « faire » quelque chose qui tienne lieu pour l'enfant, sinon de réponse, au moins de signes de réception du message, cet enfant va rapidement s'enfoncer dans un état qui prend acte d'un monde sans réponse, et donc sans communication possible. [1]

[1] DELION P. - L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique, Presses universitaires de France, 2000 P 91.

Introduction

En dernière année d'étude de psychomotricité, après avoir découvert la richesse de notre métier à travers plusieurs lieux de stages : en crèche, en école maternelle, en établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et en centre médico-psychologique (CMP), il était essentiel pour moi d'effectuer un stage en pédopsychiatrie.

Au fil du temps, la pédopsychiatrie est devenue une discipline à part entière qui est en constante évolution grâce aux recherches effectuées. Cependant, elle connaît encore de nombreuses difficultés dans certains domaines comme par exemple au niveau du repérage des troubles ou encore au niveau de la formation des professionnels.
En effet, de nos jours, les professionnels ne sont plus spécialisés en psychiatrie comme cela existait auparavant.
Nous mêmes psychomotriciens sommes formés à la psychiatrie de façon globale, sans vraiment approfondir le sujet.

Il faut, je pense, pouvoir expérimenter les choses pour les découvrir, les connaître, les comprendre et se les approprier.
Ainsi, voulant me faire ma propre idée de ce milieu, j'ai effectué un stage dans un hôpital de jour pour enfants et je m'appuierai sur celui-ci dans mon mémoire.

A mon arrivée sur ce nouveau lieu de stage, j'ai été immédiatement interpellée par les mouvements anormaux, répétitifs et prédominants que présentaient la plupart des enfants présents.
J'ai aussi rapidement remarqué la variabilité de ces mouvements, chaque enfant présentait sa propre « panoplie » qu'il s'emblait s'être parfaitement approprié.
Ces gestes, appelés communément « stéréotypies », sont des parakinésies qui occasionnent une gêne importante, tant pour la plupart des enfants que pour les professionnels.
Je me suis sentie moi-même envahie, submergée, ne sachant plus où regarder, ni quoi faire face à cela.

Ainsi, suite à des questionnements de plus en plus nombreux sur les stéréotypies, j'ai décidé d'en faire le sujet de recherche de mon mémoire.
Je me suis intéressée seulement aux stéréotypies gestuelles car je n'ai été confrontée que rarement aux stéréotypies verbales.

Il était alors question pour moi de savoir dans un premier temps pourquoi ces enfants effectuent ces gestes ? Quelles sont leurs fonctions ? Quelles sont leurs significations et que peuvent-elles m'apprendre sur eux ?
Puis dans un second temps je me suis interrogée sur ce que moi en tant que future psychomotricienne je pouvais en faire ? Faut-il agir dessus ? Si oui, dans quel sens et dans quel but ?

Avant de pouvoir répondre à cela, il m'était indispensable de pouvoir cerner les pathologies auxquelles j'étais confrontée.
La plupart des enfants présents dans l'institution présentent un trouble envahissant du développement qu'il soit défini ou catégorisé comme « autre ».
En effet, les troubles envahissants du développement sont un groupe de troubles très larges qui s'expriment avec une importante variabilité.
J'ai pu constater cette disparité de l'expression clinique dès les premiers jours : aucun des enfants ne présente les mêmes symptômes, chacun parait avoir établi un mode de fonctionnement qui lui est propre.

Je tenterai donc à travers ce mémoire de savoir si la psychomotricité, de part sa spécificité, doit agir et par quels moyens elle le peut, sur les stéréotypies gestuelles que présentent ces enfants ?

Pour cela, je présenterai dans une première partie les Troubles Envahissants du Développement et leur retentissement sur le développement psychomoteur.
Puis dans un second temps j'essaierai de comprendre ce que sont les stéréotypies gestuelles et quel est leur rôle pour définir ce qu'elles impliquent dans le fonctionnement de l'enfant.
Ensuite, nous verrons quelle est l'approche spécifique du psychomotricien face à cela.
Ma réflexion sera appuyée par une partie clinique où je présenterai l'institution dans laquelle j'ai fait mon stage ainsi que deux enfants suivis en psychomotricité tout au long de l'année.

PARTIE THEORIQUE

I LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT (TED)

1) Définition et classifications

Les troubles envahissants du développement (TED), représentent un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication. Ils décrivent aussi un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

Ces symptômes sont présents chez toutes personnes présentant un TED mais il est cependant *« indispensable de rappeler la grande hétérogénéité des profils au regard de l'intensité des troubles, de la présence éventuelle d'une déficience intellectuelle et de son degré, des troubles sensoriels ainsi que des pathologies associées. »* [2]

Chaque enfant porteur d'un trouble envahissant du développement présente donc :

- une altération qualitative des interactions sociales réciproques
- une altération des modalités de communication
- un répertoire d'intérêt et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif

Mais chacune de ces trois catégories s'exprime à des degrés et avec des intensités variables.

Les TED sont définis selon diverses classifications :

- La quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV-TR), publié par la société américaine de psychiatrie (APA).

Il faut noter la récente publication de la cinquième édition du DSM qui renomme les TED en Troubles du spectre autistique (TSA).

[2] **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles**- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autre trouble envahissant du développement-
Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) _ 2010

- La dixième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

- La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée en 2000 (CFTMEA).

Ces classifications tentent de constituer des groupes de patients analogues (et non pas homogènes).

On remarque des variations, notamment de dénomination des troubles entre ces différentes classifications.
Nous nous appuierons sur la Classification internationale des maladies conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour définir les différentes catégories répertoriées dans les TED.
La HAS s'appuie sur la CIM 10 afin d'homogénéiser la dénomination, l'appellation de ces pathologies et que les particuliers comme les professionnels puissent s'y reconnaître.

<u>Huit catégories de TED sont identifiées dans la CIM-10 :</u>

_ F84.0 Autisme infantile
_ F84.1 Autisme atypique (en raison de l'âge de survenue, de la symptomatologie ou des deux ensembles)
_ F84.2 Syndrome de Rett
_ F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance
_ F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
_ F84.5 Syndrome d'Asperger
_ F84.8 Autres troubles envahissants du développement
_ F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision

Le diagnostic des TED est clinique, il se base sur l'observation d'un faisceau d'arguments clinique ainsi que sur les éléments du développement rapportés par les parents. Il n'existe pas à ce jour de marqueur biologique connu afin d'identifier les TED.

Les enfants que je rencontre au cours de mon stage sont atteints pour la plupart de troubles envahissants du développement, j'ai choisi de présenter deux d'entre eux en étude de cas.
Le premier est diagnostiqué « autre trouble envahissant du développement » et l'on ne trouve pas de renseignements précis concernant les manifestations spécifiques ou les différences que présentent ces enfants par rapport aux autres enfants porteurs de ce trouble. Cette catégorie de TED est d'ailleurs souvent représentée comme catégorie « fourre-tout » au vu de l'hétérogénéité qu'elle présente. On attribue souvent ce diagnostic à des enfants qui montrent certains signes d'autisme mais qui ne présentent pas tous les critères spécifiques des TED.
En revanche, le deuxième enfant est porteur d'autisme infantile.

Cette catégorie est l'une des mieux connue et définie des TED. J'en présenterai ci-après les caractéristiques qui m'ont permis entre autre de mieux appréhender cet enfant.

Autisme infantile selon la CIM 10 :

L'autisme infantile est défini par la présence d'anomalies ou d'altérations du développement avant l'âge de 3 ans dans au moins un des 3 domaines suivants :

♦ Au niveau du langage (réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale

♦ Au niveau du développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques

♦ Au niveau du jeu fonctionnel ou symbolique

De plus, le diagnostic d'autisme infantile est déterminé si au moins six symptômes du tableau 1 (ci-après) sont présents avec au moins deux symptômes du domaine des interactions sociales, un symptôme du domaine de la communication et un symptôme du domaine des intérêts restreints et stéréotypés.

Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques	**Altérations qualitatives de la communication**	**Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités**
Absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales	Retard ou absence totale de développement du langage oral, sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique	Préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu, leur focalisation, leur intensité ou leur caractère limité
Incapacité à développer des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions	Incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes	Adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques non fonctionnels
Manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui	Usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases	Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps
Ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts ou ses succès avec d'autres personnes	Absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale	Préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux

Tableau 1 : critères diagnostiques de la CIM 10 pour l'autisme infantile

Nous verrons dans la partie clinique que l'enfant rencontré porteur d'autisme infantile présente de nombreux traits composants ce tableau clinique.

Enfin, nous avons vu que les classifications sont amenées à être réévaluées et modifiées régulièrement en fonction de l'évolution du trouble et du constat épidémiologique présenté ci-après.

2) Epidémiologie

Les TED ont longtemps été considérés comme rares, cependant leur taux de prévalence[3] actuel selon l'HAS (2009) est de 6 à 7 pour mille personnes de moins de 20 ans.
Pour l'autisme infantile, elle est de 2 pour mille personnes de moins de 20 ans.
L'autisme infantile est donc une des pathologies la plus rencontrée par rapport aux autres qui composent ce groupe de troubles.

On constate ces dernières années une forte augmentation de ce taux qui peut être expliqué par diverses causes :

- le diagnostic se fait plus précocement
- les professionnels et la population sont plus sensibilisés
- les critères diagnostiques ont évolué

Ceci permet donc une prise en charge plus précoce et mieux adaptée du trouble, bien qu'il reste encore de nombreuses zones d'ombres.

Le taux de prévalence varie en fonction du sexe, en effet, le sex ratio est de quatre garçons pour une fille.
C'est un constat que j'ai rapidement vérifié sur mon lieu de stage puisqu'on compte 5 filles dans la structure pour 25 garçons.

Selon les données épidémiologiques, les antécédents pré et périnataux sont plus fréquents pour les TED que dans la population générale.
De plus, s'il y a un antécédent d'autisme dans la famille, il y a un risque de récurrence dans la fratrie :

- le risque est de 4% si l'enfant est une fille
- le risque est de 7% si l'enfant est un garçon

[3] La prévalence est une mesure qui représente l'état de santé d'une population à un instant donné.

Si deux enfants sont atteints dans une même famille, le risque de récurrence augmente à environ 25-30%.

Des études menées chez des jumeaux monozygotes montrent que lorsque l'un des enfants est atteint, l'autre a une probabilité de 70 à 90% de l'être aussi (selon que l'on considère le diagnostic d'autisme ou de TED).

Tout ceci tend à confirmer l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique du trouble.

Les troubles envahissants du développement sont fréquemment associés à d'autres pathologies telles que :

- les troubles psychiatriques : présents chez 50 à 75% des personnes avec TED
- l'épilepsie : environ 20 à 25% sont atteints et on la retrouve plus chez les filles.
- Le retard mental : présent pour environ 70% des cas. Sa prévalence varie selon le type de TED : elle est plus élevée dans la catégorie d'autisme infantile.

Il faut retenir l'importante évolution du nombre d'enfants diagnostiqués TED ces dernières années et noter que dans un même temps, de nombreux chercheurs, cliniciens, professionnels se sont intéressés à ces pathologies en cherchant notamment à déterminer les causes. C'est un véritable enjeu de santé publique et de société.

3) Etiologies

Les causes des TED font beaucoup débat et plusieurs théories sont avancées à ce sujet, je présenterai donc dans cette partie les principales hypothèses actuelles.

Hypothèses psychanalytiques

Les symptômes des TED, selon les psychanalystes ne seraient pas la traduction simple de déficits.

En effet, ce serait davantage une défense contre l'angoisse résultant de troubles des relations et de la structuration de l'identité.

Ces personnes seraient sujettes à un évitement de l'accès à l'intersubjectivité[4] qui donnerait lieu à des angoisses primitives désastreuses et envahissantes.
Il est donc question d'un processus défensif dont le but serait de protéger l'enfant de ses angoisses archaïques qu'il ne peut métaboliser.

Selon R. Diatkine, ce mode de fonctionnement est une stratégie dont le but serait de leur permettre de vivre tout en faisant l'économie absolue de toute relation d'objet.
Les troubles envahissants du développement résulteraient d'un défaut d'interaction : les boucles interactives seraient défaillantes, ce qui provoquerait une dysrégulation émotionnelle plurifactorielle.

L'équilibre ne se fait pas sur le plan de l'investissement primitif, les systèmes défensifs ne sont pas efficaces ce qui fait surgir l'angoisse voire la dépression chez ces enfants.
Winnicott valide cette hypothèse en disant que le bébé n'a pas pu s'ajuster à son environnement, c'est pour lui un état de non intégration du self.
Enfin, pour Tustin, l'enfant autiste est victime d'une naissance prématurée. Il prend conscience qu'il doit se séparer de sa mère et cela provoque une angoisse.
Selon lui, il doit s'arracher d'un objet tel que le sein ou le mamelon, ce qui correspond à une amputation du corps propre et laisse un vide, un trou noir qui va le persécuter.

Bien qu'ayant des théories différentes mais qui restent proches, les psychanalystes s'accordent à dire que la cause des TED est une expérience traumatique initiale qui s'est produite à un moment où l'enfant ne pouvait pas se protéger.
Face à cela, il se replie sur lui-même en supprimant l'écart entre son self en construction et l'environnement : c'est la mise en place de processus autistiques.

La place de la psychanalyse dans les TED a longtemps été mise en cause par la réfutation de ces idées mais les théories ont évoluées avec le temps, se nourrissant de la psychologie du développement et des neurosciences, ce qui permet d'affirmer aujourd'hui que la psychanalyse a sa place auprès de ces pathologies. En effet, ce qui prédomine dans la prise en soin de ces personnes est la question de l'angoisse sur laquelle la psychanalyse a orienté ses recherches.

[4] L'intersubjectivité est un concept qui représente le vécu profond qui nous fait ressentir que moi et l'Autre c'est différent.

Hypothèses neurodéveloppementales

Ces théories prônent que des anomalies dans la structure et dans le fonctionnement du cerveau sont à l'origine des TED.

Des observations ont montré que le cerveau de ces enfants, bien qu'en moyenne plus petit à la naissance, avait par la suite une croissance anormalement rapide.

De plus, selon l'imagerie cérébrale, ces personnes ont des régions avec plus ou moins de matière grise et la connectivité faite par la substance blanche serait atypique.

Enfin, il faut noter une sous activation des régions impliquées dans la sensation et la perception comme celle de reconnaissance des voix par exemple.

Il y aurait donc des anomalies du lobe temporal supérieur, zone où sont reçues, décodées et reliées les informations sensorielles.

Ces constatations permettent donc de dire que le fonctionnement du cerveau des personnes atteintes de TED est différent mais cela n'établit toujours pas la cause exacte, le marqueur biologique qui permettrait de démarquer ces pathologies. Les scientifiques qui s'intéressent à ces études s'accordent à dire que ces pathologies ont une origine génétique.

Ils ont identifié de nombreux gènes dont l'altération semble conduire à une plus grande susceptibilité aux TED.

Cependant, l'origine reste multifactorielle, et les facteurs environnementaux ne sont pas à exclure.

Hypothèses cognitives

L'hypothèse générale est que des anomalies biologiques perturberaient le fonctionnement du système nerveux central et affecteraient les capacités d'intégration des informations provenant de l'environnement. En réponse à ceci, l'enfant développerait des modes déviants de relation avec le monde qui l'entoure.

Dans ce cadre, le caractère pathologique serait la conséquence et non la cause de la pathologie (par opposition aux théories psychanalytiques).

Les hypothèses cognitives avancent plusieurs modèles :

* Un déficit de la « théorie de l'esprit » représenté par un déficit de la capacité à attribuer des états mentaux et à prédire les comportements d'autrui sur la base de leurs états mentaux.

Ces enfants ont des difficultés à distinguer les évènements physiques et mentaux, à comprendre que les émotions peuvent être la cause d'états mentaux complexes (les croyances par exemple).
Ce déficit spécifique de la théorie de l'esprit expliquerait en partie les principaux troubles de la relation, de la communication et de la symbolisation caractéristiques des TED.

* Un déficit des fonctions exécutives : ce sont les fonctions nécessaires aux apprentissages.
C'est l'ensemble des opérations cognitives qui permettent d'aboutir à un comportement dirigé, autonome et adapté comme l'anticipation, la sélection d'un but, l'organisation, l'adaptation aux changements…

* Un manque de cohérence centrale : la cohérence centrale est ce qui permet de former un ensemble cohérent en intégrant des informations diverses de l'environnement. Une faiblesse, un manque de cohérence centrale entraine un traitement fragmenté des stimuli. Leur perception du monde peut alors être assimilable à un chaos.
Le manque de cohérence centrale justifie le fait que les personnes atteintes recherchent les actes répétitifs et sont réticentes face aux changements.

* Un « sur fonctionnement » des traitements perceptifs : Cela provoquerait une capacité de discrimination supérieure et l'enfant aurait une attraction de l'attention pour les aspects partiels et physiques de l'information, au détriment des aspects globaux. Les détails de la situation viendraient masquer le sens global de celle-ci.

On constate donc que de nombreuses hypothèses sont avancées concernant ces pathologies mais que finalement aucune d'elles ne présentent de preuves indiscutables sur la cause véritable des troubles envahissants du développement.

Tous les professionnels s'accordent quand même à dire qu'il s'agit de l'échec le plus grave des processus d'accès à l'intersubjectivité. Nous avons vu que cette hypothèse est évoquée dans les théories psychanalytiques mais c'est un point que la plupart des professionnels reconnaissent.

L'intersubjectivité est un concept développé par E. KANT puis repris par de nombreux auteurs. Il y aurait chez les autistes un défaut de comportements intersubjectifs, c'est-à-dire un dysfonctionnement de l'ensemble des mécanismes et des processus qui permettent au bébé de se ressentir comme un individu différent de l'autre.

Toutes les informations qui émanent des différentes hypothèses doivent être prises en compte afin de pouvoir appréhender au mieux l'enfant dans son entière complexité.
Pour moi, la psychanalyse d'aujourd'hui, grâce notamment à une observation approfondie, se tourne plus vers une compréhension globale des troubles, vers une analyse d'un mode de fonctionnement que vers une quête étiologique.
C'est pourquoi ma réflexion se basera préférentiellement sur ce courant, sans toutefois négliger l'ouverture qu'apporte les autres réflexions qu'il faut, je pense, prendre en compte pour notre pratique de demain.

4) Développement psychomoteur de l'enfant avec TED

Avant de commencer cette partie, il me semble important de rappeler l'extrême hétérogénéité des tableaux cliniques et l'importance des variations interindividuelles de l'expression symptomatologique de ces pathologies.
Comme le rappelle P. DELION : *« Les TED sont une très vaste planète, voire un système constitué de planètes très différentes et il est vraisemblable que les caractéristiques d'une planète ne s'appliquent pas à toutes les autres et inversement »*. [5]

Il faut également rappeler que le diagnostic est complexe et qu'il ne peut être posé avant que l'enfant n'ai 2 ou 3 ans.
Cependant, les observations faites par les parents dans les premiers mois de vie sont importantes, certains disent remarquer quelque chose « d'anormal, de bizarre » dans le comportement de leur bébé.

[5] P. DELION – Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile ; Toulouse, éd Etès, 2009 P 18.

Cela peut être de l'ordre de l'indifférence ou du déplaisir vis-à-vis des manifestations d'affection, de contact physique, ou bien une absence de contact visuel, une pauvreté des mimiques faciales, une absence de sourire dirigé vers autrui, une absence de réponse aux sollicitations verbales, une absence de gestes d'anticipation ou encore des comportements stéréotypés.

En revanche, d'autres parents rapportent n'avoir rien remarqué jusqu'à un arrêt brutal voire une perte des acquisitions entre 12 et 18 mois de vie.
Selon les professionnels, les signes apparaissent le plus souvent dans la 2ème année de vie mais ne sont pas évidents à repérer.

Il y aurait donc plusieurs modes évolutifs de la symptomatologie :
- Le mode **progressif**, qui commence vers le 2ème semestre
- Le mode **régressif** avec une perte des acquisitions entre 12 et 18 mois
- Un mode plus **rare** pour lequel entre 6 et 18 mois il y a une alternance entre des moments ou l'enfant semble interagir et d'autres où il présente des signes évocateurs de la pathologie.

D'après A. BULLINGER, « L'intérêt d'observer le développement tonicopostural chez l'enfant à risque autistique est récent. Pendant longtemps cette problématique ne s'est pas posée à propos de ces enfants. »
C'est-à-dire que l'on ne s'intéressait pas à la façon dont ces enfants habitent leur corps, et comment ils articulent les enjeux sensoriels, fonctionnels, posturaux et développementaux dans une optique de construction corporelle.

F. JOLY met en évidence plusieurs axes pour lesquels le développement psychomoteur serait défectueux : [6]

- Les ajustements toniques et posturaux sont de mauvaise qualité, ce qui a des répercussions sur le dialogue tonique. On rencontre chez ces enfants des discordances toniques et des troubles du tonus. On constate des états allant de l'hypertonie globale à la grande hypotonie qui témoignent de vécus corporels angoissants. Ces angoisses sont systématiquement présentes avec une intensité variable.

[6] JOLY F. - Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme , *Contraste* 1/ 2008 (N° 28-29), p. 179-198

- Ces enfants présentent des comportements moteurs spécifiques tels que des stéréotypies gestuelles, des maniérismes, et des jeux moteurs autocentrés et étranges. Ils présentent donc un retrait quasi permanent avec des stéréotypies d'autostimulations sensorielles (F. Tustin 1981) et sont en recherche d'immuabilité (Kanner 1946) dans des rituels plus complexes.

De plus, ils ont une marche atypique, la plupart acquièrent la marche de façon automatique et ont une posture caractéristique : la chaine musculaire postérieure contractée, sur la pointe des pieds et les membres supérieurs en triple flexion.

Cette posture est vue chez de nombreux enfants qui apprennent à marcher mais ne persiste pas lorsque ceux-ci investissent la marche comme moyen de découverte et de relation avec l'environnement.

Ce qui n'est pas le cas pour les enfants atteints de troubles envahissants du développement.

- La sensorialité est discordante car on note une sensibilité singulière avec une recherche active de sensations corporelles. Il faut préciser que les canaux sensitifs sont fonctionnels mais qu'ils sont incapables de traiter les informations de manière adaptée ce qui provoque une réactivité différente.

Ainsi, toutes les modalités sensorielles sont touchées et sont marquées soit par une hyposensibilité (par exemple le fait d'être attiré par une lumière brillante ou de tournoyer sur soi-même sans avoir le vertige) soit par une hypersensibilité (hyperacousie par exemple).

- Certains signes dénotent d'un défaut des enveloppes corporelles : elles peuvent être « trouées », fragiles, morcelées voire inexistantes. De plus, les clivages corporels sont importants, l'axe du corps est défaillant et l'arrière plan est absent. Ce sont des enfants pour qui il est difficile de construire un sentiment de soi car ils n'ont pas construit le sentiment d'avoir un corps fiable, organisé, différencié et approprié.

Ils ont des défauts majeurs de l'organisation de l'appareil psychique, de la constitution du Moi, de la construction d'un sentiment de continuité et de la différenciation entre soi/non soi.[7]

Geneviève HAAG s'est intéressée au sujet et a décrit les clivages corporels présents chez ces enfants.
On note alors que les coordinations bimanuelles et oromanuelles n'existent pas, ce qui par exemple créé des moments où ils font quelque chose avec la main et le regard ailleurs.
Ils ne font pas de gestes explorateurs sur l'axe corporel ou qui croisent l'axe.

- Ce sont des enfants pour qui les activités motrices sont compliquées. Elles sont rares ou pauvres et mettent l'enfant en difficulté. Il n'y a pas de comportements d'explorations psychomotrices spontanées et partagées. Ainsi, la relation est difficile à établir. On ne constate pas de curiosité particulière pour un objet, si ce n'est pour un de ses aspects sensoriel.

- De manière générale, le développement psychomoteur est dysfonctionnel, dysharmonique. C'est-à-dire que certains domaines peuvent être surdéveloppés alors que d'autres seront encore au stade archaïque. Chez ces enfants, on note une persistance des conduites corporelles archaïques, c'est-à-dire des conduites déterminées par un fonctionnement neurologique et non pas psychomoteur. Les enfants atteints de TED ont les compétences neuromotrices nécessaires au bon développement mais celles-ci ne s'accordent pas avec une expérience satisfaisante d'interaction avec l'environnement.

Par exemple, la tenue de la tête est permise par la poussée neuro développementale et neuro-motrice programmée mais ils ne l'utilisent pas pour répondre à la communication, pour s'intéresser à l'environnement, ils tournent seulement la tête pour trouver des intérêts focalisés, c'est-à-dire se fixer sur une modalité sensorielle.

De plus, le développement psychomoteur des enfants avec TED est influencé par des troubles des conduites alimentaires et les troubles du comportement.
Pour affronter tout cela, ils vont développer des solutions compensatoires sensorielles et

[7] BOUTINAUD J. – Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles, Paris, In Press, 2013, P105.

toniques comme des agrippements hypertoniques. On voit parfois ces enfants se boucher les orifices pour se couper du monde autour. Ces enfants ont besoin de se sentir pour avoir l'impression d'exister, d'être rassemblés.
De même, ils peuvent avoir le schéma corporel en tête, comme quelque chose d'appris mais ils sont incapables d'être en contact avec leur corps propre, de faire du lien avec leurs éprouvés et leurs sensations.

Tout ceci est en lien avec ce que j'observe sur mon lieu de stage : l'alternance quasi permanente d'hypertonie et d'hypotonie, le décalage entre le développement staturo-pondéral, neuro-moteur et les acquisitions, les angoisses qu'ils nous donnent à voir, les moments d'errance, l'impression qu'ils n'habitent pas leur corps ou du moins d'une façon différente et enfin les stéréotypies omniprésentes que je détaillerai dans la partie suivante.

II LES STEREOTYPIES GESTUELLES

A – Généralités

Toutes les notions présentées dans cette partie sont reliées aux troubles envahissants du développement, je ne détaillerai pas le cas des stéréotypies dans les autres pathologies.
Les stéréotypies peuvent être gestuelles et/ou verbales mais cette deuxième catégorie ne sera pas évoquée.

En introduction, on a évoqué le fait que les stéréotypies sont des parakinésies, cela signifie que ce sont des troubles moteurs, des mouvements anormaux qui perturbent, parasitent la coordination.

1) Définitions

Selon le dictionnaire Larousse, une stéréotypie est « *la répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole, sans but intelligible* ». [8]
Selon le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, les stéréotypies sont un « *ensemble de phrases, d'attitudes, de gestes, de tics sans signification apparente, inlassablement reproduits, au point d'entrainer parfois des lésions* ». [9]
Dans ces définitions, on relève deux choses : la notion temporelle de ces actes qui se répètent, se reproduisent, se rejouent et la notion d'intentionnalité qui n'est pas évidente à première vue.

Les stéréotypies relèvent des comportements répétitifs qui constituent le 3ème axe symptomatologique des TED, elles sont décrites comme :

- Complexes car elles mettent en jeu plusieurs groupes musculaires
- Involontaires puisqu'il semble que le sujet soit dans l'incapacité de les contrôler
- Répétitives car c'est toujours la même organisation motrice, le pattern est fixe
- Rythmées selon un schéma précis
- Sans finalité, sans but (ni utilitaire ni symbolique)

[8] http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/st%C3%A9r%C3%A9otypie/16261

[9] http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=st%C3%A9r%C3%A9otypie

A. CAHEN, qui s'est beaucoup intéressé aux stéréotypies, propose une autre définition : « *Les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont coordonnés, qui, n'ayant rien de convulsif, ont au contraire l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels, qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, qui, au début, sont conscients, volontaires, et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition.* »
Il s'oppose aux définitions précédentes au niveau de l'intentionnalité vouée aux stéréotypies, en effet, selon lui elles présentent un caractère intentionnel, c'est-à-dire qu'elles ont un but.

Nous tenterons par la suite de voir quelles fonctions on peut leur attribuer.
Les stéréotypies contribuent au diagnostic des troubles envahissants du développement mais ne sont pas spécifiques à ces pathologies.
En effet, elles sont présentes de façon transitoire dans le développement « normal » de l'enfant mais tendent à disparaître avec la maturation neuro-motrice établie.
De plus, les stéréotypies peuvent être retrouvées dans d'autres troubles tels que le syndrome de Gilles de la Tourette, dans les cas de déficiences, d'un syndrome frontal ou encore de privations sensorielles.

2) Hypothèses

Selon les approches psychanalytiques, les stéréotypies présentes dans les TED ont une valeur intrinsèque de nature psychologique.
Tout d'abord, Freud les attribue à des processus de déplacement autoérotique de l'activité génitale sur d'autres parties du corps.
L'intérêt pour l'enfant est que son corps lui procure un plaisir immédiat qu'il ne trouve pas ailleurs, une sorte d'équivalent masturbatoire.
Il y a deux composantes de la répétition selon la conception Freudienne :

- retrouver l'identité source de plaisir
- maîtriser la forte impression au lieu de la subir

Kanner défini le « sameness » qui correspond à une recherche d'immuabilité face à l'angoisse d'être surpris par de l'inattendu provoquant une émotion débordante. Il y a donc aussi selon lui un aspect maitrisant dans le fait de répéter.

Par la suite, les stéréotypies sont associées à des processus de défense archaïque et à la différenciation du moi, à la construction d'un sentiment d'exister.
Les approches neurobiologiques reconnaissent que les structures neuro-anatomiques misent en jeu dans les processus stéréotypiques sont encore mal connues mais associent les stéréotypies à un trouble dopaminergique et des noyaux gris centraux.
D'autres encore établissent un lien entre la fréquence des comportements stéréotypés et les surfaces des vermis cérébelleux comme les volumes des lobes frontaux.

Pour M. STAMBACK, lorsque les stéréotypies sont de courte durée, elles ne sont que l'expression d'une tension musculaire mais lorsqu'elles s'installent de façon rituelle, elles peuvent devenir l'expression d'un malaise affectif. Elle précise aussi que ces comportements ont forcément une signification particulière.

A. & F. BRAUNER considèrent les stéréotypies comme des mouvements de « refuge » pour l'enfant, un refuge qu'il n'a pu trouver dans la réalité. Selon eux, les mouvements stéréotypés auraient donc une fonction de protection.

Enfin, G. HAAG fait le lien entre les angoisses qui envahissent les enfants atteints de TED et les stéréotypies qu'ils présentent.[10]
Ces angoisses corporelles spécifiques sont, selon elle, liées à une panne de la construction du Moi primitif et peuvent être de plusieurs natures :

- Angoisses de chute et de liquéfaction en lien avec la non constitution d'un premier sentiment d'enveloppe. Ce sont les angoisses les plus archaïques, qui nécessitent l'entretien quasi permanent de stéréotypies.
- Des angoisses d'amputation des zones corporelles de contact telles que la bouche ou parfois les mains et les pieds mais aussi les sensations de peau arrachée. La bouche est absente dans l'image du corps des enfants autistes les plus touchés, il s'agit d'une atonie du pourtour de la bouche.

  Elle nomme « museau » la zone de contact cutané impliquée lors du nourrissage (pourtour des lèvres et partie inférieure du nez et du menton). Les stéréotypies à ce niveau permettent de ressentir le pourtour cutané, ce sont des stéréotypies de type tapotement des dents.

[10] HAAG. C, Stéréotypies et angoisses. , Montpellier, in *Les Cahiers du CERFEE*, 1996 Revu et complété en 2011.

Elle exprime le fait que l'angoisse liée aux mouvements stéréotypés est visible et qu'il faut prêter attention à ce que l'enfant nous exprime à travers cela.
« La survenue d'une stéréotypie ou sa recrudescence signe l'exacerbation d'une angoisse dont nous avons à deviner la cause. »[11]

Evidemment ce ne sont que des hypothèses et à mon sens il faut privilégier la reconnaissance et la compréhension de ces mouvements afin d'être dans une appréhension plus globale du trouble.
On essaiera de définir dans une prochaine partie les formes et les fonctions que revêtent les stéréotypies.

3) Différentes formes

Plusieurs classifications des stéréotypies existent et je présenterai ici celles qui me semblent être les plus intéressantes.

Tout d'abord, reprenons la théorie d'A. COHEN pour qui les stéréotypies peuvent être classées en deux variétés : [12]

- les *attitudes stéréotypés ou stéréotypies akynétiques* (attitudes) :

Ce sont les stéréotypies situées dans le décubitus, et dans les stations debout et assise.

- les *mouvements stéréotypés ou stéréotypies parakynétiques* (mouvements et actes) :

Il s'agit là des stéréotypies qui concernent une partie déterminée du corps, de tout le corps, de la marche, de la mimique et des gestes.

A. COHEN précise que ces stéréotypies peuvent coexister ou se combiner entre-elles chez un même sujet.

[11] Ibid.
[12] Brémaud N. - Retour sur les stéréotypies psychotiques , *L'information psychiatrique*, 2009/10 Volume 85, p. 877-890.

B. VIROLE a aussi proposé une classification possible des stéréotypies : [13]

Stéréotype I : Balancement et Tournoiement

On retrouve dans cette catégorie les balancements du haut du corps et de la tête quelle que soit la position de l'enfant.

Les stéréotypies de tournoiements utilisent un objet (souvent rond ou un bout de ficelle) que l'enfant met en rotation souvent devant ses yeux.

Stéréotype II : Incorporation

Dans ce groupe on retrouve toutes les interactions entre deux actants qui aboutissent à une fusion : lorsque la main vient frapper la bouche par exemple mais cela peut être aussi au niveau des oreilles, des yeux, sur la tête.

Stéréotype III : Expulsion

Il s'agit là de l'inverse de la catégorie II, c'est donc un mouvement de rejet de la main vers l'extérieur du corps.

Elles peuvent être amples et manifestes mais aussi extrêmement discrètes comme dans les cas de décroisements itératifs de doigts précédemment accolés.

Stéréotype IV : Expulsion/Incorporation

Cette catégorie regroupe les deux précédentes et comporte donc trois actants, par exemple : la main vient frapper la bouche puis en s'éloignant vient percuter l'autre main ou un doigt ou encore un objet pour être ensuite rejetée vers la bouche etc.

Stéréotype V : Agitation

On retrouve là l'agitation des mains, les bras éloignés du buste et les doigts écartés ce qui évoque un battement d'aile.

Stéréotype VI : Percement

Les stéréotypies de percement sont de morphologie plus complexe et ne peuvent pas toujours être nettement associées à une source corporelle bien identifiée. Ce sont des stéréotypies moins répétées et plus difficiles à distinguer ou à interpréter mais qui sont d'une grande variabilité.

[13] VIROLE B. - Morphogenèse des stéréotypies gestuelles dans l'autisme infantile., Paris, 1995.

Il s'agit donc de toutes les stéréotypies qui concernent le percement ou la tentative de percement d'une surface.

Stéréotype VII : Dépiautage

Cette catégorie correspond à l'arrachage des fragments de peau par frottement.

Stéréotype VIII : Excision

Elle consiste en l'excision d'un actant cible en plusieurs parties au travers d'un instrument émis par un actant source. Là encore, ces stéréotypies ne peuvent pas être associées à une source corporelle bien identifiée.

La complexité du sujet, les formes variables des stéréotypies, leur polymorphisme rend la classification encore plus complexe à élaborer.

On pourrait en donner une troisième en tenant compte que chaque catégorie peut être combinée à une autre et que les choses ne peuvent pas être totalement clivées.

Il y aurait ainsi les stéréotypies :

- qui engagent le corps dans son ensemble : ce sont des mouvements globaux du corps tels que les balancements
- qui concernent une partie du corps : les torsions de doigts, porter ses mains à la bouche…
- qui font intervenir l'environnement : cela concerne les objets, les éléments présents ou encore une autre personne. Il s'agit par exemple de faire voler un papier, ou d'agiter les cheveux de la personne en face.

4) Fonctions des stéréotypies

Les fonctions des stéréotypies ne sont que des hypothèses basées sur l'observation et le travail des psychanalystes auprès d'enfants avec TED.

On en note plusieurs mais celles-ci peuvent être intriquées et sont relatives au sujet.

Les stéréotypies peuvent donc être des stratégies vues comme :

- **Moyen de défense :**

Ce serait une manière pour ces enfants de se défendre, de se défaire des phénomènes hallucinatoires mais de manière plus générale, de s'affranchir de l'Autre qui apparaît comme persécuteur, intrusif.

C'est se protéger du monde extérieur vécu comme menaçant.
Ces stimulations sont des modalités défensives envers un environnement ou des évènements qu'ils ne peuvent pas intégrer. A travers les stéréotypies, ils peuvent en partie éviter cet environnement trop stimulant, débordant les capacités de l'enfant à y faire face.

B. Golse[14] revient sur l'idée que ces enfants, en ne privilégiant qu'une modalité sensorielle, parviennent à cliver la réalité et ainsi se protègent d'un excès de stimulations qui risqueraient d'être perçues comme débordantes, menaçantes, dangereuses.
Pour lui, les stéréotypies sont des accrochages au processus de démantèlement[15] qui dans le développement psychomoteur classique est intégré dans les premières semaines mais qui dans le cas des TED se fixe et perdure.
Cela provoque des accrochages sensoriels sous forme de manifestations stéréotypiques.

G. HAAG[16], en s'appuyant sur les travaux de F. TUSTIN, nous dit que les stéréotypies ont un caractère défensif par rapport à certaines angoisses corporelles évoquées dans la partie précédente.

- **Construction d'une enveloppe :**

D'après G. HAAG, le sentiment d'enveloppe émerge lorsque l'enfant, en proie à ses angoisses fait l'expérience répétée et intense du lien avec l'objet maternel (dans les 2 premiers mois de vie).
Les enfants autistes, pour une raison ou pour une autre ne font pas cette expérience et leurs angoisses persistent. Le but serait alors à travers les stéréotypies gestuelles de repérer ses limites et celles des autres.
Selon HOUZEL, « ce serait une tentative désespérée de maitriser ce monde dans lequel l'enfant semble se sentir emporté », il dit que ces enfants n'ont pas pu se constituer une « peau psychique » solide et donc ils luttent pour se forger une « seconde peau ». Il émet l'hypothèse que les stéréotypies sont présentes pour rechercher une limite rassurante.
Il s'agit là de se construire artificiellement des limites afin d'éviter le sentiment d'être absorbé, « englouti », cela relève de la survie.

[14] B. GOLSE, A propos des stéréotypies chez les enfants autistes. *Paris, Psychiatrie de l'enfant,* XLIX, 2, 2006, p. 443 à 458
[15] Le concept de démantèlement est un mécanisme qui permet à l'enfant de cliver le mode de ses sensations c'est-à-dire qu'il suspend tout lien avec l'extérieur.
[16] G. HAAG- Stéréotypies et angoisses, Montpellier, Les cahiers du CERFEE, 1996 revu et complété en 2001.

Selon ARNAUD M.[17] , « les stéréotypies peuvent […] représenter une couche superficielle enveloppant l'organisme, couche qui filtrerait les excitations. Cette enveloppe comportementale fonctionnerait comme une peau, une surface qui tente d'établir une limite entre le dedans et le dehors et s'instituant de la sorte comme le contenant des sensations procurées par les stéréotypies ».

Les stéréotypies constitueraient donc une enveloppe, une barrière corporelle permettant un système de protection.

- **Décharge de l'excitation :**

On l'observe par exemple à la fin d'un atelier, d'un jeu où ils ont été présents, attentifs : ce moment où ils vont s'exprimer corporellement en déchargeant les tensions.

Cela leur permet de faire le « vide », de retrouver un équilibre émotionnel.

Gérard SWZEC parle des autostimulations, des stéréotypies qui seraient des procédés auto-calmants c'est-à-dire une manière de décharger l'excitation par la motricité.

- **sentiment d'existence :**

E. BICK (1968) exprime que « les pratiques autistiques auto générées constituent de rigides « camisoles de force » pour empêcher la dissolution ». C'est-à-dire que les stéréotypies sont une manière de lutter contre les angoisses de dissolution, liquéfaction etc. et donc de construire ou maintenir un certain sentiment d'existence.

D. WILLIAMS raconte que les stéréotypies « donnent un sentiment de continuité. Les rituels, les gestes stéréotypés donnent l'assurance que les choses peuvent rester les mêmes assez longtemps pour avoir leur place incontestée ». Ce caractère d'immuabilité permet d'expérimenter ce sentiment d'existence.

Enfin, on retrouve cette notion chez C. POTEL pour qui « parfois, un enfant en souffrance va tenter de rétablir son sentiment de discontinuité corporelle par les balancements rythmés, réguliers. […]. On les appelle stéréotypies. […]. Ils cherchent dans les moments de solitudes (sommeil ou autre) à restaurer leur image du corps, leur sensation et perception d'eux-mêmes. »[18]

[17] ARNAUD M, Etude des stéréotypies dans l'autisme infantile. Psychiatrie de l'enfant 1986 ; 2 : 387-420.
[18] POTEL C. Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir. Toulouse, Edition Erès. 2010. P125.

B – Du « normal au pathologique »

1) Origine et développement des stéréotypies gestuelles chez l'enfant

Les stéréotypies sont presque toujours rattachées à la psychiatrie et ont la plupart du temps une connotation négative.
Cependant, les stéréotypies gestuelles sont présentes de façon transitoire dans le développement psychomoteur de chaque enfant.
Il s'agit donc de savoir à partir de quel moment et selon quels critères peut-on dire qu'elles deviennent pathologiques.

Ces manifestations apparaissent vers 1 an de vie, elles connaissent un pic de croissance vers les 3 ans de l'enfant pour ensuite diminuer à environ 4 ans.
Elles suivent une séquence de développement établie en lien avec la maturation neuromotrice (Thelen 1979 ; Leekam et al. 2007).

Ces stéréotypies gestuelles présentes dans le développement de l'enfant sont liées au circuit sensori-moteur et permettent à l'enfant d'explorer en premier lieu son corps puis son environnement.
Lorsque les enfants réalisent de tels gestes, cela exprime un plaisir, une déception, une demande qui sera verbalisée par le parent et donc qui sera décodée.
C'est une dimension que l'on ne retrouve pas chez les enfants atteints de TED, les stéréotypies gestuelles n'ont pas pour eux une valeur de communication.

Lorsque l'enfant ne sera plus dans un fonctionnement automatique où le mouvement est subi, alors l'acte aura des buts orientés et définis pour répondre à des besoins précis et ainsi les stéréotypies gestuelles tendront à disparaitre.

Selon AJURIAGUERRA, ces comportements deviennent pathologiques lorsqu'ils n'entraînent plus de satisfaction chez le sujet, qu'ils ne lui apportent plus d'informations et finalement qu'ils ne mènent pas vers la communication.
Ces stéréotypies gestuelles deviennent alors subies et non évolutives.
Pour SPITZ, on peut les considérer comme pathologiques lorsque ces manifestations gestuelles deviennent l'activité principale de l'enfant. C'est-à-dire qu'elles remplacent les activités censées être mises en œuvre à ce stade de développement.

Enfin, dans une perspective plus développementale, il semble que les stéréotypies soient assez peu discriminantes au cours du développement précoce.
D'après une étude de Werner et Dawson en 2005, il n'y a pas plus de stéréotypies chez les enfants atteints de TED d'un an que chez d'autres enfants.
Puis, selon Mc Donals et al. en 2007, à partir de 2 ans on constate une prédominance quantitative et qualitative des stéréotypies chez les enfants avec TED par rapport aux enfants « typiques ».

Les stéréotypies gestuelles sont donc présentes au cours du développement psychomoteur de l'enfant puis, en règle générale sont vouées à disparaitre. En revanche, cela ne se fait pas chez les enfants atteints de troubles envahissants du développement et ces manifestations gestuelles prennent une place prédominante dans leur fonctionnement.

On peut ainsi faire l'hypothèse que les stéréotypies motrices sont un comportement « normal », présent chez tous, qui est devenu pathologique chez certains.

2) Les stéréotypies comme signes cliniques d'une pathologie

Tout d'abord, rappelons que la triade symptomatologique des TED est composée de :

- Une altération qualitative des interactions sociales.
- Une altération qualitative de la communication.
- Un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

Les stéréotypies relèvent donc du 3ème axe diagnostique des TED. On ne peut pas les considérer comme pathologie à part entière, elles sont intriquées dans un ensemble de symptômes qui forment la pathologie.
Il faut alors se demander, pourquoi agir sur les stéréotypies en psychomotricité si elles ne sont qu'un des signes cliniques ? La psychomotricité se veut d'agir sur la globalité de la personne, de prendre le sujet dans son ensemble, dans son entier et donc ne pas le cliver en termes de symptômes.
Les stéréotypies gestuelles sont donc considérées comme symptômes psychomoteurs et nous verrons quelles conséquences elles peuvent entraîner sur le fonctionnement psychomoteur de l'individu et quel est donc le rôle du psychomotricien dans tout cela.

De plus, les stéréotypies gestuelles sont fréquemment confondues avec les tics moteurs et même s'ils peuvent coexister, ils relèvent d'un cadre nosologique différent.

En premier lieu, l'apparition des stéréotypies dans le développement psychomoteur est plus précoce que celle des tics.

Leur distinction se fait aussi par leur présentation : les stéréotypies affectent le corps dans son entier avec une majorité qui concerne les mains alors que les tics affectent plutôt les yeux, la tête et la bouche.

Ensuite, le schéma des stéréotypies est davantage stable et rythmé que celui des tics qui est plus rapide et fluctuant.

Enfin, contrairement aux tics, les stéréotypies ne sont pas précédées de sensations anticipatoires, prémonitoires et elles tendent à s'atténuer lorsque la personne est plongée dans une activité.

Il me semble important de préciser le caractère auto ou hétéro agressif que peuvent prendre ces stéréotypies. Certains mouvements stéréotypés comme par exemple se cogner la tête contre un mur, sont dangereux pour l'enfant dans le sens où il y a une atteinte physique, corporelle directe.

Ceci est en lien avec les hypothèses faites préalablement sur les fonctions des stéréotypies.

En effet, on supposait que ces enfants avaient un seuil de tolérance à la douleur très élevée et que donc ils avaient besoin de se frapper, de se faire mal pour pouvoir sentir quelque chose, pour se sentir exister.

Sylvie Tordjman, professeur de pédopsychiatrie, a cherché à explorer sur le plan neuroscientifique la validité de cette hypothèse. Après un protocole expérimental sur des enfants automutilateurs, elle a pu démontrer qu'au contraire, ces enfants avaient un seuil de sensibilité extrêmement bas. C'est-à-dire qu'ils ont des réponses de type douleur à des stimulations de type caresse.

L'hypothèse qu'elle a retenue est donc que ces enfants, suite à la douleur de l'effraction corporelle libèrent des endorphines et qu'ils sont dépendants de ces substances morphiniques qui suppriment la douleur et ont un effet euphorisant.

C – Retentissement des stéréotypies gestuelles au niveau psychomoteur

1) Au niveau moteur

Chez l'enfant, les schèmes de bases sont dans un premier temps isolés et agissent comme des comportements réflexes. Ensuite, ils s'organisent entre eux, se coordonnent et aboutissent à l'unité tonique du sixième mois.
Cela permet à l'enfant d'assembler ses sensations, ses affects et ses représentations.
Si cela ne se met pas en place, l'enfant devra faire face à des incohérences et des dissociations mentales : il reste fixé sur des mêmes thèmes, il tourne en rond.
Si la régulation tonique se fait avec du retard, des troubles moteurs persisteront : maladresse, trouble de la coordination, déplacement sur la pointe des pieds, stéréotypies.

Les mouvements stéréotypés sont l'aspect moteur le plus évident des troubles envahissants du développement.
Je remarque souvent que l'enfant, lorsqu'il est activement concentré sur une activité, ne présente pas de mouvements parasites venant perturber l'action. En revanche, s'il ressent une stimulation comme envahissante, s'il éprouve une phase d'excitation ou encore s'il est seul face à lui-même, alors, les stéréotypies gestuelles apparaissent et gênent le mouvement.
J. CORRAZE confirme que l'activité inhibe les stéréotypies gestuelles mais que tout arrêt peut les déclencher de nouveau.

Les stéréotypies gestuelles perturbent les praxies et la motricité instrumentale notamment au niveau des coordinations des mains et des doigts.
Par exemple, les stéréotypies lors de la marche présentes chez certains enfants perturbent le déroulement du geste, les mouvements sont désynchronisés, les bras sont pris dans le schème moteur de la stéréotypie et ne participent pas au balancier associé à la marche.

Cependant, comme les stéréotypies sont extrêmement variables d'un enfant à l'autre, c'est seulement avec une connaissance de développement de l'enfant et une observation fine que l'on pourra décrire de quelle manière les stéréotypies affectent sa motricité.
Selon J. PERRIN, « ces caractéristiques motrices ne sont pas l'expression d'un simple retard d'acquisition mais bien d'un réel trouble du développement moteur ».[19]

[19] PERRIN J. , Entretiens de psychomotricité 2007. Evaluations psychomotrices et autismes : vers une approche fonctionnelle des troubles psychomoteurs.

De plus, pour tous ces enfants, la recherche d'immuabilité est omniprésente, il faut que tout soit identique : ils feront toujours la même stéréotypie avec le même objet, dans la même pièce.

Lorsqu'un évènement nouveau ou imprévu ce produit, ils n'auront pas de solution face à cela et on constate des ajustements posturaux défectueux, une absence totale de synchronisation de l'ensemble des mouvements dans ces moment-là.

Les stéréotypies prennent alors le dessus pour décharger l'angoisse provoquée par l'imprévu, et la motricité n'est plus contrôlée.

C'est le cas de Valentin, un enfant de 9 ans atteint d'autisme infantile que je rencontre au cours de mon stage.

Tous les jeudis, Valentin a une heure de relaxation l'après-midi avec une éducatrice. C'est un moment qu'il apprécie et qu'il attend chaque fois avec impatience.

Lors des semaines de vacances, de nombreux changements s'opèrent dans la structure et les prises en soins habituelles ne sont pas toujours réalisées.

On est donc jeudi et la séance de relaxation n'a pas lieu.

Valentin commence par aller chercher les couvertures et les coussins pour monter dans la salle de relaxation et refuse d'entendre l'explication qui lui est donnée.

Il est impossible pour lui d'accepter un tel changement.

On le voit alors de plus en plus agacé : ses stéréotypies augmentent, il se frappe les mains contre les murs, il est dans un mouvement incessant qui n'a aucun but apparent.

Il se met alors à se déplacer en tournant sur lui-même et se cogne contre les murs et les objets présents : il ne semble même plus les voir, il est comme coupé de l'environnement extérieur.

Son angoisse, sa frustration et ses stéréotypies ont pris le dessus sur sa motricité.

Il faudra alors un long moment dans une pièce contenante et familière pour qu'il puisse s'apaiser.

En dehors de tels moments de crise, on constate tout de même une disponibilité gestuelle réduite.

Chaque enfant élabore ses propres stéréotypies et mémorise donc un schème moteur spécifique reproduit un nombre incalculable de fois. Il sera donc d'autant plus difficile de découvrir d'autres schèmes moteurs puisqu'avant de pouvoir commencer l'élaboration d'un différent, celui utilisé préférentiellement prendra immanquablement le dessus.

L'acte moteur est alors automatisé, mécanisé.
Pour la plupart de ces enfants, le retard moteur et la maladresse font partie de leurs principales difficultés.
En ce qui concerne les enfants que je rencontre, le développement moteur est souvent perturbé et les stéréotypies gestuelles y contribuent pleinement.

2) Par rapport à l'espace et au temps

Comme dit précédemment, ces enfants s'emploient à rendre immuable le déroulement de leur journée.
Le rapport au temps, l'inscription dans une temporalité est donc modifié : il s'agit pour eux « d'arrêter le temps », de faire une pause sur un moment, un lieu, un environnement précis.
Certains enfants atteints de TED ont tout de même acquis la capacité de repérer et distinguer le temps passé, du temps présent et du futur.
A travers les stéréotypies, ils créent leur propre espace-temps qui vient les protéger, ou tout du moins diminuer l'angoisse provenant de l'extérieur.
La stéréotypie vient alors créer un espace intime.

Ces enfants porteurs de stéréotypies gestuelles semblent obéir à des rythmes singuliers, précis, préréglés.
De même, ces enfants seront seulement capables de suivre leur propre rythme, le rythme de leur stéréotypie car pour le reste des activités, ils présentent des difficultés de synchronisation spontanée.

Selon Barbara DONVILLE[20], « la répétition fait partie de l'ordre immuable du corps articulé ». C'est-à-dire que pour s'approprier son corps, il faut que l'expérience se répète et que cela devienne un repère. Ainsi, le corps est vécu comme articulé et il y a une conscience de l'expérience.
A travers la répétition, il y a l'introduction de la nouveauté, de la progression.
Le corps des enfants porteurs de TED est vécu comme morcelé, ils n'ont pas conscience de leur corps propre et l'utilisation des stéréotypies n'est pas vouée à des fins nouvelles.
On ne peut donc pas considérer les stéréotypies comme repère, de même leur corps (premier référentiel chez l'enfant) n'est pas non plus un repère en soi.

[20] DONVILLE B., « La boucle étrange des stéréotypies »,
La psychiatrie de l'enfant, 2013/1 Vol. 56, p. 175-193. DOI : 10.3917/psye.561.0175

Ces enfants sont habiles dans la répétition d'un même mouvement mais cela ne leur permet pas d'établir des liens entre leurs actions et les résultats. Il n'y a pas pour eux de principe de réversibilité, ils sont dans une logique absurde et implacable.

Lorsqu'ils découvrent un nouvel espace, ils vont et viennent continuellement, touchent un peu à tout mais ne se fixent que rarement sur un objet ou sur un endroit précis de la salle : ils ne cherchent pas à structurer l'espace.

Ils s'adonnent à leurs stéréotypies, peut-être pour diminuer l'angoisse de ce qui est nouveau, mais qui font obstacle à la découverte du monde environnant.

Parfois, ces enfants sont attirés par un bruit, une lumière et semblent totalement coupés du monde extérieur, la sensorialité est privilégiée.

De plus, il arrive qu'ils se dirigent vers un objet mais l'utilisent alors comme objet chosifié : il sera la plupart du temps intégré à une nouvelle stéréotypie.

Ils semblent exister dans un espace qui est le leur, sans tenir compte des dimensions et des composantes de l'espace réel qui paraît alors, pour nous thérapeute, être réduit.

Il sera alors question pour eux d'établir un cadre suffisamment contenant et sécurisant pour leur permettre de diminuer cette angoisse de nouveauté et ainsi diminuer les mouvements stéréotypés qui s'y rattachent. Petit à petit, si la relation thérapeutique se fait, alors il sera possible de se rapprocher de leur espace-temps si complexe et élaboré.

3) Au niveau relationnel

On dit souvent de ces enfants, qu'ils sont « dans leur bulle », « coupés du monde » et il est vrai que lors des moments où les stéréotypies sont intenses, il est difficile de percevoir chez eux un quelconque intérêt pour l'environnement.

Chez les enfants atteints de TED, de par l'hétérogénéité de l'expression symptomatique de la pathologie, la relation est extrêmement variable.

C'est ce que je constate sur mon lieu de stage car certains enfants me reconnaissent et un réel échange se fait alors qu'avec d'autres, je suis totalement instrumentalisée, « chosifiée », au même titre que les autres adultes.

Les stéréotypies gestuelles entraînent une réduction progressive de la spontanéité et de l'adaptabilité générale. De plus, je constate souvent la très faible influence de l'environnement sur ces conduites.

Sofian est un enfant de 10 ans et 6 mois atteint d'autisme infantile. Je le vois en prise en charge en psychomotricité une fois par semaine.
En dehors des séances, j'ai l'impression que Sofian ne me voit pas ou tout du moins qu'il ne me reconnait pas.
Une fois dans la salle de psychomotricité, il lui arrive de venir vers moi pour une marque d'affection et on a parfois des échanges de jeu ou des moments d'imitation.
Il est arrivé plusieurs fois qu'au cours d'un jeu, Sofian fasse une « crise » sans raison apparente, il se met alors à effectuer des mouvements de torsion des doigts devant son visage et se déplace dans des directions aléatoires en tournant sur lui-même.
Dans ces moments-là, la relation est totalement coupée : que je m'approche ou m'éloigne de lui ne change rien, l'interaction est impossible et si je me trouve sur son chemin il me bouscule.
Il est arrivé que je sois trop près de lui et qu'un mouvement non contrôlé vienne me percuter : il ne réagit pas. J'ai l'impression qu'il n'a pas ressenti le fait de m'avoir touchée.
Finalement, après un temps variable, il finit par s'arrêter soudainement et retrouve un état de nonchalance, à la limite de l'épuisement.
Il est alors capable de reprendre l'activité en cours.

A ce moment-là, les stéréotypies gestuelles contribuent pleinement à couper la relation préétablie. On peut donc dire que la relation est variable et fluctuante.

A cela s'ajoute le fait que ces mouvements apparaissent pour les autres comme « bizarres », « étranges », ce qui augmente le retrait social et diminue les interactions avec ses pairs. En effet, les stéréotypies gestuelles sont source de rejet et cela peut provoquer une stigmatisation sociale.
Enfin, il me semble important de préciser que pour un grand nombre d'enfants, les stéréotypies motrices sont interdépendantes des émotions. Il ne faut donc pas prêter seulement attention à la fonction et à la réalisation motrice de ces gestes mais bien prendre en compte le contexte socio-affectif et environnemental dans lequel elles se déroulent.

III PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE DES STEREOTYPIES

1) Réflexion

Il est important de prendre conscience de ce que provoquent les stéréotypies gestuelles chez le thérapeute.

D'après Michel LEMAY, « quand on accompagne de tels enfants, des sentiments très particuliers émergent. Ils sont fait de tristesse, d'impuissance et de lassitude une sorte de découragement qui peut à notre insu nous amener à nous asseoir dans notre coin comme si nous devenions « dévitalisés » »[21].

Le psychomotricien doit en prendre conscience car cela va jouer dans la relation thérapeutique. Il faut donner de la valeur aux stéréotypies et à nos ressentis, non pas pour ce qu'elles valent mais pour ce qu'elles signifient.

Dans les institutions telles que les hôpitaux de jour, de nombreux enfants présentent des stéréotypies gestuelles et cela devient parfois « banal » mais il ne faut pas oublier qu'elles sont nettement visibles et qu'elles peuvent être sources de perturbations sociales.

Les stéréotypies contribuent donc à l'isolement social et à la diminution des échanges.

Il faut aussi faire la distinction entre ce qui relève du jeu et ce qui relève de la stéréotypie.

Dans son livre, Fabien JOLY dit que « la stéréotypie est totalement régie par l'emprise (le besoin de se dégager d'un état de passivité et de maitriser le traumatisme par l'exercice d'une emprise), alors que le jeu demeure l'effet d'une conjugaison plus ou moins harmonieuse d'emprise et de principe de plaisir. »[22]

On peut donc les différencier par leur but et leur fonction.

Les stéréotypies relèvent plutôt de la recherche de sensation alors que le jeu est de l'ordre de la représentation.

De plus, comme dit précédemment les stéréotypies présentent un pattern fixe alors qu'il y a dans le jeu des variations qui sont sources de découverte et de plaisir.

Un modèle thérapeutique unique en psychomotricité ne peut être applicable aux enfants atteints de TED. Chaque prise en soin est spécifique.

[21] LEMAY M. , L'autisme aujourd'hui, Paris, Odile Jacob, 2004.

[22] JOLY F. , Jouer … Le Jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique. Paris, In Press, 2003.

Le psychomotricien doit faire appel à son sens clinique, son analyse et surtout à sa sensibilité pour prendre en charge les stéréotypies gestuelles.
En fonction du décodage que fera le thérapeute, les réponses ne seront pas les mêmes.

2) Pourquoi agir ?

C'est une question que doit impérativement se poser le psychomotricien.
Il n'y a pas de relation de cause conséquence, on ne peut pas dire : il fait des stéréotypies gestuelles donc je dois agir.
On sait que les stéréotypies ont toujours une fonction et il faut veiller à cela car si on tente de les supprimer, elles seront parfois remplacées par une autre, peut être plus néfaste que la précédente.
Nous devons chercher à savoir si l'enfant est capable de trouver une autre solution à son problème, qui sera supportable pour lui.

L'une des situations où il est primordial d'intervenir est dans le cas de stéréotypies automutilatrices. Lorsque les stéréotypies deviennent dangereuses pour l'enfant, alors il faut trouver une solution. L'essentiel est avant tout de protéger l'enfant de lui-même.

Ensuite, dans le cas où les stéréotypies deviennent un frein aux relations sociales alors qu'elles ne perturbent que peu les apprentissages, il faut pouvoir les « limiter » en donnant à l'enfant les moyens de les contrôler. Il faut agir afin que l'enfant ne s'enferme pas dans ce rejet et pour qu'il puisse avoir des relations sociales enrichissantes. S'il se sent exclu, il aura tendance à se renfermer un peu plus dans le monde qu'il s'est construit et les conséquences seront néfastes pour lui.

Enfin, lorsque ces manifestations sont omniprésentes et sont devenues partie intégrante du mode de fonctionnement de l'enfant, il faut être capable de s'en servir pour l'amener vers de nouvelles choses. On ne peut pas ignorer les stéréotypies, ce serait je pense une forme de « non-assistance » : c'est laisser l'enfant vivre avec ses angoisses, dans son propre environnement, coupé du notre, sans tenter de le libérer.

Il faut alors percevoir comment interviennent ces stéréotypies, à quel degré et dans quel but, pour pouvoir agir dessus.

Le thérapeute ne doit pas oublier que son rôle n'est pas de « combattre » une mauvaise habitude mais plutôt d'aider l'enfant à soulager son malaise.

Dans L'Autisme aujourd'hui, Michel LEMAY nous dit qu'il faut persévérer les conduites exploratoires car : « S'il [l'enfant] est enfermé dans sa bulle auto-sensorielle ou s'il se satisfait de son schème stéréotypé il devient non seulement prisonnier de son fonctionnement mais ne bénéficie pas de l'animation et de la réanimation issues de son entourage. »
C'est-à-dire que l'enfant ne prête pas attention à son environnement et donc celui-ci ne lui permet pas d'établir de nouveaux liens.

Il arrive parfois que l'enfant exprime lui-même la demande de la disparition du symptôme lorsqu'il ressent la gêne sociale que cela entraîne. Dans ces cas-là, M. BERNARD souligne le fait que « si le patient souhaite renoncer consciemment à son symptôme, inconsciemment il a peur de l'abandonner parce qu'il s'en est servi comme moyen de défense, de protection. »
Il faut donc mesurer toute l'importance de ce symptôme afin de ne pas agir selon un schéma type.

3) Comment agir ?

Comme dit précédemment, l'action sera différente en fonction des stéréotypies mises en jeu et des conséquences de celles-ci.
Entendre, chercher à comprendre et respecter l'enfant dans sa globalité, c'est déjà agir. Les stéréotypies sont présentes et on ne peut les ignorer au sens strict du terme.

Nous l'avons évoqué plus haut dans cet écrit, le cadre est important pour permettre à l'enfant d'avoir des repères spatiaux-temporaux.
Le cadre en psychomotricité est un lieu, un espace, qui va délimiter un dehors et un dedans, le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.
« Un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace ou s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître. »[23]

[23] BALLOUARD C. - psychomotricité , Paris, Ed Dunod, 2006.

Dans le cas des stéréotypies gestuelles, le cadre se voudra contenant et aura fonction de pare-excitation.
Il permettra de démarrer un travail autour de ces manifestations sans que cela ne soit vécu par l'enfant comme trop débordant ou trop envahissant.

Chez les enfants pour lesquels les stéréotypies gestuelles présentent un degré d'envahissement élevé, il va falloir être patient et agir progressivement.
On peut essayer d'introduire peu à peu des modifications des stéréotypies à minima dans le but que l'enfant les intègrent petit à petit pour s'ouvrir vers le monde extérieur.
L'objectif principal serait que la stéréotypie se transforme en un jeu structuré pour l'enfant, c'est-à-dire avec un début et une fin. C'est une façon de structurer le temps et de limiter la stéréotypie.
« C'est par l'intervention de l'Autre que peu à peu on va pouvoir mener le phénomène stéréotypique vers un processus récursif où la stéréotypie cessera lorsque les conditions cesseront d'être vraies, c'est-à-dire lorsque l'enfant commencera à se percevoir en tant que Sujet et quittera peu à peu cette objectivité à l'état pur qui caractérise son état ». [24]
A travers l'Autre, l'enfant pourra prendre conscience de lui-même, de son propre corps.

Cependant, l'enfant aura tendance à reprendre son schème initial dès que l'intervention de l'Autre aura cessé.
Il se peut aussi qu'en réponse à notre intervention l'enfant devienne hostile, se roule parterre, se cogne au sol, se frappe le visage…
Il faut être capable de reconnaître ces manifestations défensives.
L'enfant peut avoir besoin de se défouler, de manifester son mécontentement mais ne pas se faire mal et ne pas faire mal aux autres restent des règles essentielles.

Pour les enfants ayant une conscience déjà construite de leur corps et une image du corps quelque peu élaborée, il est possible de se positionner en face d'eux et d'imiter leurs stéréotypies gestuelles.
Il faut le faire sur un temps suffisamment long pour que notre arrêt entraîne aussi chez cet enfant la cessation de ses mouvements.
L'enfant pourra ainsi prendre conscience à travers l'autre de ses manifestations.

[24] Donville Barbara, « La boucle étrange des stéréotypies »,
La psychiatrie de l'enfant, 2013/1 Vol. 56, p. 175-193. DOI : 10.3917/psye.561.0175

De plus, on pourra introduire d'autres mouvements ou des manipulations d'objets en se basant sur le principe d'imitation.

Pour les enfants autistes, il a été établi que l'imitation avec objet précède celle purement gestuelle (ce qui n'est pas le cas habituellement).

Nous privilégierons donc ce mode d'approche, réalisé en miroir afin que l'enfant, par force de répétition puisse se réapproprier le geste, lui permettant ainsi un apprentissage structuré.

Ceci est le modèle d'Howard Buten, psychologue clinicien spécialisé dans l'autisme.

Il existe de nombreuses techniques cognitivo-comportementales pour la prise en charge des stéréotypies motrices.

Elles consistent à modifier les pensées ou comportements de l'enfant en agissant sur le comportement lui-même (pratique massive, renversement d'habitude et renforcement différentiel, recherche de réponse concurrente) ou bien sur la conséquence du comportement (utilisation des renforcements, retrait d'attention sélective, interruption de la réponse).

Ces méthodes ont pour but l'extinction du comportement stéréotypé par différents moyens.

Elles sont efficaces pour la disparition du comportement mais ne considèrent pas celui-ci comme un symptôme individuel alors que nous avons vu qu'il est à concevoir dans l'ensemble du fonctionnement de l'enfant, comme une globalité.

De plus, à travers ces techniques, il n'y a pas de prise en compte de l'individualité de l'enfant ni de recherche de la fonction du comportement.

Ainsi, elles peuvent se révéler intrusives et peuvent avoir des conséquences gênantes pour l'enfant comme une augmentation de l'angoisse qui ne peut plus se décharger à travers la stéréotypie.

Enfin, nombre de cognitivo-comportementalistes pensent que les stéréotypies gestuelles seraient un moyen d'attirer l'attention de l'adulte et prônent donc une ignorance du comportement afin de parvenir à l'extinction de celui-ci puisqu'il n'aurait pas l'effet recherché.

Ceci suppose tout de même que l'enfant soit capable d'être sensible aux informations émanant de l'environnement et d'agir en conséquence.

D'autres méthodes paraissent plus adaptées et plus précautionneuses de l'individu.

En effet, on peut envisager d'utiliser la stimulation sensorielle, notamment dans une salle Snoezelen.

L'hypothèse est que dans ces moments là, l'équipement sensoriel sera plus important que la stéréotypie, et donc que l'enfant ne ressentira pas le besoin de l'exécuter.

Cette intervention permet de diminuer l'anxiété, d'augmenter la vigilance, de favoriser l'exploration et de produire un état relaxant.

Ensuite, en fonction du développement de l'enfant et de ses capacités motrices, il est possible de pratiquer des activités physiques extérieures. Celles-ci fournissent des stimulations vestibulaires et kinesthésiques en proposant un engagement moteur incompatible avec la stéréotypie gestuelle. Il est intéressant de travailler autour de ces méthodes mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une expérience dans l'ici et le maintenant.
C'est pour cela que le cadre est important, il faut que l'espace-temps soit contenant et structuré pour permettre à l'enfant de s'y investir pleinement.

En sortant de la salle de psychomotricité, l'enfant reprend la plupart du temps ses habitudes fonctionnelles. Ce travail de durée se fera alors petit à petit sur différents lieux. Il est donc important que l'équipe pluridisciplinaire s'accorde sur l'attitude à adopter.

Pour conclure, il faut se dire qu'il n'y a pas de méthode miracle concernant les stéréotypies motrices. Il faut écouter son sens clinique, être présent et attentif à l'enfant, à ce qu'il nous dit, pour pouvoir mettre en place nos actions, si elles sont nécessaires.

Dans la partie qui suit, je présenterai l'institution dans laquelle j'ai fait mon stage de 3ème année puis je présenterai deux enfants en étude de cas pour faire le lien avec la théorie exposée. Nous pourrons ainsi noter ce qu'il m'a été possible de constater et de mettre en place pour ces enfants.

PARTIE CLINIQUE

I PRESENTATION DE L'INSTITUTION

1) Fonctionnement général

L'hôpital de Jour dans lequel j'ai fait mon stage dépend d'un Centre Hospitalier départemental (CHD) qui appartient au secteur public hospitalier sanitaire et social.
C'est un centre hospitalier de grande envergure puisqu'au niveau du service psychiatrique infanto-juvénile on trouve :
Une unité d'hospitalisation complète, quatre hôpitaux de jour, 21 centres médico-psychologiques (CMP) et/ou centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et 15 accueils et prises en charge en service d'accueil familial thérapeutique psychiatrique.

L'hôpital de jour assure des soins polyvalents, individualisés et intensifs dans la journée, ce qui permet le maintien de l'enfant dans son milieu de vie.
L'accueil peut être complet, séquentiel ou partiel avec une possibilité de scolarisation interne quand cela n'est pas possible dans le milieu scolaire classique.

L'objectif de l'hôpital de jour est en effet de mettre en place des soins personnalisés et évolutifs visant à la réinsertion si possible de l'enfant dans la réalité sociale.
C'est un lieu de passage et de soin où l'accompagnement thérapeutique est adapté à l'enfant et à sa pathologie.

L'hôpital de jour est divisé en quatre groupes d'environ 10 enfants chacun et 3 professionnels. Ces groupes sont effectués en fonction de l'âge des enfants ou bien de leur évolution.
Chaque année, le projet thérapeutique est revu par l'équipe soignante afin d'optimiser la prise en soin.

2) Equipe soignante

Au niveau de l'hôpital de jour dans lequel j'ai réalisé mon stage, l'équipe pluridisciplinaire est composée de nombreuses personnes :

- Un médecin
- Un cadre de santé
- Une secrétaire médicale
- Une assistante sociale
- Un psychologue
- Une psychomotricienne
- Une orthophoniste
- Cinq infirmiers
- Cinq aides médico-psychologiques (AMP)
- Trois éducateurs spécialisés
- Trois moniteurs éducateurs
- Une éducatrice de jeunes enfants
- Trois agents du service hospitalier (ASH)

Le travail institutionnel est la base de l'hôpital de jour et de nombreuses réunions sont organisées afin d'échanger entre professionnels. Principalement, l'équipe se regroupe pour deux réunions hebdomadaires, l'une concernant le fonctionnement de l'institution et l'autre est l'occasion de faire un bilan sur chaque enfant.

3) Public accueilli

Cette structure de 25 places, ouverte en 1980 accueille du lundi au vendredi environ 37 enfants sur l'année scolaire. Certains ne sont là que quelques demi-journée alors le temps est complété par la présence d'un autre enfant pour tenter de pallier à la demande.
Ces enfants de 3 à 12 ans présentent pour la plupart des troubles graves de la personnalité et du comportement, pour lesquels la prise en charge ambulatoire n'est pas suffisante.
Ces pathologies telles que les troubles envahissants du développement compromettent le suivi d'un parcours « classique ».

4) Rôle du psychomotricien

Au sein de l'hôpital de jour, la prise en soin en psychomotricité est décidée par le pédopsychiatre principalement mais peut aussi venir d'une demande de l'équipe.
Le psychomotricien peut aussi intervenir lorsqu'il considère que c'est nécessaire en demandant l'avis de l'équipe pluridisciplinaire.

Selon J. DE AJURIAGUERRA, la psychomotricité a pour but d'appréhender « le corps en relation ».
Pour C. POTEL, « […] être psychomotricien thérapeute c'est avant tout tenir compte en priorité de l'individu sujet, avec ses propres richesses intérieures qui vont lui permettre de créer sa vie. »[25]
Le psychomotricien rencontre l'enfant dans sa globalité, là où il en est dans l'ici et maintenant.

Dans un hôpital de jour pour enfant, c'est la thérapie psychomotrice qui prime sur la rééducation. Le psychomotricien tente de construire avec l'enfant une relation thérapeutique sécure et contenante.
Le cadre est primordial pour aborder ces enfants, ils ont besoin de stabilité et de limites.
Le psychomotricien veillera à respecter le rythme du développement de l'enfant dans une position qui se veut empathique.
Les séances peuvent être individuelles ou en groupe, après l'appréciation des professionnels de santé, pour s'adapter au mieux à l'enfant.

Le psychomotricien à travers sa formation et sa personnalité travaille autour de la conscience du corps propre, du tonus, de la latéralité, du schéma corporel et de l'image du corps, de l'organisation spatiale et temporelle et de la motricité globale et fine.
Sur le lieu de mon stage, la psychomotricienne utilise plusieurs types de médiations :

- un atelier piscine en groupe
- un atelier cirque en groupe
- des prises en soins en extérieur

Mon stage se déroulant seulement sur une journée par semaine, je n'ai pas pu assister à toutes ces prises en soins.

[25] POTEL C., Etre psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir . Toulouse. Edition Eres. 2010, P 12.

En tant que stagiaire, la psychomotricienne m'a proposé d'assister à toutes les prises en soin de la journée sur laquelle j'étais présente.
Lors de ces séances, je pouvais être actrice en proposant des activités ou bien observatrice en me mettant un peu en retrait. Ainsi, j'ai pu expérimenter et développer mon sens clinique en assistant à trois prises en soins individuelles et deux prises en soins de groupe chaque semaine.

De plus, au sein de la structure, j'ai pu assister aux repas sur les différents groupes de vie afin de voir les enfants dans un autre cadre que celui de la séance de psychomotricité mais aussi pour pouvoir découvrir tous les enfants présents sur la structure.

Je présenterai donc dans les parties suivantes mon expérience dans cet hôpital de jour en détaillant deux prises en soins axées sur des enfants présentant des stéréotypies motrices.

II ETUDES DE CAS

A – Noahm

1) Présentation & Anamnèse

Noahm est né le 9 octobre 2003, il a donc 10 ans et 7 mois.

C'est un petit garçon mat de peau avec les cheveux crépus et les yeux marron foncés qui lui donnent un regard intense. Il est souvent habillé en survêtement de sport car se sont des vêtements plus faciles à mettre.

Son développement staturo-pondéral correspond à celui des enfants de son âge.

Concernant son histoire familiale, Noahm n'a pas été reconnu par son père et sa mère a eu de nombreux enfants :

Lili (25 ans) ; Kévin (19 ans) ; Florian (17 ans) ; Noahm et son jumeau Jessy qui ont 10 ans ; Sophie (4 ans) et Jean (1 an).

La situation familiale est donc très complexe, d'autant plus que tous les enfants n'ont pas le même père.

Concernant la naissance de Noahm, aucun renseignement n'est disponible.

Il est précisé dans son dossier que Noahm a subi de nombreuses hospitalisations lors de sa prime enfance pour des épisodes d'asthme importants. De plus, il a fait des crises d'hypotonie généralisées avec révulsion oculaire faisant suite à des chutes ou à une frustration.

On peut supposer là un syndrome d'hospitalisme de Spitz suite à ces hospitalisations et ces examens à répétition mais sans plus de détails cela ne peut être confirmé.

Noahm et son frère jumeau ont vécu avec leur mère jusqu'à leurs quatre ans.

En Mars 2008, un placement judiciaire est demandé et ils sont placés dans un centre d'accueil départemental de semaine (CADS).

A cette époque, les jumeaux présentent un retrait social important, ils sont intolérants à la frustration, incapables de créer des liens et leur enfermement empêche tout apprentissage.

Les jumeaux, lorsqu'ils sont ensemble, présentent une indifférenciation complète. Ils fonctionnent sur un mode écholalique et sont en fusion dans un monde imaginaire qui est le leur. C'est une déstructuration psychique totale, il n'y a plus d'individualité.

La décision prise par l'équipe médicale fut de les séparer dans des familles d'accueil et des institutions différentes afin de créer un espace thérapeutique individuel.
La question du vécu de la séparation se pose alors mais une fois de plus, aucun retour à ce sujet n'est mentionné dans le dossier de Noahm.
A présent, Noahm peut voir son frère et sa mère une fois par mois, lors de visites médiatisées.
Noahm vit dans une famille d'accueil depuis Mars 2008.

2) Diagnostic

Noahm a passé plusieurs examens afin de poser un diagnostic :
En 2010 il est diagnostiqué « autre trouble envahissant du développement ».
En 2012, à ce diagnostic est ajouté un retard mental moyen avec une déficience significative du comportement.
Enfin, en 2013, est confirmé le diagnostic d'autre trouble envahissant du développement.
En termes cliniques, comme exposé précédemment cela signifie que Noahm a un trouble des interactions sociales et de la communication, un retrait relationnel et qu'il a tendance à se réfugier de manière répétitive dans un monde imaginaire. Il présente de nombreuses stéréotypies gestuelles ainsi que des rituels pathologiques.
Ce diagnostic, bien qu'il ne définisse pas de tableau clinique plus complet, nous permet de nous repérer face à cet enfant.

3) Vie au sein de l'hôpital de jour

Noahm est présent sur l'hôpital de jour trois jours complets par semaine. Il vient en taxi et le trajet dure quasiment une heure ce qui est un temps conséquent pour un enfant de son âge avec une telle pathologie.
La question avait été posée de savoir si ce temps là n'annulait pas l'effet thérapeutique de la journée. C'est le principal souci de sa prise en soin car Noahm est un enfant très fatigable.

Outre la psychomotricité, Noahm a d'autres prises en soin au sein de l'hôpital de jour :

- Un suivi thérapeutique individuel avec une psychologue où il s'agit de se mettre en jeu dans des histoires imaginaires de son choix.
- Un atelier théâtre qui au début consistait à des jeux sur la respiration, les intonations de voix ou encore sur du mime et qui a maintenant pour but de créer et jouer une pièce de théâtre.

- Une prise en soin avec la médiation « ordinateur » pour en découvrir le fonctionnement.
- Des sorties de socialisation dans des magasins, des parcs de jeux…

Ce qui ressort de ces prises en soin c'est qu'elles sont en général toutes bien investies par Noahm.

4) Bilan psychomoteur & projet thérapeutique

Le bilan psychomoteur a été réalisé par la psychomotricienne en septembre 2013, je n'y ai pas assisté car je ne suis arrivée qu'un mois après dans la structure.

Le bilan révèle que Noahm est latéralisé à droite, mais que la coordination oculo-manuelle et bi-manuelle se fait difficilement. On constate un retard conséquent des coordinations générales ce qui rend les mouvements peu fluides, notamment à cause des stéréotypies motrices. Noahm est un enfant très fatigable et peu mature qui s'enferme régulièrement dans des histoires merveilleuses. La situation de bilan étant difficile pour lui du fait de sa sensibilité au regard de l'adulte, la plupart des informations relèvent de l'observation.

Noahm est suivi en psychomotricité depuis l'année 2008. La première année, la prise en soin était individuelle puis il a été intégré à un groupe « piscine » pendant deux ans pour enfin repasser à une prise en charge individuelle car le groupe et la médiation eau n'étaient plus porteurs pour lui. Noahm a évolué au niveau de l'autonomie ainsi qu'au niveau relationnel (avec l'adulte notamment) mais il a encore de grandes difficultés psychomotrices.

Les objectifs généraux en psychomotricité sont de persévérer le travail sur l'autonomie et la valorisation, d'œuvrer pour une meilleure régulation tonique, et enfin de se centrer sur les coordinations et l'organisation corporelle.

On constate donc que la prise en soin en psychomotricité n'est pas spécifique aux stéréotypies motrices, cet aspect est pris dans un ensemble. Par notre approche thérapeutique, le choix a été fait de ne pas se focaliser sur ses stéréotypies mais de les appréhender par rapport à un ensemble, en lien avec ce qu'il est dans sa globalité.

5) La rencontre

Comme dit Françoise Désobeau, « on rencontre une personne à part entière, lié à son environnement, c'est un être en relation et surtout l'enfant est un être en devenir qui se construit et se développe progressivement. »,[26] c'est dans cette optique que je rencontre Noahm.

La psychomotricienne et moi-même lui expliquons la raison de ma présence et le fait que je serai là à chaque séance.

Il n'a pas de réaction particulière et semble parfois même ne pas me voir : il me fixe sans me regarder.

Au fil des séances, lorsque je vais le chercher sur son groupe de vie, il ne m'adresse pas la parole, très peu de regards et marche loin de moi jusqu'à la salle.

Un fois arrivé dans la salle de psychomotricité, il se tourne vers moi et m'adresse un « bonjour Camille ». Comme si ma présence prenait forme seulement dans ce lieu.

Cette scène se répète mais au fil des semaines le « bonjour Camille » arrive de plus en plus tôt : il s'adresse à moi dans le couloir qui mène à la salle, dans les escaliers ou en sortant de son groupe d'activité.

Enfin, chaque semaine j'arrive sur son groupe un peu avant la séance de psychomotricité et nous prenons le temps de discuter de sa semaine avant que la psychomotricienne arrive.

Noahm a donc pu au fil du temps intégrer que ma présence n'est pas seulement liée à la salle et aux séances de psychomotricité mais bien que je suis présente dans toute la structure la journée du jeudi.

6) Description des stéréotypies gestuelles

Noahm est un enfant qui présente plusieurs formes de stéréotypies motrices.

D'après la classification de B. Virole présentée en partie théorique, on peut dire que Noahm présente des stéréotypies de type I : il réalise des balancements du tronc lorsqu'il est assis.

Il effectue aussi des stéréotypies de type V : il agite ses mains, les bras éloignés du buste, c'est un mouvement de flapping.

De plus, lorsque Noahm discute avec quelqu'un, il est dans un tournoiement constant.

[26] DESOBAU F.- Thérapie psychomotrice avec l'enfant : la rencontre en son labyrinthe. Ramonville Saint-Agne. Erès. 2008.

Enfin, comme dit précédemment, les enfants porteurs de TED ont une marche caractéristique que l'on retrouve chez Noahm : la chaine musculaire postérieure est contractée, l'appui est sur la pointe des pieds et les membres supérieurs sont en triple flexion. Il donne l'impression de rebondir lorsqu'il marche.

Ses stéréotypies sont absentes lorsque Noahm est concentré, fixé sur une tâche mais reprennent avec une intensité plus importante lorsqu'il arrête son activité.
De même, lorsqu'il « rêve » comme il dit lui-même, c'est-à-dire qu'il n'est pas présent dans l'ici et maintenant, qu'il pense à autre chose, ses mouvements stéréotypés prennent le dessus.
Il y a donc une alternance permanente entre moments d'activités et de concentration et moments de « déconnection » caractérisés par les stéréotypies motrices.

Rappelons que les stéréotypies sont dépendantes de l'état émotionnel de l'enfant.
Pour Noahm, on constate qu'elles sont prédominantes dans les moments de joies, les moments de discussion ou les moments de flottements entre deux activités.
De même, elles varient en fonction de l'état de fatigue de Noahm : plus il est fatigué, plus elles prendront de l'ampleur.

Selon moi, au vu des moments dans lesquels elles apparaissent, ses stéréotypies motrices sont principalement un moyen de décharge de l'excitation qui lui permettent de retrouver un équilibre émotionnel lorsque cela est trop envahissant pour lui.
On peut aussi supposer qu'elles nourrissent son sentiment d'existence étant donné que dans les moments où l'on ne prête pas attention à lui, où l'on n'est pas présent à la relation, ses stéréotypies motrices augmentent, comme pour lui permettre de continuer d'être.

Noahm est conscient de faire des stéréotypies.
Il lui arrive de le verbaliser : dans l'atelier théâtre, il joue un père de famille qui gronde un de ses enfants et cette scène lui procure beaucoup de plaisir.
C'est source chez lui d'un élan de stéréotypies.
A ce moment-là, Noahm se reprend et dit « ah non, c'est vrai, un papa ça ne fait pas de stéréotypies ! ».
De même, lorsqu'une personne l'interpelle dans l'établissement en lui faisant remarquer verbalement ses gestes, il est alors capable de les stopper.
En séances de psychomotricité, en règle générale, lorsqu'il réalise un mouvement de flapping ou qu'il tourne sur lui-même, la psychomotricienne et moi-même le regardons avec

insistance, sans dire un mot. Il comprend alors que son agitation motrice perturbe son discours et s'arrête en faisant une mimique de désolation. Le but est qu'il prenne conscience des conséquences de son comportement.

Ainsi, dans ces moments-là, lorsque les mouvements stéréotypés prédominent, Noahm est indisponible à la relation. Je le perçois comme focalisé sur ces gestes, comme s'il coupait tout lien entre lui et l'environnement.
Il est vrai qu'à mon arrivée sur ce lieu de stage, j'étais intriguée par ces mouvements.
Je me questionnais alors si cette réaction avait un lien avec ma présence car le fait qu'une nouvelle personne entre dans cette relation thérapeutique déjà formée n'est pas quelque chose d'anodin.
Dans ces moments-là, je me suis souvent demandée ce qu'il fallait faire et si ma position, ma potentielle action ou justement mon retrait aurait une quelconque influence.
Il m'a donc fallu en premier lieu apprendre à connaître Noahm en lui laissant le temps de s'accoutumer à ce changement.
Ensuite, il était important de repérer les moments, les éléments déclencheurs de ces mouvements stéréotypés pour pouvoir mettre du sens sur ces actions.
Enfin, j'ai cherché à considérer les répercussions que les stéréotypies ont sur le développement psychomoteur de Noahm, afin d'établir une prise en soin adaptée.

7) Influence des stéréotypies et prise en soin

J'ai pris le parti ici de présenter certains aspects du développement psychomoteur sous forme séparé pour une meilleure lisibilité, tout en n'oubliant pas que chacun est intriqué avec les autres pour former un tout.

Au niveau moteur

Noahm a une organisation tonique, une posture et une tenue corporelle particulières.
En effet, il semble à la fois hypertonique au niveau des épaules et des jambes et à la fois hypotonique au niveau de la tête et des bras qui balancent, ce qui lui donne une démarche singulière : ses jambes sont raides, il marche sur la pointe des pieds et ses bras balancent au bout de ses épaules qui paraissent « fixées » au niveau du cou.
Il y a une réelle disparité tonique au niveau de son corps.

Lorsqu'il fait une activité manuelle, il n'est pas rare que l'objet qu'il a dans sa main tombe, par manque de tonus.
Noahm est dans une alternance tonique, à certains moments il est totalement hypotonique et paraît comme épuisé, à la limite de l'endormissement alors qu'à d'autres moments, lors des stéréotypies motrices par exemple, il présente une hypertonie globale.
L'alternance hypotonie/hypertonie est « normale » chez les enfants et amène le concept d'enveloppe tonique selon S. ROBERT OUVRAY.[27]
Or dans le cas de Noahm, ces variations ne correspondent pas à des variations de stimulations. Lorsque le passage entre tension et détente est trop rapide, on peut faire le lien avec un défaut de coordination qui génère aussi une instabilité émotionnelle comme c'est le cas chez Noahm.

En séances de psychomotricité, nous avons donc abordé cette question du tonus en jouant avec un ballon de basket ou des raquettes de tennis, en intérieur et à l'extérieur.
Lorsque Noahm essaie de faire rebondir le ballon, le manque de tonus dans son bras fait que lorsqu'il tape le ballon, celui-ci ne rebondit pas assez haut, ce qui l'oblige à se plier en deux au niveau du bassin pour le rattraper et le faire rebondir à nouveau.
De plus, le manque de coordination provoque un décalage entre les rebondissements du ballon et le moment où il tape dans celui-ci.

Dans ces moments-là, après plusieurs explications et variations du jeu, Noahm nous entraine facilement dans une passivité communicative. Il faut alors redoubler d'attention, être encore plus dynamique pour lui permettre d'avoir un niveau d'éveil suffisant et nécessaire dans le jeu.
Il parvient alors à faire quelques dribbles, passes et lancers de ballon.

Noahm est très fier de lui lorsqu'il réussit et s'adonne à ses stéréotypies gestuelles sans limite. Pour pallier à cela, chaque fois qu'un tel moment s'annonce, je m'approche vers lui et nous nous tapons dans la main pour exprimer, pour symboliser la joie.
C'est une manière de remplacer la stéréotypie par un jeu relationnel.
Noahm intègre très bien cette nouvelle notion et lorsqu'il est dans des moments de joies autour d'un jeu accourt vers moi pour se féliciter.

[27] ROBERT-OUVRAY S., Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité, Paris, Desclée de Brouwer, 2010.

Au fil des séances, on remarque que lors des discussions, Noahm est capable de se poser sans mouvements. De même, la marche devient plus fluide, les bras restent le longs du corps, la tête est fixe malgré une marche toujours sur la pointe des pieds, caractéristique des enfants atteints de TED.
Noahm me semble plus présent et attentif à ce qu'il dit verbalement ainsi que par son attitude corporelle.

Au niveau de l'espace et du temps

A chaque début de séance, lorsque nous arrivons dans la salle avec Noahm, je remarque que ses stéréotypies sont prédominantes, quoi qu'il soit en train de faire : s'il est assis il se balance, s'il me parle il tourne en rond dans l'espace de la salle ou encore s'il observe dehors il secoue ses bras.
De plus, il pose souvent la question de « qu'est ce qu'on va faire aujourd'hui ? ».
Je pose alors l'hypothèse que le fait de ne pas savoir ce qu'il va se passer durant la séance est angoissant pour lui, qu'il est en manque de repères.
Noahm étant attiré par les histoires imaginaires et notamment les histoires de conte de fée, nous lui proposons de construire sur plusieurs séances une maison en carton qui pourrait être celle de boucle-d'or ou d'une princesse.
Il accepte le projet, sans trop d'enthousiasme mais sans pour une fois refuser catégoriquement, comme toute proposition nouvelle faite habituellement.
Cette construction à pour but de mener un projet sur long terme, d'anticiper les prochaines séances afin que ce ne soit pas source d'angoisse, mais aussi de travailler les coordinations et la motricité fine.
En effet, à 10 ans Noahm ne s'habille pas toujours seul, il ne sait pas mettre ses chaussettes, il ne sait pas couper sa viande et à besoin d'aide pour la plupart des activités de la vie quotidienne.
Les séances qui suivent sont donc employées à la construction de la maison.
Noahm n'est pas toujours impliqué, il râle, paraît s'endormir puis tout à coup se réveille pour choisir la couleur des murs : son humeur est changeante.
J'ai l'impression d'être face à un enfant disponible par intermittence. Il se met parfois à répéter tous mes propos, il tourne sur lui-même, il est « en boucle ».
Cela me donne l'impression qu'il veut arrêter tout ce qui se passe autour, que cela lui demande trop d'attention, que c'est trop de stimulations.
Après quelques séances difficiles, Noahm nous exprime son souhait d'arrêter la construction de la maison, ce que nous acceptons puisque c'est une demande de sa part.

A travers ces séances, on a remarqué que la quantité de stéréotypies exécutées avait nettement diminuée en début de séance, confirmant alors l'hypothèse posée au préalable.
En revanche, cette activité demandait un effort considérable à Noahm et il ne pouvait gérer toutes ces contraintes.

Par la suite, nous avons convenu avec la psychomotricienne de commencer la séance toujours de la même manière ou avec un jeu de son choix afin de pérenniser cette idée de stabilité dans les séances. Puis, nous proposons a Noahm de nouvelles activités qu'il accepte et investit de mieux en mieux.
On assiste alors à la naissance de nouvelles demandes comme par exemple savoir sauter à la corde ou d'apprendre à jouer au baby-foot.
Nous considérons ces demandes comme une envie d'évoluer, de découvrir, de faire et de savoir-faire de nouvelles choses.
Noahm est moins dans une stagnation constante, une attente psychique et corporelle.

Au niveau corporel, on observe une attitude plus dynamique, une meilleure tenue axiale, Noahm parait plus unifié, rassemblé corporellement, bien que l'hypotonie des membres supérieurs soit toujours présente.
Il est capable d'investir l'espace de la salle dans ses mouvements, de même lors d'activités en extérieur : nous jouons au badminton et il propose alors de m'expliquer comment il a appris à lancer le volant.
Il me dit qu'il faut tenir la raquette près de soi, éloigner l'autre bras pour lancer le volant et essayer de l'envoyer le plus loin possible.
Je note donc qu'il a acquis la conscience de l'espace sensori-moteur, c'est-à-dire de l'action et du mouvement mais aussi de l'espace perçu.
A travers la construction de la maison, on constate qu'il commence à avoir accès à l'espace représentatif en nous exprimant par exemple que telle pièce sera le salon car c'est la plus grande.
Noahm chemine vert l'apprentissage de la déduction et de la représentation du monde, de lui et de l'autre.

On remarque que Noahm, même s'il ne trouve pas de solutions de lui-même lorsqu'il est en difficulté, même s'il reproduit ses erreurs sans parfois comprendre pourquoi cela ne fonctionne pas, a désormais l'envie de réussir, de progresser, d'atteindre des buts précis.

Ses stéréotypies n'ont pas disparu, je dirais plutôt qu'il a acquis la capacité de les contrôler mais qu'il est encore nécessaire pour lui de les réaliser.
Comme le précise A.M LATOUR, les stéréotypies ont toujours une fonction, c'est pourquoi il ne faut pas chercher à les supprimer sans raison, sans se questionner.
Les stéréotypies motrices sont envahissantes pour Noahm car elles sont sources de rejet social.
En effet, il va quelques heures par semaine dans une classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) et l'adaptation avec les autres enfants du fait de ses comportements « étranges » est difficile.
C'est une souffrance pour lui qu'il parvient de plus en plus à exprimer.
Le travail autour des stéréotypies motrices se justifie aussi par la gêne qu'il ressent face à ce rejet social.

Au niveau de la relation et du vécu

Fréquemment, Noahm refuse l'activité proposée avant même que j'ai eu le temps de l'énoncer en entier. Je n'interprète pas cela comme une opposition mais plutôt comme une angoisse : peur de la nouveauté, peur de l'échec, peur de la difficulté.
Il arrive alors qu'il « s'agace » en disant qu'il ne veut rien faire du tout et devient alors envahi de stéréotypies plus globales que d'ordinaire : il se balance, secoue sa tête d'avant en arrière, tourne sans cesse dans l'espace.

Au début de mon intervention, j'ai souvent été perturbée par cette attitude et j'ai donc tenté plusieurs approches afin de redonner à Noahm la possibilité d'investir la séance.
Lorsque je propose à Noahm de choisir l'activité lui-même, sans émettre de propositions, il dit « de toute façon je ne veux rien faire, non non non… », ou répète tous mes propos sans répondre à la question posée.
Il lui arrive aussi de rester figé, sans mouvements, la bouche ouverte en me fixant droit dans les yeux. Je répète alors la question sans plus de succès. Noahm est ailleurs, il n'est pas présent à ce moment-là dans l'échange même si son regard me fixe, il ne me regarde pas avec intention.
Quand j'essaye de comprendre son refus catégorique en mettant des mots sur ses angoisses, en émettant des suppositions, Noahm réagit de la même manière.

Noahm est un enfant qui aime rire, qui aime les blagues et surtout les partager. Chaque jeudi, jour où je suis dans la structure, il écrit une « blague » sur le tableau de son lieu de vie et attend que j'arrive pour me l'exposer. C'est toujours un grand moment de partage et de rire, un rituel important pour lui : si la blague n'est pas finie on ne peut pas monter dans la salle de psychomotricité.

Un jour, alors que le schéma du refus se répète, je me lève, rigole fort et lui dit « très bien, aujourd'hui moi non plus je ne fais rien, chouette, c'est les vacances ».

Noahm rigole alors un instant puis m'interroge, l'air inquiet en me disant « mais non ce n'est pas vrai, on va faire quelque chose hein ? C'est une blague ? ».

Je ressens à ce moment-là chez lui une angoisse du vide, la peur de ne rien faire, que je ne sois plus là pour lui proposer des activités, pour le solliciter.

C'est finalement lui qui me demande si on peut aller faire du Badminton et la séance se déroule sans autre refus, avec toujours une légère inquiétude quant à la suite.

Je me suis adaptée à Noahm, en fonction de ses réactions et de sa façon si spécifique de fonctionner. A partir de là, il est plus simple pour moi d'anticiper et d'introduire des variations dans nos activités pour diriger les séances avec lui.

Au niveau du schéma corporel, Noahm connaît les membres du corps sur lui et sur Autrui.

Cette connaissance est favorisée par le fait qu'il regarde de nombreux DVD de contes de fées auxquels il s'identifie.

En revanche, concernant ses ressentis corporels, il est très difficile pour lui de les identifier et les verbaliser. Il peut localiser une sensation agréable ou désagréable mais ne peut pas l'exprimer, mettre des mots dessus.

Un travail sur son corps, ses ressentis et son expression corporelle est petit à petit intégré aux séances hebdomadaires de psychomotricité.

Ainsi, en séance de psychomotricité, il dessine la psychomotricienne « avec des cheveux longs parce que je ne sais pas faire les cheveux courts » puis un mois plus tard, se représente lui-même sur un dessin. [ANNEXE 1 et 2].

On constate que tous les éléments sont présents et qu'il différencie bien le genre : cheveux long et jupe pour une femme, pantalon et cheveux courts pour un homme.

Cependant, ces dessins restent pauvres pour un enfant de son âge, les membres ne sont pas équilibrés et il faut préciser que les bras sont rattachés à ce qu'il appelle le « cou ». Il n'y a donc pas la présence du tronc.

Enfin, la position des bras, très près du cou, de petite taille et les doigts écartés m'évoquent les stéréotypies type flapping qu'il réalise régulièrement.

8) Conclusion

Noahm présente un tableau clinique complexe en lien avec son histoire.
Il m'a donc fallu dans un premier temps pouvoir repérer les signes cliniques de sa pathologie, apprendre à connaître cet enfant avant de pouvoir appréhender ses troubles au niveau psychomoteur.
On note chez lui une alternance de périodes de fixité voire de régressions avec des périodes d'évolutions auxquelles il faut savoir s'adapter.

La prise en charge en psychomotricité permet à Noahm d'expérimenter, de faire face à la frustration, d'établir un lien, d'explorer ses limites corporelles.

Le milieu familial carencé et les nombreux changements de la prime enfance ont eu sans aucun doute des répercussions sur son développement mais il est difficile de les quantifier.
Ainsi, il est difficile de quantifier le degré d'implication de la pathologie et celui de l'environnement dans le fonctionnement de Noahm, c'est-à-dire qu'on ne peut différencier l'inné de l'acquis.

Il est important de s'ajuster aux demandes et aux besoins de Noahm pour construire les séances de psychomotricité. De plus, il faut parvenir à pallier ses domaines d'enfermements afin d'éviter le retrait relationnel et orienter le travail vers la découverte et l'expérimentation et l'envie.

Enfin, Noahm a appris à mieux « gérer » des stéréotypies motrices et s'adapte petit à petit en fonction du lieu dans lequel il est.
Il est important qu'il puisse trouver un équilibre entre le besoin de réaliser ces gestes et le malaise qu'ils provoquent. C'est ce que j'ai essayé d'accompagner pendant les séances de psychomotricité.

B – Gaby

1) Présentation et anamnèse

Gaby est un petit garçon d'origine marocaine né le 31 janvier 2007. Il a donc actuellement 7 ans et 4 mois.
Il est mat de peau, très brun et présente un développement staturo-pondéral inférieur à celui des enfants de son âge : il mesure environ 113 centimètres pour 20 kilos, ce qui correspond à un enfant de 6 ans.

Gaby vit avec ses deux parents et il est le cadet d'une fratrie de trois.
Sa grande sœur a 10 ans et son petit frère a 3 ans.
Gaby est né à 38 semaines d'aménorrhées sans soucis particuliers lors de la grossesse et sans antécédents médicaux.
A 11 mois de vie, le pédiatre note un retard neuromoteur marqué par une hypotonie axiale importante ce qui a retardé l'acquisition de la marche qui s'est faite à seulement 21 mois (la moyenne étant aux alentours de 12 mois).

Il est précisé dans son dossier que Gaby a débuté l'acquisition du langage avec des gazouillements puis quelques mots tels que « papa » et « maman » mais qu'il y a eu un arrêt brutal au bout de 24 mois.
Gaby a été diagnostiqué autisme de Kanner typique en 2009, ce diagnostic d'autisme infantile a été confirmé en 2012.
Il était alors suivi dans un centre de guidance infantile.

2) Admission à l'hôpital de Jour

Gaby est entré à l'hôpital de jour en août 2012, adressé par le centre de guidance infantile.
Il présente un développement anormal des interactions sociales et de la communication avec un évitement du regard, peu de relations car l'autre est instrumentalisé, une absence de langage et des stéréotypies motrices importantes.
De plus, des troubles alimentaires et du sommeil sont associés à ce tableau clinique.

L'entretien pour l'admission se fait en présence des deux parents de Gaby qui paraissent très attentifs à leur enfant et disent vouloir l'accompagner au mieux malgré l'absence de demandes de sa part. Ses parents verbalisent la souffrance qu'ils éprouvent face à leur impuissance et la difficulté d'accepter la pathologie.

Ils s'expriment en disant « il vit dans un autre monde ».

Ses parents le décrivent comme un enfant non craintif, souriant, qui ne fait pas de crises et qui privilégie l'aspect sensoriel.

3) Vie au sein de l'hôpital de jour

Gaby est intégré au groupe des « petits » dans l'hôpital de jour.

Il est présent une journée complète et quatre matinées par semaine. Il prend aussi son repas trois fois par semaine au sein du groupe.

Dans ce groupe de huit enfants, Gaby est décrit comme étant souvent en retrait, fuyant l'agitation avec des manifestations compensatoires comme se boucher les oreilles lorsqu'il y a trop de bruit autour.

Il a peu d'interaction avec les autres enfants et préfère des activités telles que déchirer du papier ou jouer avec des brindilles.

Outre la psychomotricité, Gaby participe à d'autres prises en soin :

- Piscine avec la psychomotricienne
- atelier autour de la découverte des cinq sens
- des sorties découvertes, des sorties à la bibliothèque et des lectures de comptines
- une prise en soin autour de la communication non verbale avec la psychologue

Ce qui ressort généralement par rapport à Gaby c'est que c'est un enfant « absent », qui s'enferme facilement dans des mouvements stéréotypés.

C'est un enfant qui peut rapidement passer inaperçu si on ne le stimule pas car il n'exprime pas ou très peu de demandes.

Enfin, il faut souligner que Gaby n'est pas encore propre, il ne porte pas de protections à l'hôpital de jour et il est capable de se retenir toute la journée. Lorsqu'on lui met une protection, il fait alors immédiatement ses besoins.

D'après A.M LATOUR, il n'est pas rare que les enfants autistes n'aient pas acquis la sphinctérisation et tout le répertoire d'expériences qui s'y rattache. En effet, selon elle, ils organisent souvent une rétention des matières car ils n'ont pas le sentiment d'être délimités, organisés et donc ont du mal à se débarrasser de ce qui les persécute.
C'est une forme d'accrochage autistique afin de ressentir le « dur » dans le corps. On peut relier cela au fait d'être hypertonique en pratiquant des stéréotypies gestuelles. Tout ceci contribue à faire émerger un sentiment d'existence.
Le psychomotricien aura une conduite thérapeutique en essayant de permettre à l'enfant de ressentir son corps propre.

De même, les repas sont des temps complexes : ses repas sont adaptés car il n'accepte de manger que des pâtes avec une épice marocaine et du pain.
Pour d'autres aliments, il arrive parfois à les porter à sa bouche seulement pour percevoir le goût sur ses lèvres mais cela reste rare.
On note encore une fois une angoisse douloureuse face à la nouveauté et un besoin d'immuabilité.

4) Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Je réalise le bilan psychomoteur de Gaby au mois de Mars.
Ce bilan, comme le précédent est basé sur des observations lors de mises en situation car un bilan standardisé n'est pas réalisable au vu de sa pathologie.

La communication avec Gaby est perturbée du fait de l'absence totale de langage verbal. Gaby ne répond pas non plus à l'appel de son prénom et ne fixe que rarement le regard.

- Au niveau des coordinations dynamiques générales :

Gaby a un maintien corporel correct ce qui lui permet un bon équilibre statique et dynamique.
Sa marche est stable bien que spécifique : sur la pointe des pieds, les membres inférieurs en hypertension et les membres supérieurs en triple flexion.
Son rythme est plutôt lent, il est peu actif et ne se déplace que si l'adulte le sollicite.
Gaby se dirige préférentiellement vers les objets ronds comme le ballon et le fait rebondir sur différents types de surfaces.
Il est difficile de différencier ce qui est de l'ordre du jeu et de l'expérimentation de ce qui relève de la stéréotypie.

- Au niveau manuel :

Gaby réalise de nombreuses stéréotypies gestuelles incluant des objets la plupart du temps.
Il s'enferme dans des stéréotypies motrices qui entravent sa curiosité pour le monde environnant.
Pour réaliser les actions qu'il ne peut pas faire seul, il instrumentalise l'adulte en se servant de la main de l'autre comme prolongement de la sienne.
Gaby semble latéralisé à droite : il prend les objets préférentiellement de la main droite mais cela ne peut être affirmé car si on lui donne un objet à gauche, il ne le fait pas passer dans sa main droite.

- Au niveau relationnel :

Gaby est un enfant discret, silencieux, qui n'exprime que des petits cris voire des rires à certains moments. Il ne va pas spontanément vers l'adulte mais peut parfois venir se coller à lui, en recherche de contacts corporels.
Il peut exprimer des demandes comme par exemple ouvrir le placard de la salle de psychomotricité et attraper une couverture pour refaire un jeu réalisé en séance.
Il est dans une recherche d'immuabilité constante.
Gaby est en confiance avec l'adulte et le suit facilement. Il ne semble pas cependant différencier un adulte d'un autre, c'est-à-dire qu'il ne les distingue pas.
Enfin, Gaby a acquis la conservation de l'objet même quand celui-ci est situé dans son dos.

En conclusion, on peut dire que Gaby présente des troubles du développement persistants et une évolution à minima.
Le travail en psychomotricité aura pour indication le développement de la communication non verbale, permettre à Gaby d'expérimenter un sentiment de contenance et d'amener à la différenciation Moi/Autre.
Il faut toujours une stimulation importante pour qu'il puisse s'ouvrir au monde extérieur.

5) Description des stéréotypies gestuelles

Gaby présente des stéréotypies gestuelles variées et omniprésentes.
Les mouvements stéréotypés qu'il réalise sont :

- Le flapping ou battement d'aile qui correspond à un mouvement de flexion et d'extension des poignets et des doigts. Cela correspond à un stéréotype V dans la classification de VIROLE.

- Un mouvement de balancier du tronc vers l'avant et l'arrière (Stéréotype I).
- Un mouvement de balancier de la tête de gauche à droite (Stéréotype I)
- Un mouvement de décroisement de l'index et du majeur droit auquel parfois se surajoute un tapotement sur la bouche (Stéréotype III & IV)
- L'utilisation d'objets légers et volants comme du papier, un foulard, une ficelle qu'il secoue de haut en bas.

On peut donc dire que Gaby établit de nombreuses stéréotypies qui intègrent à la fois son corps dans son ensemble, une partie de son corps ou encore l'environnement.

Ses mouvements stéréotypés sont omniprésents, il y a très peu de moments où ils sont absents. Gaby est en recherche de stéréotypies lorsque par exemple en arrivant dans la salle de psychomotricité il se dirige vers le placard où se trouvent les foulards et en prend un pour réitérer une expérience précédente.
Il investit chaque objet trouvé pour en faire une nouvelle stéréotypie. Il n'y a pas d'exploration particulière de l'objet, de sa forme ou de sa matière.
Ses stéréotypies sont donc envahissantes voire peut-être obsessionnelles et perturbent son rapport avec l'environnement.

6) Prise en soin en psychomotricité

Gaby est intégré à une prise en soin de groupe en psychomotricité avec 3 autres enfants et 3 adultes : la psychomotricienne, l'éducatrice du groupe des « petits » et moi-même.
Je vais en premier lieu décrire le déroulé d'une séance type en intégrant le comportement de Gaby par rapport aux différentes activités pour ensuite expliquer ce qui a été mis en place.

Au début de l'année, lorsque je rencontre Gaby, c'est un enfant très renfermé, qui me paraît totalement coupé de la réalité et qui semble s'être construit une barrière très solide pour se protéger du monde environnant.
Gaby ne répond pas à l'appel de son prénom, ne manifeste pas d'émotion, d'envie et de désir : c'est un enfant qui se fait facilement oublier.
Pour aller jusqu'à la salle de psychomotricité, il n'a aucune réaction, il se contente de suivre le groupe.
Je me demande alors s'il sait où l'on va et s'il a conscience de ce changement d'environnement.

Puis, une fois arrivé dans la salle, il se dirige préférentiellement vers un jeu pour enfant posé sur le côté du bureau : c'est un jeu fait de circuits de couleurs avec des sortes de perles qu'il faut passer d'un bout à l'autre.
Il se positionne alors dans un recoin, entre l'angle du mur et le bureau pour agiter ces perles dans un mouvement répétitif et rythmé.
Gaby semble s'être enfermé tant physiquement que psychiquement, comme pour se protéger de l'agitation des autres enfants à leur arrivée dans la pièce.

Lorsque l'on va chercher Gaby pour faire la ronde (rituel de début de séance), il nous suit sans manifestation et participe sans toutefois reproduire les gestes demandés.
Il paraît sur ce temps là plus attentif aux autres personnes présentes dans la salle.

Ensuite, le temps de préparer l'activité suivante, nous laissons un moment d'attente et les enfants s'assoient. Souvent, dans ce temps de latence, Gaby se « colle » à l'adulte le plus proche. Il est alors « plaqué » à celui-ci, comme fusionné. Cette fusion lui laisse de l'espace pour effectuer des stéréotypies nouvelles : il lui arrive d'intégrer mes cheveux comme nouveau comportement stéréotypé : comme pour les ficelles ou le papier il les fait voler dans un mouvement précis.
Chez les enfants autistes il y a une réelle difficulté pour différencier ce qui fait partie de leur corps ou non. Le Moi n'est pas perçu comme entier, intact, il est constitué de plusieurs parties non reliées les unes aux autres.
On relie cela au concept d'identification adhésive développé par E. BICK et approfondi par D. MELTZER. C'est un mécanisme qui vise à supprimer toute discontinuité entre le moi archaïque et l'objet, à éliminer toute limite ou perception de limite entre les deux.
C'est lorsque par exemple l'enfant s'accroche à l'Autre ou qu'il utilise sa main comme prolongement de la sienne. On retrouve aussi dans ce concept d'identification adhésive le fait que l'enfant soit dans une forme de mimétisme sur l'objet, c'est-à-dire qu'il ne peut s'en séparer pour créer sa propre identité.

L'activité qui suit consiste à envelopper les enfants chacun leur tour dans une couverture puis à les balancer lentement.
Gaby change alors totalement de comportement : il rit, est attentif à ce qui se passe, regarde l'adulte en face de lui. Ce mouvement de balancier semble l'apaiser et lui permet d'être plus présent à lui-même et à l'autre.

Ensuite, nous faisons des parcours psychomoteurs avec explorations de différentes sensations, en travaillant sur les notions dessus/dessous et dedans/dehors.
Sur ces temps là, Gaby s'écarte de l'activité et retourne se blottir dans un coin pour reprendre ses stéréotypies. En revanche, si on l'accompagne, il le fait sans refuser et sans difficulté.

Enfin, nous finissons la séance par un temps libre puis une chanson.
Gaby prend alors en général un foulard ou une feuille et reste dans un endroit précis de la salle à secouer cet objet.
C'est un temps où en général les enfants bougent beaucoup, font du bruit, touchent un peu à tout mais pour Gaby, l'agitation des autres enfants est contraignante : il arrive de le voir se boucher les oreilles pour ne plus subir le bruit environnant.
Dans ces moments là, les stéréotypies me paraissent liées à l'activité des autres enfants.

Lorsqu'on sollicite Gaby, il nous suit sans manifestation d'agacement ou autre, et abandonne son activité sans problème particulier : il ne réagit pas à la frustration.
De même, lorsque les autres enfants passent près de lui ou lui retirent l'objet qu'il a dans la main, il ne réagit pas.
J'ai l'impression que Gaby subit chaque évènement et qu'il est impuissant face à cela.

7) Evolution

Au fil des séances, certains changements sont apparus chez Gaby.
En effet, désormais lorsqu'il rentre dans la salle de psychomotricité, il ouvre le placard qui contient la couverture, ce qui implique qu'il sait où sont les choses, et la désigne pour reproduire la même activité.
On peut donc dire qu'il exprime une demande claire et qu'il a repérer cet espace-temps qu'est la séance de psychomotricité.
Nous mettons alors des mots sur le comportement de Gaby en lui demandant ce qu'il veut, en lui disant que oui nous allons nous en servir mais que d'abord il y a le temps de la ronde.
Là aussi, nous observons un changement : Gaby parait s'énerver, il bouge dans tous les sens en redoublant d'activités stéréotypées comme pour faire face à une frustration extrême.
Il lui arrive même parfois de pleurer car il est difficile pour lui d'abandonner son idée, d'accepter de ne pas satisfaire son désir immédiatement.

On note donc chez Gaby la naissance de demandes, de souhaits qui sont exprimés corporellement. Nous encourageons cette démarche qui permet de meilleurs échanges avec lui.

De même, lorsque certains enfants sont trop proches de lui, il est capable de les repousser, de leur faire comprendre que c'est trop pour lui.

Gaby semble alors moins « passif » lors des séances de psychomotricité.

Parfois, j'observe que Gaby parvient à réduire ses comportements stéréotypés quelques instants pour être plus attentif à ce qui se passe autour. Il paraît avoir des moments d'ouverture, de curiosité.

Dans ces moments-là, Gaby accepte ma présence avec une bonne distance relationnelle selon moi : il n'a ni besoin de s'éloigner, ni besoin de se coller à moi.

Je peux alors lui proposer des jeux simples d'imitation qu'il est capable de répéter (taper dans ses mains, taper dans les miennes…) si la séquence proposée est fixe.

Cela peut durer quelques minutes mais lorsque Gaby ne peut plus supporter cette situation, il reprend ses comportements stéréotypés.

Grace à l'immuabilité de la structure de la séance de psychomotricité, je perçois que Gaby semble plus en confiance. Il parait plus serein dans l'espace : il se réfugie moins dans des coins fermés et s'autorise quelques explorations.

Je tente donc, sur le temps de jeu avec les foulards, de modifier sa séquence motrice pour lui permettre de nouvelles découvertes. Alors qu'il agite son foulard de haut en bas, je place mes mains en dessous pour contenir ce foulard. En même temps, je verbalise ce qu'il se passe. Au début, Gaby ressort vite le foulard puis petit à petit le laisse plus longtemps et s'amuse de ce changement.

Il s'agit là de modifier sa stéréotypie en un jeu qui lui permet d'interagir avec son environnement. Evidemment, cela ne se fait pas en une seule fois, il faut répéter cette scène et quand cela devient possible, on tente d'y introduire de nouvelles modifications.

Enfin, on note que précédemment lors des temps libres où le psychomotricien accompagne l'enfant dans ses propositions, Gaby restait en retrait et se protégeait de l'agitation des autres enfants.

Désormais, lorsque chaque enfant est occupé, Gaby s'autorise à se déplacer dans la pièce. Lors d'une séance, il monte sur le trampoline qui se trouve au centre de la pièce et commence à sautiller. Il rit et me tend les mains, signe que je perçois comme une invitation au jeu.

Nous partageons alors un moment sur ce trampoline, dans un rebondissement régulier et rythmé, à travers lequel Gaby semble prendre du plaisir qu'il exprime par des rires.
Mais lorsque l'agitation, le mouvement et le bruit autour reprennent, il a besoin de se réfugier dans un espace confiné et de faire ses stéréotypies gestuelles pour contenir son angoisse.

On peut dire que Gaby s'ouvre petit à petit vers une évolution mais que celle-ci n'est pas encore ancrée dans le temps, c'est-à-dire que tout se passe sur un instant précis.

8) Conclusion

Gaby est un enfant qui présente une pathologie lourde qui retarde et entrave son développement psychomoteur.
Cependant, en s'ajustant et en s'adaptant à ce qu'il est, nous avons pu faire un travail dans l'ici et maintenant. Cette évolution à minima que nous avons vu avec Gaby est importante.
La psychomotricité lui offre un espace dans lequel ses angoisses sont quelque peu atténuées. L'immuable est indispensable pour Gaby et il ne faut pas aller trop vite sous peine de perturber un peu plus son fonctionnement.
« Si l'angoisse diminue, l'enfant peut améliorer la qualité de son contact avec son entourage ; et quand bien même les comportements compulsifs et ritualisés persistent sur un mode « cicatriciel », la résistance aux changements peut elle diminuer et ainsi facilité la vie sociale. »[28]

On constate donc que Gaby, à travers les séances de psychomotricité, a pu s'ouvrir davantage à l'environnement et à Autrui. Exprimer des désirs, manifester ses peurs, partager ses moments de colère et de frustration sont une évolution.
Il faudrait ainsi pouvoir passer d'une instrumentalisation de l'Autre pour réaliser ses désirs à une interaction, un échange relationnel.
Ses stéréotypies sont envahissantes mais en prenant le temps de les repérer et en essayant de les comprendre on remarque qu'il est possible d'y introduire des variations pour mener vers un jeu. Enfin, il faudra veiller à ce que celles-ci ne deviennent pas dangereuses notamment dans des moments émotionnellement forts.

[28] DELION P, L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique. Paris, Presses universitaires de France, 2000,P 45.

III DISCUSSION

A travers ces deux études de cas, on peut faire de nombreuses constatations.

Tout d'abord, Gaby et Noahm sont des enfants qui présentent une même pathologie à savoir un trouble envahissant du développement mais qui présentent un tableau clinique et un mode de fonctionnement totalement différent.

En effet, l'un à accès au langage et a acquis un minimum d'autonomie, il rentre dans les apprentissages et une relation concrète se forme alors que le second est totalement coupé du monde.

En même temps, « coupé du monde » est une formule qui ne correspond pas vraiment puisque les modifications de l'environnement ont une incidence sur ses comportements.

Peut-être devrions-nous plutôt dire qu'il s'est formé une « barrière protectrice » afin de se protéger du monde environnant.

Les seules spécificités de fonctionnement que l'on retrouve chez ces deux enfants sont les stéréotypies motrices.

Ces enfants semblent tellement différents et pourtant tous deux se renferment dans des comportements stéréotypés.

Bien que les moments et les circonstances d'apparition soient différents, pour chacun, le recours aux mouvements stéréotypés est un besoin, une nécessité.

Même si les stéréotypies sont considérées comme un symptôme de la pathologie des TED, le psychomotricien ne le clive pas de l'ensemble du fonctionnement de la personne.

En ce sens, elles ne sont donc pas toujours une priorité puisque certains aspects dysfonctionnels peuvent prédominer.

De plus, comme nous l'avons vu, les stéréotypies sont intimement liées aux angoisses de l'enfant et il faut donc prendre en compte que le travail autour de ces comportements implique une réflexion sur les angoisses que présente l'enfant.

Dans le cas de Noahm, on peut établir un lien à l'angoisse du vide, du « rien » que viennent combler ses stéréotypies. Il m'a donc fallu « combler » ce vide, le rendre acceptable pour lui et axer mon travail sur l'anticipation afin de diminuer cette angoisse et ses stéréotypies.

Pour Gaby, ses angoisses sont plus nombreuses et importantes et on les retrouve dans tout acte de la vie quotidienne.
En psychomotricité, il a donc fallu s'attacher à lui proposer un cadre contenant, un espace-temps sécure pour lui permettre de s'en détacher peu à peu et de se livrer à d'autres expériences.

Les rencontres faites dans la structure et particulièrement avec Noahm et Gaby m'ont apporté un réel enrichissement clinique et humain.
Ces enfants présentent de graves troubles affectant divers domaines, ainsi un certain temps de découverte, a été nécessaire dans l'amorce de notre rencontre, tant pour eux, que pour moi.
J'ai ainsi pu constater la variabilité de leurs tableaux cliniques et m'adapter à chacun afin de leur proposer une intervention judicieuse.

De plus, je me suis rendue compte de l'importance du travail pluridisciplinaire. En effet, les enfants passent par plusieurs lieux dans la journée : salle de vie, salle de psychomotricité, extérieur, salle de prise en soi etc. ; et pour ces enfants dont le besoin de repères est prédominant, l'équipe doit s'accorder. On ne peut pas par exemple interdire les stéréotypies dans un lieu, s'y intéresser dans un autre et les ignorer dans un troisième. Cela amènerait à cliver l'enfant plus qu'il ne l'est déjà.
C'est pourquoi, je pense, qu'une structure telle que celle-ci permet une certaine continuité dans l'accompagnement.

Enfin, je voudrais souligner le fait que la prise en soin en psychomotricité se fait sur long terme et qu'il a donc été bénéfique que je puisse être présente tout au long de l'année. Cela m'a permis de mettre en place un réel suivi, en réutilisant les éléments que j'avais pu constater lors d'une séance pour les reprendre la semaine d'après.

CONCLUSION GENERALE

A travers ce mémoire, j'ai tenté d'aborder le sujet très restreint et à la fois très large des stéréotypies gestuelles chez les enfants porteurs de TED.
C'est un sujet fermé puisque peu d'auteurs s'y sont intéressés spécifiquement mais à la fois très ouvert car cela implique de nombreuses notions telles que les angoisses ou le vécu corporel.

Actuellement, de nombreuses recherches sont entreprises pour comprendre le fonctionnement des troubles envahissants du développement et on constate le développement de diverses approches pour l'accompagnement des enfants porteurs de cette pathologie.
Parmi ces approches, la psychomotricité à toute sa place pour permettre, à travers l'expérience corporelle du mouvement, d'étayer l'enfant vers un vécu acceptable pour lui.

Les recherches théoriques m'ont permis de faire le lien avec mes observations cliniques pour mieux comprendre certaines manifestations que présentent les enfants que j'ai rencontrés.
Il me semble que ces enfants à travers les mouvements stéréotypés expriment de nombreuses choses que nous, en tant que psychomotriciens, sommes capables de repérer.
Mais il ne faut pas se contenter d'un repérage, d'une compréhension, il faut leur offrir un espace dans lequel ils se sentiront contenus, tenus, en sécurité pour leur permettre de faire l'expérience d'un corps propre unifié.
En leur permettant une expérience atténuée d'angoisse, ces enfants porteurs de troubles envahissants du développement pourront petit à petit s'ouvrir vers l'environnement, vers l'Autre et vers l'expérience de la relation.

Il est important que les activités proposées soient sources de plaisir et de valorisation afin qu'ils les investissent et peut-être qu'ils les privilégient à leurs comportements stéréotypés.
Si c'est le cas, il est intéressant de noter, comme on a pu le voir dans les études de cas précédentes, que le comportement de l'enfant change : il peut devenir très actif et prendre des initiatives.
La psychomotricité, par ses actions et ses modalités d'intervention pourra permettre à l'enfant de découvrir les plaisirs que peuvent lui procurer son corps en action.

A travers cette expérience, j'ai réalisé qu'il fallait parfois accepter de ne pas tout comprendre et maîtriser. Mais j'ai appris aussi à prendre le temps de m'interroger, d'établir un lien, même minime, avec ces enfants pour pouvoir ensuite le développer.

J'ai petit à petit, avec le soutien de la psychomotricienne, été capable de prendre confiance mon sens clinique, ma capacité de perception et d'attention des situations.
Au travers des rencontres avec les enfants et des échanges avec l'équipe pluridisciplinaire, ce mémoire a été l'occasion d'élaborer une réflexion construite, structurée et synthétisée sur un sujet choisi.

Pour finir et pour répondre à la problématique initiale, je dirais que la psychomotricité a les moyens d'agir sur les stéréotypies gestuelles tant qu'elle considère celles-ci comme utiles pour l'enfant, expressives, et prises dans une globalité complexe.
Ainsi, en considérant chaque enfant comme unique et en prenant le temps de décrypter son mode de fonctionnement, le psychomotricien pourra proposer une approche juste et adaptée.

« Je me méfie des théories qui voudraient réduire l'être humain à un mécanisme d'horlogerie. Je crois que l'être humain est beaucoup plus composite, en mouvement.
Ne l'enfermons pas, ne nous enfermons pas dans une case. Il nous en manquerait une. »[29]

[29] J. SCHOVANEC, Je suis à l'Est !.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE NATIONALE DE L'EVALUTATION DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENT ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX (ANESM), « **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles** », Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou trouble envahissant du développement, 2010.
- ARNAUD M, « **Etude des stéréotypies dans l'autisme infantile**. » Psychiatrie de l'enfant 1986 ; 2 : 387-420.
- BALLOUARD C. « **Le travail du psychomotricien**», Paris, Ed Dunod, 2006.
- BOUTINAUD J, « **Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles** », Paris, Ed In Press, 2013.
- BREMAUD N, « **Retour sur les stéréotypies psychotiques** », L'information psychiatrique, 2009/10 Volume 85, p. 877-890.
- BRITEAU A. « **Tentative de réduction des stéréotypies motrices chez des adultes déficients mentaux** », Mem Psychomotricité, Toulouse, 2013.
- CAUCAL D. & BRUNOD R. « **Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme** », Ed AFD, 2010.
- DEFIOLLES-PELTIER V. « **Les vérités du corps dans les psychoses aigues** », Paris, Ed Grego, 2010.
- DELION P, « **L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique** », Paris, Ed Presses universitaires de France, 2000.
- DELION P. « **Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile** », Toulouse, Ed Erès, 2009.
- DESOBAU F. « **Thérapie psychomotrice avec l'enfant : la rencontre en son labyrinthe.** » Ramonville Saint-Agne, Ed Erès, 2008.
- DICTIONNAIRE MEDICAL DE L'ACADEMIE DE MEDECINE VERSION 2013 http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=st%C3%A9r%C3%A9otypie
- DONVILLE B., « **La boucle étrange des stéréotypies** », La psychiatrie de l'enfant, Paris, PUF, 2013/1 Vol. 56.
- GOLSE B, « **A propos des stéréotypies chez les enfants autistes** » Paris, Psychiatrie de l'enfant XLIX, 2, 2006, p. 443 à 458.
- GOLSE B. « **Mon combat pour les enfants autistes** », Paris, Ed Odile Jacob, 2013.
- HAAG G. et coll. « **Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité** » La Psychiatrie de l'enfant, XXXVIII, 2, p. 495-527, 1995.

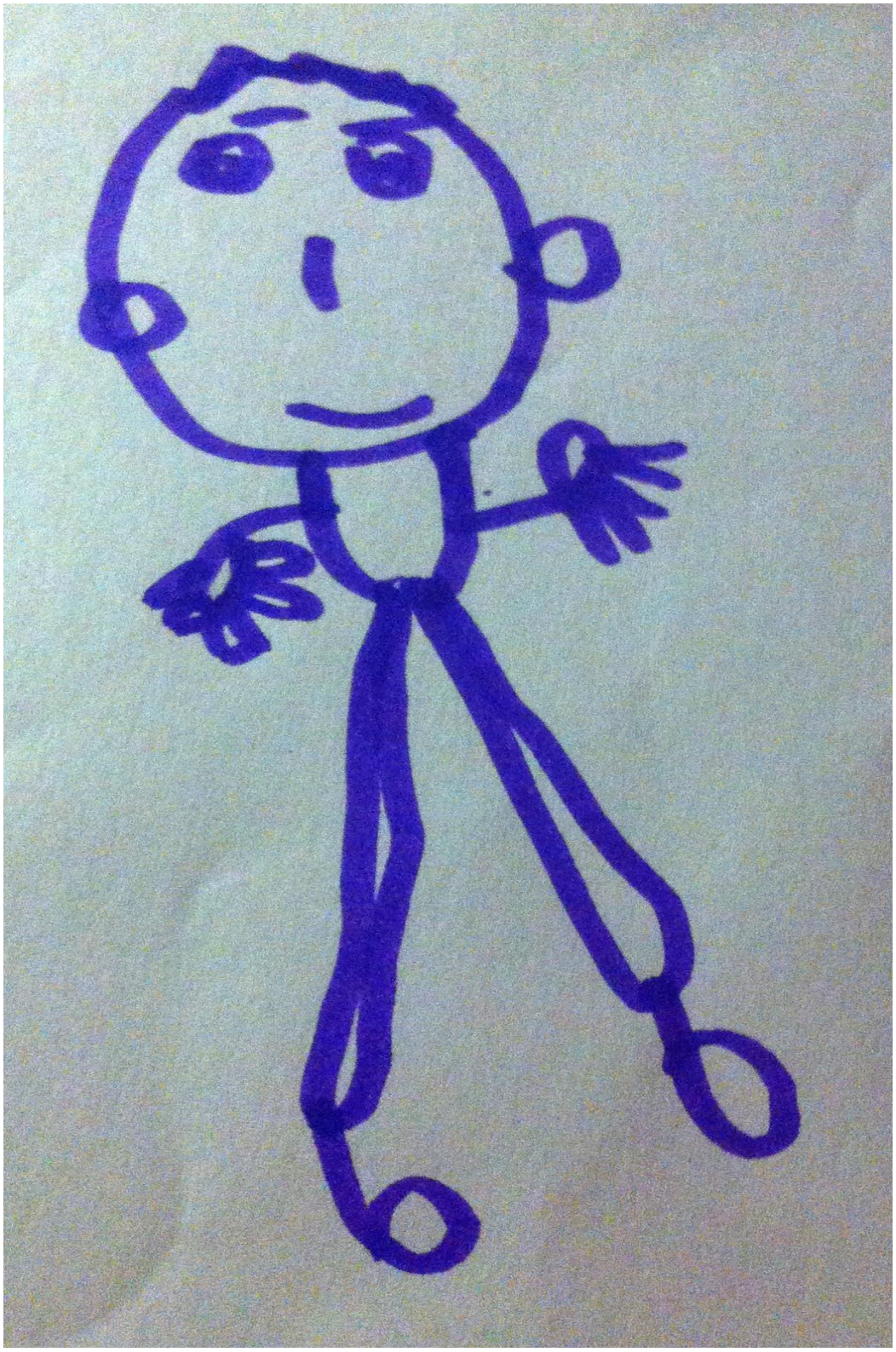
- HAAG. G. « **Stéréotypies et angoisses** », Montpellier, Ed *Les Cahiers du CERFEE*, 1996 Revu et complété en 2011.
- JOLLY L. « **Je te tiens ! Protège-moi…L'approche psychomotrice auprès d'enfants avec Troubles Envahissants du Développement : Etre contenu, se tenir, s'ouvrir au monde** », Mem Psychomotricité, Bordeaux, 2013.
- JOLY F. « **Jouer … Le Jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique** », Paris, Ed In Press, 2003.
- JOLY F. « **Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme** », Ed Erès, *Contraste* 1/ 2008 (N° 28-29), p. 179-198.
- LAROUSSE http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/st%C3%A9r%C3%A9otypie/16261
- LATOUR A. M. « **La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques** », Ramonville Saint Agne, Ed Erès, 2007.
- LEMAY M., « **L'autisme aujourd'hui** » Paris, Ed Odile Jacob, 2004.
- MAROT P. « **Analyse fonctionnelle des stéréotypies d'un enfant porteur d'un trouble du spectre autistique** », Mem Psychomotricité, Toulouse, 2013.
- PERRIN J. Entretiens de psychomotricité « **Evaluations psychomotrices et autismes : vers une approche fonctionnelle des troubles psychomoteurs.** », Paris, Ed Expansion scientifique Française, 2007**.**
- PERRIN J. ; MAFFRE T. et al. « **Autisme et psychomotricité** », Bruxelles, Ed de Boeck, 2013.
- POTEL C. « **Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir**», Toulouse, Ed Erès, 2010.
- ROBERT-OUVRAY S. « **Intégration motrice et développement psychique** : **une théorie de la psychomotricité**», Paris, Ed Desclée de Brouwer, 2010.
- VIROLE B., « **Morphogenèse des stéréotypies gestuelles dans l'autisme infantile**.» Paris, 1995.
- YUBERO E. « **Mon corps c'est moi ; intérêt d'une approche psychomotrice auprès d'adolescents psychotiques en hôpital de jour** », Mem Psychomotricité, Bordeaux, 2013.



ANNEXE 1 :

Ce dessin a été fait le 6/04/14 par Noahm. Il représente la psychomotricienne de l'hôpital de jour. On remarque les ronds au niveau du visage qui représentent les oreilles et qui ressemblent aux pieds du personnage dessiné.

La plupart des éléments du schéma corporel sont présents mais il faut noter que les dimensions ne sont pas vraiment respectées (au niveau des doigts par exemple).



ANNEXE 2 :

Ce dessin a été fait le 3/04/14 par Noahm. C'est la perception qu'il a de lui, sa représentation de lui-même qui apparaît sur ce dessin.

On remarque une fois de plus la disparité des proportions mais surtout la différence au niveau des doigts de ses deux mains, qui semblent investies différemment.