



HAL
open science

“ Bouger pour se sentir exister ” : l’approche psychomotrice des stéréotypies motrices chez un adolescent autiste

Léa Martinvalet

► To cite this version:

Léa Martinvalet. “ Bouger pour se sentir exister ” : l’approche psychomotrice des stéréotypies motrices chez un adolescent autiste. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274085

HAL Id: dumas-02274085

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274085>

Submitted on 29 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de médecine Sorbonne Université
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 boulevard de l'Hôpital
75364 Paris cedex 14



« Bouger pour se sentir exister »

L'approche psychomotrice des stéréotypies motrices chez un adolescent autiste

Mémoire présenté par Léa Martinvalet

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Corinne COLLOT - ROCHELOIS

Session 2019

REMERCIEMENTS

J'exprime ma plus grande reconnaissance à Corinne Collot - Rochelois, maître de stage et référente de ce mémoire, pour m'avoir accompagnée tout au long de son écriture, pour m'avoir rassurée dans les périodes de doutes et pour m'avoir permis de m'affirmer en tant que psychomotricienne en devenir.

Je remercie également Noémie Pouyat, pour avoir été ma maître de stage et pour les lumières qu'elle a pu m'apporter au cours de la rédaction de cet écrit.

Merci à tous les adolescents de l'IME et en particulier à Marcus sans qui cet écrit ne serait pas. Merci aux patients dont j'ai eu l'occasion de croiser la route pour la richesse de nos interactions et pour tout ce qu'ils ont pu m'apprendre.

Merci également à tous mes maitres de stages de ces 3 années d'études qui ont partagé avec moi leur passion du métier et qui m'ont permis de forger ma future identité professionnelle.

Enfin, merci à tout ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire : ma famille, mes amies de promotion pour leur soutien et leur bonne humeur.

« 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. »

Josef Schovanec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
LA CLINIQUE	3
I. Cadre institutionnel.....	4
1. Présentation de l'IME.....	4
2. Place de la psychomotricité.....	5
II. Présentation de Marcus.....	7
1. Anamnèse.....	7
a. Présentation générale	7
b. Histoire personnelle	8
c. Parcours institutionnel	9
d. Contexte familial.....	9
2. Bilans	10
a. Bilan psychomoteur	10
b. Bilan éducatif	15
III. La prise en charge en psychomotricité de Marcus	21
1. Projet thérapeutique.....	21
2. Evolution de la prise en charge	22
a. Première rencontre	22
b. Au fil des séances... ..	24
c. Vers la fin de la prise en charge	30
ECLAIRAGE THÉORIQUE	32
I. L'adolescent autiste	33
1. L'adolescence, une période marquée par les changements.....	33
a. Changements physiques	33
b. Changements psycho-sociaux.....	35
c. Avènement d'une identité sexuée	36
d. Représentations corporelles bouleversées.....	37
2. L'autisme	39
a. Définition et histoire.....	39
b. Classifications.....	40

c.	Epidémiologie.....	41
d.	Sémiologie de l'autisme.....	42
3.	La pathologie confrontée à la période adolescente.....	45
a.	Vie sociale	45
b.	Autonomie	46
c.	Conséquences de la puberté	46
II.	Les stéréotypies motrices.....	48
1.	Définition.....	48
2.	Un critère diagnostique de l'autisme	49
3.	Manifestations	50
4.	Typologie des stéréotypies motrices	51
5.	Fonctions	52
a.	Une fonction protectrice.....	53
b.	Un sentiment de continuité.....	54
c.	La constitution d'une enveloppe.....	54
d.	Un moyen de décharge	55
6.	Retentissement au niveau psychomoteur	56
a.	Au niveau tonique.....	56
b.	Au niveau des coordinations et des apprentissages	57
c.	Au niveau du temps	58
d.	Au niveau de l'espace	58
e.	Au niveau relationnel.....	59
f.	Au niveau somatique.....	60
	DISCUSSION	61
I.	La prise en charge en psychomotricité des stéréotypies motrices.....	62
1.	Intérêts de la prise en charge psychomotrice	62
a.	Un isolement renforcé.....	62
b.	Une motricité entravée	63
c.	Une source de douleur.....	65
2.	La mise en place d'un cadre stable et contenant	66
II.	Un outil clinique : la relaxation psychomotrice	68
1.	Le déroulement d'une séance de relaxation	68
a.	L'installation.....	69
b.	Les inductions verbales et corporelles	70

c. Le temps de silence.....	71
d. La reprise.....	72
e. La verbalisation.....	72
2. Les objectifs de la médiation.....	73
3. Le travail du corps à l'adolescence.....	75
4. L'expérience en relaxation de Marcus	78
CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE	83

INTRODUCTION

Les stages effectués ces deux dernières années m'ont permis d'explorer la richesse de la psychomotricité et ses apports auprès de différents publics, des plus jeunes aux plus âgés. Dès ma deuxième année, je me suis particulièrement intéressée à la thérapie psychomotrice d'adolescents. En effet, je me suis penchée sur la question de la psychomotricité, discipline touchant au corps et au psychisme, à l'adolescence, une période marquée par les changements psychocorporels.

J'ai pu découvrir les spécificités de l'autisme lors de ma deuxième année d'étude qui ont soulevé de nombreux questionnements. C'est donc naturellement qu'en dernière année j'ai souhaité approfondir mes connaissances sur la pathologie et le travail qu'il était possible d'engager en tant que psychomotricienne.

Chez les jeunes accueillis à l'IME, outre les troubles autistiques, les bouleversements liés à la période adolescente sont source d'incompréhension. Il est difficile pour eux de s'exprimer sur ces nouvelles sensations, émotions et ressentis ainsi que de les comprendre.

Dans cet établissement, j'ai rencontré Marcus, qui a fait l'objet de ce mémoire. Après quelques mois de prise en charge, les mouvements répétitifs et sans but apparent qu'effectuait en permanence Marcus, que l'on nomme stéréotypies, ont attiré mon attention. Je me suis interrogée sur leur fonction et l'intérêt de la psychomotricité dans leur prise en charge. Pourquoi, comment et dans quelles mesures faut-il les aborder en psychomotricité ? Et quelles sont les spécificités de ce travail lorsqu'il concerne un adolescent ?

Tout au long de cet écrit, j'effectuerai la présentation de Marcus et le déroulement de cette année à ses côtés. Puis par un éclairage théorique, j'exposerai les particularités de la personne autiste à l'adolescence et la place des stéréotypies dans la sémiologie autistique, leurs rôles, leurs impacts, leur variabilité. Je n'aborderai dans ce mémoire que les stéréotypies motrices afin de rester au plus près des caractéristiques de Marcus.

LA CLINIQUE

I. Cadre institutionnel

1. Présentation de l'IME

L'institut Médico-Educatif (IME) accueille en externat du lundi au vendredi, de 9h30 à 16h, 15 adolescents et jeunes adultes de 14 à 20 ans présentant des troubles envahissants du développement (TED). 18 professionnels interviennent à l'IME :

- 6 éducateurs spécialisés
- 1 monitrice éducatrice
- 1 conseillère en économie sociale
- 1 chef de service
- 1 secrétaire
- 1 directeur
- 1 comptable
- 1 psychomotricienne
- 2 psychologues à mi-temps
- 1 assistante sociale
- 2 agents d'entretien

Les postes d'orthophoniste et de psychiatre sont vacants.

Ces derniers leur proposent un accompagnement personnalisé éducatif, thérapeutique et pédagogique, adapté en fonction de l'évolution globale de chacun.

Les jeunes sont amenés à participer à différentes activités ayant pour objectif de développer leur autonomie, leurs capacités relationnelles et leur accès au savoir. Sur la journée où je suis présente dans l'institution, j'ai notamment pu assister au groupe sport, musique, mise de table et sortie au café.

L'accueil des jeunes s'effectue de manière ritualisée pour favoriser la planification et la constitution de repères sécurisants. Un planning quotidien de chaque jeune est réalisé lors de ce temps d'accueil.

2. Place de la psychomotricité

Une psychomotricienne est présente à temps plein dans l'institution et effectue :

- 8 prises en charge individuelles en psychomotricité
- 3 prises en charge individuelles en baignoire balnéothérapie
- Un groupe d'accompagnement à la vie affective de 7 jeunes (2 séances avant chaque vacances)
- 3 prises en charge individuelles en accompagnement à la vie affective (3 séances consécutives par jeune)

La psychomotricienne participe au groupe Théâtre avec un éducateur de l'IME et un intervenant extérieur (acteur ou chanteuse lyrique), à l'équitation (une partie de l'année) et à la Marche avec bâton.

Elle assiste aux réunions institutionnelles durant lesquelles son regard sur certaines situations est nécessaire. L'institution dispose d'une salle de psychomotricité et d'une salle de balnéothérapie avec une baignoire thérapeutique utilisée dans la prise en charge de plusieurs jeunes.

Les repas pouvant être des moments difficiles pour le sujet autiste en raison des particularités sensorielles, la psychomotricienne participe également aux repas, durant lequel elle accompagne un jeune.

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, la psychomotricienne participe au développement psychomoteur de la personne accueillie à travers des prises en charge individuelles ou à travers des activités menées en groupe. Elle est aussi chargée de proposer un bilan psychomoteur pour chacun des jeunes à leur arrivée ou lors d'accueil temporaire et d'assurer le suivi.

Elle participe également à la mise en place d'aménagement de l'espace (pièce, espace de travail) et d'outils nécessaires dans l'accompagnement des jeunes.

Il s'agit d'une personne ressource sur des savoirs et des savoirs faire importants dans la prise en charge de personnes avec autisme (expression et prise en compte de la douleur, des particularités sensorielles, accompagnement à la vie affective et sexuelle des adolescents et jeunes majeurs accueillis, origine des troubles du comportement...). Elle transmet ses outils et indications à l'équipe et aux familles.

II. Présentation de Marcus

1. Anamnèse

a. *Présentation générale*

Marcus est un jeune de 16 ans imposant tant par sa taille que par sa corpulence qui peut parfois mettre en difficulté les éducateurs par sa force physique. Il est non verbal mais peut répéter certains mots en écholalie avec une prosodie particulière ou répondre « oui » à certaines questions, il s'enveloppe également d'un fond sonore constant sous forme de chantonnements.

Marcus effectue de nombreux mouvements stéréotypés notamment des balancements du buste et de la tête, des secouements des épaules et des mouvements constants des mains qui lui ont provoqué des callosités au niveau des doigts. Il peut également rechercher à contrôler l'environnement dans lequel il se trouve par un comportement ritualisé (fermer les portes, allumer et éteindre la lumière etc.).

Marcus peut se montrer fluctuant dans ses interactions avec autrui : Il fuit parfois le contact en s'isolant dans une pièce, dos au mur, mais il lui arrive d'autre part de rechercher l'attention de l'autre sous forme de comportements qui peuvent être interprétés comme provocants. Il lui arrive également de rentrer dans des formes de jeux corporels avec d'autres jeunes.

D'une manière générale, il répond aux sollicitations du personnel de l'IME.

b. Histoire personnelle

Marcus naît à terme d'une grossesse normale mais vécue comme pénible par la mère le 14 novembre 2002. Il pèse 3,59kg et mesure 52 cm. Le suivi en centre de protection maternelle infantile (PMI) décrit un premier développement normal. Marcus sourit et gazouille dans les premiers mois de sa vie, marche à 12 mois et ne présente aucune difficulté apparente ni aucun retard avant son entrée à la crèche. En revanche, peu après son entrée à la crèche à 2 ans, le personnel signale des comportements particuliers. Il est décrit comme « dans sa bulle », il fixe les lumières, marche sur la pointe des pieds, recherche constamment des stimulations sensorielles, détourne les objets de leur fonction et présente des comportements stéréotypés. Même si le contact oculaire est possible, le contact physique le désorganise.

Ces signes caractéristiques de l'autisme poussent les parents de Marcus à réaliser un bilan étiologique en centre hospitalier en février 2005 qui fait état de troubles autistiques légers. Il est pourtant admis le 17 novembre 2008 en IME pour troubles autistiques sévères avec absence de langage et stéréotypies massives.

Il est à noter qu'entre 2005 et 2008, il n'y a pas de traces d'éventuels bilans et évaluations. Il semblerait que le dossier médical soit incomplet ou qu'il y ait eu un manque de suivi et d'évaluations durant ces 3 années.

Le dossier ne fait pas non plus état de retard mental, en revanche à la lumière des observations psychomotrices et des compétences de Marcus, un retard mental important semble être présent.

c. Parcours institutionnel

En aout 2004, Marcus bénéficie d'un suivi en centre médico-psychologique (CMP). En septembre 2005 en plus de sa présence à mi temps à la crèche, il bénéficie d'un suivi en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), en groupe 2 fois par semaine. En septembre 2006, il poursuit sa prise en charge au CATTP, il est alors scolarisé 2 demi-journées par semaine en petite section accompagné d'une auxiliaire de vie scolaire. En avril 2008, sa prise en charge au CATTP prend fin et Marcus reste au domicile avec sa mère (ou chez une nourrice lorsqu'elle travaille) jusqu'à son admission en IME le 17 novembre 2008 à 6 ans. Il s'agit d'un centre du même groupe que la Structure Ado qu'il intègre le 30 aout 2017 à 14 ans.

Il bénéficie en plus de sa prise en charge en psychomotricité, d'une prise en charge orthophonique en libéral à raison d'une fois par semaine.

d. Contexte familial

Marcus est né de deux parents d'origine congolaise, séparés depuis ses 3 ans. Il est le seul enfant du couple. La grossesse et en particulier l'accouchement a été vécu comme un moment difficile puisqu'elle relate avoir eu peur de mourir.

Son père travaille en tant que cariste dans la manutention, il est né au Congo et arrivé en France à l'âge adulte. Il a refait sa vie avec une autre femme et a deux filles qui présentent un développement normal. Il est très peu investi dans les prises en charge et l'orientation de Marcus qui vit avec sa mère et ne le voit que de

temps en temps. Marcus est très proche de sa grand-mère maternelle qui s'est beaucoup occupée de lui lorsque ses deux parents travaillaient.

La mère de Marcus est d'origine congolaise mais est née en France. Elle a deux demi-frères nés de pères différents que Marcus connaît, en particulier le plus jeune d'entre eux. Elle travaille régulièrement en tant qu'agent spécialisé des écoles maternelles. Madame a évoqué ses craintes face à l'institutionnalisation de Marcus lorsque la scolarisation est devenue difficile, elle dit avoir peur que son enfant soit « drogué » par des médicaments qu'on lui donnerait sans son avis. Elle a du s'arrêter de travailler pour assurer les accompagnements vers le CATTP et l'école. Lorsque madame se rend compte qu'il faut intensifier les soins, Marcus est orienté vers un IME et elle pourra reprendre le travail à mi temps.

2. Bilans

a. Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur a été effectué en janvier 2018 qui a abouti sur un premier projet thérapeutique puis, un an plus tard, j'ai pu réaliser un bilan en février 2019 pour une réévaluation des compétences psychomotrices de Marcus dans le cadre de sa prise en charge. Il est coopérant dans un premier temps mais la fin du bilan se montre difficile en raison de sa grande fatigabilité.

Le bilan psychomoteur a été réalisé à partir des tests suivants :

- Reproduction de figures sur le principe de l'épreuve graphique d'organisation perceptive de Santucci

- Equilibre dynamique
- Equilibre statique
- Dessin du bonhomme
- Schéma corporel - somatognosies
- Examen du tonus
- Connaissance des concepts spatiaux de base
- Test de latéralité gestuelle innée et fonctionnelle reprenant des principes test de latéralité gestuelle innée de Bergès et test de Piaget-Head
- Repérage temporel
- Motricité fine : observation des coordinations bimanuelles et occulo-manuelles
- Perception et reproduction de structures rythmiques de Stamback
- Bilan graphomoteur
- Evaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) : reproduction de mouvements de mains et de doigts
- Epreuve du sens musculaire

➤ **Tonus :**

Les épreuves d'extensibilité révèlent une hypertonie globale. Le ballant n'est pas possible du fait d'une importante rigidité de tout le membre jusqu'à la tête avec une inclinaison du côté de l'hémicorps non mobilisé. Le côté droit comme le côté gauche sont très hypertoniques avec un accompagnement permanent du mouvement mais je note néanmoins une hypertonie plus marquée au niveau du membre supérieur droit.

➤ **Niveau moteur, coordinations :**

Les épreuves d'équilibre dynamique révèlent une posture marquée par l'impulsivité de Marcus. La démarche est rapide, le buste incliné vers l'avant, la tête baissée et les jambes anormalement écartées. La respiration abdominale semble compliquée pour Marcus qui semble se redresser en bloquant sa respiration (tonus pneumatique). Il est capable de suivre une consigne et de marcher dans différentes directions les yeux ouverts ou fermés néanmoins les sauts le mettent en situation de déséquilibre, les articulations sont verrouillées. Les équilibres statiques représentent d'avantage une difficulté pour Marcus qui compense son déséquilibre par un recrutement tonique important.

Les épreuves de viser / attraper mettent en évidence des particularités : Marcus ne regarde pas toujours directement la cible mais le geste est bien orienté (utilisation préférentielle de la vision périphérique). Son hypertonie et son impulsivité peuvent le pousser à effectuer des gestes peu précis qu'il est cependant capable d'ajuster par la suite.

Pour les épreuves de motricité fine, le regard de Marcus est d'avantage orienté vers l'objet. La pince fine pouce index est possible, le regard et l'attention sont portés sur la tâche. Je note cependant des difficultés au niveau des coordinations bimanuelles, avec peu de coopération entre la main droite et la main gauche puisque quasiment toutes les tâches sont réalisées avec la main droite. Il possède également une dextérité manuelle très correcte qui lui permet d'agir efficacement sur son environnement.

La prise des ciseaux est inadaptée et le geste n'est pas dirigé. L'effet de l'outil sur la feuille semble représenter pour Marcus une source d'intérêt.

➤ **Schéma corporel :**

Test des somatognosies : Seule l'épreuve de connaissance topologique sur soi est réalisable. Marcus montre des lacunes importantes dans le vocabulaire relatif au corps mais peut désigner les principales parties du corps (tête, main, oreille, nez, cou, genoux, pied, bouche, épaule, bras, cheveux, yeux, ventre, jambe). Il peut facilement confondre les parties du corps dont la prononciation est proche (cou et coude par exemple).

Connaissance de la droite et de la gauche : Marcus ne peut distinguer sa droite de sa gauche (6 ans) et n'a donc pas acquis la réversibilité (8 ans). La détermination de la position relative de 3 objets n'est donc pas possible (10-12 ans). La distinction entre l'espace droit et l'espace gauche représente une difficulté.

Dessin du Bonhomme et dessin libre : Marcus ne réalise pas de production symbolique. Il gribouille, trace des lignes ou tape la mine du crayon sur la feuille. Le plaisir du geste semble primer sur l'envie de laisser une trace et sur la volonté de représentation. La prise du feutre est palmaire et très crispée. J'observe un manque de déliement du poignet corrélé avec l'hypertonie du membre entier.

➤ **Organisation spatio-temporelle :**

ESPACE : Les notions fondamentales ne sont pas acquises, Marcus ne connaît pas le vocabulaire relatif à l'espace même dans un repère égocentré.

TEMPS : Les difficultés de communication verbale de Marcus compliquent l'évaluation de cet item mais de manière générale, il semble avoir des difficultés d'orientation temporelle et ne repère pas les jours les uns par rapport aux autres.

➤ **Latéralité :**

Au test de latéralité gestuelle, les items réalisables sont tous effectués à droite. Le test de latéralité fonctionnelle révèle une utilisation préférentielle de la main droite pour la majorité des mouvements ainsi qu'une dominance oculaire droite. Les épreuves précédentes du bilan avaient de plus confirmé une utilisation préférentielle de la main droite dans les activités du quotidien. Marcus a tendance en revanche à changer de pied d'action et d'appui en fonction de la position et l'orientation de l'objet par rapport à son corps.

➤ **Graphisme :**

Reproduction graphique de figures simples: Marcus semble absorbé par l'aspect moteur du geste graphique sans même regarder la trace laissée par l'outil scripteur. Il n'y a pas de volonté de reproduction ni même de représentation.

➤ **Fonction visuo-spatiale et visuo-constructive :**

Evaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) : Marcus repère la structure globale du geste que je lui propose mais n'en saisit ni les détails ni l'orientation. Son hypertonie est également marquée au niveau des doigts par une grande rigidité et un manque de discrimination digitale.

Epreuve du sens musculaire : Les mouvements que j'effectue avec ses bras semble le désorganiser lorsqu'il a les yeux fermés ce qui se traduit par une grande agitation. Les membres sont crispés et Marcus se met à « chantonner » de plus en plus fort. Cela met en avant un besoin de retour visuel sur les expériences tactiles qu'il reçoit.

➤ **Perception et reproduction de structures rythmiques :**

L'épreuve de reproduction de structures rythmiques de Stamback est échouée en raison de l'impulsivité de Marcus. Il me laisse rarement finir la proposition avant de commencer et effectue spontanément la même structure quelle que soit ma proposition. Au delà de ses difficultés de compréhension, des difficultés de perception et de discrimination auditive sont à mettre en avant.

➤ **Graphomotricité :**

La posture de Marcus à table est relativement adaptée (dos droit, plante des pieds en contact avec le sol), il faut cependant l'inciter à poser son dos contre le dossier pour canaliser les balancements du tronc. En revanche la préhension des outils (ciseaux, feutre, crayons) est particulière (du bout des doigts, peut être en lien avec des irritabilités tactiles). Au cours de la production graphique, Marcus utilise différentes prises du feutre : elle peut être palmaire, ce qui l'incite à exercer d'avantage de pression sur la feuille, mais aussi fine avec le pouce, l'index et le majeur. La prise des objets est crispée et instable, le regard n'est pas concentré sur la production. Les signes prescripturaux ne peuvent être copiés même si l'initiation du geste graphique est accompagnée.

b. Bilan éducatif

➤ **Comportement général du jeune**

Marcus a rapidement repéré les locaux et identifié les personnes de la structure à son arrivée à l'IME. Il est très expressif, ses changements d'émotions sont très visibles. Néanmoins il a mis un certain temps pour s'ajuster à la structure

et se rassurer. Il semble inquiet dans les périodes de vide ou lorsqu'il est seul. Dans ces moments, il fait du bruit avec sa voix et bouge continuellement de manière stéréotypée. Il peut aussi rechercher l'attention de l'éducateur de manière inadaptée en faisant du bruit ou des actions qu'il sait dérangeantes. Il a des difficultés dans les phases de transition (changement de lieu, d'atelier, arrivée, départ, sortie) et dans les moments de pause. Il s'isole parfois (sur le balcon, dans les toilettes) ce qui peut lui permettre de se calmer et de se rassurer ou à l'inverse le bloque dans des stéréotypies ou des comportements d'appel interprétés souvent par l'autre pour de la provocation. Il refuse souvent de se préparer seul, sans guidance, même s'il en a la capacité physique et cognitive.

Il se met régulièrement dans des postures d'opposition souvent dans les moments de transition où il fait l'exact opposé de ce qu'on lui demande et semble content d'avoir l'attention de l'éducateur. Cela lui prend donc généralement du temps pour s'installer mais ce temps a tendance à diminuer progressivement. Une fois mis au travail, Marcus est de bonne volonté. Il fait les exercices avec plaisir et essaye du mieux qu'il peut lorsque cela est difficile. Avoir une tâche à effectuer l'aide à se recentrer, se calmer.

➤ **Communication/compréhension**

Marcus a une bonne compréhension des consignes simples verbales, gestuelles (il connaît quelques signes issus du Makaton¹ ou visuelles (le PECS² semble adapté pour lui et a démarré en janvier 2018). Il sait aussi se faire comprendre même s'il a beaucoup plus de difficultés. Sa gestuelle très

¹ Programme d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes

² Picture Exchange Communication System : dispositif de communication par échange d'images utilisé comme moyen de communication alternative au langage verbal

approximative lui donne beaucoup de difficulté à utiliser le Makaton de manière compréhensible pour l'autre. Marcus oralise souvent, répète les phrases qu'il entend et utilise plusieurs mots de manière adaptée néanmoins son élocution comme sa gestuelle sont très approximatives ce qui le rend difficile à comprendre. Il peut faire des demandes spontanées en particulier à table.

➤ **Autonomie**

L'autonomie de Marcus est très relative, il semble savoir faire beaucoup de choses mais a, la plupart du temps, besoin d'être accompagné, rassuré pour faire les choses de manière adaptée. Il a beaucoup de mal à se concentrer sur une même tâche et sollicite souvent l'éducateur plutôt que de faire quelque chose seul. C'est en particulier le cas pour sortir de la structure (il n'a pas besoin d'aide mais a besoin d'une présence) et peut rester coincé très longtemps au même endroit si personne ne l'oblige à bouger (en particulier dans les toilettes) et cela indépendamment du plaisir qu'il peut trouver dans l'activité suivante ou de ce qu'il pourrait rater comme moment important pour lui. Lorsqu'il se rend compte que ce moment n'aura pas lieu (forme de punition), il boude et reste calme un temps. A l'extérieur, il peut s'enfuir et se mettre à courir, d'où une présence encore nécessaire de l'adulte à ses côtés.

➤ **Repas**

Marcus a pu bénéficier d'un accompagnement individuel au repas avec la psychomotricienne qui lui a permis de manger plus proprement, d'être moins débordé, de manger moins vite et de pouvoir attendre de manière plus apaisée entre deux plats. Il a encore besoin d'être accompagné pour venir à table. Si un éducateur se tient derrière lui, il peut s'installer seul. Il est préférable de

l'installer à une place contenant, rassurante avec une chaise à dossier et un coussin sensoriel avec des picots, cela lui donne une meilleure posture, confortable et dynamique. Marcus mange rapidement, coupe sa nourriture en tout petits morceaux avec sa fourchette et peut éparpiller beaucoup de nourriture lorsqu'il est excité. Il a besoin de rappels, pour manger plus proprement et plus lentement et pour se calmer. Il peut être aussi intéressant de favoriser l'utilisation du couteau. L'utilisation d'un menu et du PECS lui ont permis de faire des choix (un seul fromage et un seul dessert), et de travailler sur l'attente entre les plats, il a tendance à redemander des quantités supplémentaires (eau, seul, nourriture...) tant qu'il y en a de visible.

- **ACTIVITES - SPORT ET SOCIALISATION**

- **Socialisation**

Marcus apprécie les sorties en ville, mais il recherche une attention constante et a beaucoup de difficultés dans les moments de transition. Il se met encore en danger régulièrement. Il ne traverse pas la rue seul et suit le trottoir s'il est devant. Il peut parfois partir en courant à un croisement ou rebrousser chemin. Il n'aime pas tenir la main bien que cela l'aide en le contenant. Dans les commerces ou les lieux de restauration, Marcus peut reproduire les mêmes schémas d'opposition ou d'agitation qu'à l'intérieur de la structure.

- **Randonnée**

Marcus prend visiblement plaisir lors de cette activité extérieure. Il est capable de marcher longtemps et à vive allure. Cependant, il a tendance à

s'éloigner du groupe ou prendre des itinéraires différents aux croisements voir à rebrousser chemin. Il ne suit pas les consignes orales et peut courir si on vient le chercher, sorte de jeu pour lui. Il faut donc toujours garder une surveillance active et garder un contact physique dans un environnement peu sécurisé. Il ne s'inquiète pas s'il est laissé seul, lorsque le groupe n'est plus visible.

➤ **Sport**

Malgré son attitude opposante, Marcus est capable de montrer de bonnes aptitudes dans la pratique sportive. Il est ainsi capable de comprendre et de suivre une consigne orale simple ou de reproduire des mouvements par imitation comme se déplacer avec une contrainte, lancer, toucher certaines parties du corps...

➤ **Piscine**

Cette activité semble beaucoup plaire à Marcus. Il est actif et souriant dans l'eau. Marcus se montre d'avantage à l'écoute des consignes que dans les autres activités. L'habillement et la douche se montrent plus compliqués car, même si les gestes sont acquis, les rituels parasites et l'attitude opposante vis-à-vis de l'éducateur font obstacle au développement de son autonomie. C'est un des rares endroits où Marcus est capable de se détendre réellement, de se relâcher.

▪ **ACTIVITES - COMMUNICATION ET COGNITIF**

➤ **Atelier cognitif**

Marcus s'est progressivement adapté à l'atelier. Il est installé dans un espace contenant et fixe. Son temps d'attention est de plus en plus long et il progresse dans l'autonomie face à une tâche même s'il reste dépendant de la

présence d'un éducateur pour la mise en route. Il peut se montrer parfois bruyant et agité, surtout en début de séance.

➤ **Atelier Makaton**

Il lui faut un certain temps pour se mettre au travail centré sur 10 mots qu'il sait nommer mais a du mal à les reproduire précisément et spontanément.

ACTIVITES - AUTONOMIE

➤ **Mise de table**

Il a été très difficile pour Marcus de se mettre au travail dans cette activité où il était peu concentré, passant son temps à chercher l'éducateur ou à se sauver. Désormais, il met moins de temps à se mettre au travail et est efficace. Il prépare un chariot avec l'aide de l'éducateur afin de ne rien oublier et d'avoir les bonnes quantités de matériel. Une fois le chariot préparé, il met la table seul.

➤ **Hygiène**

Marcus apprécie beaucoup ce temps durant lequel il est calme et attentif. Il sait utiliser le matériel (crèmes, cotons tiges...) excepté ce qui demande de la précision comme le coupe ongle. Néanmoins il ne sait pas s'arrêter seul, gérer les quantités et peut se laisser déborder si la limite n'est pas suffisamment claire. Il est très calme et arrive à se détendre dans les moments de soin.

▪ ACTIVITES - APPRENTISSAGE

➤ **Bricolage**

Marcus n'a pas réussi à profiter de ce temps, la salle étant peu contenante et l'activité peu fixe.

➤ **Activité manuelle**

Il est peu intéressé par le travail manuel, il sait faire de la peinture et a quelques autres compétences mais il se lasse vite.

➤ **Écoute musicale**

Marcus a de grandes difficultés à se poser et à s'installer seul, néanmoins nous avons pu observer une nette progression depuis son arrivée. Il sait préparer son espace et peut aider à préparer la salle si on le lui demande. Il met de moins en moins de temps à s'installer et reste de plus en plus longtemps allongé dans le calme ce qui lui était impossible pendant les premières séances.

III. La prise en charge en psychomotricité de Marcus

1. Projet thérapeutique

À la suite du bilan psychomoteur, un projet de prise en charge s'est dessiné pour Marcus. On retrouve notamment un trouble de la régulation tonique assez manifeste sur un versant hypertonique. Marcus présente un défaut d'ajustement tonique, il est tendu et crispé dans les tâches qu'il effectue. Par ailleurs le bilan est dominé par des capacités attentionnelles limitées, une agitation et une

impulsivité. Marcus peut se désorganiser rapidement face à certaines stimulations et présenter des comportements stéréotypés qui peuvent se montrer envahissants.

Marcus bénéficie d'une prise en charge individuelle en psychomotricité d'une heure hebdomadaire. Durant ce créneau, un temps de relaxation psychomotrice lui est proposé afin de l'aider à canaliser les comportements d'autostimulation et l'agitation psychomotrice avec les axes thérapeutiques suivants :

- Abaisser son fond tonique et favoriser ses capacités de régulation et d'ajustement postural
- Prendre conscience de ses limites corporelles
- Faire émerger un sentiment de continuité

Il lui sera proposé des exercices de relaxation pour l'aider à relâcher ses tensions tonico-musculaires pouvant entraver voire inhiber les schèmes moteurs spécifiques à une action. Ceci aura pour but de l'aider à canaliser son excitation psychomotrice afin de permettre de nouvelles émergences.

2. Evolution de la prise en charge

a. Première rencontre

Marcus a 15 ans lorsque je le rencontre le 12 septembre 2018, il s'agit pour lui d'un début de prise en charge suite à un bilan psychomoteur réalisé quelques mois après son entrée à l'IME. Nous nous rencontrons directement dans la salle de psychomotricité. Cette première séance constitue une rencontre et une

observation des particularités et du fonctionnement de Marcus. Il est très agité à son arrivée et ce tout au long de la séance. Il grince des dents bruyamment, et effectue des mouvements constants des mains et de la tête. Il est important de matérialiser et de délimiter l'espace à l'aide d'un cerceau afin de l'aider à s'installer à un endroit donné et à faciliter la compréhension. La première partie de la séance est réalisée par la psychomotricienne qui me laissera un temps plus tard dans la séance pour appréhender le contact avec Marcus.

Il lui est proposé dans un premier temps un travail de détente autour de la respiration et du relâchement musculaire à l'aide de mouvements simples. Nous observons immédiatement des particularités chez Marcus au niveau respiratoire en lien avec un tonus pneumatique. Nous lui proposons alors de petits objets à déplacer à l'aide du souffle ce qui le met en grande difficulté. Cette proposition fait augmenter considérablement le niveau d'excitation de Marcus qui se montre de plus en plus bruyant en chantonnant de plus en plus fort et ses mouvements de balancements s'intensifient.

Je lui propose alors de lui passer une balle à picots sur le dos, les épaules qu'il secoue constamment, et les bras en nommant chaque partie du corps ce qui a pour effet de canaliser les stéréotypies motrices de Marcus et d'abaisser son niveau tonique assez instantanément. Il m'indique en déplaçant son corps son envie que je masse d'avantage les épaules, la nuque et les doigts. Cette demande n'est pas anodine puisqu'elle correspond aux zones les plus investies dans les mouvements stéréotypés de Marcus.

La fin de séance lui est annoncée quelques minutes avant l'horaire en question et s'annonce très difficile. Marcus refuse de sortir de la salle, il s'agite, se

précipite dans un coin et sort du matériel en riant. Marcus finit par sortir de la salle pour que nous l'accompagnions au repas après plusieurs minutes et de nombreuses sollicitations de la psychomotricienne.

b. Au fil des séances...

▪ **Septembre - La création d'une relation**

Le mois de septembre correspond au début de la prise en charge en psychomotricité à l'IME pour Marcus. Les arrivées en séance et les départs sont difficiles et chaotiques. Marcus est agité et a des difficultés à tenir en place lors de chaque séance. L'espace doit être délimité afin de contenir l'agitation de Marcus. Les stéréotypies sont constantes et envahissantes et dominent les séances du mois de septembre.

Marcus s'immerge constamment dans un bain sonore sous forme de « chantonnements » ou de « grognements » qui rendent la communication et le contexte de détente difficile. Ce fond sonore a tendance à s'intensifier lorsque Marcus est en difficulté ou se désorganise.

Les temps de relaxation ne constituent à ce moment qu'une partie de la séance en raison des difficultés de Marcus à se poser et de la recherche d'une médiation à laquelle il se montrerait particulièrement sensible et réceptif. La création de la relation de confiance et de l'alliance thérapeutique sont les objectifs principaux de ce début de prise en charge. Le toucher dans les moments

calmes est alors toujours médiatisé par du matériel et les moments d'apaisement durables sont encore impossibles.

- **Octobre - La mise en place de rituels**

Le mois d'octobre correspond à la mise en place progressive d'un rituel d'arrivée en séance qui a pour effets de structurer le temps et de rassurer Marcus en lui donnant des repères concrets. Les arrivées en séance de psychomotricité sont désormais plus calmes et Marcus se montre moins envahi par ses stéréotypies motrices et son agitation. A son entrée dans la salle, il installe avec mon aide 2 chaises et 2 ballons afin de pouvoir réaliser des auto-massages en imitation.

Le toucher est encore médiatisé par des objets comme des balles ou des bâtons de percussions. Marcus s'apaise de plus en plus lors de ces moments de détente mais l'abaissement de sa vigilance est encore très fluctuant en fonction des séances et des mobilisations qui lui sont proposées.

Les fins de séances se révèlent toujours très compliquées. Marcus refuse la fin du moment de détente et s'éparpille. Il refuse de se séparer des objets utilisés pendant ce moment et peut même aller jusqu'à les ressortir du placard une fois rangés. Ces attitudes peuvent se montrer provocantes puisqu'il recherche une réaction de la psychomotricienne et la regarde pendant l'action qu'il sait inappropriée. Ce comportement peut être en lien avec les difficultés de Marcus à accepter les transitions notamment lorsqu'un moment agréable prend fin. Le bénéfice de la détente relative obtenu durant le temps calme semble perdu face à la désorganisation massive de Marcus en sortant de la séance.

Nous avons tenté d'instaurer un rituel de fin de séance également afin de structurer d'avantage le cadre temporel de la séance auquel Marcus s'est montré très peu réceptif. La fin du temps de relaxation constitue en à elle seule un déclencheur de son agitation.

- **Novembre - Les limites du cadre**

Les séances ont été peu nombreuses au mois de novembre, la psychomotricienne étant en arrêt maladie. Elles sont néanmoins toujours orientées sur la détente en essayant peu à peu de rallonger le temps de relaxation, tout en diminuant les autres propositions.

L'arrivée en séance est ritualisée et organisée et de ce fait très facile. Marcus s'enveloppe en permanence de son fond sonore même pendant les moments où je le mobilise. Son agitation motrice s'apaise cependant pendant ces moments et reprend lorsque le contact cesse.

Nous tentons avec la psychomotricienne de matérialiser le temps à l'aide du Time Timer³ pour rassurer Marcus et lui permettre de se repérer dans le temps. Marcus ne se saisit en revanche pas de cet outil qu'il ignore (peut être dû à défaut de compréhension et/ou d'habitude). Les fins de séances sont de nouveau difficiles et il refuse de mettre fin à la relaxation en quittant la salle. Il refuse de ranger le matériel et de s'en séparer et cherche de la sorte à exprimer une demande et à obtenir une réaction de notre part.

- **Décembre - La disparition progressive des objets médiateurs**

³ Outil permettant de matérialiser le temps qui passe en indiquant le temps restant à une activité

Au mois de décembre, la relaxation psychomotrice occupe de plus en plus de place au sein des séances de psychomotricité. La relation avec Marcus instaurée, cette période est marquée par l'utilisation du toucher direct dans les mobilisations. Marcus est toujours recouvert d'une couverture qui représente une protection symbolique entre les parties de son corps et mon toucher.

Au cours de ce mois, l'arrivée de Marcus en séance est fluctuante et oscille entre grande agitation et apathie. Il est néanmoins à l'écoute des propositions et coopère. Il apprécie les moments de relaxation au tapis et ses stéréotypies motrices cessent lorsque le contact est présent. Un important recrutement tonique est cependant notable lorsque le contact est levé. Le niveau de vigilance de Marcus est encore important : il garde les yeux ouverts et est attentif à ma posture et à mes mouvements. Sa tête est toujours orientée vers le côté où je me trouve et il relève la tête du support lorsque j'interromps le contact ou que je bouge. Il s'apaise particulièrement lorsque je mobilise le haut de son corps et se désorganise lorsque je sors de son champ de vision et que je mobilise ses membres inférieurs (stéréotypies motrices et chantonnements). Marcus est particulièrement sensible aux mobilisations qui impliquent un toucher franc et appuyé comme les pressions.

Marcus semble inconfortable lorsqu'il est allongé en décubitus dorsal et le contact de son dos avec le tapis semble le perturber. Il s'installe spontanément sur le ventre, les bras étendus de part et d'autre de son corps.

Les fins de séance apparaissent de moins en moins explosives mais Marcus a encore besoin d'être beaucoup sollicité pour enfin se préparer à partir. Le fait de sortir ses chaussures de la salle de psychomotricité devient un indicateur de fin de séance et permet à Marcus de sortir de la salle et de se chausser à l'extérieur.

- **Janvier - Le temps de silence**

A partir du mois de janvier, le rituel d'arrivée en séance est désormais bien installé. Marcus, après avoir enlevé ses chaussures, installe seul les 2 chaises et les 2 ballons, s'assoit et commence les auto-massages.

Face à la réceptivité de Marcus, le temps de relaxation psychomotrice augmente jusqu'à devenir la médiation principale de la prise en charge et ne constitue plus un temps calme suite à une activité. Le mois de janvier représente la mise en place d'une réelle écoute et d'un dialogue tonico-émotionnel pendant les mobilisations passives. Sa tête est toujours orientée vers moi et ses yeux ouverts mais il peut abaisser considérablement son fond tonique lorsque j'effectue des mouvements proches de sa tête et dans son champ de vision. Marcus est particulièrement sensible aux mouvements qui évoquent un bercement.

Cette période correspond au début de la mise en place d'un temps de silence plus important suite aux mobilisations durant lequel Marcus reste allongé sur le tapis avec moi à ses côtés. Il est également rendu d'avantage actif dans le rangement de la salle ce qui a pour conséquence de rendre les fins de séance beaucoup plus fluides et sans difficulté.

Marcus peut rester calme lors du temps de silence même si les mouvements stéréotypés et le fond sonore réapparaissent légèrement. Il peut également se saisir de ce moment d'apaisement une fois sorti de la salle de psychomotricité mais de manière très fluctuante en fonction des séances.

- **Février - Une relation fragile**

Février marque l'apparition d'un nouveau comportement répétitif : Marcus repère les poussières et petites particules présentes au sol, sur les vêtements (les miens comme les siens) et les porte à la bouche. Ce comportement s'avère envahissant dans les séances, Marcus sort constamment de l'optique de détente pour réaliser cette activité.

Les arrivées, lorsqu'elles sont explosives évoluent positivement au cours des séances, il est capable de s'apaiser rapidement dès le début des mobilisations que je lui propose même si l'installation peut parfois être difficile.

Marcus peut réagir en s'agitant face à certaines mobilisations et abaisser son niveau tonique face à d'autres mais cela reste fluctuant en fonction des séances et de son état général à l'arrivée. La variation du tonus de Marcus peut parfois être importante mais il reste globalement sur un versant hypertonique. La mobilisation de certaines zones du corps comme le ventre ou les cuisses le désorganise et le remet en état d'agitation. La variation de son état d'agitation est de ce fait variable au cours d'une même séance ou d'une séance à l'autre.

Les fins de séances sont de plus en plus fluides. Après le temps d'approfondissement Marcus est désormais en mesure de quitter la salle sans débordements mais a toujours besoin d'être très accompagné.

- **Mars - La recherche d'un cadre stable**

Au cours de cette période, Marcus est capable d'effectuer le rituel d'arrivée en séance uniquement avec une guidance verbale, sans imitation.

Le temps de silence dure de plus en plus longtemps et Marcus peut rester seul et calme sans rechercher l'attention, ce qui lui était impossible auparavant.

Marcus reste très sensible à chaque perturbation du cadre. L'irruption d'un éducateur venant le chercher pour le repas est à l'origine d'une fin de séance chaotique marquée par un comportement provoquant (il sort le matériel du placard et court lorsque l'éducateur s'approche de lui).

Le comportement général de Marcus, son attention, son investissement dans la relation et dans la médiation est très dépendant des facteurs externes (cadre) mais aussi internes comme la faim mais aussi la douleur. Il a au cours du mois de mars un panaris (infection bactérienne survenant sur le pourtour ou le dessous de l'ongle) à la main gauche qui nécessite un pansement qui entoure le doigt. Lors des séances, son attention se porte très souvent sur cette main et sur le pansement qui semble le gêner, il est de ce fait plus agité et moins présent dans la relation.

Même s'il a pu se saisir de la médiation pour abaisser son fond tonique et limiter son agitation psychomotrice et ses stéréotypies envahissantes, Marcus reste très dépendant des rituels et d'un cadre fixe dont il ne supporte aucune variation. Son état général et les flux sensoriels qu'il reçoit en permanence sont susceptibles de le désorganiser ce qui peut rendre son comportement au cours de la prise en charge fluctuant dans le temps.

c. Vers la fin de la prise en charge

Marcus se saisit de plus en plus de ce temps, qu'il a maintenant complètement intégré à son emploi du temps. Les transitions sont mieux vécues si le cadre n'est pas perturbé par un élément extérieur que nous ne pouvons pas anticiper (arrivée d'un éducateur, absence etc.). Les séances constituent pour lui un moment de

repos et de calme loin des excitations du groupe. Il peut à son retour avec les autres jeunes, se montrer plus apaisé sans rechercher immédiatement à s'écarter dans une autre pièce.

La prise en charge se poursuivra à la rentrée prochaine avec les mêmes objectifs. Marcus a su au cours de cette année montrer de réelles capacités de détente et des ressources même si les stéréotypies perdurent.

La psychomotricienne est en lien avec la famille afin d'échanger sur les moments d'agitation de Marcus dans le cadre du domicile. Elle donne des clés de compréhension et des moyens d'action aux parents en transposant ce qui est fait en séance à la maison.

ECLAIRAGE THÉORIQUE

I. L'adolescent autiste

L'adolescence n'est reconnue comme une période de la vie qu'à partir de la fin du 19^e siècle : « les adultes ont commencé à tenir compte des besoins et des capacités physiologiques et psychologiques propres des adolescents, et cette perception leur a donné l'occasion de reconnaître un stade de développement humain »⁴. L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle se caractérise par d'importants changements physiologiques, physiques et psycho-sociaux qui peuvent rendre la prise en soin de l'adolescent délicate. Cette période peut s'avérer d'autant plus délicate chez les personnes avec autisme dont l'organisation est déjà troublée par la pathologie. « Chez les personnes avec autisme, les crises peuvent être accentuées par les difficultés à vivre le changement, et en l'occurrence cette période de vie est faite de changements »⁵. Pour l'adolescent autiste, ces bouleversements sont donc bien présents et nécessitent un accompagnement qui prenne en considération ses modes particuliers de perception et de communication.

1. L'adolescence, une période marquée par les changements

a. *Changements physiques*

La puberté, du latin « *pubertas* », est « l'étape de maturation physique dans laquelle un individu devient physiologiquement capable de procréer »⁶. Sous

⁴ SPRINTHALL N., COLLINS A. 1994, p. 7

⁵ PERRIN J., MAFFRE T., 2013, p.185

⁶ <https://www.gfmer.ch>

l'influence des hormones, les caractères sexuels secondaires (pilosité, modification de la voix, seins, système musculaire) apparaissent et les caractères sexuels primaires se modifient (organes génitaux).

Les modifications somatiques liées à la puberté vont mener l'adolescent à se constituer une nouvelle enveloppe « tout comme le bébé a dû découvrir un univers sensoriel et corporel et distinguer la réalité externe et interne »⁷. La croissance s'accélère dès les premiers signes de la puberté. En moyenne, le nombre total de centimètres acquis pendant la puberté est d'environ 25 cm chez la fille et de 28 cm chez le garçon.

On observe des spécificités émergent avec la puberté, une perturbation transitoire des coordinations plus ou moins bruyante selon chaque personne. Les acquisitions motrices se font plus en rapport avec l'évolution de la puberté que l'âge.

De nouvelles stratégies d'équilibration et de posture se mettent en place, la rapidité d'exécution motrice augmente et de nouvelles capacités émergent avec l'amélioration des fonctions exécutives.

Les contours du corps changent et « [...] outre les modifications formelles et visibles du corps, la fonction protectrice du corps (contenant une intimité, des émotions et des désirs souhaités gardés secrets, marquant une limite entre soi et autrui) est fragilisée : l'intimité devient visible et le corps échappe au contrôle du sujet ».⁸

⁷ DISCOUR V., 2011, p. 40-46

⁸ *Ibid.*

b. Changements psycho-sociaux

A l'adolescence, la reconnaissance des pairs est indispensable dans le processus d'émancipation de la sphère parentale. L'adolescence entraîne le rejet des images parentales de l'enfance au profit de nouveaux attachements. Le jeune se constitue une image des parents différente de celle forgée pendant l'enfance suite à l'évolution de ses relations. Ces nouveaux objets représentent souvent des substituts parentaux différents des objets originaux, des idéaux ou le plus souvent des pairs.

Pour P. COSLIN, l'amitié est narcissiquement rassurante et sécurisante car elle va donner un sens nouveau à la vie du jeune et l'aider à construire un nouvel univers de valeurs. Ce nouveau type de relation permettra à l'adolescent de pénétrer dans le monde des adultes qu'il admire et redoute à la fois. Croyant avoir perdu le soutien du groupe familial, il rencontre le réconfort auprès de ses amis, et le fait de se sentir semblable lui procure un sentiment de sécurité, et le rassure sur sa propre valeur. L'adolescent cherche d'autres modèles d'identification qu'il emprunte et expérimente afin de se constituer son identité propre.

Cela entraîne un réaménagement social concernant la proximité avec les parents avec lesquels on observe une véritable prise de distance physique et relationnelle et les autres adultes, qui constituent des supports identificatoires. Les relations groupales avec les pairs prennent une importance particulière en constituant un étayage identitaire et les relations inter sexes se complexifient avec l'avènement de l'érotisation.

Le statut du jeune dans la société se voit également modifié à travers l'affirmation de ses désirs, goûts, ambitions, valeurs etc

c. Avènement d'une identité sexuée

L'arrivée de la puberté donne néanmoins une nouvelle dimension au développement psycho-sexuel avec le développement des caractères sexuels primaires et secondaires et les modifications psychiques qui y sont associées.

Il y a à l'adolescence une prise de conscience de la sexualité. « Les enfants le découvrent progressivement, mais ne savent pas distinguer filles et garçons par leurs organes génitaux avant la fin du premier semestre de la seconde année. À trois ans, ils disent qu'ils sont des garçons ou des filles. Mais il existe une certaine androgynie. C'est seulement quand l'enfant est nu que la différence des sexes apparaît clairement par la différence des organes génitaux externes. »⁹. La puberté annonce la sortie de cette androgynie avec le développement de la pilosité, des seins, la mue de la voix etc.

Pour C. PAUMEL, l'adolescence est une période où il y a une importance de l'image que l'on renvoie à l'autre. Il y a un souci de « normalité », d'être comme les autres qui intervient quand le corps devient sexué. Le regard de l'autre intervient sur la façon de s'approprier son corps sexué et sur la façon dont la sexualisation joue un rôle dans la relation à l'autre. Il y a un changement de distance relationnelle irréversible : l'adolescent ne sera plus regardé comme un petit garçon ou une petite fille.

Ces changements peuvent être d'autant plus perturbants pour le jeune qui vit simultanément deux expériences : celle du corps de l'enfance, familier et qui a reçu toutes les expériences de plaisir et de déplaisir ; et celle du corps pubère qui

⁹ CHILAND C., 2104, pp. 165-179

est un corps nouveau, non familier, sexuel, et non représentable parce qu'il est le lieu d'éprouvés inconnus sensoriels et sexuels.

d. Représentations corporelles bouleversées

▪ Schéma corporel

J. DE AJURIAGUERRA en donne la définition suivante : « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »¹⁰. Il s'agit d'un modèle du corps permanent mais remaniable tout au long de la vie.

À l'adolescence, on observe un pic de croissance, caractérisé par un développement anatomique disharmonieux, remettant alors en question le schéma corporel. Les modifications du schéma corporel sont à l'origine de difficultés de repérage spatial.

Pour P.JEAMMET, ces perturbations représentent l'une des causes du pic de fréquence des accidents observé chez les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans. Des réajustements du schéma corporel sont nécessaires. Ce sont les expériences physiques qui permettent ces réajustements. « La transformation dont les adolescents sont à la fois objet et sujet est déterminée par une modification de

¹⁰ DE AJURIAGUERRA J., Cité par PAVOT C., Notes de cours

leur corps et donc par une remise en cause de leurs relations antérieures avec leur corps ».¹¹

- Image du corps

P. SHILDER introduit la notion d'image du corps en 1938 à partir de la notion de H. HEAD, en ajoutant un versant affectif et inconscient au schéma corporel, il en donne la définition suivante : « L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif. L'image du corps est la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors »¹²

Dès l'enfance, chaque individu acquiert une certaine image de lui-même qui se construit à travers le regard des autres. Cette représentation est en perpétuelle évolution tout au long de la vie en parallèle avec les modifications objectives du corps. A l'entrée dans la puberté, ces modifications s'accélèrent et ne sont pas intégrées par l'adolescent. Il s'agit de ce fait d'une période de décalage entre la réalité et l'image du corps. Un sentiment d'étrangeté est occasionné par les transformations du corps et les conséquences des changements hormonaux, « ainsi, à partir d'éléments nouveaux comme les transformations corporelles, un décalage s'établit entre l'image de soi et le corps réel »¹³

En lien avec ces perturbations, C. PAUMEL affirme qu'à l'adolescence il y a un intérêt important et des préoccupations fortes pour le corps. Il s'agit d'un moyen

¹¹ KESTEMBERG E., 1999, p.10

¹² SCHILDER P., Cité par PAVOT C., Notes de cours

¹³ JEAMMET P., 2004, p.24

de redécouvrir son corps. Dans cette période où peu de choses sont maîtrisées (croissance, la puberté, mue...) l'adolescent tente de maîtriser ce qu'il peut (coiffure, maquillage, vêtements...). Un paradoxe est observable entre l'envie de grandir et la maîtrise des changements corporels pour revenir à son corps d'enfant.

2. L'autisme

a. Définition et histoire

« L'autisme est un syndrome comportemental qui altère, dès les premiers mois de la vie, les capacités de l'enfant à interagir avec autrui et à développer les moyens habituels de communication et d'adaptation à l'environnement. Cette pathologie précoce et globale conduit rapidement à une forme particulièrement déroutante de dysfonctionnement comportemental et social avec handicap tout au long de la vie. »¹⁴

Le terme « autisme » fut cité pour la première fois par E. BLEULER en 1911 dans sa description d'un des traits clinique de la schizophrénie. Il invente ce mot dont l'étymologie grecque *autos* signifie « soi même », pour décrire le comportement de repli sur soi qui sera par la suite repris. En 1943 le psychiatre américain d'origine autrichienne L. KANNER décrit sous le nom « d'autisme infantile précoce » les particularités de comportement de certains enfants qu'il examinait. Deux symptômes principaux étaient observables : l'isolement social (« *aleness* ») et le besoin d'immuabilité (« *sameness* ») qui correspond à un attachement démesuré

¹⁴ BARTHELEMY C., 2012, p.3

aux routines et à l'intolérance aux changements. A ce tableau s'ajoute un retard de langage, peu inscrit dans l'échange et la réciprocité.

H. ASPERGER observe une cohérence sémiologique chez les « garçons asociaux » qu'il décrit en 1944. En 1980, la terminologie « troubles globaux du développement » apparaît dans les classifications américaines donnant lieu à un débat international sur la nature de l'autisme.

b. Classifications

La CIM 10 fait référence aux Troubles Envahissants du Développement (TED) qui sont définis comme un « groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé, et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations »¹⁵. Dans cette classification, les TED regroupent : autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies, syndrome d'Asperger, troubles envahissants non spécifiés et autres troubles désintégratifs de l'enfance.

La CIM 10 met en avant une triade autistique caractérisée par :

- Des troubles de la communication verbale et non verbale
- Des troubles de relations sociales
- Des centres d'intérêt restreints et/ou des conduites répétitives

¹⁵ <https://www.has-sante.fr>

Le DSM-V n'utilise plus la terminologie TED mais Troubles du Spectre Autistique (TSA). Dans cette classification la triade autistique laisse place à une dyade autistique où les déficits de communication et d'interaction sociale sont regroupés sous une même catégorie. Est également ajoutée la reconnaissance des spécificités sensorielles comme critère diagnostique. On retrouve donc :

- Un déficit dans la communication et les interactions sociales
- Un caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts

Les TSA regroupent : autisme infantile, autisme atypique, syndrome d'Asperger et troubles envahissants non spécifiés.

c. Epidémiologie

En 2005, les recommandations pour la pratique clinique de l'autisme de la Haute Autorité de Santé (HAS) retenaient les chiffres de 1 à 3 pour 1000 pour l'autisme et de 6 pour 1000 pour l'ensemble des TED.

Concernant les personnes de moins de 20 ans, l'HAS rapporte une prévalence estimée à 6 à 7 pour 1000 pour l'ensemble des TED et de 2 pour 1000 pour l'autisme infantile.

L'autisme infantile est quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Selon l'HAS, le sex-ratio varie selon que l'autisme infantile est associé ou non à un retard mental. Le sex-ratio est moins élevé lorsque qu'il y a un retard mental modéré à sévère associé à l'autisme (2 garçons pour 1 fille), alors que la

prépondérance des garçons est plus marquée dans l'autisme sans retard mental (6 garçons pour 1 fille).

On relève de nombreuses hypothèses sur les causes de l'autisme. Des hypothèses sont posées quant à l'influence des facteurs environnementaux et périnataux comme un taux important de neuropeptides dans le sang du cordon, l'exposition intra-utérine à certains médicaments, certaines infections périnatales ou des origines vaccinales et toxiques.¹⁶

« Les TED sont des troubles d'origine neuro-développementale, c'est-à-dire qu'une ou plusieurs étapes du développement cérébral sont perturbées »¹⁷. L'hypothèse neuro-développementale s'est développée à partir d'observations cliniques de la morphologie cérébrale et d'études anatomopathologiques. Ces études font émerger divers postulats sur les liens avec le volume cérébral, la perturbation de la transmission de neurotransmetteurs, le fonctionnement synaptique etc.

Des études ont également pu mettre en évidence un facteur génétique de l'autisme.

d. Sémiologie de l'autisme

Les signes d'alerte des troubles du spectre autistique apparaissent dès la petite enfance (avant 3 ans), ils sont « parfois visibles dès le début de la vie, ou apparaissent parfois brutalement en quelques mois après une période de

¹⁶ BARTHELEMY C., BONNET-BRILHAUT F., 2012, p.15

¹⁷ *Ibid.* p. 11

développement normal. Les premiers signes sont caractérisés par l'absence de mise en place de certaines fonctions plutôt que par l'existence de réels symptômes »¹⁸.

On retrouve fréquemment chez la personne autiste des troubles de la régulation tonique, de la motricité fine et globale, des coordinations et des spécificités sensorielles. Comme j'ai pu l'observer dans le cadre de mon stage, un retard mental est fréquemment associé à l'autisme et impacte également les compétences psychomotrices de l'individu.

- Troubles du tonus

Les parents d'enfants porteurs de TSA décrivent fréquemment un manque d'ajustement du bébé dans le portage ce qui se réfère à un manque de dialogue tonique lors du *holding* décrit par D. WINNICOTT (Le holding correspond au portage, au fait de tenir, mais aussi à la contenance psychique). Une hypotonie modérée est fréquente chez les jeunes avec autisme mais d'autres enfants peuvent présenter au contraire un tonus de fond très important. L'association successive de ces deux polarités n'est pas rare. « Dans les deux cas, on constate fréquemment un recrutement tonique important dans le tonus d'action avec une augmentation notable de la fatigabilité de l'enfant autiste ainsi qu'un retard dans la mise en place de la latéralité fonctionnelle »¹⁹.

Ces difficultés de régulation tonique se manifestent à travers la motricité globale et fine mais aussi dans le contrôle du mouvement qui s'effectue d'avantage sur un mode rétroactif. Cela ne leur permet pas un ajustement aux modifications de la situation.

¹⁸ JUTARD C., Notes de cours

¹⁹ CAUCAL D., BRUNOD R., 2011, p.75

- Retard mental associé

Dans une majorité de cas (environ 70%), l'autisme s'accompagne d'un retard mental plus ou moins sévère. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne la définition suivante du retard mental : « arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique, ou survenir isolément »²⁰

Le degré de retard mental se détermine en fonction du Quotient Intellectuel (QI) :

Le retard mental léger	50 < QI < 69
Le retard mental modéré	35 < QI < 49
Le retard mental sévère	20 < QI < 34
Le retard mental profond	QI < 20

- Modulation sensorielle et motricité

Les conduites telles que l'absence de réponses aux sons ou les stéréotypies pourraient être liées aux troubles de la modulation sensorielle. Elles apparaissent chez 70% des enfants et semblent en lien avec les troubles des interactions sociales décrits dans le DSM-V.

²⁰ <http://inshea.fr>

Toutes les modalités sensorielles peuvent être atteintes sous la forme d'une hypo ou d'une hyperréactivité aux stimuli sensoriels. Beaucoup de jeunes avec autisme cherchent à induire des stimulations sensorielles à travers des balancements ou des bruits de bouche par exemple.

Ces troubles perceptifs se retrouvent dans l'indifférence au monde sonore avec des réactions sélectives à certains sons ou encore au niveau visuel et gustatif. L'activité motrice spontanée peut s'en retrouver réduite ou augmentée, des attitudes posturales inhabituelles et une démarche atypique peuvent être constatées. « Ces profils sensoriels varient selon les individus et, chez une même personne, selon son état émotionnel, sa fatigue ou son niveau de stress, et la place dans une véritable situation d'instabilité perceptive. Ces particularités affectent également les mécanismes attentionnels »²¹.

3. La pathologie confrontée à la période adolescente

a. Vie sociale

L'adolescent non autiste rejette les figures d'indentifications parentales au profit de nouveaux supports identificatoires et de la reconnaissance par ses pairs. Qu'advient-il de ce processus chez l'adolescent autiste chez qui la perception de l'autre est différente ? Les caractéristiques même de l'autisme semblent en inadéquation avec le besoin d'appartenance à un groupe mais il reste cependant important de conserver chez ces adolescents l'idée d'une vie ensemble avec des jeunes du même âge traversant les mêmes problématiques.

²¹ PERRIN J., MAFFRE T., 2013, p.185

En revanche, « le regroupement de plusieurs adolescents avec TED plusieurs heures, dans un même lieu peut être un défi à la raison car les jeunes se soumettent réciproquement à des excitations, à des irritations, des envies, des jalousies, des intrusions qui finissent par augmenter leur anxiété et leur retrait social »²². Les difficultés de communication et d'interaction sociale présentes dans l'autisme affectent donc la transition psychologique et sociale que l'on rencontre à la période de l'adolescence.

b. Autonomie

Les TSA entraînent un déficit au niveau de certaines habiletés notamment la création et le maintien des relations interpersonnelles, la prise de décision et l'initiative. Durant l'enfance, les parents interviennent constamment sur les habiletés de langage et de communication, les habiletés sociales, les capacités intellectuelles etc. L'adolescence est une période sensible durant laquelle le jeune se détache progressivement de la tutelle parentale pour se diriger vers une certaine autonomie. L'adolescent autiste avec retard mental nécessite un accompagnement dans de nombreuses tâches du quotidien, il est néanmoins important de considérer les changements corporels du jeune qui n'est plus vu comme un enfant et de préserver autant que possible la vie intime du sujet, souvent malmenée.

c. Conséquences de la puberté

²² MICHELON Y., 2008, pp.165-180

Les changements rapides liés à la puberté vont se confronter au fonctionnement autistique. La recherche d'immuabilité et le manque de flexibilité de l'adolescent autiste le poussent à rechercher des routines rassurantes et une certaine stabilité pour l'aider à faire face à ces changements qu'il ne contrôle pas. Certaines modifications physiologiques comme la mue de la voix ou les odeurs corporelles peuvent d'avantage perturber l'adolescent qui présente des réactions particulières aux stimuli sensoriels.

L'arrivée de la puberté marque également un changement du regard des autres sur le jeune et nécessite un réapprentissage de certains comportements sociaux. L'adolescent n'étant plus vu comme un petit, certains comportements auparavant autorisés deviennent interdits et certains contacts physiques autorisés posent dorénavant problème. La signification sociale de certains comportements change et se heurte aux difficultés d'interaction sociale et au déficit dans les capacités de communication propres aux troubles autistiques.

En ce qui concerne la sphère familiale, W. LAWSON, affirme que l'autisme est le trouble du développement le plus difficile à vivre au quotidien en raison du manque de confiance en soi des parents ainsi que d'un manque de soutien de ces derniers et de difficultés à trouver de l'aide. Les changements engendrés par la puberté et notamment les changements relationnels compliquent d'avantage l'appréhension de la pathologie par les parents.

La prise en soin de l'adolescent avec autisme nécessite alors une double écoute des problématiques adolescentes d'une part et des difficultés inhérentes à l'autisme d'autre part. Les quelques mois passés avec Marcus ont révélé les enjeux de la posture du thérapeute face à la singularité de ses troubles.

II. Les stéréotypies motrices

Les stéréotypies motrices sont présentes dans le développement typique et peuvent apparaître vers l'âge de 1 an, avec un pic vers trois ans, puis une diminution avec disparition après quatre ans. Cette séquence de développement est en lien avec la maturation neuro-motrice²³. Ainsi, on peut également retrouver des stéréotypies dans la déficience intellectuelle notamment. Dans les troubles autistiques, la prévalence des stéréotypies est de 60 à 70%. Ces mouvements, de par leur grande variété et leurs expressions multiples, peuvent être difficiles à interpréter et avoir des conséquences au niveau psychomoteur.

1. Définition

Selon J. PERRIN et T. MAFFRE, les stéréotypies motrices englobent un ensemble de comportements moteurs très différents se caractérisant par des mouvements rythmés, répétitifs et sans but fonctionnels apparent. Elles peuvent mobiliser l'ensemble du corps comme les balancements ou les sauts, seulement une partie de celui-ci ou bien des éléments de l'environnement. Le pattern des stéréotypies est relativement stable et rythmé, en effet pour M. ARNAUD, ce qui caractérise la stéréotypie dans l'autisme est sa forme répétitive et rythmique.

Leur fréquence d'apparition est positivement corrélée à l'intensité du trouble autistique et au niveau cognitif.

A. CAHEN propose sa définition : « Les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont

²³ MOURGUES C., 2014, p.31

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 »²⁴.

Pour J-C. JUHEL, les enfants autistes peuvent utiliser leur propre corps pour des boucles sensorimotrices rassurantes comme les tapotements, les mouvements des mains devant les yeux ou l'éneurésie. Ils utilisent donc en permanence le lien entre sensations et réactions motrices.

Ces mouvements peuvent s'accroître lorsque la personne autiste est en état d'excitation : « certains enfants, quand ils se trouvent dans des situations qu'ils ne comprennent pas, manifestent des stéréotypies »²⁵.

2. Un critère diagnostique de l'autisme

Dans la CIM 10, les stéréotypies gestuelles représentent un critère diagnostique de l'autisme infantile²⁶. Pour poser le diagnostic, l'enfant doit présenter au moins un symptôme du critère 3.

3 - Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

a) Préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de

²⁴ CAHEN A., 1901, pp. 476-505

²⁵ JUHEL J-C., 2003, p.67

²⁶ <https://www.has-sante.fr>

plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation

b) Adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels

⇒ c) Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps)

d) Préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple, leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).

3. Manifestations

M. ARNAUD fait l'hypothèse que « l'expression d'un vécu personnel se manifeste à travers la diversité des formes de stéréotypies »²⁷. En revanche, « à un moment donné, chaque enfant n'en a qu'un petit registre qu'il utilise de manière répétitive. Par contre, au fil du temps la nature des stéréotypies peut évoluer »²⁸

Certaines sont cependant plus couramment observées chez les personnes avec autisme :

- Le « flapping », un mouvement rapide de secouement des mains à partir de l'articulation du poignet
- Les tournoiements du corps sur lui-même en position debout
- Les sautilllements sur place

²⁷ ARNAUD M., 1986, pp. 387-420

²⁸ CAUCAL D., BRUNOD R., 2010, p.86

- Les balancements du tronc, en position assise ou debout avec une alternance d'appui d'un pied à l'autre. Ils sont appelés « rythmiques »

-

4. Typologie des stéréotypies motrices

A. CAHEN distingue deux catégories de stéréotypies.

Les attitudes stéréotypées ou stéréotypies akynétiques regroupent les stéréotypies dans le décubitus, dans la station debout et dans la station assise. Les mouvements stéréotypés ou stéréotypies parakynétiques regroupent les stéréotypies qui concernent une partie déterminée du corps, de tout le corps, de la marche et de la mimique et des gestes.

G. DROMARD²⁹ ajoute une dimension à cette classification et distingue dans les stéréotypies akynétiques les stéréotypies totales ou générales (qui concernent la station debout, assise ou le décubitus) et les stéréotypies partielles ou locales. Dans les stéréotypies parakynétiques, il classe les stéréotypies de la parole, de l'écriture, de la mimique, de la marche et les stéréotypies complexes dans les actes.

B. VIROLE propose une classification en 8 types de stéréotypies :³⁰

Stéréotype I : Balancement/Tournoiement	Regroupe tous les balancements du haut du corps ou de la tête. Les stéréotypies de tournoiements d'objets appartiennent à ce même groupe.
Stéréotype II : Incorporation	Comprend toutes les interactions entre deux actants aboutissant à une fusion (main et bouche par exemple)

²⁹ DROMARD G., Cité par BREMAUD N., 2009, pp. 877-890

³⁰ VIROLE B., 1985, p.4

Stéréotype III : Expulsion	Consiste en un mouvement de rejet de la main vers l'extérieur du corps. Il peut être très ample et manifeste
Stéréotype IV : Expulsion/Incorporation	Consiste en l'émission par un actant d'un second actant, (processus de séparation), celui-ci étant ensuite réceptionné par un troisième actant préexistant (main s'éloignant de la bouche pour venir heurter l'autre main par exemple)
Stéréotype V : Agitation	Se manifeste par l'agitation des mains, les bras éloignés du buste et les doigts écartés, évoquant le brassement des ailes.
Stéréotype VI : Percement	De morphologie encore plus complexe et ne peut pas toujours être clairement associé à une source corporelle bien identifiée. Une de ces stéréotypies est celle réalisant le percement de surface ou la tentative de percement (doigt tapant la surface de la main par exemple)
Stéréotype VII : Dépiautage	Arrachage répétitif de fragments de peau par frottement
Stéréotype VIII : Excision	Peut mettre en jeu jusqu'à 4 actants. Consiste en l'excision d'un actant cible en plusieurs parties au travers d'un instrument émis par un actant source

5. Fonctions

Pour J. PERRIN et T. MAFFRE, même si la fonction des stéréotypies reste floue, certains modèles explicatifs permettent de dégager des hypothèses :

- Les stéréotypies sont involontaires et représentent l'expression comportementale d'un dysfonctionnement cérébral codé génétiquement.
- Les stéréotypies sont des mouvements volontaires visant à réguler le niveau d'éveil et à maintenir un niveau constant de stimulation sensorielle. Ceci

dans le but de se recentrer sur les sensations internes, réduire les stimulations extérieures ou se procurer des stimulations.

- Les stéréotypies constituent un moyen pour la personne autiste d'obtenir un renforcement (stimulation sensorielle contrôlée, attention de l'environnement) ou pour éviter une situation (activité, interaction sociale).

a. Une fonction protectrice

Pour V. JEAN, les stéréotypies n'ont pas une fonction mais plusieurs. L'enfant passe de l'un à l'autre de ses états en fonction des stimuli. Elles sont l'expression et la mise en corps des sensations internes. La stéréotypie rejoint le processus d'immuabilité décrit par L. KANNER : elle reste identique donc rassurante et assure une fonction protectrice à l'égard du monde extérieur. A. et F. BRAUNER considèrent également les stéréotypies comme un moyen de protection et un refuge rassurant pour l'enfant autiste.

Pour N. BREMAUD, au delà de la recherche d'une forme de continuité d'être, les stéréotypies aurait également une fonction de repli. Elles constitueraient un barrage entre soi et l'autre et un moyen de tenir à distance cet extérieur venant faire pression.

B. GOLSE définit les stéréotypies autistiques comme « une fonction de pare-excitation en privilégiant une modalité sensorielle au détriment des autres [...] pour cliver la réalité [...] et protéger ainsi l'enfant [...] d'un excès ou d'un surcroît de stimulations qui risqueraient, sinon, d'être perçues par lui comme

débordantes, menaçantes et dangereuses »³¹. Les comportements stéréotypés peuvent ainsi représenter pour l'individu autiste un moyen de protection vis-à-vis du monde extérieur, à travers leur caractère stable et rassurant.

b. Un sentiment de continuité

Le sentiment de continuité d'existence est une « sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même » »³².

N. BREMAUD cite les propos de D. WILLIAMS à propos des comportements stéréotypés : « Ils 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 au sein d'une situation complexe et mouvante autour de soi ».³³

Les propos de G. HAAG³⁴ rejoignent ceux de D. WILLIAMS puisqu'elle affirme qu'outre la fonction de maîtrise des angoisses archaïques (angoisse de chute, de liquéfaction, de dissolution), les stéréotypies permettent avant tout d'entretenir le sentiment de continuité d'exister.

c. La constitution d'une enveloppe

D. HOUZEL³⁵ émet l'hypothèse que les stéréotypies rentreraient dans le cadre de la recherche d'une limite rassurante. Faute d'avoir pu se constituer

³¹ GOLSE B., 2006, pp. 443-458.

³² PIREYRE E, 2011, p.55

³³ BREMAUD N., 2009, pp. 877-890

³⁴ HAAG G., Citée par BREMAUD N., 2009, pp. 877-890

³⁵ HOUZEL D., Cité par BREMAUD N., 2009, pp. 877-890

une « peau psychique » ou « enveloppe psychique » solide et nécessaire au repérage des limites entre soi et l'autre, le sujet autiste lutterait terriblement et indéfiniment pour se forger une « seconde peau » à travers ces comportements.

Pour M. ARNAUD, « 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 »³⁶. Les stéréotypies s'apparentent ici à une barrière corporelle protectrice.

F. TUSTIN³⁷ appuie d'ailleurs les propos de ces auteurs en affirmant que les enfants autistes engendrent l'illusion d'avoir une enveloppe extérieure à leur corps comparable à une coquille dure et qui masquerait leur vulnérabilité.

d. Un moyen de décharge

La personne autiste peut parfois se retrouver confrontée à un trop plein de stimulation, d'émotion ou être en situation d'incompréhension face à une situation. « Cela les amène à des conduites stéréotypées (les mêmes, mais avec parfois une intensité, un rythme différent) qui visent alors à résoudre la tension accumulée. Elles sont stabilisatrices pour l'intéressé »³⁸. Ne pouvant ni

³⁶ ARNAUD M., 1986, pp. 387-420

³⁷ TUSTIN F., Cité par BREMAUD N., 2009, pp. 877-890

³⁸ <https://www.reseau-lucioles.org>

comprendre ni contenir ces sensations, celles-ci les débordent et s'expriment sous forme de stéréotypies assimilables à des décharges motrices.

6. Retentissement au niveau psychomoteur

a. Au niveau tonique

Selon la définition de H. WALLON, « le tonus est ce qui peut maintenir les muscles dans la forme que leur a donnée le mouvement si celui-ci vient à s'interrompre. Il accompagne le mouvement pour soutenir l'effort dans la mesure des résistances rencontrées, mais il peut s'en dissocier et le transformer en une attitude stable, c'est-à-dire en immobilité. Le tonus a un réglage complexe que mettent en évidence les diverses sortes d'hyper ou d'hypotonie liées à des lésions de siège différent dans le système nerveux. Il est l'étoffe dont sont faites les attitudes et les attitudes sont en rapport, d'une part, avec l'accommodation et l'attente perceptive et, d'autre part, avec la vie affective »³⁹. La fonction tonique, le mouvement et la posture étant directement corrélés, les mouvements stéréotypés impliquent un recrutement tonique permanent nécessaire à l'accompagnement du mouvement et à la fixation des postures.

Par ailleurs, « les stéréotypies que l'on observe chez l'enfant autiste témoignent d'un trouble de la fonction posturale ou d'une déficience des pouvoirs d'accommodations qui rendent normalement possible le contrôle de l'action. La fonction tonique prépare le mouvement dont elle assure la continuité et le

³⁹ WALLON H., 1985, p.44

réglage »⁴⁰ . Il faut donc comprendre qu'il y a une influence réciproque entre régulation tonique, fonction posturale et stéréotypies motrices. Ces difficultés de régulation tonique peuvent avoir des conséquences sur l'exécution d'actes moteurs et sur les coordinations.

b. Au niveau des coordinations et des apprentissages

D. CAUCAL et R. BRUNOD soulignent également le fait que même si les stéréotypies gestuelles sont variables en intensité et en fréquence d'un individu à l'autre, elles entravent les coordinations et peuvent donc perturber les apprentissages. Par ailleurs, « l'apprentissage est défini comme la construction d'une coordination nouvelle, adaptée aux exigences de la tâche prescrite »⁴¹. Les comportements stéréotypés de la personne autiste limitent donc l'accès à la construction de coordinations nouvelles en situation d'apprentissage et de ce fait, les acquisitions.

Pour N. POIRIER et C. KOZMINSKI les comportements stéréotypés freinent également les apprentissages. L'adolescent porteur d'un trouble autistique peut réaliser des mouvements susceptibles de miner les apprentissages au même titre que leur rigidité au changement.

De plus, pour P.MAROT, l'individu autiste présente des difficultés à discriminer les stimuli pertinents de l'environnement au quotidien et également en situation d'apprentissage. Ces difficultés à percevoir les stimuli utiles sont majorées si

⁴⁰ PRY R., GUILLAIN A., PERNON E., 2000, pp. 149-167

⁴¹ DELIGNIERES D., 2009, pp. 327-334

l'individu produit lui-même des stéréotypies qui produisent des stimulations. De plus, l'enfant présentant des stéréotypies pratique ces comportements au détriment des activités sociales et des activités d'apprentissages.

c. Au niveau du temps

Pour G. HAAG⁴², les stéréotypies gestuelles auraient pour fonction de procurer à la personne avec autisme un sentiment de maîtrise de son monde, lequel pour être rassurant, doit tendre vers une certaine immuabilité.

Le temps vécu est une notion faisant référence aux premières représentations du temps qui se met en place dès le milieu utérin grâce au rythme que perçoit le fœtus puis grâce aux premiers moments de la vie (alternance entre faim et satiété, bercements, moments de séparation avec la mère etc.). Le temps perçu se met en place grâce aux mouvements et aux gestes qui deviennent ensuite volontaires et qui peu à peu donnent accès à une notion de régularité. J. BERTRAND met en avant le manque d'accès au temps perçu dans l'autisme en lien avec la recherche constante de rythmes sur lesquels s'appuyer. Les stéréotypies motrices, par leur caractère répétitif et rythmé, fournissent à l'individu un moyen de maîtrise du cadre temporel qui tend vers une certaine stabilité.

d. Au niveau de l'espace

⁴² HAAG G., Citée par BREMAUD N., 2009, pp. 877-890

Le besoin d'immuabilité est associé à l'impérieuse nécessité pour les personnes autistes de garder leur environnement toujours identique. La production de mouvements stéréotypés pourrait donc être un moyen d'apaiser l'angoisse liée aux difficultés de représentation de l'espace environnant et un outil pour organiser l'environnement selon un cadre stable. Selon K. NAZEER, lui-même atteint d'autisme, « le monde tel que nous l'expérimentons est un lieu très embrouillé et confus [...] C'est la raison pour laquelle les personnes avec autisme présentent un comportement stéréotypé pour ordonner le monde »⁴³.

Les stéréotypies motrices pourraient également être, via la production de stimulations sensorielles, un moyen de se constituer des limites corporelles et de délimiter son corps dans l'environnement. Elles témoignent de ce fait d'un manque de représentation de l'espace et de différenciation entre soi et non soi : « l'enfant autiste a conscience de la non discrimination de l'espace dans lequel il vit et de la non délimitation de son corps dans cet espace »⁴⁴.

e. Au niveau relationnel

En ce qui concerne les stéréotypies motrices, « ces sensations les rassurent, mais en occupant leur champ de conscience, elles les empêchent souvent de pouvoir s'adapter et de comprendre les nouvelles situations »⁴⁵.

Un excès de sollicitations ou de présence peut être à l'origine d'une agitation importante chez la personne autiste et d'une accentuation des stéréotypies.

⁴³ <http://ediformation.fr>

⁴⁴ REY-FLAUD H., 2010, p.311

⁴⁵ JUHEL J-C., 2003, p.67

Ces comportements viennent rassurer le sujet qui se trouve submergé mais représentent une difficulté pour le clinicien. Comme l'affirme A. CORDIE⁴⁶, le geste stéréotypé rassure mais sa production renforce l'isolement de l'individu autiste. Les tentatives de s'extraire de ces comportements se soldent classiquement pas des crises de colère ou un redoublement d'angoisse.

Selon D. CAUCAL et R. BRUNOD, les stéréotypies sont l'aspect moteur le plus évident des troubles autistiques, « elles signalent d'emblée à un entourage non averti l'existence d'un 'sérieux problème' et perturbent donc d'emblée la relation sociale »⁴⁷.

f. Au niveau somatique

Les mouvements stéréotypés peuvent avoir un impact somatique majeur en particulier lorsqu'ils présentent une composante auto-agressive comme les coups portés au niveau de la tête, les tapotements sur les globes oculaires. Des lésions articulaires peuvent également survenir.

⁴⁶ CORDIE A., Cité par BREMAUD N., 2009, pp. 877-890

⁴⁷ CAUCAL D., et BRUNOD R., 2010, p.84

DISCUSSION

I. La prise en charge en psychomotricité des stéréotypies motrices

1. Intérêts de la prise en charge psychomotrice

a. *Un isolement renforcé*

L'Homme est un être communicant qui interagit avec son entourage. Certaines capacités d'interaction sont innées, le nouveau né par exemple réagit à la voix ou accroche le regard. Chez la personne autiste, les compétences de socialisation sont retardées et de caractère inhabituel. Cela va de l'isolement excessif en passant par la passivité sociale jusqu'aux relations à sens unique, et la demande excessive d'attention. Le développement langagier est retardé et atypique. « Le style d'apprentissage est souvent différent des processus habituels. Dans le développement ordinaire, l'enfant s'appuie sur ses compétences d'imitation »⁴⁸. Imiter, selon J. NADEL consiste à relier ses patterns moteurs à ceux d'un autre ou à leur représentation. Cette fonction est déficitaire dans le cas de l'autisme et en découle des problèmes de communication qui favorisent un isolement social.

L. KANNER parlait déjà d'un retrait autistique qu'il définissait comme « une extrême solitude autistique qui, toutes les fois que cela est possible, dédaigne, ignore, exclut tout ce qui vient de l'extérieur vers l'enfant »⁴⁹. Cet isolement caractéristique de l'autisme est renforcé par les mouvements stéréotypés produits par la personne autiste. Ils sont assimilés d'emblée à des « bizarreries » de comportement qui poussent à la stigmatisation de la personne et à sa mise en retrait.

⁴⁸ PERRIN J., MAFFRE T., 2013, p.88

⁴⁹ KANNER L., Cité par LAZARTIGUES A. & LEMONNIER E., 2005, p.12

Marcus s'enferme constamment dans ses stéréotypies et dans un fond sonore évocateur d'un chant. Au sein du groupe, certaines interactions peuvent se mettre en place entre Marcus et d'autres jeunes à travers des jeux corporels ou même parfois des sollicitations verbales. Durant ces temps de regroupement, il peut aussi être amené à s'isoler dans une pièce et à se balancer contre le mur ou secouer répétitivement les épaules.

Ces comportements, en mobilisant toute son attention et son champ de conscience, renforcent ce phénomène de retrait. Lorsque l'agitation de Marcus est importante et que les stéréotypies gestuelles s'intensifient tant dans leur rythme que dans leur intensité, d'autres jeunes peuvent se montrer agacés ou se désorganiser face à ce trop plein de stimulation. Ceci se rapporte à l'article d'Y. MICHELON qui décrit cette boucle d'anxiété produite dans un groupe de personnes autistes : celles-ci se soumettent mutuellement à des excitations qui engendrent de l'agitation, renforçant interminablement l'anxiété et l'isolement.

Ceci met selon moi, en lumière l'importance de la possibilité d'isolement tout en conservant l'effet de socialisation du groupe. Les prises en charge individuelles en psychomotricité représentent par exemple une possibilité d'espace, un temps de récupération loin des excitations constantes.

b. Une motricité entravée

On retrouve une grande hétérogénéité des compétences motrices dans les troubles autistiques. De manière générale, des difficultés de motricité fine et de dominance manuelle sont observées chez cette population. La motricité globale est

également déficitaire, « elle recouvre l'ensemble des activités motrices impliquant l'intervention et la coordination de plusieurs groupes musculaires importants. Elle regroupe donc à la fois des éléments relatifs au tonus, à la posture et aux activités de locomotion »⁵⁰.

R. PRY, A. GUILLAIN et E. PERNON considèrent d'ailleurs dans leur article que les stéréotypies autistiques témoignent d'un trouble de la fonction posturale. On comprend ici que les stéréotypies et les troubles de la motricité globale s'influencent réciproquement.

Le bilan psychomoteur de Marcus et sa prise en charge hebdomadaire ont révélé d'importantes difficultés au niveau moteur. Un profil moteur très hétérogène s'est peu à peu dessiné. Ses gestes sont souvent imprécis et maladroit en lien avec une forte hypertonie, ce qui rend l'utilisation fonctionnelle d'objets parfois impossible. En revanche il peut se montrer adroit lorsque son attention est totalement portée sur la tâche.

Outre ces particularités, la motricité de Marcus est constamment envahie par des mouvements stéréotypés qui freinent la réalisation d'autres tâches motrices. A son arrivée en séance de psychomotricité, Marcus s'installe spontanément pour réaliser des auto-massages à l'aide d'une balle souple type peau de pêche. Cette activité est en permanence interrompue : il laisse tomber le ballon au sol pour porter répétitivement sa main à sa bouche. Ce comportement sera répété plusieurs fois au cours de l'activité, venant interrompre l'acte moteur engagé.

J'ai pu observer l'aspect proche de la compulsion de ce comportement qui ne pouvait être interrompu sous peine de générer de l'angoisse et de l'agitation.

⁵⁰ PERRIN J., MAFFRE T., 2013, p.134

L'interruption d'une stéréotypie n'est pas une solution efficace dans l'optique de diminuer ces comportements. N. BREMAUD le rappelle dans son article, cette interruption peut être à l'origine de comportements « problème » comme une crise de colère, des manifestations d'angoisse ou encore la production d'un autre mouvement stéréotypé.

En tant que psychomotriciens, nous pouvons proposer des moyens de dévier la stéréotypie afin de la rendre moins envahissante, plus supportable pour l'entourage et plus adaptée à la collectivité. De cette façon, l'aspect « inadapté » de la stéréotypie disparaît tout en permettant à l'individu de conserver sa fonction qui lui apparaît comme une nécessité.

Dans le cas de Marcus, des « *fidgets* » sont à disposition à l'IME. De l'anglais, voulant dire « remuer », « tripoter » ce sont de petits outils aidant à focaliser l'attention en proposant un exutoire moteur aux tensions et désirs de mouvement. Ces objets lui permettent de détourner le mouvement stéréotypé au profit d'un mouvement plus acceptable par la société. Marcus peut par exemple ramasser frénétiquement de petites particules au sol, sur les vêtements ou même sur les autres, pour les porter à sa bouche ce qui apparaît comme une bizarrerie de comportement difficilement acceptable par l'entourage. L'utilisation de ces outils lui permet de limiter ce comportement. Cette solution ne lui assure pas une motricité libérée de tout mouvement importun mais assure un état intermédiaire plus propice à la communication et aux interactions.

c. Une source de douleur

« La douleur est un processus normal d'alerte de l'organisme sur des atteintes de l'intégrité physique qui déclenche une réponse réflexe de retrait ou de défense »⁵¹. Les personnes autistes ont des difficultés d'intégration des sensations douloureuses et des modalités de l'exprimer différentes. Il peut par exemple s'agir d'une absence de réaction face à une stimulation douloureuse.

Les stéréotypies gestuelles peuvent alors représenter un moyen d'expression de l'anxiété liée aux sensations douloureuses non représentables pour la personne autiste. Marcus possédant des capacités de communication expressive limitées, exprime son mal être par une agitation grandissante et un fond sonore toujours plus intense. Au mois de mars, il développe une infection au niveau de la bordure de l'ongle qui nécessite la pose d'un pansement enveloppant le doigt mais les mouvements de frottement se poursuivent. Durant les séances de psychomotricité, il semble agité et préoccupé par ce doigt, les stéréotypies sont plus nombreuses.

À l'inverse elles peuvent elles même être la source des sensations douloureuses. Marcus effectue en permanence des mouvements de frottement du pouce sur l'index qui font écho aux stéréotypes de dépiantage décrits dans la classification de B. VIROLE. Ces mouvements répétitifs échauffent la peau et sont à l'origine de l'apparition de callosités sur les doigts ou plus grave, d'une infection.

Ainsi les comportements stéréotypés s'inscrivent dans une boucle : elles sont à l'origine de sensations douloureuses et constituent un moyen de les exprimer.

2. La mise en place d'un cadre stable et contenant

⁵¹ PERRIN J., MAFFRE T., 2013, p.179

Le cadre thérapeutique est pour C. POTEL « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre »⁵².

Le contenant des séances de psychomotricité et son inscription dans une temporalité ont occupé dans la prise en charge de Marcus une place déterminante. Il lui a fallu intégrer les conditions de temps et d'espace inhérentes à ce cadre. Marcus semble, par son besoin de se créer des routines, des repères, avoir besoin de maintenir l'environnement tel qu'il l'a perçu pour la première fois. Les premiers mois de prise en charge, les transitions (arrivée et départ de la salle de psychomotricité) étaient pour lui une source d'angoisse importante qui se manifestait par de l'agitation et des stéréotypies envahissantes rendant la communication et chaque acte moteur extrêmement difficile.

Il a fallu instaurer des temps ritualisés et très concrets de passage entre le dedans et le dehors de la salle, ce qui se rapporte aux propos de C.POTEL : « la différenciation des espaces va venir soutenir une ébauche de différenciation des espaces psychiques, et donc de séparation »⁵³. Mettre ses chaussures à l'extérieur de la salle représentait pour Marcus une transition marquant la différenciation concrète des espaces. Ce rituel s'est peu à peu estompé jusqu'à l'intériorisation des espaces.

Au cours d'une même séance, chaque temps est défini par une activité, elle-même définie par du matériel spécifique que Marcus installe. Cela va des chaises et des ballons jusqu'au tapis de relaxation, d'un coussin et d'une couverture. Cette disposition inscrit la séance dans une certaine rythmicité qui se répète d'une

⁵² POTEL C., 2013, p.321

⁵³ *Ibid.*

semaine à l'autre et donne à Marcus un vécu rassurant du temps. Ceci a pour conséquence une diminution de l'agitation et de la survenue des stéréotypies au cours de la séance, Marcus a accès à l'apaisement, la relation devient possible.

Le cadre thérapeutique se définit également par des conditions d'encadrement. Au cours de cette année, la psychomotricienne et moi étions présentes lors des séances de Marcus. Cette prise en charge en psychomotricité se poursuivra à la rentrée dans un contexte d'encadrement différent, cela marquera une rupture dans le cadre jusqu'alors établi. La préparation de mon départ nécessitera donc une attention toute particulière.

II. Un outil clinique : la relaxation psychomotrice

1. Le déroulement d'une séance de relaxation

La relaxation psychomotrice se considère comme « une expérience de construction, comme un moyen pour aider à l'intégration ou à la réappropriation des éléments du schéma corporel et pour nourrir une image du corps immature ou figée »⁵⁴. C'est une approche thérapeutique à médiation corporelle qui vise à accueillir et accompagner le patient dans une recherche active de son ressenti corporel et de l'éprouvé émotionnel qui s'y rattache. Elle ne s'applique pas selon un protocole établi pour rester au plus près de l'autre et de la relation à instaurer.

⁵⁴ POTELE C., 2015, p.195

Les moments de relaxation avec Marcus se découpent selon les 5 temps de la relaxation, que j'adapte à son fonctionnement et à ses particularités d'interaction et de compréhension.

a. L'installation

L'installation est un temps d'accueil où le patient accepte de développer son attention corporelle, tonique, sensorielle et émotionnelle. Il s'agit d'accompagner corporellement et psychiquement le patient dans un accueil le plus attentionné possible, c'est une recherche active partagée de l'amélioration de l'installation. L'accompagnement du patient se manifeste par le soin que le thérapeute porte à l'ajustement postural de son corps.

L'installation dans la salle représente pour Marcus un rituel marquant le début d'une nouvelle proposition. Elle se fait toujours selon le même mode : le tapis est installé au même endroit, avec le même matériel (un coussin et une couverture). Sa position sur le tapis est également la même, sur le ventre la tête tournée sur le côté, et Marcus accepte difficilement mes propositions de nouvelles installations qu'il finit toujours par abandonner. Cela représente pour Marcus une possibilité de contrôler l'environnement dans lequel il se trouve et de lui donner une dimension temporelle et spatiale qu'il est capable de maîtriser et d'intégrer. Je comprends cela comme une tentative de représentation de l'espace à travers la spatialité du corps propre, une expérience qu'il ne cesse de revivre sans pouvoir réellement l'inscrire.

b. Les inductions verbales et corporelles

Ce temps de la relaxation fait écho à la notion d'accordage. C'est J. DE AJURIAGUERRA qui a parlé le premier de dialogue tonico-émotionnel entre la mère et son enfant. En plus des inductions verbales que je propose à Marcus, un véritable dialogue non verbal se met en place entre nous. Je suis attentive à chacun de ses états que je peux percevoir, il est sensible à ma qualité de présence, à ma posture et à ce que je lui renvoie.

Par les inductions verbales, je permets à Marcus de se rendre disponible aux inductions corporelles que je vais lui proposer. Je le renseigne sur la position de son corps sur le tapis et dans la salle, sur l'impression de confort ou non que me renvoie cette position (Marcus ne réagit pas spontanément en se réajustant lorsqu'il est installé dans une position instable, il nécessite un étayage constant) et sur quelle sorte de toucher je m'apprête à effectuer. Connaitre le déroulé de cette phase le rassure et lui permet d'être plus attentif aux sensations qui découlent de ces inductions.

Je propose à Marcus des mobilisations. Elles ont pour but de lui donner des informations proprioceptives et des indications sur son état tonique et sur le positionnement de son corps. Elles peuvent être de contact, de pression, d'enveloppement, globales ou segmentaires. Marcus est sensible à la variation des divers touchers que je peux lui proposer, il peut se montrer très apaisé comme très agité. Les mobilisations articulaires, en dehors de la pronosupination, induisent un fort recrutement tonique et l'apparition immédiate de mouvements stéréotypés (frottement du pouce contre l'index, secouement des épaules, aller retour de la

main vers la bouche). En revanche, les pressions semblent représenter pour Marcus une stimulation apaisante qui lui permet d'abaisser son fond tonique et son niveau de vigilance. Au fil des séances, son niveau de vigilance s'abaisse même lorsque je m'éloigne de son champ de vision : une relation de confiance s'établit.

c. Le temps de silence

Le temps de silence est corrélé à la capacité à être seul. Pour D.WINNOCOTT, la capacité à être seul c'est être seul en présence de quelqu'un. En relaxation, il faut pouvoir accepter ce temps de silence, ce retour sur soi qui s'installe après les inductions.

Pour Marcus, ce temps était impossible dans les premiers mois. La fin des inductions se soldait immédiatement par un retour au mouvement et à une montée d'angoisse. Marcus pouvait se lever pour aller chercher des objets médiateurs qu'il utilisait sur lui-même. L'angoisse liée au vide qu'apportait le silence et à la perte de la rythmicité des inductions verbales et corporelles était palpable. Par ses stéréotypies et le fond sonore dans lequel il se plonge, Marcus se protège d'un environnement changeant qu'il ne peut contrôler. Le caractère stable et invariant dans le temps de ses stéréotypies représente un élément rassurant lorsqu'il ne peut prévoir ce qui va arriver par la suite.

Peu à peu, Les mouvements se sont faits plus rares pendant ce temps de silence. Le vide que laisse la fin des inductions était mieux accepté et Marcus se saisissait de ce moment comme un temps de repos et d'isolement.

d. La reprise

Pour C.POTEL, la reprise est l'interruption du silence par une induction verbale sollicitant le réveil du corps et le retour à un état tonique permettant l'activité musculaire.

Avant l'acceptation du temps de silence, selon cette définition, la reprise n'existait pas. L'activité musculaire n'ayant jamais cessé, la fin de la séance de relaxation était marquée par le retour à la position debout. Le temps de silence constituait en lui-même un retour à un état tonique élevé.

Un réel temps de reprise est apparu parallèlement à l'acceptation du temps de silence.

e. La verbalisation

Ce moment est destiné à la mise en mots des sensations et ressentis corporels.

Dans le cas de Marcus, la verbalisation était impossible en raison de ses difficultés de communication verbale. J'ai cependant choisi de conserver ce temps en substituant la parole de Marcus à la mienne. Mon analyse reposait sur ce que je voyais : attitudes, mouvements, changements de rythme respiratoire et sur ce que je sentais : souffrance, apaisement, angoisse, joie etc. J'ai ainsi pu lui faire au mieux un retour sur ce que son corps pouvait exprimer à l'aide de mots simples. La relaxation psychomotrice prend son sens dans l'analyse et la prise de conscience

des résurgences d'émotions et d'affects générés par les mouvements sensoriels. J'ai donc prêté mes mots à Marcus pour qu'il puisse effectuer ce travail de transformation psychique des éprouvés corporels dans la limite de ses possibilités.

En psychomotricité, le regard est un élément sur lequel le patient peut s'appuyer. Il peut être recherché par le patient ou bien fuit. Par sa dimension très expressive il étaye le discours mais ne représente néanmoins qu'un élément du visage qui lui-même fournit bon nombre d'informations sur les intensions ou les émotions de la personne. « Tandis que le visage révèle plus la nature de l'émotion, la posture en révèle le degré »⁵⁵. Face à l'expression du corps du patient, le psychomotricien répond par ses propres attitudes corporelles et ses propres gestes qui se veulent adaptés. Par sa présence corporelle, ses gestes, sa posture, son attitude et ses mimiques, il s'agit pour le psychomotricien de se mettre corporellement à la portée du patient afin d'accueillir au mieux ses émotions et ses éprouvés.

Lors de la verbalisation, ces éléments ont constitué des supports pour Marcus qui lui ont permis au fil des séances de vivre des expériences sensorielles, émotionnelles et relationnelles dans un contexte sécurisant.

2. Les objectifs de la médiation

La relaxation psychomotrice peut être indiquée lorsque la symptomatologie psychomotrice est au premier plan comme dans le cas de Marcus. Elle peut être tout particulièrement indiquée pour ses problématiques autour :

⁵⁵ MORITZ C., 1990, p.22

- du tonus (troubles de la régulation tonique, difficultés d'ajustement postural)
- de l'image du corps (troubles de la connaissance du corps, de sa représentation, de son investissement, de son utilisation)
- de la temporalité (difficultés de structuration temporelle, perturbation du tempo personnel, difficultés d'anticipation, trouble du sentiment de continuité)
- des instabilités (défaillance des enveloppes)

Les objectifs de la pratique de la relaxation avec Marcus sont inévitablement liés à la diminution des stéréotypies motrices envahissantes et ces indications sont en lien avec la source même de la mise en place des stéréotypies (*Cf. supra. p.53*). Il s'agit d'engager un travail global sur l'origine et l'expression du trouble.

Pour R.SIRVEN, « les techniques de relaxation ont pour objectif, en première intention, la réduction de la tension psychique par la résolution tonique et le relâchement musculaire »⁵⁶. L'abaissement de son fond tonique et le relâchement musculaire permettent en partie de limiter l'apparition des stéréotypies.

R .SIRVEN dans son livre, affirme que la relaxation a pour effet le nouage du corps, de l'espace et du temps. Ceci à travers le découpage constamment proposé du mouvement : avant, pendant et après et dans la prise de conscience du déroulement de l'action dans l'espace corporel et dans l'environnement. Marcus a ainsi pu trouver dans la relaxation une forme de rythmicité à travers les inductions ce qui a eu pour effet d'apaiser les stéréotypies gestuelles. Un sentiment continu

⁵⁶ SIRVEN R, 2009, p.152

d'exister, une unité interne stable et cohérente peut apparaître quand le corps est mis en lien avec l'espace et le temps: les stéréotypies disparaissent.

Les inductions corporelles permettent à Marcus de ressentir son corps dans sa continuité et d'en percevoir la forme extérieure pour ainsi faire la différence entre soi et non soi et avoir accès à une entièreté corporelle perturbée par la pathologie. Le corps peut être représenté peu à peu.

Au delà de lui offrir la possibilité d'expérimenter différentes polarités toniques, la relaxation lui offre de nouvelles informations sensorielles qui vont apaiser les comportements d'autostimulations. Ces comportements s'expriment à travers des mouvements stéréotypés. Les balancements de la tête de Marcus par exemple lui procurent des sensations vestibulaires mais nécessitent une dépense d'énergie constante et l'engagement permanent du tonus d'action. Il s'agit de lui offrir un moment de récupération durant lequel il pourra être attentif à la réalité de son corps et être présent dans la relation.

3. Le travail du corps à l'adolescence

E.T. HALL dans ses travaux sur l'étude des distances sociales parle de distance intime, personnelle, sociale et publique. La relation professionnelle s'inscrit dans la distance sociale qui sépare les individus de 1m25 à 3m60⁵⁷. En psychomotricité, ces normes s'appliquent difficilement en particulier lors de l'utilisation de médiations corporelles.

⁵⁷ <https://www.psychologie-sociale.com>

La distance est «l'intervalle séparant deux points dans l'espace»⁵⁸, et ici en l'occurrence deux personnes : le psychomotricien et l'adolescent. Dans la thérapie, cette distance n'est pas figée, elle possède un aspect dynamique en lien avec le projet thérapeutique, l'évolution du patient, ses besoins et la relation qui se crée.

Pour C.POTEL, l'adolescent est sans cesse tiraillé entre son besoin d'indépendance et de liberté et sa nécessité d'être soutenu, porté. La difficulté de la prise en soin de l'adolescent réside dans l'ajustement de cette distance. Une attitude trop rigide et distante ne permet pas au jeune de se sentir contenu par une présence adulte rassurante qui l'accepte et le valorise. Elle renforce d'avantage le rapport de force thérapeute/patient ou adulte/adolescent qui peut être vécu comme angoissant ou frustrant. Au contraire, une attitude trop complice ne lui permet pas de s'identifier à l'adulte et de se représenter les limites du cadre thérapeutique. Il s'agit de représenter pour le jeune une figure adulte d'appui qui lui permettrait de mettre en forme ses vécus à travers une position souple et solide à la fois. La modulation permanente de cette distance est indispensable dans le travail auprès d'adolescents en tenant compte du caractère variable de la perception des distances sociales et intimes d'un individu à l'autre.

Avec Marcus, il faut tenir compte de son corps qui subit des transitions, qui ne peut pas être abordé de la même façon qu'un enfant, de son retard mental et de ses difficultés d'interaction qui impactent directement la distance relationnelle. La difficulté de la prise en charge de Marcus a été de le considérer non pas comme un grand enfant mais bien comme un adolescent avec un corps d'adolescent.

⁵⁸ Dictionnaire le Petit Larousse, 1997, p.341

La pratique de la relaxation psychomotrice confronte immédiatement à la question de la distance, des limites, et du contact. Les sollicitations adressées à l'adolescent peuvent être à l'origine d'excitation ou de sensations érotisées qu'il faut savoir contenir. Dans le travail auprès de Marcus, la réalité du cadre et ma posture de garante de ce cadre a pu contenir les éventuels débordements pulsionnels. Les différents temps, l'organisation de l'espace, le toucher médiatisé par des objets, l'utilisation de mots appropriés et les retours effectués sur ce que j'observais, ont constitué une structure sécurisante et contenant pour Marcus.

La distance relationnelle représente ici une fonction pare excitatrice qui peut permettre à Marcus de se constituer une représentation de son corps et d'en percevoir les limites sans être troublé par des sensations non maîtrisables.

En ce qui concerne les stéréotypies de Marcus, je peux émettre l'hypothèse qu'elles seraient un moyen d'expression privilégié durant cette période adolescente. N'ayant pas accès au langage pour ordonner le monde et le comprendre, les stéréotypies représentent un moyen de se protéger et d'ordonner cette confusion environnante. L'adolescence étant marquée par les changements en particuliers corporels, ces mouvements pourraient permettre à Marcus d'apporter un peu de « connu » parmi toutes les sensations inconnues et non maîtrisables y compris celles issues de son propre corps.

- Ma posture de stagiaire face à l'adolescence de Marcus

Lors des premières rencontres avec Marcus, il m'a fallu trouver ma place en tant que stagiaire mais aussi en tant que thérapeute. Cette position intermédiaire n'a pas été facile à conserver dans un premier temps. Les conditions d'encadrement de la thérapie étaient dans les premiers temps représentés par la

psychomotricienne. Elle m'a peu à peu permis, en acceptant que je propose une médiation (la relaxation), de représenter un élément déterminant du cadre.

Au cours des premières séances, le comportement de Marcus n'était pas le même avec la psychomotricienne qu'avec moi. Je me suis interrogée sur sa perception des générations qui pouvait l'amener à m'identifier d'avantage comme une camarade que comme une thérapeute. L'élément nouveau, le visage peu familier que je représentais pour Marcus a été à l'origine d'une recherche de juste distance et d'adaptation de la relation.

« En travaillant non seulement son corps mais ses qualités d'expression corporelle, le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme»⁵⁹. Ces propos font écho à l'écoute et à la disponibilité corporelle mise en place dans le travail auprès de cet adolescent. Il a ainsi pu peu à peu se constituer une représentation de ma personne comme garante d'un cadre et d'une relation thérapeutique malgré le faible écart générationnel qui nous sépare.

4. L'expérience en relaxation de Marcus

La relaxation a permis d'apaiser l'agitation de Marcus qui s'exprimait à travers des stéréotypies massives. Une fois par semaine, pendant une trentaine de minutes, il apparaît parfaitement calme. Ce calme apparent ne perdure que très rarement après la séance, une fois de retour dans le groupe, les balancements et autres mouvements réapparaissent.

⁵⁹ POTEL C., 2013, p.329

Il est important de rappeler néanmoins que la fonction des stéréotypies peut être de rassurer l'individu et de lui permettre de ne pas se désorganiser. En tant que psychomotricien, cela peut relever de notre fonction de comprendre et d'analyser quand une stéréotypie est constructive et quand elle devient envahissante et déstructurante.

Il faut avant tout comprendre le travail avec Marcus comme une tentative de lui apporter des moments de bien être, de récupération psychique et corporelle. Malgré les répercussions qu'elles impliquent au niveau psychomoteur et relationnel, les stéréotypies de Marcus possèdent une fonction protectrice, lui assurent un sentiment de continuité, lui permettent de se constituer une enveloppe ou ont une fonction de décharge. En effet, la collectivité peut se révéler particulièrement fatigante pour la personne autiste qui comme Marcus, peut chercher à fuir les excitations et à s'isoler. La séance de psychomotricité représente alors un moment de récupération où Marcus est invité à se recentrer sur lui. Le mouvement, qui est chez lui permanent peut être interrompu pendant un court instant. En venant avec plaisir, il a su se saisir de ce moment qui lui est devenu indispensable. J'ai perçu son refus fréquent de la fin comme une volonté de prolonger ce moment, source de bien être.

Une perspective du travail avec Marcus est qu'il puisse à terme intérioriser la contenance de la présence du thérapeute et du cadre lorsque son corps est au repos et les effets tranquillisants qui en découlent. La question de la distance thérapeute-patient est au cœur de ma rencontre avec Marcus en relaxation, dans ce travail d'ajustement tonico-postural et tonico-émotionnel. Une autre

perspective serait de lui permettre de faire sien ce travail afin d'éviter les situations de dépendance durant lesquelles il réclame à être touché ou massé.

Au cours de cette année, la pratique de la relaxation psychomotrice avec Marcus a nécessité quelques adaptations. Il a fallu tenir compte de sa recherche d'immuabilité dans un contexte où tout était nouveau (mon arrivée, l'emploi du temps, la médiation) et lui constituer des repères sécurisants accessibles à son niveau de compréhension.

CONCLUSION

L'adolescence constitue une période difficile à appréhender lorsque l'on exerce un métier qui s'appuie sur l'organisation corporelle et psychique du sujet. On ne s'adresse pas, on ne touche pas, on n'agit pas de la même façon avec un adolescent qu'avec un enfant ou un adulte. Comme Marcus, l'adolescent fait face à de nouveaux vécus du corps qu'il n'est pas toujours en mesure de comprendre et qu'il faut savoir accueillir. Même si la prise en charge de Marcus était axée sur son agitation, il a fallu tenir compte de son adolescence et de tous les bouleversements que cette période entraînait pour lui.

Chaque individu possède des stéréotypies de geste dans une moindre mesure qui permet de se donner une contenance dans certains moments ou de maintenir un certain niveau d'attention par exemple. S. LÉBOVICI considère d'ailleurs les stéréotypies comme des « caricatures d'actes naturels »⁶⁰. Au cours de cette année de stage, ma rencontre avec les adolescents m'a fait prendre conscience de l'ampleur que prenaient les stéréotypies motrices ou verbales dans l'organisation des sujets autistes.

Les recherches théoriques m'ont permis de comprendre que ces manifestations faisaient appel à de nombreuses notions autour desquelles le travail en psychomotricité s'articule : les enveloppes psychocorporelles, les représentations du corps, le tonus, le temps et l'espace...

À travers ces mouvements, ces individus recherchent à exprimer et à ressentir de nombreuses choses que notre regard de psychomotricien, par les outils

⁶⁰ LÉBOVICI S., 1952, p.12

d'analyse qui lui sont propres, est capable de comprendre. En revanche l'autisme est une pathologie complexe, ses formes d'expression sont variées et certains fonctionnements échappent encore à notre compréhension ce qui ne nous permet que de formuler des hypothèses. Nous pouvons néanmoins par notre posture thérapeutique et le cadre que nous leur offrons, permettre à ces patients de vivre de nouvelles expériences corporelles et émotionnelles, d'expérimenter leur corps en relation.

La psychomotricité peut agir sur les stéréotypies gestuelles, sur leurs fonctions et leurs manifestations, à condition de considérer le fonctionnement du patient dans sa dimension complexe et singulière. J'ai appris durant cette année qu'il n'était pas nécessaire d'« agir » en permanence mais que se contenter d'« être » pouvait parfois apporter beaucoup plus à nos patients. C'est ce qui, pour moi, fait toute la singularité du métier de psychomotricien.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Adenot, M., Poirier, N., Smith, E. L., & Kozminski, C. (2017). *Autisme et adolescence*. Paris, France: Chronique sociale.
- Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhault, F. (2012). *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris, France: Lavoisier.
- Bertrand, J., & Gatecel, A. (2015). *L'enfant autiste: Approche de l'immuabilité en psychomotricité*. Berchem, Belgique: De Boeck.
- Brauner, A., & Brauner, F. (1978). *Vivre avec un enfant autistique*. Paris, France: PUF.
- Caucal, D., & Brunod, R. (2010). *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*. Paris, France: AFD.
- Coslin, P. G. (2013). *Psychologie de l'adolescent*. Paris, France: Armand Colin.
- Jeammet, P., Braconnier, A., Choquet, M., & Gauge, B. (1997). *Adolescences: Repères pour les parents et les professionnels*. Paris, France: La Découverte.
- Juhel, J. C., & Hérault, G. (2003). *La personne autiste et le syndrome d'Asperger*. Paris, France: Presses de l'Université Laval.
- Kestemberg, É. (2015). *L'adolescence à vif*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Larousse. (1997). *Le Petit Larousse illustré 1998*. Paris, France: Le Grand Livre du Mois.
- Lawson, W. (2015). *Comprendre et accompagner la personne autiste: Troubles du spectre autistique et syndrome d'Asperger ; Communications sociales et relations familiales*. Paris, France: Dunod.
- Lazartigues, A., Lemonnier, E., & Aussilloux, C. (2005). *Les troubles autistiques: du repérage précoce à la prise en charge*. Paris, France: Ellipses.
- Lebovici, S. (1952). *Les Tics chez l'enfance*. Paris, France: PUF.
- Maffre, T., & Perrin, J. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Berchem, Belgique: De Boeck.

- Pireyre, E. W. (2011). *Clinique de l'image du corps: du vécu au concept*. Paris, France: Dunod.
- Potel, C. (2015). *Corps brûlant, corps adolescent*. Toulouse, France: Eres.
- Potel, C. (2013). *Etre psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France: Eres.
- Rey-Flaud, H. (2010). *L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage: Comprendre l'autisme*. Paris, France: Aubier.
- Rogé, B. (2015). *Autisme, comprendre et agir - 3e éd.: Santé, éducation, insertion*. Paris, France: Dunod.
- Sirven, R. (2013). *Relaxation thérapeutique pour adolescents*. Berchem, Belgique: De Boeck.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1995). *Adolescent Psychology: A Developmental View*. New York, USA: McGraw-Hill.

ARTICLES

- Arnaud, M. (1986). Etude des stéréotypies dans l'autisme infantile. *La Psychiatrie de l'enfant*, 29(2), 387-420.
- Brémaud, N. (2009). Retour sur les stéréotypies psychotiques. *L'information psychiatrique*, 85(10), 877-890.
- Cahen, A. (1901). Contribution à l'étude des stéréotypies. *Archives de Neurologie*, 476-505.
- Chiland, C. (2014). La construction de l'identité de genre à l'adolescence. *Adolescence*, T.32 1(1), 165-179.
- Delignières, D., Teulier, C., & Nourrit, D. (2009). L'apprentissage des habiletés motrices complexes : des coordinations spontanées à la coordination experte. *Bulletin de psychologie*, Numéro 502(4), 327-334.
- Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), 40-46.
- Golse, B. (2006). À propos des stéréotypies chez les enfants autistes. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 443-458.
- Haag, G. (1987). Stéréotypies et angoisse. *Revue de psychothérapie*, (7-8), 209-217.

Michelon, Y. (2008). Qu'est ce que ça fait d'être un problème ? A propos de l'accompagnement d'adolescents et de jeunes adultes avec TED. *Les cahiers de l'actif*, 165-180.

Pry, R., Guillain, A., & Pernon, É. (2000). Régulation posturale et conduites autocentrées chez l'enfant autiste. *Enfance*, 53(2), 149-167.

Virole, B. (1992). Morphogénèse des stéréotypies motrices dans l'autisme infantile. *Sémiotiques*, (3), 31-62.

Wallon, H. (1959). Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. *Enfance*, 12(3-4), 233-239.

MÉMOIRES

Jean V. (1999), *Relation entre les stéréotypies et le schéma corporel, intérêt dans la thérapie psychomotrice*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Paris VI Pitié salpêtrière

Marot P. (2013), *Analyse fonctionnelle des stéréotypies d'un enfant porteur d'un Trouble du Spectre Autistique*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Université Paul Sabatier Faculté de médecine Toulouse-Rangueil

Moritz C. (1990), *Le corps du psychomotricien dans la relation soignant-soigné*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

Mourgues C. (2014), *Encore & au Corps, approche psychomotrice des stéréotypies gestuelles chez les enfants atteints de troubles envahissants du développement*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Université de Bordeaux

SUPPORTS DE COURS

Jutard C., Notes de cours de l'option Troubles du Spectre Autistique, 3ème année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2018-2019

Pavot C., Notes de cours de psychomotricité, 1ère année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2015-2016

Paumel C., Notes de cours de psychiatrie, 3ème année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2018-2019

RESSOURCES NUMÉRIQUES

Deswarte, E. (2005). La proxémie. Consulté le 22.04.2019, <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/dossiers-de-lecture/30-la-proxemie>

Gerlach, D. (2017). Troubles du comportement, automutilation, stéréotypies, auto-stimulation : des moyens d'expression à décoder - Réseau Lucioles. Consulté le 22.03.2019, <https://www.reseau-lucioles.org/troubles-du-comportement-automutilation-stereotypies-auto-stimulation-des-moyens-dexpression-a-decoder/>

Haute Autorité de Santé (s.d.). Critères diagnostiques de l'autisme infantile et des autres troubles envahissants du développement. Consulté le 19.03.2019, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/autisme_-_etat_des_connaissances_-_memo.pdf

INSHEA (s.d.). Définition et origine du retard mental. Consulté le 14.02.2019, <http://inshea.fr/fr/content/d%C3%A9finition-et-origine-du-retard-mental>

Schwitzgebel, V. (2004). Geneva Foundation for Medical Education and Research. Consulté le 21.01.2019, https://www.gfmer.ch/Formation_Fr/Pdf/Puberte.pdf

Edi Formations (s.d.). Qu'est ce que l'autisme. Consulté le 22.03.2019, <http://ediformation.fr/quest-ce-que-lautisme/>

RÉSUMÉ

Les stéréotypies motrices ont des répercussions sur l'organisation psychomotrice du sujet. Elles possèdent néanmoins des fonctions indispensables à la personne autiste pour vivre, pour exister. Comment se manifestent - elles? Comment les comprendre et les aborder en psychomotricité? Ce mémoire tente de répondre à ces questions en prenant en compte les particularités de la relation thérapeutique avec un adolescent.

Mots clés : Stéréotypies - Autisme - Adolescence - Agitation - Relaxation

ABSTRACT

Motor stereotypies have serious repercussions on person's psychomotor functioning. However, they have indispensable functions for the person with autism to live, to exist. How do they manifest? How should we understand them and handle them in psychomotricity? This essay tries to answer these questions, considering the specifics of therapeutic relationship with a teenager.

Key words: Stereotypies - Autism - Adolescence - Restlessness - Relaxation