

Institut Privé d'Enseignement Ostéopathique



MEMOIRE n°

Pour le
DIPLÔME d'OSTÉOPATHE (D.O.)

Présenté
le 13 juin 2014 à Pantin

Par

Mme Morgane Laudic

Née le 28 avril 1989 à Epinay sur Seine

**L'ostéopathie en Institut Médico-Educatif à travers
10 cas cliniques d'enfants autistes**

Membres du jury :

Président :

Assesseurs :

Directeur du mémoire : Pierre Nevers D.O

Institut Privé d'Enseignement Ostéopathique



MEMOIRE n°

Pour le
DIPLÔME d'OSTÉOPATHE (D.O.)

Présenté
le 13 juin 2014 à Pantin

Par

Mme Morgane Laudic

Née le 28 avril 1989 à Epinay sur Seine

**L'ostéopathie en Institut Médico-Educatif à travers
10 cas cliniques d'enfants autistes**

Membres du jury :

Président :

Assesseurs :

Directeur du mémoire : Pierre Nevers D.O

NOTE AUX LECTEURS

Travail réalisé dans le cadre du D.O. IPEO

Pour reproduire ou utiliser ce document, veuillez contacter

l'auteur et le directeur de l'IPEO :

M. Rémy Rachou

REMERCIEMENTS

A Pierre Nevers et Monique Thinat pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

A toute l'équipe de l'IME pour leur disponibilité, leurs conseils et leur patience tout au long de l'année. Plus particulièrement à Chantal, Brigitte et Gilles, sans qui ce projet n'aurait pas été possible ; Sandy et Audrey pour leur aide précieuse, leur ouverture d'esprit et nos échanges toujours très instructifs.

Aux enfants avec lesquels j'ai grandi pendant un an.

A toutes les rencontres que je fais à l'EHEO (enfants, parents, ostéopathes DO ou en devenir, ...), qui chaque mois me font avancer sur le chemin de l'ostéopathie.

A Guillaume pour son soutien et sa patience.

A mes amis (Christine, Rémy, ...) pour leur écoute toujours bienveillante.

Et enfin, merci à ma famille, sans qui je me serais probablement égarée. Merci d'avoir cru en ce projet, de m'avoir soutenue et encouragée durant toutes ces années.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE I : PARTIE THEORIQUE	2
1. Les enfants autistes	2
1. 1. Généralités sur les enfants autistes	2
1. 1. 1. Historique.....	2
1. 1. 2. Les troubles envahissants du développement	4
1. 1. 3. Troubles associés	6
1. 1. 4. Etiologie.....	6
2. L'ostéopathie	8
2.1. Généralités	8
2. 2. Relation ostéopathe / enfant autiste	10
2. 3. La mémoire tissulaire.....	12
3. Le toucher	14
3. 1. Généralités	15
3. 2. Embryologie.....	16
3. 3. De l'haptonomie à l'ostéopathie	17
3. 3. 1. L'haptonomie.....	17
3. 3. 2. L'ostéopathie	19
4. L'ostéopathie à travers différentes théories	21
4. 1. Approche psychanalytique de l'autisme et ostéopathie.....	21
4. 1. 1. Approche psychanalytique de l'autisme	21
4. 1. 2. Lien entre l'approche psychanalytique et ostéopathie	26
4. 2. Théorie des sciences cognitives	27
4. 2. 1. Théorie de l'esprit.....	28
4. 2. 2. Théorie de la cohérence centrale	30
4. 2. 3. L'absence de soi.....	31
4. 2. 4. Lien entre les sciences cognitives et l'ostéopathie	32

4. 3. Théorie de la phénoménologie.....	34
4. 3. 1. La phénoménologie.....	34
4. 3. 2. Lien entre la phénoménologie et l'ostéopathie.....	35
4. 4. Approche neuro-biologique.....	37
4. 4. 1. La neuro-biologie de l'autisme.....	37
4. 4. 2. Lien entre la neuro-biologie et l'ostéopathie.....	40
PARTIE II : PARTIE PRATIQUE	41
1. Généralités sur les IME.....	41
2. Présentation de l'IME	43
2. 1. Introduction.....	43
2. 2. Les effectifs.....	43
2. 3. Fonctionnement interne	44
3. Conditions de l'étude	45
4. Techniques utilisées	47
5. Cas cliniques	55
4. Analyse et discussion des résultats	76
PARTIE III : L'OSTEOPATHIE EN IME	78
1. Intérêt de l'ostéopathie en IME.....	78
1. 1. Encadrement	78
1. 2. Urgence ostéopathique.....	79
1. 3. Equipe pluridisciplinaire.....	80
2. Les freins à une ostéopathie en IME.....	82
2.1. Insuffisance d'information sur ce que l'ostéopathie peut apporter aux enfants handicapés	82
2. 2. Budgets non attribués en conséquence	84
2. 3. Notre expérience	85
3. L'avenir s'ouvre	86

CONCLUSION 87

BIBLIOGRAPHIE..... 89

INTRODUCTION

Depuis Andrew Taylor Still à aujourd'hui, l'ostéopathie a beaucoup évolué. Bien loin, de sa pratique initiale, où l'ostéopathie soignait des enfants atteints de dysenterie (en 1874), elle est aujourd'hui de plus en plus réduite au champ d'action de l'ostéo-articulaire. Et pourtant par la multiplicité de ses techniques (structurelle, crânienne, viscérale, fonctionnelle, ...) et le sérieux de sa formation, l'ostéopathe peut prétendre s'intégrer dans quasiment tous les domaines de la santé. L'objectif de ce mémoire n'est pas de débattre du champ d'action de l'ostéopathie, mais de l'intégrer dans un milieu encore méconnu, celui du handicap. Depuis plus de 20 ans, des associations de bénévoles telles que les EHEOS (Enfants Handicapés Espoir Ostéopathique) apportent des soins ostéopathiques à des enfants handicapés et pourtant il n'y a toujours pas d'ostéopathes dans les établissements, pourquoi ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons passé une année scolaire dans un IME d'Ile de France (de septembre 2013 à juin 2014), à raison de deux matinées par semaine. N'ayant pas le temps de prendre en charge tous les enfants, en collaboration avec le médecin psychiatre présent dans l'établissement, nous prendrons plus particulièrement les enfants présentant des troubles autistiques. La première partie de ce mémoire présentera une réflexion sur l'ostéopathie auprès des enfants autistes, en mettant en lien les connaissances actuelles de l'autisme dans plusieurs champs de réflexion (psychanalytique, cognitive, neurobiologique, ...) et de l'ostéopathie. La seconde partie présentera 10 cas cliniques d'enfants que nous avons suivis cette année et qui nous ont permis de construire la réflexion de ce mémoire. Et enfin notre dernière partie traitera de l'ostéopathie en IME (Institut Médico-Educatif) à travers notre expérience dans l'établissement et les différents témoignages que nous avons pu recueillir.

PARTIE I : PARTIE THEORIQUE

1. Les enfants autistes

1. 1. Généralités sur les enfants autistes

1. 1. 1. Historique

Le terme d'autisme, vient du grec « autos » qui signifie « soi-même ». Il fut employé plusieurs fois au cours de l'histoire pour décrire chaque nouvelle observation. La première fois fut en 1911 par Eugène Bleuler pour décrire un des symptômes de la schizophrénie : le repli social.

Puis Leo Kanner, psychiatre américain, réutilisera ce terme, en 1943, dans un article intitulé « autistic disturbances of affective contact »¹ pour décrire l'autisme infantile précoce, que nous connaissons aujourd'hui. Ses théories sur l'autisme sont basées sur l'observation de 11 cas d'enfants suivis depuis 1938. Selon lui, ils ne peuvent entrer dans la catégorie de « schizophrénie infantile » qui prévaut alors, car leurs symptômes, sur la durée, ne correspondent pas à ceux des schizophrènes. En 1943, il utilisera alors l'expression de « perturbations autistiques du contact affectif », puis en 1944, il introduit la notion de syndrome de l'autisme infantile précoce pour décrire ces enfants incapables d'établir des relations normales avec les personnes, les situations, dès le début de leur vie. Il décrit alors six traits principaux :

- **La précocité des troubles** : ils surviennent généralement dans les premières années de vie.
- **L'isolement social ou retrait** (« aloneness ») : l'enfant paraît replié sur lui-même et montre un désintérêt des personnes et des objets qui l'entourent.

¹ « Perturbations autistiques du contact affectif », publié dans la revue Nervous Child en 1943.

- **Le besoin d'immuabilité** (« sameness ») : l'enfant a besoin de maintenir son environnement stable.
- **Des comportements répétitifs et compulsifs** : il s'agit de stéréotypes gestuelles qui sont des gestes répétés inlassablement.
- **Un langage atypique** : malgré une intelligence normale, ils ne peuvent s'exprimer correctement (néologismes, écholalie, ils n'arrivent pas à dire « je », ils ignorent la métaphore, ...)
- **Quelques talents spectaculaires** malgré un développement retardé

Selon Leo Kanner, l'autisme est un « trouble inné du contact affectif ». Croyant remarquer des particularités chez les parents de ces enfants, il va également émettre l'hypothèse que l'autisme serait dû à la froideur affective des parents (avec des « mères frigidaire »), idée qui sera largement diffusée, notamment grâce aux publications et travaux de Bruno Bettelheim. Bruno Bettelheim qui, contrairement aux idées reçues, n'était pas psychanalyste mais professeur des sciences de l'éducation à l'université de Chicago. Dans son livre « la Forteresse vide », il développera l'idée que pour soigner les enfants autistes il faut les séparer de leur environnement familial. Idée qui fut comprise comme la preuve que l'autisme venait des parents.

« Tout au long de ce livre, je soutiens que le facteur qui précipite l'enfant dans l'autisme infantile est le désir de ses parents qu'il n'existe pas. »²

Malgré la persistance de ces théories à l'esprit de certains soignants, elles n'ont bien évidemment plus lieu d'exister aujourd'hui. Les avancées récentes de la recherche penchent plutôt vers « une origine multifactorielle, largement génétique ».³

Les travaux de Hans Asperger sont également intéressants. Ignorant les travaux de Leo Kanner, il publiera l'année suivante ses travaux sur six cas d'enfants autistes. Ils décrivent alors des enfants atteints de « psychopathie autistique » caractérisés par des bizarreries et des aptitudes intellectuelles pouvant aller « de la débilité au génie ».

² Bruno Bettelheim, *La forteresse vide*, 1967, page 171

³ Dossier Autisme publié par l'INSERM

On parle ainsi d'**autisme de Kanner** et d'**autisme d'Asperger**.

1. 1. 2. Les troubles envahissants du développement

Les troubles du spectre autistique, également appelé TED (troubles envahissants du développement), sont définis par la triade de Wing :

- **Troubles des interactions sociales** : l'enfant présente un déficit sévère dans la compréhension des codes sociaux, des sentiments et de l'expression. Il semble replié sur lui-même comme si le monde autour de lui n'existait pas. Il ne tolère pas le changement, il a besoin que son environnement reste immuable (comme en témoigne Jerry diagnostiqué autiste par Leo Kanner « « tout était imprévisible et étrange », signifiant que les stimuli étaient toujours différents et inattendus comme s'ils ne s'inséraient pas dans un ensemble cohérent ».⁴
- **Troubles de la communication verbale et non verbale** : Le langage est très souvent absent et lorsqu'il est présent, il est souvent retardé et particulier avec des écholalies (l'enfant répète ce qu'on vient de lui dire), un langage idiosyncrasique (les mots ne sont plus utilisés correctement), inversion des pronoms, ... Un enfant autiste ne comprend pas l'humour, une phrase telle que « tu as perdu ta langue » peut les plonger dans une réflexion intense, de même il ne comprend pas les gestes symboliques, comme « faire coucou » de la main, de ce fait l'enfant communiquera peu par des gestes et des mimiques.
- **Comportements stéréotypés et répétitifs** : on retrouvera donc de nombreuses stéréotypies (c'est à dire des gestes indéfiniment répétés, comme se balancer d'avant en arrière, taper entre ses mains, ...)

⁴ Uta Frith, L'énigme de l'autisme, Broché, 2006, page 258.

particulièrement dans des situations de stress (comme des changements de lieux).

La classification des TED a beaucoup évolué ces dernières décennies, et diffère selon les classifications. La plus importante est la **CIM 10** (classification internationale mondiale 10^{ème} version), utilisée mondialement, établi par l’OMS, à laquelle correspondent les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Le **DSM IV**, classification américaine, est également très utilisée en complément de la CIM-10 car elle apporte des éléments utiles sur le plan clinique et dans le cadre de la recherche.

En France, est également utilisée la classification CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux chez l’Enfant et l’Adolescent), qui selon les recommandations de l’HAS lorsqu’elle est utilisée doit préciser la correspondance du diagnostic avec la CIM 10 (la même règle s’applique lorsque le DSM IV est utilisé).

Tableau 3. Correspondance entre la CIM-10, le DSM-IV-TR la CFTMEA-R pour les différentes catégories de troubles envahissants du développement (TED) d’après les recommandations de la FFP, HAS 2005 (8)

CIM-10	DSM-IV-TR	CFTMEA-R
• Autisme infantile	• Trouble autistique	• Autisme infantile précoce – type Kanner
• Syndrome de Rett	• Syndrome de Rett	• Troubles désintégratifs de l’enfance
• Autre trouble désintégratif de l’enfance	• Trouble désintégratif de l’enfance	
• Syndrome d’Asperger	• Syndrome d’Asperger	• Syndrome d’Asperger
• Autisme atypique	• Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique)	• Autres formes de l’autisme
• Autres TED		• Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques
		• Autres psychoses précoces ou autres TED
		• Dysharmonies psychotiques
• Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés	-	-

Source : HAS

A noter : en mai 2013 est paru le DSM V qui ne classe plus le syndrome d’Asperger à part mais dans les troubles du spectre autistique.

1. 1. 3. Troubles associés

On retrouve également souvent chez les enfants autistes des troubles du sommeil, de l'hyperactivité, des troubles de l'alimentation, des troubles sensoriels (déficiences auditives et visuelles ou de l'hypersensibilité), des troubles moteurs, des déficits cognitifs (le plus souvent un retard mental), des troubles de l'humeur, des troubles du comportement, ou encore des troubles de la propreté peuvent être présents.

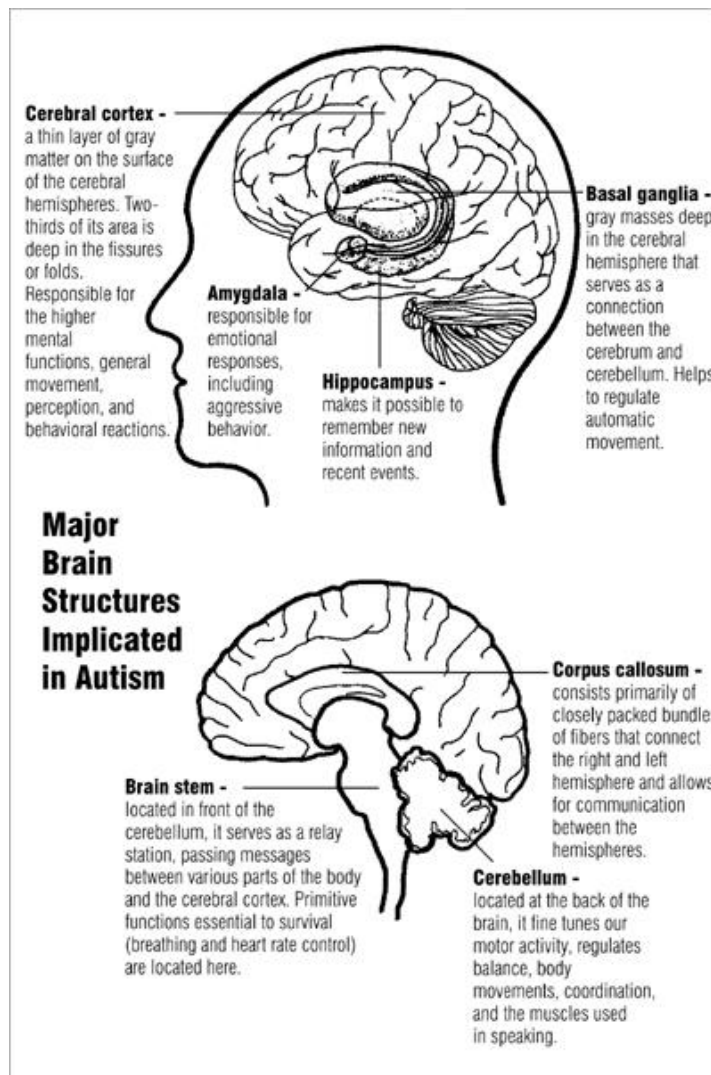
1. 1. 4. Etiologie

L'origine des TSA (troubles du spectre autistique) est encore méconnue et fait l'objet de nombreuses recherches.

Dans les années 50, Leo Kanner émet l'hypothèse que l'autisme était dû à une « mère réfrigérateur » qui n'aurait pas su donner l'amour dont avait besoin son enfant pour se développer. Cette théorie psychanalytique perdurera de nombreuses années aboutissant à des impasses thérapeutiques. Imprégnant encore l'esprit de certains soignants, elle est aujourd'hui dépassée et les recherches de l'origine de l'autisme se tournent vers des facteurs génétiques et environnementaux complexes.

Il semblerait que le cerveau d'un enfant autiste ne se développe pas correctement. Malgré un cerveau plus gros et un nombre de neurones plus élevé, les synapses (connexions entre neurones) et dendrites (arborescences des neurones) ne se développeraient pas correctement entraînant des modifications dans l'organisation du cortex.

L'IRM et l'EEG ont alors apporté beaucoup d'informations à propos de ces modifications.



Source : National Institutes of Mental Health

On peut voir à travers cette image que de nombreuses lésions cérébrales peuvent altérer le fonctionnement du cerveau et créer de nombreux symptômes autistiques que nous connaissons aujourd'hui.

Pour exemple, les lésions du cortex cérébral, en particulier au niveau préfrontal et temporal expliqueraient les troubles du langage (lié au cortex frontal) et les troubles dans le traitement des informations auditives (lié au cortex temporal). De même le système limbique, centre des émotions semble également touché, pouvant expliquer les troubles de l'émotion.

Le sujet de cette étude n'étant pas de décrire ici toutes les étiologies possibles de l'autisme, nous passons donc rapidement à la partie suivante.

2. L'ostéopathie

2.1. Généralités

L'ostéopathie fut créée le 22 juin 1874 par Andrew Taylor Still, alors âgé de 46 ans. Bien loin des idées que l'on se fait aujourd'hui de l'ostéopathie, Andrew Taylor Still mis au point l'ostéopathie pour soigner des enfants atteints de dysenterie. Selon Andrew Taylor Still, l'ostéopathie est fondée sur trois grands principes:

- **La structure gouverne la fonction** : pour qu'une action soit correctement effectuée, il faut que la structure qui permette cette action soit correctement mobile. Dans le cadre des enfants autistes, des lésions osseuses au niveau de leurs crânes peuvent empêcher le bon développement des structures nerveuses sous-jacentes.
- **La globalité** : le corps fonctionne comme un tout, une lésion au niveau d'une structure pourra affecter l'ensemble du fonctionnement de ce corps. On le voit très bien avec les enfants autistes où des lésions au niveau des synapses entraînent des dysfonctions de l'ensemble de leur corps (que ce soit aussi bien physique que mental)
- **L'auto guérison** : l'individu possède en lui-même les capacités de s'auto guérir. L'ostéopathe va seulement faire en sorte que ce processus d'auto guérison s'exprime. Attention, on ne prétend pas ici guérir l'autisme, mais plutôt faire acquérir à l'enfant la pleine potentialité de ses moyens pour faire face à son environnement, ses angoisses.

Nous pouvons également citer un quatrième grand principe de l'ostéopathie : **la règle de l'artère** : la bonne circulation des fluides (sang, lymphe, liquide céphalo-rachidien) dans tout le corps est indispensable à un bon état de santé.

Still considère le corps humain comme un tout, « *fait de pièces diverses, et irrigué par un flot liquidien, continu* ». ⁵

L'ostéopathie peut être divisée en deux grands types de pratique : l'ostéopathie structurelle et l'ostéopathie fonctionnelle. Ces deux pratiques, en employant des méthodes différentes visent à restaurer l'état de santé du patient en lui redonnant son « principe vital ». Au près des enfants handicapés nous employons des techniques fonctionnelles, que nous développerons plus largement dans le chapitre « techniques utilisées ».

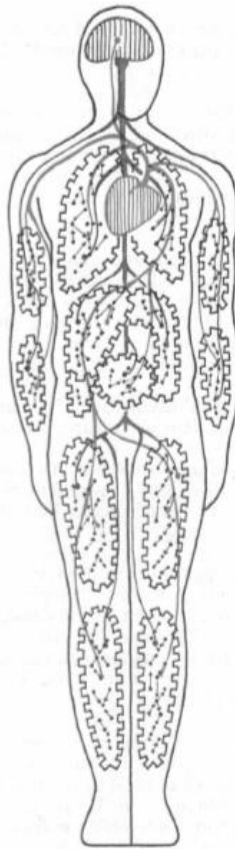


Schéma 6 : L'ostéopathie.

L'homme est un ensemble de masses articulées entre elles, à l'intérieur desquelles se trouvent des "laboratoires" de chimie capables d'élaborer toutes les substances. Chaque masse reçoit un double cordon ombilical par lequel s'écoule le principe vital. Les vaisseaux transmettent la fraction du principe vital qui nourrit chaque pièce (matière première pour les laboratoires tissulaires), les nerfs apportent les informations, l'intelligence qui organise les réponses normales et anormales de chaque pièce. La pathologie est définie comme le déplacement des membres d'une ou de plusieurs des articulations entre les différentes pièces du corps. Ce déplacement va entraîner une compression des vaisseaux et nerfs qui passent à proximité de cette articulation et donc un arrêt de fonctionnement des tissus nourris par les vaisseaux et nerfs comprimés.

Source : Alain Abehsera, *Traité de médecine ostéopathique*, 1986

⁵ Alain Abehsera, *Traité de médecine ostéopathique*, 1986, page 41.

Auprès des enfants autistes, elle a pour objectif de lever les dysfonctions des enfants autistes les empêchant de se développer avec toutes leurs capacités. Elle redonne alors à l'enfant toutes ses capacités d'auto-guérison. Nous verrons dans la suite de ce mémoire que le travail sur ces dysfonctions a une action aussi bien sur le développement physique de l'enfant, que sur son développement psychique et moteur. Attention, de nouveau nous ne prétendons pas ici que l'ostéopathie soigne l'autisme, ce serait une grande illusion, mais plutôt qu'elle redonne à l'enfant toutes ses potentialités de développement. Pour cela, elle passe notamment par ce toucher « thymotactile affectivo-confirmant » que développe Frans Veldam dans son livre (développé dans le chapitre suivant). Grâce à ce toucher affectif et sensible, elle aide les enfants autistes à comprendre leur corps, se sentir bien dedans, leur permettant ainsi de reprendre confiance en eux, en leurs capacités.

2. 2. Relation ostéopathe / enfant autiste

Les enfants handicapés et à fortiori les enfants autistes ont un rapport au monde différent de la plupart des personnes, de ce fait la relation ostéopathe / enfant est très singulière. Tout d'abord, pour qu'un travail ostéopathique soit possible, il est indispensable d'établir une relation de confiance entre le thérapeute et l'enfant. Pour cela l'enfant doit comprendre le but de notre intervention. Mais se pose alors la question de comment expliquer à des enfants handicapés l'ostéopathie ? On peut imaginer plusieurs solutions, à travers des images, des dessins, le jeu, des mimes, ... Lors de cette étude, nous avons décidé de nous aider d'une poupée, avec des membres et une tête qu'il est possible de mobiliser. Cette poupée servait de support lors des premières consultations pour montrer où nous allions poser nos mains. Nous posions donc nos mains sur la poupée, l'enfant éventuellement posait ses mains avec nous sur la poupée, puis nous posions nos mains sur le corps de l'enfant, qui de même les posait éventuellement avec nous (permet également de travailler la représentation du corps comme nous le verrons par la suite). Cette idée de la poupée n'est pas applicable à chaque enfant, car de nombreux enfants n'ont pas cette capacité de projeter leur propre corps sur celui de la poupée et donc de comprendre ce que nous voulons leur expliquer. Il faut donc s'adapter à chaque

enfant, se pose alors une nouvelle étape importante dans la relation ostéopathe / enfant, celle de comprendre l'enfant, son mode de fonctionnement. Pour cela, il va falloir « entrer dans le monde de l'enfant », chercher à comprendre son mode de raisonnement et de fonctionnement en oubliant nos propres schémas de représentations du monde. Pour qu'une relation de confiance soit possible il est indispensable que l'enfant se sente compris. En entrant dans le monde de l'enfant, on permet la création d'une « bulle de confiance » où l'enfant se sent compris, le travail thérapeutique peut alors être entrepris dans un cadre rassurant. On oublie donc nos propres schémas de représentation du monde pour permettre cette relation de confiance, mais sans oublier nos objectifs thérapeutiques. Dès que l'enfant laisse une « porte ouverte » au traitement, il faut savoir la reconnaître et la prendre. Il convient donc d'être toujours très attentif à l'enfant. De même, cette façon de travailler, en cherchant à entrer dans le monde de l'enfant, le comprendre, permet d'aller plus loin dans le traitement. En effet, l'enfant étant en pleine croissance, il évolue d'un point de vue physique et psychique, les traitements doivent donc s'adapter à l'enfant en constante évolution. Chaque enfant est unique, et malgré les généralités que l'on peut faire ici, indispensable à une réflexion en amont, la prise en charge de chaque enfant sera unique et adaptée à chacun.

En tant qu'ostéopathe nous avons la chance d'avoir une relation de « un pour un » et de porter notre attention sur un seul enfant, sans être perturbé par d'autres facteurs extérieurs (comme on peut l'être lors d'une activité, une sortie avec d'autres enfants où on ne pourra pas être aussi attentif). Cette relation de confiance est alors primordiale. Les premières consultations feront donc l'objet d'une attention particulière. Elles sont consacrées à établir une relation où l'enfant se sentant suffisamment en confiance pourra exprimer ses émotions, ses craintes, ses traumatismes ancrés dans son corps. Comme nous venons de le dire, il faut donc lors de ces premières séances expliquer à l'enfant ce qu'est l'ostéopathie, ce qu'il va se passer lors des séances. Le toucher du corps de ces enfants doit toujours se faire avec leur accord. Il est courant que les premiers contacts soient difficiles, il faut alors passer par d'autres moyens pour entrer en contact avec l'enfant, notamment par les jeux (même si nous le verrons plus tard les enfants autistes manquent d'imagination, des jeux tels que les puzzles, les jeux de mémorisation les intéressent particulièrement), la lecture de livre (l'idéal serait un livre expliquant

l'ostéopathie aux enfants) pour revenir au toucher lors des prochaines séances. A travers notre expérience, nous avons également observé que certains enfants qui autrefois recherchaient le contact pouvaient se mettre à le refuser. Cette période, qui peut être très déstabilisante pour le thérapeute, est en réalité un signe très positif d'évolution de l'enfant. En effet, l'enfant autiste qui se trouvait dans une relation fusionnelle et qui n'a pas pu mettre en place l'interdit du toucher, commence alors à le mettre en place ici. « Il s'agit, paradoxalement, de travailler à partir du corps, en particulier dans des cadres de médiations thérapeutiques, pour pouvoir envisager la fin du corps-à-corps et les prémices d'un processus de séparation » Anne Brun. Généralement ces enfants qui refusent le contact pendant quelques semaines, voire des mois, reviennent ensuite d'eux-mêmes au toucher, lorsque celui-ci devient moins angoissant. Durant cette période de refus du toucher de l'enfant, il est important de respecter ce refus, tout en gardant le cadre des consultations ostéopathiques pour que l'enfant puisse réinvestir le toucher et le travail ostéopathique quand il le pourra.

Il est donc toujours très important de respecter les souhaits de l'enfant, en suivant son évolution. Les séances d'ostéopathie doivent aller au rythme de l'enfant, en respectant ses souhaits et ses refus. L'enfant sait dire ce qu'il souhaite ou non, à l'ostéopathe de savoir l'écouter. L'ostéopathe doit être capable de ressentir grâce à sa main et la réaction des tissus si son action est adaptée.

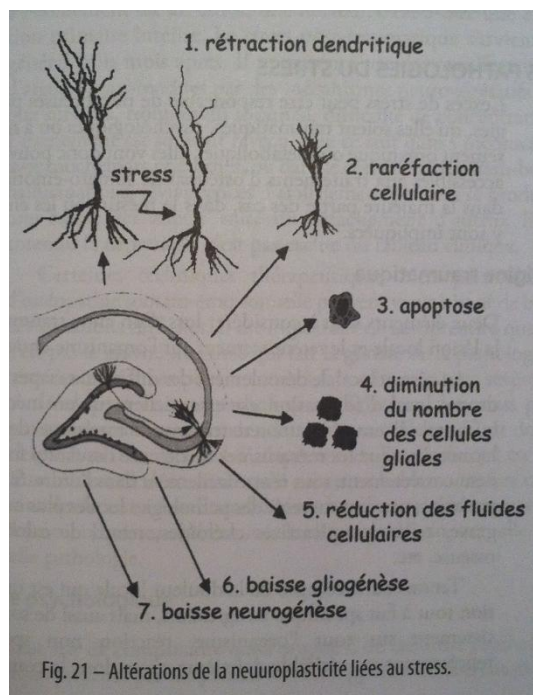
2. 3. La mémoire tissulaire

Le corps est le support des émotions et est capable d'enregistrer ces émotions, ce que nous nommerons « la mémoire tissulaire ». Les émotions, les sensations et les expériences que nous vivons au quotidien restent ancrées dans notre corps. Lorsque nous libérons une zone en ostéopathie, il est courant qu'à ce moment des émotions s'expriment, comme des rires ou des pleurs, particulièrement avec les enfants autistes où l'expression de leurs émotions est difficile. Lors de notre travail avec les enfants, le travail sur les émotions par une écoute et libération des tissus a été très important. Cette partie, à travers l'exemple du stress, donne un début

d'explication de cette « mémoire tissulaire » qui peut alors être transposé pour n'importe quelle expérience vécue.

L'ostéopathie que nous utilisons auprès des enfants autistes, n'est pas une ostéopathie somato-émotionnelle car elle n'utilise pas les mêmes techniques, cependant les principes sur lesquels elle repose peuvent s'appliquer aux enfants autistes (comme dans toute pratique ostéopathique).

Patrick Varlet dans son livre « Ostéopathie somato-émotionnelle » nous donne des bases scientifiques à cette ostéopathie. Nous reprendrons ici l'exemple du stress.



Le stress, fréquent chez les enfants autistes qui évoluent dans un monde qu'ils ne comprennent pas et qui ne les comprend pas, provoque une modification du fonctionnement des cellules. En effet, comme nous pouvons le voir à travers ce schéma, l'exposition à un stress prolongé provoque de nombreuses altérations de la fonction des cellules.

Source : Patrick Varlet, *Ostéopathie somato-émotionnelle*, Sully, 2009, page 89.

Chaque émotion, expérience entraîne une modification de fonctionnement au sein même de nos tissus, que le corps peut garder en mémoire, surtout si les mécanismes de défenses tissulaires ne fonctionnent pas correctement, ce qui perturbe alors tout le fonctionnement du corps. Ces émotions, si elles sont parfois pathogènes, sont cependant nécessaires à notre survie. « Le rôle des émotions est d'intégrer et d'adapter des informations de façon à permettre aux organismes une

régulation de leur survie. Comme pour tout, une dose adaptée est indispensable et un excès pathologique. »⁶

Lors de notre travail avec les enfants autistes, il est important d'avoir conscience de ces processus. L'ostéopathe en libérant des zones de tension dans le corps, libère également des zones qui peuvent avoir gardé en mémoire des événements antérieurs, heureux ou malheureux. Un travail sur ces émotions peut alors être entrepris par l'ostéopathe qui principalement pourra verbaliser ces émotions et permettre à l'enfant de les extérioriser. La suite du travail sur ces émotions pour les comprendre et aider l'enfant à les dépasser nécessite alors l'intervention d'un professionnel adéquat, tel qu'un psychiatre ou un psychologue.

3. Le toucher

L'ostéopathie est une pratique manuelle qui passe par le toucher afin de libérer le corps des tensions l'empêchant de fonctionner correctement. Pour les enfants autistes la notion de contact est souvent très difficile à appréhender. Accepter d'être touché constitue déjà un premier pas thérapeutique. Avant de réfléchir comment l'ostéopathie aiderait les enfants autistes à grandir dans de meilleures conditions, il nous paraît donc important de développer ce qu'est le toucher, comment on le perçoit et ce qu'il implique.

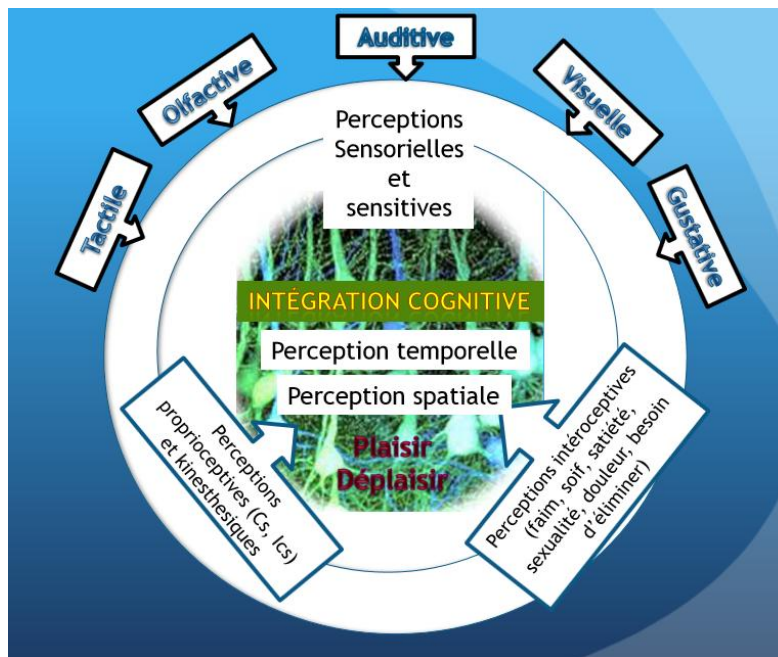
Le travail de l'ostéopathe n'est plus simplement un travail sur le corps de l'enfant d'un point de vue strictement structure / fonction mais d'abord un travail d'appréhension du contact, du toucher de l'enfant autiste. Ce toucher, premier moyen de communication de l'enfant avec son environnement, permet d'entrer en relation avec l'enfant autiste pour qui le langage est souvent altéré.

⁶ Patrick Varlet, *Ostéopathie somato-émotionnelle*, Sully, 2009, page 89.

3. 1. Généralités

Du latin populaire *toccare*, toucher signifie « entrer, être en contact physique avec quelque chose, quelqu'un » ou encore « entrer en relation, communiquer avec » (Le Petit Larousse compact, 1998).

Lorsque l'ostéopathe touche un patient, que ce soit un adulte ou un enfant, il y a donc une relation et une communication qui s'établit entre lui et le patient. Cette communication met en jeu le système somatosensitif. Lorsqu'une information sensitive est perçue au niveau des récepteurs sensoriels, elle est « codée » pour être ensuite envoyée au système nerveux central, qui lui-même l'enverra aux aires primaires du cortex qui avec les zones associatives exécuteront le décodage de cette information. Ainsi d'une information sensitive on obtient une information subjective.



Source : ANAIS, psychiatre Sioly

3. 2. Embryologie

Lors du développement cellulaire, à la 5^{ème} semaine d'aménorrhée (3^{ème} semaine de développement) l'embryon passe du stade disque didermique au stade tridermique. Il est alors constitué de 3 couches :

- L'ectoderme : qui donnera la peau et le tissu nerveux
- Le mésoderme : qui donnera les os, les muscles et les viscères
- L'endoderme : qui donnera les muqueuses digestives et respiratoires

Les recherches actuelles sur l'autisme tendent à donner une origine neurologique. Il est alors intéressant de noter que les deux moyens de communication avec l'extérieur, que sont la peau et le tissu nerveux ont une origine embryologique commune. « Le cerveau et la peau sont des êtres de surface, la surface interne (par rapport au corps pris dans son ensemble) ou cortex étant en rapport avec le monde extérieur par la médiation d'une surface externe ou peau ». ⁷

L'organe peau représente 20% du poids total chez le nouveau-né, et 18% chez l'adulte, il représente alors l'organe des sens le plus grand et le plus important. Sans la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût nous pouvons continuer à vivre, mais sans la peau nous mourrons. Elle est également le premier organe des sens fonctionnel chez l'embryon. Ainsi le toucher constitue le premier mode de communication de l'enfant, il est actif dès la 8^{ème} ou 10^{ème} semaine de vie intra-utérine. L'enfant déjà très tôt dans sa vie intra-utérine peut donc réagir aux stimulations qu'il perçoit à travers la paroi utérine de la mère. En rapport avec ce sujet, l'haptonomie périnatale est intéressante. C'est une pratique nouvelle développée par Frans VELDAM au milieu du vingtième siècle qui intègre complètement cette vision.

L'ostéopathie, en passant exclusivement par le contact et le toucher intègre alors complètement cette approche du toucher.

⁷ Didier Anzieu, *le Moi Peau*, Dunod, 1985.

3. 3. De l'haptonomie à l'ostéopathie

3. 3. 1. L'haptonomie

Frans VELDAM, chercheur et curieux des phénomènes de la vie, observa lors des événements traumatiques de la seconde guerre mondiale l'importance des liens affectifs dans les rapports humains. « Sa constatation essentielle est que la confirmation affective est indispensable pour le plein développement des potentialités de l'être, qui sont en germe dès sa conception. Ce vécu de confirmation donné à l'enfant dès le giron, dans le plaisir et la confirmation du Bon de son être contribue à la construction d'une sécurité affective et d'une assurance qui l'aideront à affronter les défis de la vie et à en goûter les richesses... ». ⁸

Frans VELDAM décrit dans son livre trois niveaux de représentation de soi : le **corps**, la **corporéité** et la **corporalité**. Le corps représente « le substrat de l'individu vivant » ; la corporéité (également appelé le corporel) représente le corps avec ses propriétés biologiques, physiologiques, constitutionnelles, c'est le corps que l'on possède ; tandis que la corporalité représente le corps que l'on est, c'est-à-dire la façon dont nous vivons notre corps, dont on l'exprime, avec le sens et la valeur qu'on lui donne.

« Le « Soi » (« Self »), qui représente l'individuel, authentique et spécifique, donne à la corporalité une identité personnelle et un sens plus profond : l'âme est incarnée. [...] L'homme exprime alors son âme et son être, à travers sa corporalité, dans sa manière d'être, sa représentation personnelle. On peut donc parler de corporalité animée ». ⁹

Cette corporalité animée a alors besoin d'être confirmée. L'haptonomie distingue alors deux types de confirmation : l'**affermisssement rationnel** et la **confirmation affective** de l'humain. L'affermisssement rationnel correspond à la validation intellectuelle de l'existence, dans les échanges sociaux. La confirmation

⁸ Frans Veldam, *Haptonomie. Science de l'affectivité*, Broché, 2007.

⁹ Frans Veldam, *Haptonomie, Science de l'affectivité*, Broché, 2007, page 64.

affective, qui nous intéresse beaucoup plus en ostéopathie, confirme l'humain dans son essence même, son être vrai, son authenticité. Cette confirmation affective est indispensable pour créer des relations de confiance ; la privation de cette confirmation entraîne un sentiment d'insécurité empêchant l'autonomie et le fondement de « soi » authentique de l'homme. Les recherches sur le contact peau à peau (CPP) de la mère et de son nouveau-né nous donnent à ce sujet beaucoup d'informations. L'analyse de ces recherches met alors en évidence que « le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né immédiatement après la naissance réduit les pleurs, améliore l'interaction entre la mère et le nouveau-né, tient le nouveau-né plus chaud et favorise la réussite de l'allaitement maternel »¹⁰. N'oublions pas que pendant neuf mois, le fœtus a grandi dans un environnement aquatique, stérile, chauffé et nourri, le nouveau-né est alors brutalement exposé à un nouvel environnement avec des couleurs, des odeurs, des sons inconnus. Ce contact thymo-affectif permet alors à l'enfant d'être rassuré, de se sentir en sécurité.

L'haptonomie considère alors deux façons d'être au monde, le Corps défense et le Corps de contact. Ce « contact thymotactile affectivo-confirmant » permettrait de passer de ce corps défense à ce corps de contact. En effet, ce contact affectif permet à la personne approchée d'être apaisée, sécurisée et le cas échéant d'être consolée. L'haptonomie permettrait donc à la personne prise en charge de se sentir entière, de développer et restaurer son état de santé.

Le **corps défense** se caractérise comme une vigilance inquiète où la personne perçoit le monde environnant comme une menace. Elle développera alors des mécanismes de défense comme des modes de vies précis, des opinions, techniques, ... Ou au contraire donnera une image d'elle cultivée, polie, généreuse, gentille ... Mais qui masque en réalité une personne fragile, prête à rompre ses défenses à la moindre contrariété.

¹⁰ Puig G, Sguassero Y. Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé : Commentaire de la BSG (dernière révision : 9 novembre 2007). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Le **corps de contact** se caractérise quant à lui par une personne ouverte, disponible. Les contacts avec l'environnement sont aisés, fluides, et face à une situation imprévue ou non, la personne adoptera une réaction appropriée.

Comme nous le décrirons plus largement dans le chapitre suivant, les enfants autistes ne comprennent pas le monde dans lequel ils vivent et grandissent, de ce fait, ils le perçoivent comme stressant, menaçant et s'enferment alors dans une carapace. Bien que le corps de défense décrit par Frans VELDAM ne concerne pas directement les enfants autistes et que la pathologie et l'étiologie de ces enfants soit très complexes, ne pourrait-on émettre l'hypothèse que ce corps de défense décrit en haptonomie concerne, en partie du moins, celui des enfants autistes ? Un toucher haptonomique ou ostéopathique permettrait alors à ces enfants de passer d'un corps de défense à un corps de contact.

3. 3. 2. L'ostéopathie

Au cours de notre expérience avec les enfants à l'IME, nous constatons que les enfants autistes ont un rapport très particulier avec ce contact. Les contacts physiques lorsqu'ils sont sollicités par les enfants, sont utilisés par l'enfant dans le but de se créer une enveloppe corporelle, trouver les limites de leur corps (mains sur les oreilles produisant des sons, appuis forts sur certaines parties de leur corps, ...) mais ce contact est rarement investi comme un contact affectif, rassurant. L'ostéopathie, à travers un toucher doux, rassurant, affectif, souhaite alors réconcilier l'enfant avec ce toucher et permettre ainsi une meilleure appréhension du contact. Le contact est tous les jours présent dans nos sociétés (se serrer la main pour dire bonjour, faire des câlins pour montrer notre amour envers quelqu'un, ...), vivre en ayant peur de ces contacts paraît tout simplement impossible, il nous semble donc important de rassurer et d'apprendre à l'enfant à gérer ces contacts.

Mais comment faire ? Afin d'illustrer nos propos, nous prendrons un exemple concret, celui du diaphragme. Le diaphragme est le principal muscle inspiratoire, séparant la cage abdominale de la cage thoracique. Il est très souvent retrouvé en dysfonction chez les enfants autistes. Lorsque nous avons une émotion,

c'est tout notre corps qui va réagir à celle-ci, y compris le diaphragme. Notre corps est alors le support des émotions. Si une émotion est vécue de façon trop intense elle peut amener le corps dans une dysfonction (diaphragme bloqué en inspiration par exemple, avec « des émotions qui n'arrivent pas à descendre dans le corps »). L'enfant se retrouve alors avec de nombreuses dysfonctions dans son corps, l'empêchant d'intégrer et vivre les nouvelles émotions correctement, ce qui perturbe également la représentation qu'il a de lui-même. Ce corps qui ne sait pas gérer les nouvelles informations devient source d'angoisse et l'enfant ne peut plus vivre en accord avec ce corps (il cherche alors les limites de son corps à travers des sons, le toucher, et parfois même l'auto-mutilation, qui témoigne d'un mal-être de l'enfant dans ce corps incompris et donc rejeté). L'ostéopathe grâce à des techniques douces, à l'écoute des tissus du patient, va pouvoir aider l'enfant à comprendre et vivre ce corps. Si nous reprenons l'exemple du diaphragme, l'ostéopathe va lever les lésions sur celui-ci, ce qui provoquera généralement la libération des émotions qui étaient bloquées. Il est alors très important que l'ostéopathe soit bien centré et attentif à l'enfant pour pouvoir accueillir ces émotions et servir de point d'appui (fulcrum) à l'enfant. Ces émotions qui étaient jusque-là bloquées dans le corps de l'enfant vont pouvoir être vécues par l'enfant.

A l'IME, nous avons également constaté que certains enfants (comme Lorie) investissaient alors la salle d'ostéopathie comme un lieu de refuge et un lieu où malgré qu'ils n'aient pas accès à la parole on puisse les écouter grâce au toucher. On voit alors une nouvelle dimension de l'ostéopathie pour les enfants qui n'ont pas accès à la parole. Ces enfants qui n'arrivent pas à parler et que l'on n'arrive pas à comprendre, se sentent alors incompris. L'ostéopathe, grâce au toucher, établit avec l'enfant un nouveau mode de communication (rappelons-le, le premier mode de communication qui se met en place dès la 8^{ème} semaine de développement dans le ventre de notre mère). L'enfant se sentant alors compris et écouté, prend confiance en lui et affronte l'avenir plus sereinement.

4. L'ostéopathie à travers différentes théories

4. 1. Approche psychanalytique de l'autisme et ostéopathie

Parmi les auteurs du courant psychanalytique, nous citerons rapidement Bettelheim, dont l'œuvre la *forteresse vide*, ayant connu un grand succès, a malheureusement imprégné les idées de nombreux thérapeutes s'occupant d'enfants autistes. Selon Bettelheim, l'autisme est la conséquence d'une « mère réfrigérateur » (terme repris à Léo Kanner) et d'un environnement familial destructeur. Pour soigner les enfants autistes, il faudrait donc les retirer de ce milieu les empêchant de se développer correctement... A la mort de Bettelheim ces idées et méthodes furent considérablement remises en cause.

4. 1. 1. Approche psychanalytique de l'autisme

4. 1. 1. 1. Introduction

Frances Tustin, psychanalyste britannique, dans la lignée de Mélanie KLEIN (qui s'est davantage intéressée au développement d'enfants schizophrènes), a consacré une grande partie de sa vie à l'étude de l'autisme. Pour Tustin, l'autisme a un « fantasme de rupture catastrophique de continuité, principalement discontinuité bouche-langue-mamelon-sein ». Au vu des connaissances actuelles de l'autisme, certaines de ses idées sont à remettre en cause, elles ont cependant permis de faire avancer la réflexion sur l'autisme, c'est pourquoi nous développerons ici les grands principes.

« L'autisme est une protection autosensuelle de type réflexe que nous possédons tous, mais qui, quand elle est exploitée de façon massive et exclusive, constitue une pathologie. On a trouvé que le recours massif et exclusif à la « mise en capsule » autogénérée qui détourne l'attention

d'expériences infantiles traumatiques et insupportables est spécifique aux enfants autistes. »¹¹

Selon Frances Tustin, l'autisme est donc une réaction de protection (« mise en capsule autogénérée ») où l'enfant se réfugie dans une « enveloppe coquille » suite à une impossibilité de faire le deuil de séparation entre lui (l'enfant) et la mère. A la naissance, le bébé ne fait pas la séparation entre le corps de la mère et le sien, il n'y a pas de séparation entre le mamelon de la mère et sa bouche. Puis, grâce à une mère naturellement soutenant et pouvant l'accompagner, la séparation mère / enfant se fait. Chez les enfants autistes, lié à une combinaison de facteurs innés et acquis cette séparation ne peut se faire. Parmi les facteurs acquis, la mère joue un rôle prépondérant ; en effet n'étant pas en de bonnes conditions (qui peut par exemple être dû au décès récent d'un proche, la maladie, la dépression, ...), elle ne permet pas à l'enfant de faire correctement cette séparation mère / enfant. Cependant, contrairement à Bettelheim, Frances Tustin insiste pour ne pas faire culpabiliser les mères, il est très important qu'elles accompagnent et soutiennent les traitements prodigués à leur enfant. Elles doivent être présentes dans ces traitements. Elle écrira à ce propos « dans mon travail avec les parents d'enfants autiste, la priorité est de rétablir leur confiance en eux-mêmes en tant que parents, puisque leur enfant l'ont précisément ébranlé ».¹² Ces enfants ayant fait l'expérience de la séparation corporelle avant d'être prêts à le supporter, ils refusent alors cette séparation en se protégeant grâce à des « sensations-objets » et des « sensations-formes » qui le rassurent et le protègent.

« Il semblerait que dans des situations de peur corporelle extrême le sentiment psychique d'exister puisse être protégé par l'impression d'être séparé du corps, et serait ainsi préservé de la menace du « non-être ». »¹³

¹¹ Frances Tustin, *Autisme et protection*, Paris, Seuil, 1992, page 51.

¹² Frances Tustin, *Autisme et protection*, Paris, Seuil, 1992, page 87.

¹³ Frances Tustin, *Autisme et protection*, Paris, Seuil, 1992.

4. 1. 1. 2. Sensations – objets et sensations – formes

Lors de son développement, l'enfant retrouve dans son environnement une personne bienveillante qui l'aide à sentir qu'il existe en tant que personne (car présent dans la conscience réfléchie de cette personne). Les enfants autistes ne retrouvant pas cette personne dans leur environnement, ils ont alors peur du « trou noir du non-être ». La séparation corporelle d'avec leur mère est alors vécue comme une perte de leur être ; cette séparation étant tout simplement impossible, ils mettent alors en place des mécanismes de défense comme les **sensations-objets** et les **sensations-formes**.

Les sensations-objets autistiques « sont engendrées par le sens du toucher, et ce ne sont pas des « objets » dans un sens objectif : elles sont ressenties comme faisant partie du corps du sujet. ». Ce sont des objets durs qui leur donnent l'impression qu'en les serrant fort ils vont faire partie de leur corps.

Les « sensations-formes autistiques » sont des sensations « auto-générées par des activités tactiles telles que taper, effleurer, frotter, étaler, et même dessiner et peindre sur des surfaces lisses, aussi bien celles du propre corps du sujet que celles d'objets extérieurs ressenties comme faisant partie des surfaces de son corps ». L'enfant autiste vit dans un monde bidimensionnel, reconnaître la tridimensionnalité du monde réel, c'est reconnaître qu'il y a une séparation entre les objets et donc entre la mère et lui. Ainsi l'enfant ressent des sensations tactiles tout autour de son corps, rassurantes et apaisantes.

Les enfants autistes ne semblent alors pas avoir conscience d'un corps en chair et en os, mais d'être seulement entouré d'une coquille autogénérée qui nous empêche d'entrer en relation avec eux. Ils sont enfermés dans cette coquille autogénérée où le toucher domine tous les sens, mais ces sensations-formes ne donnent lieu à aucune réciprocité.

« L'enfant autiste a compensé des manques psychologiques précoces en accordant une importance excessive aux contacts physiques tactiles et aux sensations engendrées par ces contacts. Pour lui, seul ce qui est tangible et physiquement présent existe. Les souvenirs, les images, les fantasmes et les

pensées sont intangibles. Aussi l'importance excessive accordée à des contacts physiques permanents empêche-t-elle sa vie mentale de se développer normalement. Avec des souvenirs et des images inadéquats, l'imagination est entravée. Or l'imagination est essentielle pour le jeu. »¹⁴

A travers cette approche psychanalytique de Frances Tustin, on commence déjà à entrevoir les difficultés que peut avoir un enfant autiste vis-à-vis de son propre corps et tout ce qu'un ostéopathe habile et formé apporterait à ces enfants et leur entourage, car ne l'oublions pas, les enfants autistes souffrent mais c'est aussi tout leur entourage qui souffre, qui doit s'adapter et affronter au quotidien ce handicap. En apportant une écoute attentive au corps de ces enfants, en écoutant et soulageant leur souffrance, c'est également les familles et l'environnement familial dans lequel grandit l'enfant que l'on aide.

4. 1. 1. 3. Le moi-peau de Didier ANZIEU

Le moi-peau développé par Didier Anzieu, à partir des années 70, et largement décrit dans son livre « le Moi-Peau » paru en 1985, est une notion importante en psychanalyse, il nous paraissait donc important de développer ici quelques grands principes. Dans son livre, Didier Anzieu s'inspire aussi bien de ses prédécesseurs psychanalytiques comme Freud, Mélanie Klein, Winnicott, Bion que des recherches récentes de sa décennie (comme ceux du pédiatre Berry Brazelton dans les années 70) et de mythe (mythe grec de Marsyas).

« L'entourage maternant est appelé ainsi [le moi-peau] parce qu'il « entoure » le bébé d'une enveloppe externe faite de messages et qui s'ajuste avec une certaine souplesse, en laissant un écart disponible, à l'enveloppe interne, à la surface du corps du bébé, lieu et instrument d'émission de messages : être un Moi, c'est se sentir la capacité d'émettre des signaux entendus par d'autres. »¹⁵

¹⁴ Frances Tustin, *Autisme et protection*, Paris, Seuil, 1992, page 130.

¹⁵ Didier Anzieu, *Le Moi-peau*, Dunod, 1985, page 61.

Ces interactions entre la mère et l'enfant, notamment par des stimulations sonores et tactiles vont permettre à l'enfant de développer son moi. Le Moi-peau aurait alors neuf fonctions :

- **Fonction de maintenance** : qui peut être corrélée au concept de holding développé par Winnicott, c'est-à-dire « la façon dont la mère soutient le corps du bébé ». L'enfant va alors développer sa fonction psychique « par une intériorisation du holding de la mère ». L'enfant en prenant appui sur le corps de sa mère pour développer son axe interne, permettant au Moi de mettre en œuvre les mécanismes de défense archaïques que sont le clivage et l'identification projective, qui participent à la structuration du Moi et de la personnalité.
- **Fonction de contenance** : qui peut être corrélée au concept de handling développé par Winnicott. La peau est un « sac » éveillé par les soins maternels qui, associés aux jeux, procurent des sensations, des émotions qui permettent d'arriver aux contenants et aux contenus de pensée.
- **Fonction de pare-excitation** : en cas d'excitation trop importante la mère sert de pare-excitation à l'enfant, permettant à l'enfant de rendre ces excitations plus supportable. En grandissant, l'enfant devient capable de gérer ces excitations seules, grâce à un étayage du Moi suffisant.
- **Fonction d'individualisation** : qui permet à l'enfant de se sentir unique, avec un soi individualisé et une personnalité propre.
- **Fonction d'inter sensorialité** : « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses autres et qui les fait ressortir comme fugues sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile ».
- **Fonction de soutien et d'excitation sexuelle** : le contact peau à peau, source de plaisir, est le fondement du plaisir sexuel.

- **Fonction de recharge libidinale** : le « Moi-peau » a un rôle de maintien de la tension psychique du Moi
- **Fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles** : la peau est à la fois une enveloppe d'excitation et d'inscription.
- **Fonction d'autodestruction** : considéré comme une anti-fonction ; Didier Anzieu fait un parallèle avec le Soi et le Non-Moi développé en immunologie. Il existerait alors des attaques inconscientes sur le contenant psychique.

4. 1. 2. Lien entre l'approche psychanalytique et ostéopathie

Frances Tustin développera également la notion de **transfert adhésif** vis-à-vis de ces enfants, c'est-à-dire que l'enfant considère l'analyste comme une partie de lui-même et ne peut vivre séparé de lui et la séparation est alors vécue comme un arrachement corporel. Dans la relation ostéopathe / enfant autiste il nous faut alors faire attention à ce transfert, notamment lorsque l'on s'adapte à la position de l'enfant (il est fréquent de se retrouver avec une main sternale et main dorsale assis sur le lit avec l'enfant). La relation du toucher pouvant engendrer des confusions pour l'enfant entre ce qui est son corps et ce qui ne l'est pas, il faut toujours garder une certaine distance vis-à-vis de l'enfant, notamment à travers des questions (« qu'est ce que tu ressens ? » « Où sont placés mes mains sur ton corps ? » ...) qui lui permettra de comprendre que ce qu'il ressent, perçoit c'est grâce aux stimulations que nous lui envoyons à travers son corps mais qu'en aucun cas nous ne faisons qu'une seule et même personne. En faisant l'expérience de séparation entre son corps et celle du praticien, on évite bien évidemment ce transfert adhésif, mais on permet également à l'enfant de prendre conscience de ce corps solide, avec ces limites, l'aidant alors à faire cette séparation entre son corps et le monde qui l'entoure.

On peut alors se poser la question si ce toucher ne serait pas ressenti comme des **sensations-objets** et les **sensations-formes** décrites précédemment et n'aurait alors aucun intérêt pour les enfants autistes. Nous devons alors rappeler, que ces sensations décrites par Frances Tustin sont des sensations autogénérées par l'enfant, or dans l'approche ostéopathique, c'est bien une personne extérieure qui touche l'enfant et même si on va toujours là où l'enfant accepte d'être touché (et souvent où il nous indique), il n'en reste pas moins que les sensations ressenties par l'enfant restent de l'ordre de l'inconnu et de l'imprévisible (nous développerons plus tard ce que nous appellerons la « mémoire tissulaire »). Rappelons que les enfants autistes ne supportent pas le changement (comme nous pouvons notamment le voir dans le film *Rain Man*) et lors du travail ostéopathique les sensations et les émotions ressenties par l'enfant restent imprévisibles pour l'enfant et donc source d'angoisse, d'où l'importance qu'une relation de confiance ait été établie et que l'ostéopathe soit capable de comprendre et d'accompagner l'enfant lors de ces nouvelles perceptions, sinon lors des prochaines séances l'enfant refusera de venir en consultation et refusera d'être touché.

4. 2. Théorie des sciences cognitives

La cognition désigne l'ensemble des processus mentaux par lequel l'humain accède à la connaissance. Cette connaissance concerne aussi bien l'acquisition d'informations sur le monde, que la construction et transformation de ces informations en opérations spécifiques mises en œuvre dans les activités, les comportements ou les fonctionnements. Pour accéder à cette connaissance, l'homme met en jeu toutes ces capacités tel que le langage, la mémoire, le raisonnement, l'intelligence, l'attention, la perception, ... Les sciences cognitives s'attachent alors à étudier les mécanismes d'acquisition, de traitement, de stockage, de récupération des connaissances par les organismes biologiques (homme et/ou animal) et par des systèmes artificiels.

Voici un schéma récapitulant les principaux courants des sciences cognitives :

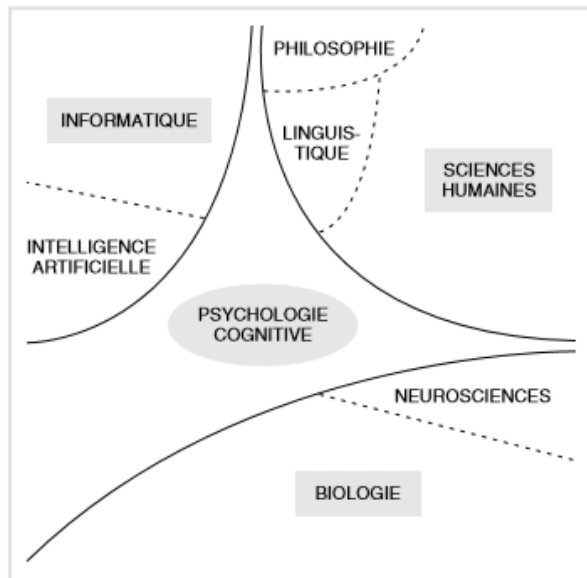


Figure 1.1
Disciplines considérées comme centrales
dans les sciences cognitives

4. 2. 1. Théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit est définie comme la capacité d'un individu à attribuer des états mentaux (comme la pensée, les croyances, les sentiments et les désirs) aux autres et à soi-même. Elle implique que l'on interprète un acte humain selon la théorie que les pairs ont un esprit et ne sont pas des machines.

Selon les chercheurs britanniques Baron-Cohen, Leslie & Frith (1985) l'enfant autiste a un handicap cognitif spécifique l'empêchant de se représenter ses actes mentaux. Plus explicitement, l'enfant autiste est incapable de former une image mentale des sentiments, des désirs, des idées, des motivations, des projets et des pensées de l'autre, altérant profondément sa communication sociale.

→ Test de Sally-Anne



Source : <http://www.aba-autisme.fr/theorie-esprit/>

Pour illustrer cette absence de théorie de l'esprit chez l'enfant autiste, le test de Sally-Anne est très intéressant. Ce test est une petite bande dessinée représentant deux enfants Sally et Anne dans une même pièce. Sally cache une bille dans une boîte, et sort de la pièce. Anne reprend la bille et la cache dans un panier. Sally revient dans la pièce. Le professionnel demande à l'enfant où la bille se cache d'après Sally. Un enfant au développement normal de 3 ans environ sait que pour Sally, la bille est encore dans la boîte (puisque elle n'a pas vu quand Anne mettait la bille dans le panier), tandis que la majorité des enfants autistes même plus âgés sont incapables de comprendre que Sally ne sait pas qu'Anne a caché la bille dans le panier. Ils n'arrivent pas à se mettre à la place de Sally.

Cette absence de théorie de l'esprit semble expliquer pourquoi l'enfant autiste paraît considérer les autres humains comme des objets. En effet, imaginons un enfant autiste au bord de la plage, l'enfant joue avec son ballon lorsque celui-ci s'envole pour atterrir plusieurs mètres plus loin. Si entre son ballon et lui, se trouvent des personnes allongées sur leur serviette, l'enfant ne pouvant se représenter ces personnes avec des sentiments et des émotions et donc différentes des objets, marchera littéralement sur ces personnes pour aller récupérer son ballon.

Pour développer ces compétences et interactions sociales, l'enfant doit être capable d'anticiper, comprendre ce qu'on attend de lui, donner un sens au monde qui l'entoure. Chez l'enfant autiste, ses compétences sociales (également appelés « social skills ») ne peuvent se développer correctement par manque de

compréhension du fonctionnement du monde qui l'entoure. En effet, l'enfant autiste étant incapable de se mettre à la place des autres, il ne comprend pas les comportements de ses pairs, l'enfermant dans une bulle avec des actions / réactions prévisibles et donc rassurantes (allumer / éteindre l'interrupteur, faire tourner une toupie, ...). Cette baisse de développement des compétences sociales entraîne bien évidemment une communication sociale très restreinte.

4. 2. 2. Théorie de la cohérence centrale

Généralement, lors d'un évènement, l'homme se souvient des éléments les plus importants, la partie la plus importante de l'histoire est retenue. L'homme fait alors preuve d'abstraction, c'est-à-dire qu'il va « isoler par la pensée une ou plusieurs qualités d'un objet concret pour en former une représentation intellectuelle, et le produit de cette opération », ce qui va lui permettre de créer une cohérence dans le monde qui l'entoure.

Selon Uta Frith ce mécanisme de traitement de l'information est profondément perturbé chez l'enfant autiste qui porte trop d'attention aux faits isolés (les couleurs du mobilier, la coiffure des personnes présentes, ...). L'étude sur les « anomalies du traitement des émotions faciales dans l'autisme : un trouble de la perception globale »¹⁶ réalisé par le CHRU de Tours illustre très bien cette théorie. Dans cette étude, onze enfants autistes sont soumis à trois expériences. La première expérience consiste à reconnaître des émotions à partir de six photographies de visage, la seconde, à partir seulement de photographies d'yeux ou de bouche isolées, consiste à reconnaître les émotions, et enfin dans la dernière expérience il est demandé aux enfants de créer un visage exprimant une émotion donnée en associant une bouche et une paire d'yeux. Dans la première expérience et dernière expérience, on constate que les enfants autistes ont plus de difficultés que les enfants témoins à reconnaître et créer les émotions sur les visages, alors que dans la seconde expérience, les enfants autistes reconnaissent plus facilement les

¹⁶ Etude réalisée par l'équipe E. Meaux, P. Gillet, F. Bonnet-Brilhault, C. Barthélémy, M. Batty disponible sur internet depuis le 3 décembre 2010

émotions à partir d'un seul élément du visage. L'enfant autiste perçoit alors le monde en fragments, sans cohérence. La capacité de l'homme à trouver une cohérence dans sa vie – à considérer soi-même et ses relations comme cohérentes – étant directement proportionnel à sa capacité à résister au stress de la vie ; l'enfant autiste se retrouve alors dans une situation de stress permanent à vivre dans un monde qu'il ne comprend pas et qui ne le comprend pas.

Les observations d'Antonovsky, d'après-guerre, nous aident à comprendre l'importance d'avoir un sens de cohérence développé. Selon ces études, un individu doté d'un fort sens de cohérence résistera plus facilement aux épreuves de la vie qu'une personne avec un faible sens de cohérence. Selon Antonovsky, trois composantes forment ce sens de cohérence :

- La **compréhension** : c'est la capacité de l'individu à comprendre la situation qu'il est en train de vivre (prévisible, structurée et explicable)
- La **maîtrise** : l'individu pense qu'il a les ressources nécessaires pour faire face aux évènements.
- **Donner un sens** : c'est la capacité à trouver du sens à ses actions. L'individu peut donc s'impliquer dans ces évènements.

Un individu « cohérent » est donc un individu qui perçoit les évènements comme compréhensibles, maîtrisables et significatifs. Nous pouvons raisonnablement penser que les enfants autistes montrent un faible sens de cohérence dans ces trois composantes.

4. 2. 3. L'absence de soi

Uta Frith, physiologiste, diplômée de psychologie clinique de l'institut de neuroscience cognitive de King's College, à Londres a été une pionnière de l'utilisation des approches neuro-cognitives pour l'étude des troubles du développement, en particulier de la dyslexie et de l'autisme. Elle recherche les causes cognitives de ces troubles pour les relier à la fois aux symptômes comportementaux et aux systèmes cérébraux.

En 2005, elle développe alors une nouvelle théorie, la théorie de l'absence de soi. Uta Frith désigne ici par « soi », le soi qui est en amont de tous les autres soi et qui est l'ultime responsable de toutes nos actions. Il se trouve en arrière-plan et ne participe à notre comportement que dans les situations où son intervention est indispensable. Ainsi, le soi étant faible ou absent, l'enfant autiste développe des actions répétitives qui ne posent pas de problème, et lorsqu'une situation où le soi est requis, l'enfant « court-circuite ».

Dans la communication sociale, notre propre soi devient une représentation de soi chez l'autre. « On peut entrevoir le soi comme notre corps, ou le schéma de notre corps, comme notre esprit, ou le schéma de notre esprit ou de celui de l'autre, ou enfin on peut entrevoir comme le soi qui s'observe soi-même, en introspection. »¹⁷

4. 2. 4. Lien entre les sciences cognitives et l'ostéopathie

Selon les théories des sciences cognitives, les enfants autistes, dépourvus de théorie de l'esprit et de sens de la cohérence grandissent alors dans un monde stressant qu'ils sont incapables de comprendre, sans aucun sens et aucune cohérence. L'ostéopathe peut alors aider ces enfants à retrouver un sens et une cohérence à ce monde. En effet, comme on peut le voir à travers les études d'Antonovsky l'individu utilise ses propres ressources pour faire face aux événements. Plus l'individu aura confiance en ses ressources, meilleur sera son niveau de santé et sa qualité de vie. Le praticien, en aidant l'enfant autiste à prendre confiance en ses capacités d'interactions avec le monde environnant, permet à l'enfant autiste de grandir et d'acquérir de nouvelles capacités dans de meilleures conditions. Pour cela, l'ostéopathe va aider l'enfant à retrouver et renforcer son sens de cohérence interne sur lequel il va pouvoir s'appuyer pour affronter et combattre plus aisément les événements extérieurs. En pratique, l'ostéopathe accompagnera l'enfant autiste à faire l'expérience sur lui-même d'évènement « stressant » ;

¹⁷ Uta Frith, *L'Enigme de l'autisme*, Broché, 2006

rappelons comme nous l'avons décrit dans les théories psychanalytiques que les expériences vécues pendant les séances d'ostéopathie par l'enfant peuvent libérer des émotions et des sensations inattendues par l'enfant (événements qui peuvent être restés enfouis dans le corps de ces jeunes patients) et qui peuvent donc être source de stress. En accompagnant et aidant ces enfants à trouver dans leurs propres ressources les moyens de faire face à ces événements on les aide alors à retrouver une cohérence interne. Cette cohérence interne renforcée et consolidée peut alors être utilisée pour trouver une cohérence externe (cohérence centrale) et permettre à l'enfant de s'ouvrir plus facilement au monde extérieur et aux autres. L'enfant prenant confiance en ses capacités de réactions et d'adaptation au monde extérieur, il pourra alors faire l'expérience des relations et communications avec l'autre, et apprendre de ces expériences. On comprend alors ici tout l'intérêt d'une ostéopathie intégrée dans une équipe pluridisciplinaire.

De plus, les enfants prenant ici conscience d'une cohérence au sein même de leur corps, prennent également conscience de leur soi, qu'ils peuvent se représenter chez l'autre dans leur communication sociale. Prenant conscience de ce soi à travers leurs corps et celui de l'autre, ils peuvent alors prendre conscience que les personnes en face d'eux ont un corps et donc des émotions, comme eux. On retrouve donc ici toute l'importance d'un thérapeute présent dans sa pratique et dans sa relation avec l'enfant pour permettre à l'enfant de renvoyer une image de son corps et de ses émotions sur le corps du thérapeute, que ce corps n'est pas qu'un objet, une enveloppe charnelle, mais qu'il renferme un être pensant, comme lui.

L'exemple d'Adam, enfant autiste de 5ans, illustre très bien ce propos. Lors de la première consultation, Adam est un enfant calme mais très renfermé, qui reste dans sa bulle, n'échange pas avec ses autres camarades, refuse qu'on le regarde dans les yeux, ne parle pas ou peu, les premiers contacts sont difficiles, il refuse qu'on lui touche des parties de son corps comme sa tête ou l'orifice supérieur du thorax, puis se laisse toucher au niveau du sternum et paraît plus apaisé en fin de consultation. Les deux jours suivants Adrien refuse de manger, paraît agité, ... Puis tout revient « à la normale ». Nous recevons alors Adrien trois semaines après, il est alors beaucoup plus joueur (« jeu du coucou », regarde les livres, ...), souriant, dans l'échange en montrant des objets, ce qu'il fait, c'est lui-même qui pose nos

mains sur son corps (sternum et hypochondres droit et gauche). Au fil des consultations Adrien apparaît plus ouvert aux autres, curieux, essaie de communiquer que ce soit avec un langage verbal ou non.

4. 3. Théorie de la phénoménologie

4. 3. 1. La phénoménologie

La phénoménologie (du grec *phainómenon* = ce qui apparaît et de *lógos* = étude) est né en 1900 avec la publication de « *Logische Untersuchungen* » de Husserl. C'est un courant philosophique qui étudie les choses tel quelles sont, c'est-à-dire qu'elle ne cherche pas l'origine des choses mais plutôt à comprendre la signification de ce qui apparaît.

Pour Maurice **Merleau-Ponty**, philosophe français, « exister » signifie être au monde, appartenir au monde, être présent au monde, avoir une relation au monde, être orienté vers le monde ... Selon lui, la signification de la réalité pour le sujet n'est pas inhérente au sens, elle n'est pas incluse dans le monde extérieur. C'est-à-dire que la réalité (les évènements, les objets, ...) prennent le sens que chacun de nous leur donnons, elles n'ont pas de sens défini propre à elle. Cependant la signification de cette réalité est donnée par la relation que le sujet établit avec cette réalité, c'est-à-dire qu'avant même que l'on donne une signification consciente de cette réalité, cette réalité possède déjà une signification qui est née de notre rapport dans la vie quotidienne, c'est ce que l'on appellera une relation pré-réflexive. Jenny Slatmann (2003) dira à ce propos « avant d'avoir une relation consciente et réflexive au monde, ce monde a déjà une signification pour nous, parce que notre corps a déjà une relation pré-réflexive avec lui. » Or l'enfant autiste, tel que défini par Merleau-Ponty « n'existe pas au monde » (car n'entre pas en relation avec lui, n'est pas orienté vers celui-ci), donc dépourvu de cette relation pré-réflexive et ne peut donc développer cette connaissance du monde qui lui donne une signification par l'action.

Merleau-Ponty développe dans son livre *Phénoménologie de la perception* (1945), cette continuité entre les processus mentaux et notre corps et le corps et l'espace environnant. Il s'oppose à la vision cartésienne d'un corps-objet qui ne serait qu'un objet parmi les autres, et parle d'un corps-vécu, tel qu'il est expérimenté et vécu. Ce n'est pas seulement un corps que nous avons mais un corps que nous sommes. Nous accédons au monde grâce et à travers notre corps, « le corps vécu est l'accès au monde ».¹⁸

Le témoignage de Donna Williams, autiste, nous aide beaucoup à comprendre comment les autistes perçoivent leur corps. Elle décrit dans son livre que lorsqu'elle touche sa cuisse avec sa main, elle perçoit soit sa main soit sa cuisse mais jamais les deux en même temps. On retrouve donc ici un manque d'unité corporelle, où un corps objet aurait pris le dessus sur un corps vécu.

4. 3. 2. Lien entre la phénoménologie et l'ostéopathie

D'après Maurice Merleau-Ponty le corps des enfants autistes est un corps objet et non un corps vécu. Comme nous l'avons déjà décrit précédemment, les séances d'ostéopathie aident l'enfant à vivre son corps. Nous émettons l'hypothèse que l'enfant autiste vit avec un corps objet parce qu'il ne comprend pas ce corps et a peur de celui-ci. Des dysfonctions et émotions bloquées dans le corps empêchent l'enfant de vivre sereinement avec ce corps, il n'est alors plus qu'un objet et n'est plus le support du vécu, empêchant cette relation au monde et de donner un sens à celui-ci. L'enfant autiste n'entre plus en relation avec le monde qui l'entoure.

L'ostéopathie peut alors aider l'enfant autiste à retrouver cette unité et cohérence du corps, ce corps que nous sommes et que nous vivons. Comme nous l'avons déjà décrit précédemment, le corps est le support des émotions. Des dysfonctions / tensions du corps de l'enfant empêchent l'enfant de vivre en accord avec celui-ci. L'ostéopathe, en levant ces dysfonctions va alors permettre à l'enfant de retrouver son corps vécu, le corps qu'il est. L'ostéopathe aide l'enfant à retrouver

¹⁸ Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, 1945.

un sens à son corps et donc un sens aux évènements de tous les jours. Il va permettre à l'enfant de passer de ce corps objet à ce corps vécu.

Les techniques utilisées en ostéopathie auprès des enfants autistes, sont des techniques douces, toujours à l'écoute des tissus et des émotions de l'enfant. C'est l'enfant qui montre à l'ostéopathe comment il souhaite être touché. Il convient donc d'être très attentif aux réactions de l'enfant (physique grâce à ses tissus et psychique) pour toujours s'adapter à l'enfant. L'ostéopathe va donc libérer les contraintes sur le corps de l'enfant l'empêchant de vivre en adéquation avec celui-ci. Lever ces dysfonctions permet également à l'enfant d'améliorer son développement, se réapproprier son corps. L'enfant pourra alors reprendre confiance en lui, devenir autonome.

La libération de ces dysfonctions est également le lieu de libération d'émotions. Le thérapeute sert alors de fulcrum à la libération de celles-ci. Le corps redevient alors le support des émotions, ce corps vécu. Dans un souci de théoriser notre approche, il convient de faire des généralités mais n'oublions pas que chaque enfant est unique et perçoit donc son corps d'une certaine façon qui peut-être différente de celle d'un autre enfant. On peut cependant se poser la question de la différence qu'il y a entre un enfant non-autiste et un enfant autiste. Quel mécanisme se met en place ou ne se met pas en place au niveau neurobiologique qui fait qu'un enfant sera autiste ou non ? De même, un même évènement ne sera pas vécu de la même façon par un enfant non autiste et un enfant autiste, quel mécanisme neurobiologique explique alors ces différences ?

4. 4. Approche neuro-biologique

4. 4.1. La neuro-biologie de l'autisme

Pour conclure avec cette partie théorique, nous allons aborder l'autisme d'un point de vue plus « scientifique », en résumant les dernières avancées et toujours dans le but d'apporter un nouvel éclairage à la pratique ostéopathique. Ces avancées scientifiques ne remettent pas en cause les théories précédentes mais cherchent plutôt à comprendre comment ces mécanismes se sont mis en place et par quels moyens.

Tout d'abord rappelons que de nombreuses fonctions sont atteintes chez l'enfant autiste, et plus particulièrement au niveau des fonctions sensorielles avec des hyper ou hypoactivités.

Fonction sensorielle		
Sensibilité somesthésique	Hyporéactivité	Insensibilité à la douleur ; automutilation ; recherche de pression profonde
	Hyperréactivité	Intolérance à certaines textures incluant la texture des aliments
Vision	Hyporéactivité	Méconnaissance d'obstacles ; difficultés pour reconnaître les visages ; évitement du regard
	Hyperréactivité	Perception du détail renforcée
Audition	Hyporéactivité	Ne se retourne pas à l'appel de son nom ; manque de conscience du ton de la voix/prosodie
	Hyperréactivité	Intolérance au bruit et à certaines fréquences ; oreille absolue relativement fréquente
Fonction vestibulaire	Hyporéactivité	Tolérance à la position tête en bas ; tournoiement
	Hyperréactivité	Mal des transports
Goût - toucher	Hyporéactivité	Sentir ou lécher des personnes ou des objets ; pica *
	Hyperréactivité	Extrême sélectivité des aliments

* Pica : comportement alimentaire caractérisée par la recherche et l'ingestion de substances non comestibles (encre, craie, charbon, etc).

Source : HAS – Etat des connaissances (janvier 2010)

On rappellera également que les enfants autistes peuvent également souffrir de troubles des fonctions motrices, cognitives (comme la mémoire, les fonctions exécutives, ...), de la communication et des interactions sociales.

La première cause mise en avant, serait une cause génétique. Avec un taux de concordance proche de 90% pour les jumeaux monozygotes, un fort taux d'héritabilité et l'existence d'une maladie génétique associée dans 5-10% des cas, une origine génétique n'est pas à exclure. Des mutations sur de nombreux gènes ont déjà pu être constatés mais la corrélation exacte entre l'autisme et ces anomalies restent encore à éclaircir, les recherches se poursuivent.

Tableau 1
Gènes communs à l'autisme et à la déficience mentale.

Gène	Type de mutation	ASD seul	DM seule	Autisme et DM	Autre pathologie	Références
NLGN3	Mutation ponctuelle	Oui	Non	Non	-	[3,9]
XLGN4X	Délétions, mutations ponctuelles	Oui	Oui	Oui	Syndrome de Tourette	
FMR1	FraXa	Non	Oui	Oui	-	[6]
SBANK3	Translocation, CNV. Mutations ponctuelles	Oui	Oui	Oui	Syndrome 22 qter	[4,5]
NRXN1	Délétions, mutations ponctuelles	Oui	Oui	Oui	Schizophrénie	[44]
GRIK2	Délétions, mutation ponctuelles	Oui	Oui	Oui	-	[45]
CACNA1C	Mutations ponctuelles	Non	Non	Oui	Schizophrénie	[38]
RPL10	Mutations ponctuelles	Non	Non	Oui	-	[39]
MECP2	Mutations ponctuelles	Non	Oui	Oui	Syndrome de Rett	[40]
OPHN1	Translocations, mutations ponctuelles	Non	Oui	Oui	-	[37]
CDKL5	Translocations, mutations ponctuelles	Non	Oui	Oui	Épilepsie	[41]
PHF8	Translocations: CNV. Mutations ponctuelles	Non	Oui	Oui	Fente palatine	[42,43]
IL1RAPL1	Translocations: CNV. Mutations ponctuelles	Oui	Oui	Oui	-	[14,15]

Source : voir annexe I

Au niveau des synapses (la jonction entre deux neurones), des anomalies ont également été mis en évidence :

- **Anomalies des épines dendritiques** : les épines dendritiques situées dans les synapses jouent un rôle majeur dans le fonctionnement cérébral. « Le marquage post-mortem par la technique de Golgi révèle une augmentation de la densité des épines dans les neurones pyramidaux de la couche 2 du cortex frontal, temporal et pariétal et de la couche 5 dans le cortex temporal. Ces données sont en accord avec l'hypothèse que les cerveaux de patients autistes seraient caractérisés par une hyper connectivité locale et une hypoconnectivité entre différentes régions du cerveau (Geschwind and Levitt, 2007) »
- **Anomalies des molécules d'adhésion** : notamment les neurexines 1 et les neuroligandines 3 et 4. Plusieurs anomalies génétiques codant ces molécules ont pu être mises en évidence, mais les expériences in vivo étant difficiles, les recherches dans ce domaine n'en sont qu'à leur début.
- **Mutations dans les gènes codant des protéines synaptiques**, comme les protéines synaptiques FMRP, PTEN, TSC, MeCP2

Toutes ces anomalies affectent alors la formation (synaptogenèse), le fonctionnement (transmission synaptique) et la plasticité des synapses (capacité des synapses à se renforcer ou à s'affaiblir en fonction des stimuli reçus).

D'autres explications à l'autisme ont également été avancées comme :

- **Un déséquilibre des synapses glutamatergiques excitatrices et des synapses GABAergiques inhibitrices** : la prévalence de l'épilepsie associée à l'autisme, suggère un déséquilibre en faveur des synapses excitatrices, provoquant une hyperexcitabilité, et un cerveau incapable de traiter l'information correctement.
- **Anomalie du développement cérébral** : à l'âge de 2-4 ans, 90% des enfants autistes ont un volume total du cerveau plus grand que la moyenne. Dans 37% des cas le diagnostic de macrocéphalie a pu être posé. Certaines régions du cerveau sont alors augmentées de volume comme la région frontale, le lobe pariétal inférieur, le cortex cingulaire, le gyrus fusiforme. La taille du cervelet et de l'amygdale sont également augmentées de volume chez l'enfant autiste. A l'inverse, la matière grise est réduite dans l'insula, le sillon temporal supérieur. L'IRM montre également des anomalies au niveau de la matière blanche, la région temporale et les espaces de Virchow-Robin.
- **Le système des neurones miroirs** : système complexe qui permet à l'individu d'apprendre par l'imitation. Ce système aurait donc un rôle important dans la cognition sociale.

A travers cette liste non exhaustive des données actuelles de l'autisme, nous pouvons voir que de nombreux systèmes et régions du cerveau sont touchés dans l'autisme, notamment des zones impliquées dans le « cerveau social » (comme le cortex préfrontal, l'insula, le sillon temporal supérieur, l'amygdale), étroitement liés au système des neurones miroirs.

4. 4. 2. Lien entre la neuro-biologie et l'ostéopathie

L'ostéopathie bien évidemment ne permettra pas à ces synapses de fonctionner correctement mais permettra plutôt à l'enfant de mettre en place des adaptations les plus efficaces possibles. Les pathologies de fonctionnement décrites précédemment perturbent alors le développement de l'enfant et empêchent l'enfant d'être en pleine possession de ses moyens pour se développer au mieux. Le corps de l'enfant devient alors support de nombreuses dysfonctions (médicales et ostéopathiques). L'ostéopathe va alors lever ces dysfonctions ostéopathiques, permettant à l'enfant de mettre en place dans les meilleures conditions possibles des mécanismes d'adaptation les plus efficaces possibles.

Chaque enfant possède son propre mode de fonctionnement, ce qui implique que la prise en charge de chaque enfant est unique et dépend donc des dysfonctions retrouvées. On remarquera au cours de notre expérience qu'un travail crânien est souvent nécessaire. Ces résultats ne sont pas surprenants au vu des recherches que nous venons de décrire. Ce travail crânien, notamment au niveau des sutures, des membranes de tension réciproques (tente du cervelet, tente du cerveau et faux du cerveau) permet aux structures sous-jacentes de mieux se développer (ce qui est bien évidemment vrai dans tout le corps). Au niveau du système nerveux et donc de notre travail crânien, l'ostéopathe permet à l'enfant de mettre en place sa plasticité neuronale au mieux. Mais qu'est-ce que la plasticité neuronale ? La plasticité neuronale, également nommée neuroplasticité ou plasticité cérébrale, correspond à la capacité du cerveau à réorganiser son système (de neurones), en créant ou supprimant des nouvelles synapses. Même si il est impossible de permettre aux synapses de fonctionner correctement, il est important que l'enfant, libéré de ses propres dysfonctions ostéopathiques, puisse mettre en place des mécanismes d'adaptation.

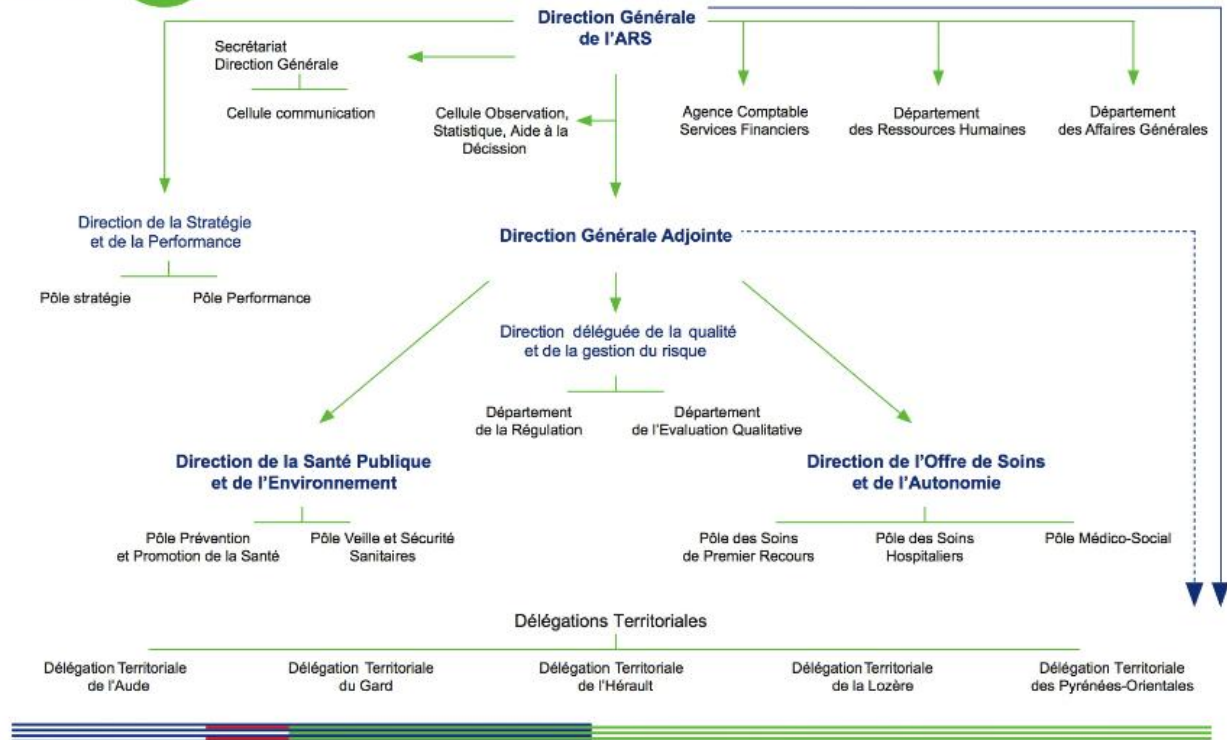
PARTIE II : PARTIE PRATIQUE

1. Généralités sur les IME

Les instituts médico-éducatifs (IME) sont des structures accueillant des enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle (après évaluation des dossiers par la MDPH (plus exactement par un service dépendant de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées)). Autrefois principalement associatives elles sont aujourd'hui à financement quasi-exclusivement public après accord de l'ARS.

L'Agence Régionale de Santé _ **ARS** (qui remplace totalement ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et les DRASS et DDASS), a pour rôle de contrôler les dépenses hospitalières et médicales dans sa région. C'est elle qui va mettre en place les mesures de santé publique et suivre l'état de santé sanitaire de la région.

C'est également elle qui va autoriser et contrôler la création et l'activité des établissements de santé et des services de santé.



Les IME en plus d'être régis par l'ARS sont règlementés par le code de l'action sociale et des familles et la Haute Autorité de Santé (HAS).

« L'HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique »¹⁹ dont les missions sont définies par L161-37 à L 161- 40 du Code de la Sécurité Sociale.

On regroupe sous le terme générique d'IME, les IMP (Instituts Médico-Pédagogiques accueillant les enfants de 3 à 14 ans, également appelés SEES (Sections d'Education et d'Enseignement Spécialisé)) et les IMPro (également appelés SIPFP (Sections d'Initiation et de Première Formation Professionnelle))

¹⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil-2012

accueillant les enfants de 14 à 20 ans dont l'objectif est d'insérer ces enfants dans la vie professionnelle en leur apprenant un métier.

Ces enfants ne pouvant suivre un cursus scolaire dit « normal », ils pourront alors bénéficier au sein de l'IME d'une structure adaptée à leur pathologie avec une éducation spécialisée (dépendant de l'éducation nationale) et des soins adaptés grâce à une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative toujours adaptée à leurs besoins (médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, ...).

2. Présentation de l'IME

2. 1. Introduction

L'IME où nous travaillerons cette année accueille des enfants de 3 à 14 ans souffrant de déficience intellectuelle et de troubles psychiques. La moitié des places est réservée à l'accueil d'enfants présentant des troubles autistiques et envahissants du développement. Au niveau médico-éducatif, les enfants sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire qui favorise le développement de l'autonomie de l'enfant. Après évaluation des capacités et aptitudes de l'enfant, un projet éducatif individualisé, formalisé dans un document, est réalisé.

2. 2. Les effectifs

Le personnel de l'IME est formé :

- Au niveau administratif : une directrice et une secrétaire,
- Au niveau médical et para-médical : un psychiatre, une infirmière, une psychomotricienne présents à temps plein ; une orthophoniste, une psychologue et un médecin généraliste présents à temps partiel
- Au niveau éducatif et de l'encadrement : 13 éducateurs et deux instituteurs

N'étant présent que deux matinées par semaine, nous avons travaillé plus étroitement avec le psychiatre, la psychologue et la psychomotricienne.

Malheureusement pour des raisons personnelles, l'infirmière qui aurait pu nous aider à faire plus facilement le lien entre l'équipe et nous (puisque nous travaillons dans une salle attenante à l'infirmerie) et surtout à suivre l'évolution des enfants a dû adapter son emploi du temps et nous ne pouvions alors plus travailler avec elle.

2. 3. Fonctionnement interne

Le matin les enfants arrivent en minibus ou par leur propre moyen à 9h à l'IME. La journée commence par un « temps de médiation » où les enfants sont répartis dans les salles avec leurs éducateurs référents. Chaque éducateur est en charge d'environ 4 enfants. Puis à 9h30, il y a une récréation jusqu'à 9h45. A la fin de cette récréation commence alors les activités / prise en charge thérapeutique / scolaire / ... De nombreuses activités sont proposées aux enfants avec toujours comme objectif que les enfants apprennent de ces activités et évoluent dans les meilleurs conditions. On citera pour exemple, un atelier peinture où les enfants peuvent exprimer leur créativité, des émotions, ... une sortie piscine où le contact avec l'eau est abordé, le lâcher-prise, ... une sortie poney où les contacts avec la nature sont privilégié, ... Sans oublier les prises en charge avec l'orthophoniste, la psychomotricienne, la psychologue, le psychiatre, ... Et pour les enfants capables de suivre un programme scolaire des heures de classe avec un professeur de l'éducation nationale. Les besoins et plannings de l'enfant sont évalués par l'ensemble de l'équipe. Le repas, de 12h à 13h30, est pris en collectivité dans une grande salle avec les enfants et toute l'équipe.

Ce fonctionnement à l'IME diffère de celui des années précédentes où les enfants étaient regroupés en fonction de leur âge, ce qui a compliqué la rentrée pour certains enfants, notamment les enfants autistes qui ont beaucoup de difficultés avec les changements. De plus le personnel, dont nous faisons partie cette année, a beaucoup évolué (de nombreux départs et de nouvelles arrivées) ce qui déstabilise d'autant plus les enfants, créant des situations angoissantes, avec des cris, violence, ...

3. Conditions de l'étude

- **Notre intégration**

Comme nous l'avons décrit précédemment l'année débute dans une situation difficile pour certains enfants, mais également pour les éducateurs qui comme les enfants doivent s'adapter au changement de fonctionnement. De plus cette année ils ont un ostéopathe au sein de l'établissement, et pour ceux qui connaissent l'ostéopathie c'est dans le domaine du sport ou purement ostéo-articulaire mais peu dans le domaine du handicap comme nous l'avons décrit précédemment. Il nous faut alors expliquer l'ostéopathie en partant de ses origines (les quatre grands principes de l'ostéopathie : principe d'autoguérison, la structure gouverne la fonction et inversement, la règle de l'artère et la globalité du corps) pour ensuite expliquer comment l'ostéopathie pourrait aider les enfants autistes.

Après ces explications et nombreuses interrogations de l'équipe, l'accueil a été plutôt favorable, avec un psychiatre connaissant peu l'ostéopathie mais étant curieux de découvrir ce que nous allions faire. Comme nous l'avons déjà décrit auparavant, l'infirmière avec qui nous aurions souhaité travailler davantage et qui connaît très bien les enfants a dû modifier son emploi du temps et nous n'étions alors plus en contact.

La psychologue et la psychomotricienne semblent surprises de voir un ostéopathe au sein d'un IME, mais plutôt curieuses de voir comment il peut aborder le handicap.

- **Prise en charge des enfants**

En ce qui concerne le lieu de la prise en charge des enfants, excepté pour un enfant, les consultations se déroulent dans une salle attenante à l'infirmierie qui sert généralement de salle de repos lorsque les enfants sont malades ou fatigués. Elle est munie d'une table et d'un lit contre le mur couvert de peluches que les enfants

connaissent bien, avec lesquelles ils jouent régulièrement pendant les séances. La plupart du temps cette salle est adaptée et calme.

Pour Karim, la prise en charge se fait dans une « salle moteur » éloignée de l'infirmierie. C'est une salle avec quelques jeux et surtout un gros matelas mou au sol sur lequel nous pouvons pratiquer l'ostéopathie. Les consultations se font dans cette salle car pour des raisons inconnues Karim refuse de rentrer dans l'infirmierie. Il apparaît que cette salle est finalement bien adaptée, car il est possible de la fermer à clé et donc de ne pas être dérangé. De plus Karim émettant beaucoup de sons, la consultation ne gêne pas le personnel présent à l'infirmierie.

A présent nous allons discuter comment nous prenons en charge les enfants, dans la pratique, avec les difficultés que nous avons rencontrés. Commençons tout d'abord par les premières consultations, probablement les plus importantes, car si elles ne sont pas satisfaisantes les enfants ne nous feront pas confiance et aucun travail ne pourra être entrepris. Elles requièrent donc toute notre attention. Les enfants, comme les adultes, se posent beaucoup de questions sur qui nous sommes et ce que nous faisons, il nous faut alors expliquer tout ça ! Mais comment expliquer l'ostéopathie à des enfants ? Pour cela nous avons utilisé les peluches déjà présentes à l'infirmierie, ainsi qu'une poupée que l'enfant peut articuler. Nous leur avons alors expliqué l'ostéopathie grâce à cette poupée. On pose tout d'abord nos mains et les leurs sur la poupée en leur expliquant, puis sur notre corps et enfin sur leur corps. Le contact peut-être très difficile pour certains enfants (comme Alan) où plusieurs séances peuvent être nécessaires avant de pouvoir poser nos mains sur leurs corps. Il faut toujours prendre ce temps et rester patient. Cette poupée peut également servir à l'enfant à exprimer plus facilement ses douleurs, les zones qu'il voudrait qu'on investigue davantage.

Au fur et à mesure des consultations la poupée disparaît, pour laisser place à une relation de confiance où l'enfant nous laisse « appréhender » son corps. Cependant certaines zones peuvent rester difficiles d'accès et il faut encore une fois rester patient et aller au rythme de l'enfant. Il convient alors de prendre le temps de la consultation, c'est-à-dire qu'avant même de poser les mains sur son corps, on instaure de nouveau une relation de confiance en passant par la lecture, le jeu, les

dessins, ... Ce qui nous permet de créer un échange plus distant avec l'enfant et donc moins angoissant pour lui au début.

4. Techniques utilisées

Chaque individu étant unique, il paraît difficile d'imaginer un protocole de techniques ostéopathiques à mettre en place auprès des enfants. De plus la pathologie de l'autisme étant très complexe, comme nous avons pu le voir précédemment, le comportement des enfants autistes est très différent d'un enfant à l'autre. Par exemple, dans les premières séances il est courant qu'un enfant ne supporte pas qu'on lui touche la tête alors qu'un autre ne supporte pas qu'on lui touche l'orifice supérieur du thorax. Chaque enfant bénéficie donc de séances individualisées avec un diagnostic qui est posé en début de séance et un traitement en accord avec ce diagnostic.

Avant de réaliser un test ou une technique il est très important de mettre en place les paramètres subjectifs et objectifs décrits par Pierre Tricot. Les paramètres subjectifs comprennent la présence, l'attention et l'intention, tandis que les paramètres objectifs comprennent la densité, la tension et la vitesse lorsque le mouvement apparaît. Avant même de poser les mains sur notre patient, nous allons faire attention à la qualité de notre présence, être présent avec notre patient et à ce que l'on entreprend, puis en posant nos mains sur le patient nous allons porter notre attention sur une partie du corps du patient (crâne, sacrum, diaphragme, ...), et enfin, grâce à notre intention, qui n'est qu'une modulation de l'attention, nous envoyons une information au tissu, une demande dans l'espace que nous avons choisi d'investir, à laquelle répond le tissu. Les paramètres objectifs se mettent en place progressivement. La tension consiste à mettre en place une légère tension dans les doigts pour qu'un mouvement apparaisse et qu'il suffit souvent de suivre pour libérer la structure. La densité consiste à rentrer en profondeur dans les tissus, toujours dans le respect des tissus et à leur demande. La vitesse est un mouvement au sein des tissus qui peut apparaître après avoir mis en place tous les paramètres

précédents. On met donc en place un dialogue avec les tissus du patient, avec des enfants autistes qui n'entrent pas en relation avec le reste du monde.

Nous détaillerons ici les principales techniques utilisées. Lors de notre étude, nous nous sommes rendus compte que nous utilisions les mêmes techniques que Monique Thinat a elle-même utilisé dans son mémoire (« les enfants déficients profonds », 1992), et que ses observations étaient très justes, c'est pourquoi nous citons une partie de son mémoire :

«

- **Technique crânio-sacrée globale**

C'est un travail préliminaire dont le but est de libérer l'axe crânio-sacré, puisque c'est le système central de communication.

Avec un contact du crâne par une prise à 5 doigts, mise en place des paramètres de palpation (densité, intensité, vitesse) et de la formule de communication (intention, attention, duplication), suivre le mouvement de libération du crâne jusqu'à son arrêt. Puis faire de même au sacrum par la prise suivante : une main sous le sacrum avec le coccyx sur la base de la main (ce qui donne plus de puissance) et rapprochement des iliaques avec l'avant-bras en pont puis vers le sacrum. Même travail qu'au crâne. Puis revenir au crâne en reprenant de nouveaux paramètres de palpation. Refaire les allées-venues crâne-sacrum-crâne jusqu'à la sensation que le système est relâché, que la densité a diminué.

En pratique, avec les enfants déficients profonds, le crâne était toujours très dense. Je n'ai donc jamais pratiqué cette technique en début de séance dans son entier telle que je viens de la décrire. Dès que je constatais que le crâne ne se relâchait pas, qu'il n'y avait aucun mouvement de libération, même en augmentant la tension, je pratiquais la technique de compression du IVème ventricule.

Par contre, la technique crânio-sacrée globale a été pratiquée à la fin des séances pour réharmoniser, aider le corps à intégrer les changements.

- **Compression du IVème ventricule**

Cette technique est pratiquée avec les mêmes paramètres de palpation et formule de communication. Le but est la création d'un point tranquille autour duquel les flux d'énergie se créent et les tensions se déroulent. Elle permet au corps de remettre en ordre les fluctuations, si nécessaire.

Sujet sur le dos le praticien place ses poings fermés de part et d'autre de la protubérance occipitale, le crâne est en appui, sur les éminences thénars.

La tension dans les mains est augmentée, en relation avec la densité des tissus, jusqu'à l'instant où les mouvements de déroulement des tensions commencent.

Il faut les suivre jusqu'à leur arrêt en maintenant la tension.

En pratique, cette technique était difficile à maintenir avec les enfants agités.

Lorsqu'il y avait sensation de relâchement, je reprenais la technique globale du crâne puis le travail des sutures et/ou des insertions dure-mériennes.

S'il ne se passait rien pendant la compression du IVème ventricule, le travail du Sacrum pouvait être nécessaire.

- **Sacrum intra-osseux**

Il est nécessaire de rechercher des zones denses sur les parties d'un même os en lésion intra-osseuse, puis de les traiter avec les paramètres de palpation et la formule de communication. Elles sont nombreuses chez les enfants déficients profonds, en particulier occiput, sphénoïde, sacrum.

Prenons l'exemple d'une lésion de compression : le Sacrum est très dense ; de plus, il ne peut pas être tracté vers le bas et bloque l'axe crânio-sacré.

Sujet sur le dos, une main sous le sacrum, coccyx sur la base de la main, l'autre main tient les transverses de L5.

En mettant en place les paramètres de palpation avec l'intention de décompresser localement les tissus, l'attention sur la charnière L5-S1, suivre jusqu'à leur arrêt le déroulement des tissus. Faire de même entre S1/S2, S2/S3, S3/S4, S4/S5, S5/coccyx.

- **Technique du grand trou**

Il est circonscrit dans les 4 parties de l'occiput, l'écaille, masses latérales et apophyse basilaire.

Le mauvais positionnement d'une ou plusieurs des parties peut survenir avant l'ossification, sous l'effet d'une force interne. La lésion intra-osseuse d'occiput a des conséquences :

- *La tension dure-mérienne*
- *La perturbation de la circulation liquidienne notamment LCR*
- *L'atteinte des faisceaux pyramidaux (tonus musculaire)*
- *Le manque de liberté de la base du crâne*
- *La perturbation de l'adaptation du corps à la gravité*

Ceci est le tableau, très fréquent, des enfants déficients profonds.

Sujet sur le dos. Le praticien place ses doigts sous l'occiput :

- 5^{ème} doigt sous l'inion
- 4^{ème} doigt sur le bord postérieur du grand trou près de la ligne centrale
- 3^{ème} doigt le plus près possible des condyles
- 2^{ème} doigt (index) sur le bord interne des mastoïdes

Le but est d'amener au silence tissulaire (position d'équilibre dans tous ses paramètres) chaque partie de l'occiput.

Appliquer une tension égale à la densité pour chaque partie de l'occiput, puis suivre les tissus dans leur déroulement jusqu'à l'arrêt avec les paramètres de palpation et la formule de communication.

- **Travail des insertions dure-mériennes**

Il s'impose chez tous les enfants du groupe.

- **Au niveau du crâne**, la dure-mère est constituée par :
 - La tente du cervelet
 - La faux du cervelet
 - La faux du cerveau

Les techniques suivantes ont aussi pour but le relâchement des sinus crâniens correspondants, l'amélioration de la circulation et de la vidange du crâne.

- La tente du cervelet et les sinus latéraux

Sujet sur le dos, le praticien répartit les doigts, pulpe vers le crâne, comme supports du crâne, sur la ligne courbe de l'occiput qui correspond à la face interne, à la gouttière des sinus latéraux.

Faire la recherche de densité en poussant les doigts vers le centre du crâne, mettre en tension égale à la densité, l'attention portée sur la Tente, son insertion, les sinus latéraux, avec l'intention de communication et de relâchement.

Suivre le mouvement des tissus jusqu'à l'arrêt. Puis visualiser le sinus droit et son intersection avec les sinus latéraux et faire le même travail.

- Faux du cervelet

Placer les doigts de part et d'autre de la ligne médiane inférieure de l'occiput, sujet sur le dos. Amener en compression jusqu'à la limite de la souplesse des tissus, mettre en accord tension et densité et suivre le mouvement jusqu'à l'arrêt.

Puis les doigts sont déplacés vers le trou occipital. Tout en maintenant la tension, l'occiput est décompressé par rapport à l'atlas.

On peut reprendre le même travail jusqu'à Atlas/Occiput, car rappelons que la dure-mère commence au pourtour du grand trou occipital, qu'elle a des attaches sur les deux premières cervicales et particulièrement sur la face postérieure de l'apophyse odontoïde de l'axis. L'attention est portée sur les insertions dure-mériennes.

La charnière Atlas / Occiput est, chez la plupart des enfants, très comprimée, les muscles sous-occipitaux très durs

○ Faux du cerveau et sinus longitudinal supérieur

Sujet sur le dos. Les deux pouces de part et d'autre de la suture sagittale, juste au-dessus du lambda (partie postérieure de la suture), le praticien met en place, comme précédemment décrits : densité, tension, vitesse et la formule de communication.

A l'arrêt du mouvement, il déplace les pouces de quelques centimètres vers l'avant et répète la technique tout le long de la suture sagittale jusqu'à Bregma.

Le travail se poursuit à la partie antérieure de la faux en plaçant l'extrémité des doigts de chaque côté de la suture métopique jusqu'à l'arrêt mouvement de libération des tissus et la sensation de symétrie.

Relâchement de l'insertion Crista Galli

Sujet sur le dos. Le praticien place une main sous l'occiput, les doigts dirigés vers le grand trou et le majeur de l'autre main (qui peut être renforcé par l'index et l'annulaire) sur la glabelle.

Il faut comprimer doucement le crâne, dans le sens antéro-postérieur, accorder tension et densité, appliquer la formule de communication et suivre le relâchement des tissus jusqu'à l'arrêt.

- **Au niveau du sacrum**, relâchement de l'insertion de la dure-mère

La dure-mère se fixe à la face postérieure du 2^{ème} segment sacré, le contact se prolonge au niveau du coccyx.

Le patient est sur le ventre. Le praticien pose une main sur l'autre dans l'axe des épines sacrées et recherche la densité.

Il met ensuite en place les paramètres de palpation et formule de communication puis suit les mouvements de relâchement jusqu'à leur arrêt.

En pratique, j'ai beaucoup utilisé ces techniques, sur les insertions dure-mériennes, concentrations de grande rigidité.

Elles ont porté une part essentielle du travail pour les sacrum, les crânes très denses des enfants, comprimés au niveau de la sphéno-basilaire, et aussi en périphérie.

Elles ont une action de relâchement sur le corps de l'enfant et sur son comportement : les problèmes deviennent un peu moins intenses...

Dans le cadre de mon expérience avec les enfants déficients profonds, le travail des insertions de la dure mère a facilité ensuite la libération des autres sutures.

Il est possible que l'axe crânio-sacré ayant gagné un peu de mobilité par la libération de la faux du cerveau, de la tente du cervelet et du sacrum, soit en mesure d'améliorer la communication à tous les niveaux et d'apporter une force interne aidant au dégagement des autres sutures.

- **Travail des sutures**

Toutes les autres sutures ont été traitées comme les sutures sagittale et métopique suivant la technique précédemment décrite.

Les mouvements perçus, vont plutôt dans le sens de la compression et du rapprochement qu'il faut suivre dans un premier temps : il est nécessaire de sentir à quel moment l'application d'une force de séparation entre les deux os va être efficace.

L'OM et la suture sphéno-pétreuse sont des sutures très concernées par les compressions et les densités.

- **Travail sur le foie**

La sensation de densité et de dureté se perçoit à travers un organe comme à travers une structure osseuse.

Le foie et les Intestins sont les organes très perturbés et très denses chez les enfants.

Sujet allongé sur le dos, jambes repliées. Le praticien place une main sous le dos au niveau vertébral du Foie (D9 D10) et l'autre main sur la cage thoracique droite du Foie. Comprimer légèrement vers la main vertébrale et avec les paramètres de palpation et la formule de communication, suivre les tissus jusqu'à l'arrêt.

- **Expansion de la base**

L'occiput est la partie qui se présente le plus couramment à l'accouchement. Il subit le plus de contraintes traumatiques. Les dégagements du grand trou occipital et des OM sont importants à cause de leur incidence sur la circulation cérébrale. Ce travail se situe après une décompression C0/C1/C2 car ces 3 os, ensemble, forment de véritables blocs chez les enfants concernés.

Sujet sur le dos. Le praticien place ses doigts comme support du crâne de la façon suivante :

- Les annulaires sur l'écaïlle occipitale le plus près possible du grand trou
- Les majeurs sur l'arc postérieur de C1
- Les auriculaires sur l'inion
- Les index en arrière de l'apophyse mastoïde

Eloigner temporaux et atlas pour former un hamac par rapport à l'occiput. Rechercher les zones de densité et mettre en place les paramètres de palpation et la formule de communication.

Suivre les tissus qui se libèrent de leurs tensions d'ancrage.

- **Le diaphragme**

Sujet allongé sur le dos, les jambes repliées. Le praticien pose ses mains de chaque côté de la partie inférieure de la cage thoracique puis comprime doucement vers le centre jusqu'à la limite de la souplesse des tissus. Mettre en place les paramètres de palpation et la formule de communication et suivre les mouvements de déroulement du diaphragme.

Le travail sur le diaphragme est essentiel car la plupart des enfants ont une respiration thoracique quasi-inexistante. D'autre part, c'est une partie de leur corps dont ils ont le plus facilement accepté le travail.

»²⁰

²⁰ Mémoire de Monique Thinat, *les enfants déficients profonds*, juin 1992.

5. Cas cliniques

Durant cette année scolaire nous avons suivi 18 enfants handicapés âgés de 5 à 11 ans. Chaque enfant a pu tirer des bénéfices de cette pratique. Nous décrivons ici 10 cas cliniques d'enfants présentant des troubles autistiques.

Pour des raisons d'emploi du temps (vacances, nombreux jours fériés et ponts en mai), ainsi que le temps de rédaction et de réflexions, les résultats présentés dans les tableaux en annexe vont de septembre 2013 à avril 2014. La conclusion et l'analyse de résultat comprennent quant à elles, la totalité de l'année.

Afin de respecter l'anonymat des enfants, leurs prénoms ont bien évidemment été modifiés. Nous suivrons donc les évolutions d'Adam, Alan, Anis, Karim, Robin, Edouard, Fatima, Lorie, Soan, Cécile, Richard, qui ont chacun évolué de façon différente.

Le déroulement de chaque séance a été synthétisé dans des tableaux mis en annexe (annexe III). Afin de ne pas surcharger davantage le travail présenté ici, seuls les éléments clés de l'anamnèse et les conclusions reprenant l'évolution des enfants au cours de l'année seront présentés dans ce chapitre.

CAS CLINIQUE N° 1

Adam

ANAMNESE :

Adam est un enfant âgé de cinq ans en 2014. Il est né à terme par césarienne, avec un poids de 4 Kg 420 (diabète gestationnel de type II pendant la grossesse) et un score d'Apgar de 10/10. Il est originaire d'Inde. Ses parents sont mariés. Il a un frère, plus jeune que lui.

Jusqu'à l'âge de 2ans, Adam ne parle pas et souffre de trouble du regard. Sa pathologie comprend également des stéréotypies et un isolement important. Adam marche à l'âge d'un an, prend un crayon, il est aidé pour l'habillage et la toilette. Il fait de nombreuses crises de colère. La propreté diurne est acquise vers 4ans. L'IRM cérébrale et l'audiogramme ne montrent rien d'anormal.

Il a une écholalie immédiate et différée (pas ou peu de mots spontanés). L'attention conjointe est de courte durée. Il présente une intolérance à la frustration (crie, cherche à récupérer l'objet désiré). Il refuse l'aide gestuelle de l'adulte et le contact physique est difficile. Il a un regard fuyant, joue peu avec les enfants de son âge (tendance à frapper les camarades de son école). C'est un enfant hyperkinétique (court, joue, fait du vélo). Il mange de tout, dort bien.

Ses centres d'intérêt sont les jeux vidéos, il écoute de la musique indienne, aime l'eau.

Il est pris en charge par un psychologue, un psychomotricien et un musicothérapeute.

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

Adam est un petit garçon qui a beaucoup évolué depuis le début de l'année. Lors des premières consultations c'est un garçon calme, renfermé sur lui-même, qui semblait indifférent à notre présence. La première séance fut probablement la plus importante. Adam recherchait à être enveloppé, contenu. Le travail ostéopathique s'est principalement intéressé au diaphragme qui était le plus facile d'accès. Déjà à

la fin de la séance on remarque qu'Adam est plus présent, semble porter plus d'attention à notre présence (nous regarde dans les yeux). Les jours suivants, Adam mange peu, paraît anxieux, marquant un changement dans son développement, mais dont on ne peut pas encore évaluer si elle est positive ou négative. A la deuxième consultation, Adam recherche ce contact et montre de l'entrain à venir en séance. Jusqu'en décembre 2013, les séances se déroulent facilement et Adam continue à s'ouvrir sur le monde extérieur, avec une attitude plus droite dirigée vers les autres. Il recherche de l'aide dans son environnement si besoin, son langage est de plus en plus riche. On note également qu'il grandit de façon importante. Puis Adam refuse ce contact, il est plus difficile de le faire venir en consultation. Cet interdit du toucher, déroutant en première intention, marque en réalité une évolution positive d'Adam qu'il convient d'accepter et de respecter. La croissance rapide d'Adam, sa présence au monde, son attitude joueur, souriant, cette mise en place de l'interdit du toucher, sont des signes d'évolution encourageant d'Adam. Le cadre des séances d'ostéopathie sera préservé, sans forcément toucher Adam pour que, quand cela lui sera possible, nous puissions recommencer un travail ostéopathique. A partir d'Avril 2014, Adam commence à revenir progressivement vers ce toucher, principalement au niveau du diaphragme (une main sternale) qui était le premier toucher que nous avons établi avec lui.

CAS CLINIQUE N°2

Alan

ANAMNESE :

Alan est un garçon âgé de 10 ans, d'origine Sénégal. Il est l'aîné d'une fratrie de 4 enfants. La grossesse s'est déroulée sans difficultés particulière. Il est né à terme, par voie basse, avec un score d'Apgar de 10/10.

Il marche à 13 mois. A l'âge de 2 ans, on note une régression du langage. Il est propre à l'âge de 3 ans. Il s'habille, se lave et mange seul. Une fois les repères de lieux et personnes établies, c'est un enfant très calme, qui peut-être déstabilisé par le non et s'énerve / pleure face à l'incompréhension.

Aujourd'hui, Alan répète certains mots, dit quelques mots, mais son langage est pauvre, voir absent. Il n'aime pas le bruit, a besoin de rester aux côtés d'un adulte. Il reconnaît certaines lettres de l'alphabet et sait les écrire. Le vide ne le dérange pas, il a un grand besoin d'immuabilité. Il a de nombreuses stéréotypies, comme rester assis et se balancer d'avant en arrière en restant à l'écart des autres enfants. Le contact avec ses camarades est difficile. Il est très ritualisé (rituels très souvent en lien avec l'eau comme se laver les mains plusieurs fois avant de prendre ses médicaments). Son regard est fuyant. Sa relation avec le contact physique est complexe. Au début d'une relation, il aura un contact fuyant, puis saisit les mains, les manipule. En situation de stress, ce contact peut devenir obsessionnel où Alan va chercher frénétiquement les mains de ses camarades et les envahit. Il est alors nécessaire de l'isoler du groupe pour qu'il s'apaise et être à proximité d'un adulte peut – être une solution pour évacuer cette angoisse.

Ses centres d'intérêt sont les puzzles, les livres à image, les jeux à ordinateur, écouter de la musique.

Il est pris en charge par un psychologue, un psychomotricien et un orthophoniste. On note également la prise de Risperdal (0,5g midi et soir).

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

Les deux premières consultations avec Alan sont difficiles, il refuse le toucher, paraît se poser beaucoup de questions sur qui nous sommes et ce que nous allons faire. Du temps est alors nécessaire pour expliquer qu'est-ce qu'un ostéopathe, comment vont se dérouler les séances et quel est l'objectif d'une prise en charge ostéopathique. A la troisième séance Alan prend nos mains et les pose sur sa tête en nous montrant comment on peut le toucher (pressions douces et rythmiques). Au fur et à mesure des séances, Alan est plus présent, dans la communication, prend conscience de son corps par l'intermédiaire du notre, répète certains mots (alors qu'il ne parlait pas jusqu'à présent). A partir de janvier 2014, Alan a besoin d'être contenu, se met sous les draps du lit. Alan semble avoir investi la salle d'ostéopathie comme un lieu de refuge et d'expression de ce qu'il n'arrive pas à dire par les mots (fin janvier, une séance sera effectuée le jour-même à sa demande). Progressivement l'objectif est d'aider Alan à trouver en lui-même les capacités pour calmer ses angoisses. Pour cela nous laissons la couverture, qui contribue à créer un cadre rassurant pour Alan et grâce à un toucher à l'écoute de son corps nous accompagnons et libérons les tensions. Au fur et à mesure des séances on observe qu'Alan soutient plus facilement le regard, s'enroule moins sous les draps, répond par oui / non à des questions simples. Petit à petit Alan prend confiance en lui-même, apprend à connaître son corps, à l'intégrer comme un tout faisant partie de lui-même, et sur lequel il peut alors s'appuyer pour grandir.

CAS CLINIQUE N°3

Karim

ANAMNESE :

Karim est âgé de 8 ans. Il est le plus jeune d'une fratrie de 3 enfants. Il est né par césarienne (bassin trop étroit de la mère) avec un score d'Apgar de 10/10.

Il marche à 1 an. A 14 mois, il est replié sur lui-même et commence alors les investigations pour rechercher sa pathologie. Il dira ses premiers mots vers 12-13 mois. Autrefois il disait des phrases tel que « « maman donne » qui disparaîtront par la suite.

Il reconnaît l'environnement dans lequel il évolue, joue avec ses proches. Sa communication verbale est limitée, il répète quelques phrases que nous lui disons. Il mange peu, à la cuillère. Il est très sélectif au niveau des aliments qu'il mange (peu de viande). La propreté diurne est acquise, tandis que la propreté nocturne nécessite parfois des couches.

C'est un enfant qui bouge beaucoup, qui a des difficultés à se poser, que ce soit à l'IME ou à la maison (difficulté de concentration). Il marche en équin ce qui a entraîné le port d'un plâtre et des attelles de nuit. Son regard est fuyant. Il a de nombreuses stéréotypies à type de sautellement sur place et marche sur la pointe des pieds, jeux répétitifs. Il est non violent, voir craintif, malgré de grosses colères et une intolérance à la frustration. Il n'entre pas réellement en contact avec les enfants, si ce n'est pour prendre les mains. Ce contact avec les mains représente une réelle fascination, qui peut devenir très envahissante (les place sur ses oreilles, bouche, ...).

Il prend du Risperdal, deux fois par jour à 0,25 g.

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

La prise en charge de Karim se fait dans une salle qui sert généralement pour faire des jeux moteurs que nous appellerons donc la « salle moteur » où se trouve un épais matelas de gymnastique qui va alors servir pour les séances d'ostéopathie. Karim bouge beaucoup pendant les séances ce qui rend les séances difficiles, le traitement se déroule donc tantôt Karim debout, assis ou allongé quand c'est possible. Nous nous rendons compte qu'il est difficile pour Karim de s'allonger, comme si il perdait tous ses repères et besoin de pouvoir contrôler son environnement. Nous travaillerons donc principalement en position assise. Le travail ostéopathique tournera généralement au niveau du diaphragme et l'axe crânio-sacré. Au fur et à mesure des séances, Karim prend confiance en lui, en acceptant de tourner son regard vers lui-même (écoute sa voix avec un micro, se pose plus longuement lors du travail ostéopathique). Ses progrès sont également visibles dans ses relations avec les autres. Karim recherche plus facilement le regard, se tient plus droit (dirigé vers les autres), son vocabulaire est plus riche.

CAS CLINIQUE N°4

Robin

ANAMNESE :

Robin est âgé de 10 ans. Il est l'ainé d'une fratrie de 4 enfants. L'accouchement s'est déroulé sans problème. Ses parents sont mariés.

Au deuxième jour de vie, Robin souffre de détresse respiratoire qui nécessitera une hospitalisation de 3 semaines. Il souffrira également d'asthme du nourrisson. Jusqu'à aujourd'hui il souffre de nombreuses affections des voies respiratoires (rhinites, rhinopharyngites, rhinites, angines, ...), avec notamment plusieurs hospitalisations pour des épisodes de bronchiolites. A 2 ans, il souffre de convulsion fébrile. A l'âge de 4 ans, un scanner thoracique met en évidence des épaissements alvéolaires bronchiques diffus avec des zones de condensation de type atélectasiques apicales droites et basales droite et gauche. On retrouve également quelques zones d'emphysèmes localisées. Il souffre également d'apnée du sommeil sévère, nécessitant la mise en place d'une ventilation mécanique nocturne. A l'âge de 30 mois, Robin sera hospitalisé pour une pneumopathie du lobe moyen. On lui enlèvera les amygdales à l'âge de 5 ans.

L'âge de la marche est retardé à 32-34 mois. Robin mange mixé. La propreté de jour est acquise mais pas de nuit. Il porte des lunettes et tombe souvent. L'IRM cérébrale met en évidence une atrophie cérébelleuse, un corps calleux dysmorphique et des pôles temporaux dédifférenciés.

A l'observation on note des pieds plats, un ventre ballonné, une voussure du rachis et le tronc en avant.

Ses centres d'intérêt sont les livres, écouter de la musique, jouer au ballon. Robin est un garçon qui parle peu et lorsqu'il parle c'est un langage que nous ne comprenons pas. Cependant il est capable de montrer du doigt les choses dont il a envie, il a la volonté de se faire comprendre et de communiquer. Il peut être agressif envers les autres enfants de l'IME, ce qui entraînera une adaptation de son emploi du temps pendant l'année, en augmentant les temps de relations de un pour un avec

l'adulte qui se passent sans difficultés. Il a une bonne compréhension et exprime de façon exagérée ses émotions.

Il est pris en charge par un psychologue, psychomotricien, orthophoniste et musicothérapeute.

Sa prise médicamenteuse comprend du Risperdal, Tegretol (antiépileptique), Genototorm (hormones de croissance prescrites pour un retard de croissance staturo-pondéral).

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

Robin est un petit garçon très imprévisible. Une séance pourra être très belle, avec Robin calme, qui s'ouvre complètement à son environnement, à l'écoute, lâche prise et accepte de montrer ce qui ne va pas et la semaine suivante, il sera difficile d'emmener Robin dans la salle, la séance sera difficile avec Robin qui aura des difficultés à se calmer et à écouter (bien que toutes les séances se finissent dans le calme, le temps d'arriver à cet état est plus ou moins long). Nous interprétons cette difficulté à venir avec nous comme une réaction de peur de la part de Robin de ce qu'il pourrait découvrir sur lui-même (exprimer ses émotions, accepter de lâcher prise c'est accepter d'apprendre à se connaître). Rappelons également que la prise en charge de Robin est différente de celle des autres enfants puisqu'à partir de janvier nous recevons Robin en consultation ostéopathique une heure par semaine. En avril 2014, les consultations ostéopathiques se déroulent dans la salle moteur car les allers/retours des enfants dans l'infirmerie voisine perturbent les séances. Les séances se passent alors plus sereinement. Le travail se déroulera principalement avec relâchement du diaphragme et des membranes de tension réciproque (MTR). Robin apparaît aujourd'hui plus calme, a accepté au fur et à mesure des séances d'exprimer ses émotions sur lesquelles nous avons pu travailler, échange avec nous en nous montrant des objets, livres, ...

CAS CLINIQUE N°5

Edouard

ANAMNESE :

Edouard est âgé de 9 ans. Il a 1 frère plus âgé. Il vit seul avec sa mère et son frère. L'accouchement, par césarienne, a été réalisé à 35 SA à cause d'un RCIU. Edouard est alors hospitalisé pendant un mois pour hypotrophie. Il reprendra progressivement du poids grâce à une alimentation adaptée, des traitements anti-reflux. Une supplémentation en fer (foldine) est également installée.

Il marche à 17 mois. Il mangera mixé jusqu'à l'âge de 2 ans. On observe alors des troubles de l'alimentation, du comportement et du langage. Il sera dépisté à la maternelle. La propreté diurne et nocturne est acquise. Il fait plusieurs otites pendant l'enfance.

Il a tendance à s'isoler du groupe mais présente une aptitude aux jeux. Ses centres d'intérêt sont les jeux de construction, les livres, la musique / danse et les jeux informatiques. On remarque également un manque d'hygiène. Ses relations avec les autres enfants sont difficiles, tandis que les relations avec l'adulte sont faciles. Edouard a aujourd'hui accès au langage et lorsque la relation de confiance est installée, exprime ses désirs.

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

Les premières séances s'intéressent à traiter le diaphragme. Pour cela il sera parfois nécessaire de s'éloigner de cette zone, qui pourra être anxiogène en traitant des dysfonctions secondaires aux membres, pour ensuite y revenir. Suite à ce relâchement, Edouard refusera le toucher à la séance suivante. Il nous est encore difficile de comprendre ce qui a engendré cette réaction de la part d'Edouard. Plusieurs hypothèses sont possibles : comme Adam, c'est une étape de son développement avec un interdit du toucher qui s'est mis en place, cependant son évolution dans les autres domaines n'est pas aussi marqué que chez Adam, c'est pourquoi ce n'est pas la première hypothèse que nous avons émise. Une autre

hypothèse que nous avons émise est que les séances précédentes ont déclenché des réactions et sentiments nouveaux et qu'il faut lui laisser du temps pour accepter ces nouvelles sensations. A partir de janvier 2014, le toucher n'est plus source d'angoisse et les séances sont plus faciles. Edouard reste assis pendant les séances à jouer avec des jeux pendant que nous travaillons sur son corps, ce qui lui permet de gérer et contenir les émotions qui peuvent être libérées lors des séances et qui semblent l'avoir angoissé au début de la prise en charge. Au fur et à mesure des séances, Edouard est plus présent, à l'écoute, prend confiance en lui et de l'autonomie.

CAS CLINIQUE N°6

Fatima

ANAMNESE :

Fatima est âgée de 7 ans. Elle est née par césarienne à cause d'une souffrance fœtale. Son score d'Apgar est de 10/10.

Les acquisitions motrices ont été décalées : à 6 mois, Fatima tient sa tête ; à 17 mois elle se déplace sur le dos ; à 19 mois sur les fesses ; à 20 mois à quatre pattes, marche tenue à 29 mois et marche autonome à 39 mois. A 11 mois, on note un retard de développement (hypotonie axiale) qui conduit à investiguer davantage.

Les IRM cérébrales et autres examens complémentaires ne décèlent aucune anomalie.

Ses centres d'intérêts sont la télévision, les dessins animés, jouer dans le parc. Elle ne communique pas par le langage, s'exprime par des pleurs. Elle reconnaît son environnement. La motricité fine est difficile. Elle est aidée lors des repas, mastique peu. Elle a peu d'autonomie et la propreté nocturne est non acquise.

Elle est prise en charge par un psychologue, un psychomotricien et un musicothérapeute (2008 à 2012).

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

Fatima est une petite fille calme et timide. Elle est très craintive envers les personnes qu'elle ne connaît pas. Etablir une relation de confiance dans laquelle elle puisse s'exprimer a été primordial. Les premières séances sont rythmées par ses allers-retours entre l'acceptation et le refus du contact, avec notamment une séance que Fatima refusera, tout en revenant nous voir en fin de récréation. Sa difficulté à lâcher prise, faire confiance dans l'autre se retrouve également dans ses positions, où elle restera assise pendant les premières séances, jusque fin janvier 2014. Puis Fatima est en confiance, il faut alors faire attention à garder une distance entre le praticien et Fatima, car Fatima n'a pas conscience des limites de son corps et essaie souvent de « s'enrouler » avec son thérapeute. Lors des séances nous lui

posons alors des questions (où sont posées nos mains ? C'est chaud ? Froid ? Qu'est ce que nous faisons ?...) et mettre des mots sur les endroits que nous touchons (« je pose mes mains sur ta tête, ton ventre, ... ») afin qu'elle-même se pose les questions et entame une réflexion sur les perceptions de son corps et ses limites. Les sensations qu'elle peut ressentir lors des séances l'aident également à en percevoir les limites. Lors des premières séances, le seul contact bien accepté était celui du diaphragme sur lequel un travail a pu être entrepris, puis lorsque cette relation de confiance était établie un travail crânien a pu être entamé. Au fur et à mesure des séances, Fatima soutient plus facilement le regard, recherche moins à être enveloppée, contenue, commence à prendre conscience des limites de son corps et prend de l'autonomie (prend des initiatives et a de moins en moins une posture de petit enfant).

CAS CLINIQUE N°7

Lorie

ANAMNESE :

Lorie est âgée de 9 ans. Elle a un demi frère plus âgé et une sœur plus jeune (qui présente également un décalage des acquisitions langagières). Son père a des origines Haïtiennes. Ses parents sont séparés. A la grossesse, la mère souffre de prééclampsie et à l'accouchement, une césarienne est faite à cause du bassin trop étroit de la mère.

A trois mois, Lorie est opéré pour un petit lymphangiome kystique de la langue. A l'âge de 2 ans, Lorie souffre de retard de langage qui conduit au diagnostic d'autisme. Avant la naissance de sa sœur, Lorie dit quelques mots puis son langage régresse. Elle est propre à l'âge de 2 ans. Elle marche à 11 mois. Elle pointe les objets vers 3 ans ½. Elle n'est pas à l'aise avec les enfants de son âge et préfère la compagnie des adultes. Elle a de nombreux rires immotivés. Elle mange de tout, dort bien, s'habille et se déshabille seule, et fait sa toilette quasiment seule.

L'échocardiogramme met en évidence un canal artériel persistant spontanément fermé. Lorie souffre de souffle au cœur. De nombreuses otites séro-muqueuses ont conduit à la mise en place d'aérateurs trans-tympaniques pendant 1 an et demi. En 2007, un audiogramme révèle une hypoacousie.

Ses centres intérêts sont la poupée, le vélo, les jeux musicaux, les lego et la télévision. Lorie n'a pas accès au langage. Elle peut émettre des mots / sons mais encore difficiles à comprendre. Elle sait se faire comprendre en communication non verbale. Depuis le début de l'année scolaire, Lorie présente des difficultés en lien avec les enveloppes corporelles, générant de nombreux cris et pleurs et de l'agressivité envers elle-même et les autres. Elle n'entre pas en relation avec les autres enfants, reste isolée du groupe.

Elle est prise en charge par un psychomotricien, une psychologue. Une prise en charge orthophoniste avait été initiée mais à cause de ses problèmes de comportement avait dû être interrompue.

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

Les premières séances avec Lorie sont faciles, elle accepte facilement le toucher. Lorie est souriante. Dès les premières séances Lorie soutient plus facilement le regard, communique plus facilement (langage non verbal). Le traitement se déroule principalement au niveau du crâne. A partir de janvier (retour de vacances de Noël), le comportement de Lorie change. Elle est souvent en colère, dégage beaucoup d'anxiété et de peur. Elle a besoin d'être contenue, enveloppée (ce que nous la laisserons faire avec les couvertures pendant le déroulement des techniques ostéopathiques). Les séances avec Lorie auront pour objectif de créer une cellule où grâce à son corps elle pourra exprimer ses angoisses. Une séance en janvier sera effectuée lorsque Lorie est « en crise » avec beaucoup de colère et de cris pour lui permettre de se calmer. En mars Lorie montre qu'elle a des difficultés avec sa puberté (ses seins commencent à se développer et des poils commencent à pousser). En même temps que nous travaillons au niveau de son diaphragme qui l'aide à se calmer, nous lui expliquons alors les modifications que son corps subit, que c'est un processus normal, et que ça ne changera rien de ses rapports avec les autres enfants et adultes (peur d'être abandonnée). Le travail sera principalement au niveau du diaphragme, ce qui a tendance à apaiser Lorie. Il est souvent difficile de faire quitter la salle à Lorie qui l'a investie comme un lieu de refuge en situation d'angoisse. Le travail avec Lorie est donc basé sur une acceptation de son corps, de ses changements, une écoute de la part du thérapeute de ses angoisses, peurs sur lesquelles il pourra travailler avec Lorie par la suite.

CAS CLINIQUE N°8

Soan

ANAMNESE :

Soan est âgé de 9 ans. Il est né à terme avec cependant une prééclampsie pendant la grossesse. Il est le dernier d'une fratrie de 4 enfants (dont les deux premiers sont des demi frère et sœur). Ses parents sont séparés (garde de la mère et un weekend sur deux avec son père).

A 2 ans, on note un retard du langage et du développement qui conduit au diagnostic de Trouble Envahissant du Développement. Il est alors pris en charge en CMP et CATTP, les progrès sont rapides. Il nomme les objets, dessine et écrit. La propreté est acquise à 3 ans.

Ses centres d'intérêt sont l'ordinateur, les codes de porte, téléphone, réseau SNCF et RATP. Il a un contact doux, explorateur.

Aujourd'hui c'est un enfant calme, compliant, souriant, avec un bon niveau de langage. La motricité fine est acquise. Il est autonome. Ses relations avec les autres camarades sont cependant pauvres, les changements d'emploi du temps sont difficiles.

Il est pris en charge par un orthophoniste et un psychologue.

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

La relation de confiance avec Soan a été facile à installer. Soan est un garçon qui parle facilement et répond aux questions qu'on lui pose. Lors des premières séances, Soan parle beaucoup de l'informatique, des réseaux ferroviaires (SNCF et RATP). Le travail avec Soan est de l'aider à se centrer sur lui-même et de sortir petit à petit de son obsession. Déjà à partir d'octobre 2013 on commence à voir les résultats. Soan reste calme pendant toute la séance, à l'écoute des informations et consignes que nous lui donnons. Soan recherche le contact sternal dans le premier temps puis un contact crânien, qui correspond aux lésions que nous trouvons. Soan prend de plus en plus conscience du travail ostéopathique. Ses prises de mains qui

étaient autrefois fermes deviennent de plus en plus légères (lorsqu'il prend nos mains pour les poser sur son corps), faisant attention à l'autre (thérapeute). Comme pour Lorie une séance sera prévue à la demande de Soan pour répondre à une situation de stress, ce qui l'aidera à retrouver son calme. Le travail avec Soan s'intéressera aussi bien au diaphragme, péricarde qu'au crâne et au sacrum. Au fur et à mesure des séances, Soan est plus calme, centré sur lui-même, à l'écoute de l'autre et parle moins de ses obsessions.

CAS CLINIQUE N°9

Cécile

ANAMNESE :

Cécile est âgée de 11 ans. C'est une enfant unique, le père est absent. A l'entrée en maternelle est repéré un retard de la marche (à 18 mois) et du langage. La propreté diurne est acquise à 4 ans. Elle mange normalement, avec les couverts. Elle dort bien.

Au niveau de son caractère on note des épisodes agressifs. Elle peut être impulsive. Elle teste souvent les limites de l'adulte qui se trouve en face d'elle, dans la provocation. On note également de nombreux rires immotivés. Le regard est tantôt de bonne qualité, tantôt fuyant avec une variabilité pas toujours rattachable au contexte. Quelques écholalies sont parfois présentes. On a parfois l'impression qu'elle n'est pas sensible aux émotions des autres enfants, pouvant continuer à les agresser ou rire à côté alors qu'ils pleurent. Elle a accès au langage avec un champ lexical correct.

Elle est prise en charge par un psychologue, un psychomotricien et un orthophoniste.

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

Cécile est la plus âgée des enfants dont nous nous sommes occupés cette année. En première intention il semble que Cécile ait conscience des limites de son corps, sans obsession, et qui parle et écoute facilement. Le but des séances avec Cécile était de l'aider à se centrer davantage sur elle-même en lui offrant un moment de calme. Au fur et à mesure de l'année, nous nous rendons compte que les limites de son corps sont très instables (nous parle de petits bonhommes qui vont sortir de nos seins), qu'elle est très axée sur la sexualité (veut voir notre poitrine, nous montre ses seins, ...), et de nombreux rituels sont indispensables avant qu'elle accepte de venir s'allonger sur le lit (écrire les chiffres sur une feuille, son nom, ...). Au fur et à mesure des séances, Cécile est plus calme, à l'écoute de ce que nous lui

demandons, accepte plus facilement la frustration (comme ne pas jouer avec le téléphone à la fin d'une séance). A partir de mars 2014, Cécile commence à dire des gros mots et se trouve dans la confrontation en cherchant les limites de l'adulte en face d'elle (ce qu'elle fait en consultation ostéopathique mais également avec le reste de l'équipe, comme en début d'année). On note cependant que son évolution est favorable. Cécile est plus présente, plus concentrée et accepte de fermer les yeux pendant les séances (lâcher-prise, moins besoin de contrôler son environnement).

CAS CLINIQUE N°10

Richard

ANAMNESE :

Richard est âgé de 10 ans. Il est le plus jeune d'une fratrie de 3 enfants. La grossesse s'est déroulée sans incidents, avec un accouchement par voie basse. Ses parents sont mariés.

A l'âge de 4 mois, une hypotonie est dépistée. Il marche à 29 mois. Il a une bonne orientation temporo-spatiale et une bonne motricité fine. A un an, il est opéré des amygdales et des végétations. Il sera également opéré d'une hernie ombilicale.

Une IRM cérébrale réalisée en 2005 révèle un excès de LCR dans les espaces sous arachnoïdiens, mais en 2007, l'IRM est normal. Il sera hospitalisé de nombreuses fois pour des convulsions fébriles. A cinq ans, un accident de la voie publique conduit à l'hospitaliser pendant 10 jours suite à une contusion cérébrale, une fracture du cadre obturateur droit non déplacée et une fracture du fémur droit. Il existe aujourd'hui une inégalité de longueur des membres inférieurs de 1 cm. Suite à des douleurs en fin de journée du genou gauche, l'hypothèse d'un Osgood Shlater a également été émise.

La propreté est acquise difficilement avant l'AVP, puis on a une régression et peur des toilettes. Il a besoin qu'un adulte soit à côté de lui pour aller aux toilettes. Il s'habille seul, le sommeil est bon. Richard possède le langage, parle couramment, fait des phrases et est cohérent dans ses discours, mais il refuse de parler à l'IME avec les adultes et les enfants. Cependant il communique et sait se faire comprendre avec les yeux et les gestes. Il a une bonne compréhension. Il aime jouer à l'ordinateur, avec les téléphones et le contact avec l'eau lui est agréable.

EVOLUTION AU COURS DES TRAITEMENTS :

Richard est un petit garçon calme, qui parle en dehors de l'IME, mais pas à l'IME. Personne ne réussit à comprendre réellement pourquoi ce refus de la part de Richard. Après avoir émis des hypothèses (« Richard ne se sent pas à sa place avec les autres enfants ») mais sans grande conviction (les professionnels qui travaillent avec Richard depuis des années ont du mal à comprendre, il nous semble illusoire d'apporter une réponse suffisamment complète), le but de des séances ne sera pas qu'il parle, mais plutôt d'installer une cellule de confiance au sein de l'IME, et qu'ensemble on puisse travailler sur son corps pour l'aider à se sentir mieux dedans. Richard est un garçon qui comprend très bien ce que nous lui disons, qui a beaucoup d'humour et même sans le langage sait très bien faire comprendre ce qu'il désire. Au fur et à mesure des séances, Richard est de plus en plus en confiance, ramène notamment son téléphone et ses écouteurs pendant les séances pour nous les montrer. Il est de plus en plus dans l'échange et l'écoute de l'autre (moins enfermé dans son mutisme). Le travail ostéopathique est facile avec des relâchements rapides et Richard accompagne le travail en posant nos mains sur les zones en dysfonctions et par les mouvements de son corps. A partir de mars, est mis en place un nouveau projet avec Richard « l'ostéopathie aquatique ». Les séances d'ostéopathie dans une eau chauffée permettent de supprimer en partie la pesanteur et laissent à Richard une liberté de mouvement plus importante et plus aisée, permettant un travail ostéopathique plus rapide. Richard est à l'aise dans l'eau (il garde tout de même sa ceinture de flottaison), le travail ostéopathique s'intéressera à l'axe crânio-sacré. Un travail dans un milieu aquatique qu'il apprécie permet de créer un échange hors lieu institutionnel qu'il peut investir avec plus de sérénité. Jusqu'à la fin de l'année Richard est plus ouvert envers les autres, à l'écoute.

4. Analyse et discussion des résultats

Comme on a pu le voir à travers ces dix cas cliniques, l'apport de l'ostéopathie auprès des enfants handicapés et principalement auprès d'une population avec troubles autistiques a été bénéfique pour chaque enfant. Chaque enfant a bénéficié d'un traitement ostéopathique adapté à ses dysfonctions du moment et toujours en accord avec ses souhaits (si une zone était difficile d'accès, provoquait de l'angoisse, on laissait cette zone pour y revenir par la suite si possible).

Les enfants sont pris en charge par toute l'équipe (éducateurs, psychiatre, infirmière, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, ...), il est alors difficile de décrire les effets propres à notre pratique, de ceux liés aux autres actions. De plus chaque enfant a eu une évolution personnelle et a vécu de façon unique cette prise en charge. Faire une synthèse est alors difficile. Les principaux effets qu'on peut noter sont alors :

- Prendre conscience de leur corps et de leurs limites
- Apprendre à être centré sur eux-mêmes, trouver dans leur système interne les moyens de se calmer en situation de stress, être plus attentif à eux-mêmes pour pouvoir s'ouvrir sur le monde environnant
- Apporter une réponse rassurante en situation angoissante (ce qu'on nommera par la suite « les urgences ostéopathiques »)
- Ouverture sur le monde extérieur, attention dirigée vers les autres

A notre grande surprise, on note également que certains enfants ont investi la salle ostéopathique comme un lieu de refuge où ils pouvaient venir exprimer des non-dits, des choses impossibles à dire (parce-que pas accès à la parole pour la plupart). Si certains enfants ont investi la salle de cette façon, c'est qu'ils trouvaient dans ce cadre une réponse à un besoin. En tant qu'ostéopathe nous portons une attention et une écoute du corps, complémentaire à ce qui est pratiqué aujourd'hui dans les IME.

Le travail avec les enfants handicapés n'a pas toujours été simple et a entraîné beaucoup de remises en question de notre part. L'exemple d'Adam a été le

plus marquant. En effet, pourquoi un enfant qui montrait de l'entrain à venir en consultation ostéopathique et dont les résultats étaient positifs, du jour au lendemain, refuse-t-il de venir, que nous le touchions ? Le soutien et le dialogue avec l'équipe ont alors été très importants pour nous aider à comprendre cette évolution d'Adam.

N'étant présent que deux matinées par semaine, nous ne pouvions assister aux réunions d'équipe (qui ont lieu en fin de journée et un « mardi institutionnel » par mois), cependant lorsque nous arrivions à trouver du temps (entre nos prises en charge et également celles du reste de l'équipe), le travail avec l'équipe a été primordial pour suivre et discuter de l'évolution des enfants, des difficultés que chacun rencontre dans sa pratique, construire ensemble un projet thérapeutique et ainsi avancer dans la même direction quant aux soins prodigués aux enfants.

L'ostéopathie, lorsqu'elle est connue et comprise dans le « milieu ordinaire », est encore méconnue dans le monde du handicap. Au cours de cette année nous avons dû nous confronter aux nombreuses interrogations légitimes de l'équipe. Pour y répondre, à travers des interventions orales et des papiers distribués lors des réunions, nous avons réexpliqué les fondements de l'ostéopathie, puis nous avons expliqué les spécificités d'une approche ostéopathique et les bénéfices qu'on pouvait en attendre.

Les résultats sur les enfants ont été bénéfiques, mais l'échange avec toute l'équipe est tout aussi important pour construire et avancer dans un projet cohérent.

PARTIE III : L'OSTÉOPATHIE EN IME

1. Intérêt de l'ostéopathie en IME

Après avoir démontré l'utilité d'une ostéopathie auprès des enfants handicapés, ce chapitre s'intéressera à démontrer l'intérêt d'une ostéopathie dans les IME (contrairement à une prise en charge au cabinet).

1. 1. Encadrement

Rappelons tout d'abord que l'enfant autiste n'aime pas le changement (immuabilité), tout changement de personne, fonctionnement, lieu est angoissant pour lui. L'enfant grandit et évolue la plus grande partie de son temps à l'IME. Il y est présent 5 jours dans la semaine. C'est donc un lieu qu'il connaît bien, avec des camarades et une équipe encadrante qu'il connaît et qui le connaît. Pouvoir prendre l'enfant dans un environnement connu est donc bien évidemment un atout, facilitant le travail ostéopathique. Il est plus facile de créer une relation de confiance dans un environnement connu et rassurant, qu'en cabinet. Or pour qu'une séance se déroule bien, il est impératif d'établir cette relation de confiance.

De plus des séances d'ostéopathie en IME, prévues dans l'emploi du temps de l'enfant, peuvent s'avérer être d'un grand confort pour les parents. En effet, pour les parents d'enfants autistes une simple sortie extérieure peut devenir un véritable cauchemar avec par exemple refus de l'enfant de monter dans la voiture, se transformant en une véritable crise d'angoisse provoquant alors des conflits entre l'enfant et les parents, néfaste pour l'enfant et les parents. De même, si un enfant ne peut se rendre à une consultation d'ostéopathie (enfant malade, trop angoissé pour sortir, ...), il sera plus facile de reporter une consultation à l'IME que si l'ostéopathe se trouvait en cabinet. Cette flexibilité des horaires est également

valable si l'ostéopathe juge qu'un enfant au moment du rendez-vous n'est pas apte à recevoir un traitement ostéopathique.

Comme on a pu le voir dans la présentation des cas cliniques, la durée des séances est très variable et imprévisible. Il est donc très intéressant d'être présent dans un cadre qui permet cette flexibilité. De même, certains enfants refusent la séance à un jour J, tandis que d'autres la réclament ce jour, il est donc intéressant de pouvoir différer une séance et générer une séance immédiatement si besoin (comme dans une situation « d'urgence ostéopathique »). De plus, être présent au sein même de l'établissement permet à l'ostéopathe d'être au plus près de l'enfant, et donc de pouvoir suivre au mieux son évolution.

Nous finirons cette partie sur un point inattendu au début de ce projet. Certains enfants, comme Lorie ou Alan, ont investi la salle d'ostéopathie comme un lieu de refuge en situation de stress. En effet ces enfants ont peu accès au langage et l'écoute qu'un ostéopathe leur donne à travers leur corps, leur apporte une certaine réponse à ce moment de stress. L'écoute du corps, c'est l'écoute de leur émotion, leur angoisse et pouvoir répondre à cette angoisse par un toucher calmant, libérant les tensions présentes, permet à l'enfant de retrouver son calme.

1. 2. Urgence ostéopathique

La séance d'ostéopathie avec ces enfants est complètement différente de celle avec un adulte, où certains n'y verront que « des tensions levées ». Avec les enfants autistes un lien se crée entre l'enfant et son ostéopathe où l'enfant va accepter que l'ostéopathe pose ses mains sur son corps, alors que ce corps est vécu comme incompréhensible et donc angoissant. L'enfant autiste accepte que l'ostéopathe accède à ses émotions, même les plus angoissantes. Une séance d'ostéopathie est un lieu d'émotion pour ces enfants, avec très souvent des cris, rires, ... Une séance d'ostéopathie peut donc pleinement gérer ce que l'on appellera une situation « d'urgence ostéopathique » qui pourra notamment se manifester par un refus de l'enfant d'aller dans sa salle, il se roule par terre, ... Une médiation par le corps lui permettra donc d'exprimer ses émotions et ainsi se calmer.

Exemple de Lorie le 24/01/2014 : grande crise de Lorie en temps d'accueil et récréation (jette tout par terre), nous décidons donc de prendre Lorie en consultation pour lui permettre d'exprimer ses émotions. Pendant la consultation il y a beaucoup de pleurs retenus, rires, de la colère (tapes, déchire une affiche au mur, jette les peluches par terre, ...), ... avec des émotions qui ont beaucoup de mal à sortir. Nous travaillons essentiellement au niveau du diaphragme, piliers du diaphragme. Fonction de contenir, s'enveloppe dans draps, sous le gros lapin, besoin d'être contenue, enveloppée. Nous lui permettons de gérer ses émotions avec un appui externe. En fin de séance, Lorie est beaucoup plus calme, communique à travers le livre (avec le cheval blanc et les cavaliers).

1. 3. Equipe pluridisciplinaire

Au sein des établissements accueillant les enfants handicapés, les enfants sont généralement pris en charge, d'un point de vue « clinique » par des psychiatres, psychologues, des psychomotriciens et des orthophonistes et très rarement par des ostéopathes. Pourtant comme nous venons de le voir l'ostéopathie est bénéfique aux enfants handicapés. Elle apporte une nouvelle prise en charge de l'enfant, qui sans s'opposer à ce qui est déjà proposé, complète la prise en charge actuelle (« Le travail sur les limites du corps et la conscience du corps s'associe et est complémentaire au travail en psychomot » témoignage de la psychomotricienne, voir annexe IV). Dans cette complémentarité de vision du handicap, il est alors intéressant de pouvoir construire un projet autour de l'enfant avec les professionnels de santé et éducatifs.

Ces échanges avec l'équipe sont intéressants pour construire ensemble un projet autour de l'enfant, mais également pour suivre leur évolution. En effet, en tant qu'ostéopathe on n'a pas la formation adéquate pour évaluer l'enfant au cours de son développement et prendre le recul nécessaire quant à l'action que nous avons. Au cours de cette expérience nous nous sommes rendu compte de l'apport bénéfique que tirent les enfants d'une prise en charge ostéopathique mais il nous a été très difficile d'exprimer correctement et avec les termes adéquats l'évolution

des enfants. Lors de notre formation, nous sommes formé à l'ostéopathie, c'est-à-dire, toucher, trouver les dysfonctions et les régler, mais l'évaluation et la verbalisation de l'évolution d'enfants handicapés n'est pas de notre domaine. Il est donc très important d'échanger avec les personnes appropriées. De même, l'ostéopathe, par sa pratique et son écoute du corps apporte de nouvelles réponses et observations aux comportements des enfants qui complètent ceux déjà fait jusqu'à présent.

La richesse de travailler en IME est bien celle de construire et échanger avec une équipe pluridisciplinaire. Au cours de cette année, en tant que stagiaire ostéopathe, nous nous sommes posé de nombreuses questions et l'échange avec l'équipe a été bénéfique pour nous et pour les enfants. Comme l'exprime la psychologue avec qui nous avons travaillé cette année, cet échange est possible grâce aux réunions d'équipe et il est important que l'ostéopathe soit présent à ces réunions.

Il est également intéressant de noter l'évolution du point de vue de la psychologue et psychomotricienne au cours de cette année. Au début de l'année, la psychologue avait un avis plutôt favorable à notre intervention et la psychomotricienne, un avis plus mitigé, en se posant des questions sur la formation délivrée aux ostéopathes concernant les enfants autistes. La progression des enfants pendant cette année leur a permis de mettre des mots et comprendre pourquoi un travail avec un ostéopathe était intéressant. Selon la psychologue, l'ostéopathie « a permis de mettre en évidence les liens profonds entre le soma, la conscience corporelle, l'enveloppe somatopsychique et les angoisses des enfants » et la psychomotricienne en plus de constater les effets bénéfiques sur le tonus de l'enfant, les limites et conscience du corps, note « l'impact sur la gestion du stress et des émotions ».

2. Les freins à une ostéopathie en IME

Depuis la création de la première association en 1983, un mouvement se développe en France, celui des EHEOS, qui chaque mois reçoivent en consultation des enfants handicapés afin de leur délivrer des soins ostéopathiques. Il existe aujourd'hui 17 EHEOS dans toute la France, témoignant du besoin d'ostéopathes dans les établissements spécialisés. Et pourtant, il n'y a toujours pas d'ostéopathe dans ces établissements. Pourquoi ?

2.1. Insuffisance d'information sur ce que l'ostéopathie peut apporter aux enfants handicapés

Afin de comprendre quelle vision de l'ostéopathie a le personnel des IME et les familles des enfants handicapés, nous avons transmis des questionnaires à vingt établissements prenant en charge des enfants handicapés (IME et IMPro), en dehors de l'IME où nous sommes présents. Malheureusement nous n'avons reçu que trois réponses, ceci montrant le désintérêt de la part de ces établissements pour une pratique ostéopathique auprès des enfants handicapés. Nous avons également transmis notre questionnaire auprès du personnel de l'IME où nous effectuons notre stage.

Vous trouverez en annexe le questionnaire, ainsi que les réponses recueillies.

Malheureusement le peu de réponses reçu est insuffisant pour analyser correctement l'avis des professionnels et des parents. Nous ferons donc ici un résumé de ces réponses en complétant des opinions que nous avons pu lire dans le mémoire de Sandrine Wibratte (« Associations Enfants Handicapés Espoir Ostéopathique en France (EHEO) ») et recueillir dans notre entourage, des parents et professionnels à l'EHEO (*EHEO du bonheur dans les mains*).

Tout d'abord, le parcours pour trouver un IME qui accepte notre demande de stage, est révélatrice d'une crainte et d'une désinformation sur l'ostéopathie. En

effet, pour trouver un lieu acceptant le stage, nous avons envoyé une demande dans 40 établissements. Un premier établissement a accepté de nous recevoir en entretien. A cet entretien était présente la psychomotricienne qui était intéressée par notre approche, savoir comment on pouvait travailler ensemble. Elle nous présente alors l'établissement et les enfants. Nous réfléchissons aux moyens à mettre en œuvre pour recevoir les enfants (la salle, table de pratique, accord des parents, ...). Une fois tout ceci est mis en place, nous consultons la directrice qui après avoir vérifié les recommandations de l'HAS et donc que l'ostéopathie n'était pas proscrit dans la prise en charge des enfants handicapés, n'oppose aucune réticence. Le seul accord qui reste alors à décider est celui du corps médical, c'est-à-dire le psychiatre. Le psychiatre rejette alors notre demande. Après plusieurs tentatives pour le joindre par téléphone et malgré de nombreux appels et discussions avec la psychomotricienne qui tente de le convaincre, il refusera de nous parler. Certains IME ont refusé notre candidature parce qu'ils n'avaient pas d'ostéopathe sur place et donc pas de possibilité de nous encadrer, d'autres parce que leur nombre de stagiaires était déjà au maximum, et certains par crainte d'une profession qu'ils jugent encore trop jeune et dont ils ne connaissent pas encore les bienfaits dans le monde du handicap (un établissement qui avait accepté notre demande, a refusé une semaine avant que nous commencions (direction qui a refusé) par manque d'information de la reconnaissance du diplôme, quelles autorisations il fallait demander, l'encadrement d'un tel stage, ... Beaucoup de questions qui restaient floues auprès de l'administration). A travers cette expérience, nous constatons que le personnel non issu d'un cursus médical est plus ouvert que les médecins, qui souvent par méconnaissance de l'ostéopathie (action et formation) refusent une action de notre part.

Heureusement tous n'ont pas la même opinion et à l'IME où nous avons passé une année, nous avons eu le plaisir de rencontrer un psychiatre ouvert d'esprit, qui a accepté notre demande de stage. Lors de notre expérience à l'IME, nous avons été confronté aux nombreuses interrogations de l'équipe (Qu'est-ce que l'ostéopathie ? Qu'est-ce que nous allons faire ? ...). Pour répondre à ces questions, nous avons alors fait des interventions lors des réunions d'équipe et transmis des feuilles expliquant l'ostéopathie à l'équipe (voir annexe II).

A travers les questionnaires reçus, nous pouvons constater un avis positif d'une prise en charge ostéopathique des enfants handicapés, avec une demande d'encadrement du corps médical. Cette demande d'un encadrement médical semble provenir d'un manque d'information sur la formation d'un ostéopathe, qui malheureusement garde encore trop souvent l'image d'un thérapeute, non formé, qui s'est autoproclamé ostéopathe. Cependant cet encadrement de l'équipe semble nécessaire pour coordonner les actions, particulièrement en cas de litige. Toutefois notre action en tant qu'ostéopathe (de même pour les autres disciplines) ne peut être efficace qu'en restant dégagé de toute contrainte supplémentaire. Il semble important que l'ostéopathe garde sa liberté d'action, et adapte sa thérapeutique à l'évolution de l'enfant, bien évidemment toujours en collaboration avec l'ensemble de l'équipe.

Même si aujourd'hui, l'ostéopathie est de plus en plus reconnue et connue des patients, l'idée d'un ostéopathe non formé imprègne toujours les esprits. Il est alors nécessaire que l'ostéopathie valorise sa formation, les domaines d'action sur lesquels elle peut agir. On voit d'ailleurs grâce à notre enquête que malgré un avis positif d'une prise en charge ostéopathique, les domaines d'action de l'ostéopathie restent flous. Dans le milieu du handicap cette information de l'ostéopathie peut notamment passer par une diffusion auprès des associations de parents d'enfants handicapés

2. 2. Budgets non attribués en conséquence

Les budgets au sein des établissements spécialisés sont très limités. Ils font l'objet d'un contrôle strict de la part de la direction. Comme nous venons de le voir, l'ostéopathie ne fait pas partie du parcours classique d'un enfant handicapé et a fortiori dans un établissement. Aujourd'hui, attribuer des budgets pour un ostéopathe semble donc difficile.

C'est alors aux ostéopathes de démontrer l'intérêt d'une telle discipline dans la prise en charge de ces enfants. La reconnaissance de l'ostéopathie dans le monde du handicap doit passer par des études scientifiques publiées à grande échelle. Il y

a aujourd'hui peu de publications sur ce sujet et l'ostéopathie souffre d'un manque de validation scientifique qui empêche une reconnaissance de ses bienfaits dans le monde médical.

2. 3. Notre expérience

Au cours de notre expérience, nous avons pu constater l'importance d'une prise en charge ostéopathique des enfants handicapés. Cependant il existe une désinformation et des a priori sur la pratique de l'ostéopathie auprès de la profession médicale et paramédicale. Mais pas seulement, auprès des ostéopathes eux-mêmes, il existe une désinformation de la prise en charge des enfants handicapés. Au cours de la formation d'un ostéopathe, le thème du handicap est malheureusement peu abordé. Lorsqu'il l'est, c'est à travers des cours de psychologie, mais la prise en charge de ces enfants à travers des cas cliniques n'est que peu traitée. Cette lacune dans la formation d'ostéopathe entraîne une crainte de la part des ostéopathes à prendre en charge ces enfants et à promouvoir cette prise en charge. De ce fait, ce manque de confiance de la part des ostéopathes dans leur prise en charge, entraîne une réticence légitime de la part des professionnels et non professionnels (les parents) d'emmener les enfants handicapés consulter un ostéopathe.

3. L'avenir s'ouvre

L'ostéopathie est aujourd'hui de plus en plus représentée dans le monde médical, que ce soit dans des cliniques, des hôpitaux, des cabinets médicaux. L'ostéopathe travaille alors en collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale. Cette ouverture d'esprit passe par une reconnaissance du diplôme. Depuis 2002 le diplôme d'ostéopathie est reconnu. Un agrément est donné aux écoles qui respectent une liste de contraintes strictes (nombre d'heures théoriques, pratique, années de formation, ...).

Malgré un manque d'ostéopathes dans les établissements, l'ostéopathie est de plus en plus présente dans ces établissements, en particulier les structures accueillant les enfants handicapés. En effet au cours de nos recherches nous avons pu interviewer une chef de service d'un IEM (Institut d'Education Motrice) qui recrutait un ostéopathe. Au sein de cet IEM, trouver un kinésithérapeute était difficile, l'équipe s'est alors posée la question de recruter un ostéopathe, « non pas pour remplacer le kinésithérapeute mais pour explorer un autre domaine que la rééducation, avec la notion de bien-être, être bien dans son corps, ce qui n'était alors pas questionné aujourd'hui dans leur prise en charge ». Un ostéopathe est alors présent aujourd'hui dans 2 IEM et un IMPro du 78 (à temps partiel ou sous forme de vacation). Bien que cela reste insuffisant face à la demande des enfants, un mouvement de reconnaissance de l'intérêt de l'ostéopathie auprès des enfants handicapés se crée, encourageant pour l'avenir.

CONCLUSION

Le handicap, et en particulier l'autisme étudié ici, est une pathologie complexe qui implique une prise en charge pluridisciplinaire. L'autisme est défini par des troubles des interactions sociales, de la communication verbale et non verbale, et des comportements stéréotypés et répétitifs. Les données actuelles de la science tendent vers une origine génétique et environnementale de l'autisme. Malgré une origine génétique, rien n'est acquis, et une prise en charge de l'enfant autiste est nécessaire pour l'aider à grandir le plus favorablement possible. Ainsi, l'ostéopathe n'a pas pour vocation de soigner l'autisme mais d'aider l'enfant à grandir dans les meilleures conditions possibles. Pour cela, l'ostéopathe aura plusieurs champs d'action. L'ostéopathe pourra aussi bien aider l'enfant à se sentir à l'aise dans son corps (détente des zones de tension, prendre conscience de son corps, de ses limites, ...), que permettre à l'enfant d'exprimer des émotions grâce à un nouveau mode de communication, celui du toucher.

L'enfant autiste n'ayant pas toujours accès au langage, établir une communication par le toucher lui permet alors d'exprimer des émotions autrement et de « raconter » à l'ostéopathe ce qui ne va pas. En collaboration avec le reste de l'équipe, l'ostéopathe peut alors donner des nouveaux axes de traitement de l'enfant autiste. La prise en charge en ostéopathie de l'enfant autiste ne s'oppose pas aux prises en charge actuelles, mais au contraire les complète en donnant des nouvelles données de l'état physique et psychique de l'enfant (exemple : pour un enfant qui ne mange pas, cela peut venir d'une tension de l'estomac (état physique) ou d'une angoisse (état psychique)). L'enfant se sentant plus à l'aise dans son corps et en accord avec ses émotions, les résultats d'une telle prise en charge peuvent alors se voir dans tous les domaines de son handicap (stéréotypies, agressivité, écholalie, manque de concentration, ouverture sur le monde extérieur qui paraît moins angoissant puisque l'enfant peut se reposer sur un système interne plus stable, ...).

Au cours de cette année nous avons, l'équipe et nous-même, pu constater qu'un ostéopathe formé et à l'écoute de l'enfant, a parfaitement sa place au sein

d'une équipe pluridisciplinaire dans les IME. Malheureusement, l'ostéopathie fait encore l'objet de nombreuses réticences de la part du corps médical et une méconnaissance des champs d'action de celle-ci empêche l'ouverture de nouveaux budgets, déjà très limités, au sein de ces établissements. Cependant, un espoir est né, grâce à quelques établissements qui emploient aujourd'hui des ostéopathes à mi-temps ou sous forme de prestations. Cette ouverture d'esprit passe par une reconnaissance du diplôme d'ostéopathe, la valorisation de la formation d'un ostéopathe et la recherche ostéopathique. Pour que l'ostéopathie continue à se développer dans les différents domaines de la santé, il est alors important de continuer les recherches grâce à des études de cas cliniques en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire qui permet d'élargir son domaine de réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

LES LIVRES :

En collaboration avec **les enfants, parents, ostéopathes, bénévoles de l'EHEO**,
EHEO du bonheur dans les mains, Ile de France Ouest, 2013

ABEHSERA Alain, *Traité de médecine ostéopathique*, 1986

ANZIEU Didier, *Le Moi-peau*, Dunod, 1985

BARTHELEMY Catherine, HAMEURY Laurence, LELORD Gilbert,
L'autisme de l'enfant (La thérapie d'échange et de développement), Paris,
Elsevier-Masson, 1995

BETTELHEIM Bruno, *La forteresse vide*, 1967

BOLTANSKI E., *L'enfance handicapée*, Privat, Toulouse, 1977

BOUBLI Myriam, *Corps, psyché et langage (chez le bébé et l'enfant autiste)*,
Paris, Dunod, col. Psychismes, 2009

FRITH Utah, *L'énigme de l'autisme*, Broché, 2006

LENOIR Pascal, MALVY Joëlle, BODIER-RETHORE Chrystèle, *L'autisme
et les troubles du développement psychologique*, Paris, Masson, col. Les âges de
la vie, 2007

MERLEAU-PONTY Maurice, *la Phénoménologie de la perception*, Gallimard,
1945

NADER-GROSBOIS Nathalie, *La théorie de l'esprit entre cognition, émotion et
adaptation sociale*, Broché, 2011

OLLAT Hélène, « Neurobiologie de l'autisme », *Neurropsychiatrie : Tendances
et Débats*, n°5, juin 1999

ROTHSCHILD Babette, *Le corps se souvient*, De Boeck, 2008

TRICOT Pierre, « L'ostéopathie et l'enfant handicapé » *Revue Energie Santé*,
n°46, Automne 1999

TRICOT Pierre, *Approche tissulaire de l'ostéopathie*

TUSTIN Frances, *Autisme et Protection*, Paris, Seuil, 1992

UPLEGER John E, *Libération somato-émotionnelle et au-delà*, Aix-en-
Provence, De Verlaques, 1991, p17-21

VARLET Patrick, *Ostéopathie somato-émotionnelle*, Sully, 2009

VELDMAN Frans, *Amour et raison*, Broché, 2004

VELDMAN Frans, *Science de l'affectivité*, Broché, 2007

LES REVUES / ARTICLES :

Revue Energie Santé n°46 (Automne 1999), l'ostéopathie et l'enfant handicapé, Paris, EHEO

AXELRAD Brigitte « L'autisme : un pas de plus vers la connaissance », revue science et pseudo-science, n° 286, juillet-septembre 2009

Juillet 2009 Sciences Humaines N° 206

Puig G, Sguassero Y, *Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé*, 9 novembre 2007

LES SITES INTERNET :

- <http://uneheo.org/>
- <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Autisme France
- <http://informations.handicap.fr/art-handicap--4997.php>
- HAS (recommandations de bonne pratique)
- HAS (état des connaissances)

LES MEMOIRES :

MARTINEZ Laurent, *Approche ostéopathique des enfants handicapés*

THINAT Monique, *Les enfants déficients profonds*, juin 1992

WIBRATTE Sandrine, *Associations Enfants Handicapés Espoir Ostéopathique en France (EHEO)*, 1999

TREMEAU Gilles, *Apport de l'ostéopathie dans la prise en charge des enfants autistes*, 1993

DARCHEN François, *Neurobiologie de l'autisme*, juillet 2012

ROSLER Philippe, *Corps sensible et autisme*, Université de Lisbonne, Mai 2006

ANNEXES

Annexe I : Autisme, génétique et anomalies de la fonction synaptique



Autisme, génétique et anomalies de la fonction synaptique.pdf

L'OSTÉOPATHIE

L'ostéopathie est fondée sur quatre grands principes :

- *La globalité du corps* : le corps est un tout indivisible, une dysfonction dans une partie de ce corps entraîne des dysfonctions de l'ensemble de ce corps,
- *L'autoguérison* : le corps possède en lui les ressources nécessaires à son bon fonctionnement,
- *La règle de l'artère* : les liquides (sang, lymphes, LCR) doivent circuler librement pour permettre au corps de fonctionner correctement,
- *La structure gouverne la fonction* : c'est-à-dire qu'une atteinte de la structure du corps (par exemple un cal osseux au niveau de l'épaule) va entraîner une atteinte de la fonction (dans notre exemple, entraînera une perte de mobilité de l'épaule).

Auprès des enfants handicapés j'ai pu dégager trois grands intérêts d'une approche ostéopathique :

- *Permettre à l'enfant d'exprimer des émotions* : les enfants handicapés ont souvent un accès au langage très limité, il leur est alors difficile d'exprimer ce qu'ils ressentent. Le corps étant le support des émotions, de l'échange avec l'autre, l'ostéopathe grâce à un toucher doux et adapté permet alors à l'enfant de s'exprimer autrement, d'entrer en relation avec l'autre, sans passer par le langage. L'ostéopathe n'est alors pas seulement là pour permettre à l'enfant d'exprimer ses émotions, mais également pour lui permettre de gérer ses émotions (par exemple en cas de crise anxieuse, l'ostéopathe peut aider l'enfant à trouver à travers son corps les moyens de se calmer).
- *Réappropriation de son corps* : les enfants handicapés ont très souvent un rapport à leur propre corps altéré. A travers cette prise en charge du corps, l'ostéopathe aide l'enfant à comprendre son corps, comment il fonctionne, quelles sont ses limites.
- *Libérer les tensions* qui empêchent ce corps de fonctionner correctement : grâce à des techniques ostéopathiques douces et adaptées à l'enfant, l'ostéopathe permet à l'enfant d'être au maximum de ses capacités physiques pour faire face à son handicap.

Pour illustrer mes propos concernant l'apport de l'ostéopathie auprès des enfants handicapés, je prendrai l'exemple du diaphragme (muscle principal de la respiration qui sépare le thorax de l'abdomen et où passe de nombreux éléments vasculaires et lymphatiques (rôle dans les défenses immunitaires de l'organisme)), très souvent retrouvé en tension chez les enfants handicapés. Tout d'abord on peut aisément penser que des tensions au niveau de ce muscle peuvent altérer la qualité de la respiration, des échanges vasculaires, nerveux et lymphatiques, et se situant juste au-dessus de l'estomac provoquer des pertes d'appétit et des troubles digestifs. De plus le diaphragme est très souvent le lieu des émotions (lors d'un événement stressant on entend souvent dire « j'en ai eu le souffle coupé »), pouvoir libérer ce diaphragme lors d'une crise anxieuse, de grosse colère pour permettre à l'enfant de se calmer ne paraît alors pas insensé. Cette tension, sans cesse entretenue par l'état de stress de l'enfant, accumulée à toutes les autres tensions du corps perturbe la représentation mentale que l'enfant a de son propre corps, il paraît donc important de libérer ces tensions.

CAS CLINIQUE N° 1

Adam

ANAMNESE :

Adam est un enfant âgé de cinq ans en 2014. Il est né à terme par césarienne, avec un poids de 4 Kg 420 (diabète gestationnel de type II pendant la grossesse) et un score d'Apgar de 10/10. Il est originaire d'Inde. Ses parents sont mariés. Il a un frère, plus jeune que lui.

Jusqu'à l'âge de 2ans, Adam ne parle pas et souffre de trouble du regard. Sa pathologie comprend également des stéréotypies et un isolement important. Adam marche à l'âge d'un an, prend un crayon, il est aidé pour l'habillage et la toilette. Il fait de nombreuses crises de colère. La propreté diurne est acquise vers 4ans. L'IRM cérébrale et l'audiogramme ne montrent rien d'anormal.

Il a une écholalie immédiate et différée (pas ou peu de mots spontanés). L'attention conjointe est de courte durée. Il présente une intolérance à la frustration (crie, cherche à récupérer l'objet désiré). Il refuse l'aide gestuelle de l'adulte et le contact physique est difficile. Il a un regard fuyant, joue peu avec les enfants de son âge (tendance à frapper les camarades de son école). C'est un enfant hyperkinétique (court, joue, fait du vélo). Il mange de tout, dort bien.

Ses centres d'intérêt sont les jeux vidéos, il écoute de la musique indienne, aime l'eau.

Il est pris en charge par un psychologue, un psychomotricien et un musicothérapeute.

TRAITEMENT d'Adam :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
26 septembre 2013 20 minutes	Assis	Diaphragme spasmé	Libération diaphragmatique	Refus de s'allonger Refus toucher tête, OST Soulagé après traitement Fin de séance : contact visuel possible		Premier contact avec Adam, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances
<p>Nous apprendrons que les deux jours suivants notre séance, Adam mange peu le midi (alors qu'il mange correctement habituellement), qu'il n'est plus dans son état habituel (« anxieux et soucieux » d'après les éducateurs). L'équipe, et plus particulièrement les éducateurs, semblent alors surpris de cette réaction.</p>						

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>18 octobre 2013 25 minutes</p>	<p>Sur la demande du médecin psychiatre et pour éviter les effets secondaires de la première consultation, nous décidons à la seconde consultation de rester sur des zones « plus à distance », comme les membres supérieurs et les membres inférieurs. Egaleme nt à la demande du psychiatre nous avons laissé passer 3 semaines avant de reprendre Adam en consultation qui ne savait pas quoi penser des effets de la première consultation.</p> <p>Adam jouera beaucoup pendant cette séance, avant de prendre nos mains, de les poser sur son diaphragme, s'allonger et attendre, ...</p>					
	Décubitus ventral	Diaphragme spasmé	Diaphragme	Adam est enthousiaste en venant avec nous en consultation	Communication, Jeux, Echange	
<p>7 novembre 2013 25 minutes</p>	Décubitus dorsal	Diaphragme spasmé Foie en perte de motilité	Diaphragme Foie	<p>Première moitié de la consultation passé à jouer, échange visuel, ...</p> <p>Seconde moitié de la consultation, allongé sur le dos, calme</p>	Beaucoup de jeux, découvre le monde qui l'entoure, montre des choses, émet des sons de plus en plus divers	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>28 novembre 2013 40 minutes</p> <p>Remarque : Adam est enrhumé, la position allongée déclenche la toux</p>	Oscille entre allongé et assis	Diaphragme spasmé Crâne dense, peu de mouvement de la SSB	Diaphragme Relâchement des MTR	<p>Première moitié de la consultation passé à jouer, échange visuel, ...</p> <p>Seconde moitié de la consultation, allongé / assis, calme</p>	Communication verbale de plus en plus riche	
<p>5 décembre 2013 45 minutes</p>	Oscille entre allongé et assis	Diaphragme spasmé Crâne dense	Diaphragme, Relâchement MTR	<p>Première moitié de la consultation passé à jouer, échange visuel, ...</p> <p>Seconde moitié de la consultation, allongé / assis, calme</p>		<p>Consultation qui ressemble beaucoup à la précédente. On note cependant que le travail crânien semble plus difficile d'accès (dans le toucher, contact) avec un relâchement lent</p>

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
19 décembre 25 minutes	Assis	Diaphragme Foie en perte de motilité	Diaphragme, coupole droite	Contact diaphragmatique qui autrefois était recherché semble aujourd'hui plus difficile, évité (ainsi que les autres parties du corps difficiles d'accès, à être touchées)	Grande ouverture au monde extérieur, curiosité, joueur, Récupère son retard de croissance (physique et mental)	Interrogation : pourquoi Adam qui précédemment montrait de l'entrain à venir en consultation et recherchait ce toucher ostéopathique, semble-t-il le refuser aujourd'hui ?
16 janvier 2014 45 minutes 6 février 2014 30 minutes	Assis	Diaphragme ? Viscéral (impossible de préciser quel organe précisément)	Diaphragme quand Adam nous laisse poser les mains ... Viscéral qui déclenche beaucoup d'agitation lorsque nous abordons cette zone	Adam bouge beaucoup, refuse de s'allonger, reste assis à jouer	Evolution très positive, Adam continue de s'ouvrir sur le monde extérieur (se tient plus droit, désir d'aller vers l'autre, ...)	Séances difficiles

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>Ces dernières séances nous laisse perplexes ... Nous essayons alors de comprendre qu'est-ce qui s'est passé pour qu'Adam qui recherchait le contact en septembre, le refuse en janvier ? Nous avons alors émis l'hypothèse qu'Adam grandissant et évoluant très vite physiquement, n'ai alors pas eu le temps de comprendre ce corps qui grandissait trop vite. L'ostéopathie en abordant ce corps incompris trop vite devient alors source de stress. Mais l'ostéopathie ne pourrait-elle justement aider Adam à comprendre ce corps ? Nous pensons qu'en effet l'ostéopathie peut aider Adam à comprendre ce corps et c'est effectivement ce qui a été permis lors des premières séances. Aujourd'hui Adam a grandi vite et doit apprendre à vivre avec ce corps. Nous nous posons alors la question si il est nécessaire de continuer les séances d'ostéopathie ou ne serait-il pas préférable de laisser du temps à Adam et de revenir ensuite à l'ostéopathie, d'ici 2 à 3 mois ? En discutant avec la psychologue et psychomotricienne de nos doutes, elles nous éclairent sur l'importance de garder ce cadre de séances d'ostéopathie, « comme un moment qui lui est réservé et qui pourra être réinvestit par le travail quand ça lui sera possible ».</p> <p>Une deuxième hypothèse nous est donnée par la psychologue qui nous fournit un texte d'Anne Brun qui explique que D. Anzieu a développé dans son livre <i>Le Moi Peau</i>, l'interdit du toucher, cet « interdit primaire du toucher [qui] représente, pour tout un chacun, la condition première de l'accès à la symbolisation et correspond à la nécessité pour l'enfant de décoller son corps de celui de ses parents. Tel est bien le sens de l'interdit du toucher, mais cet interdit fondateur n'a pu se mettre en place dans l'autisme. » Ainsi la mise en place de cet interdit du toucher témoigne d'une évolution positive d'adam, comme en témoigne également son ouverture au monde extérieur. Il est alors important de laisser Adam mettre en place cet interdit du toucher (« il s'agit, paradoxalement, de travailler à partir du corps, en particulier dans des cadres de médiations thérapeutiques, pour pouvoir envisager la fin du corps-à-corps et les prémices d'un processus de séparation »).</p> <p>Nous continuons donc à prendre Adam en consultation d'ostéopathie mais sans aborder ce corps immédiatement.</p>						
<p>21 mars 2014 30 minutes</p>	<p>Lors de cette séance nous respectons toujours la distance qui a été mis en place par Adam. Nous entrons en communication avec lui par le jeu, les dessins, ...</p> <p>Nous imite beaucoup moins, prend confiance en lui, regarde plus facilement dans les yeux, à l'écoute des consignes que nous lui donnons.</p> <p>A la fin de la séance, Adam refuse moins le contact physique et un travail crânien est engagé au niveau de la SSB</p>					

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
17 avril 2014 30 minutes	Assis	Diaphragme	Diaphragme	Au début de la séance, nous jouons beaucoup avec Adam, notamment par les chatouilles, le jeu du « je vais te manger ». Adam parle de mieux en mieux avec un vocabulaire plus riche, il est souriant, dirigé vers le monde qui l'entoure, les différents jeux qui se trouvent dans la boîte, ce que je lui raconte. Progressivement, Adam recherche de nouveau le contact. Nous entamons alors un travail au niveau du diaphragme.		

CONCLUSION :

Adam est un petit garçon qui a beaucoup évolué depuis le début de l'année. Lors des premières consultations c'est un garçon calme, renfermé sur lui-même, qui semblait indifférent à notre présence. La première séance fut probablement la plus importante. Adam recherchait à être enveloppé, contenu. Le travail ostéopathique s'est principalement intéressé au diaphragme qui était le plus facile d'accès. Déjà à la fin de la séance on remarque qu'Adam est plus présent, semble porter plus d'attention à notre présence (nous regarde dans les yeux). Les jours suivants, Adam mange peu, paraît anxieux, marquant un changement dans son développement, mais dont on ne peut pas encore évaluer si elle est positive ou négative. A la deuxième consultation, Adam recherche ce contact et montre de l'entrain à venir en séance. Jusqu'en décembre 2013, les séances se déroulent facilement et Adam continue à s'ouvrir sur le monde extérieur, avec une attitude plus droite dirigée vers les autres. Il recherche de l'aide dans son environnement si besoin, son langage est de plus en plus riche. On note également qu'il grandit de façon importante. Puis Adam refuse ce contact, il est plus difficile de le faire venir en consultation. Cet interdit du toucher, déroutant en première intention, marque en réalité une évolution positive d'Adam qu'il convient d'accepter et de respecter. La croissance rapide d'Adam, sa présence au monde, son attitude joueur, souriant, cette mise en place de l'interdit du toucher, sont des signes d'évolution encourageant d'Adam. Le cadre des séances d'ostéopathie sera préservé, sans forcément toucher Adam pour que, quand cela lui sera possible, nous puissions recommencer un travail ostéopathique. A partir d'Avril 2014, Adam commence à revenir progressivement vers ce toucher, principalement au niveau du diaphragme (une main sternale) qui était le premier toucher que nous avons établi avec lui.

CAS CLINIQUE N°2

Alan

ANAMNESE :

Alan est un garçon âgé de 10 ans, d'origine Sénégal. Il est l'aîné d'une fratrie de 4 enfants. La grossesse s'est déroulée sans difficultés particulière. Il est né à terme, par voie basse, avec un score d'Apgar de 10/10.

Il marche à 13 mois. A l'âge de 2 ans, on note une régression du langage. Il est propre à l'âge de 3 ans. Il s'habille, se lave et mange seul. Une fois les repères de lieux et personnes établies, c'est un enfant très calme, qui peut-être déstabilisé par le non et s'énerve / pleure face à l'incompréhension.

Aujourd'hui, Alan répète certains mots, dit quelques mots, mais son langage est pauvre, voir absent. Il n'aime pas le bruit, a besoin de rester aux côtés d'un adulte. Il reconnaît certaines lettres de l'alphabet et sait les écrire. Le vide ne le dérange pas, il a un grand besoin d'immuabilité. Il a de nombreuses stéréotypies, comme rester assis et se balancer d'avant en arrière en restant à l'écart des autres enfants. Le contact avec ses camarades est difficile. Il est très ritualisé (rituels très souvent en lien avec l'eau comme se laver les mains plusieurs fois avant de prendre ses médicaments). Son regard est fuyant. Sa relation avec le contact physique est complexe. Au début d'une relation, il aura un contact fuyant, puis saisit les mains, les manipule. En situation de stress, ce contact peut devenir obsessionnel où Alan va chercher frénétiquement les mains de ses camarades et les envahit. Il est alors nécessaire de l'isoler du groupe pour qu'il s'apaise et être à proximité d'un adulte peut – être une solution pour évacuer cette angoisse.

Ses centres d'intérêt sont les puzzles, les livres à image, les jeux à ordinateur, écouter de la musique.

Il est pris en charge par un psychologue, un psychomotricien et un orthophoniste. On note également la prise de Risperdal (0,5g midi et soir).

TRAITEMENT d'Alan :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
3 octobre 2013 20 minutes	Assis					Premier contact avec Alan, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances Séance difficile avec Alan qui refuse le contact. Nous essayons de partir de zones moins informantes et angoissantes (membres inférieurs et supérieurs), mais non concluant. Beaucoup de rires pendant la séance. Joue avec les peluches. Nous prendra par le bras pour retourner dans sa salle
24 octobre 2013 30 minutes	Allongé					Alan se souvient très bien de la dernière séance, il va s'allonger seul sur le lit (à noter qu'il paraît impossible pour lui d'enlever ses chaussures, c'est un objet contenant qui le rassure (remonte très souvent ses chaussettes)). Le contact reste toujours très difficile, mais au fur et à mesure de la consultation Alan cherche jusqu'où il peut aller dans le contact (se rapproche puis se recule) et apprend à nous faire confiance (en début de séance bougeait et rigolait beaucoup, puis au fur et à mesure de la séance paraît plus calme et plus attentif à ce que nous lui demandons).
14 novembre 2013 50 minutes						Séance qui marquera un tournant dans la prise en charge d'Alan. Alan apprend à nous faire confiance, nous montre comment nous pouvons le toucher. Il prend nos mains pour les poser sur sa tête (de part et autre de la métopique et de la sagittale) et applique sur nos mains des pressions lentes et répétées. Le travail de cette séance sera alors destiné à familiariser Alan avec ce contact et l'aider à prendre conscience des limites de son corps par des pressions successives sur son corps. Pour cela, nous montrons sur nous-même où nous allons poser les mains sur lui. Il accepte d'être touché partout. De plus Alan répète les parties du corps que nous lui montrons sur nous (cœur, oreilles, nez, ...).

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
	Allongé	Diaphragme spasmé Frontal et pariétal droit en perte de mobilité	Coupoles diaphragmatique droite et gauche Frontal et pariétal droit	De moins en moins de rires Plus en plus calme Pour venir avec nous à l'infirmerie, nous prend le bras, et pour repartir dans sa salle nous prend la main	Confiance Imitation (gestes et paroles)	
5 décembre 2013 45 minutes	Allongée	Temporal et pariétal gauche	Temporal et pariétal gauche	Calme pendant la séance, sauf lorsque le travail commence à devenir plus profond, Alan se met à rire et enlève nos mains pour ensuite se calmer	Plus éveillé, attentif, moins renfermé, dans la communication, soutient de mieux en mieux le regard	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
12 décembre 2013 35 minutes	Allongée	SSB fixée Crâne dense	Relâchement des MTR	Recherche contact visuel	Meilleure confiance en lui, appropriation de son corps	
23 janvier 2014 30 minutes	Allongée	Frontal en RI Diaphragme spasmé	Relâchement de la métopique et la coronale Coupoles et piliers postérieurs diaphragmatiques	Besoin d'être contenu, se met sous les draps et un gros nounours Alan prend appui sur notre corps pour prendre conscience du sien (regarde une de mes mains puis la sienne, ...). Recherche de plus en plus contact visuel en fin de séance	6 ^{ème} séance après plus d'un mois. La reprise des séances d'ostéopathie semble difficile. Alan nous paraît anxieux, avec beaucoup de rires, cris (s'est-il passé quelque chose pendant les vacances ?), puis se calme au fur et à mesure de la consultation en se mettant notamment sous les draps du lit et une grosse peluche qui permet de le contenir.	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
30 janvier 2014 30 minutes	Lors de la récréation Alan vient nous voir dans la salle de repos, comme s'il essayait de nous dire quelque chose. Après la récréation nous décidons donc de prendre Alan en consultation pour comprendre ce qu'il a voulu nous dire et lui permettre d'exprimer ce qu'il a besoin d'exprimer et qu'il ne peut exprimer par la parole (séance qui n'était donc initialement pas prévue).					
	Allongé	Pariétaux et temporaux en RE	Tente du cervelet Déroulé tissulaire des pariétaux et temporaux	Besoin d'être contenu	Prend conscience de son existence propre Présent, dans la communication et l'échange en cherchant dans son environnement une réponse à son angoisse	
6 février 2014 40 minutes	Allongé	Diaphragme / péricarde Crâne dense	Diaphragme Péricarde MTR			Répond à nos questions par des réponses courtes « oui / non »

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>20 mars 2014 30 minutes</p> <p>10 avril 2014 40 minutes</p>	Allongé	Axe crânio-sacré asynchrone, MRP faible	CV4 Axe crânio-sacré	<p>Dans les séances, Alan prend nos mains dans ses mains, les regarde puis regarde les siennes</p> <p>Alan est plus présent en fin de séance</p>	<p>Alan se recroqueville moins sous les draps, accepte que nous entrions en contact avec lui sous les draps.</p> <p>Communication possible par le regard (regarde plus facilement dans les yeux).</p> <p>Son corps semble être moins source d'angoisse, il se tient plus à la verticale</p> <p>Alan réussit à se calmer plus facilement lorsque nous touchons une zone qui peut l'angoisser (moins de rires nerveux)</p>	

CONCLUSION :

Les deux premières consultations avec Alan sont difficiles, il refuse le toucher, paraît se poser beaucoup de questions sur qui nous sommes et ce que nous allons faire. Du temps est alors nécessaire pour expliquer qu'est-ce qu'un ostéopathe, comment vont se dérouler les séances et quel est l'objectif d'une prise en charge ostéopathique. A la troisième séance Alan prend nos mains et les pose sur sa tête en nous montrant comment on peut le toucher (pressions douces et rythmiques). Au fur et à mesure des séances, Alan est plus présent, dans la communication, prend conscience de son corps par l'intermédiaire du notre, répète certains mots (alors qu'il ne parlait pas jusqu'à présent). A partir de janvier 2014, Alan a besoin d'être contenu, se met sous les draps du lit. Alan semble avoir investi la salle d'ostéopathie comme un lieu de refuge et d'expression de ce qu'il n'arrive pas à dire par les mots (fin janvier, une séance sera effectuée le jour-même à sa demande). Progressivement l'objectif est d'aider Alan à trouver en lui-même les capacités pour calmer ses angoisses. Pour cela nous laissons la couverture, qui contribue à créer un cadre rassurant pour Alan et grâce à un toucher à l'écoute de son corps nous accompagnons et libérons les tensions. Au fur et à mesure des séances on observe qu'Alan soutient plus facilement le regard, s'enroule moins sous les draps, répond par oui / non à des questions simples. Petit à petit Alan prend confiance en lui-même, apprend à connaître son corps, à l'intégrer comme un tout faisant partie de lui-même, et sur lequel il peut alors s'appuyer pour grandir.

CAS CLINIQUE N°3

Karim

ANAMNESE :

Karim est âgé de 8 ans. Il est le plus jeune d'une fratrie de 3 enfants. Il est né par césarienne (bassin trop étroit de la mère) avec un score d'Apgar de 10/10.

Il marche à 1 an. A 14 mois, il est replié sur lui-même et commence alors les investigations pour rechercher sa pathologie. Il dira ses premiers mots vers 12-13 mois. Autrefois il disait des phrases tel que « « maman donne » qui disparaîtront par la suite.

Il reconnaît l'environnement dans lequel il évolue, joue avec ses proches. Sa communication verbale est limitée, il répète quelques phrases que nous lui disons. Il mange peu, à la cuillère. Il est très sélectif au niveau des aliments qu'il mange (peu de viande). La propreté diurne est acquise, tandis que la propreté nocturne nécessite parfois des couches.

C'est un enfant qui bouge beaucoup, qui a des difficultés à se poser, que ce soit à l'IME ou à la maison (difficulté de concentration). Il marche en équin ce qui a entraîné le port d'un plâtre et des attelles de nuit. Son regard est fuyant. Il a de nombreuses stéréotypies à type de sautellement sur place et marche sur la pointe des pieds, jeux répétitifs. Il est non violent, voir craintif, malgré de grosses colères et une intolérance à la frustration. Il n'entre pas réellement en contact avec les enfants, si ce n'est pour prendre les mains. Ce contact avec les mains représente une réelle fascination, qui peut devenir très envahissante (les place sur ses oreilles, bouche, ...).

Il prend du Risperdal, deux fois par jour à 0,25 g.

TRAITEMENT de Karim :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
10 octobre 2013	Refus de la consultation en refusant de rentrer à l'infirmierie					
21 novembre 2013 40 minutes	Debout / assis	Diaphragme spasmé Estomac peu mobile, fixé	Estomac	Remplit l'espace de sons (avec sa bouche et un piano musical) Bouge beaucoup pendant la séance, difficulté à se poser		Premier contact avec Karim, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances Karim mange peu
19 décembre 2013 30 minutes	Belle séance qui marquera un tournant dans la prise en charge de Karim, qui arrive agité en consultation. Dès le début de la consultation prend le piano et met de la musique, comme précédemment avec plus ou moins de rythme et de sons. Nous jouons, sautons, ... Puis Karim me dit « assis » (jusqu'à présent nous n'avions pas entendu le son de sa voix), et lorsque nous nous asseyons (en tailleur par terre), Karim s'assoit sur nous. Un « rituel » se met alors en place, où Karim et nous passons la porte d'une petite maison, jouons à faire la voiture et nous assoyons enfin dans la petite maison pour un travail au niveau du diaphragme. Lorsque le diaphragme se libère correctement, Karim nous dit « tape » et tape un peu sur la petite maison pour ensuite se calmer.					

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
	Debout / assis / assis – reposé sur nous	Diaphragme spasmé	Diaphragme	Début de séance, remplit l'espace de sons, puis la musique cesse et il ne va pas la remettre	S'ouvre de plus en plus, communication avec nous par la parole (injonctions) et les gestes Soutien plus facilement le regard	
13janvier 2014 30 minutes	Debout / assis / assis – reposé sur nous	Epigastre tendu (plexus solaire) Centre phrénique du diaphragme	Relâchement de la zone épigastrique	Arrive très angoissé (récréation difficile avec beaucoup de colère), beaucoup de sons pendant la séance	Se relâche de plus en plus sur nous, apprend à faire confiance à une personne extérieure Vocabulaire plus riche (« monter », « debout », « s'il te plaît », ...),	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>23 janvier 2014 50 minutes</p>	<p>Assis</p>	<p>Piliers postérieurs du diaphragme tendus entraînant les lombaires hautes en extension</p> <p>Peu de mouvement de la SSB</p>	<p>Travail sur les piliers postérieurs du diaphragme et les lombaires hautes</p> <p>Léger travail sur les MTR</p>	<p>Musique toujours présente mais à très faible volume et rythme</p>	<p>Karim parle toujours sous forme d'injonction mais pendant qu'il parle nous regarde plus facilement dans les yeux et sa voix est moins agressive</p> <p>De moins en moins de sons sortant de sa bouche au profit d'un vocabulaire plus riche</p>	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
13 février 2014 50 minutes	Assis	Diaphragme (Karim qui pose nos mains sur son diaphragme) Sutures temporo-pariétale Sacrum en extension	Diaphragme IO ²¹ tpl ²² G Suture pariéto/tpl G MTR	Vient avec entrain en consultation Communication ++	Ecoute sa voix dans le micro, nous tend le micro pour que nous parlions également dedans Recherche de plus en plus le contact visuel Vocabulaire de plus en plus riche et s'exprime plus facilement	
14 mars 2014 30 minutes	Assis	Diaphragme bloqué en inspi Intestin grêle Estomac (abdomen gonflé)	Diaphragme Travail global viscéral avant de s'occuper plus spécifiquement de l'IG et estomac	Calme Echange visuel Chante avec la musique	Calme, posé	

²¹ IO = intra - osseux

²² Tpl = temporal

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
11 avril 2014 30 minutes	Assis	Axe crânio-sacré perturbé Sacrum en extension	Travail sur tout le bassin : sacrum / iliaques / charnière L5-S1	Karim accompagne les mouvements de son corps avec des balancements de son bassin (se met debout, puis les avant-bras en appui sur la table)	De plus en plus à l'écoute de son corps, des tensions et émotions de celui-ci	

CONCLUSION :

La prise en charge de Karim se fait dans une salle qui sert généralement pour faire des jeux moteurs que nous appellerons donc la « salle moteur » où se trouve un épais matelas de gymnastique qui va alors servir pour les séances d'ostéopathie. Karim bouge beaucoup pendant les séances ce qui rend les séances difficiles, le traitement se déroule donc tantôt Karim debout, assis ou allongé quand c'est possible. Nous nous rendons compte qu'il est difficile pour Karim de s'allonger, comme si il perdait tous ses repères et besoin de pouvoir contrôler son environnement. Nous travaillerons donc principalement en position assise. Le travail ostéopathique tournera généralement au niveau du diaphragme et l'axe crânio-sacré. Au fur et à mesure des séances, Karim prend confiance en lui, en acceptant de tourner son regard vers lui-même (écoute sa voix avec un micro, se pose plus longuement lors du travail ostéopathique). Ses progrès sont également visibles dans ses relations avec les autres. Karim recherche plus facilement le regard, se tient plus droit (dirigé vers les autres), son vocabulaire est plus riche.

CAS CLINIQUE N°4

Robin

ANAMNESE :

Robin est âgé de 10 ans. Il est l'ainé d'une fratrie de 4 enfants. L'accouchement s'est déroulé sans problème. Ses parents sont mariés.

Au deuxième jour de vie, Robin souffre de détresse respiratoire qui nécessitera une hospitalisation de 3 semaines. Il souffrira également d'asthme du nourrisson. Jusqu'à aujourd'hui il souffre de nombreuses affections des voies respiratoires (rhinites, rhinopharyngites, rhinites, angines, ...), avec notamment plusieurs hospitalisations pour des épisodes de bronchiolites. A 2 ans, il souffre de convulsion fébrile. A l'âge de 4 ans, un scanner thoracique met en évidence des épaissements alvéolaires bronchiques diffus avec des zones de condensation de type atélectasiques apicales droites et basales droite et gauche. On retrouve également quelques zones d'emphysèmes localisées. Il souffre également d'apnée du sommeil sévère, nécessitant la mise en place d'une ventilation mécanique nocturne. A l'âge de 30 mois, Robin sera hospitalisé pour une pneumopathie du lobe moyen. On lui enlèvera les amygdales à l'âge de 5 ans.

L'âge de la marche est retardé à 32-34 mois. Robin mange mixé. La propreté de jour est acquise mais pas de nuit. Il porte des lunettes et tombe souvent. L'IRM cérébrale met en évidence une atrophie cérébelleuse, un corps calleux dysmorphique et des pôles temporaux dédifférenciés.

A l'observation on note des pieds plats, un ventre ballonné, une voussure du rachis et le tronc en avant.

Ses centres d'intérêt sont les livres, écouter de la musique, jouer au ballon. Robin est un garçon qui parle peu et lorsqu'il parle c'est un langage que nous ne comprenons pas. Cependant il est capable de montrer du doigt les choses dont il a envie, il a la volonté de se faire comprendre et de communiquer. Il peut être agressif envers les autres enfants de l'IME, ce qui entraînera une adaptation de son emploi du temps pendant l'année, en augmentant les temps de relations de un pour un avec l'adulte qui se passent sans difficultés. Il a une bonne compréhension et exprime de façon exagérée ses émotions.

Il est pris en charge par un psychologue, psychomotricien, orthophoniste et musicothérapeute.

Sa prise médicamenteuse comprend du Risperdal, Tegretol (antiépileptique), Genototorm (hormones de croissance prescrites pour un retard de croissance staturo-pondéral).

TRAITEMENT de Robin :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>12 septembre 2013 50 minutes</p>	<p>Premier contact avec Robin, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances. La poupée est très importante pour lui expliquer (il place la poupée dans la même position que lui, pose ses mains en même temps que nous les posons sur lui). Séance difficile avec Robin qui bouge beaucoup dans la salle, sort de la salle, ... Se calme lorsque nous posons nos mains diaphragmatiques.</p>					
	Assis	Diaphragme spasmé	Diaphragme	<p>Agité en début de séance Calme en fin de séance Recherche les compliments, le contact visuel</p>		
<p>26 septembre 2013 25 minutes</p>	Assis	<p>Coupole diaphragmatique gauche spasmée Estomac en perte de motilité</p>	<p>Diaphragme Estomac en mobilité et motilité</p>	<p>Robin vient s'asseoir seul sur le lit L'abord du crâne et de l'OST angoisse Robin</p>		

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
3 octobre 2013	Robin refuse la consultation. Nous ne remarquons aucune agressivité envers nous, mais un simple refus d'un travail ostéopathique (enlève mes mains, se lève, tape la porte pour sortir, ...).					
17 octobre 2013	Ce n'est pas une séance d'ostéopathie à proprement parler, mais plutôt un moment de communication pour essayer de calmer Robin. En effet, aujourd'hui, Robin doit aller à la piscine et nous ne savons pas pourquoi mais il a très peur d'y aller (à priori pas la piscine mais le trajet pour y aller). Nous profitons donc de ce moment pour renforcer une relation de confiance indispensable dans nos séances d'ostéopathie. Nous restons donc dans la salle (avec les autres enfants) à lui lire des livres, raconter des histoires. Il réussit à se calmer un peu et va ensuite en récréation.					
<p><u>Note importante dans la prise en charge de Robin à l'IME</u> : Robin est exclu temporairement de l'IME pour ses comportements violents envers lui-même et principalement envers les autres enfants. Un retour à l'IME est programmé pour janvier 2014 avec un emploi du temps adapté. Robin ne sera donc plus toute la semaine à l'IME, et lorsqu'il est présent, il est avec un petit groupe d'enfants ou seul, permettant au personnel de mieux l'encadrer.</p> <p>A partir du mois de janvier, nous le recevons donc tous les jeudis de 9h45 à 11h05 en consultation (à la demande du médecin psychiatre qui perçoit déjà une bonne évolution de Robin).</p>						
9 janvier 2014 1 heure	Debout / Assis	Diaphragme spasme	Relâchement du diaphragme	Relâchement du diaphragme qui entraîne de la colère chez Robin		Séance compliquée avec une élève stagiaire qui perturbe la consultation.

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
16 janvier 2014 1 heure	Debout / Assis	Diaphragme et corps tout entier qui se tend lors des crises Dans les moments de calme, diaphragme qui reste tendu Impression que tout s'enroule autour du diaphragme	Travail difficile, voir quasiment nul sur le diaphragme Le plus important ici était d'être présent pour Robin en l'écoutant et le laissant exprimer ce qu'il avait besoin d'exprimer. Travail très important pour maintenir la confiance de Robin et qu'il comprenne que nous pouvons « tout entendre ».	Passé du rire aux larmes sans raisons évidentes Lorsqu'il pleure, se réfugie entre le lit et un paravent et refuse que nous entrions dans « son petit monde » Plus calme en fin de séance	L'attitude autrefois très « séducteur » a légèrement changé par rapport à nous (même si elle reste en début de séance).	Séance à 4 mains, avec Pierre Nevers
23 janvier 2014 1 heure	Debout, tête dans les bras croisés sur la table	Diaphragme spasme Crâne dense	Diaphragme Travail sur les MTR	Au milieu de la consultation, Robin remet son manteau, marquant le début du travail crânien		

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
30 janvier 2014 1 heure	Debout → assis → allongé	Diaphragme spasmé	Relâchement du diaphragme avec recherche d'un appui antérieur	Robin arrive agité en consultation et se calme lors du travail diaphragmatique avant de s'endormir en fin de séance	Lâcher – prise pendant la séance	
7, 14, 20 février 2014 1 heure	Debout – Assis – Allongé	Axe cranio-sacré Crâne dense	Travail sur les MTR, Diaphragme	Robin est souvent agité en arrivant en début de séance, puis se calme au fur et à mesure de la consultation	L'évolution de Robin semble positive, même si elle est très difficile à évaluer Robin nous paraît plus calme, apprend à trouver en lui-même les moyens de se calmer, échange de plus en plus avec nous en nous montrant des choses	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>6, 13, 20 mars 2014 1 heure</p>	<p>Assis</p>	<p>Diaphragme Cœur Foie</p>	<p>Diaphragme Cœur Foie</p>	<p>Transition accueil / ostéo difficile Robin arrive agité en consultation, beaucoup de peur vis-à-vis des autres enfants, beaucoup d'empathie envers les autres enfants (lorsque d'autres enfants crient, pleurent dans la salle à côté, lui-même est triste), se calme lorsque nous le rassurons que tout va bien. Durant toute la consultation Robin essaie d'ouvrir la porte, sans vraiment vouloir sortir (l'ouvre puis la referme). Travail sur l'expression de ses émotions, que sa colère et ses peurs arrivent à être exprimée et que nous puissions l'accompagner à gérer ses émotions. Beaucoup de cris, colère en début de séance, puis se calme au fur et à mesure de la consultation Meilleur motricité fine</p>		

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>10 avril 2014 1 heure</p> <p>1^{ère} séance dans la salle moteur</p>	Assis	Diaphragme	Diaphragme Piliers postérieurs	<p>Les séances précédentes étaient parasitées par les nombreux allers-retours du personnel et des enfants à l'infirmierie, nous avons alors décidé de prendre en charge Robin dans une salle plus isolé et plus grande (la même salle où nous prenons en charge Karim). En arrivant Robin est souriant, nous fait des bisous La transition accueil / ostéo est toujours difficile Séance beaucoup plus facile, agréable, Robin n'essaie pas de sortir de la salle, il est plus présent à ce que nous lui disons, à l'écoute, recherche le contact, l'échange. Nous le laissons bouger librement dans la salle et c'est lui qui vient prendre nos mains pour que nous venions avec lui. Pendant que nous lisons un livre, nous travaillons au niveau de son diaphragme.</p>		

CONCLUSION :

Robin est un petit garçon très imprévisible. Une séance pourra être très belle, avec Robin calme, qui s'ouvre complètement à son environnement, à l'écoute, lâche prise et accepte de montrer ce qui ne va pas et la semaine suivante, il sera difficile d'emmener Robin dans la salle, la séance sera difficile avec Robin qui aura des difficultés à se calmer et à écouter (bien que toutes les séances se finissent dans le calme, le temps d'arriver à cet état est plus ou moins long). Nous interprétons cette difficulté à venir avec nous comme une réaction de peur de la part de Robin de ce qu'il pourrait découvrir sur lui-même (exprimer ses émotions, accepter de lâcher prise c'est accepter d'apprendre à se connaître). Rappelons également que la prise en charge de Robin est différente de celle des autres enfants puisqu'à partir de janvier nous recevons Robin en consultation ostéopathique une heure par semaine. En avril 2014, les consultations ostéopathiques se déroulent dans la salle moteur car les allers/retours des enfants dans l'infirmierie voisine perturbent les séances. Les séances se passent alors plus sereinement. Le travail se déroulera principalement avec relâchement du diaphragme et des membranes de tension réciproque (MTR). Robin apparaît aujourd'hui plus calme, a accepté au fur et à mesure des séances d'exprimer ses émotions sur lesquelles nous avons pu travailler, échange avec nous en nous montrant des objets, livres, ...

CAS CLINIQUE N°5

Edouard

ANAMNESE :

Edouard est âgé de 9 ans. Il a 1 frère plus âgé. Il vit seul avec sa mère et son frère. L'accouchement, par césarienne, a été réalisé à 35 SA à cause d'un RCIU. Edouard est alors hospitalisé pendant un mois pour hypotrophie. Il reprendra progressivement du poids grâce à une alimentation adaptée, des traitements anti-reflux. Une supplémentation en fer (foldine) est également installée.

Il marche à 17 mois. Il mangera mixé jusqu'à l'âge de 2 ans. On observe alors des troubles de l'alimentation, du comportement et du langage. Il sera dépisté à la maternelle. La propreté diurne et nocturne est acquise. Il fait plusieurs otites pendant l'enfance.

Il a tendance à s'isoler du groupe mais présente une aptitude aux jeux. Ses centres d'intérêt sont les jeux de construction, les livres, la musique / danse et les jeux informatiques. On remarque également un manque d'hygiène. Ses relations avec les autres enfants sont difficiles, tandis que les relations avec l'adulte sont faciles. Edouard a aujourd'hui accès au langage et lorsque la relation de confiance est installée, exprime ses désirs.

TRAITEMENT d'Edouard :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
27 septembre 2013 25 minutes	Assis	Diaphragme, hypochondre droit spasmé Pariétaux en RI	Diaphragme Travail sur la coronale, la sagittale, les sutures pariéto-temporale Travail MTR	Agité en début de séance Calme en fin de séance		Premier contact avec Edouard, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances
23 octobre 2013 20 minutes	Debout → assis sur nous	Diaphragme spasmé, hypochondre gauche	Détente du diaphragme	Agité en début de séance, lâche prise au fur et à mesure de la consultation		
<p>Le début du travail diaphragmatique semble angoisser et ne pas convenir à Edouard. Nous décidons alors de repartir de zone moins anxiogène, comme le genou. Puis nous remontons petit à petit. Du genou gauche, nous remontons à la hanche gauche. Une fois que nous ressentons qu'Edouard est plus en confiance, que ses tissus acceptent notre toucher, nous remontons au niveau de l'abdomen, puis de l'hypochondre gauche (où le plus de tension s'affiche). Edouard se détend alors, accepte de fermer les yeux. Nous nous retrouvons alors dans le dos d'Edouard avec une main sternale et une main dorsale. Edouard se laisse alors tomber sur nous. Lorsque de bons relâchements sont obtenus, Edouard décide de lui-même que c'est la fin de la séance (en me montrant le cahier où nous prenons des notes).</p>						

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
13 décembre 2013 30 minutes	Assis	Edouard refuse le toucher. Nous décidons donc de laisser du temps et de renforcer notre relation de confiance, en passant par la lecture, jeux, ... A la fin de la séance paraît accepter un peu plus facilement le contact (main dans le dos). Nous ne comprenons pas encore bien ce qui s'est passé pour qu'Edouard refuse ce contact aujourd'hui. Il est probable que la dernière séance ai déclenché des réactions et sentiments nouveaux pour Edouard et qu'il faut à présent lui laisser du temps d'accepter ces nouvelles expériences.				
17 janvier 2014 30 minutes	Assis	SSB peu mobile Crâne dense	SSB Travail MTR	Agité en début de séance, Calme en fin de séance	Toucher n'est plus source d'angoisse et bien accepté	
23 janvier 2014	Nous notons qu'en entrant dans l'IME Edouard vient vers nous et nous fait un gros câlin. Edouard nous paraît plus ouvert, plus attentif à son environnement.					
21 mars 2014 30 minutes	Assis	Crâne dense Diaphragme	Libération base du crâne Diaphragme (piliers postérieurs)	Souriant, calme, à l'écoute toute la consultation Sort les jouets du bac pour nous les donner	Regarde dans les yeux, présent, à l'écoute	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>11 mars 2014 25 minutes</p> <p>18 avril 2014 30 minutes</p>	Assis	Cœur Diaphragme	Cœur Diaphragme	Sort les jouets du bac, les remet dans le bac, en me les donnant en début de séance, puis accepte de « jouer » seul	De plus en plus d'autonomie, prend confiance en lui	

CONCLUSION :

Les premières séances s'intéressent à traiter le diaphragme. Pour cela il sera parfois nécessaire de s'éloigner de cette zone, qui pourra être anxiogène en traitant des dysfonctions secondaires aux membres, pour ensuite y revenir. Suite à ce relâchement, Edouard refusera le toucher à la séance suivante. Il nous est encore difficile de comprendre ce qui a engendré cette réaction de la part d'Edouard. Plusieurs hypothèses sont possibles : comme Adam, c'est une étape de son développement avec un interdit du toucher qui s'est mis en place, cependant son évolution dans les autres domaines n'est pas aussi marqué que chez Adam, c'est pourquoi ce n'est pas la première hypothèse que nous avons émise. Une autre hypothèse que nous avons émise est que les séances précédentes ont déclenché des réactions et sentiments nouveaux et qu'il faut lui laisser du temps pour accepter ces nouvelles sensations. A partir de janvier 2014, le toucher n'est plus source d'angoisse et les séances sont plus faciles. Edouard reste assis pendant les séances à jouer avec des jeux pendant que nous travaillons sur son corps, ce qui lui permet de gérer et contenir les émotions qui peuvent être libérées lors des séances et qui semblent l'avoir angoissé au début de la prise en charge. Au fur et à mesure des séances, Edouard est plus présent, à l'écoute, prend confiance en lui et de l'autonomie.

CAS CLINIQUE N°6

Fatima

ANAMNESE :

Fatima est âgée de 7 ans. Elle est née par césarienne à cause d'une souffrance fœtale. Son score d'Apgar est de 10/10.

Les acquisitions motrices ont été décalées : à 6 mois, Fatima tient sa tête ; à 17 mois elle se déplace sur le dos ; à 19 mois sur les fesses ; à 20 mois à quatre pattes, marche tenue à 29 mois et marche autonome à 39 mois. A 11 mois, on note un retard de développement (hypotonie axiale) qui conduit à investiguer davantage.

Les IRM cérébrales et autres examens complémentaires ne décèlent aucune anomalie.

Ses centres d'intérêts sont la télévision, les dessins animés, jouer dans le parc. Elle ne communique pas par le langage, s'exprime par des pleurs. Elle reconnaît son environnement. La motricité fine est difficile. Elle est aidée lors des repas, mastique peu. Elle a peu d'autonomie et la propreté nocturne est non acquise.

Elle est prise en charge par un psychologue, un psychomotricien et un musicothérapeute (2008 à 2012).

TRAITEMENT de Fatima :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
26 septembre 2013 20 minutes	Assis	Diaphragme	Détente du diaphragme	Premier contact avec Fatima, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances En début de séance, Fatima paraît craintive vis-à-vis de nous, quelqu'un qu'elle ne connaît pas. Lorsque le travail se déroule plus profondément, Fatima enlève nos mains et refuse que nous continuions la séance. Nous travaillerons alors sur quelque chose de moins angoissant, plus éloigné du centre du corps, son épaule droite.		
10 octobre 2013 25 minutes	Assis	Crâne dense Iliaque antérieur droit	Travail sur les MTR Iliaque antérieur droit	Ne veut plus quitter la salle à la fin de la séance	Calme, relation de confiance qui commence à s'établir	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
24 octobre 2013 10 minutes	Assis	Diaphragme spasmé Iliaque antérieur droit	Diaphragme Iliaque	Séance difficile. Fatima est très agitée. Pendant toute la séance elle restera près de la porte à essayer de l'ouvrir. Devant son refus de la consultation et son envie de retourner dans la salle, nous n'insisterons pas et la ramènerons avec ses camarades. Le retour est également difficile. Fatima refuse d'aller dans sa salle, puis se trompe de salle, et enfin refuse d'aller en récréation. Des éléments extérieurs, non portés à notre connaissance, font que ce n'était probablement pas le bon moment pour prendre Fatima en consultation. Nous noterons tout de même que Fatima vient nous voir à la fin de la récréation.		
28 novembre 2013 45 minutes	Assis	Crâne dense OST, C7-T1 en extension	Contact trop difficile dans ces zones pour engager un travail ostéopathique	Fatima arrive agitée en consultation, se calme au fur et à mesure de la séance, nous sommes assis derrière elle	Fatima devient agressive Contact visuel un peu plus facile	Fatima s'allongera plus ou moins

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
13 janvier 2014 20 minutes	Assis	Diaphragme spasmé Pariétaux et frontal denses, peu de mouvement Mandibules	Libération du diaphragme rapide avec recherche d'un appui antérieur Travail MTR Mandibules en fluide	Fatima arrive calme en consultation Contact crânien initialement refusé, puis elle qui pose nos mains sur sa tête, puis sur ses mandibules	Fatima soutient de plus en plus le regard	
Fatima n'a pas conscience des limites de son corps. Nous devons donc faire attention à garder une distance suffisamment proche, pour la rassurer, la mettre en confiance mais également suffisamment éloignée pour lui permettre de faire l'expérience de cette séparation d'avec l'autre (en l'occurrence nous, thérapeute)						
31 janvier 2014 40 minutes	Allongé	Diaphragme spasmé Foie	Libération rapide du diaphragme, Libération tissulaire du foie, côlon, intestin grêle	Travail rapide diaphragmatique, puis qui tourne au niveau viscéral		Séance à 4 mains, avec deux ostéopathes

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
6 février 2014 30 minutes	Allongé → assis	Péricarde Temporaux en RE Pariétaux en RE	Relâchement rapide péricarde, Temporaux et pariétaux qui relâche facilement également puis le travail devient plus profond, avec de grandes libérations	Lors du travail profond, Fatima émet des sons. A la fin de la séance, Fatima baille.	Fatima cherche de moins en moins à être enveloppée. Elle paraît faire plus facilement la différence entre elle et son environnement	
21 mars 2014 35 minutes	Allongé	Axe crânio-sacré asynchrone Crâne dense Cœur	Relâchement base du crâne Sutures O/T, O/P Fascias cervicaux, lame thyro-péricardique	Calme, à l'écoute de son corps. A la fin de la séance, elle qui veut remettre ses chaussures	A l'écoute d'elle-même, prend un peu plus d'autonomie, de la distance par rapport au monde qui l'entoure	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
11, 17 avril 2014 30 minutes	Allongé / assise / debout	Axe crânio sacré perturbé Sacrum dense, en extension	Travail global de l'abdomen Libération du sacrum, des iliaques	Suit les mouvements du traitement en changeant de position (au moment de la « pause tissulaire » se placera en position fœtus sur le lit, puis le travail se continuera avec extension des membres inférieurs)	Toujours de plus en plus d'autonomie malgré qu'elle refuse toujours le contact visuel en face. Elle prend de plus en plus d'initiative au sein de la consultation et accepte de lâcher-prise.	

CONCLUSION :

Fatima est une petite fille calme et timide. Elle est très craintive envers les personnes qu'elle ne connaît pas. Etablir une relation de confiance dans laquelle elle puisse s'exprimer a été primordial. Les premières séances sont rythmées par ses allers-retours entre l'acceptation et le refus du contact, avec notamment une séance que Fatima refusera, tout en revenant nous voir en fin de récréation. Sa difficulté à lâcher prise, faire confiance dans l'autre se retrouve également dans ses positions, où elle restera assise pendant les premières séances, jusque fin janvier 2014. Puis Fatima est en confiance, il faut alors faire attention à garder une distance entre le praticien et Fatima, car Fatima n'a pas conscience des limites de son corps et essaie souvent de « s'enrouler » avec son thérapeute. Lors des séances nous lui posons alors des questions (où sont posées nos mains ? C'est chaud ? Froid ? Qu'est ce que nous faisons ?...) et mettre des mots sur les endroits que nous touchons (« je pose mes mains sur ta tête, ton ventre, ... ») afin qu'elle-

même se pose les questions et entame une réflexion sur les perceptions de son corps et ses limites. Les sensations qu'elle peut ressentir lors des séances l'aident également à en percevoir les limites. Lors des premières séances, le seul contact bien accepté était celui du diaphragme sur lequel un travail a pu être entrepris, puis lorsque cette relation de confiance était établie un travail crânien a pu être entamé. Au fur et à mesure des séances, Fatima soutient plus facilement le regard, recherche moins à être enveloppée, contenue, commence à prendre conscience des limites de son corps et prend de l'autonomie (prend des initiatives et a de moins en moins une posture de petit enfant).

CAS CLINIQUE N°7

Lorie

ANAMNESE :

Lorie est âgée de 9 ans. Elle a un demi frère plus âgé et une sœur plus jeune (qui présente également un décalage des acquisitions langagières). Son père a des origines Haïtiennes. Ses parents sont séparés. A la grossesse, la mère souffre de prééclampsie et à l'accouchement, une césarienne est faite à cause du bassin trop étroit de la mère.

A trois mois, Lorie est opérée pour un petit lymphangiome kystique de la langue. A l'âge de 2 ans, Lorie souffre de retard de langage qui conduit au diagnostic d'autisme. Avant la naissance de sa sœur, Lorie dit quelques mots puis son langage régresse. Elle est propre à l'âge de 2 ans. Elle marche à 11 mois. Elle pointe les objets vers 3 ans ½. Elle n'est pas à l'aise avec les enfants de son âge et préfère la compagnie des adultes. Elle a de nombreux rires immotivés. Elle mange de tout, dort bien, s'habille et se déshabille seule, et fait sa toilette quasiment seule.

L'échocardiogramme met en évidence un canal artériel persistant spontanément fermé. Lorie souffre de souffle au cœur. De nombreuses otites séro-muqueuses ont conduit à la mise en place d'aérateurs trans-tympaniques pendant 1 an et demi. En 2007, un audiogramme révèle une hypoacousie.

Ses centres d'intérêt sont la poupée, le vélo, les jeux musicaux, les lego et la télévision. Lorie n'a pas accès au langage. Elle peut émettre des mots / sons mais encore difficiles à comprendre. Elle sait se faire comprendre en communication non verbale. Depuis le début de l'année scolaire, Lorie présente des difficultés en lien avec les enveloppes corporelles, générant de nombreux cris et pleurs et de l'agressivité envers elle-même et les autres. Elle n'entre pas en relation avec les autres enfants, reste isolée du groupe.

Elle est prise en charge par un psychomotricien, une psychologue. Une prise en charge orthophoniste avait été initiée mais à cause de ses problèmes de comportement avait dû être interrompue.

TRAITEMENT de Lorie :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
26 septembre 2013 20 minutes	Allongée	Diaphragme spasmé Crâne dense, pariétaux et temporaux bloqué en rotation externe	Libération diaphragmatique Sutures sagittale, pariéto-temporale droite et gauche, Lambdoïde, MTR	Bouge beaucoup pendant la séance Calme en fin de séance		Premier contact avec Lorie, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances Nous prend la main de façon hésitante en début de séance
10 octobre 2013 30 minutes	Assise		MTR	En fin de séance Lorie nous regarde plus facilement dans les yeux	Communication plus facile, relation de confiance qui s'installe	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
21 novembre 2013 30 minutes	Décubitus dorsal	Estomac en perte de motilité globale	Estomac	De plus en plus à l'écoute de son corps, centrée sur ses sensations		Lorie qui nous montre les zones qu'elle souhaite qu'on investigue
16 janvier 2014 20 minutes	Assise	Crâne sidéré, sans lien avec le reste du corps	Libération de la sagittale, coronale, pariéto-temporal droite et gauche MTR OST Diaphragme Axe crânio-sacré	Besoin d'être contenue et sécurisée pendant le travail ostéopathique		Travail à quatre mains avec un deuxième ostéopathe Le travail démarre en crânien pour dérouler jusqu'au sacrum
24 janvier 2014 2 heures	<u>But de la séance</u> : Lorie est très angoissée et en colère depuis ce matin, nous décidons donc de la prendre en consultation pour lui permettre d'exprimer avec son corps ce qu'elle n'arrive pas à exprimer avec les mots.					

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
	Assise Allongée	Diaphragme spasmé	Diaphragme	Besoin d'être contenue, rassurée Beaucoup de sons, colère (jette les peluches, déchire les affiches au mur, ...)	Depuis le début de l'année Lorie est anxieuse, beaucoup de crises	
7 février 2014 45 minutes	Assise	Diaphragme spasmé Lombaires basses (L3 à L5) L5 / S1 Sacrum en E°	Diaphragme L5/S1 Sacrum Lien crâne / sacrum retrouvé	Travail diaphragmatique qui la calme puis refuse ce travail mais accepte bien traitement L5/S1, sacrum	A la fin de la séance, Lorie ira à la selle (plus ou moins constipé d'après les éducateurs (du moins dans les toilettes))	Ils semblent que Lorie commence à avoir « des difficultés avec ses sphincters », urine et va à la selle n'importe où, signalant un mal être profond (domaine de la psychologie)

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
20 février 2014 45 minutes	Assise → DD → DV	Diaphragme Foie Crâne dense SSB en extension	Diaphragme / Foie	Recherche le contact sternum en posant nos mains dessus Refuse de quitter la salle en fin de séance (restera avec l'infirmière après notre départ)	Lorie regarde plus facilement dans les yeux, soutient le regard	Nous apprendrons plus tard qu'elle a accepté d'aller manger le midi puis est resté toute l'après-midi dans la salle ostéo. Le départ à 16h30 a été très difficile (crie, jette tous les objets à terre, déchire les affiches au mur, ...)

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>14 mars 2014 1heure</p>	<p>Allongé</p>	<p>Diaphragme</p>	<p>Diaphragme</p>	<p>Lorie arrive très angoissée en consultation. Pendant la séance elle nous montre beaucoup son corps, ses seins, son sexe, se déshabille. Lorsque nous abordons les changements de son corps, son corps réagit très fortement. Le travail de cette séance sera alors de lui faire accepter et comprendre les changements qui s'opèrent dans son corps (début de la puberté). Pour cela nous lui expliquons à voix haute tout en accompagnant avec nos mains les réactions des tissus (travaille d'acceptation et de réappropriation de son corps). Une fois cette peur maîtrisée et comprise la séance se passera sereinement et calmement.</p> <p>Lorie est à l'écoute, attentive, de moins en moins de rires au fur et à mesure de la séance.</p> <p>La transition (avec la psychomotricienne en jeux d'eau) est cependant très difficile, alors que c'est une prise en charge qu'elle apprécie énormément (se déshabille complètement, urine par terre)</p>		

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
4, 18 avril 2014 1 heure	Allongé	Diaphragme Crâne dense	Diaphragme Libération base du crâne	Lorie est très enthousiaste en venant avec nous, souriante, enjouée. Le travail de ces séances est le prolongement des dernières, tout en libérant les zones en tension, lui permettre d'exprimer des émotions et des sentiments qu'elle n'arrive pas à exprimer autrement. Etre présent et à l'écoute de ce qu'elle nous exprime. Nous continuons également le travail sur les changements de son corps. Les transitions sont toujours difficile, Lorie a beaucoup de mal à quitter notre salle.		

CONCLUSION :

Les premières séances avec Lorie sont faciles, elle accepte facilement le toucher. Lorie est souriante. Dès les premières séances Lorie soutient plus facilement le regard, communique plus facilement (langage non verbal). Le traitement se déroule principalement au niveau du crâne. A partir de janvier (retour de vacances de Noël), le comportement de Lorie change. Elle est souvent en colère, dégage beaucoup d'anxiété et de peur. Elle a besoin d'être contenue, enveloppée (ce que nous la laisserons faire avec les couvertures pendant le déroulement des techniques ostéopathiques). Les séances avec Lorie auront pour objectif de créer une cellule où grâce à son corps elle pourra exprimer ses angoisses. Une séance en janvier sera effectuée lorsque Lorie est « en crise » avec beaucoup de colère et de cris pour lui permettre de se calmer. En mars Lorie montre qu'elle a des difficultés avec sa puberté (ses seins commencent à se développer et des poils commencent à pousser). En même temps que nous travaillons au niveau de son diaphragme qui l'aide à se calmer, nous lui expliquons alors les modifications que son corps subit, que c'est un processus normal, et que ça ne changera rien de ses rapports avec les autres enfants et adultes (peur d'être abandonnée). Le travail sera principalement au niveau du diaphragme, ce qui a tendance à apaiser Lorie. Il est souvent difficile de faire quitter la salle à Lorie qui l'a investie comme un lieu de refuge en situation d'angoisse. Le travail avec Lorie est donc basé sur une acceptation de son corps, de ses changements, une écoute de la part du thérapeute de ses angoisses, peurs sur lesquelles il pourra travailler avec Lorie par la suite.

CAS CLINIQUE N°8

Soan

ANAMNESE :

Soan est âgé de 9 ans. Il est né à terme avec cependant une prééclampsie pendant la grossesse. Il est le dernier d'une fratrie de 4 enfants (dont les deux premiers sont des demi frère et sœur). Ses parents sont séparés (garde de la mère et un weekend sur deux avec son père).

A 2 ans, on note un retard du langage et du développement qui conduit au diagnostic de Trouble Envahissant du Développement. Il est alors pris en charge en CMP et CATTP, les progrès sont rapides. Il nomme les objets, dessine et écrit. La propreté est acquise à 3 ans.

Ses centres d'intérêt sont l'ordinateur, les codes de porte, téléphone, réseau SNCF et RATP. Il a un contact doux, explorateur.

Aujourd'hui c'est un enfant calme, compliant, souriant, avec un bon niveau de langage. La motricité fine est acquise. Il est autonome. Ses relations avec les autres camarades sont cependant pauvres, les changements d'emploi du temps sont difficiles.

Il est pris en charge par un orthophoniste et un psychologue.

TRAITEMENT de Soan :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
12 septembre 2013 15 minutes	Allongé	Premier contact avec Soan, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances Prise sterno-dorsal, abdomen, me dit que c'est bien, mais veut sans cesse retourner en salle info (ordinateur). Donc pas réellement d'ostéopathie à cette première séance pour pas que l'ostéopathie soit assimilée à une contrainte.				
3 octobre 2013 20 minutes	Décubitus dorsal	Diaphragme spasmé Perte de motilité de l'estomac	Diaphragme Estomac en motilité	Calme pendant toute la séance Recherche contact sternum		Soan se souvient bien de la séance précédente, lui qui prend nos mains pour les poser sur son sternum
24 octobre 2013 25 minutes	Décubitus dorsal	Diaphragme spasmé	Hypochondres droit et gauche Pompage cervical antérieur	Calme pendant toute la séance Recherche toujours contact sternum	Soan arrive à se poser, se concentrer sur lui-même Plus présent à ce que nous lui expliquons	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
7 novembre 2013 25 minutes	Décubitus dorsal	Diaphragme spasmé Côlon ascendant Frontal en RE	Diaphragme Côlon Frontal	Cherche contact peau / peau en posant directement notre main sur son sternum		
6 décembre 2013 40 minutes	Décubitus dorsal	Frontal en RE	Frontal	Grande confiance de Soan qui se laisse guider par nos gestes et paroles		
<p>Lors des précédentes séances Soan appuyait sur nos mains pour sentir la pression sur son corps, aujourd'hui il le fait de moins en moins. Il appuyait également avec notre main sur ses oreilles et attendait le « pop », aujourd'hui quasiment plus. Lorsque Soan prend nos mains, sa prise est moins ferme, il semble prendre conscience que cette main n'est pas simplement un objet mais qu'elle appartient à quelqu'un (nous) et qu'elle ressent des choses, comme lui les ressent.</p>						
20 décembre 2013 30 minutes 17 janvier 2014 30 minutes	Décubitus dorsal	Crâne dense	Travail sur les MTR	Lors du travail crânien Soan suce son pouce		

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
31 janvier 2014 30 minutes	Consultation non prévue, mais à la fin de la récréation Soan vient nous voir à l'infirmierie alors qu'il savait que pas de consultation aujourd'hui. Nous paraît anxieux, préoccupé, nous décidons alors de le prendre en consultation pour lui permettre d'exprimer ce qui le préoccupe					
	Décubitus dorsal	Diaphragme spasmé Péricarde	Diaphragme Péricarde			Travail à quatre mains
7 février 2014 30 minutes	Décubitus dorsal	Diaphragme qui boque le foie / cœur	Diaphragme	Débousolé en début de séance (pris un coup par un camarade dans la récréation), calme en fin de séance	Soan accepte de plus en plus facilement la frustration et la flexibilité	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
21 février 2014 35 minutes	Décubitus dorsal	SSB en flexion mais avec un bon mouvement Sacrum en flexion avec peu de mouvement	MTR, SSB, ATM, temporaux Sacrum	Ferme les yeux de lui-même, accepte donc de lâcher prise Soan arrête de sucer son pouce lors du travail sur l'ATM et les temporaux	Lâcher-prise Plus posé Fixe facilement les yeux	
7, 28 mars 2014 30 minutes	DD	Sacrum bloqué entre les iliaques OST	Libération des iliaques, sacrum, L5/S1 Diaphragme, poumons, OST Crâne avec une prise occipito-frontale et latéro-latérale	Soan arrive agité en consultation, beaucoup de colère (tape sur les portes)		

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
18 avril 2014 30 minutes	DD	Axe crânio-sacré	Axe crânio-sacré	Soan revient plus calme, plus centré sur lui-même (ferme les yeux pendant la séance et se concentre sur ce que nous lui disons)	Calme, à l'écoute	

CONCLUSION :

La relation de confiance avec Soan a été facile à installer. Soan est un garçon qui parle facilement et répond aux questions qu'on lui pose. Lors des premières séances, Soan parle beaucoup de l'informatique, des réseaux ferroviaires (SNCF et RATP). Le travail avec Soan est de l'aider à se centrer sur lui-même et de sortir petit à petit de son obsession. Déjà à partir d'octobre 2013 on commence à voir les résultats. Soan reste calme pendant toute la séance, à l'écoute des informations et consignes que nous lui donnons. Soan recherche le contact sternal dans le premier temps puis un contact crânien, qui correspond aux lésions que nous trouvons. Soan prend de plus en plus conscience du travail ostéopathique. Ses prises de mains qui étaient autrefois fermes deviennent de plus en plus légères (lorsqu'il prend nos mains pour les poser sur son corps), faisant attention à l'autre (thérapeute). Comme pour Lorie une séance sera prévue à la demande de Soan pour répondre à une situation de stress, ce qui l'aidera à retrouver son calme. Le travail avec Soan s'intéressera aussi bien au diaphragme, péricarde qu'au crâne et au sacrum. Au fur et à mesure des séances, Soan est plus calme, centré sur lui-même, à l'écoute de l'autre et parle moins de ses obsessions.

CAS CLINIQUE N°9

Cécile

ANAMNESE :

Cécile est âgée de 11 ans. C'est une enfant unique, le père est absent. A l'entrée en maternelle est repéré un retard de la marche (à 18 mois) et du langage. La propreté diurne est acquise à 4 ans. Elle mange normalement, avec les couverts. Elle dort bien.

Au niveau de son caractère on note des épisodes agressifs. Elle peut être impulsive. Elle teste souvent les limites de l'adulte qui se trouve en face d'elle, dans la provocation. On note également de nombreux rires immotivés. Le regard est tantôt de bonne qualité, tantôt fuyant avec une variabilité pas toujours rattachable au contexte. Quelques écholalies sont parfois présentes. On a parfois l'impression qu'elle n'est pas sensible aux émotions des autres enfants, pouvant continuer à les agresser ou rire à côté alors qu'ils pleurent. Elle a accès au langage avec un champ lexical correct.

Elle est prise en charge par un psychologue, un psychomotricien et un orthophoniste.

TRAITEMENT de Cécile :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
4 octobre 2013 30 minutes	Assis	Diaphragme Hémi-crâne droit dense	Détente du diaphragme			Premier contact avec Cécile, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances Cécile a beaucoup de mal à rester en place, pose beaucoup de questions.

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
18 octobre 2013 30 minutes	Assis	Sacrum peu mobile, MRP faible Diaphragme, coupole droite Foie	Bassin par une prise sacro-abdominale	Lorsque nous abordons le diaphragme, Cécile s'agite et le travail du bassin nous semble suffisant pour aujourd'hui		Joue avec notre téléphone pendant la séance
15 novembre 2013 25 minutes	Allongé	Diaphragme Hémi-crâne droit dense	Diaphragme Sutures pariéto-temporal, coronale et lambdoïdale droite	Calme en fin de séance	Plus présente, attention	Condition non respectée pour jouer avec téléphone en fin de séance : être sage.

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
28 novembre 2013 45 minutes	Décubitus dorsal	Diaphragme Crâne Yeux ouverts : crâne est dense mais qui n'affiche pas ses dysfonctions. Yeux fermés : crâne est plus accessible avec des tensions qui s'affichent. Yeux ouverts, nous passons alors du temps à redonner du mouvement à ce crâne, le réintégrer dans la globalité du corps.	Suite séance précédente	Agitée en début de séance, calme en fin de séance	A écouté ce qu'on lui demandait	
5 décembre 2013 45 minutes	Allongé	Diaphragme spasmé Crâne	Relâchement diaphragme Travail MTR	Calme	Accepte plus facilement la frustration	
19 décembre 2013 40 minutes	Décubitus dorsal	Péricarde Diaphragme spasmé	Diaphragme Péricarde en mobilité	Calme		
9 janvier 2014 30 minutes	Décubitus dorsal	Base du crâne, SSB	Base du crâne, SSB	Calme	Echange, interactions	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
30 janvier 2014 30 minutes	Décubitus dorsal	Diaphragme spasmé Péricarde en perte de mobilité et motilité	Relâchement diaphragme Relâchement de la lame thyro-péricardique Péricarde	Calme	Moins en moins de stéréotypies	
20 février 2014 40 minutes	Décubitus dorsal → ventral → latéral	OST Diaphragme spasmé Sacrum en flexion	OST avec main C7-T1 et une main sterno-clavicule Relâchement diaphragme Sacrum en tissulaire	Calme, à l'écoute de son corps	Cécile est plus à l'écoute de son corps, ce qui se passe dans son corps en restant calme et fermant les yeux pendant la séance	Lumière éteinte, Cécile accompagne le relâchement de ses tissus en changeant de position

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
20 mars 2014 30 minutes	DD	Peu de mouvement de la SSB, crâne dense surtout à gauche Cœur / Foie	MTR Suture fronto-occipital Suture pariéto-mastoïdienne	Arrive agitée en consultation, se calme petit à petit dans la consultation, même si elle est dans la confrontation (dit des gros mots, fait des doigts d'honneur, ...) Lorsque nous lui demandons ce que nous faisons avec nos mains nous réponds « tu me protèges »	Cécile qui était de plus en plus calme, devient agressive avec des gestes et paroles de provocation, comme si elle testait de nouveau les limites.	
4, 18 avril 2014 30 minutes	DD	Crâne dense Cœur	CV4 MTR Base du crâne Cœur en motilité	Calme Nous lui expliquons qu'il ne faut pas dire de gros mots, arrête alors d'en dire	De plus en plus centrée sur elle-même, sur ses sensations	

CONCLUSION :

Cécile est la plus âgée des enfants dont nous nous sommes occupés cette année. En première intention il semble que Cécile ait conscience des limites de son corps, sans obsession, et qui parle et écoute facilement. Le but des séances avec Cécile était de l'aider à se centrer davantage sur elle-même en lui offrant un moment de calme. Au fur et à mesure de l'année, nous nous rendons compte que les limites de son corps sont très instables (nous parle de petits bonhommes qui vont sortir de nos seins), qu'elle est très axée sur la sexualité (veut voir notre poitrine, nous montre ses seins, ...), et de nombreux rituels sont indispensables avant qu'elle accepte de venir s'allonger sur le lit (écrire les chiffres sur une feuille, son nom, ...). Au fur et à mesure des séances, Cécile est plus calme, à l'écoute de ce que nous lui demandons, accepte plus facilement la frustration (comme ne pas jouer avec le téléphone à la fin d'une séance). A partir de mars 2014, Cécile commence à dire des gros mots et se trouve dans la confrontation en cherchant les limites de l'adulte en face d'elle (ce qu'elle fait en consultation ostéopathique mais également avec le reste de l'équipe, comme en début d'année). On note cependant que son évolution est favorable. Cécile est plus présente, plus concentrée et accepte de fermer les yeux pendant les séances (lâcher-prise, moins besoin de contrôler son environnement).

CAS CLINIQUE N°10

Richard

ANAMNESE :

Richard est âgé de 10 ans. Il est le plus jeune d'une fratrie de 3 enfants. La grossesse s'est déroulée sans incidents, avec un accouchement par voie basse. Ses parents sont mariés.

A l'âge de 4 mois, une hypotonie est dépistée. Il marche à 29 mois. Il a une bonne orientation temporo-spatiale et une bonne motricité fine. A un an, il est opéré des amygdales et des végétations. Il sera également opéré d'une hernie ombilicale.

Une IRM cérébrale réalisée en 2005 révèle un excès de LCR dans les espaces sous arachnoïdiens, mais en 2007, l'IRM est normale. Il sera hospitalisé de nombreuses fois pour des convulsions fébriles. A cinq ans, un accident de la voie publique conduit à l'hospitaliser pendant 10 jours suite à une contusion cérébrale, une fracture du cadre obturateur droit non déplacée et une fracture du fémur droit. Il existe aujourd'hui une inégalité de longueur des membres inférieurs de 1 cm. Suite à des douleurs en fin de journée du genou gauche, l'hypothèse d'un Osgood Shlatter a également été émise.

La propreté est acquise difficilement avant l'AVP, puis on a une régression et peur des toilettes. Il a besoin qu'un adulte soit à côté de lui pour aller aux toilettes. Il s'habille seul, le sommeil est bon. Richard possède le langage, parle couramment, fait des phrases et est cohérent dans ses discours, mais il refuse de parler à l'IME avec les adultes et les enfants. Cependant il communique et sait se faire comprendre avec les yeux et les gestes. Il a une bonne compréhension. Il aime jouer à l'ordinateur, avec les téléphones et le contact avec l'eau lui est agréable.

TRAITEMENT de Richard :

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
27 septembre 2013 25 minutes	Assis	Diaphragme, coupole gauche Crâne dense Trapèzes spasmes Charnière cervico-thoracique en extension	Détente du diaphragme, coupole G Travail sur les MTR	Premier contact avec Richard, expliquer l'ostéopathie, le déroulement des séances Richard est calme toute la consultation. Il a une très bonne compréhension et beaucoup d'humour (rigole lorsque nous nous trompons de prénom)		
11 octobre 2013 15 minutes	Assis	Intra-osseux sternum Diaphragme spasme	Suite travail MTR Intra-osseux sternum Relâchement diaphragme	Séance facile, sauf au niveau de l'OST où l'abord de cette zone est difficile		
20 novembre 2013 15 minutes	Ce n'est pas une séance d'ostéopathie. En ramenant Anis dans sa salle nous restons jouer avec les enfants dans la salle, et surtout avec Richard qui va chercher une chaise pour que nous nous asseyons à côté de lui. On joue donc à faire des puzzles et des jeux mémos. A l'heure du repas, Anis nous prend par la main pour que nous venions avec lui se laver les mains. Beaucoup d'humour (rigole sans émettre de sons).					

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>6 décembre 2013 50 minutes</p> <p>13 décembre 2013 30 minutes</p>	Assis → Allongé	Crâne dense, Mouvement de la SSB faible	MTR SSB Relâchement des fascias cervicaux, lame thyro- péricardique	Bon relâchement au niveau du crâne mais lorsque le travail commence à devenir plus profond, Richard enlève nos mains. Petits sons qui sortent de sa bouche lors des relâchements Prend souvent nos mains pour les poser soit sur son occipital, soit son frontal		
<p>20 décembre 2013 40 minutes</p>	Assis → décubitus dorsal	Diaphragme spasme Crâne	Relâchement diaphragme MTR	Calme. Se frottera les yeux lors du travail au niveau de l'occiput	De plus en plus ouvert, nous montre des choses, échanges, à l'écoute.	
<p>13 janvier 2014 20 minutes</p>	Décubitus dorsal	Diaphragme spasme Intra-osseux occipital	Relâchement diaphragme Intra-osseux occipital	Arrive préoccupé en consultation, mais la séance se passe malgré tout bien. Nous accompagne dans le travail par des appuis de sa part sur son occiput		

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
31 janvier 2014 20 minutes	Décubitus dorsal	Diaphragme spasmé Péricarde en perte de mobilité et motilité	Relâchement diaphragme / cœur en compression sterno-dorsal, libération rapide qui nous emmène vers des thoraciques hautes Relâchement de la lame thyro-péricardique Péricarde	Calme	Echange, interactions, Moins en moins de stéréotypies	Séance de présentation avec Pierre Nevers (future séance « ostéopathie aquatique »)
14 février 2014 40 minutes	DD	Crâne dense Thoraciques hautes	Travail sur la base du crâne, occiput principalement CV4 Relâchement T2-T3	Emet de plus en plus de sons Enlève ses lunettes pendant le travail crânien et me montre que « c'est bizarre », voit flou	Calme, rentre de plus en plus en communication avec nous (quelques sons)	

Date / durée de la séance	Position de l'enfant	Lésions ostéopathiques	Traitement ostéopathique	Evolution de l'enfant pendant la séance	Evolution de l'enfant depuis la dernière séance	Remarque
<p>6, 13 mars 2014 15 minutes</p> <p><i>Ostéopathie aquatique</i></p>	Allongé	Diaphragme Axe crânio-sacré	Axe crânio-sacré Diaphragme	Calme, lâcher prise au fur et à mesure de la séance		

CONCLUSION :

Richard est un petit garçon calme, qui parle en dehors de l'IME, mais pas à l'IME. Personne ne réussit à comprendre réellement pourquoi ce refus de la part de Richard. Après avoir émis des hypothèses (« Richard ne se sent pas à sa place avec les autres enfants ») mais sans grande conviction (les professionnels qui travaillent avec Richard depuis des années ont du mal à comprendre, il nous semble illusoire d'apporter une réponse suffisamment complète), le but de des séances ne sera pas qu'il parle, mais plutôt d'installer une cellule de confiance au sein de l'IME, et qu'ensemble on puisse travailler sur son corps pour l'aider à se sentir mieux dedans. Richard est un garçon qui comprend très bien ce que nous lui disons, qui a beaucoup d'humour et même sans le langage sait très bien faire comprendre ce qu'il désire. Au fur et à mesure des séances, Richard est de plus en plus en confiance, ramène notamment son téléphone et ses écouteurs pendant les séances pour nous les montrer. Il est de plus en plus dans l'échange et l'écoute de l'autre (moins enfermé dans son mutisme). Le travail ostéopathique est facile avec des relâchements rapides et Richard accompagne le travail en posant nos mains sur les zones en dysfonctions et par les mouvements de son corps. A partir de mars, est mis en place un nouveau projet avec Richard « l'ostéopathie aquatique ». Les séances d'ostéopathie dans une eau chauffée permettent de supprimer en partie la pesanteur et laissent à Richard une liberté de mouvement plus importante et plus aisée, permettant un travail ostéopathique plus rapide. Richard est à l'aise dans l'eau (il garde tout de même sa ceinture de flottaison), le travail ostéopathique s'intéressera à l'axe crânio-sacré. Un travail dans un milieu aquatique qu'il apprécie permet de créer un échange hors lieu institutionnel qu'il peut investir avec plus de sérénité. Jusqu'à la fin de l'année Richard est plus ouvert envers les autres, à l'écoute.

Annexe IV : questionnaire transmis à 20 IME, destiné au personnel

Avant de répondre à cette enquête, merci de bien vouloir m'indiquer votre âge, fonction au sein de l'IME et depuis combien de temps travaillez-vous en IME (ces informations resteront bien évidemment anonymes, elles me serviront pour réaliser des statistiques).

1) Connaissez-vous l'ostéopathie ?

- a. Si oui, qu'est-ce que l'ostéopathie pour vous ? *(Quelle définition donneriez-vous ? Comment est formé un ostéopathe ? Tous les ostéopathes exercent-ils de la même façon ? ...)*

2) Qu'en pensez-vous ?

3) Consultez-vous un ostéopathe pour vous-même ?

- a. Si oui, quel type d'ostéopathie exerce votre ostéopathe ? *(fait-il craquer ou utilise des techniques plutôt douces, du crânien, ... ?)*
- b. Si non, pourquoi ?

4) Avez-vous des enfants ?

- a. Si oui, les emmenez-vous consulter un ostéopathe ? Pourquoi ?

5) Pensez-vous que l'ostéopathie ait sa place dans un IME ?

- a. Si non, pourquoi ?
- b. Si oui :
 - i. Pensez-vous qu'elle s'adapte à tous les enfants ou à une/des pathologies en particulier ?
 - ii. Pensez-vous qu'elle apporterait la même aide à chaque enfant ; pour un enfant avec troubles autistiques, enfant trisomique, ... Ou chaque enfant en tirerait-il un bénéfice personnel ? *(exemple : l'ostéopathie soulagerait-elle seulement les douleurs dites mécaniques (mal de dos, troubles de la posture) de chaque enfant, ou aiderait-elle certains enfants à mieux gérer leurs émotions, leur stress ; d'autres à prendre conscience de leur corps ; ...)*
 - iii. Pensez-vous qu'elle puisse s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire ? Si oui, avec une profession en particulier *(psychiatre, sophrologue, psychomotricien, orthophoniste, ...)* ?
 - iv. Il y aurait-il une différence entre une consultation d'ostéopathie par un ostéopathe travaillant dans un IME et une consultation en dehors de l'IME ?
 - v. Selon vous, de combien de consultations l'enfant aurait-il besoin ? *(une fois par semaine, une fois toutes les deux semaines, une fois par mois, ...)*
 - vi. Combien de fois par semaine ou par mois l'ostéopathe aurait-il besoin d'être à l'IME ?

6) Aujourd'hui un ostéopathe peut-il espérer être embauché en IME ?

- a. Si non, pourquoi ?
- b. Si oui, à votre avis, pourquoi n'y a-t-il pas d'ostéopathes en IME ? Quels sont les freins à une ostéopathie en IME ?

7) Avez-vous des remarques ? Si oui, lesquelles ?

Je suis éducateur spécialisé en IME.

- 1) Oui je connais l'ostéopathie.
- 2) Je pense que c'est utile en cas de blocage articulaire
- 3) Oui, lorsque « je suis coincé » (problèmes de dos récurrent). Mon ostéopathe me fait craquer le dos et après ça va mieux.
- 4) Oui mais je n'ai jamais eu la nécessité de les emmener chez l'ostéopathe
- 5) Pourquoi pas. A voir en collaboration avec toute l'équipe médicale. Chacun pourrait en tirer un bénéfice personnel. Oui elle pourrait s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire.
- 6) Les budgets sont difficiles à obtenir, je pense que c'est pour cela qu'il n'y a pas d'ostéopathe en IME.

Je suis infirmière en IME et j'ai 48 ans, je travaille en IME depuis 2 ans ½.

Il est difficile de transmettre votre questionnaire aux familles car les 4/5^{ème} sont des familles étrangères pour lesquelles le handicap n'est pas vu de la même manière selon la culture et pour lesquelles la compréhension française (voire le langage oral) n'est pas bien intégrée... Et pour certaines familles françaises, il est très difficile d'accepter et d'admettre le handicap de leur enfant d'autant plus que ça ne se voit pas physiquement... (c'est pour la plupart un problème de langage ou de mémoire...)

Je réponds pour ma part :

- 1) Oui, je « connais » l'ostéopathie, c'est une formation longue médicale (1^{ère} année commune). Les ostéopathes n'exercent pas tous de la même manière : il y a ceux de formation kiné qui ont fait une formation en parallèle... Il y a des techniques de manipulations, des techniques de pression, de rotations douces des articulations... C'est plus ou moins brusque...
- 2) Personnellement, je préfère les techniques plus douces et je pense que cela peut être bénéfique à tous les âges de la vie
- 3) Parfois, mais malheureusement, je ne suis pas toujours convaincue... les fois où j'ai consulté étaient par le « bouche à oreille » mais je n'ai pas vraiment ressenti de bienfaits après... Mon mari voit un ostéo qui utilise des techniques de manipulation un peu plus brusques et cela lui correspond bien...
- 4) J'ai 2 enfants : ma fille a eu une séance d'ostéo à 4 mois (lors d'un séjour thalasso) : plutôt en crânien... je l'ai ré amené chez un autre (distance) pour cause d'entorses à répétition et voir la stabilité... et elle s'est refaite une entorse une semaine plus tard...
- 5) -a : OUI -b : i : je pense qu'elle peut s'adapter à tous les enfants, ii : chaque enfant en tirerait un bénéfice personnel, il me semble qu'il faut adapter à la pathologie de l'enfant, iii : oui, avec plusieurs : psychomotricienne, orthophoniste, psychologue ..., iv : non, pas particulièrement, v : 1 fois toutes les 2 semaines (on dit qu'il ne faut pas trop de séances trop rapprochées ???), vi : je pense 1 fois par semaine au début
- 6) -a : pourquoi pas, après cela dépend des conventions des établissements passées avec l'ARS -b : cf a
- 7) Pas d'autres remarques particulière

Annexe V : questionnaire transmis à 20 IME, destiné aux familles

Avant de répondre à cette enquête, merci de bien vouloir m'indiquer l'âge de votre enfant, quelles sont ses symptômes, et depuis combien de temps est-il en IME (ces informations resteront bien évidemment anonymes, elles me serviront pour réaliser des statistiques).

1) Connaissez-vous l'ostéopathie ?

- a. Si oui, qu'est-ce que l'ostéopathie pour vous ? (*Quelle définition donneriez-vous ? Comment est formé un ostéopathe ? Tous les ostéopathes exercent-ils de la même façon ? ...*)

2) Qu'en pensez-vous ?

3) Consultez-vous un ostéopathe pour vous-même ?

- a. Si oui, quel type d'ostéopathie exerce votre ostéopathe ? (*fait-il « craquer » ou utilise-t-il des techniques plutôt douces, du crânien, ...*)
- b. Si non, pourquoi ?

4) Consultez-vous un ostéopathe pour votre enfant ?

- a. Si oui, qu'est-ce qu'il lui apporte ? Quel type d'ostéopathie exerce-t-il ?
- b. Si non, pourquoi ?

5) Pensez-vous que l'ostéopathie ait sa place dans un IME ?

- a. Si non, pourquoi ?
- b. Si oui :
 - i. Pensez-vous qu'elle puisse s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire ? Si oui, avec une profession en particulier (*psychiatre, sophrologue, psychomotricien, orthophoniste, ...*) ?
 - ii. Il y aurait-il une différence entre une consultation d'ostéopathie par un ostéopathe travaillant dans un IME et une consultation en dehors de l'IME ?
 - iii. Selon vous, de combien de consultations l'enfant aurait-il besoin ? (*une fois par semaine, une fois toutes les deux semaines, une fois par mois, ...*)
 - iv. Combien de fois par semaine ou par mois l'ostéopathe aurait-il besoin d'être à l'IME ?

6) Aujourd'hui un ostéopathe peut-il espérer être embauché en IME ?

- a. Si non, pourquoi ?
- b. Si oui, à votre avis, pourquoi n'y a-t-il pas d'ostéopathes en IME ? Quels sont les freins à une ostéopathie en IME ?

7) Avez-vous des remarques ? Si oui, lesquelles ?

Mon enfant a 11 ans et est autiste. Il est en IME depuis qu'il a cinq ans.

- 1) Oui je connais l'ostéopathie. C'est une méthode thérapeutique manuelle qui grâce à des mouvements permet au patient de retrouver un meilleur état de santé. Chaque ostéopathe a une façon différente de pratiquer.
- 2) Je pense que c'est une méthode naturelle pour aider à se sentir mieux
- 3) Oui, il m'aide à me sentir mieux. Il utilise des techniques douces (je n'aime pas les ostéopathes « qui font craquer »)
- 4) Oui, il l'aide à se détendre et se sentir mieux. Il utilise des techniques douces, de détente. Mon enfant dort très bien après les séances.
- 5) Oui. Elle aide l'enfant à se sentir mieux, se détendre. Je ne sais pas avec quelle professionnelle en particulier, probablement avec toutes. Je pense que c'est un travail qui se complète entre professionnels. Une consultation au sein même de l'IME permettrait un échange au sein même de l'IME et un meilleur suivi de l'enfant. De plus, il est pas toujours facile d'emmener mon fils chez l'ostéopathe, une consultation au sein même de son établissement serait moins angoissante pour lui et pour nous. Aujourd'hui, j'emmène mon fils une fois tous les mois chez l'ostéopathe, il faudrait donc que l'ostéopathe reçoive au minimum une fois par mois l'enfant.
- 6) Oui, mais c'est encore une profession très méconnue. Le psychiatre de mon fils était très surpris lorsque je lui ai parlé d'ostéopathie. Je pense qu'il y a une crainte de la part des parents et des médecins à cause de cette méconnaissance.
- 7) Non.

Annexe VI : questionnaire destiné au personnel de l'IME où nous avons passé une année.

Avant de répondre à cette enquête, merci de bien vouloir m'indiquer votre âge, fonction au sein de l'IME et depuis combien de temps travaillez-vous en IME (ces informations resteront bien évidemment anonymes).

1) Connaissiez-vous l'ostéopathie avant mon intervention ?

- a. Si oui, quelle vision en aviez-vous ? (*Quelle définition en donneriez-vous ? Comment est formé un ostéopathe ? Tous les ostéopathes exercent-ils de la même façon ? ...*)
- b. Consultez-vous un ostéopathe pour vous-même ou vos enfants ?
 - i. Si oui, quel type d'ostéopathie exerce votre ostéopathe ? (*fait-il craquer ou utilise des techniques plutôt douces, du crânien, ... ?*)
 - ii. Si non, pourquoi ?

2) Qu'en pensez-vous ?

3) Mon intervention au sein de l'IME a-t-il changé votre point de vue ? Si oui, qu'a-t-il changé ?

4) Pensez-vous que l'ostéopathie ait sa place dans un IME ?

- a. Votre point de vue avant mon intervention
- b. Votre point de vue après mon intervention
- c. Si oui :
 - i. Pensez-vous qu'elle s'adapte à tous les enfants ou à une/des pathologies en particulier ?
 - ii. Pensez-vous qu'elle apporterait la même aide à chaque enfant ; pour un enfant avec troubles autistiques, enfant trisomique, ... Ou chaque enfant en tirerait-il un bénéfice personnel ? (*exemple : l'ostéopathie soulagerait-elle seulement les douleurs dites mécaniques (mal de dos, troubles de la posture) de chaque enfant, ou aiderait-elle certains enfants à mieux gérer leurs émotions, leur stress ; d'autres à prendre conscience de leur corps ; ...*)
 - iii. Pensez-vous qu'elle puisse s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire ? Si oui, avec une profession en particulier (*psychiatre, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, sophrologue, ...*) ?
 - iv. Il y aurait-il une différence entre une consultation d'ostéopathie par un ostéopathe travaillant dans un IME et une consultation en dehors de l'IME ?
 - v. Selon vous, de combien de consultations l'enfant aurait-il besoin ? (*une fois par semaine, une fois toutes les deux semaines, une fois par mois, ...*)
 - vi. Combien de fois par semaine ou par mois l'ostéopathe aurait-il besoin d'être présent à l'IME ?

5) Avez-vous remarqué les effets de mon action sur les enfants ? Si oui, lesquels ?

6) Aujourd'hui un ostéopathe peut-il espérer être embauché en IME ?

- a. Si non, pourquoi ?
- b. Si oui, à votre avis, pourquoi n'y a-t-il pas d'ostéopathes en IME ? Quels sont les freins à une ostéopathie en IME ?

7) Avez-vous des remarques ? Si oui, lesquelles ?

Age : 30 ans

Fonction : Psychologue clinicienne à l'IME depuis un an

1) a. Oui je connaissais. Je dirais que l'ostéopathie est un traitement global des déséquilibres et symptômes somatiques par des manipulations ciblées (de type rééquilibrage ou craquage). L'ostéopathe est formé en 5 années d'études. Il me semble qu'il y a plusieurs pratiques professionnelles (manipulation douce ou craquage) et spécialisation (crânien, sportif, nourrisson).

b. J'ai eu l'occasion de consulter une ostéopathe qui pratique différentes techniques en fonction des besoins et de la réaction du corps.

2) C'est une approche thérapeutique holistique très intéressante du soma et de ses déséquilibres internes en lien avec son histoire et ses compensations.

3) Non elle a fait évoluer mon point de vue qui était déjà très favorable à votre intervention auprès des enfants. Elle a permis de mettre en évidence les liens profonds entre le soma, la conscience corporelle, l'enveloppe somatopsychique et les angoisses des enfants.

4) a. Oui tout à fait.

c. Je pense qu'elle s'adapte à tous les enfants à condition que le praticien soit formé et sensibilisé aux troubles rencontrés par les enfants psychotiques et autistes. Cette approche doit pouvoir soit soulager soit, pour les enfants très régressés, permettre de « sentir » son corps. Il y a plusieurs effets possibles à différentes échelles en fonction de la problématique de l'enfant.

Cette approche pourrait trouver sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire en articulation avec la psychomotricienne, infirmière et cliniciens.

Il me semble que comme évoqué dans le mémoire, le fait que le praticien soit sur place offre une plus grande souplesse de prise en charge.

Je ne suis pas en mesure de définir le nombre de séance nécessaire. En fonction de l'enfant, de ses limites relationnelles, et de son diagnostic somatique, non ?

Il faudrait que l'ostéopathe soit présent au moins une journée par semaine avec une participation aux réunions d'équipe.

5) Oui notamment pour les enfants dont je suis référente ou que je vois en médiation. Notamment l'exemple de Robin qui se tient beaucoup plus droit, regarde davantage devant lui et semble avoir quitté sa posture carapace.

6) Malheureusement les restrictions budgétaires ne vont pas dans le sens de la diversification des pratiques au sein des IME qui tendent à devenir « tout éducatif ».

Psychomotricienne, 25 ans, depuis 1 an à l'IME

1) oui

a) je pensais qu'il y avait deux sortes d'ostéopathe :

- ostéopathe qui fait craqué ou qui manipule pour « assouplir », j'ai testé celui qui « assoupli » (b)

- l'ostéopathie qui a été abordé lors d'un cours d'anatomie fonctionnelle en étude de psychomot : l'ostéopathe qui rééduque le patient à marcher, en insistant pour rééquilibrer les postures du corps.

2) **avant l'intervention de Morgane**, j'en pensais pas grand-chose, j'ai testé mais je n'en ai plus besoin. Le domaine de compétence qui est de libérer des tensions, je ne connaissais pas. Après pour les enfants autistes, qui n'évaluent pas le toucher comme nous, une approche très complexe car je ne pense pas qu'un ostéopathe soit formé au psyché complexe et l'approche particulière qu'exige les autistes.

3) **4) Après l'intervention de Morgane**, je vois le bénéfice apporté aux patients, je vois le lien qu'il y a quand je base un diagnostic (de psychomot) à partir du tonus de l'enfant. Le travail sur les limites du corps et la conscience du corps s'associe et est complémentaire au travail en psychomot. L'impact sur la gestion du stress et des émotions est très important.

IV l'immutabilité des autistes, l'impact de stress que peut avoir une consult et qui peut bloquer un enfant pour retourner en cabinet, l'importance du travail en équipe, l'importance du retour sur le comportement de l'enfant au quotidien : ce sont les différences notoires pour un ostéo intégré à l'IME.

Fréquence de consultation : dépend de l'enfant, mais certains enfants ont besoin de repère vraiment fixe et toutes les 2 semaines, c'est déjà trop aléatoire pour qu'il se repère vraiment.

5) Oui, évidemment l'évolution de chaque enfant est multi factoriel, on ne peut pas prendre son développement par point, tout est lié. C'est donc difficile de repérer un effet en pouvant l'attribuer qu'à un domaine travaillé.

6) oui sa place est importante, mais les aléas des subventions rende l'IME comme une entreprise : avec des budgets serrés et la gestion salariale coute le plus cher.

Enseignante, 25 ans, en poste depuis 1 an

- 1) a. L'ostéopathie permet de soulager les maux des différentes parties du corps par manipulation. Les ostéopathes sont formés en école comme les kinésithérapeutes. Ils font 6 ans d'étude.
b. Je consulte un ostéopathe car j'ai des douleurs dans le dos. Je le vois tous les 6 mois et il me fait craquer le dos.
- 2) Je pense que l'ostéopathie permet de se sentir mieux quand on a des douleurs quelque part.
- 3) Je trouve que ton intervention est intéressante pour permettre aux enfants de leur débloquent certaines tensions.
- 4) Oui, l'ostéopathie a sa place au sein d'un IME car elle constitue une prise en charge tout aussi intéressante que la psychomotricité pour répondre aux besoins des enfants.
Une prise en charge par semaine pourrait ritualiser ce moment dans l'emploi du temps, après tout dépend du rythme de l'enfant.
- 5) Je n'ai pas remarqué d'effets sur les enfants pris en charge.
- 6) Les parents peuvent être réticents par rapport à l'approche au corps dans la prise en charge de l'enfant, mais l'ostéopathie pourrait améliorer le rapport au corps des enfants pour qui cela pose des difficultés.

J'ai 33 ans, je suis enseignant spécialisé et je travaille en IME depuis 5 ans.

- 1) Oui je connaissais l'ostéopathie de part mon parcours de sportif et parce-que j'ai eu recours à ses services pour mon fils quand il était bébé.
 - a. Pour moi, un ostéopathe est une personne qui s'occupe de « remettre en place les os » contrairement au kiné qui « s'occupe des muscles ».L'ostéopathe est formé dans une école d'ostéopathie. Tous n'exercent pas de la même façon.
 - b. J'ai eu recours au service d'un ostéopathe pour des blocages dorsaux et mon fils pour diverses actions, crâne, palais et constipation.
 - i. Mon ostéopathe faisait craquer, pour mon fils c'était en douceur (elle était spécialisé pour les enfants)
- 2) J'en pense que du bien, j'ai toujours tiré des bénéfices des séances que j'ai pu avoir avec un ostéopathe.
- 3) Ton intervention n'a pas changé mon point de vue.
- 4) Oui tout à fait
 - a. b. Même point de vue, cela peut-être utile pour améliorer la posture de certains enfants, leur ressenti vis-à-vis de leur corps.
 - b. H
 - c. Oui
 - i. Elle s'adapte à toutes les pathologies mais peut-être pas à tous les enfants, cela dépend de chacun d'eux.
 - ii. Non elle n'apportera pas la même aide à chaque enfant car chacun à « ses problèmes », qu'il soit posturaux, émotionnels, ...
 - iii. Oui, elle peut s'intégrer en particulier avec la psychomotricité mais aussi avec tous les cliniciens en général
 - iv. Pas nécessairement car cela dépend du public
 - v. Je ne suis pas en mesure de juger
 - vi. Idem question précédente
- 5) Je suis désolé mais non, de ma place je n'ai pas constaté d'effets sur les enfants
- 6) Je l'espère car il y en aurait besoin
Il n'y pas d'ostéopathe car il n'y a une méconnaissance du rôle que peut avoir un ostéopathe en établissement, peut-être manque de volontaire, de budget.
- 7) Pas de remarques.

Assistante de direction

- I. Connaissez-vous l'ostéopathie avant mon intervention ?
 - a. Oui. A mes yeux il s'agissait d'un professionnel qui manipule les articulations et le corps afin de remettre en place ce qui ne va pas. (exemple, vertèbres).
 - b. Oui. Il me remet les vertèbres en place. Il utilise le craquement et des sortes de massages.

- II. Je pense que l'ostéopathie peut être bénéfique. A mes yeux c'est un complément de médecine.

- III. Je n'ai pas d'enfant en charge, je ne suis donc pas en mesure de répondre à cette question. Mon avis sur l'ostéopathie est déjà positif et ton implication dans ce que tu fais n'a fait que de confirmer cette impression.

- IV. Pensez-vous que l'ostéopathie ait sa place dans un IME ?
 - a. Pourquoi pas mais avec un avis médical. Cela peut aider à détendre les enfants et de les aider avec leur corps.
 - b. Oui mais avec un avis médical.
 - c. Si oui :
 - i. N'étant pas médecin il m'est impossible de répondre à cette question. Mon avis (non médical) serait que cette méthode n'est pas adaptée à tous les enfants.
 - ii. Je pense que chaque enfant en tirera un bienfait personnel que ce soit d'un point de vue corporel, émotionnel ou de stress. Cela dépendra des besoins de l'enfant, de ses tensions, de la façon dont il vit cette intervention...
 - iii. Oui. Je pense qu'une telle intégration concernerait l'ensemble des professionnels en charge des enfants que ce soit le pôle éducatif, pédagogique ou paramédical. A mes yeux c'est un travail d'équipe.
 - iv. La différence est le cadre et la facilité du professionnel à passer d'un enfant à l'autre. L'avantage à travailler au sein de l'IME est d'avoir un contact régulier avec le reste de l'équipe qui peut aider et apporter des éléments supplémentaire et important concernant l'enfant. Cela permet également d'avoir un suivi et de constater, grâce aux autres professionnels, les progrès de l'enfant.
 - v. Cela dépend de l'enfant. Mais je dirais qu'il faut de la régularité afin de créer du lien et de voir des résultats chez l'enfant.
 - vi. Cela dépend du nombre d'enfants pris en charge.

- V. N'étant pas avec les enfants je ne suis pas en mesure de répondre à cette question.

- VI. Je pense que oui mais pas à plein temps. Je pense que c'est une profession encore peu connue qui, du coup, engendre beaucoup de questionnement. Le fait qu'il y ait tant de manipulations du corps alors que le professionnel n'est pas médecin n'est pas rassurant.

1) C'est une médecine qui traite la personne dans sa globalité. Formation d'environ 4 à 6 ans ?
L'ostéopathe choisit sa façon d'exercer qui lui est propre.

b. Oui, il utilise des techniques plutôt douces, crâniennes.

2) Apprécie la prise en charge globale de la personne et la relation thérapeutique établie. Une médecine très utile afin de maintenir un équilibre corporel et bien-être tout en étant précise si la personne présente des pathologies.

3) Je pensais que le travail corporel avec des jeunes avec des troubles autistiques allait être trop difficile pour eux à vivre.

4) Je crois que l'ostéopathie a bien sa place en IME.

Je trouve que c'est très particulier selon les besoins de l'individu, de son humeur et de sa possibilité de disponibilité du moment.

v. Tout dépend des circonstances et de l'état de l'enfant.

5) Oui j'ai remarqué des effets bénéfiques sur plusieurs enfants qui ont bénéficié des séances d'ostéopathie, notamment une ouverture et possibilité de rentrer en contact avec des personnes présentant des troubles autistiques. Ils semblaient plus détendus, calme et posé.

Monitrice éducatrice, 31 ans, 1an en IME

- 1) a. je ne connaissais pas exactement le métier d'ostéopathe
b. Depuis quelques temps (environ 3 mois), j'en consulte un. Il me fait craquer les cervicales et la colonne vertébrale. Il utilise aussi des techniques douces comme des massages. Il me fait aussi des pressions, manipulations au niveau des viscères.
- 2) Technique pour une meilleure conscience de soi, du corps, travailler sa posture (exercices) et détente.
- 3) Pluralité des techniques et prise en charge de l'enfant pour maximiser les résultats.
- 4) Oui car pour certains enfants cela peut leur apporter une certaine détente, calmer des tensions. Je pense que chaque enfant réagira différemment à l'ostéopathie, mais elle peut être présente dans un IME comme tout professionnel paramédical. C'est un plus à la prise en charge.
1 séance par semaine au début puis espacé selon les résultats.
Un ostéopathe sur site permet aux parents d'éviter de chercher et trouver des solutions pour accompagner leur enfant aux séances.

Comment avez-vous connu l'ostéopathie et avez-vous décidé de prendre un ostéopathe au sein de votre établissement ?

Parce-que depuis plusieurs mois nous sommes à la recherche de kinésithérapeutes que nous n'arrivons pas à trouver. Nous avons alors discuté avec des chefs de service, médecins rééducateurs et toute l'équipe, et avons alors pris la décision de faire intervenir un ostéopathe, non pas pour remplacer le kinésithérapeute mais pour explorer un autre domaine que la rééducation, avec la notion de bien-être, être bien dans son corps, ce qui n'était alors pas questionné aujourd'hui dans leur prise en charge.

Après avoir déposé l'annonce, il y a eu presque 200 candidatures, dont beaucoup de personnes avec un cabinet en libéral qui commence tout doucement, et d'autres qui souhaitent intégrer une équipe pluridisciplinaire, la vie institutionnelle.

C'est un temps partiel à raison de 2 jours / semaines qui est proposé à l'ostéopathe.

Dans un premier temps l'ostéopathe rencontrera tous les enfants pour expliquer son métier et pouvoir notamment de lui-même mettre en évidence les enfants qui ont besoin d'un suivi régulier pour des travaux d'étirements et de mobilisation (car il y a quand même un besoin par manque de kinésithérapeutes). Au sein de l'établissement il a beaucoup d'anciens grands prématurés qui ont nécessité des hospitalisations de longue durée, il est donc important d'avoir un ostéopathe aussi dans l'établissement.

Comment avez-vous choisi l'ostéopathe ?

Nous avons choisi l'ostéopathe en fonction de :

- Son niveau de formation : au moins un ostéopathe avec une formation de 5 ou 6 ans
- Domaine des stages qu'il a effectué : quelqu'un qui a fait fait des stages en rééducation ne nous intéresse pas, mais quelqu'un qui a fait des stages en service de rééducation, auprès de grands préma, ... c'est plus intéressant pour nous
- Temps de bénévolat

De plus l'ostéopathe choisi ici a une formation en piscine, ils vont donc pouvoir proposer à un groupe de jeunes des séances en balnéo, détente musculaire, relaxation, car ce sont des jeunes qui ont un contrôle permanent de leur corps, de leurs gestes et ont du mal à trouver eux-mêmes les moyens d'arriver à cette relaxation.

L'ostéopathe a-t-il été bien accueilli auprès de l'équipe ?

Au niveau de l'équipe il n'y a pas eu de problèmes, cela a été plus compliqué au niveau du médecin car il avait beaucoup d'a priori, d'idées reçues, mais de plus en plus d'établissements médicaux et sociaux prennent des ostéopathes au sein de leur équipe ce qui a beaucoup aidé à faire changer d'avis le médecin, qui s'est également documenté sur la formation, le niveau d'étude, ...

Résumé

En 1983, naît la première EHEO (Enfants Handicapés Espoir Ostéopathique). L'EHEO, c'est une association qui rassemble parents et ostéopathes bénévoles afin d'offrir des soins ostéopathiques aux enfants handicapés. Dans les années qui suivent se créent des nouvelles EHEOS dans toute la France, jusqu'aux 17 associations que nous connaissons aujourd'hui. Ce développement des EHEOS témoigne du besoin et du manque d'ostéopathe dans les établissements. L'ostéopathie ce n'est pas seulement remettre « le corps en place », nous passons par le toucher et les techniques que nous utilisons vont au-delà de cette vision purement mécanique. A travers une expérience de 10 cas cliniques d'enfants autistes suivis pendant une année scolaire, nous tenterons de mettre à jour les enjeux d'une prise en charge ostéopathique, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans le cadre d'un handicap précis, celui de l'autisme. Puis grâce à cette expérience et une enquête menée auprès des IME (Institut Médico-Educatif), nous tenterons de comprendre les obstacles à l'intégration d'un ostéopathe dans de tel établissement.

Mots-clés

Autisme, TED, IME, équipe pluridisciplinaire, handicap, ostéopathie fonctionnelle, pédiatrie, EHEO

Abstract

In 1983, is born the first EHEO (Children Handicapped persons Osteopathic Hope). THE EHEO, it is an association which gathers parent sand voluntary osteopaths to offer osteopathic care to the handicaped children. In the following years new EHEOS build up all over France, up to 17 associations which we know today. This development of the EHEOS testify of the need and the lack of osteopath in establishments. The osteopathy it is not only to put back the body in correct state, we pass by the touch and the techniques which we use go beyond this purely mechanical vision. Through an experience of 10 clinical studies cases of autistic children followed during a school year, we shall try to update the stakes in an osteopathic coverage, within a multidisciplinary team, within the framework of a specific handicap, the autism. Then thanks to this experience and with a survey involving some IME (Medical educational institute), we shall try to understand the integration obstacles of an osteopath in such establishment.

Tags

Autism, TED, IME, pluri disciplinary team, handicap, fonctional osteopathy, peditric, EHEO