



**LES BIENFAITS DE L'OSTÉOPATHIE CHEZ LES
ENFANTS AUTISTIQUES**

**Mémoire de fin d'études pour l'obtention du
Diplôme Français d'Ostéopathe (DFO)**

JUIN 2012

Anne-Aëlle REUZEAU

Directeur de mémoire : Gaël PERIGUEUX DO

Remerciements

Je remercie tout d'abord l'ensemble du personnel de l'établissement Michel Montaigne pour la confiance que chacun m'a accordée, à moi et à mon projet.

Je remercie tout particulièrement Hélène pour son temps et sa foi en l'ostéopathie.

Un grand merci à Gaël Périgueux qui m'a fait découvrir et aimer ce métier, et pour le temps accordé à mon mémoire malgré les embuches.

Je remercie mes parents de m'avoir permis de faire ces études et de leur soutien pendant ces six dernières années.

Merci à Claudine de m'avoir encouragée, et d'avoir répondu à toutes mes questions de débutante, et merci à Clément sans qui cette étude n'aurait pas vu le jour.

Merci à Mickaël Soudain-Pineau pour l'attention qu'il a porté à mon projet.

Merci à l'ensemble du corps enseignant et du personnel administratif de l'École Supérieure d'Ostéopathie.

Je remercie tous ceux qui m'ont servi de cobaye durant mes années d'apprentissage : mes amis, ma famille et plus particulièrement mon frère.

Et enfin, je remercie mes amis sans qui ces études m'auraient vraiment paru très longues.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	5
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	8
2.1. Population source	8
2.2. Critères d'éligibilité.....	8
2.3. Critères d'objectivation	9
3. RÉSULTATS	13
4. DISCUSSION.....	14
4.1. Déroulement de l'étude	14
4.2. Problèmes rencontrés	17
4.3. ouverture	18
5. CONCLUSION.....	19
RÉFÉRENCES.....	20
BIBLIOGRAPHIE.....	21
GLOSSAIRE	22
LISTE DES ANNEXES	28
ANNEXE I	29
QUESTIONNAIRE	29
ANNEXE II.....	31
Grille DESS.....	31

ANNEXE III	33
Questionnaire d'évaluation des douleurs chez la personne autistique-----	33
ANNEXE IV	36
Lettre d'autorisation parentale -----	36
ANNEXE V	37
Lettre aux parents après traitement-----	37
RÉSUMÉS DU MÉMOIRE	38

1. INTRODUCTION

L'autisme est un handicap sérieux dont la prévalence en 2009, selon la HAS^{1*} est estimée de 2 pour 1 000 pour l'autisme infantile. Cette maladie appartient aux TED* (Troubles Envahissants du Développement) et touche quatre garçons pour une fille. Les manifestations de la maladie apparaissent dans les trois premières années de la vie d'un enfant. Les déficits sont variables selon les sujets, mais restent sévères : altération qualitative des interactions sociales et de communication, répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif, et aussi troubles digestifs, de mobilité, du sommeil et des mouvements fins. « Mais il peut arriver qu'à l'inverse, certains enfants aient des aptitudes très développées pour certaines activités, tel que la musique ou la peinture ou une mémoire très pointue. [...] C'est cela qui a pu faire croire que certains autistes authentiques étaient des surdoués. Il n'en est malheureusement rien. »²

Ayant moi même un cousin atteint d'autisme, ce sujet me tient particulièrement à cœur et j'ai dans l'espoir que l'ostéopathie puisse alléger un peu le quotidien de ces enfants, ainsi que celui de leur entourage. Mon cousin ayant lui aussi été suivi en ostéopathie, je sais que le premier facteur limitant l'étude sera la confiance établie avec les enfants, et la difficulté de communiquer avec eux. Je reste pourtant convaincue que l'ostéopathie peut se révéler très efficace, et leur apporter un réel bien-être.

Pour commencer, qu'est-ce qu'un syndrome autistique ?

Selon la définition du CIM 10³ (Classification Internationale des Maladies - 10^e édition) (F84.0), publié par l'OMS* (Organisation Mondiale de la Santé), autisme infantile se définit comme suit :

A. Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2), et (3) :

(1) altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants

(a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes

¹ HAS : Haute Autorité de Santé <http://www.has-sante.fr>.03.12

² <http://famili.drcliv.com> (Auteur : Dr Loïc Etienne)

³ CIM 10 (Classification Internationale des Maladies - 10^e édition) <http://www.cim10.ch>.03.12

* les mots suivis d'une étoile, sont définis dans le glossaire

- (b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement
 - (c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent)
 - (d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle
- (2) altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants
- (e) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique)
 - (f) chez les sujets maîtrisant assez le langage, incapacité marqué à engager ou soutenir une conversation avec autrui
 - (g) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique
- (3) caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
- (h) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation
 - (i) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels
 - (j) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)
 - (k) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants :

- (1) interactions sociales,
- (2) langage nécessaire à la communication sociale,
- (3) jeu symbolique ou d'imagination.

Une fois la définition de ce syndrome posée nous ne pouvons qu'avoir conscience que l'approche de ces enfants sera des plus délicate. En effet, Anne Denis⁴, dans son mémoire consacré à la prise de conscience des douleurs d'un enfant atteint d'un syndrome autistique, explique l'importance de percevoir et de comprendre ces douleurs ainsi que toutes les difficultés auxquelles les parents et éducateurs doivent faire face. Selon Michel Lemay⁵ dans son livre « L'autisme aujourd'hui » il existe des « réactions paradoxales à la douleur. En effet, ces enfants peuvent parfois réagir démesurément à des égratignures et par contre, n'expriment pas de souffrance lors de blessures sérieuses ».

L'évaluation du traitement est particulièrement délicate, notamment lorsque l'enfant ne s'exprime ni verbalement ni par écrit. « 10 % des adultes avec autisme infantile n'ont pas développé de langage » source de la HAS. C'est pourquoi elle se fait par le biais d'un questionnaire (annexe I), rempli par le personnel encadrant, sur les différents

⁴ Denis A [Diplôme d'état infirmier].[Marne la Vallée] :institut de formation en soins infirmiers de Lagny; 2005.p32-

⁵ 1 LEMAY M.L'autisme aujourd'hui.Paris:Editions Odile Jacob; 2004.p 59

troubles de mobilité ou douleur(s) exprimée(s) d'une manière ou d'une autre par les enfants dans leur quotidien, et ce avant et après traitement. Le questionnaire utilisé pour l'étude a été mis en place avec l'accord de l'infirmière et des psychologues de l'IME* (Institut Médico-Éducatif). Il a été rédigé en prenant pour base la grille DESS⁶ (Douleur Enfant San Salvador) (annexe II) dont l'utilisation a déjà été validée pour l'évaluation des douleur chez la personne polyhandicapé, et un questionnaire d'évaluation de la douleur chez la personne atteinte d'autisme⁷ (annexe III).

J'ai la conviction que l'ostéopathie a son rôle à jouer dans certains troubles corporels découlant de la pathologie. Certains de ces enfants ont une mobilité réduite, des troubles digestifs, du sommeil ou des gestes répétés. Ainsi, un enfant autistique peut rester des heures à faire bouger un objet de façon répétitive, toute son attention restant focalisée sur ce seul mouvement. L'enfant peut se balancer interminablement, agiter ses bras ou ses jambes pendant de longs moments, ou encore taper inlassablement sa tête contre le sol, entraînant des dysfonctionnements de son corps et des douleurs qui sont du recours de l'ostéopathe.

Dans leurs mémoires « L'ostéopathie dans le monde de l'autisme » de Tremau⁸ et « L'ostéopathie au pays de l'autisme » de Weeger⁹, les auteurs ont montré que l'ostéopathie est une discipline qui s'accorde parfaitement avec le syndrome autistique de par sa douceur et sa prise en charge globale du corps.

J'ai choisi d'effectuer un traitement ostéopathique en fonction des troubles de l'enfant décrits par lui-même ou par l'encadrement de l'IME*, en tenant compte de ses antécédents. Les différentes approches possibles avec l'ostéopathie me permettront un traitement global structurel, viscéral, et crânien. Je souhaite ainsi, mettre en lumière le bien-fondé de l'ostéopathie qui prend le corps dans son ensemble dans l'atteinte de ce syndrome qui a des conséquences sur l'entité complète de l'individu.

⁶ D.E.S.S : www.cnrdr.fr/evaluation-de_le_douleur_chez_1.html.02.12

⁷ <http://www.autisme-basse-normandie.org/>.02.12

⁸ Tremeau G.[mémoire].[Paris] :ESO ; 1993.p112

⁹ Weeger B[mémoire].[Paris].ESO ; 1998.p218

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1. POPULATION SOURCE

Enfant présentant un syndrome autistique et pris en charge à l'IME* de Chelles afin que les enfants aient le suivi le plus similaire possible, et ainsi limiter les biais de l'étude.

2.2. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

Incluent :

- tout enfant autistique intégré à l'IME* de Chelles :
 - pouvant être manipulé ;
 - jugé apte à recevoir un traitement par les psychologues, l'infirmière et le référent ;
 - pour lequel les parents ont donné leur accord pour le traitement.

Excluent :

- les adultes,
- les enfants n'appartenant pas à l'IME* de Chelles :
 - la communication, l'approche et l'évaluation des troubles ne pouvant pas être facilitées par les éducateurs, l'infirmière, le médecin, et le psychologue du centre ;
 - le suivi médical, psychologique et éducatif pouvant différer de l'IME* choisi.
- les enfants dont l'approche ostéopathique n'aura pas pu avoir lieu au fil des prises de contact ne feront pas partie de l'étude.

2.3. CRITÈRES D'OBJECTIVATION

L'évaluation du traitement est particulièrement délicate chez certains enfants, notamment lorsque ceux-ci ne s'expriment ni verbalement ni à l'écrit. Pour y remédier, j'ai fait remplir un questionnaire (annexe I) à l'encadrant référent, sur les différents troubles de mobilité ou douleur(s) exprimée(s) d'une manière ou d'une autre par les enfants dans leur quotidien, ou repérés par le personnel, et ce avant et après traitement.

Si l'enfant s'exprime je lui demanderai directement de m'expliquer ses douleurs, ses gênes et tout autre trouble pouvant entrer dans un traitement ostéopathique.

Les douleurs sont évaluées par le questionnaire mis en place avec l'infirmière, les psychologues, et le médecin de l'IME*. Le choix des questions et items de ce questionnaire a été inspiré par deux documents. D'une part, la grille D.E.S.S.⁵ (Douleur Enfant San Salvador) (annexe II), dont l'utilisation a déjà été validée pour l'évaluation des douleurs chez la personne polyhandicapée. Cette grille est basée sur l'interrogatoire et l'observation du comportement et comprend trois groupes :

- Les signes d'appel à la douleur
- Les signes moteurs
- Les signes de régression psychique

D'autre part, un questionnaire d'évaluation de la douleur chez la personne atteinte d'autisme (annexe III), mis en place par un laboratoire de Caen afin de permettre d'améliorer les moyens de détecter et d'évaluer les douleurs des personnes atteintes d'autisme.

Dans le questionnaire final, les items sont quantifiés de 0 à 5 afin d'en faciliter l'analyse avant et après traitement.

Les items abordés sont :

- le comportement général de l'enfant à travers :
 - le niveau d'activité ;
 - l'intensité des stéréotypies* ;
 - l'agitation ;
 - la capacité à supporter les contrariétés.

- les troubles divers (actuels ou passés) :
 - déambulation, marche ;
 - signes digestifs ;
 - signes ORL (Oto-rhino-laryngés) ;
 - qualité du sommeil ;
 - comportement ;
 - douleurs diverses (dont l'enfant se serait plaint).

- adéquation entre la douleur exprimée par l'enfant et la douleur imaginée par l'adulte par rapport au signe perçu ;

- Manifestations physiques de douleur exprimée par l'enfant :
 - fasciées
 - pâleur ;
 - apathie ;
 - agitation ;
 - stéréotypies* ;
 - comportement agressif ;
 - comportement colérique ;
 - comportement auto-protecteur ;
 - comportement social.

Les différents points abordés dans ce questionnaire nous permettent une vision globale de l'enfant et de son ressenti. Ainsi, il sera plus aisé de comparer les résultats du questionnaire avant et après traitement, et entre les enfants.

La comparaison des grilles d'évaluation de chaque enfant avant et après traitement nous permet de savoir si l'ostéopathie a bien sa place dans le traitement pluridisciplinaire des enfants atteints du syndrome autistique, si le total des points obtenus diminue après les soins. Il s'agit aussi de montrer que l'ostéopathie peut améliorer le quotidien de ces enfants en diminuant les troubles dont l'origine pourrait en partie être due aux douleurs qu'ils éprouvent, sans pour autant pouvoir les exprimer, et que leurs proches et le personnel soignant incluent dans leur pathologie.

Le choix de la personne remplissant le questionnaire a été simple ; chaque enfant ayant un éducateur référent au sein de l'IME*, il m'a paru approprié que cet encadrant remplisse la grille. Par ailleurs, j'ai eu accès aux dossiers psychologiques et médicaux, ce qui m'a permis de connaître les circonstances de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que les antécédents importants de l'enfant.

Le traitement se compose de trois séances d'ostéopathie d'une demi-heure à une heure maximum espacées de deux à trois semaines chacune. Chaque séance se déroule en fonction de l'enfant aussi bien pour temps de consultation que pour le choix du traitement. La prise en charge est ostéopathique globale, en fonction des troubles de l'enfant et des ses antécédents. L'infirmière du centre est présente à chaque séance.

J'ai choisi de ne pas faire le même traitement à chaque enfant car le but de cette étude n'est pas de montrer qu'un traitement fonctionne sur les enfants atteints de troubles autistiques, mais bien de voir ce que l'ostéopathie peut apporter dans leur prise en charge et si elle y a sa place.

Une observation classique de chaque enfant a eu lieu debout. J'ai observé leur manière de se tenir, sur la pointe des pieds, le regard vers le bas, les bras écartés,... Puis j'ai étudié les lignes de gravité et les lignes parallèles, mais aussi un déport de poids (pouvant traduire la souffrance d'une jambe), la forme du thorax et du rachis, la forme du crâne,...

Quelques tests actifs des plus simples ont pu être réalisés quand la compréhension des enfants le permettait, tels que le test de flexion debout et les inclinaisons rachidiennes afin d'observer la mobilité du bassin et du rachis.

Pour chaque enfant ont été effectués :

- Des tests passifs de rachis,
- Le test global des membres inférieurs,
- Les tests passifs du bassin,
- Une palpation et un test d'attirance viscéral,
- La palpation et les tests du diaphragme,
- La palpation du thorax,
- Un test global des membres supérieurs,
- Une prise de du rythme, de la force et de l'amplitude de l'axe crânio-sacré,
- Une palpation du crâne, de la suture sphéno-basilaire, et des autres structures crâniennes en fonction des premiers tests,
- Tout autre test qui m'aura semblé nécessaire.

3. RÉSULTATS

Le choix des enfants participant à l'étude a été réalisé avec l'ensemble du personnel de l'IME*, en fonction de leur capacité à accepter le traitement sans trop de perturbation. Il a fallu que chaque membre de l'équipe encadrant et soignant l'enfant accepte sa participation à l'étude avant même que la requête ne soit adressée aux parents.

Les demandes d'autorisation envoyées aux parents ont été acceptées dans 50 % des cas. Par la suite le personnel soignant m'a fait part de certains troubles repérés sur les enfants et m'ont donné accès à leurs dossiers médicaux et psychologiques afin d'avoir un maximum d'informations pour mon traitement.

L'examen de la première partie du questionnaire (annexe I) permet une analyse du comportement de l'enfant à l'instant présent par rapport à son comportement habituel afin de détecter un changement.

La deuxième partie du questionnaire (annexe I) concernant les éventuelles douleurs repérées chez l'enfant a été très peu significative. Il laisse apparaître que les enfants ne se plaignent d'aucune douleur. Pour la plupart, les éducateurs ne repèrent pas de trouble du comportement pouvant traduire une douleur ressentie, et dont l'enfant souffrirait ouvertement ou par le langage gestuel. Il apparaît donc que les enfants présentant des troubles autistiques semblent avoir un rapport à la douleur très différent de celui des autres enfants.

La question du ressenti de la douleur chez les personnes atteintes d'autisme s'est posée pendant très longtemps et se pose encore. Et si aujourd'hui, la majorité s'accorde à dire que ce n'est pas une insensibilité complète qui les caractérise, on parle plutôt d'une résistance à la douleur en comparaison des autres enfants, et une grande difficulté à l'exprimer pour qu'elle soit perçue comme telle par leur entourage. Aujourd'hui encore des études sont faites afin de trouver des moyens d'objectiver la douleur chez les personnes autistiques.

Partant de ce principe à ce moment de l'expérimentation, et après un ou deux traitements, les questionnaires ont été complétés de la même manière par les éducateurs et ne font ressortir aucun changement probant. L'étude sera poursuivie jusqu'à la soutenance, afin que chaque enfant ait trois traitements.

4. DISCUSSION

4.1. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Pendant la phase d'approche des enfants, qui a duré un mois, je me suis déplacée sept fois à l'IME*. Grâce à l'observation et le jeu, j'ai pu les mettre en confiance avant le début du traitement.

Ce temps d'observation m'a permis d'apprendre à connaître les enfants et de savoir comment les aborder. Il a également permis aux enfants d'apprendre à m'accepter. Pour ceux d'entre eux qui peuvent communiquer, cette période d'observation réciproque a certainement joué en ma faveur auprès des parents, car certains se sont déplacés spécialement pour en discuter avec les éducateurs après avoir entendu parlé de moi par leur enfant à la maison.

La plupart des enfants voyageant en transport en commun, il n'était pas possible de voir les parents pour leur proposer les soins de vive voix. J'ai donc rédigé avec l'IME* un courrier (annexe IV) à l'attention des parents expliquant de manière très simple ce qu'est l'ostéopathie, et le sujet de mon étude. Le fait d'avoir été encadrée pour cette lettre a certainement été très bénéfique pour moi car l'infirmière m'a fait énormément simplifier le texte de façon à ce qu'il soit abordable par tous les parents, mais aussi qu'il ne leur donne pas de faux espoirs.

Afin d'avoir le maximum d'autorisations de traitements par les parents, et pour mettre en confiance l'ensemble de l'encadrement et des parents, l'infirmière du centre a assisté à toutes les séances. Cela a aussi facilité la gestion de certains enfants pendant le traitement. Suite à l'envoi de la lettre, certains parents ont répondu positivement et très vite. Il nous aura fallu plus de temps pour d'autres enfants avec parfois nécessité d'une relance téléphonique par l'infirmière.

Au final, nous avons obtenu 10 autorisations pour 20 demandes.

Malgré l'attention de tout le personnel portée aux enfants, certains d'entre eux se sont plaints à moi de petites douleurs dont ils n'avaient pas parlé auparavant. Notamment, Julien m'a parlé d'une douleur à la cheville lors du test global des membres inférieurs, et Nathan, atteint d'une scoliose, m'a dit que son dos avait été moins douloureux à la suite du premier traitement.

J'ai pu constater par palpation, des troubles digestifs chez certains enfants dont l'encadrement pensait qu'ils appartenaient au passé, mais aussi des dysfonctions tissulaires crâniennes chez certains enfants atteints de troubles ORL présents ou passés. Ces enfants ressentiraient certainement plus la douleur s'ils n'étaient pas atteints d'autisme. Ce syndrome semble de diminuer la perception de la douleur, ce qui rend l'évaluation du traitement ostéopathique particulièrement compliqué.

En effet, Mme Henry l'infirmière du centre me racontait l'anecdote suivante : un jour, un des enfants s'est fracturé le nez et a donc été amené immédiatement à l'infirmerie. Pendant qu'elle lui désinfectait la fracture ouverte, Yvan lui a dit: « Ça va Hélène ? » montrant ainsi à quel point il était peu sensible à la douleur. Tout autre enfant de son âge aurait certainement pleuré lors des soins.

Toutefois, pendant le traitement, certains d'entre eux ont esquissé des mouvements brusques ou se sont retournés contre moi. Julci-Léa, pendant le traitement du colon, m'a griffé la main, sans laisser apparaître aucun autre signe de douleur (mimique ou gémissement par exemple). Ces différentes réactions me conduisent à penser que la douleur est présente chez ces enfants mais qu'ils n'ont simplement pas les codes permettant de l'exprimer, comme c'est le cas pour d'autres ressentis.

La joie que certains enfants expriment à leur manière lors des deuxième ou troisième traitements prouve qu'ils ressentent un réel bien-être. Vincent a même couru en direction de la salle de soins lorsque je lui ai annoncé que c'était son tour pour le second traitement. Après son premier traitement, chaque fois que je venais chercher un enfant, Chaïma me lançait des : « Et moi, et moi ! ».

On peut donc penser objectivement que l'ostéopathie a un effet bénéfique, quel qu'il soit, sur les enfants autistiques.

Le seul refus complet exprimé par un enfant depuis le début de l'étude m'a été fait par Quentin. Il est l'un des enfants les plus âgés du centre, et son cousin présent lui aussi dans l'IME* n'a pas eu l'accord des parents pour participer. La première fois que j'ai souhaité le voir, tout son groupe était parti en sortie, et il était particulièrement contrarié de ne pas avoir pu aller avec eux. Lorsque je me suis approché de lui il m'a tourné le dos. Après lui avoir demandé s'il voulait bien venir avec moi, il m'a dit « Non » et il est

parti. Je suis par la suite retournée le voir en tentant de lui expliquer simplement ce que je voulais faire, mais le refus à été tout aussi catégorique.

A contrario, certains enfants n'ayant pas été sélectionnés par le personnel soignant, ou dont nous n'avons pas eu l'accord des parents, ont manifesté leur mécontentement. A leur manière, ils ont su exprimer leur contrariété : Elrick n'a cessé de réclamer son tour chaque fois qu'il était présent lorsque je venais chercher un de ses camarades ; Yvan, dont nous n'avons à ce moment pas eu l'accord de ses parents, s'est mis en travers de mon chemin.

Le packing*, outil thérapeutique très utilisé par certains centres, et controversé pendant des années a été interdit très récemment dans les structures spécialisées. Ce moment considéré comme privilégié pour l'enfant se déroulait avec un éducateur et un psychologue, dans une salle spécialisée.

Le packing* est une « tentative qui s'apparente plutôt à une réactualisation du schéma corporel [...] Confrontation d'une forme, celle du corps, soulignée par l'enveloppement sensoriel que le Pack lui procure, avec toutes autres formes, étrangères au sujet, qui se présentent à lui, viennent "à son rencontre" et peuvent trouver, grâce au dispositif, l'occasion particulière de passer du champ sensoriel pur à celui des représentations, orientées, sensées, et pensables. » Gillis A.L'autisme attrapé par le corps.¹⁰

Lors de ma période d'observation, j'ai vu des enfants se faire eux même des enroulements compressifs avec des tissus, manteaux, rideaux et autres. Lors de l'annonce de séances privilégiées avec un encadrant et un psychologue, les enfants se précipitaient et se déshabillaient seuls dans la salle de packing*. Depuis l'interdiction les éducateurs cherchent un autre moyen de calmer les enfants lors des moments les plus difficiles pour eux, avec multiplication des comportements agressifs, des stéréotypies*.

Lors de ma prise de contact avec Julien, je lui ai demandé de me faire un dessin, il a dessiné une salle de pack avec lui, son éducatrice et la psychologue ; les packs étaient alors interdits depuis 15 jours environ. Le personnage le représentant avait un grand sourire, et il m'a expliqué qu'il aimait beaucoup les packs et que parfois il s'endormait.

¹⁰ Gillis A.L'autisme attrapé par le corps.Belgique;Edition Pierre Mardaga; 2003

C'est dans ce contexte que je suis arrivée à L'IME*, alors que l'ensemble du personnel cherchait des méthodes de remplacement aux packs. L'ostéopathie comme le pack, est un moment privilégié pour l'enfant qui se trouve seul avec un adulte présent uniquement pour lui. Comme pour le pack, l'enfant s'allonge sur une table et retire une partie de ses vêtements. Est-ce ce rapprochement entre les deux méthodes qui a conforté les enfants lors de mes traitements ? Quoi qu'il en soit, il me paraît essentiel de prendre en considération le moment privilégié que l'ostéopathie représente pour ces enfants.

4.2. PROBLÈMES RENCONTRÉS

Le premier problème auquel j'ai dû faire face a été la recherche de l'IME*. Sur 20 structures démarchées, seules trois m'ont donné une réponse, et deux d'entre elles étaient négatives. J'ai contacté les IME* par téléphone, puis part lettre, et rappelé chaque structure après les courriers. La plupart m'ont promis une réponse que je n'ai jamais eue.

Ensuite, j'ai rencontré un souci quant à l'évaluation des douleurs chez les enfants autistes, et à l'objectivation d'un traitement ostéopathique. En effet le ressenti et le mode d'expression douloureux chez la personne autiste n'est actuellement pas encore compris. Il n'existe donc aucun document reconnu pour l'évaluation des douleurs. C'est pourquoi j'ai choisi de m'appuyer sur un document validé pour l'évaluation de la douleur chez la personne polyhandicapée, le DESS⁵ et un questionnaire en étude sur l'évaluation des douleurs chez les personnes autistiques⁶.

Le questionnaire de mon étude, a dû être validé par le personnel médical de l'IME*, l'infirmière, le médecin, les psychologues, et la directrice. Chacun a soulevé des interrogations et souhaité modifier ou éclaircir certains points.

Une fois le questionnaire validé, la question des enfants participant à l'étude s'est alors posée, les éducateurs et le personnel soignant se sont alors mis d'accord sur les enfants qui ont pû participer. Il fallait qu'ils y voient un intérêt pour l'enfant, mais aussi que celui-ci soit estimé apte à recevoir le traitement sans trop de perturbation.

Ne pouvant voir les parents pour leur expliquer le traitement, j'ai rédigé une lettre (annexe IV) avec l'aide de l'infirmière, leur expliquant le but du traitement et le déroulement des séances.

Ensuite les demandes ont été adressées aux parents. Sur 20 sollicitations, nous avons reçu dix réponses positives.

Une lettre a aussi été rédigée par l'infirmière de l'IME* pour que les parents soit tenus informé des dates séances. (annexe V)

4.3. OUVERTURE

Cette étude aurait pu se révéler plus efficace si j'avais pu prendre plus de temps pour l'étude car je me rends compte de la difficulté à prouver l'efficacité d'un traitement chez une population dont la douleur est encore mal comprise, et dont le comportement évolue lentement.

Le nombre d'enfants traités aurait certainement pu être augmenté avec l'organisation d'une rencontre ou d'une réunion entre les parents et le personnel de l'IME* et moi.

5. CONCLUSION

Même si certains enfants m'ont fait part d'une diminution de leur douleur, l'efficacité de l'ostéopathie sur les douleurs des enfants atteints d'autisme reste très difficile à évaluer à ce stade de l'étude.

Les enfants semblent trouver leur compte dans les séances d'ostéopathie. Ils l'expriment à leur manière, par la joie lors de l'annonce des séances, mais aussi par leur participation pendant le traitement. Que ce bénéfice soit dû à leur présence, seul avec deux adultes pendant le traitement, ou à l'ostéopathie elle-même, on ne peut nier qu'ils y trouvent une certaine satisfaction et un certain bonheur.

Toutefois, l'étude des questionnaires avant et après traitement n'a pour l'instant rien donné, et ce en partie à cause de la difficulté d'évaluation de la douleur.

RÉFÉRENCES

- ¹ HAS : Haute Autorité de Santé.<http://www.has-sante.fr>.03.12
- ² <http://famili.drcllic.com> (Auteur : Dr Loïc Etienne) 05.12
- ³ CIM 10 (Classification Internationale des Maladies - 10^e édition)
<http://www.cim10.ch>.03.12
- ⁴ Denis A [Diplôme d'état infirmier].[Marne la Vallée] :institut de formation en soins infirmiers de Lagny ; 2005.p32-
- ⁵ LEMAY M.L'autisme aujourd'hui.Paris:Editions Odile Jacob; 2004.p.59
- ⁶ D.E.S.S : www.cnr.d.fr/evaluation-de_le_douleur_chez_1.html.02.12
- ⁷ <http://www.autisme-basse-normandie.org/>.02.12
- ⁸ Tremeau G.[mémoire].[Paris] :ESO ; 1993.p112
- ⁹ Weeger B[mémoire].[Paris].ESO ; 1998.p218
- ¹⁰ Gillis A.L'autisme attrapé par le corps.Belgique;Edition Pierre Mardaga; 2003.p150

BIBLIOGRAPHIE

- <http://www.participate-autisme.be>.02/12
- <http://www.ansm.sante.gouv.fr>.03.12
- <http://www.autisme-france.fr>.02/12
- <http://pediadol.org>.12/11
- Daongam M.Mes enfants sont autistes.Lyon, Ed Josette ; 2004
- Belhassen M et Chaverneff O, L'enfant autiste un guide pour les parents.Paris ;Ed Louis Audibert.2006
- <http://www.magazine-declic.com>
- <http://psydoc-fr>.

GLOSSAIRE

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10e édition. Document classifiant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, etc.... La Classification internationale des maladies est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et est reconnue et utilisée sur le plan international.

Dysharmonie psychotique : Trouble dont la symptomatologie est variable et se modifie en cours d'évolution. On rencontre, parmi les motifs de consultation, les manifestations somatiques ou comportementales, l'instabilité, les inhibitions sévères, les manifestations phobiques, hystériques ou obsessionnelles, les dysharmonies dans l'émergence du langage et de la psychomotricité sans que le déficit intellectuel mesuré aux tests occupe une place centrale, au moins dans la période initiale. Les échecs dans les essais de scolarisation sont fréquents (phobies scolaires, difficultés d'apprentissage. Les modes d'expression pathologique peuvent être limités à certains domaines ou ne se manifester ouvertement que dans certaines phases évolutives.

HAS : Haute Autorité de Santé. Autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant de l'autonomie financière.

Elle est chargée :

- d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie;
- de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé;
- d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville;
- de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée;

- d'informer les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale;
- de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

IME : Institut Médico-Educatif. Structure spécialisée pour accueillir les enfants et adolescents atteints de déficience mentale et des troubles neuropsychiatriques : troubles de la personnalité, moteurs et sensoriels, de la communication. Une éducation spéciale y est dispensée, tenant compte des degrés de gravité de déficience et le cas échéant, des soins infirmiers avec des techniques de rééducation : orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie, ergothérapie sont prodigués. L'IME prend en compte l'éducation générale, une formation gestuelle, une scolarité élémentaire, mais aussi quand cela est possible un accompagnement professionnel.

Packing : Mode de traitement des maladies mentales qui consiste en un enveloppement humide. Dans une salle utilisé uniquement a cet effet on enveloppe très serré les patients dans un grand linge chaud et humide.

Stéréotypie : Automatismes apparaissant au cours de certaines maladies touchant le système nerveux et consistant en une exagération ou une répétition continuelle des mêmes mots (écholalie), des mêmes gestes (échopraxie), et parfois de tics.

Syndrome d'Asperger : Selon le CIM 10 : F84.5)

Trouble de validité nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif. Les sujets présentant se troubles sont habituellement très malhabiles. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisode psychotiques au début de l'âge adulte.

A. Absence de tout retard général, cliniquement significatif, du langage (versant expressif ou réceptif), ou du développement cognitif. L'acquisition de mots isolés vers l'âge de 2 ans ou avant et l'utilisation de phrases communicatives à l'âge de 3 ans ou avant sont nécessaires au diagnostic. L'autonomie, le comportement adaptatif et la curiosité pour l'environnement au cours des 3 premières années doivent être d'un niveau compatible avec un développement intellectuel normal. Les étapes du développement moteur peuvent être toutefois quelque peu retardées et la présence d'une maladresse motrice est habituelle (mais non obligatoire pour le diagnostic). L'enfant a souvent des capacités particulières isolées, fréquemment en rapport avec des préoccupations anormales, mais ceci n'est pas exigé pour le diagnostic.

B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques (mêmes critères que pour l'autisme).

C. Caractère inhabituellement intense et limité des intérêts ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais les maniérismes moteurs ou les préoccupations pour certaines parties d'un objet ou pour des éléments non fonctionnels de matériels de jeu sont moins fréquents).

D. Le trouble n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement, à une schizophrénie simple (F20.6), à un trouble schizotypique (F21), à un trouble obsessionnel compulsif (F42.-), à une personnalité anankastique (F60.5), à un trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1), à un trouble de l'attachement de l'enfance, avec désinhibition (F94.2).

Syndrome de Rett :CIM 10 (F 84.2)

Trouble décrit jusqu'ici uniquement chez les filles, caractérisé par un développement initial apparemment normal, suivi d'une perte partielle ou complète du langage, de la marche, et de l'usage des mains, associé à un ralentissement du développement crânien et survenant habituellement entre 7 et 24 mois. La perte des mouvements volontaires

des mains, les mouvements stéréotypés de torsion des mains et une hyperventilation, sont caractéristiques de ce trouble. Le développement social et le développement du jeu sont arrêtés, alors que l'intérêt social reste habituellement conservé. Une ataxie du tronc et une apraxie se manifeste à partir de l'âge de quatre ans, suivies souvent par des mouvements choréoathétosique. Le trouble entraîne presque toujours un retard mental sévère.

A. La période prénatale et périnatale et le développement psychomoteur au cours des 5 premiers mois sont apparemment normaux et le périmètre crânien est normal à la naissance.

B. Décélération de la croissance crânienne entre 5 mois et 4 ans et perte, entre 5 et 30 mois, des compétences fonctionnelles manuelles intentionnelles acquises, associées à une perturbation concomitante de la communication et des interactions sociales et à l'apparition d'une démarche mal coordonnée et instable ou d'une instabilité du tronc.

C. Présence d'une altération grave du langage, versant expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère.

D. Mouvements stéréotypés des mains sur la ligne médiane (par exemple, torsion ou lavage des mains), apparaissant au moment de la perte des mouvements intentionnels des mains ou plus tard.

(TED) : Trouble Envahissant du Développement

Les catégories diagnostiques retenues incluent autisme, syndrome de Rett, trouble désintégratif de l'enfance, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifié.

Selon le CIM 10 (F84) :

Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations

Trouble désintégratif de l'enfance : CIM 10 (F84.3)

Trouble envahissant du développement caractérisé par une période de développement tout à fait normale avant la survenue du trouble, cette période étant suivie d'une perte manifeste, en quelques mois, des performances antérieurement acquises dans plusieurs domaines du développement. Ces manifestations s'accompagnent typiquement d'une perte globale de l'intérêt vis-à-vis de l'environnement, de conduites motrices stéréotypées, répétitives et maniérées et d'une altération de type autistique de l'interaction social et de la communication. Dans certains cas, on peut démontrer que le trouble est dû à une encéphalopathie, mais le diagnostic doit reposer sur les anomalies du comportement.

trouble rare caractérisé par un retard de développement de l'enfant dans le langage, les relations sociales et la psychomotricité. Il compte parmi l'un des cinq Troubles Envahissants du Développement (TED).

Au moins deux domaines parmi les suivants sont touchés : compréhension ou expression langagière, compétences sociales, comportement adaptatif, contrôle sphinctérien, activités ludiques et habiletés motrices. Une altération des interactions sociales et de la communication ainsi que des comportements, intérêts et activités (qui sont restreints, répétitifs et stéréotypés) est également observée.

Ce trouble semblerait être relié à une lésion au système nerveux central.

De façon générale, ce trouble s'accompagne d'un retard mental sévère.

Selon le CIM 10* :

A. La période prénatale et périnatale et le développement psychomoteur au cours des 5 premiers mois sont apparemment normaux et le périmètre crânien est normal à la naissance.

B. Décélération de la croissance crânienne entre 5 mois et 4 ans et perte, entre 5 et 30 mois, des compétences fonctionnelles manuelles intentionnelles acquises, associées à une perturbation concomitante de la communication et des interactions sociales et à l'apparition d'une démarche mal coordonnée et instable ou d'une instabilité du tronc.

C. Présence d'une altération grave du langage, versant expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère.

D. Mouvements stéréotypés des mains sur la ligne médiane (par exemple, torsion ou lavage des mains), apparaissant au moment de la perte des mouvements intentionnels des mains ou plus tard.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Questionnaire ayant servi à l'étude

Annexe II : Grilles DESS

Annexe III : Questionnaire d'évaluation des douleurs chez la personne autistique

Annexe IV : Lettre d'autorisation parentale

Annexe V : Lettre au parents après traitement

ANNEXE I

Questionnaire

Nom prénom de l'enfant :

Quel est votre lien avec l'enfant ?

Niveau d'activité de l'enfant ?

1 Faible 2 3 Moyen 4 5 Elevé

Modification de l'activité par rapport à d'habitude ?

0 Manifestations habituelles 1 Modifications douteuses 2 Modifications présentes
3 Modifications importantes 4 Modifications extrêmes

Intensité des comportements stéréotypiques ?

1 Nulle 2 3 4 5 Elevée

Modification des stéréotypies par rapport à d'habitude ?

0 Manifestations habituelles 1 Modifications douteuses 2 Modifications présentes
3 Modifications importantes 4 Modifications extrêmes

Intensité de l'agitation ?

1 Faible 2 3 Moyen 4 5 Elevée

Modification de l'agitation par rapport à d'habitude ?

0 Manifestations habituelles 1 Modifications douteuses 2 Modifications présentes
3 Modifications importantes 4 Modifications extrêmes

Quelle est la capacité de l'enfant à supporter les contrariétés ?

1 Faible 2 3 Moyen 4 5 Elevée

Modification de cette capacité de contrariété par rapport à d'habitude ?

0 Manifestations habituelles 1 Modifications douteuses 2 Modifications présentes
3 Modifications importantes 4 Modifications extrêmes

Troubles repérés chez l'enfant ?

- Déambulation marche :
- Signes digestifs :
- Signes ORL (dents, yeux, oreilles, nez, gorge) :
- Qualité du sommeil :
- Comportement :
- Douleurs diverses :

Adéquation entre la douleur exprimée par l'enfant, et la douleur ressentie imaginée par l'adulte :

Douleur exprimée par l'enfant :

0 pas de douleur - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Douleur la plus inimaginable possible

Douleur imaginée par l'adulte :

0 pas de douleur - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Douleur la plus inimaginable possibleManifestations physique de douleur exprimée par l'enfant :

Fasciées :

0 Manifestations habituelles3 Modifications importantes1 Modifications douteuses4 Modifications extrêmes2 Modifications présentes

Pâleur :

0 Manifestations habituelles3 Modifications importantes1 Modifications douteuses4 Modifications extrêmes2 Modifications présentes

Apathie :

0 Manifestations habituelles3 Modifications importantes1 Modifications douteuses4 Modifications extrêmes2 Modifications présentes

Agitation :

0 Manifestations habituelles3 Modifications importantes1 Modifications douteuses4 Modifications extrêmes2 Modifications présentes

Stéréotypies :

0 Manifestations habituelles3 Modifications importantes1 Modifications douteuses4 Modifications extrêmes2 Modifications présentes

Comportement agressif :

0 Manifestations habituelles3 Modifications importantes1 Modifications douteuses4 Modifications extrêmes2 Modifications présentes

Comportement colérique :

0 Manifestations habituelles3 Modifications importantes1 Modifications douteuses4 Modifications extrêmes2 Modifications présentes

Comportement auto-protecteur :

0 Aucun1 Maintient touche2 Protège la zone en souffrance3 Réduction de l'activité

Comportement social :

0 Aucun1 Neutre Habituel2 cherche l'aideDepuis combien de temps le trouble est-il connu ?

ANNEXE II

GRILLE DESS

Echelle Douleur Enfant San Salvador - Dossier de base

Nom _____ Prénom _____ Date _____

Cette rubrique doit être remplie pour chaque patient, en dehors de tout phénomène douloureux

- 1 L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? Si oui, dans quelles circonstances
 Pleure-t-il parfois ? Si oui, pour quelles raisons ?
- 2 Existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ? Si oui, lesquelles (sursaut, accès tonique, trémulations, agitation, évitement) ?
- 3 L'enfant est-il habituellement souriant ?
 Son visage est-il expressif ?
- 4 Est-il capable de se protéger avec les mains ? Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ?
- 5 S'exprime-t-il par des gémissements ? Si oui, dans quelles circonstances ?
- 6 S'intéresse-t-il à l'environnement ? Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ?
- 7 Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ? Si oui, dans quelles circonstances ? (donner des exemples)
- 8 Est-ce qu'il communique avec l'adulte ? Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ?
- 9 A-t-il une motricité spontanée ? Si oui, s'agit-il de mouvements volontaires, de mouvements incoordonnés, d'un syndrome choréoathétosique ou de mouvements réflexes ?
- Si oui, s'agit-il de mouvements occasionnels ou d'une agitation incessante ?
- 10 Quelle est sa position de confort habituelle ?
- Est-ce qu'il tolère bien la posture assise ?

Echelle Douleur Enfant San Salvador - Grille d'évaluation

Nom _____ Prénom _____ Date _____

En cas de doute, surligner la grille et coter selon le schéma suivant:

Manifestations habituelles: 0 - Modification douteuse: 1 - Modification présente: 2 - Modification importante: 3 - Modification extrême: 4

Le cotage est établi de façon rétrospective sur 4 heures.

En cas de variation durant cette période, tenir compte de l'intensité maximum des signes. Lorsqu'un item est dépourvu de signification pour le patient étudié, il est coté au niveau 0.

HEURES

ITEM 1	Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes)	Se manifeste comme d'habitude	0	0	0	
		Sembler se manifester plus que d'habitude	1	1	1	
		Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux	2	2	2	
		Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels	3	3	3	
		Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)	4	4	4	
ITEM 2	Réaction de défense coordonnée ou non à l'occurrence d'une zone présumée douloureuse (effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense)	Réaction habituelle	0	0	0	
		Sembler réagir de façon inhabituelle	1	1	1	
		Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel	2	2	2	
		Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement	3	3	3	
		Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs	4	4	4	
ITEM 3	Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rictus paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux)	Se manifeste comme d'habitude	0	0	0	
		Facès inquiet inhabituel	1	1	1	
		Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	2	2	2	
		Mimique douloureuse spontanée	3	3	3	
		Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)	4	4	4	
ITEM 4	Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact)	Réaction habituelle	0	0	0	
		Sembler réduire le contact d'une zone particulière	1	1	1	
		Protège une région précise de son corps	2	2	2	
		Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement	3	3	3	
		Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs	4	4	4	
<i>Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs</i>						
ITEM 5	Gémissements ou pleurs silencieux (gémit au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente)	Se manifeste comme d'habitude	0	0	0	
		Sembler plus gémir que d'habitude	1	1	1	
		Gémit de façon inhabituelle	2	2	2	
		Gémissements avec mimique douloureuse	3	3	3	
		Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs	4	4	4	
ITEM 6	Intérêt pour l'environnement (s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent)	Se manifeste comme d'habitude	0	0	0	
		Sembler moins intéressé que d'habitude	1	1	1	
		Baisse de l'intérêt, doit être sollicité	2	2	2	
		Désintérêt total, ne réagit pas aux sollicitations	3	3	3	
		Etat de prostration tout à fait inhabituel	4	4	4	
<i>Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement</i>						
ITEM 7	Accentuation des troubles du tonus (augmentation des réflexes, des trémulations, spasmes en hyperextension...)	Manifestations habituelles	0	0	0	
		Sembler plus raide que d'habitude	1	1	1	
		Accentuation des réflexes lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux	2	2	2	
		Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse	3	3	3	
		Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4	
<i>Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement</i>						
ITEM 8	Capacité à interagir avec l'adulte (communication par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité)	Se manifeste comme d'habitude	0	0	0	
		Sembler moins impliqué dans la relation	1	1	1	
		Difficultés inhabituelles pour établir un contact	2	2	2	
		Refus inhabituel de tout contact	3	3	3	
		Retrait inhabituel dans une indifférence totale	4	4	4	
<i>Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication</i>						
ITEM 9	Accentuation des mouvements spontanés (moticité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique...)	Manifestations habituelles	0	0	0	
		Recrudescence possible des mouvements spontanés	1	1	1	
		Etat d'agitation inhabituel	2	2	2	
		Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3	
		Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4	
ITEM 10	Attitude antalgique spontanée (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager) ou repérée par le soignant	Position de confort habituelle	0	0	0	
		Sembler moins à l'aise dans cette posture	1	1	1	
		Certaines postures ne sont plus tolérées	2	2	2	
		Soulagé par une posture inhabituelle	3	3	3	
		Aucune posture ne semble soulager	4	4	4	

Le total de la cotation est sur 40. A partir de 2, il y a un doute. A partir de 6, la douleur est certaine. SCORE

--	--	--

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES DOULEURS CHEZ LA PERSONNE AUTISTIQUE

Fiche d'informations

Nom prénom de l'enfant:

Quel est votre lien de parenté avec l'enfant ?

Date de naissance de votre enfant:

Sexe de votre enfant:

Quel diagnostic a été posé sur le trouble de votre enfant:

- Autisme
- Autisme atypique
- Syndrome d'Asperger*
- Trouble Envahissant du Développement*
- Trouble désintégratif* de l'enfance
- Psychose précoce déficitaire
- Retard mental avec troubles autistiques
- Dysharmonie psychotique*
- Syndrome de Rett*
- Autre (préciser):

Votre enfant est-il porteur d'un autre handicap?

- Aucun
- Moteur
- Visuel
- Auditif
- Autre (Préciser):

Votre enfant a-t-il été hospitalisé ?

Combien de fois ?

Durée des hospitalisations ?

Quel âge avait-il ?

Motifs des hospitalisations ?

Votre enfant a-t-il vécu une expérience douloureuse dans les 3 derniers mois ?

Si oui, laquelle ?

Échelle de douleurs quotidiennes Dalhousie

Localisation de la douleur (à préciser):

Contexte:

Niveau d'activité de l'enfant :

1 Faible - 2 - 3 Moyen - 4 - 5 Elevée

Intensité des comportements :

1 Calme - 2 - 3 - 4 - 5 Agité

Nombre de participants :

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - plus

Niveau de maîtrise de soi de l'enfant :

1 Faible - 2 - 3 Moyen - 4 - 5 Elevée

Description de l'incident

Localisation sur le corps:

Douleur, blessure causée par :

- Soi
- Autre enfant
- Adulte
- Autre objet

Sévérité de la douleur / blessure :

1 Faible - 2 - 3 Moyen - 4 - 5 Elevée

Réponse de l'enfant

Intensité de la détresse :

0 Nulle - 1 Expression faciale - 2 Expression verbale - 3 Sanglots - 4 Pleurs - 5 Hurle

Durée de la détresse (en sec):

Intensité de la colère :

0 Nulle - 1 Expression faciale - 2 Comportement de colère - 3 Colère verbale - 4 Agression physique

Aggression dirigée vers :

- Objet
- source de la douleur
- personne qui aide
- autre personne

Comportements auto-protecteurs :

- Aucun
- maintien, touche
- protège la zone blessée
- réduction de l'activité

Durée de la protection (sec):

Comportement social :

- Retrait
- neutre
- recherche de l'aide

Réponse de l'adulte :

- Aucune
- distraction
- réconfort verbal
- réconfort physique
- soin

Commentaires :**Combien de fois votre enfant est-il confronté la douleur ?**

- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- 2-3 fois par mois
- une fois par semaine
- 2-6 fois par semaine
- chaque jour

Où est localisée la douleur de votre enfant? (Cocher toutes les cases concernées)

- tête
- abdomen
- membres
- oreilles
- gorge
- dos
- Ailleurs:

Combien de temps la douleur de votre enfant a-t-elle duré ?

Si votre enfant a plusieurs douleurs à plusieurs endroits, merci d'écrire ici la douleur que vous pensez être la pire et répondre aux deux questions à propos de la douleur la plus importante:

La douleur la plus importante de mon enfant**Elle a duré:**

- <4 semaines
- de 4 semaines et 3 mois
- > 3 mois

Estimez l'intensité de la douleur de votre enfant (douleur évoquée ci-dessus) sur une échelle de 0-100. Zéro signifie aucune douleur et 100 est la pire douleur que vous puissiez imaginer.

...../ 100

www.autisme-basse-normandie.org/site/?q=node/243

recherche sur l'évaluation de la douleur chez les personnes autistes

ANNEXE IV

LETTRE D'AUTORISATION PARENTALE

Institut Médico-Educatif  Michel de Montaigne

Unité Psychomotrice - Institut Médico-Pédagogique - Institut Médico-Professionnel

Chelles le 8 mars 2012

Actuellement, nous accueillons en stage une étudiante de dernière année en ostéopathie dans le cadre de l'écriture de son mémoire de fin d'études, stage qu'elle effectue en présence de Mme HENRY, infirmière de l'établissement.

Son travail consiste à proposer un suivi ostéopathique aux enfants dont les parents seraient intéressés :

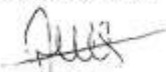
Etudiante en 6^{ème} et dernière année d'ostéopathie à l'école supérieure d'ostéopathie de Champs sur Marne, j'effectue un mémoire de fin d'études sur les douleurs physiques éventuelles des enfants présentant des traits autistiques.

Le but de cette étude est de montrer que l'ostéopathie peut améliorer la vie de ses enfants. L'ostéopathie est une discipline qui rétablit le bon fonctionnement de l'organisme en prenant le corps de l'individu dans sa globalité (mobilité du corps, maladies ORL, digestives etc.).

Je souhaite, grâce à des manipulations manuelles douces, adaptées à chaque enfant, montrer que l'on peut diminuer certaines douleurs, sachant que les enfants d'une manière générale ont des difficultés à les exprimer oralement.

Le traitement se déroulera sur plusieurs séances espacées de 2 semaines minimum. Une séance durera 1/2h maximum mais ce temps sera strictement adapté à chaque enfant.

Si vous souhaitez avoir plus de renseignements, ou pour toute autre question vous pouvez me contacter au 06 37 58 51 63.





P.S. Merci de nous faire parvenir votre autorisation éventuelle le plus rapidement possible afin que votre enfant puisse bénéficier du nombre de séances qui nous paraîtront nécessaires pour lui.

Je soussigné(e) _____ parents /tuteurs légal de _____
accepte que mon enfant bénéficie de soins ostéopathiques au sein de l'IME. Ces soins seront pratiqués en présence de l'infirmière par Anne-Aëlle REUZEAU, étudiante en ostéopathie, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Date

Signature

Avenue de Turin - 41350 - 41504 41251 428 Chelles

☎ 01 47 32 3030 ☎ 01 47 31 0682 - ime.montaigne@wanadoo.fr

ANNEXE V

LETTRE AUX PARENTS APRÈS TRAITEMENT

Institut Médico Educatif



Michel de Montaigne

Unité Psychothérapique - Institut Médico Pédagogique – Institut Médico Professionnel

Chelles le 29 mars 2012

Madame, Monsieur,

X a eu sa première séance d'ostéopathie ce jour ; voici quelques précisions et recommandations.

Les effets de cette séance mettront 48h à se consolider et il est souhaitable d'éviter qu'il se fatigue, fasse du sport ou porte des choses lourdes. De plus il pourra vous sembler un peu fatigué ou se plaindre de petites douleurs comme des courbatures pendant ce temps-là ; ceci est normal et rentrera dans l'ordre spontanément.

Vous remerciant de votre attention, l'ostéopathe et moi-même restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Hélène HENRY
Infirmière

RÉSUMÉS DU MÉMOIRE

Le but de ce mémoire est de voir si l'ostéopathie a sa place dans le traitement pluridisciplinaire des enfants atteints d'autisme. L'évaluation du traitement ostéopathique est particulièrement délicate, c'est pourquoi elle se fait par le biais d'un questionnaire, rempli par le personnel encadrant.

Le traitement ostéopathique est effectué en fonction des troubles de l'enfant décrits par lui-même ou par l'encadrement de l'IME*, en tenant compte de ses antécédents. Les différentes approches possibles avec l'ostéopathie ont permis un traitement global structurel, viscéral, et crânien différent pour chaque enfant.

L'examen du questionnaire laisse apparaître que les enfants ne se plaignent d'aucune douleur. Pour la plupart, les éducateurs ne repèrent aucun trouble dont l'enfant souffrirait ouvertement ou par le langage gestuel. Il apparaît donc que les enfants présentant des troubles autistiques semblent avoir un rapport différent, une résistance plus importante, et une grande difficulté à exprimer leur douleur de façon à ce qu'elle soit perçue par leur entourage.

L'étude des questionnaires avant et après traitement n'a pour l'instant rien donné, et ce en partie à cause de la difficulté d'évaluation de la douleur. Toutefois, les enfants semblent trouver leur compte dans les séances d'ostéopathie. Ils l'expriment à leur manière, par la joie lors de l'annonce des séances, et aussi par leur participation pendant le traitement.



The aim of this dissertation is to see if osteopathy is a good way to treat autistic children. To estimate the osteopathic treatment is very delicate, this is why I decided to do it through a questionnaire, filled in by the staff supervisors.

Osteopathic treatment is done according to the child's disorders, described by himself or by the IME (special school) staff. Antecedents are taken into account. Thanks to the various possible approaches with osteopathy, we may have a structural, visceral and cranial all-over treatment, different for each child.

The questionnaire study shows that children do not complain about any pain nor verbally neither using body language. They seem to have a better resistance to pain, and more troubles to express their feelings for them to be understood by their circle.

Nevertheless, children have a general feeling of satisfaction regarding osteopathy treatment. They express it in their own way, by happiness when sessions begin, and/or by their participation during the treatment. For now, the questionnaire study before and after the treatment is not conclusive, partly because of the complex estimate of children's pain.